

105 DELLA COMARE
 C. Vici. primario. a. Carlo si parte. Crivello, nel quale si de. l'istina
 e. d'istina. quali. i. p. d. la. che. non. pot. non. l'istina. e. l'istina
 de. con. nel. l'istina. non. pot. non. l'istina. e. l'istina. g. g. g. g.



105



Corpus malis modis valentiss.



Quemodo



114 DELLA COMARE



116 CHIRURG. CVRT.

Item. Pueri. d'istina.

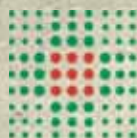


Figura. ofium. corporis. humani
 ex. parte. antica.



74

BILANCIO DI MISSIONE 2013



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
 EMILIA-ROMAGNA**
 Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
 Arcispedale S. Maria Nuova

Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Le immagini pubblicate nella presente edizione del Bilancio di Missione, che contraddistinguono i capitoli e che inframmezzano il testo, provengono dal Fondo Antico: il patrimonio di volumi antichi che hanno origine da numerosi lasciti e donazioni. Il Fondo Antico è custodito presso la Biblioteca Medica "P. G. Corradini", centro di documentazione per il governo clinico delle Aziende Sanitarie della provincia di Reggio Emilia.

Il primo volume fu del medico Pietro Giuseppe Corradini (1763-1782) che alla sua morte, dopo 46 anni di esercizio presso l'Arcispedale S. Maria Nuova, lasciò in uso ai medici degli ospedali di Reggio e Scandiano le centinaia di volumi della sua biblioteca; successivamente, solo citando i più importanti, furono le donazioni di Carlo Ritorni, Prospero Pirondi e Dina Viani.

Attualmente il Fondo si compone di 2 819 volumi catalogati, quasi totalmente a carattere medico- sanitario e pubblicati a stampa tra il 1400 e il 1850. Dei preziosi volumi si segnalano 1 722 opere a stampa, tra cui sono da segnalare 3 incunaboli, 64 opere del XVI sec., un'importante collezione di volumi del '700 (tra cui molte opere di Lazzaro Spallanzani), 15 raccolte di riviste antiche, numerosi atlanti anatomici di vario argomento e di varie epoche.

Copertina:

(fig.1) *La commare o riccoglitrice*. In Venetia, apresso Gio. Bat. Ciotti, 1601

(fig.2) *De Balneis omnia quae extant apud Graecos, Latinos et Arabas, tam medicos quàm quoscunque caeterarum artium probatus scriptores*. Venetiis, apud Iuntas, 1553

(fig.3) *Chirurgia magna in septem libros digesta*. Venetiis, ex officina Valgrisiae, 1568

(fig.4) *De arte gymnastica libri sex*. Secunda edizione. Parisiis, opus Iacobum du Puys, 1577

(fig.5) *La commare o riccoglitrice*. In Venetia, apresso Gio. Bat. Ciotti, 1601

(fig.6) *De curtorum chirurgiam per insitionem libri duo*. Venetiis, apud Robertum Meietum, 1597

(fig.7) *De vocis auditusque organis istoria anatomica*. Ferrariae, excudebat Victorius Baldinus, 1601

(fig.8) *Omia quae extant opera in latinum sermonem conversa*. Quinta editio. Venetiis, apud Iuntas, 1576-7

Retro di copertina:

(fig.1) *Omia quae extant opera in latinum sermonem conversa*. Quinta editio. Venetiis, apud Iuntas, 1576-7

(fig.2) *De vocis auditusque organis istoria anatomica*. Ferrariae, excudebat Victorius Baldinus, 1601

(fig.3) *De curtorum chirurgiam per insitionem libri duo*. Venetiis, apud Robertum Meietum, 1597

(fig.4) *De arte gymnastica Libri sex*. Secunda edizione. Parisiis, opus Iacobum du Puys, 1577

(fig.5) *Opuscula anatomica [di] Bartholomaeus Eustachius*. Venetiis, Vincentius Luchinus excudebat, 1564

(fig.6) *De anatome corporis humani libri VII*. Venetiis, apud Iuntas, 1611

(fig.7) *Cheiroplotheke seu armamentarium chirurgicum*. Editio quinta, Venetiis, typis Combi & La Noù, 1665

(fig.8) *De anatome corporis humani libri VII*. Venetiis, apud Iuntas, 1611

BILANCIO
DI MISSIONE
2013

INDICE

Premessa.....	7

1. Contesto di riferimento	9

1.1 Quadro normativo e istituzionale	11
1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università.....	12
1.3 La rete integrata dell'offerta regionale	15
1.4 Osservazioni epidemiologiche	21
1.5 Accordo di fornitura	35

2. Profilo aziendale	39

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale.....	41
2.2 Impatto sul contesto territoriale	57
2.3 Contributo alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza.....	69
2.4 Ricerca e didattica	122
2.5 Assetto organizzativo	136

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	143

3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria	145
3.2 Universalità ed equità d'accesso	146
3.3 Centralità del cittadino.....	163
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	173
3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa	199

4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	217

4.1 La carta d'identità del personale	219
4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa.....	223
4.3 Gestione del rischio e sicurezza	226
4.4 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali.....	228
4.5 Sistemi premianti e di valutazione delle performance.....	242
4.6 La formazione del personale	243
4.7 Il sistema informativo del personale	250
4.8 Struttura delle relazioni col personale dipendente e con le loro rappresentanze	252

5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	257

5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi	259
5.2 La comunicazione per le scelte d'interesse della comunità	262
5.3 La comunicazione interna aziendale	264

6. Ricerca e innovazione.....	267

6.1 Attività dell'infrastruttura locale per la ricerca e l'innovazione	269
6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole	286
6.3 Garanzie di trasparenza	293

7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale IRCCS Istituto di ricovero e Cura a carattere scientifico	297

7.1 Percorso di riconoscimento.....	299
7.2 Configurazione e contesto dell'IRCCS.....	300
7.3 Attività di ricerca dell'IRCCS.....	303
7.4 La comunicazione	308
7.5 Attività di networking.....	309
7.6 Personale coinvolto nella ricerca	310
7.7 Bilancio di esercizio 2013 dell'IRCCS.....	311

Sicurezza delle cure	315

Conclusioni	335

PREMESSA

Verità oggettiva e relativismo interpretativo.

Chi non sosterebbe che la valutazione di fatti, la misurazione di obiettivi, l'analisi di risultati raggiunti devono basarsi su presupposti di certezza ed inconfutabilità?

La realtà, oggi, è molto diversa: i dati, pur indispensabili, possono essere analizzati e rappresentati in modo tale da consentire di sostenere tesi del tutto contrapposte.

Siamo sommersi da classifiche e pagelle di ogni genere, che aspirano a fornire all'immaginario collettivo la bussola del giudizio individuale.

Dispongono, infatti, di tutti gli strumenti per accreditarsi: dettaglio numerico, sintesi estrema, massima leggibilità e comprensione del messaggio che intendono trasmettere, estrema difficoltà per chi voglia (spesso rinunciandovi a priori) riportare la riflessione e le valutazioni su elementi fattuali.

Da qui nasce la crescente difficoltà di redigere ogni anno un bilancio di missione (uno strumento di rappresentazione dell'entità del lavoro di un'organizzazione complessa e dei risultati che essa raggiunge) in grado di consentire interpretazioni univoche, trasparenti, comprensibili e di costituire la base su cui sviluppare azioni di ulteriore miglioramento e rimodulare l'organizzazione per colmare lacune o carenze.

In fisica, il lavoro di una macchina è dato dalla forza applicata moltiplicata per lo spostamento e ha una sua unità di misura. Nelle organizzazioni complesse, invece, la quantità e la qualità del lavoro si misurano in relazione ai risultati raggiunti, con unità di misura variabili e variabilmente interpretate.

In un'Azienda pubblica, poi, viene meno anche un criterio di valutazione (il profitto) ritenuto, nell'impresa privata, un indicatore affidabile della correttezza delle strategie, dell'affidabilità degli strumenti messi in campo per applicarle, della capacità di svilupparle, ottenendo un risultato positivo di carattere economico.

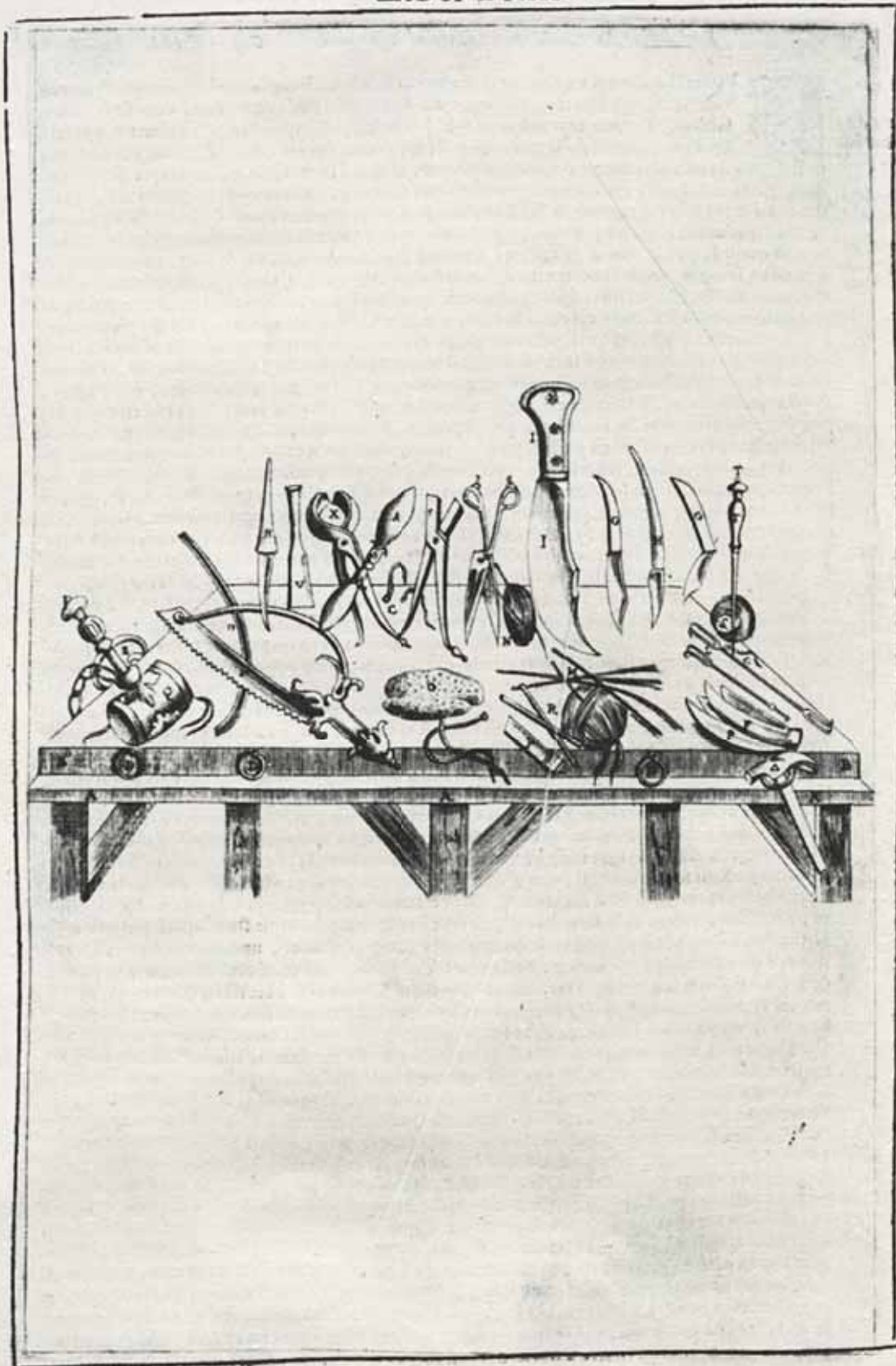
Assume, pertanto, un particolare rilievo anche la modalità con cui si intende rappresentare un percorso ritenuto, forse da tanti, frutto della sommatoria di tanti contributi individuali, generato più dal succedersi casuale degli eventi che non dal puntuale, quotidiano, rigoroso governo dei processi.

- Avere, nel corso del 2013, dato corso ad una rivisitazione sostanziale dell'organizzazione del nostro ospedale per personalizzare maggiormente il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale di ogni paziente;
- Aver ulteriormente migliorato l'impianto logistico dell'ospedale e riposizionato reparti in sedi più idonee sotto il profilo impiantistico e tecnologico;
- Aver arricchito l'ospedale di apparecchiature all'avanguardia, nonostante i pesantissimi vincoli imposti dalla crisi economica e dalla riduzione del finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (la prima volta, dalla sua costituzione del dicembre del 1978), anche grazie al contributo di una comunità sempre molto partecipe;
- Aver incrementato l'attività di ricerca e, del 25%, la produzione scientifica (quasi una pubblicazione al giorno su riviste nazionali e internazionali), oltre ad aver ottenuto un ulteriore finanziamento dal Ministero della Salute per implementare le dotazioni dei nostri laboratori di ricerca e ad aver creato le condizioni per ottenere l'accreditamento europeo degli Istituti Tumori,

sono solo alcuni degli "indicatori" che portiamo all'attenzione di chi vorrà leggere i contenuti di questo Bilancio di Missione.

Sotto la minaccia di un fortissimo ridimensionamento, proprio nell'*annus horribilis* (così lo hanno definito) del Servizio Sanitario Nazionale, il Santa Maria Nuova ha sviluppato la sua massima capacità propulsiva e si colloca oggi, per qualità dell'offerta, indicatori di attività, contributo scientifico e di ricerca, equilibrio economico-finanziario, fra le realtà ospedaliere pubbliche di riferimento.

Giorgio Mazzi
Direttore Sanitario

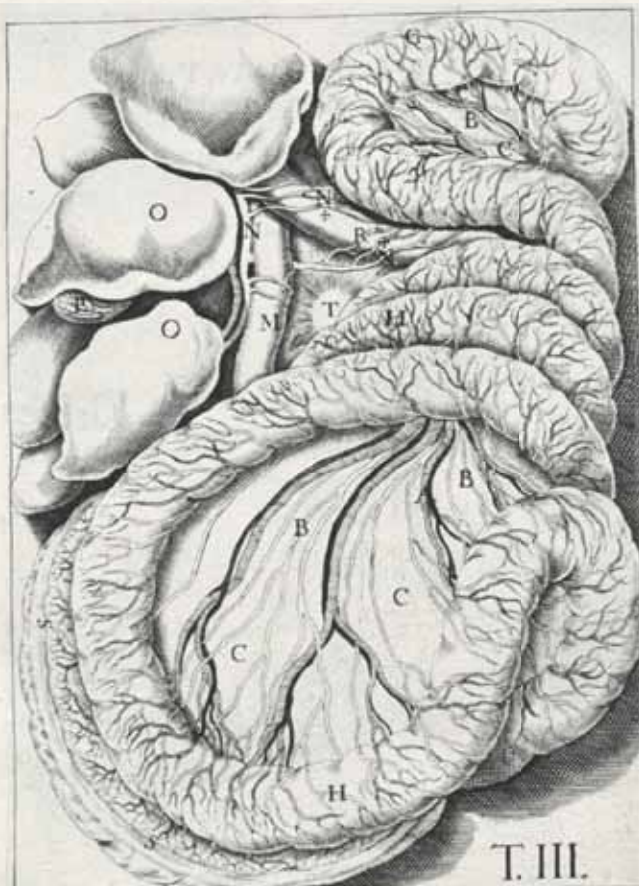


1

Contesto di riferimento

Capire il contesto in cui l'azienda si trova ad operare è elemento fondamentale per potere comprendere a pieno le proprie peculiarità.

In questo capitolo vengono elencate e specificate le disposizioni normative nazionali, regionali e locali che definiscono la cornice entro la quale l'azienda si è trovata ad operare; viene poi presentato il quadro dei rapporti e delle relazioni intercorrenti con il mondo universitario, legati principalmente all'organizzazione delle funzioni di didattica e di ricerca; è descritto il ruolo che l'azienda ospedaliera riveste nell'ambito delle reti Hub&Spoke regionali e provinciali ed il sistema di programmi interaziendali attivati con altri presidi ospedalieri ; sono descritti i principali indicatori epidemiologici che caratterizzano le strutture Hub ed i Centri di Eccellenza aziendali; sono sintetizzati infine i contenuti sostanziali dell'accordo di fornitura sottoscritto con l'Azienda USL di Reggio Emilia, nell'ambito della funzione di committenza.

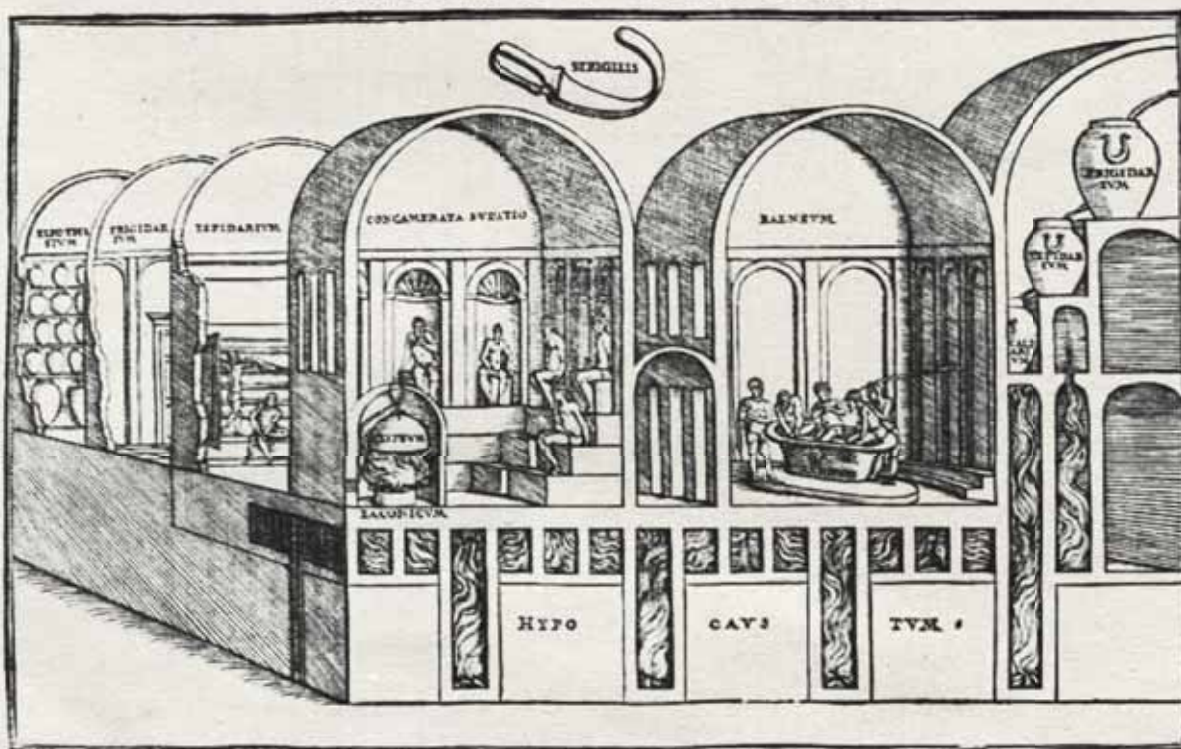


Opuscula anatomica [di] Bartholomaeus Eustachius.
Venetiis, Vincentius Luchinus excudebat, 1564



Universale theatro pharmaceutico. Adornato & ampliato oltre le fabbriche [...]
In venetia, presso Paolo Baglioni, 1682.

BALNEORVM APVD VETERES FORMA.



De Balneis omnia quae extant apud Graecos, Latinos et Arabas, tam medicos quàm quoscunque caeterarum artium probatus scriptores.
Venetiis, apud Iuntas, 1553

1.1 QUADRO NORMATIVO E ISTITUZIONALE

Le scelte di politica sanitaria e le strategie di programmazione dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia devono necessariamente svilupparsi e integrarsi con i provvedimenti rilevanti agli effetti del funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale nonché del finanziamento nel rispetto dei vincoli economico-finanziari.

**IL QUADRO NORMATIVO
NAZIONALE E REGIONALE È
CONSULTABILE SUL PORTALE
DEL SERVIZIO SANITARIO
REGIONALE [WWW.SALUTER.IT/](http://www.saluter.it/)
DOCUMENTAZIONE.**

Vista la vastità dei contenuti, riteniamo ridondante sviluppare nel documento il quadro normativo nazionale e regionale, lasciando la facoltà, a chi lo ritenga opportuno, di approfondire tali norme. Così, per semplicità narrativa e completezza dell'informazione, il lettore che ravvisasse l'esigenza di approfondire alcune norme, è invitato a consultare il portale del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, dove trova una sezione interamente dedicata alla legislazione e agli atti amministrativi per il livello nazionale, regionale e locale (<http://www.saluter.it/documentazione/leggi>).

Nei Bilanci di Missione degli anni precedenti, sempre reperibili nella loro versione integrale scaricabile sul sito aziendale all'indirizzo <http://www.asmn.re.it/Sezione.jsp?titolo=BILANCI&idSezione=9306>, sono disponibili approfondimenti sul quadro normativo relativi ai rispettivi anni di riferimento.

Di seguito sono richiamati gli atti e i provvedimenti di valenza aziendale relativi all'anno 2013 che hanno avuto un effetto rilevante sulla programmazione e sull'organizzazione dell'ASMN.

delibera 04/2013 Approvazione di accordo fra l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e le Aziende Sanitarie di Reggio Emilia per l'istituzione di un **Dipartimento Sperimentale Interaziendale**.

delibera 09/2013

Rinnovo del protocollo d'intesa con il Comune di Reggio Emilia per la partecipazione dell'ASMN al progetto **"I Reggiani per Esempio"** volto alla promozione del volontariato e della cittadinanza attiva.

delibera 41/2013

Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS) ai sensi del d.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Edizione 2013.

delibera 52/2013

Accordo di **collaborazione con Alma Mater Studiorum - Università di Bologna - Dipartimento di Ingegneria Industriale** per l'attività di ricerca scientifica e d'innovazione tecnologica.

delibera 65/2013

Adozione del **piano triennale 2013/2015** per l'individuazione di misure finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, delle autovetture di servizio e dei beni immobili a uso abitativo o di servizio ai sensi della L. 244/2007 (Legge finanziaria 2008).

delibera 86/2013

Convenzione fra l'IRCCS - ASMN e il Ministero della Salute per la regolamentazione del **progetto di ricerca sanitaria dal titolo "Rete IRCCS/DI per l'Europa: struttura e governance a supporto delle attività d'internazionalizzazione in ambito di ricerca UE del Ministero della Salute"**.

delibera 109/2013

Accordo di **collaborazione con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - Centro EN&TECH** per l'attività di ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica.

delibera 118/2013

Convenzione quadro di collaborazione tra IRCCS - ASMN e AUSL di Reggio Emilia per attività di ricerca.

1.2 IL SISTEMA DELLE RELAZIONI CON L'UNIVERSITÀ

1.2.1. L'Azienda Ospedaliera e le facoltà universitarie per la formazione professionalizzante

La promozione e lo sviluppo delle attività di formazione e di ricerca costituiscono principi fondamentali dell'organizzazione e del funzionamento del servizio sanitario regionale. Tutte le aziende sanitarie della Regione, hanno pertanto il dovere istituzionale d'integrare la primaria funzione di assistenza con le funzioni di formazione e di ricerca, per garantire un flusso costante d'innovazione del sistema. Tale dovere è particolarmente avvertito dall'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia per un duplice ordine di motivi:

- da un lato, l'intervento di riconoscimento dell'ASMN quale IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) in "Oncologia: Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali"

LA FUNZIONE DI ASSISTENZA SVOLTA DALL'ASMN È NECESSARIAMENTE INTEGRATA CON QUELLA DI FORMAZIONE E DI RICERCA, SIA IN VIRTÙ DELLO STATUS DI IRCCS, CHE DI DSI.

- dall'altro, la realizzazione del Dipartimento Sperimentale Interaziendale (DSI), quale naturale

evoluzione della collaborazione da anni assicurata dall'Arcispedale ai percorsi formativi dei corsi di laurea di UNIMORE (Università di Modena e Reggio Emilia), riconosciuta Università a rete di sedi. Nell'ambito della Scuola di Medicina e Chirurgia, sono, infatti, attivi presso la sede di Reggio corsi di laurea triennale e biennale, rispettivamente di primo livello e di secondo livello, nonché master di perfezionamento di primo livello.

Oltre che con l'Ateneo di Modena e Reggio Emilia, sono inoltre attive convenzioni con le restanti università emiliano-romagnole (in particolare con l'Università di Parma) e con Università extra-regionali che individuano, presso l'ASMN, significative sedi di didattica integrativa per corsi di specializzazione e corsi formativi per psicologi, farmacisti, biologi, fisici e chimici.

Le convenzioni consentono agli studenti di effettuare tirocini, presso qualsiasi struttura dell'ASMN, sotto la guida di figure dedicate, appositamente selezionate e formate (Tutor Clinici e Guide di Tirocinio).

All'attività di docenza concorrono anche professionisti dipendenti dell'Azienda ASMN: alcuni esercitano tale attività in modo esclusivo (tutor dei corsi di laurea in Scienze Infermieristiche, Tecnici di Radiologia e Fisioterapisti), altri, accanto all'attività istituzionale ospedaliera, svolgono anche didattica d'aula e tutoraggio per medici in formazione specialistica in Medicina e Chirurgia, Fisica, Biologia, Biotecnologie, Chimica, Psicologia, Logopedia.

1.2.2. Le attività dei tutor e d'assistenza alla didattica

L'ATTIVITÀ DI TUTORATO, A SUPPORTO DEL TIROCINIO, È RIVOLTA SIA AI LAUREATI DELLE FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA, SIA AGLI STUDENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE.

L'attività di tutorato, a supporto del tirocinio, è sviluppata secondo le indicazioni fornite

dai relativi Consigli dei Corsi di laurea di base e specialistiche ed è rivolta sia ai laureati della Facoltà di Medicina e Chirurgia che agli studenti delle professioni sanitarie. Per i primi l'attenzione è specifica alla preparazione dell'esame di stato, in applicazione alla L. 445/2001 che prevede la frequenza presso le chirurgie e le medicine per un mese, con conseguente valutazione d'idoneità espressa in trentesimi; mentre per i secondi, viene offerto un percorso formativo graduale, sequenziale e integrato con la finalità di favorire il raggiungimento degli obiettivi formativi dello specifico professionale.

La collaborazione fra il sistema formativo e quello sanitario appare fondamentale per il benessere del singolo (ogni singola persona) e l'istituzione; se prendiamo ad esempio i percorsi di tirocinio, possono essere evidenti i vantaggi reciproci derivati dall'apprendere sul campo quanto l'agire professionale mette a disposizione: possibilità di sperimentazione pratica del fare e integrazione dei saperi teorico-disciplinari con la prassi operativa e organizzativa. Tale collaborazione, volta a favorire una stretta sinergia tra formazione e organizzazione, ha consentito la realizzazione d'incontri di formazione e aggiornamento con alcune strutture dell'Azienda e i tutor dei corsi di laurea. Per i corsi di laurea delle professioni sanitarie (Infermieristica, Tecnici di radiologia medica, Logopedia) le metodologie e attività didattiche impiegate sono volte a offrire allo studente sia un percorso formativo graduale, sequenziale e integrato con la finalità di favorire il raggiungimento degli obiettivi formativi nelle aree e nei

campi propri dello specifico professionale sia a spon-
dere e sostenere:

- la riflessione critica del proprio operato anche attraverso *debriefing* e autovalutazione;
- la capacità di osservazione e di ragionamento clinico e diagnostico;
- abilità di valutazione, di relazione col malato e l'impiego di tecniche assistenziali,
- il graduale contatto e inserimento dello studente nell'ambiente sanitario;
- la collaborazione con le strutture sedi di tirocinio a sostegno del processo di apprendimento;
- la capacità di collaborazione con altre figure professionali sviluppando l'orientamento multidisciplinare.

L'attività di assistenza alla didattica prosegue con la fase di preparazione alle tesi di laurea; attività effettuata grazie alla stretta collaborazione tra studente, tutor e documentaristi della Biblioteca Interaziendale della Medicina, che supportano i bisogni di prestito interbibliotecario e il recupero delle fonti bibliografiche. Le tesi di laurea realizzate vengono registrate e tenute in copia anche presso la biblioteca, quale deposito del Laureato per la diffusione dei nuovi saperi maturati nell'Azienda.

1.2.3. Le convenzioni/collaborazioni con l'Università e le scuole di specializzazione

Alle convenzioni approvate è dato corso con l'attivazione dei posti in scuola di specialità. Tutte le Strutture ASMN sono sedi collegate di UNIMORE, mentre con UNIPR (Università di Parma) la definizione dei singoli rapporti convenzionali è approvata di volta in volta.

Oltre alle attività di collaborazione con le varie Facoltà di Medicina e Chirurgia si deve sottolineare lo sviluppo dell'attività attivata nel 2006, e prorogata sino al 31/12/2015, riguardante l'Unità per la Riabilitazione delle Gravi Disabilità Infantili diretta dal prof. Adriano Ferrari dell'Università di Modena e Reggio, che ha completato la realizzazione del Laboratorio per lo Studio del movimento presso la sede Spallanzani, in collaborazione con la Facoltà di Ingegneria Meccanica ed Elettronica.

1.2.4. Direzione Professioni Sanitarie e Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Il rapporto di collaborazione tra la Direzione delle Professioni Sanitarie ASMN e Università è teso al sistematico miglioramento dell'integrazione tra le attività assistenziali e for-

mative aziendali con le funzioni di didattica e ricerca svolte dall'università. Pregnante la necessità di coniugare, nel ruolo professionale, saperi disciplinari e prassi, filosofia formativa e aspettative dell'organizzazione sanitaria, bisogni dell'utenza e modelli assistenziali. L'istituzione di commissioni/tavoli tecnici ha permesso di delineare il bisogno formativo e la correlata attuazione didattica, oltre alla valutazione della ricaduta degli eventi formativi attuati. Fondamentale il contributo tecnico-professionale e l'impegno personale degli operatori ASMN

per il raggiungimento degli obiettivi di tirocinio. Le relazioni, nello specifi-

co, sono state assicurate da rapporti diretti tra Direttore del Servizio Infermieristico e Coordinatori dei corsi di laurea (Infermieri, Tecnici di Radiologia medica e Fisioterapisti), nonché da un attivo e proficuo confronto e interscambio tra tutor della formazione universitaria e la rete aziendale delle "guide di tirocinio".

LA DIDATTICA "LABORATORIO IN CLINICA" ADOTTATA DAL CDL IN INFERMIERISTICA NON SI LIMITA A INSEGNARE CONOSCENZE PRATICHE, MA FAVORISCE LA RELAZIONE COL MALATO E I FAMILIARI, STIMOLANDO IL PENSIERO CRITICO.

Metodologie didattiche

Il Corso di Laurea in Infermieristica segnala una modalità didattica derivata da un progetto originato negli anni passati e ormai consolidato dal nome "laboratorio in clinica", rivolto a tutti gli studenti del 1° anno preliminarmente all'esperienza di tirocinio; si tratta di una modalità formativa ideata per agire un approccio ai problemi assistenziali orientato non solo al "fare qualcosa", quanto piuttosto al "fare esperienza di qualcosa". Tale modalità formativa prevede che ciascun tutor si faccia carico di un gruppo di 6-8 studenti, alla prima esperienza clinica in ambito ospedaliero o extraospedaliero, guidandolo in attività pratiche sul paziente reale per consentire al discente di sperimentarsi nel rapporto con il malato in un ambiente reale e protetto; non si tratta, pertanto, di traslare solo conoscenze in attività pratiche per stimolare competenze, ma di favorire la relazione con il malato e i familiari, abbozzare modalità d'azione e di pensiero critico capaci di tenere in considerazione vincoli e opportunità del contesto. Il focus dell'insegnamento clinico è spostato sul rapporto studente/persona assistita e il contesto in cui esso ha luogo.

Percorso di tirocinio: le guide di tirocinio

Rilevante ai fini dell'efficacia del percorso di tirocinio la formazione dell'infermiere "guida di tirocinio"; particolare attenzione è stata posta per rilevare e fornire quell'insieme di conoscenze e strumenti utili alla funzione ricoperta che consentano una sinergia con gli obiettivi formativi. L'atte-

stato acquisito, con la frequenza al corso, costituisce certificazione d'idoneità a svolgere la funzione di guida di tirocinio; idoneità che va mantenuta frequentando i corsi di *retraining* (in media ogni tre anni) realizzati per consentire di aggiornare le competenze specifiche allineandole ai cambiamenti legislativi e alle nuove metodologie didattiche. Gli operatori coinvolti sono circa 250, tra ruolo tecnico (85 tra ASMN e ASL) e infermieristico (circa 200), impegnati a sostenere e valorizzare la prassi come fase indispensabile del processo di crescita personale e professionale. Il significativo numero di guide di tirocinio formate in questi anni, ha costituito una vera e propria rete di competenza tutoriale, diffusa in pressoché ogni contesto organizzativo sede di tirocinio.

Nell'anno 2013 sono stati realizzati due Corsi Base, due *retraining* per guide dell'ambito infermieristico ed un *retraining* per le guide dell'Ambito radiologico. I Corsi *Retraining* sono stati progettati come momenti/occasioni per "avvicinare" la formazione alle sedi di tirocinio degli studenti, per orientare i corsi anche alle esigenze specifiche dei professionisti diversamente collocati; i contenuti hanno focalizzato l'attenzione sull'attività didattica di presa in carico del paziente/ discussione della progettazione assistenziale secondo la metodologia adottata dal Corso di Laurea.

Nei due corsi programmati di Formazione per Guida di tirocinio dell'area Infermieristica, il gruppo dei discenti era formato per la metà da infermieri di formazione universitaria. Questo ha contribuito a una maggiore integrazione fra l'esperienza professionale rappresentata dai più "anziani" e l'innovazione formativa apportata dagli infermieri di formazione universitaria. Sono state utilizzate metodologie didattiche tradizionali ed attive, al fine di ottenere il coinvolgimento di tutti i presenti. È stato introdotto un nuovo tema concernente la didattica nella progettazione assistenziale dello studente con le classificazioni internazionali delle diagnosi, risultati e interventi infermieristici. Il gruppo ha risposto in modo attivo e con partecipazione, a quanto proposto nei moduli ed in particolare nella giornata conclusiva (workshop), riuscendo in tale modo ad approfondire le tematiche proposte in plenaria. L'organizzazione di due edizioni parallele ha favorito la frequenza da parte dei corsisti ed il rispetto degli orari.

Il *retraining* per Guide di Tirocinio Infermieri è stato valutato, dai discenti, come molto positivo, utile per la funzione tutoriale, interessante e stimolante per nuovi approcci relazionali e metodologici sui percorsi di tirocinio. I discenti più volte hanno ripetuto la necessità di poter effettuare corsi di

LE "GUIDE DI TIROCINIO" SONO CIRCA 250 OPERATORI, FRA TECNICI E INFERMIERI, E COSTITUISCONO UNA VERA E PROPRIA RETE DI COMPETENZA DIFFUSA IN OGNI CONTESTO ORGANIZZATIVO.

aggiornamento almeno una volta all'anno; è stata proposta una autovalutazione sulle competenze acquisite in questi anni di collaborazione con il CLI che ha dato spunti anche per il fabbisogno formativo futuro.

Il *retraining* Guide di Tirocinio tecnici di Radiologia è stato orientato all'approfondimento della normativa universitaria vigente, alla definizione di obiettivi specifici di apprendimento per gli studenti nelle aree radiologiche di radioterapia e medicina nucleare.

Comitati scientifici

Il Direttore delle professioni Sanitarie è membro attivo nel comitato per l'identificazione dei master/corsi di perfezionamento; il comitato definisce le necessità formative, valorizzando le esperienze professionali e le competenze distintive richieste dai contesti organizzativi. L'attività del comitato scientifico consente, fra l'altro, di definire la tipologia e il numero di corsi per sede didattica anche in relazione alle necessità delle aziende orientando il pensiero educativo e didattico. Si tratta di eventi volti a valorizzare le potenzialità di uno stretto rapporto tra mondo del lavoro e mondo formativo accademico, per una crescita consapevole e ricercata di competenze ed efficienze professionali specifiche in sinergia con il progetto culturale/sociale locale.

Implementazione/manutenzione delle competenze

L'attenzione è posta rispetto due ambiti: l'acquisizione di ulteriori conoscenze e il riconoscimento dell'esperienza. L'azienda, in sinergia con l'università e in linea con quanto precedentemente dichiarato, si preoccupa d'implementare le conoscenze, dall'altro considera importante rendere visibile il valore profuso nella prassi professionale quotidiana.

L'attenzione, in questo caso, è quindi rivolta non solo all'ideazione e creazione di corsi formativi con l'università (implementazione teorica), ma anche a momenti di *retraining* e *debriefing* dei processi formativi e lavorativi, per formare, mantenere, valorizzare le competenze distintive o quelle, definite, soglia. In tale ottica si sono mossi i progetti formativi, di miglioramento e di ricerca implementati con l'università, quali ad esempio: progetto d'implementazione delle diagnosi infermieristiche (progetto Iside), progetti di ricerca finalizzati al riscontro delle abilità acquisite ed esercitate/riconosciute nell'ambito lavorativo, progetti di revisione documentazione sanitaria (cartella infermieristica) e

NEL 2013 HA AVUTO LUOGO UN OTTIMO ESEMPIO D'INTEGRAZIONE SINERGICA FRA UNIVERSITÀ E ASMN: L'EVENTO "IL MONDO DEL LAVORO E LA FORMAZIONE: NOVITÀ E RIFLESSIONI SULLA FORMAZIONE DI BASE DELLE PROFESSIONI SANITARIE".

supporto alla revisione organizzativa con alcune strutture quali ad es. Geriatria, Ortopedia.

Interessante quale esempio di sinergica integrazione università organizzazione l'evento del 2013 "Il mondo del lavoro e la formazione: novità e riflessioni sulla formazione di base delle Professioni Sanitarie". L'evento si colloca all'interno di iniziative di formazione che facilitano l'integrazione fra organizzazione e mondo accademico. I temi trattati fanno riferimento agli sviluppi normativi inerenti la formazione accademica e riflessioni sull'apprendimento clinico emerse da ricerche effettuate in ambito locale. Inoltre è stato proposto il tema della formazione post-base attraverso le elaborazioni di una ricerca qualitativa sempre effettuata presso l'ASMN. Si sono alternati nelle diverse relazioni, colleghi del Corso di Laurea in Infermieristica, in Radiologia e Fisioterapia.

Collaborazione con Università per e nella ricerca delle professioni sanitarie

La collaborazione con l'università UNIMORE (Università di Modena e Reggio Emilia), per lo specifico della ricerca delle professioni sanitarie, si esplica sostanzialmente attraverso la collaborazione con l'Unità di Ricerca & EBP - DPS, nell'attività di formazione alla Metodologia della Ricerca di base e nella realizzazione di progetti di ricerca che coinvolgono l'ambito accademico e l'organizzazione.

Si rimanda al capitolo 6, paragrafo 1.5 "Integrazione tra i vari sottoinsiemi aziendali" del presente BdM, per gli ulteriori approfondimenti in merito alla formazione di base alla metodologia della ricerca e per i progetti e le collaborazioni attivate per l'anno 2013.

RISPETTO ALLE ALTRE PROVINCE SU CUI OPERANO AZIENDE OSPEDALIERE, L'ASMN RAPPRESENTA, ASSIEME A FERRARA, LA STRUTTURA OSPEDALIERA A MAGGIORE ATTRAZIONE LOCALE.

1.3 LA RETE INTEGRATA DELL'OFFERTA REGIONALE

Secondo il modello delle reti integrate (Hub & Spoke), l'ASMN rappresenta un centro d'eccellenza **Hub** per le seguenti reti:

- Riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva (UD-GEE)
- Malattie metaboliche ereditarie
- Terapia intensiva neonatale
- Genetica medica
- Trattamento dell'ictus ischemico cerebrale
- Rete provinciale per l'emergenza territoriale

Le funzioni di **Spoke** sono svolte nell'ambito delle reti di:

- Neurochirurgia d'urgenza
- Gestione dei pazienti GRACER
- Malattie rare scheletriche
- Emofilia e malattie emorragiche congenite
- Malattie emolitiche congenite
- Sindrome di Marfan

L'azienda Ospedaliera è dotata di tutte le alte specialità mediche e chirurgiche ad eccezione di cardiocirurgia, trapianti e centro ustionati. Il suo ruolo nel contesto provinciale e regionale è ben rappresentato dai tradizionali indicatori che descrivono i bacini di utenza e la mobilità della popolazione.

1.3.1. Indicatori di dipendenza

L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture offre una rappresentazione dei percorsi preferenziali scelti dai cittadini residenti nella Provincia di Reggio Emilia verso le strutture cui fare riferimento; mentre l'indice di dipendenza della struttura dalla popolazione, esprime la capacità di attrazione dell'ospedale e al tempo stesso il grado di utilizzazione delle sue risorse da parte dei sottogruppi di popolazione.

1.3.1.a) Indici di dipendenza della popolazione residente dalla struttura ospedaliera per l'assistenza specialistica

L'indice di dipendenza della popolazione dalla struttura ospedaliera esprime, percentualmente in termini di nume-

ro di prestazioni, a quali strutture/Aziende una data popolazione si rivolge per l'**assistenza specialistica** (sono escluse le prestazioni di pronto soccorso) ed evidenzia, quindi, la mobilità dei cittadini reggiani nella richiesta di prestazioni.

Tabella 1.3.1: Specialistica ambulatoriale - Indice dipendenza della popolazione

PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	% PRESTAZIONI EROGATE DAI PRESIDI AUSL		% PRESTAZIONI EROGATE DALL'AZIENDA OSPEDALIERA	% PRESTAZIONI EROGATE ENTRO LA PROVINCIA	% PRESTAZIONI EROGATE IN ALTRE AZIENDE REGIONALI	
	PUBBLICO	PRIVATO			PUBBLICO	PRIVATO
anno 2011	32,88%	12,45%	51,40%	96,73%	3,04%	0,22%
anno 2012	33,22%	9,54%	53,47%	96,23%	3,52%	0,25%
anno 2013	32,19%	8,56%	55,45%	96,20%	3,60%	0,21%
prov. Modena - 2013	79,75%	3,99%	13,50%	97,24%	2,62%	0,14%
prov. Parma - 2013	59,36%	7,01%	31,40%	97,77%	2,18%	0,05%
prov. Ferrara - 2013	50,26%	2,04%	42,80%	95,09%	4,59%	0,32%

Tabella 1.3.2: Specialistica ambulatoriale - Indice di dipendenza della popolazione (dettaglio prestazione anno 2013)

PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	% PRESTAZIONI EROGATE DAI PRESIDI AUSL		% PRESTAZIONI EROGATE DALL'AZIENDA OSPEDALIERA	% PRESTAZIONI EROGATE ENTRO LA PROVINCIA	% PRESTAZIONI EROGATE IN ALTRE AZIENDE REGIONALI	
	PUBBLICO	PRIVATO			PUBBLICO	PRIVATO
Diagnostica	47,43%	21,13%	26,45%	95,01%	4,33%	0,66%
Laboratorio	25,85%	6,11%	64,70%	96,66%	3,31%	0,03%
Riabilitazione	30,25%	27,92%	39,43%	97,60%	1,45%	0,95%
Prestaz. terapeutiche	42,65%	1,95%	49,40%	94,01%	5,40%	0,59%
Visite	56,79%	7,72%	30,01%	94,52%	4,95%	0,52%

Analizzando il fenomeno per il 2013 nel contesto territoriale della provincia di Reggio Emilia (tab. 1.3.1), si osserva che la richiesta di prestazioni specialistiche espressa dalla popolazione residente è stata soddisfatta per circa il 96,2% dalle strutture provinciali: il 55,5% presso l'azienda ospedaliera provinciale (in aumento rispetto al 51,4% del 2011), il 32,2% presso le strutture pubbliche territoriali e l'8,6% presso le strutture private (in evidente calo rispetto al 12,5% del 2011). Il restante 3,6% dei cittadini residenti si è rivolto a strutture extraprovinciali, prevalentemente pubbliche, con un andamento sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti.

Esaminando i dati degli ultimi anni, si osserva come l'azienda ospedaliera rappresenta il riferimento principale per i bisogni della popolazione locale in misura molto superiore ad altre realtà ospedaliere universitarie di dimensioni simili come Parma (31,4%), Modena (13,5%) e Ferrara (42,8%).

Entrando nel dettaglio delle prestazioni offerte e raggruppate nelle seguenti tipologie principali (tab. 1.3.2):

- **Diagnostica:** sono incluse le prestazioni di radiologia tradizionale, TAC, RMN, MOC, diagnostica strumentale senza radiazioni e medicina nucleare;
- **Laboratorio:** sono inclusi prelievi, esami di chimica clinica, ematologia/coagulazione, immunoematologia e trasfusionale, microbiologia/virologia, anatomia e istologia patologica e genetica/citogenetica;
- **Riabilitazione:** comprende RRF, terapia fisica e valutazioni (funzionale, ortottica, manuale, ecc.)
- **Prestazioni Terapeutiche:** riconducibili alle prestazioni di radioterapia, dialisi, chirurgia ambulatoriali e altre prestazioni terapeutiche più semplici come iniezioni, bendaggi e rimozioni.
- **Visite:** sono incluse le prime visite e le visite di controllo;

Si evidenzia che:

- Circa il 64,7% dell'**attività di Laboratorio** è concentrata presso l'ASMN in conseguenza dell'assorbimento dei laboratori di Scandiano, Montecchio e Castelnovone' Monti;
- L'**attività Riabilitativa** è erogata perlopiù presso l'azienda ospedaliera (39,4%, in calo rispetto al 42% del 2011) e in maniera più contenuta presso strutture pubbliche e private (rispettivamente al 30,3% e 27,9%);
- Le **Visite** sono erogate per quasi il 56,8% nei presidi territoriali pubblici, mentre l'Azienda ospedaliera eroga il 30% dell'attività (in calo rispetto al 34% del 2011);
- Anche le **prestazioni Diagnostiche** sono principalmente erogate nelle strutture pubbliche dell'AUSL reg-

giana (47,4%) e, per una parte consistente, dal privato locale (21,1%, in aumento rispetto al 2011). L'ASMN concorre per una percentuale del 26,5% al totale.

1.3.1.b) Indici di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione per l'assistenza specialistica

L'indice di **dipendenza della struttura ambulatoriale dalla popolazione** esprime, percentualmente, per ciascun'Azienda erogante, la provenienza dei propri utenti ed è un indicatore della capacità di attrazione di una struttura ambulatoriale.

Tabella 1.3.3: Specialistica ambulatoriale - Indice dipendenza della struttura

	% EROGATO (g) RESIDENTI NELLO STESSO DISTRETTO	% EROGATO (g) RESIDENTI IN ALTRO DISTRETTO DELLA STESSA AUSL	% EROGATO (g) RESIDENTI IN ALTRE AZIENDE DELLA REGIONE	% EROGATO (g) RESIDENTI EXTRAREGIONE ED ESTERO
anno 2011	58,10%	31,20%	5,50%	5,20%
anno 2012	55,40%	34,40%	5,40%	4,70%
anno 2013	56,00%	34,00%	5,50%	4,40%
prov. Modena - 2013	36,40%	48,10%	7,60%	7,90%
prov. Parma - 2013	50,60%	28,20%	9,90%	11,20%
prov. Ferrara - 2013	55,40%	30,10%	6,40%	8,10%

Fonte: Banca dati della Regione Emilia-Romagna. Nota: Sono comprese le prestazioni di laboratorio.

Analizzando la tendenza mostrata nella tab. 1.3.3, si osserva che negli ultimi anni, la percentuale di attività erogata, espressa attraverso la valorizzazione economica correlata (importi E) dall'ASMN a favore dei residenti nella provincia è sostanzialmente stabile (pari al 90%, di cui 56% verso cittadini del distretto provinciale e 34% fuori distretto). Rispetto alle altre province su cui operano aziende ospedaliere, l'ASMN rappresenta, insieme a Ferrara, la struttura ospedaliera a maggiore attrazione locale.

Approfondendo l'analisi per le principali tipologie di attività (in base al numero di prestazioni erogate), si possono fare le seguenti osservazioni:

- **Prestazioni di Diagnostica:** nel 2013 si registra un leggero aumento dell'attività erogata nei confronti di altri distretti della provincia (24% vs 21%), con rispettivo calo dell'attività verso residenti dello stesso distretto (71% vs 75%).
- **Prestazioni di Laboratorio:** la percentuale di attività erogata verso i residenti del distretto di Reggio Emilia, è calata nel 2013 rispetto al 2012, passando dal 60% al 50%, mentre è cresciuta nei confronti degli altri distretti provinciali (47% vs 37%);

- **Prestazioni di Riabilitazione:** la percentuale di dipendenza è pari a circa l'87% per la popolazione residente nello stesso distretto, mentre si stabilizza sull'11% per gli altri distretti provinciali;
- **Prestazioni Terapeutiche:** la percentuale di dipendenza corrisponde a circa il 54% verso la popolazione residente nello stesso distretto, mentre si attesta sul 40% per gli altri distretti provinciali;
- **Prestazioni di Visita:** la percentuale di attività erogata si sposta a favore dell'extra-distretto (33% vs 16%), mentre decresce nei confronti della popolazione infra-distretto (62% vs 81%).

1.3.1.c) Indici di dipendenza della popolazione residente dalla struttura per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero

L'indice di **dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere** esprime percentualmente,

**LA FIDUCIA DEI CITTADINI
RESIDENTI NEL TERRITORIO
REGGIANO VERSO L'ASMN È
STABILE NEL TRIENNIO 2011-
13 E RAPPRESENTA UNO DEI
VALORI PIÙ ALTI FRA LE AZIENDE
OSPEDALIERE DELLA REGIONE.**

in termini di numero di ricoveri, a quali Strutture/Aziende una data popolazione si rivolge per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario o diurno, ovvero esprime

in che percentuale le diverse strutture/Aziende contribuiscono alla formazione del tasso di ospedalizzazione delle Aziende USL (sono esclusi dal calcolo i neonati sani).

Tabella 1.3.4: Assistenza Ospedaliera - Indice di dipendenza della popolazione

	% RICOVERI NEI PRESIDI AUSL	% RICOVERI NELL'AZIENDA OSPEDALIERA	% TOTALE RICOVERI ENTRO LA PROVINCIA	% RICOVERI IN ALTRE AZIENDE REGIONALI	% RICOVERI FUORI REGIONE
anno 2011	34,70%	44,90%	80,20%	14,10%	5,70%
anno 2012	36,00%	44,90%	80,90%	13,30%	5,80%
anno 2013	37,80%	47,50%	85,30%	14,70%	-
prov. Modena - 2013	61,60%	29,10%	90,70%	9,30%	-
prov. Parma - 2013	39,00%	55,00%	94,10%	5,90%	-
prov. Ferrara - 2013	38,00%	48,10%	86,10%	13,90%	-

Fonte: Banca dati della Regione Emilia-Romagna Nota: Consolidato senza mobilità passiva

Analizzando il fenomeno per il 2013 (tab. 1.3.4), si osserva che oltre l'85% dei residenti con necessità di ricovero sono stati accolti nelle strutture ospedaliere provinciali, e in particolare il 47,5% presso l'ASMN (vs 45% nel 2011), il 37,8% presso gli altri presidi territoriali della provincia (vs 35% nel 2011) e il 14,7% presso le strutture private locali (vs 14% nel 2011).

La fiducia dei cittadini residenti nel territorio reggiano verso l'Azienda Ospedaliera provinciale di riferimento è stabile nel triennio di riferimento (44,9% -44,9% -47,5%) e rappresenta uno dei valori più alti tra le aziende ospedaliere della Regione Emilia-Romagna.

1.3.1.d) Indici di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero

L'indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione delle Aziende USL (IDSP) esprime percentualmente, per ciascuna struttura/Azienda produttrice, la

provenienza dei propri dimessi, ed è un **indicatore della capacità di attrazione della struttura ospedaliera** (sono esclusi dal calcolo i neonati sani).

Il bacino d'utenza è principalmente provinciale (in calo la percentuale dei ricoveri nel triennio 2013 - 2011: 83,3% - 89,3%) a fronte di un leggero aumento l'attività erogata a favore di residenti extraregione (tab. 1.3.5).

Rispetto alle altre aziende ospedaliere universitarie, l'ASMN mantiene un buon confronto in particolare rispetto all'attrazione infraregionale (8,6%, rispetto al 9,2% di Modena, 5,5% di Ferrara e 10,4% di Parma).

I RICOVERI A RESIDENTI FUORI-REGIONE RAPPRESENTANO L'8,1% DELL'ATTIVITÀ E SONO INCENTRATI SOPRATTUTTO SUL TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE LEGATE ALLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA, SULLE SESSIONI DI RADIOTERAPIA E SULL'ATTIVITÀ DELLE STRUTTURE DI MEDICINA GENERALE E OCULISTICA.

Tabella 1.3.5: Assistenza Ospedaliera - Indice di dipendenza della struttura

	% RICOVERI RESIDENTI NELLO STESSO DISTRETTO	% RICOVERI RESIDENTI IN ALTRO DISTRETTO DELLA STESSA AUSL	% RICOVERI RESIDENTI IN ALTRE AZIENDE DELLA REGIONE	% RICOVERI RESIDENTI EXTRAREGIONE ED ESTERO
anno 2011	58,10%	31,20%	5,50%	5,20%
anno 2012	55,40%	34,40%	5,40%	4,70%
anno 2013	55,60%	27,70%	8,60%	8,10%
prov. Modena - 2013	36,70%	42,50%	9,20%	11,60%
prov. Parma - 2013	48,00%	31,60%	10,40%	10,10%
prov. Ferrara - 2013	57,40%	26,10%	5,50%	11,00%

Fonte: Banca dati della Regione Emilia-Romagna Nota: Consolidato senza mobilità passiva

La casistica extraregionale (8,1%), pur ancora contenuta rispetto alle altre aziende ospedaliere, si mantiene allo stesso livello della casistica infraregionale: è trainata soprattutto dall'attività delle strutture di Ostetricia e Ginecologia (22% dei ricoveri extraregionali, in particolare nelle patologie legate alla procreazione medicalmente assistita), Medicina nucleare (9,3%, soprattutto per sessioni di radioterapia), Medicina generale (7%) e Oculistica (6,8%).

Tra i cittadini extraregione che sono stati ricoverati presso le strutture dell'azienda ospedaliera, prevalgono i pazienti provenienti dalla Lombardia (23%), Puglia (9%), Campania (8,7%), Calabria (7,9%) e cittadini stranieri (8,8%).

1.3.2 Rete Hub & Spoke provinciale e regionale

Per quanto riguarda la nostra Azienda si sono consolidate le seguenti reti:

UDGEE (Unità per la riabilitazione delle Gravi Disabilità in Età Evolutiva)

Questa struttura ha consolidato la funzione di Hub di 3° livello nell'ambito regionale. Si tratta di specifiche competenze rientranti in un percorso integrato diagnostico-terapeutico, destinato ad affrontare i problemi diagnostici, valutativi e rieducativi degli esiti di patologie neuromotorie e cognitive congenite, connatali o acquisite dell'età evolutiva.

Funzione di Neurochirurgia d'urgenza

Nel primo semestre 2007, presso l'Ospedale Maggiore di Parma, è stata attivata la Struttura Complessa di Neurochirurgia d'urgenza, cui è stata affidata, in conformità a accordi presi preventivamente a livello di Direzioni Aziendali, anche la Responsabilità della Struttura Spoke di Reggio Emilia. La nuova organizzazione ha coinciso col rilancio e il progressivo incremento di tutte le attività, anche quelle a più elevato contenuto tecnologico e, in casi selezionati, quello di ambito cerebro-vascolare. La costante presenza degli specialisti, ha inoltre, consentito e consentirà ulteriormente lo sviluppo di tecniche interventistiche neuro-radiologiche, possibili solo alla presenza di uno *stand by* neurochirurgico.

Terapia intensiva neonatale

Dal 2002 è stata riconosciuta dalla Regione al S. Maria Nuova un'attività di 3° livello per la terapia intensiva neonatale. Tra le altre attività, la struttura, dotata di 18 posti letto,

di cui 6 di terapia intensiva e 12 di degenza ordinaria neonatologica, eroga anche l'assistenza ventilatoria rianimatoria rivolta ai neonati di peso inferiore ai 1.000 gr. Supporta il Centro di Medicina della Riproduzione aggregato all'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia che si caratterizza come polo di attrazione in particolare extraregionale.

Laboratorio di Genetica medica

È stato individuato, unitamente a quello di Imola quale Laboratorio di riferimento Regionale (Hub dell'Emilia-Romagna di Nord Ovest) con bacino di utenza medio per le funzioni specifiche attorno ai due milioni di abitanti e con compito di compiere indagini diagnostiche volte all'identificazione delle anomalie cromosomiche, costituzionali, ad eccezione dell'attività di citogenetica oncologica e di mutagenesi. Esegue prestazioni specialistiche che la circolare regionale 24 del 22/07/97 riconduce tra quelle di 3° livello, erogabili solo da laboratori organizzati in rete a livello regionale.

Rete provinciale per il trattamento dell'ictus ischemico cerebrale

Nel marzo 2004 è stata individuata la Struttura Complessa di Neurologia della nostra Azienda quale centro Hub autorizzato all'utilizzo del farmaco "Actilyse" nel trattamento dell'ictus ischemico, secondo le modalità del protocollo di monitoraggio SIST-MOST di cui allegato 1 del DM 24/07/2003.

Il nostro Centro presenta tutti i requisiti richiesti quale unità dedicata per il trattamento fibrinolitico (struttura di ricovero semi-intensiva per le prime 24 ore di degenza, accesso continuo a TC, laboratorio di analisi, consulenza cardiologia, rianimatoria e neurochirurgia).

IL MODELLO HUB & SPOKE PREVEDE LA CONCENTRAZIONE DELLA CASISTICA PIÙ COMPLESSA IN UN NUMERO LIMITATO DI CENTRI (HUB) LE CUI ATTIVITÀ SONO MOLTO INTEGRATE CON QUELLE DEI CENTRI OSPEDALIERI PERIFERICI (SPOKE).

Rete per la gestione dei pazienti GRACER

Nell'ambito del progetto regionale GRACER, per il trattamento delle gravi cerebrolesioni acquisite, la Struttura di Medicina Fisica e Riabilitazione svolge attività di Spoke A (Spoke acuti) ed è finalizzata

all'effettuazione degli interventi riabilitativi in fase acuta, valutazione del fabbisogno riabilitativo futuro, definizione del percorso di cura in fase post-acuta, segnalazione alle strutture riabilitative della rete per la successiva presa in carico e gestione del passaggio.

Rete provinciale per l'emergenza territoriale

Per quanto concerne l'area dell'emergenza territoriale si è consolidato il modello di organizzazione interaziendale (Azienda Ospedaliera e Azienda USL) dell'area dell'Emergenza-Urgenza, già da anni gestita in modo integrato, con

conseguente ottimale utilizzo di tutte le risorse professionali dal territorio all'Ospedale, secondo il modello Hub & Spoke. Tale modello organizzativo ha favorito, altresì, l'estensione del servizio di automedica a tutto il territorio provinciale e la gestione dell'attività secondo protocolli comuni e condivisi.

In particolare:

- È attivo il Percorso assistenziale del trauma grave, con verifica e aggiornamento del Protocollo di centralizzazione Dipartimentale;
- È attivo, all'interno dell'Ospedale, un tavolo di lavoro, coordinato dal Direttore del Dip. Emergenza-Urgenza, sulla gestione del politrauma, a cui partecipano le figure professionali che svolgono un ruolo nel percorso di tali pazienti;
- Si svolgono, periodicamente, riunioni fra i Dipartimenti d'Emergenza di Reggio Emilia, Parma e Piacenza nell'ottica della realizzazione del SIAT (Sistema Integrato Traumi) dell'Emilia occidentale.

Rete per emofilia e malattie emorragiche congenite

Si tratta di difetti ereditari della coagulazione del sangue. Le Strutture di Medicina 1^a (per l'adulto) e Pediatria (per il bambino) dell'ASMN sono centri Spoke.

Il Centro Hub di riferimento è il Centro emofilia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (Ospedale Maggiore) al quale è affidato il "Registro regionale per le malattie emorragiche congenite", strumento d'informazione e di scambio, che permette, tra l'altro, il monitoraggio epidemiologico e la sorveglianza della qualità dell'assistenza nella regione Emilia-Romagna.

Rete per le anemie emolitiche congenite

Con delibera di Giunta n. 1708 del 2/11/2005 è stata istituita la rete Hub & Spoke per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle anemie ereditarie, per le quali attualmente in Emilia-Romagna sono assistite oltre 300 persone. Tra queste malattie, le più rappresentate in Regione sono le talassemie, dovute a disordini ereditari legati alla ridotta o assente produzione delle catene globiniche.

Il Centro Hub ha sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (Ospedale S. Anna), mentre il nostro Centro Spoke di riferimento è la S.C. di Ematologia.

Rete per la sindrome di Marfan

Con delibera di Giunta n. 1966 del 29/12/2006 è stata istituita la rete Hub & Spoke per la diagnosi e il trattamento della sindrome di Marfan, malattia del connettivo, caratterizzata, nelle forme più conclamate, da anomalie dell'apparato muscolo-scheletrico, cardiovascolare e dell'occhio.

I reparti di Diagnostica e interventistica Cardiologica (per l'adulto) e di Pediatria (per il bambino) dell'ASMN sono centri Spoke. Il centro Hub regionale è situato nel Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna.

Malattie rare scheletriche

Il reparto di Genetica Clinica, dal 2011, è centro Spoke. Centro Hub regionale ha sede nell'IRCCS Rizzoli di Bologna.

Malattie metaboliche ereditarie

Nel 2011 è stata istituita la Rete Hub & Spoke per le Malattie metaboliche ereditarie. Si tratta di malattie a trasmissione genetica che richiedono una diagnosi precoce e una presa in carico tempestiva del neonato, con adeguata terapia (farmacologica e/o dietetica). Per l'AVEN (Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena) il centro di riferimento è la S.C. di Pediatria e Neonatologia dell'Azienda USL di Piacenza. A questa struttura si affiancano la S.C. di Neuropsichiatria infantile dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia specializzata per le malattie a carattere neuro-metabolico e la S.C. di neonatologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena per le malattie con scompenso acuto metabolico.

1.4 OSSERVAZIONI EPIDEMIOLOGICHE

1.4.1 Funzioni Hub e Centro di Eccellenza

Senza approfondire l'analisi sugli stili di vita, sulle condizioni ambientali, sul quadro socio demografico e sullo stato di salute dei reggiani (temi sviluppati in modo analitico nell'ambito del Bilancio di Missione dell'Azienda USL), in questo paragrafo si pone l'attenzione sulle risposte che l'Azienda Ospedaliera fornisce per far fronte ai bisogni della popolazione provinciale e/o regionale che si caratterizzano per l'alta complessità clinica e organizzativa richiesta.

PER COMPRENDERE L'ATTIVITÀ DEI CENTRI DI ECCELLENZA, È FONDAMENTALE ANALIZZARE I BACINI D'UTENZA, CIOÈ I POTENZIALI SOGGETTI FRUITORI DELLE PRESTAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ SANITARIA EROGATA.

Ci si riferisce cioè alle funzioni svolte dai Centri di riferimento regionale Hub&Spoke e dai Centri di Eccellenza.

Oltre alle funzioni Hub, ufficialmente riconosciute con normative Regionali, sono stati identificati, in modo congiunto tra le due aziende sanitarie di Reggio Emilia, altri centri che svolgono funzioni di Hub a livello provinciale (il Programma Interaziendale di Gastroenterologia Endoscopia Digestiva e la Rete Cardiologica provinciale).

Per i centri di eccellenza, la cui attività è orientata al miglioramento dell'appropriatezza clinico-organizzativa, all'efficacia clinica ed all'adequazione dei processi in riferimento agli standard definiti da linee guida, si è ritenuto opportuno utilizzare la capacità attrattiva, come principale indicatore per identificarli come erogatori di prestazioni di elevata qualità.

Premessa indispensabile per comprendere l'attività dei Centri Hub e dei Centri di Eccellenza è l'analisi dei "bacini di utenza" specifici, ovvero dei potenziali soggetti fruitori di prestazioni. Il bacino d'utenza rappresenta infatti il principale riferimento per la programmazione dell'attività sanitaria erogata.

Per la Neonatologia, il bacino di utenza, al 01/01/2013 è stato pari a 5.278 neonati, entro il 1° anno di vita, residenti nel territorio di Reggio Emilia ponendosi ad un -3,35% rispetto ad i 5.461 neonati notificati al 01/01/2012 ed ad un -8,34% rispetto ad i 5.758 neonati registrati al 01/01/2011.

L'Unità di Riabilitazione delle Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva (UDGEE), in qualità di unica sede regionale in Emilia Romagna, ha come bacino di utenza 602.584 residenti in età pediatrica (0 - 14 anni) nella Regione Emilia Romagna al 01/01/2013, di cui 81.942 nella provincia di Reggio Emilia (13,6%).

Per i Centri di Eccellenza identificati come punti di riferimento provinciale per la diagnosi ed il trattamento delle principali neoplasie, delle malattie rare in età pediatrica, delle patologie reumatologiche, delle maculopatie e delle problematiche legate alla fertilità, il bacino di utenza è composto da tutti i residenti nella provincia di Reggio Emilia che al 01/01/2013 era pari a 535.869 abitanti di cui 263.385 maschi (49,15%) e 272.484 (50,85%) femmine.

1.4.2. Funzioni Hub Regionali e capacità attrattiva

Hub Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale

La Struttura Complessa di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dell'ASMN costituisce l'unico centro neonatologico di III livello provinciale e tale attività di terapia intensiva neonatale le è stata riconosciuta a partire dal 2002 (delibera regionale n° 1267). Attualmente la dotazione dei posti letto (PL) è di 18 PL, di cui 6 sono di TIN. La missione della UO è quella di accogliere tutti i neonati patologici dell'intera provincia che necessitano di una assistenza intensiva o subintensiva. (Tabella 1.4.1)

Tabella 1.4.1: Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale

DIMESSI IN DEGENZA ORDINARIA				
	FUORI REGIONE	DENTRO REGIONE	PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	TOT
2011	36	60	884	980
% ATTRAZIONE	9,80%			
2012	40	90	832	962
% ATTRAZIONE	13,51%			
2013	27	61	729	817
% ATTRAZIONE	10,77%			

Attrazione: esprime la quota% pazienti dimessi non residenti nella provincia di Reggio Emilia.

LO STEN PROVINCIALE È STATO ATTIVATO IN OTTOBRE ED È SVOLTO DA UNA SQUADRA D'INFERMIERI E MEDICI DELLA TIN SPECIFICAMENTE ADDESTRATI. AD OGGI SONO STATI ESEGUITI 12 STEN NEI CONFRONTI DEI QUATTRO PUNTI NASCITA PROVINCIALI.

percorsi condivisi e procedurati, facilitanti il trasferimento delle gravidanze ad alto rischio e/o dei neonati "patologici" dalla periferia al SMN. Questa integrazione è stata rafforzata con la realizzazione di un progetto interprovinciale di servizio di trasporto neonatale assistito (STEN), che rappresenta la prima esperienza regionale in tal senso, anticipando una delibera regionale del dicembre u.s.. Lo STEN della provincia di Reggio Emilia è stato attivato nell'ottobre 2013 ed è effettuato da team specificatamente addestra-

L'integrazione della Neonatologia dell'ASMN si è consolidata negli ultimi anni con la creazione di

ti di infermieri e medici della Terapia Intensiva Neonatale dell'ASMN ed è svolto a favore di tutti i neonati critici della provincia di Reggio Emilia. Fino ad oggi sono stati effettuati 12 STEN nei confronti dei 4 punti nascita provinciali

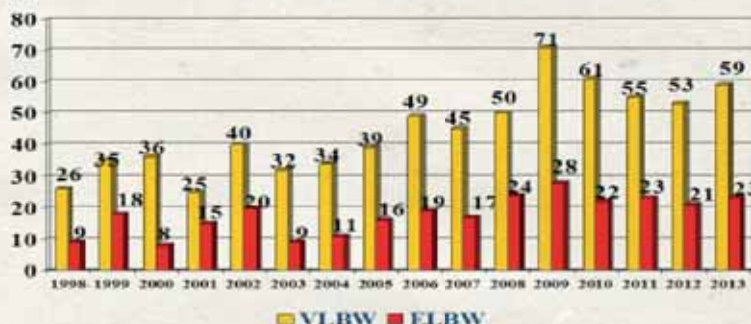
L'attività della Neonatologia dell'ASMN ha subito profonde modificazioni nel corso degli ultimi decenni con una grande accentuazione della attività intensiva e ultraspecialistica, fenomeno comune del resto a tutte le TIN regionali e nazionali.

Anche la complessità della casistica trattata si è accresciuta, come testimoniato dal numero di grandi prematuri assistiti.

I neonati con peso alla nascita < 1500 g (VLBW) ed i neonati con peso alla nascita < 1000 g (ELBW) costituiscono infatti le due categorie di neonati a maggior complessità che transitano nei reparti di TIN e rappresentano un indicatore affidabile della tipologia e qualità dell'assistenza erogata e caratterizzano al meglio il reparto stesso. Questi neonati richiedono una assistenza intensiva qualificata, di altissimo livello e sforzi marcati da parte di tutto il personale di una TIN.

Come si evince dal grafico sottostante, il numero dei VLBW e degli ELBW dagli anni 90 ad oggi si è accresciuto marcatamente a Reggio Emilia; tali dati pongono la Neonatologia del SMN ai primi posti in ambito regionale per volumi di attività di tali pazienti.

VLBW ed ELBW ALL'ASMN:



VLBW: neonati con peso alla nascita < 1500 g
ELBW: neonati con peso alla nascita < 1000 g

Tale osservazione mostra in definitiva le enormi potenzialità del distretto provinciale reggiano ma indica anche i fabbisogni di tale bacino. I tassi di occupazione della Neonatologia e della TIN, per far fronte a tale popolazione, sono infatti divenuti troppo elevati (intorno al 90-100%), a fronte di standard internazionali che definiscono ottimali tassi dell'ordine del 70%.

Anche gli indicatori di esito quale la mortalità dei VLBW evidenziano un graduale ma progressivo miglioramento dell'outcome ed anche il confronto con i principali network italiani ed internazionali mostrano ottime performance

Le Neonatologie sono reparti con bassi volumi di utenza ma ad altissima tecnologia, che hanno vissuto, nel corso degli ultimi decenni, un processo di innovazione tecnologica straordinaria e repentina.

RECENTEMENTE IL REPARTO DI NEONATOLOGIA DELL'ASMN SI È DOTATO DI ATTREZZATURE MODERNE E INNOVATIVE CHE LO RENDONO IN GRADO DI COMPETERE COI MAGGIORI CENTRI NAZIONALI.

Recentemente la Neonatologia del S. Maria Nuova si è dotata di attrezzature moderne ed innovative che la rendono in grado di competere con i maggiori centri nazionali.

Inoltre competenze ultraspecialistiche rendono tale reparto, punto di riferimento, quanto meno regionale, su molti aspetti peculiari dell'assistenza intensiva neonatale:

- centro di riferimento regionale per la oftalmologia neonatale: grazie alla acquisizione di uno strumento idoneo per la valutazione ottimale della retina dei prematuri (Retcam), ed alla professionalità e disponibilità dell'équipe oculistica; Di lato il numero di interventi di laserterapia effettuati sui VLBW della provincia ed extraprovinciali effettuati
- nuove tecniche di ventilazione meccanica (dalla ventilazione sincronizzata, a quella oscillatoria, all'utilizzo dell'ossido nitrico);

- ipotermia selettiva e monitoraggio aEEG continuo del neonato affetto da asfissia cerebrale
- ecografie cerebrali;
- ambulatorio di cardiologia neonatale e pediatrica, costituendo il punto di riferimento anche del centro hub regionale cardiologico (Bologna)
- ambulatorio di follow-up Neurologico;
- ambulatorio di infettivologia neonatale;
- Banca del Latte;
- moderna tecnica di umanizzazione delle cure;

Numero Pazienti sottoposti ad Ipotermia



Hub Unità Riabilitativa per le Gravi Disabilità Infantili (UDGEE)

L'attività della UDGEE (2 posti letto in degenza ordinaria e 1 in day hospital) mostra da sempre una elevata attrazione extraprovinciale, Tabella 1.4.2 - con particolare riguardo a quella extra-regionale. Dopo il flessio dell'anno 2012, determinato dal trasferimento di parte dell'attività di ricovero al regime ambulatoriale, comportamento in linea con le direttive regionali di deospedalizzazione, nel 2013 si osserva comunque un incremento dell'attività di ricovero con n. 285 dimessi ed un valore percentuale di attrazione extraprovinciale che si attesta al 91.93%

Tabella 1.4.2: UDGEE

DIMESSI IN DEGENZA ORDINARIA E DAY HOSPITAL				
	FUORI REGIONE	DENTRO REGIONE	PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	TOT
2011	243	63	25	331
% ATTRAZIONE	92,45%			
2012	200	52	18	270
% ATTRAZIONE	74,07%			
2013	212	50	23	285
% ATTRAZIONE	91,93%			

Attrazione: esprime la quota% pazienti dimessi non residenti nella provincia di Reggio Emilia.

La S.C. di UDGEE, riconosciuta, fin dal '94, quale centro di III livello regionale per le disabilità neuromotorie dell'infanzia, ha consolidato nel tempo la propria funzione di Hub in ambito regionale ed è riconosciuta, a livello nazionale ed internazionale, quale centro di riferimento, così come testimoniato dalle importanti attività di ricerca e produzione scientifica (pubblicazioni, partecipazione a convegni), di didattica e formazione (sede di Master di riabilitazione infantile e metodologia della ricerca, sede di Specializzazione, sede di Formazione per diverse figure professionali).

L'attività della SC di riabilitazione delle gravi disabilità dell'età evolutiva contempla l'utilizzo di specifiche competenze per la gestione di problemi diagnostici, valutativi e rieducativi degli esiti di patologie neuromotorie e cognitive congenite, con nati o acquisite dell'età evolutiva.

Negli anni si è assistito ad una progressiva ascesa della complessità dei casi affrontati, quale inevitabile conseguenza del progressivo trasferimento delle attività più semplici (ad esempio degli inoculi di tossina botulinica) alle strutture territoriali e del progressivo allungamento della lista di attesa sia per le valutazioni cliniche che per l'attività di chirurgia funzionale. L'allungamento della lista è stata la conseguenza del richiamo regionale e extra-regionale della struttura complessa, a fronte della povertà di strutture nel territorio nazionale ad essa equivalenti.

Di recente istituzione è il Laboratorio di Analisi del Movimento, fra i più avanzati presenti in Italia, che nasce per implementare l'attività clinica, nonché l'attività di ricerca finalizzata nel campo della paralisi cerebrale infantile, delle malattie neuromuscolari e degli esiti di mielomeningocele. Grazie all'impiego del laboratorio di analisi del movimento sono stati aggiornati gli standard di prodotto sulla chirurgia funzionale ortopedica, includendo anche dati sul contenimento del dolore e sulla soddisfazione degli utenti e delle loro famiglie. L'utilizzo del Laboratorio ha permesso inoltre di misurare anche oggettivamente la qualità dei risultati raggiunti sia nei trattamenti farmacologici (tossina botulinica, pompe al baclofen), sia chirurgico-funzionali (parti molli e scheletro), sia rieducativi (impiego di ortesi ed ausili).

L'UDGEE DISPONE DI DUE POSTI LETTO IN DEGENZA ORDINARIA E UNO IN DAY HOSPITAL. NEL 2013 SI OSSERVA UN INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ CON 285 DIMESSI E UN VALORE DI ATTRAZIONE EXTRAPROVINCIALE PARI AL 92%.

Centri di Eccellenza e capacità attrattiva

Alcuni dei principali centri di eccellenza presenti all'interno dell'azienda ospedaliera sono:

- Reumatologia
- Centro per la diagnosi e la cura della Maculopatia (presso la S.C. di Oculistica)
- Centro Sterilità (presso la S.C. di Ostetricia e Ginecologia)
- Neuropsichiatria Infantile (NPI)
- Genetica clinica
- Medicina Nucleare
- Diagnosi e cura delle patologie neoplastiche

Reumatologia

L'attività svolta dal centro di eccellenza di Reumatologia dell'ASMN (8 posti letto in degenza ordinaria e 4 in day hospital) vede nell'ultimo anno n. 1.004 dimissioni complessivamente dalla degenza ordinaria e dal day hospital, nonostante le indicazioni regionali di contenimento dell'attività diurna. È inoltre, meritevole di segnalazione, un positivo trend attrattivo nei confronti dei pazienti fuori provincia, passati dal 35,97% nel 2011 al 39,14% nel 2012 ed al 42,03% nel 2013. (Tabella 1.4.3)

La Reumatologia, oltre ad essere Centro di Riferimento Provinciale per la terapia con agenti biologici nelle artropatie infiammatorie (artrite reumatoide, spondilite anchilosante, artropatia psoriasica), è anche Centro di Riferimento Regionale per il Lupus Sistemico Eritematoso e per le vasculiti (in particolare arterite a cellule giganti, arterite di Takayasu, malattia di Behçet, vasculiti ANCA-associate, vasculite isolata del sistema nervoso centrale), rientranti nell'ambito delle malattie rare.

A tale fine sono stati compiuti studi epidemiologici che hanno definito, per la prima volta, l'incidenza e la prevalenza di alcune vasculiti (arterite a cellule giganti, polimialgia reumatica e malattia di Behçet e malattia di Wegener) nella popolazione della provinciali di Reggio Emilia (studi population-based).

Tabella 1.4.3: Ricoveri in Reumatologia

DIMESSI IN DEGENZA ORDINARIA E DAY HOSPITAL				
	FUORI REGIONE	DENTRO REGIONE	PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	TOT
2011	148	247	703	1 098
% ATTRAZIONE	35,97%			
2012	181	255	678	1 114
% ATTRAZIONE	34,14%			
2013	192	230	582	1 004
% ATTRAZIONE	42,03%			

Attrazione: esprime la quota% pazienti dimessi non residenti nella provincia di Reggio Emilia.

Trattamento della degenerazione maculare in oculistica

Nel settore oftalmologico è in fase di ulteriore espansione il trattamento con farmaci anti-Vegf (Lucentis, Macugen, Avastin), iniziato innovativamente presso la nostra azienda già dal 2006 nei pazienti affetti da degenerazione maculare, precedentemente trattata in regime ambulatoriale con laser Argon, con laser a diodi termico (Termoterapia Transpupillare) e infine con Laserterapia Fotodinamica (Verteporfina). In seguito all'approvazione della delibera 1628 del 26 ottobre 2009 il trattamento iniettivo intravitreale con Avastin (considerato fino ad allora off-label), è stato esteso dalla degenerazione maculare senile umida alla neovascolarizzazione coroideale miopica, ad altre forme di neovascolarizzazione coroideale e al trattamento di varie forme di edema maculare: diabetico, post-occlusione vascolare retinica, da vasculite retinica.

Come conseguenza di questo trattamento innovativo, dal 2009 ad oggi la domanda e la esecuzione dei trattamenti iniettivi intravitreali per le maculopatie è stata in costante incremento presso il nostro Day Hospital. Dal 2012 a seguito delle nuove disposizioni regionali, la gestione di questo tipo di trattamenti è stata trasferita in regime ambulatoriale e si è passati alla completa informatizzazione dei referti sul sistema aziendale.

Nel 2013 il numero di iniezioni intravitreali di sostanze terapeutiche registrate in regime ambulatoriale è stato pari a n. 2048 prestazioni.

**IL CENTRO DI ECCELLENZA
DI REUMATOLOGIA MOSTRA
UN ANDAMENTO CRESCENTE
DELL'ATTIVITÀ VERSO I PAZIENTI
EXTRAPROVINCIALI, CHE PASSANO
DAL 36% NEL 2011 AL 42% NEL 2013.**

Tabella 1.4.4: Day Hospital e Degenza Ordinaria Struttura Complessa Oculistica

DIMESSI IN DEGENZA ORDINARIA E DAY HOSPITAL				
	FUORI REGIONE	DENTRO REGIONE	PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	TOT
2011	132	153	781	1 066
% ATTRAZIONE	26,74%			
2012	108	119	311	538
% ATTRAZIONE	42,19%			
2013	102	91	317	510
% ATTRAZIONE	37,84%			

DIMESSI IN DEGENZA ORDINARIA E DAY HOSPITAL				
	FUORI REGIONE	DENTRO REGIONE	PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	TOT
2011	108	134	781	1 066
% ATTRAZIONE	39,74%			
2012	118	114	354	586
% ATTRAZIONE	39,59%			
2013	136	130	322	588
% ATTRAZIONE	45,24%			

Attrazione: esprime la quota% pazienti dimessi non residenti nella provincia di Reggio Emilia.

Di particolare rilievo è la diagnosi e cura della Retinopatia del Pretermine (**ROP**) una malattia multifattoriale che colpisce i neonati pretermine. Più esattamente la prematurità è considerata come il fattore patogenetico più importante per l'insorgenza della ROP, in quanto una bassa età gestazionale condiziona il regolare sviluppo della retina e della sua circolazione.

Mediante l'utilizzo dell'innovativa apparecchiatura RETCAM (in possesso della

struttura di Neonatologia da fine 2007) è possibile documentare la presenza e lo stadio della malattia e in caso di trattamento stabilire con precisione l'estensione delle aree da trattare. Dal 2008 è iniziata l'attività di trattamento della retinopatia della prematurità con laser, iniezioni intravitreali e anche trattamenti chirurgici. Dal 2009 le strutture di Oculistica e Neonatologia di Reggio Emilia hanno accolto e trattato anche pazienti affetti da ROP inviati dalle Neonatologie di Modena e Parma e, per pazienti le cui condizioni non consentivano il trasporto, la nostra equipe si è recata

ad effettuare trattamenti laser anche direttamente presso queste strutture. Dal 2011 è iniziata la attività di valutazione di casi di ROP in cui vi era il dubbio sulla indicazione al laser mediante angiografia retinica a fluorescenza (metodica ben conosciuta nelle retinopatie vascolari dell'adulto ma introdotta solo negli ultimi anni in neonatologia), che ha consentito in alcuni casi di anticipare il trattamento rispetto a quelle che sarebbero state le indicazioni fornite dal classico monitoraggio oftalmoscopico, migliorando la prognosi della malattia.

Nel 2012 e più completamente nel 2013 e' stata realizzata una riorganizzazione delle attività ambulatoriali specialistiche con l'introduzione e di nuovi ambulatori di terzo livello tra cui l'ambulatorio di oncologia oculare, l'ambulatorio di cornea e superficie oculare e quello per il cheratocono. Questi si sono aggiunti a quelli già esistenti di immunologia oculare, macula, vitreo-retina, ortottica e glaucoma. Gli ambulatori, organizzati con medici specialisti particolarmente competenti nei diversi settori, attrezzature aggiornate specifiche e supporto infermieristico, svolgono funzione di riferimento per la diagnosi e cura delle diverse patologie oculari.

Trattamento della sterilità in ostetricia e ginecologia

Il Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) dell'ASMN è un Centro Regionale di III livello per la Diagnosi e la Terapia della Sterilità Involontaria di Coppia ed è uno dei più grandi, se non il più grande, Centro a livello nazionale. Tale dato è confermato dalla numerosità della casistica trattata e dalla voluminosa produzione scientifica (pubblicazioni scientifiche, partecipazione e convegni, eventi formativi, ecc...) del Centro stesso. Le coppie che si rivolgono al Centro possono essere residenti nella provincia di Reggio Emilia, ma afferiscono anche da altre realtà regionali e nazionali (come evidenziato in Tabella 1.4.5).

Tabella 1.4.5: N° trattamenti della sterilità

DIMESSI IN DAY HOSPITAL				
	FUORI REGIONE	DENTRO REGIONE	PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	TOT
2011	493	587	514	1 594
% ATTRAZIONE	67,65%			
2012	407	563	459	1 429
% ATTRAZIONE	67,88%			
2013	458	617	514	1 589
% ATTRAZIONE	67,65%			

Attrazione: esprime la quota% pazienti dimessi non residenti nella provincia di Reggio Emilia.

NEL 2013 IL NUMERO D'INIEZIONI INTRAVITREALI DI SOSTANZE TERAPEUTICHE REGISTRATE IN REGIME AMBULATORIALE È STATO PARI A 2.048 PRESTAZIONI.

Nel Centro vengono utilizzate le più moderne tecniche di procreazione medicalmente assistita (FIVET; ICSI; ICSI/TESA) e viene praticata la crioconservazione degli ovociti e degli embrioni, nel rispetto della legge di riferimento, n.40/2004 "Norme in materia di Procreazione medicalmente assistita".

Presso il Centro è attiva la Banca del Seme, che permette a tanti uomini in giovane età, affetti da tumori o da altre gravi malattie, di conservare la loro fertilità.

Dal mese di gennaio 2010 è stato attivato presso l'ASMN il "Progetto Multidisciplinare di Procreazione Medicalmente Assistita(PMA) e Genitorialità Responsabile per le Copie con Infezione da HIV/HCV" che, come struttura vede coinvolti il Centro di PMA, la SOC di Malattie Infettive e il Servizio di Microbiologia e Virologia e, come figure professionali, biologi, infettivologi, microbiologi-virologi, ostetrici, ginecologi e psicologi.

Neuropsichiatria infantile

L'attività del Centro di Eccellenza di Neuropsichiatria Infantile (NPI) dell'ASMN (2 posti letto di degenza ordinaria ed 1 di day hospital) si espleta in termini assistenziali, scientifici e di ricerca, di didattica e formazione. La Tab. 1.4.6 fornisce la misura della capacità assistenziale, così come rilevata ad es. nell'ultimo triennio appena trascorso, oltre che la capacità di attrazione attiva intra - ed extraregionale. Nel corso del 2013, in risposta alle disposizioni regionali, molta attività svolta negli anni precedenti in day hospital è stata sempre più gestita in regime ambulatoriale.

La NPI effettua attività di ricovero ospedaliero e attività ambulatoriale, con ambulatori specialistici di Neuropsichiatria Infantile e dedicati per Malattie Neurometaboliche, Neuromuscolari e Malformative, per Neuropatie e Malattie del Midollo Spinale, per Disturbi del Movimento, per Epilessia e Cefalea.

I settori di attività sono precipuamente neurologici e comprendono: epilessia, malattie neurometaboliche e degenerative, neuropatie e malattie del midollo spinale, malattie muscolari, malformazioni cerebrali, disturbi del movimento, sindromi disgenetiche di pertinenza neurologica, cefalea, neurotraumi cranici, patologia vascolare circolatoria ed emorragica, patologia infettiva e disimmune, paralisi cerebrale, encefalopatia ipossico-ischemica perinatale, paralisi di nervi cranici, ritardo mentale.

Particolare attenzione è rivolta alla patologia neurometabolica e degenerativa, a quella malformativa cerebrale, alle neuropatie ereditarie e acquisite e ai disturbi del movimento. In questi settori, infatti, la S.C. di NPI dispone di com-

petenze mediche e assistenziali specifiche che ne fanno un Centro Hub di riferimento di dimensione regionale.

In due specifiche delibere, la Regione Emilia Romagna (RER) ha riconosciuto la SC Neuropsichiatria Infantile come riferimento della rete per le Malattie Rare (DRG. n°.160/2004) e per le Malattie Neurometaboliche e Mitochondriali Età Infantile (DRG. n. 1898/2011).

Tabella 1.4.6: Ricoveri in Neuropsichiatria

DIMESSI IN DEGENZA ORDINARIA E D.H.				
	FUORI REGIONE	DENTRO REGIONE	PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	TOT
2011	42	103	303	448
% ATTRAZIONE	32,37%			
2012	50	114	345	509
% ATTRAZIONE	32,22%			
2013	43	64	263	370
% ATTRAZIONE	28,92%			

Attrazione: esprime la quota % pazienti dimessi non residenti nella provincia di Reggio Emilia.

L'attività della SC NPI si espleta anche nell'ambito della ricerca. In particolare, la SC NPI fa parte integrante per la componente pediatrica del Progetto Università-Regione Emilia Romagna "ER-MITO", di recente approvato con finanziamento specifico. Il progetto ha come obiettivo principale la ricognizione una volta per tutte dell'incidenza delle malattie mitocondriali nella popolazione adulta e infantile, utilizzando le principali modalità di esordio di queste patologie.

Le pubblicazioni scientifiche annuali (3-5) su riviste internazionali e la partecipazione attiva a Congressi ed eventi scientifici di portata nazionale e internazionale completano l'attività di ricerca e scientifica della Struttura.

Le attività formative e didattiche sono ugualmente intense e di primo piano, e si traducono nella organizzazione di Congressi e Workshops regionali e nazionali sui temi di eccellenza della neurologia infantile, soprattutto le Malattie Neuro Metaboliche e Mitochondriali in particolare, e le Neuropatie e i Disturbi del Movimento.

La SC NPI organizza e coordina (essendo sede del Coordinamento Regionale della Società Italiana di Neurologia Pediatrica) corsi di formazione trasversale interattiva di valenza regionale, allargati alle Regioni limitrofe e accreditati, sulle tematiche della Neurologia Infantile, così come Corsi di Formazione su campo interni all'Azienda (ugualmente accreditati) sulle stesse tematiche trasversali di interesse Neurologico Infantile, Pediatrico, Neonatologico, Riabilitativo, Neuroradiologico.

IN OTTEMPERANZA ALLE DIRETTIVE REGIONALI, DAL 2013 MOLTA ATTIVITÀ SVOLTA PRECEDENTEMENTE IN REGIME DIURNO È STATA TRASFERITA IN REGIME AMBULATORIALE.

La SC NPI detiene la docenza/insegnamento di Neurologia Pediatrica nella Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile e Scuola di Specializzazione in Pediatria dell'Università di Modena e Reggio Emilia, e accoglie medici specializzandi delle stesse Scuole, studenti frequentatori degli ultimi due anni della Facoltà di Medicina e Chirurgia della stessa Università, e Medici di Medicina Generale in Tirocinio obbligatorio.

Genetica clinica

La Struttura Semplice Dipartimentale di Genetica Clinica, riconosciuta dal 2013 quale nodo Hub satellite per le Malattie rare pediatriche dell'Area Vasta Emilia Nord, si occupa della diagnostica post-natale dismorfologica e sindromologica delle malattie genetiche rare, della consulenza genetica e della corretta informazione alle famiglie, della diagnostica applicata al nato-morto o neonato deceduto in epoca perinatale con patologia malformativa e/o sospetta malattia genetica, della diagnosi differenziale delle ipoacusie genetiche e della consulenza genetica pre-concezionale, prenatale, post-natale e oncologica oltretutto del follow-up assistenziale dei bambini con patologie croniche geneticamente determinate. Tutte queste attività vengono svolte in stretto collegamento con le S.C. di Pediatria, di UDGE, di NPI, di Neonatologia, del Laboratorio di Genetica, di Ostetricia e Ginecologia, ma anche dei servizi territoriali e dei Laboratori di riferimento dei Centri Universitari e di ricerca sia in Italia che all'estero.

Le malattie rare sono un complesso di circa 8.000 patologie che, per definizione, hanno una bassa incidenza, meno di 5 su 10.000 abitanti. L'80% delle malattie rare, circa 6.400, sono di origine genetica e, pertanto, la maggior parte di queste condizioni si manifesta in età pediatrica rappresentando un problema di notevole importanza non solo scientifica, ma anche, e soprattutto, sociale. Ovviamente la precocità di diagnosi amplifica consistentemente i benefici. L'attività clinica è strettamente correlata all'attività di formazione, ricerca (significativa produzione scientifica a livello nazionale ed internazionale) e raccolta di dati epidemiologici (collaborazione con il gruppo IMER- registro delle Malformazioni congenite in Emilia Romagna). La SSD di Genetica Clinica è Spoke nell'ambito delle Reti Regionali Hub & Spoke delle Displasie Scheletriche, della Genetica Clinica ed è nel Gruppo della costituenda Rete Regionale della Malattie Rare Malformative dell'Età Evolutiva.

La casistica trattata è ampia e quella del 2013 viene riassunta nella Tabella 1.4.6.1. Dall'inizio dell'attività hanno eseguito follow-up 960 bambini con malattia rara. Nel corso del 2013 parte dell'attività inizialmente gestita in regime diurno è successivamente migrata in regime di Day Service od ambulatoriale, in rispetto alle disposizioni regionali che impone riduzione di posti letto di day hospital medico.

Tabella 1.4.6.1: Casistica trattata nel 2013 dalla Genetica Clinica

TIPOLOGIA ATTIVITÀ	NUMERO CASI
Ricoveri in Day hospital	86
Day service	22
Visite ambulatoriali	846

Medicina nucleare

La S.C. di Medicina Nucleare, con l'utilizzo di nuovi radiofarmaci, ha assunto negli anni più recenti sempre più un ruolo imprescindibile nell'ambito della diagnostica e della terapia di molte patologie neoplastiche di difficile trattamento con le tecniche convenzionali.

Nel 2013 il Servizio ha effettuato 9826 prestazioni di cui 2930 PET/CT; tra queste, 604 sono PET/CT effettuate con radiofarmaci sperimentali (analoghi della somatostatina marcati con ⁶⁸Ga; ¹⁸F-colina). La Struttura dispone di 3 gammacamere (2 a doppia testa di cui 1 SPET/CT) e di una PET/CT; collabora da anni con la S.C. di Radioterapia nella corretta stadiazione del paziente affetto da neoplasia e indirizzato alla terapia radiante contribuendo, con l'uso di radiofarmaci PET (sia tradizionali che sperimentali) e tecniche di correzione del movimento respiratorio, ad una più precisa definizione del bersaglio radioterapico (BTV - Biological Target Volume). Tale approccio metabolico ha determinato un affinamento nella definizione del planning radioterapico, indispensabile nelle terapie conformazionali ad ipofrazionamento spinto. Grazie a questa collaborazione con le SC di Radioterapia Oncologica e di Fisica Medica, la Medicina Nucleare dell'Arcispedale Santa Maria Nuova è divenuta Centro di Eccellenza dell'Associazione Italiana di Medicina Nucleare per "Utilizzo della PET in Radioterapia", effettuando corsi formativi per personale medico e tecnico, sia italiano che straniero.

LA MEDICINA NUCLEARE DELL'IRCCS DI REGGIO EMILIA SI CONFERMA SPECIALITÀ DI RIFERIMENTO ALL'INTERNO E AL DI FUORI DELL'EMILIA-ROMAGNA, CON UNA CAPACITÀ ATTRATTIVA CRESCENTE NEL TRIENNIO, PASSANDO DAL 79% ALL'84%. LA MOBILITÀ ATTIVA È DETERMINATA SOPRATTUTTO DALL'UTILIZZO DI RADIOFARMACI SPERIMENTALI INNOVATIVI CHE SOSTENGONO LO SVILUPPO DELLA SEZIONE DI TERAPIA RADIOMETABOLICA.

L'attività della Sezione di Terapia Radiometabolica, attiva dal 1997, è cresciuta nel tempo, alimentata da un bacino di utenza ampio, esteso ad oggi a tutto il territorio dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), ma anche alle altre Regioni (soprattutto Lombardia e Veneto).

La struttura è dotata di 8 posti letto in degenza protetta e nel corso del 2013 sono stati effettuati 676 trattamenti in regime di ricovero di cui 259 (38%) con radiofarmaci sperimentali.

La Medicina Nucleare dell'I.R.C.C.S. di Reggio Emilia, si conferma specialità di riferimento all'interno della regione e fuori regione, con una capacità attrattiva che mostra un trend crescente nel triennio esaminato, passando dal 78,81% nell'anno 2011 al 84,17% nel 2013. La mobilità attiva è determinata soprattutto dall'utilizzo di radiofarmaci sperimentali innovativi, che sostengono lo sviluppo della sezione di Terapia Radiometabolica.

Tabella 1.4.7: Ricoveri in Terapia Radiometabolica

DIMESSI IN DEGENZA ORDINARIA E D.H.				
	FUORI REGIONE	DENTRO REGIONE	PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	TOT
2011	231	234	125	590
% ATTRAZIONE	78,81%			
2012	284	241	110	635
% ATTRAZIONE	82,68%			
2013	329	240	107	676
% ATTRAZIONE	84,17%			

Attrazione: esprime la quota% pazienti dimessi non residenti nella provincia di Reggio Emilia.

Nel corso del 2012 sono stati effettuati 635 trattamenti in regime di ricovero, così suddivisi:

TERAPIA (in regime di ricovero)	PATOLOGIA	TOTALE 635
¹³¹ I	Neoplasie tiroidee diff.	373
¹⁷⁷ Lu e ⁹⁰ Y-DOTATATE	NET e neoplasie SSTR +	258
⁹⁰ Y-Zevalin	Linfomi NH refrattari	4

I trattamenti terapeutici ambulatoriali sono invece stati 133, quasi tutti per pazienti della provincia:

TERAPIA (in regime ambulatoriale)	PATOLOGIA	TOTALE 133
¹³¹ I	Iperitiroidismo	96
⁹⁰ Y colloidale endoarticolare	Artriti essudative	33
¹⁵³ Sm-EDTMP e ⁸⁹ Sr-cloruro	Metastasi ossee	4

Nel corso del 2013 sono stati effettuati 676 trattamenti in regime di ricovero, così suddivisi:

TERAPIA (in regime di ricovero)	PATOLOGIA	TOTALE 676
¹³¹ I	Neoplasie tiroidee diff.	411
¹⁷⁷ Lu e ⁹⁰ Y-DOTATATE	NET e neoplasie SSTR +	259
⁹⁰ Y-Zevalin	Linfomi NH refrattari	6

I trattamenti terapeutici ambulatoriali sono invece stati 143, quasi tutti per pazienti della provincia:

TERAPIA (in regime ambulatoriale)	PATOLOGIA	TOTALE 143
¹³¹ I	Iperitiroidismo	114
⁹⁰ Y colloidale endoarticolare	Artriti essudative	28
¹⁵³ Sm-EDTMP e ⁸⁹ Sr-cloruro	Metastasi ossee	1

Radioterapia oncologica

Questa disciplina si caratterizza per l'impiego di tecniche di irradiazione innovative e ad alta complessità. È stata, infatti, tra i primi centri in Europa ed il primo in Italia (nel 2001) ad applicare la tecnica **IMRT** (radioterapia ad intensità modulata). Nel 2008, ai due Acceleratori Lineari (Linac) già in dotazione, si è aggiunta la Tomoterapia, una macchina dedicata all'**ImageGuided-IMRT**. Nel 2009 è stato anche acquisito un acceleratore mobile per radioterapia intraoperatoria (**IORT**).

Nel 2013 è stata condotta la gara per l'acquisizione di una nuova unità per radioterapia (in sostituzione del Clinac 2100 del 1992) che porterà, nell'anno 2014, all'installazione del TrueBeam STX della Varian, una macchina all'avanguardia predisposta per la radioterapia ad alta precisione e ad alta dose/frazione.

Nel 2013 la S.C. di Radioterapia Oncologica ha eseguito 1433 corsi di radioterapia con alte energie (Acceleratori Lineari, Tomoterapia e IORT) e 239 corsi di radioterapia con ortovoltaggio (Roentgenterapia). In ambito ginecologico sono state trattate con brachiterapia endocavitaria (High Dose Rate) 34 pazienti. Sono state inoltre trattati 6 pazienti con brachiterapia vascolare. Tutti i trattamenti effettuati con alte energie sono stati ad alto livello di complessità, come definito dalla classificazione dell'Istituto Superiore di Sanità (rapporto 02/20). In particolare, il grado più elevato di complessità (corrispondente alla categoria D) ha contraddistinto il 41.9% delle terapie somministrate. Il raggiungimento di tali livelli è stato possibile grazie alla forte interazione con il Servizio di Fisica Medica.

Trattamenti con Alte Energie eseguiti nell'anno 2013

MACCHINA DI TERAPIA	TECNICA DI TRATTAMENTO	COMPLESSITÀ	NUMERO CORSI DI TERAPIA	%
Acceleratore lineare	3DCRT (conformazionale tri-dimensionale)	cat C	832	58.1%
	con Acceleratori Lineari: IMRT e RT stereotassica	cat D	333	41.9%
Tomoterapia	IMRT		256	
IORT	campo diretto intra-operatorio		12	
		totale	1433	

L'altro elemento caratterizzante la S.C. di Radioterapia è l'impiego dell'**imaging multimodale (TC/PET e RM)** per la definizione del volume bersaglio e la ottimizzazione del piano di trattamento. In particolare, la stretta collaborazione con la SC di Medicina Nucleare ha portato, a far capo dal 2003, all'introduzione routinaria dell'imaging PET nella pianificazione dei trattamenti complessi, primi fra tutti quelli per neoplasie del testa-collo e del polmone. Con la medesima finalità di guadagnare in accuratezza nella definizione del target, nell'anno 2013 si è avuto un incremento del 25% dell'impiego del mezzo di contrasto iodato nella esecuzione della TC di pianificazione

La SC di Radioterapia costituisce un polo di attrazione per i trattamenti con alte energie: nel 2013 i piani di trattamento eseguiti per pazienti provenienti da altre ASL della regione ed extra-regionali hanno rappresentato il 18% del totale.

Gastroenterologia - endoscopia oncologica

La S.C. di **Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva** è coinvolta a vari livelli in progetti relativi alla prevenzione, alla diagnosi ed al trattamento delle neoplasie gastrointestinali. L'attività che l'unità svolge è di tipo diagnostico, terapeutico e palliativo ed è da anni costantemente orientata ad una gestione ottimale delle tecnologie che possiede e che rappresentano quanto di più avanzato si possa utilizzare oggi nella disciplina della Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva.

La S.C. di Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva eroga procedure su pazienti ricoverati, ambulatoriali e nell'ambito del programma di screening del colon-retto.

In particolare l'unità si è distinta in questi ultimi anni per un approccio integrato alla diagnosi e al trattamento della patologia neoplastica biliopancreatica, esofagea, gastrica e coloretale.

Le prestazioni endoscopiche eseguite sono così riassumibili:

- Colonscopie
- Gastroscopie

- ERCP (Colangiopancreatografie retrograde endoscopiche)
- Ecoendoscopie operative
- Ecoendoscopie diagnostiche
- Ecografie addominali
- Phmanometrie
- BT per intolleranze alimentari
- BT urea per H. Pylori
- Visite gastroenterologiche ambulatoriali

La SC di Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva, infine, ha svolto una rilevante attività di ricerca e di condivisione di modelli assistenziali nel contesto del Programma Interaziendale di Gastroenterologia Endoscopia Digestiva e della struttura IRCCS.

Laboratorio di genetica

La S.C. Laboratorio di Genetica è dotata di elevate professionalità e di adeguata tecnologia che consentono l'esecuzione di prestazioni specialistiche di 3° livello (circolare regionale n. 24 del 22.7.97) sia di tipo analitico (76% delle prestazioni 2010) che consultoriale (24%).

L'attività analitica copre attualmente tutti i settori.

- **Citogenetica classica** - s'incentra sull'analisi dei cromosomi sia nell'ambito della patologia costituzionale postnatale e prenatale che della patologia oncoematologica (cariotipo su midollo e, raramente, su periferico non stimolato);
- **Citogenetica molecolare** - si fonda sull'utilizzo dell'ibridazione a fluorescenza in situ (FISH) ed è principalmente rivolta (circa 60% dell'attività specifica) alla patologia oncoematologica; in quest'ambito sonde molecolari commerciali o *home made*, sono applicate allo studio di cromosomi metafasici o interfasici, per caratterizzare alterazioni citogeneticamente manifeste o ricercare specifiche anomalie, anche criptiche o mascherate, di grande rilevanza sotto il profilo prognostico o terapeutico (come la trisomia 8, le monosomie 5 e 7, le delezioni 5q, 7q, 12 p e 20q nelle Mielodisplasie; la trisomia 12 e le delezioni 11q22.3, 13q14.3, 13q34 e 17p13.1 nel-

le Leucemie Linfatiche Croniche; le monosomie 5 e 7, le delezioni 5q, 7q e 11q23, le traslocazioni t (15;17) e t (16;16) e l'inversione 16pq nelle Leucemie Mieloidi Acute; la traslocazione t (9;22) nella Leucemia Mieloide Cronica; le delezioni 13q14 e 17p13.1 e la traslocazione t (4;14) nel Mieloma Multiplo; la restante quota di attività è riferibile invece allo studio di alterazioni cromosomiche costituzionali postnatali (sindromi microcitogenetiche, analisi dei segmenti subtelomerici) e prenatali (aneuploidie 13,18,21, X, Y);

- Genetica molecolare si rivolge alla diagnostica di specifiche condizioni costituzionali, molte di queste associate a ritardo mentale. In particolare con tecniche di:
- Southern-Blot applicato nella diagnosi dell'X fragile e nella ricerca di portatori sani;
- Methylation Specific PCR applicata nella diagnosi delle sindromi di Prader Willi e Angelman;
- PCR nella ricerca dei portatori sani di Fibrosi cistica e nello studio della microdelezione del cromosoma Y (associata all'alterazione della spermatogenesi)
- PCR nello studio della segregazione allelica di cromosomi imprantati (7,11,14,15) per escludere disomie uniparentali materne o paterne.

Queste caratteristiche e il livello quali-quantitativo delle prestazioni fornite hanno fatto sì che già dal 2002 il laboratorio sia riconosciuto come punto di eccellenza dalla Regione Emilia-Romagna, che, nell'organizzazione della rete regionale delle strutture di genetica secondo il modello "Hub and Spoke", lo qualifica come "Hub" di riferimento per la citogenetica per l'area dell'Emilia-Romagna di nord-ovest.

Laboratorio di biologia molecolare

Il Laboratorio di Biologia Molecolare svolge, da ormai alcuni decenni, studi di associazione gene-malattia, nelle malattie comuni, come le malattie infiammatorie articolari e anche sui tumori.

In quest'ambito, da alcuni anni è stato intrapreso uno studio per valutare l'effetto di polimorfismi, contenuti in specifici geni candidati, nei pazienti con melanoma maligno, tumore della tiroide, tumori mesenchimali e tumori del polmone e colon.

Negli ultimi anni l'applicazione delle tecniche biologico-molecolari alla diagnosi delle malattie neoplastiche è stata notevolmente implementata. In questo genere di patologie, la diagnosi molecolare assume un'importanza fondamentale perché consente di individuare a livello pre-sintomatico, e quindi in fase precoce, i soggetti in cui si sta sviluppando la patologia tumorale. La maggior parte dei tumori sono sporadici, cioè le alterazioni del DNA (mutazioni) si sviluppano casualmente a livello delle cellule somatiche. Solo una piccola, anche se significativa, percentuale dei tumori sono ereditari.

Attualmente nel Laboratorio di Biologia Molecolare vengono analizzate diverse mutazioni caratterizzanti il tumore, la sua insorgenza, la risposta farmacologica, la capacità metastatizzante attraverso diverse tecniche di PCR, sequenziamento diretto del DNA, analisi dei polimorfismi di lunghezza di sequenze semplici e pirosequenziamento.

In particolare è effettuata:

- Analisi molecolare delle mutazioni del gene KRAS (tumore del colon e del polmone)
- Analisi molecolare delle mutazioni del gene EGFR (tumore del polmone)
- Analisi molecolare delle mutazioni del gene PDGFRA (GIST)
- Analisi molecolare delle mutazioni del gene c-KIT (GIST)
- Analisi molecolare delle mutazioni del gene p53;
- Analisi molecolare delle mutazioni del gene RET (Multiple Endocrine Neoplasia type2) in collaborazione con la S.S. di Genetica Clinica
- Analisi molecolare delle mutazioni del gene BRAF (Melanoma, tumore della tiroide)
- Analisi molecolare delle mutazioni del gene MEN1A (Multiple Endocrine Neoplasia type1)
- Valutazione dello stato di metilazione del promotore del gene MGMT nei tumori cerebrali
- Analisi mutazioni dei geni dell'Isocitrato deidrogenasi (IDH1-2) nei Gliomi
- Valutazione della clonalità Cellule B e T (Linfomi)
- Analisi molecolare delle mutazioni del gene DPD (Farmacogenetica del 5-Fluorouracile)
- Analisi molecolare delle mutazioni dei geni CDKN2A e CDK4 nei melanomi familiari in collaborazione con la S.S. di Genetica Clinica

1.4.3. Epidemiologia delle principali neoplasie

(trattate nei centri di eccellenza dell'ASMN.)

1.4.3.a) Incidenza e mortalità

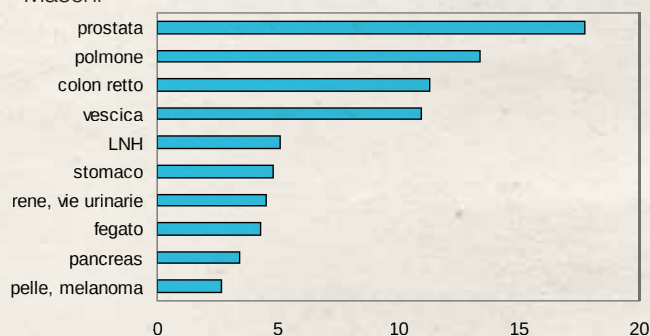
In provincia di Reggio Emilia si sono verificati, nel 2010, 2.095 tumori maligni negli uomini e 1.875 nelle donne. Il tumore della prostata e quello della mammella si confermano rispettivamente la sede più frequente nei maschi e nelle femmine. Il tumore alla tiroide nelle donne raggiunge il terzo posto in gradua-

L'INCIDENZA PER TUTTI I TUMORI (ESCLUSI CARCINOMI CUTANEI, MALATTIE MIELOPROLIFERATIVE E SINDROMI MIELODISPLASTICHE), IN AUMENTO DAL 1996, MOSTRA UN'INVERSIONE DI TENDENZA DIMINUENDO DAL 2004 PER I MASCHI E DAL 2005 PER LE FEMMINE FINO AL 2010.

toria, superando rispetto al periodo 2007-2009 il polmone. Il trend d'incidenza per tutti i tumori (esclusi carcinomi cutanei, malattie mieloproliferative e sindromi mielodisplastiche), in aumento dal 1996, mostra un'inversione di tendenza diminuendo dal 2004 per i maschi e dal 2005 per le femmine fino al 2010. La riduzione è più rilevante nei maschi.

grafico 1.4.1: incidenza delle principali neoplasie 2010

Maschi



Fonte Dati: Registro Tumori Reggiano

1.4.3.b) Sopravvivenza

I tumori a più lunga sopravvivenza, dopo 5 anni, sono risultati (grafico 1.4.2):

- tiroide 94,8%, prostata 91% e melanoma 80,8% nei maschi
- tiroide 99,9%, mammella 89,1%, corpo dell'utero 87,3% e melanoma 86,8% nelle femmine [grafico 1.4.2].

I tumori a prognosi infausta per entrambi i sessi sono risultati:

- stomaco 32,6%, fegato 17,4% e polmone 11,9% nei maschi
- stomaco 36,1%, polmone 18,8% e fegato 10,4% nelle femmine.

L'epidemiologia dei tumori a Reggio Emilia riflette l'andamento nazionale, evidenziato anche dall'Associazione Italiana Registri Tumori nel rapporto del 2009: la sopravvivenza è in costante aumento per quasi tutti i tumori, a seguito degli sforzi congiunti compiuti in questi ultimi anni nella diagnosi precoce e nel miglioramento dei trattamenti attraverso la definizione ed implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici appropriati.

Inoltre, miglioramenti più sensibili si evidenziano per i tumori oggetto di diagnosi precoce e di programmi di screening. Nel caso del tumore della mammella, del colon-retto e dell'utero, il tasso di sopravvivenza è più elevato a RE rispetto alla media nazionale; questo rispecchia gli investimenti fatti in termini di diagnosi precoce e trattamenti terapeutici nella nostra provincia.

Nel 2010 si sono verificati 1.485 decessi per tumore, inclusi i tumori a comportamento benigno e incerto. Il trend di mortalità per tutti i tumori è in significativa diminuzione sia nei maschi che nelle femmine.

grafico 1.4.1. Incidenza delle principali neoplasie (esclusi carcinomi cutanei, malattie mieloproliferative e sindromi mielodisplastiche). Valori percentuali. Anno 2010

Femmine

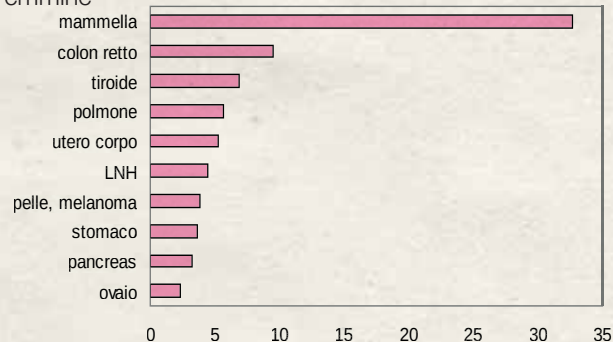
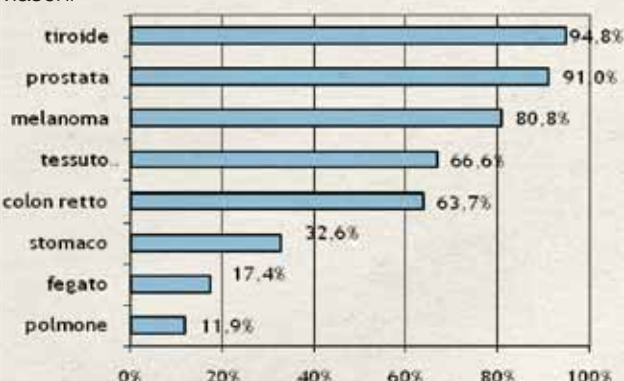
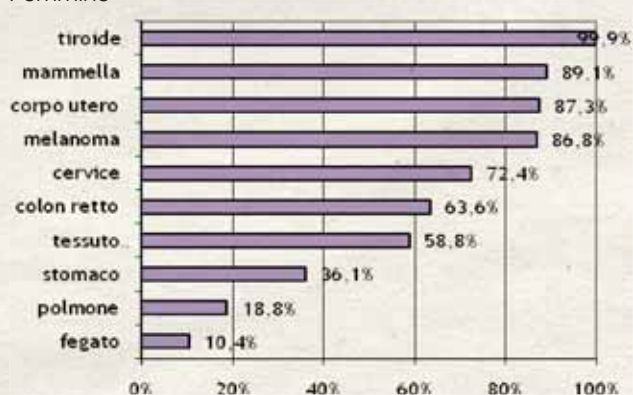


grafico 1.4.2: Sopravvivenza relativa a 5 anni per le principali neoplasie per sesso (follow up al 31/12/2009) - Reggio Emilia

Maschi



Femmine



Nota: la sopravvivenza è riferita ai casi degli anni 2000-2004 con follow-up al 31/12/2009 e di età superiore ai 15 anni

1.4.3.c) Prevalenza

Dai dati attualmente disponibili nel Registro Tumori Reggiano è possibile fornire la prevalenza osservata per durata fino a 15 anni precedenti la data di riferimento (Tabella 1.4.8).

Per esempio, possiamo individuare la quota di pazienti che hanno avuto una diagnosi nei due anni precedenti che verosimilmente si trovano nella fase di diagnosi e cura del tumore, mentre quelli che hanno avuto la diagnosi tra i 2 e i 5 anni precedenti si troveranno nella fase più intensiva di follow-up, e così via fino a quelli che hanno avuto la diagnosi da più di 20 anni, che verosimilmente possono considerarsi "guariti". In realtà, per la maggior parte delle sedi tumorali, già i soggetti che si sono ammalati più di 5 o 10 anni prima possono considerarsi guariti poiché raramente i tumori recidivano dopo tali durate.

Tabella 1.4.8: Casi prevalenti al 1/1/2011

ANNI DALLA DIAGNOSI	N. CASI PREVALENTI MASCHI	N. CASI PREVALENTI FEMMINE	N. CASI PREVALENTI TOTALE
<= 2	3,129	2,959	6,088
<= 5	6,612	6,292	12,904
<= 10	10,437	10,350	20,787
<= 15	12,256	12,961	25,217

- durata massima osservata dal Registro Tumori

Nota: la prevalenza indica il numero di casi di neoplasia presenti in un territorio ad un dato istante, quindi comprende tutti i casi diagnosticati nel passato e sopravvissuti al momento in cui la prevalenza viene calcolata. Fonte dati: Registro Tumori Reggiano

1.4.4 Casistica oncologica

Per quanto riguarda la diagnosi e la cura delle patologie oncologiche presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, (Tabella 1.4.4.1) nel triennio 2011-2013, si osserva che, i

NEL TRIENNIO 2011-2013 SI OSSERVA CHE I RICOVERI CON UNA DIAGNOSI PRINCIPALE DI PATOLOGIA NEOPLASTICA, MOSTRA UN SOSTANZIALE EQUILIBRIO, NONOSTANTE IL CALO DEI RICOVERI TOTALI REGISTRATI DALL'ASMN.

ricoveri ospedalieri registrati in entrambi i regimi di assistenza e con una **diagnosi principale di patologia neoplastica**,

secondo il sistema di classificazione ICD-9-CM-2007 attualmente in uso per la codifica della SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera), mostrano un sostanziale equilibrio, nonostante il calo dei ricoveri totali registrati presso l'Azienda

da Ospedaliera di Reggio Emilia passati dal 2011 al 2013, passati rispettivamente da n. 48.201 a n. 44.555.

Si puntualizza che la valutazione solamente dei ricoveri con diagnosi principale di neoplasia, se da un lato sottostima l'attività svolta in ospedale per la cura delle patologie oncologiche, dall'altro evita di includere i re-ricoveri determinati da co-patologie e/o complicanze, condizioni frequenti nella malattia neoplastica.

Continuando l'analisi della patologia oncologica notificata come diagnosi principale ed esaminando al suo interno la produzione medica e chirurgica, si osserva che dal 2011 al 2013 la casistica di carattere oncologico (esclusa chemioterapia e radioterapia) con ricovero per chirurgia è passata rispettivamente da n. 3.932 a n. 3.827, mentre quella medica è passata da n. 2587 nel 2011 ad n. 2532 nel 2013 mantenendo, quindi, sostanzialmente un carattere di equilibrio nel triennio.

Tab 1.4.4.1: Numero ricoveri ospedalieri registrati con diagnosi principale di patologia neoplastica

PATOLOGIA PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE	TIPO DRG PRODOTTO		TOTALE COMPLESSIVO 2010
	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	
DIAGNOSI NEOPLASIA	3.932	2.587	6.519
V58.0 SESSIONE DI RADIOTERAPIA	21	581	602
V58.11 CHEMIOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	2	1.572	1.574
V58.12 IMMUNOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	0	32	32
DIAGNOSI NON ONCOLOGICHE	14.874	24.600	39.474
TOTALE COMPLESSIVO	18.829	29.372	48.201
valori percentuali			
DIAGNOSI NEOPLASIA	8,16%	5,37%	13,52%
V58.0 SESSIONE DI RADIOTERAPIA	0,04%	1,21%	1,25%
V58.11 CHEMIOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	0,00%	3,26%	3,27%
V58.12 IMMUNOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	0,00%	0,07%	0,07%
DIAGNOSI NON ONCOLOGICHE	30,86%	51,04%	81,89%
TOTALE COMPLESSIVO	39,06%	60,94%	100,00%
PATOLOGIA PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE	TIPO DRG PRODOTTO		TOTALE COMPLESSIVO 2011
	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	
DIAGNOSI NEOPLASIA	3.824	2.687	6.511
V58.0 SESSIONE DI RADIOTERAPIA	31	630	661
V58.11 CHEMIOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	3	1633	1636
V58.12 IMMUNOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	0	58	58
DIAGNOSI NON ONCOLOGICHE	14.370	23.766	38.136
TOTALE COMPLESSIVO	18.228	28.774	47.002
valori percentuali			
DIAGNOSI NEOPLASIA	8,14%	5,72%	13,85%
V58.0 SESSIONE DI RADIOTERAPIA	0,07%	1,34%	1,41%
V58.11 CHEMIOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	0,01%	3,47%	3,48%
V58.12 IMMUNOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	0,00%	0,12%	0,12%
DIAGNOSI NON ONCOLOGICHE	30,57%	50,56%	81,14%
TOTALE COMPLESSIVO	38,78%	61,22%	100,00%
PATOLOGIA PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE	TIPO DRG PRODOTTO		TOTALE COMPLESSIVO 2010
	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	
DIAGNOSI NEOPLASIA	3.827	2.532	6.359
V58.0 SESSIONE DI RADIOTERAPIA	20	661	681
V58.11 CHEMIOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	2	1698	1700
V58.12 IMMUNOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	0	39	39
DIAGNOSI NON ONCOLOGICHE	14.026	21.743	35.769
TOTALE COMPLESSIVO	17.875	26.680	44.555
valori percentuali			
DIAGNOSI NEOPLASIA	21,41%	9,49%	14,27%
V58.0 SESSIONE DI RADIOTERAPIA	0,11%	2,50%	1,54%
V58.11 CHEMIOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	0,01%	6,36%	3,82%
V58.12 IMMUNOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	0,00%	0,15%	0,09%
DIAGNOSI NON ONCOLOGICHE	78,47%	81,50%	80,28%
TOTALE COMPLESSIVO	100,00%	100,00%	100,00%

DIAGNOSI NEOPLASIA

in diagnosi principale sono posti i codici ICD-9-CM 2007 da 140 a 239

Nella tabelle successive (Tab 1.4.4.2 a-b), viene descritta per MDC (Categoria Diagnostica Principale) di appartenenza, tutta la casistica oncologica (selezionata attraverso la diagnosi principale) dimessa dall'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia negli anni 2012 e 2013, ossia dopo l'apertura dell'IRCCS "Tecnologie avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia": idimessi sono stati rispettivamente n. 8.866 pazienti nel 2012 e n. 8.779 pazienti nel 2013.

Tab.1.4.4.2a: descrizione per MDC di appartenenza anno 2012

NEOPLASIA IN PATOLOGIA PRINCIPALE ANNO 2012 (Codici ICD-9-CM 2007 da 140 a 239)	n. dimessi	%
MDC: 01-SISTEMA NERVOSO	266	3,00%
MDC: 02-OCCHIO	44	0,50%
MDC: 03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	395	4,46%
MDC: 04-APP. RESPIRATORIO	576	6,50%
MDC: 05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	8	0,09%
MDC: 06-APP. DIGERENTE	727	8,20%
MDC: 07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	509	5,74%
MDC: 08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO	83	0,94%
MDC: 09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	1476	16,65%
MDC: 10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	277	3,12%
MDC: 11-RENE E VIE URINARIE	511	5,76%
MDC: 12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	196	2,21%
MDC: 13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	547	6,17%
MDC: 16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	65	0,73%
MDC: 17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	691	7,79%
MDC: PRE MDC	64	0,72%
altro	76	0,86%
sub-totale	6511	
V58.0 SESSIONE DI RADIOTERAPIA	661	7,46%
V58.11 CHEMIOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	1.636	18,45%
V58.12 IMMUNOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	58	0,65%
TOTALE GENERALE 2012	8.866	100,00%

Tab 1.4.4.2b: descrizione per MDC di appartenenza anno 2013

NEOPLASIA IN PATOLOGIA PRINCIPALE ANNO 2013 (Codici ICD-9-CM 2007 da 140 a 239)	n. dimessi	%
MDC: 01-SISTEMA NERVOSO	240	2,73%
MDC: 02-OCCHIO	63	0,72%
MDC: 03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	366	4,17%
MDC: 04-APP. RESPIRATORIO	560	6,38%
MDC: 05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	3	0,03%
MDC: 06-APP. DIGERENTE	692	7,88%
MDC: 07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	507	5,78%
MDC: 08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO	73	0,83%
MDC: 09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	1547	17,62%
MDC: 10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	245	2,79%
MDC: 11-RENE E VIE URINARIE	498	5,67%
MDC: 12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	179	2,04%
MDC: 13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	557	6,34%
MDC: 16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	50	0,57%
MDC: 17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	709	8,08%
MDC: 25-INFEZIONI DA HIV	1	0,01%
MDC: PRE MDC	68	0,77%
altro	1	0,01%
sub-totale	6359	
V58.0 SESSIONE DI RADIOTERAPIA	681	7,76%
V58.11 CHEMIOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	1.700	19,36%
V58.12 IMMUNOTERAPIA ANTINEOPLASTICA	39	0,44%
TOTALE GENERALE 2013	8.779	100,00%

1.5 ACCORDO DI FORNITURA

L'accordo di fornitura è uno strumento di programmazione che evidenzia il rapporto di committenza tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia. Esso definisce i rapporti economici, le azioni e gli obiettivi concertati tra le due Aziende sanitarie per un'appropriata allocazione e gestione delle risorse, in particolare per quanto attiene il sistema di assistenza ospedaliera in rete provinciale previsto dal Piano Attuativo Locale 2004.

Nel corso degli anni le due aziende sanitarie pubbliche della provincia hanno consolidato forme d'integrazione in rete secondo le logiche del modello Hub & Spoke e mediante l'attivazione e lo sviluppo di percorsi clinico-assistenziali condivisi, a garanzia di elevati livelli di qualità delle prestazioni, di continuità della cura, di semplificazione dei percorsi di accesso, di sviluppo di forme alternative al ricovero, di valorizzazione delle competenze distinte organizzative e professionali di ciascuna struttura.

Nell'accordo sono descritte le diverse modalità d'integrazione e le forme di collaborazione interaziendale. Si fa anche riferimento alla partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del sistema sanitario provinciale mediante una valutazione congiunta per opera delle due Direzioni Generali. Questo documento, nello specifico, si riferisce alla programmazione biennale 2012-2013.

L'accordo di fornitura ha programmazione biennale 2012-2013 e prevede definizione degli obiettivi su più livelli:

- Assistenza ospedaliera
- Assistenza farmaceutica
- Assistenza specialistica

1.5.1 Assistenza ospedaliera

Sono stati definiti gli impegni sinergici volti all'individuazione di percorsi alternativi al ricovero ordinario (day hospital, day surgery e day service), all'ottimizzazione dei percorsi

esterni verso gli altri punti della rete territoriale (ADI, CP, RSR, CD, Hospice) e all'incremento dei collegamenti telematici tra strutture.

Le principali linee di azioni sono state:

Ricezione ospedaliera

- Costante impegno al monitoraggio e gestione della disponibilità di posti letto provinciali (cruscotto) per fronteggiare in maniera adeguata i picchi di aumento di ricovero in urgenza per le epidemie invernali.
- Consolidamento e valutazione della conformità e appropriatezza dei percorsi di centralizzazione dei pazienti dal Presidio Ospedaliero all'ASMN nonché di trasferimento dall'ASMN al Presidio Ospedaliero in particolare:
 - Trasporto in utero, centralizzazione della gravidanza a rischio, trasferimento neonatale
 - Politrauma grave
 - IMA, PTCA, coronarografia
 - Emorragia digestiva
 - Ictus ischemico eleggibile alla trombolisi
 - Rianimazione
 - Riabilitazione estensiva ortopedica.

Gestione Integrata di strutture e servizi presso Ospedale di Castelnovo ne' Monti

La realtà ospedaliera di Castelnovo ne' Monti presenta bisogni assistenziali e peculiarità organizzative legate alla collocazione montana e a una lunga storia di gestione integrata di strutture e servizi con l'ASMN. È importante per l'ospedale di Castelnovo ne' Monti, che insiste su un ampio territorio a bassa densità abitativa, in particolare per le discipline di area chirurgica e materno-infantile, prevedere un'integrazione operativa con una struttura Hub e la rotazione dei professionisti sulle due strutture. In coerenza con queste premesse nel 2012-2013 si porta a completamento il progetto d'integrazione dell'area chirurgica e materno-infantile con la soppressione del Dipartimento Chirurgico di Castelnovo ne' Monti e il trasferimento delle unità operative ancora afferenti all'organizzazione dell'AUSL (chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, pediatria) nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale dell'Azienda Ospedaliera.

NEL 2012-2013 SI PORTA A COMPLETAMENTO IL PROGETTO D'INTEGRAZIONE DELL'AREA CHIRURGICA E MATERNO-INFANTILE DELL'OSPEDALE S. ANNA DI CASTELNOVO NE' MONTI CON L'ASMN.

L'ACCORDO DI FORNITURA È UNO STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE PER UN'APPROPRIATA ALLOCAZIONE E GESTIONE DELLE RISORSE, IN PARTICOLARE PER QUANTO ATTIENE IL SISTEMA DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PROVINCIALE PREVISTO DAL PAL 2004. L'ACCORDO È STIPULATO TRA L'AZIENDA USL E L'AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA NUOVA.

Funzioni integrate

La collaborazione delle due Aziende e gli impegni per sviluppare una rete di strutture di ricovero e di servizi dinamici e flessibili secondo il modello Hub & Spoke rappresentano da anni riferimenti della programmazione e della gestione. In questo contesto la necessità di consolidare e arricchire alcuni processi collaborativi si è sviluppata per le seguenti attività:

- Accertamento morte cerebrale a Guastalla
- Breast Unit e chirurgia ricostruttiva della mammella
- Urgenza emorragica ed emofilia
- Anatomia patologica Guastalla e Castelnovo ne' Monti
- Nefrologia e dialisi
- Assistenza a bambini e adolescenti con patologie croniche
- Programma cure palliative e terapia del dolore

Dipartimenti interaziendali

Nel biennio 2012-2013 le due Aziende hanno inteso confermare la collaborazione interdipartimentale riguardo al

NEL BIENNIO 2012-2013 LE COLLABORAZIONI E GLI IMPEGNI SINERGICI DELLE DUE AZIENDE SONO STATI RIVOLTI ALLA GESTIONE E ORGANIZZAZIONE DEL:

- DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA,
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI.

nell'ambito del processo di ridefinizione/semplificazione dell'organizzazione delle, si è andato a integrare nel dipartimento la componente dei Laboratori con la costituzione del Dipartimento Interaziendale di Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio.

Programmi interaziendali

I Programmi interaziendali che afferiscono alle Direzioni Strategiche, costituiscono la forma d'integrazione funzionale tra le attività dei Dipartimenti delle Aziende Sanitarie. Hanno funzioni di governo clinico, di programmazione a valenza provinciale negli ambiti di specifica competenza, integrando tra loro più strutture complesse (ospedaliere o territoriali) e/o funzioni a elevata complessità e/o ad assorbimento rilevante di risorse. Sono attivi i seguenti Programmi:

- Programma speciale sangue
- Programma di gastroenterologia ed endoscopia digestiva
- Programma materno - infantile
- Programma cardiologico
- Programma assistenza dialitica e nefrologia
- Programma screening oncologici
- Programma cure palliative e terapia del dolore

Progetti d'integrazione interaziendale di funzioni e servizi

Oltre a quanto storicamente in comune, le due Aziende sanitarie reggiane hanno avviato nel tempo ulteriori percorsi d'integrazione/unificazione di alcune importanti attività di supporto amministrative e tecniche, coerentemente anche con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna. In particolare:

- Mobility Manager
- Servizio Logistico Alberghiero
- Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche
- Servizio Tecnologie Biomediche
- Servizio Prevenzione e Protezione
- Servizio di Fisica Sanitaria

L'attivazione dei suddetti percorsi d'integrazione è pressoché sempre coincisa con la cessazione, per quiescenza o trasferimento, di uno dei Direttori di Servizio delle due Aziende, come momento favorente la razionalizzazione.

Reti funzionali interaziendali

- Rete funzionale delle ortopedie e traumatologie
- Pneumologia
- Anestesi e rianimazione
- Diabetologia
- Reumatologia

Rapporti di collaborazione per specialità tra le due Aziende Sanitarie

- Chirurgia Generale
- Chirurgia di Scandiano
- Urologia
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Malattie Infettive
- Anestesia
- Oncologia
- Radioterapia
- Lungodegenza e Riabilitazione
- Screening uditivo neonatale e protesi acustiche

Consulenze

Le due Aziende sono reciprocamente impegnate nello scambio di prestazioni sanitarie al fine di ottimizzare l'utilizzo delle professionalità esistenti in entrambe le realtà.

Percorsi del paziente

Sono attivi sul territorio provinciale percorsi di cura integrati ospedali - territorio per le patologie croniche. In particolare si fa riferimento a:

Percorso di cura per il paziente affetto da scompenso cardiaco;
Gestione integrata del paziente affetto da insufficienza renale progressiva;

Percorso di cura per il paziente affetto da insufficienza respiratoria cronica;

Percorso di cura per il paziente affetto da malattia oncologica

Percorso paziente anziano con disturbi del comportamento

Dimissioni protette:

È stato definito il management sanitario di questi pazienti avvantaggiando un'ottica d'integrazione tra ospedale e territorio, la centralità del paziente nella gestione della malattia, la continuità assistenziale. I percorsi ridefiniscono e puntualizzano aspetti pertinenti sia alla fase ospedaliera sia alle cure primarie.

I PERCORSI DI CURA DEL PAZIENTE CON PATOLOGIE CRONICHE SONO VOLTI A INTEGRARE L'OSPEDALE CON IL TERRITORIO, NELLA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE PER LA GESTIONE DELLA MALATTIA, IN CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

1.5.2 Assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica è ancora il livello assistenziale che richiede una costante verifica di appropriatezza e di valutazione del rapporto costo-efficacia. Tutto il sistema sanitario provinciale è chiamato a porre in atto un governo continuo delle prescrizioni associato alle azioni che entrambe le Aziende s'impegnano a sostenere.

Tra gli obiettivi perseguiti nel corso del biennio 2012-2013 dall'Azienda Ospedaliera e rientranti negli accordi di fornitura si evidenziano in particolare i seguenti:

- Mantenimento dell'attività di distribuzione diretta farmaci per il contenimento della spesa farmaceutica
- Contenimento dei consumi e delle prescrizioni in fase di dimissione per particolari categorie di farmaci quali Statine, Sartani e PPI
- Continuità al Progetto Interaziendale di prescrizione e somministrazione informatizzata dei farmaci
- Contenimento dell'incremento della spesa per i farmaci ex H-Osp2 e H-1 in distribuzione diretta
- Corretta prescrizione di farmaci a carico SSN, la verifica del rispetto della scheda tecnica ministeriale, delle note AIFA, della redazione dei Piani Terapeutici e di quanto previsto dalla normativa vigente, da parte dei medici dell'Azienda Ospedaliera
- Partecipazione dei medici dell'Azienda Ospedaliera a incontri degli NCP del Distretto di Reggio Emilia, centrati sull'ap-

L'ASSISTENZA FARMACEUTICA È ANCORA IL LIVELLO ASSISTENZIALE CHE RICHIEDE UNA COSTANTE VERIFICA DI APPROPRIATEZZA E DI VALUTAZIONE DEL RAPPORTO COSTO-EFFICACIA.

proprietà prescrittiva

- Applicazione dei percorsi condivisi e previsti da apposita procedura per la dimissione protetta di assistiti in ossigenoterapia e ventiloterapia e di assistiti che hanno bisogno di presidi per problemi respiratori

- Applicazione dei percorsi condivisi e previsti da apposita procedura per la dimissione protetta di assistiti in nutrizione artificiale domiciliare

1.5.3 Assistenza specialistica

L'accordo di fornitura ha previsto che il volume complessivo della produzione di specialistica ambulatoriale concordata sia orientato a consentire all'Azienda territoriale il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla DGR 1532/06 avente a oggetto il Piano Regionale sul contenimento dei tempi di attesa.

Riguardo all'analisi dei tempi d'attesa, degli indici di consumo e della mobilità relativa al consumo dell'offerta a CUP, l'Azienda Ospedaliera si è impegnata a garantire l'offerta CUP come specificato nelle Tabelle Prestazioni, per renderla più idonea al mantenimento dei tempi di attesa e alla copertura del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali nel distretto di Reggio Emilia e nella provincia per le prestazioni per le quali l'Azienda Ospedaliera è riferimento a livello provinciale.

Inoltre nel biennio 2012-2013 l'Azienda Ospedaliera si è impegnata a:

- Garantire la funzione di coordinamento della Rete funzionale interaziendale di Reumatologia di Reggio Emilia e Provincia
- Utilizzare il programma informatizzato di prescrizione/refertazione negli ambulatori specialistici in sostituzione della modulistica MPA/deburo
- Condividere con i professionisti fisiatrici, ortopedici, neuropsichiatri e otorinolaringoiatri i protocolli riguardanti la corretta prescrizione e autorizzazione di protesi e ausili.
- Partecipare al tavolo di lavoro interaziendale e multidisciplinare per la condivisione di protocolli di accesso differenziato alla visita fisiatrica, ortopedica, reumatologica

SEGUENDO L'OBIETTIVO DI CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA PER L'AZIENDA TERRITORIALE, È STATO RECEPITO NELL'ACCORDO DI FORNITURA CON L'AZIENDA OSPEDALIERA, L'OFFERTA CUP PIÙ IDONEA VOLTA ALLA COPERTURA DEL FABBISOGNO DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI.



2

Profilo Aziendale

Con l'ausilio di numeri ed indicatori significativi si passano in rassegna alcune peculiarità dell'Azienda anche rispetto al sistema regionale. Si illustrano i principali indicatori della sostenibilità economico, finanziaria e patrimoniale sia riferiti all'anno che al triennio; si illustra il contributo dato dall'azienda nell'ambito della copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza, sia attraverso la descrizione dei volumi di attività di screening, assistenza farmaceutica, specialistica ed ospedaliera sia attraverso l'analisi dei principali indicatori di qualità.

Si pone attenzione agli aspetti più rilevanti delle attività di ricerca e didattica al fine di cogliere le caratteristiche l'aspetto quantitativo degli studi e ricerche sviluppate, dei finanziamenti attratti, dei contributi scientifici promossi e dei corsi di laurea e tirocinio attivati; non ultimo viene rappresentato il modello organizzativo adottato con la mappa dei dipartimenti e delle relative articolazioni.

Capitulum primum seu prime doctrine prime libri primi
de diffinitione medicine.

Medico q̄ medicina est scientia q̄
humani corporis dispositio
noscitur ex parte qua sana
tur vel ab ea remouet ut b̄ta
sanitas consuet̄: et amissa re
cupret̄. **P**otest autē ali
quis dicere q̄ medicina diui
dit̄ in theoreticā et practicā:
sed tu totas ip̄as posuisti theoreticā: quoniam dixisti q̄ est
scientia. **N**os autē respondebimus et dicim̄ q̄ artū
quidam est q̄ est theoretica et practica. et philosophia
q̄ est theoretica et practica. et de medicina dicitur quod
est theoretica et practica. **I**n unaq̄q̄ autē harū
diuisionum aliud uolum̄ dicere quā dicim̄ theoreticā:
et aliud quā dicimus practicā: non t̄ nobis necesse
est declarare diuersitatem q̄ inter eas existit nisi in me
dicina. **Q**ui ergo de medicina dixerimus q̄ eius
est theoretica et ex ea est practica. Non est extirpandum
q̄ uelimus dicere q̄ una diuisionū medicine est scire et
et altera operari quoniam modum multi hūc locum per
seruantē existimant. **S**ed debes scire q̄ illud quod
uolumus est aliud et q̄ nulla duarum diuisionum medi
cine est nisi scientia: s̄ una earū est ad sciendū pricipiat̄:
et altera ad sciendū operandi qualitatē. **P**ost uō
primam earum nomine scientie aut theorie appropia
uim̄: et alterā approbamus nomine practice. **P**er
theoricā uō ipsius uolumus q̄ quando eā sciuerim̄
scientiam t̄n̄ acquiramus ita q̄ in declaratione quali
tatis operationis nos non amittamus: sicut dicitur i
medicina q̄ genera februm sunt tria: et complexionē
sunt nouem. **E**t per practicā ipsius uolumus nō
operationem in effectu: sed laborem motionum corpore
arum: s̄ diuisionū operationis medicine. que quā eas
sciuerimus auxiliabitur nobis ad in querendum sciām
uel sententiā: et ipsa scientia erit in qualitate operatio
nis. Sicut dicitur i medicina q̄ apud calidū adhi
benda sunt in principio que repellant et infrigidēt et in
ipsius: et postea repellentia cum resoluētibz īp̄era
bimus. **E**t post statim postea in declinatione suffici
enter mollificantia resoluētia. **P**reter in apocribus
que sunt de materia quā membra expellunt principa
lia. **H**ec igit̄ doctrina i scientia tibi auxiliat̄. **E**t
hec sententia est declaratio q̄ sitatio op̄atio. **Q**uāq̄
duarum diuisionū qualitatē scribis ita q̄ scias scientiā
et scientiam operatiuā adeptus eris et si nūq̄ op̄at̄
fueris. **N**eq̄ ē aliquis dicere p̄t q̄ dispositionē
corporis humani sit t̄ra egritudo sanitas et dispositio
que non est sanitas neq̄ egritudo: quoniam tibi due suffice
runt. possibile namq̄ ē ut quā huiusmōi dicit̄ bene cō
sideraueris non inuenias unam duarum rerū affirman
tem hūc trinitatem neq̄ negat̄. **A**mplius si hec
trinitas necessaria fuerit q̄ diximus tibi remoueri a sa
nitate colligeris infirmitatem. et dispositionem tertiam quā
non habere sanitas diffinitiones posuerunt: que ē ha
bitus aut dispositio ex qua op̄ationes subiecti ipsius
sane proueniunt. **N**eq̄ huius diffinitionis oppositum
nisi sanitatem diffinierit quāmodum desiderauerint
et posuerit i ea conditionem qua nō idiger. **P**reter
cum medico i hoc non ligemur. **N**eq̄ enim sunt
qui cum eis i huiusmōi disputare debeas. **N**eq̄ li
ngium hoc eis neq̄ illis qui cōtra eos sūt in medicina

nuxiliabitur. huius enim rei certitudo alterius doctrine
principio pertinet.

Capitulum secundum de subiecto medicine:

Nonā medicina corp̄ humani ex parte unde sana
tur et a sanitate remouet p̄siderat: et cuius rei scia
no acquiris neq̄ p̄let̄ q̄ cō hūerit nisi p̄ sui cō scia
tur: ergo debemus in medicina scire sanitas et egritu
dine cō. **E**t q̄ sanitas et egritudo et earū cō ple
rūq̄ sunt manifeste plerūq̄ occulte. q̄ non sensu n̄ nisi
p̄ significatōes accidentiū p̄prehēdunt̄. debemus et in
medicina scire accidentia q̄ i sanitate accidunt et egritudi
ne. **I**am autem declaratus fuit i scientia ueridicū
q̄ rei scientia non acquirunt nisi per scientiam causarū
et principiorum ipsi: si causas habuerit et p̄cipia aut
non complet̄ nisi ex p̄te sciendi eius accidentia et cōcō
mistiā essentialia. **C**ausarū uō quatuor sunt sp̄es:
materiales: efficientes: formales: et finales. **C**ause
uero materiales possunt in quib̄ sanitas et egritudo mē
surant̄: sunt subiectū quidem p̄pinquum mēbrum aut
spiritus: et subiectum quidē lōginq̄ humores. et est lon
giora sunt elementa. et hec duo sunt subiecta fm̄ cōm
positiōes: s̄ sunt cum alteratione. **I**n cuiusq̄ autem
rei p̄positiōe et alteratione que sic componit̄ ad aliquā
huiusmōi peruenitur unitatē. et hec unitas ad quā hū
iusmōi reuertit̄ institutocant̄ est complexio: aut forma.
et complexio uero est s̄ alterationem. et forma s̄ compo
sitionem. **E**fficientes autē cause sunt cause permu
tantes et confluantes humani corporis dispositionē
sicut sunt aeris et que eis continuant̄ et confectiones:
et aque et potus et que eis priuant̄ et eis: et retentio
et regionē et ciuitates: et loca habitabilia et que eis cō
tinuant̄ et motus et quietes et corpora animalia: et ex
eis sunt semina et uigilie et alteratio in etatib̄: et diffi
tas in eis: et in generibus: et in artibus: et in moribus et
et in rebus que in humano superueniunt corpore ipsius
tangētibz. siue sint contra naturā: siue non sint con
tra naturā. **F**ormales uō cause sunt complexiōes
et unitates que post eas eueniūt et cōpositiōes. **C**ause
autē finales sunt operationes. et in scientia quidē op̄
ationum est scia uirtutum p̄culdubio. et scia spiritus q̄
sunt uirtutum subiecta quoniam nos declarabimus.
Hec ergo sunt subiecta doctrine medicinalis: unde ali
quis inquit de corpore humano quomodo linat̄ aut
infirmitat̄. **H**uius autem inquisitionis p̄fectionem. s̄
ut sanitas consuet̄ et egritudo remoueat̄: et earū hēre
p̄te s̄ illarū duarum dispositionū et suarū instrumēto
rum causas. **E**t huiusmodi quidem causa ē regimē
cum confectione et potus et electio aeris et mensura mo
tus et quietis et medicatio cum medicina: et medicatio
manualis. hoc autē totum ap̄ medicos ē fm̄ t̄ra sp̄es:
sanorum et egrorum: et medicorum quomodo nomia
uimus. et dicimus quō inter duas diuisiones in quā
p̄culdubio non est mediū media uocent̄. **E**t post
tam diuiserimus has demonstrationes t̄c ita collectū
est nobis q̄ medicina tractat d̄ elementis: et cōp̄eciōib̄:
et humoribus: et membris simplicib̄ et cōpositis: et spi
ritibus: et uirtutibus earū n̄ habent̄ et alib̄: et uitalib̄:
et operationibus: et dispositionibus corporis. s̄ sanitas:
et egritudine: et mediis: et causis earum. s̄ confectione et
potus et aeribus: et aquis: et regionibus: et moribus: et qui
etibus corporeis et alibus: et etatibus: et generibus:

2.1 SOSTENIBILITÀ ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE

2.1.1 Sostenibilità economica

Le dinamiche economiche che caratterizzano l'Azienda Ospedaliera sono rappresentate mediante una serie di indici volti ad apprezzare le cause gestionali che hanno portato a un dato risultato economico di periodo, a valutare il grado d'incidenza dei costi derivanti dall'impiego dei principali fattori produttivi e ad analizzare la composizione dei costi caratteristici aziendali.

I dati economici utilizzati per l'elaborazione degli indici sono stati rilevati dal conto economico riclassificato, elaborato a livello regionale per il triennio 2011-2013.

Tabella 2.1.1: Risultati economici di esercizio espressi in migliaia di euro.

ANNO 2011	-4.318
ANNO 2012	8
ANNO 2013	4

L'esercizio 2011 presenta una perdita di esercizio per effetto delle condizioni di equilibrio introdotte dal 2008 dalla Regione Emilia-Romagna, che prevedevano il recupero, all'interno del risultato di equilibrio, delle quote di ammortamento dei beni entrati in produzione dall'1/1/2008.

Nel 2012 il bilancio d'esercizio si è chiuso con un risultato di pareggio (utile di esercizio pari a E 8.026), rispettando le condizioni di equilibrio definite dalla D.G.R. 1936/2012 avente ad oggetto "Finanziamento del Servizio del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2012". Le quote di ammortamento non sterilizzate di competenza del 2012 di beni mobili e immobili entrati in produzione fino al 31/12/2009, ammontano a E 5.710.000, somma distribuita dalla Regione Emilia-Romagna con Delibera 2175/2012.

Il Bilancio di Previsione 2013 dell'Azienda Ospedaliera è stato predisposto secondo le indicazioni contenute nella Delibera di Giunta Regionale n. 199 del 25/02/2013 avente ad oggetto "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013".

Le aziende sanitarie hanno dovuto assicurare, già in sede di predisposizione del Bilancio economico preventivo 2013, la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati delle immobilizzazioni entrate in produzione successivamente al 01/01/2010. Il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione successivamente all'01/01/2010 è stato effettuato nell'ambito del finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per le Aziende U.S.L. e nell'ambito del valore della produzione per le Aziende Ospedaliere e per l'Istituto Ortopedico Rizzoli mentre il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati riferiti alle immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31/12/2009 è stato assicurato a tutte le aziende sanitarie attraverso le risorse appositamente accantonate in sede di chiusura dell'esercizio 2013.

L'Accordo del 24/03/2011 fra il Tavolo di verifica degli adempimenti ed il Comitato permanente per la verifica dei LEA, tra le altre cose, ha previsto la copertura finanziaria della quota annuale degli ammortamenti non sterilizzati degli anni 2001-2011 (ammortamenti delle immobilizzazioni non acquistate con contributi in conto capitale, donazioni vincolate ad investimenti, plusvalenze patrimoniali da reinvestire). Pertanto, a partire dall'anno 2013, la Regione assicura la copertura finanziaria, nell'arco temporale di venticinque anni, degli ammortamenti non sterilizzati pregressi degli anni 2001-2011, evidenziati nei bilanci aziendali e non ancora finanziati. La copertura viene assicurata mediante

risorse aggiuntive regionali a disposizione del Servizio Sanitario Regionale con un costo stimabile in circa 40 mln E annui e viene rilevata dalle Aziende sanitarie a riduzione delle perdite pregresse.

La programmazione sanitaria regionale anche per l'esercizio 2013

ha confermato l'obiettivo inderogabile del pareggio del bilancio che costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio Sanitario Regionale che per le singole Aziende sanitarie.

Il Bilancio di Esercizio 2013 dell'Azienda si è chiuso con un risultato di sostanziale pareggio (utile di esercizio pari ad 4.212 E); è stato pertanto rispettato l'impegno dell'Azienda volto ad un'azione di contenimento per il conseguimento del risultato atteso.

IL BILANCIO DI ESERCIZIO 2013 DELL'AZIENDA SI È CHIUSO CON UN RISULTATO DI SOSTANZIALE PAREGGIO (UTILE DI ESERCIZIO PARI A 4.212 €); È STATO PERTANTO RISPETTATO L'IMPEGNO DELL'AZIENDA VOLTO A UN'AZIONE DI CONTENIMENTO PER IL CONSEGUIMENTO DEL RISULTATO ATTESO.

2.1.1.a) Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto

La gestione caratteristica rappresenta l'area dei ricavi e dei costi attinenti l'attività tipica istituzionale e la sua incidenza sul risultato netto si mantiene in segno negativo nel triennio 2011-2013.

Nell'arco temporale preso in esame il ROC (Risultato Operativo Caratteristico) ha segno negativo nell'anno 2011, mentre il biennio 2012-2013 registra un valore positivo, soprattutto per effetto dell'incremento dei contributi in conto esercizio, dovuto prevalentemente alle risorse distribuite dalla Regione per le quote di ammortamento non sterilizzate di competenza degli anni 2012-2013 di beni mobili e immobili entrati in produzione fino al 31/12/2009.

NEL TRIENNIO 2011-13 SI EVIDENZIA L'AUMENTO DEI RICAVI E DEI PROVENTI TIPICI. TRA I COSTI, LE VOCI CHE HANNO SUBITO LA CRESCITA PIÙ CONSISTENTE SONO IL CONSUMO DI BENI ACQUISTATI E IL COSTO DEL LAVORO, MENTRE SONO DIMINuite LE VOCI SERVIZI SANITARI, MANUTENZIONI E ALTRI ACCANTONAMENTI TIPICI.

Nel triennio 2011-13 si evidenzia l'aumento dei ricavi e dei proventi tipici. Tra i costi, le voci che hanno subito la crescita più consistente sono il consumo di beni acquistati e il costo del lavoro, mentre sono diminuite le voci servizi sanitari, manutenzioni e altri accantonamenti tipici.

La gestione non caratteristica rappresenta, invece, il contributo a carattere episodico alla formazione del bilancio di esercizio: in particolare, ricomprende l'area straordinaria (soppravvenienze attive e passive), finanziaria e fiscale. La sua incidenza sul risultato netto è negativa per l'anno 2011 e positiva nel biennio 2012-2013, per effetto sia dell'incremento degli oneri straordinari (in particolare i mastri sopravvenienze passive e insussistenze passive sono aumentati di quasi 148 mil E), sia per la forte contrazione dei tassi d'interesse sui mutui a tasso variabile e degli interessi passivi per anticipazioni di cassa.

Tabella 2.1.2: Risultati di gestione

ANNO 2011	
Risultato operativo caratteristico	-3.674
Risultato netto	-4.318
Incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto	-85%
Incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto	-15%
ANNO 2012	
Risultato operativo caratteristico	105
Risultato netto	8
Incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto	-1.304%
Incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto	1.204%
ANNO 2013	
Risultato operativo caratteristico	143
Risultato netto	4
Incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto	-3.396%
Incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto	3.296%

2.1.1.b) Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto a confronto con il dato regionale

I valori rappresentati nei successivi grafici evidenziano l'incidenza della gestione caratteristica e non caratteristica dell'azienda confrontata con l'incidenza regionale.

Grafico 2.1.1

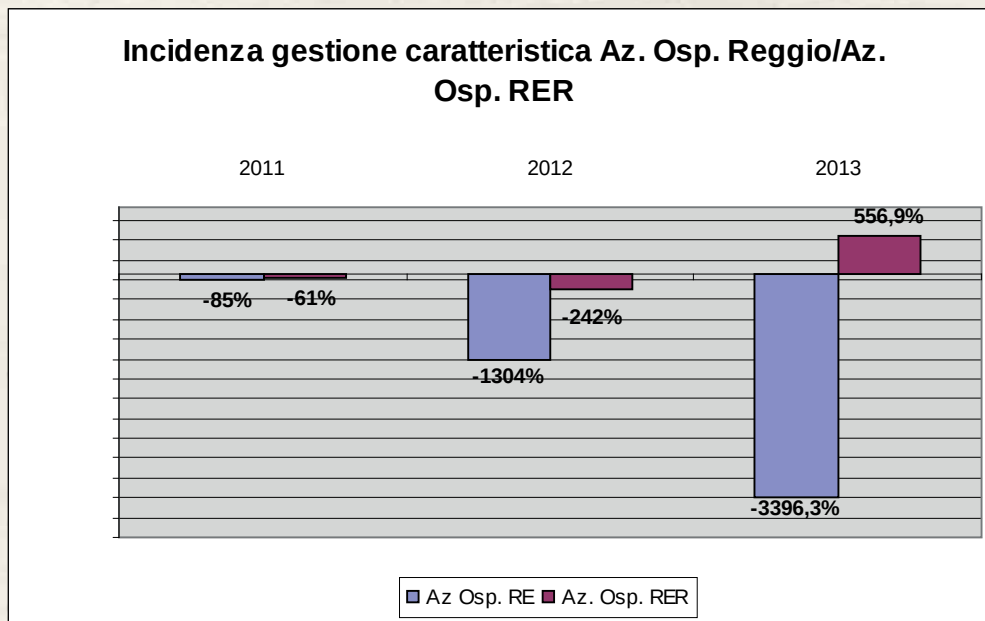


Tabella 2.1.3: Incidenza gestione caratteristica - confronto regionale

	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
A.O. REGGIO EMILIA	-85%	-1304%	-3.396%
MEDIA A.O. RER	-61%	-242%	557%

Gestione non caratteristica: su base annuale l'incidenza della gestione non caratteristica dell'azienda rispetto alla media delle aziende ospedaliere regionali presenta un andamento in crescita. Nel confronto tra l'esercizio 2011 e il 2013 si evidenziano un aumento della percentuale d'incidenza a livello aziendale e una tendenza oscillante nell'aggregato delle aziende ospedaliere regionali.

Grafico 2.1.2

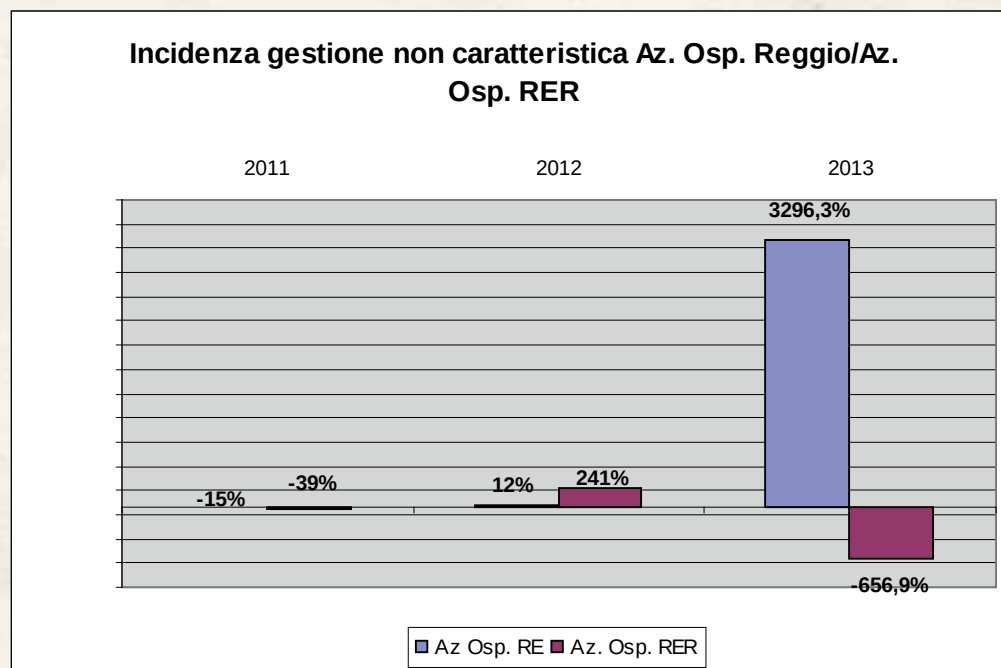


Tabella 2.1.4: Incidenza gestione non caratteristica - confronto regionale

	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
A.O. REGGIO EMILIA	-15%	12%	3.296%
MEDIA A.O. RER	-39%	241%	-657%

2.1.1.c) Apporto della gestione aziendale alla performance complessiva di sistema

Con questo indicatore si vuole comparare il risultato netto aziendale con quello complessivo regionale per avere un'indicazione circa il peso del primo sulla performance regionale.

Si sottolinea come il risultato economico aziendale nell'arco del triennio non abbia seguito il trend regionale: la media regionale registra una diminuzione delle perdite d'esercizio,

IL RISULTATO ECONOMICO AZIENDALE NELL'ARCO DEL TRIENNIO 2011-13 NON HA SEGUITO IL TREND REGIONALE: LA MEDIA REGIONALE REGISTRA UNA DIMINUIZIONE DELLE PERDITE D'ESERCIZIO, MENTRE A LIVELLO AZIENDALE SI ASSISTE A UN LEGGERO PEGGIORAMENTO NEL 2013 PUR REGISTRANDO UN UTILE.

mentre a livello aziendale si assiste a un leggero peggioramento nel 2013 pur registrando un utile.

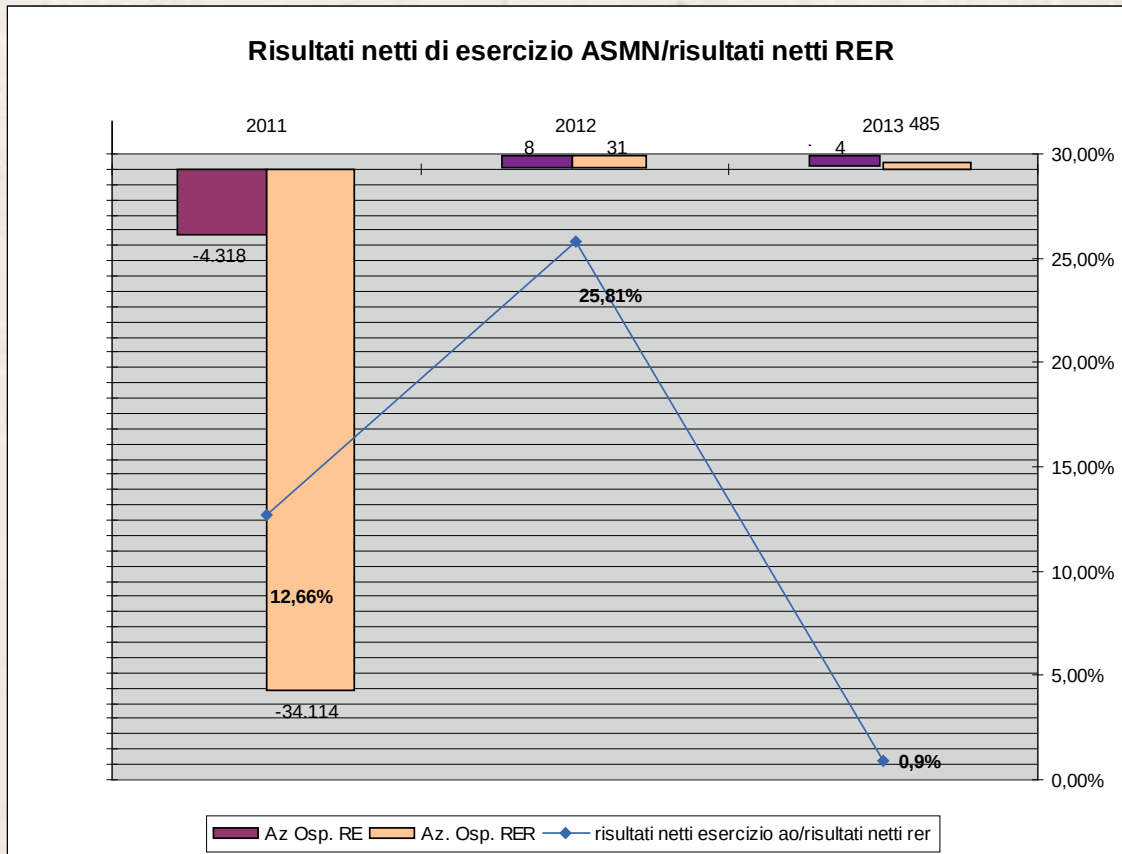
I risultati di esercizio riflettono, come si è notato nell'introduzione al paragrafo 2.1.1, i diversi criteri imposti per la verifica dell'equilibrio economico finanziario (il recupero, all'interno del risultato di equilibrio, delle quote di ammortamento per l'anno 2011 e una situazione di pareggio civilistico per il biennio successivo).

Nel grafico si nota come questa tendenza si riflette nell'oscillazione della percentuale d'incidenza del risultato aziendale rispetto al valore regionale negli anni presi a riferimento.

Tabella 2.1.5: Risultati netti di esercizio

	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
RISULTATO NETTO ASMN	-4.318	8	4
RISULTATO COMPLESSIVO REGIONE E-R	-34.114	31	485
RISULTATO ASMN/ RISULTATO COMPLESSIVO RER	12,7%	25,8%	0,9%

Grafico 2.1.3



2.1.1.d) Performance della gestione caratteristica dell'azienda: Risultati della gestione caratteristica rispetto ai ricavi disponibili

L'indicatore 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 deri-

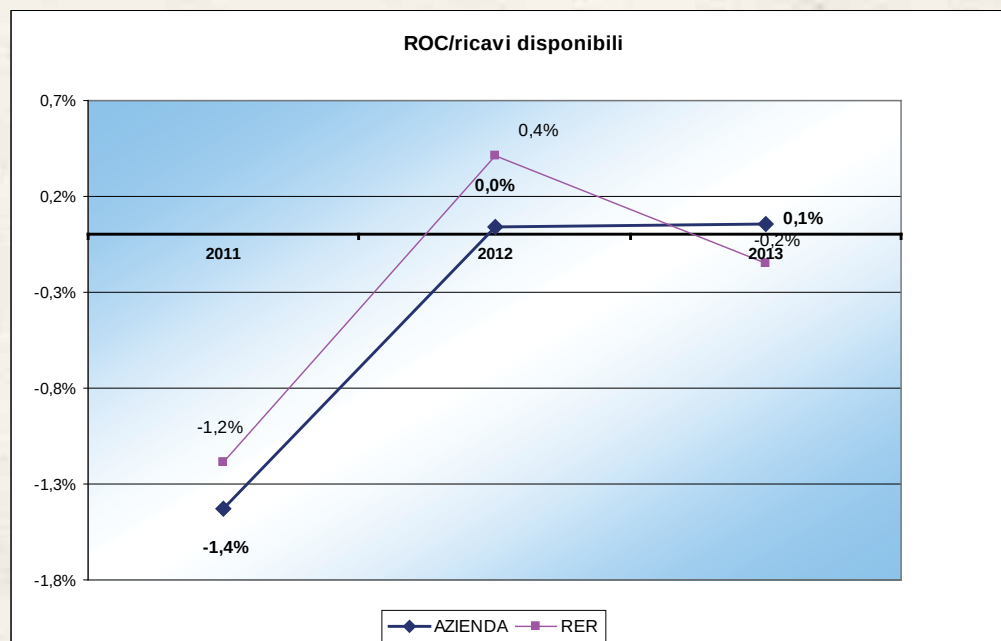
vanti dalla gestione caratteristica; la performance migliora tanto più il rapporto si avvicina allo 0%.

Il dato registrato dall'azienda confrontato con la media regionale è sostanzialmente in linea; a livello aziendale si evidenzia nell'esercizio 2013 un risultato decisamente migliore rispetto agli altri anni, soprattutto per effetto dell'incremento della voce altri ricavi e proventi tipici. A livello regionale si registra nell'esercizio 2013 un lieve peggioramento pari a - 0,60%.

Tabella 2.1.6: ROC/Ricavi disponibili

	ANNO 2011		ANNO 2012		ANNO 2013	
	A.O. REGGIO EMILIA	MEDIA A.O. RER	A.O. REGGIO EMILIA	MEDIA A.O. RER	A.O. REGGIO EMILIA	MEDIA A.O. RER
R.O.C.	-3.674	-20.870	105	7.537	143	-2.699
RICAVI DISPONIBILI	257.368	1.760.794	272.749	1.815.904	269.823	1.791.931
R.O.C. / RICAVI	-1,4%	-1,2%	0,0%	0,4%	0,1%	-0,2%

Grafico 2.1.4



2.1.1.e) Assorbimento di risorse direttamente impiegate nel processo di produzione aziendale

Questo indicatore misura il grado di assorbimento delle risorse articolate per aggregazione di fattori produttivi impiegati nel processo di produzione, rispetto ai ricavi disponibili e ai corrispondenti valori medi regionali.

Come si evidenzia dai dati e dal grafico, le risorse aziendali impiegate sono rappresentate principalmente dal costo del lavoro, dai servizi sanitari e non sanitari e dall'acquisto di beni di consumo sanitari e non sanitari.

Osservando l'andamento nel triennio, si ritiene opportuno evidenziare lo scostamento, sia in ambito aziendale che regionale, avvenuto negli esercizi 2012 e 2013, tra le voci costo del lavoro e beni di consumo (in incremento), servizi e costi amministrativi (in decremento).

Il dato relativo ai beni strumentali, in diminuzione a livello regionale, registra un aumento nell'esercizio 2013 a livello aziendale.

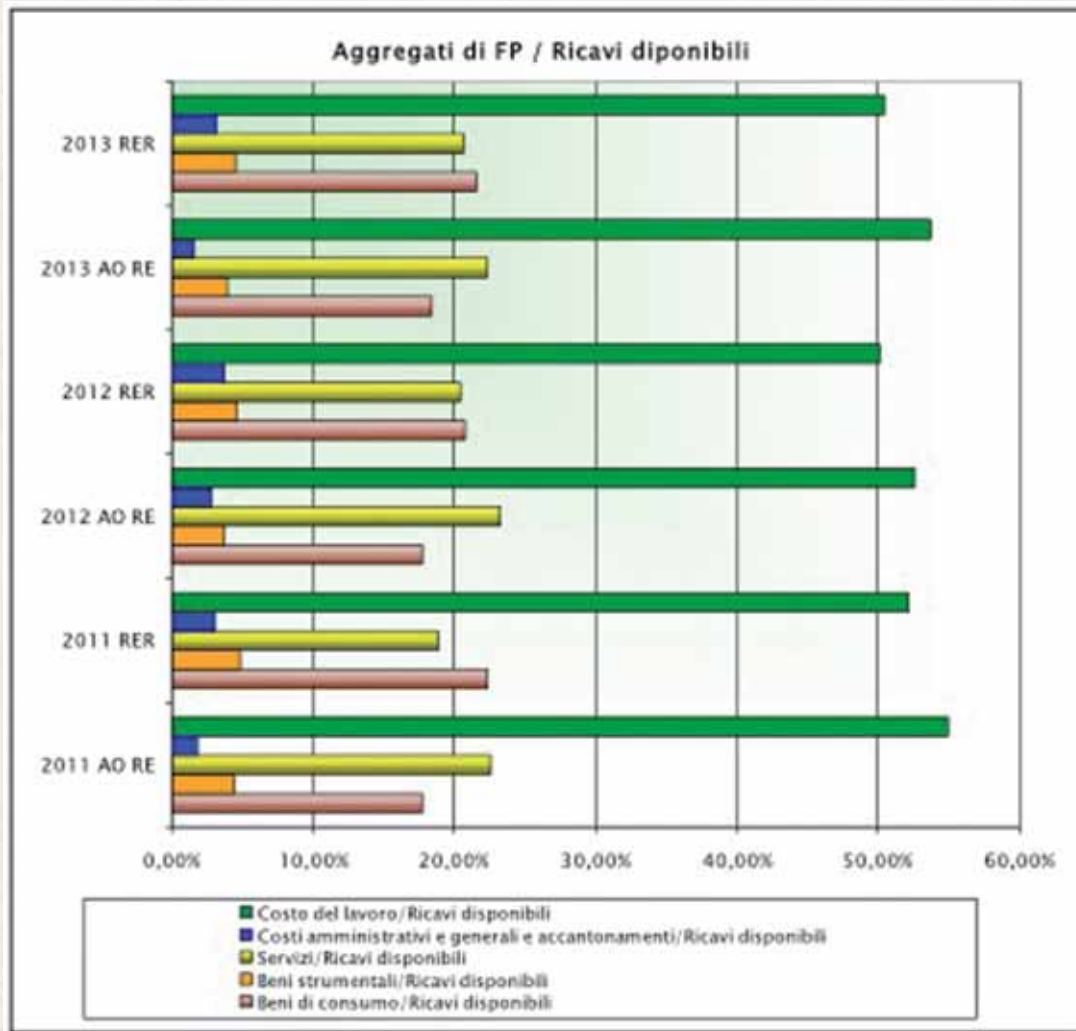
La voce costi amministrativi generali e accantonamento mostra un trend oscillante nel triennio.

Il costo del lavoro registra una diminuzione complessiva nel triennio, ma le percentuali d'incidenza aziendale e regionale diminuiscono nel 2012 per registrare un incremento nel 2013.

Tabella 2.1.7: Incidenza dei principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili

		ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
BENI DI CONSUMO / RICAVI	A.O. REGGIO EMILIA	17,76%	17,75%	18,42%
	MEDIA A.O. RER	22,38%	20,75%	21,50%
BENI STRUMENTALI / RICAVI	A.O. REGGIO EMILIA	4,42%	3,72%	3,95%
	MEDIA A.O. RER	4,87%	4,62%	4,50%
SERVIZI / RICAVI	A.O. REGGIO EMILIA	22,56%	23,20%	22,30%
	MEDIA A.O. RER	18,78%	20,39%	20,60%
COSTI AMM. GENERALI E ACCANTONAMENTI / RICAVI	A.O. REGGIO EMILIA	1,75%	2,77%	1,61%
	MEDIA A.O. RER	3,05%	3,70%	3,20%
COSTO DEL LAVORO / RICAVI	A.O. REGGIO EMILIA	54,94%	52,52%	53,65%
	MEDIA A.O. RER	52,13%	50,12%	50,40%

Grafico 2.1.5



2.1.1.f) Struttura dei costi aziendali

L'indicatore evidenzia la composizione percentuale dei costi di esercizio annuali.

Nel triennio 2011/2013 l'incidenza dei vari fattori produttivi sul totale dei costi aziendali è sostanzialmente allineata con i dati regionali. Si osserva un lieve incremento alla voce beni strumentali per l'azienda e una sua diminuzione a livello regionale.

Nel corso del 2013 l'incidenza delle manutenzioni è diminuita maggiormente a livello aziendale (- 0,32%) che regionale (- 0,08%), mentre la voce servizi sanitari è diminuita del 0,66% rispetto allo 0,1% regionale.

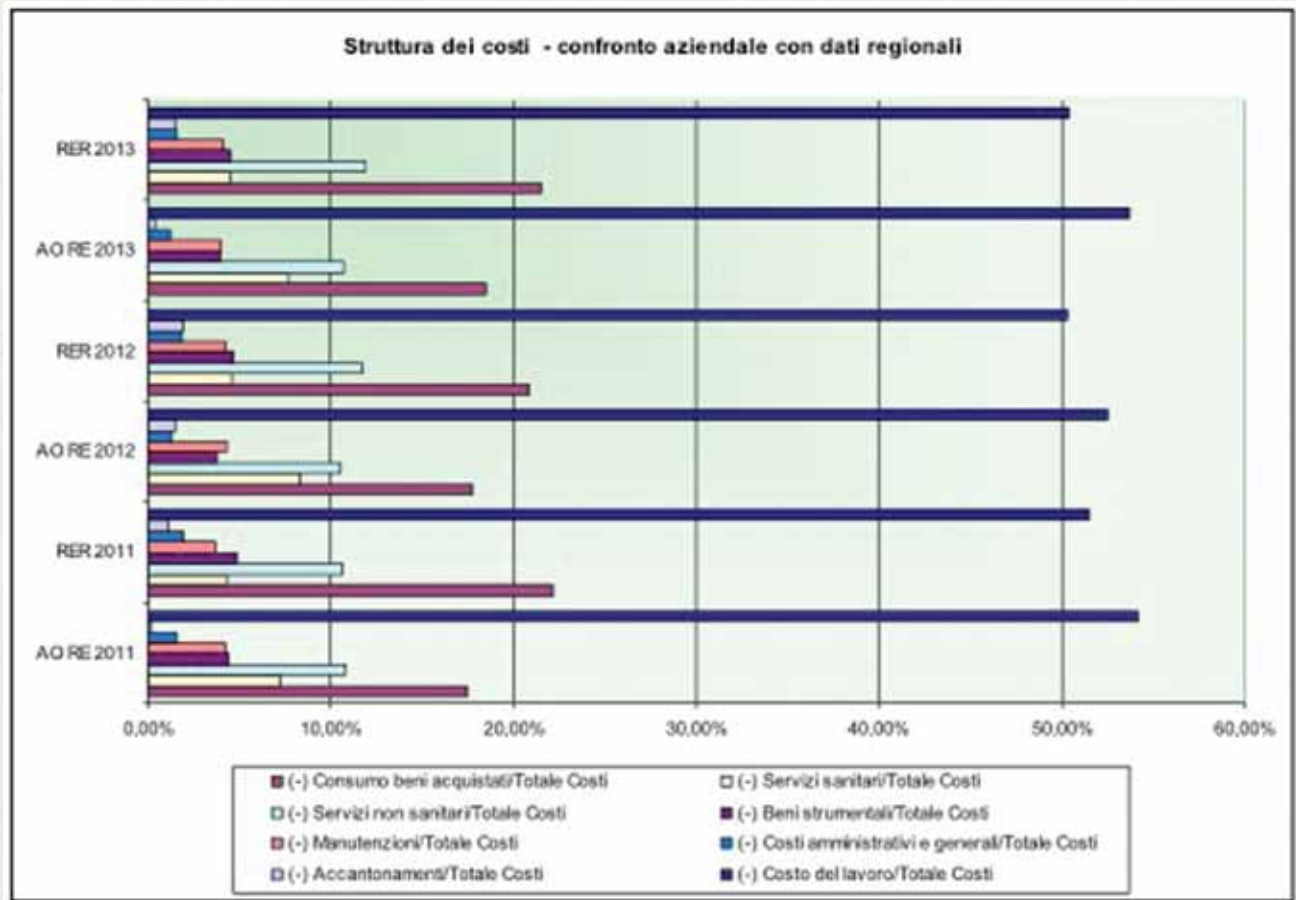
Si osserva che il dato aziendale relativo ai beni acquistati, ai beni strumentali, ai costi amministrativi e agli accantonamenti è inferiore alla media su tutto il periodo, mentre il costo del lavoro, le manutenzioni e i servizi sanitari sono costantemente superiori. Nello specifico, la differenza

percentuale d'incidenza rispetto alla media regionale, per quanto riguarda il costo del personale, è da ricondurre alla specificità dell'ASMN, unica azienda ospedaliera non universitaria in Regione. A livello aziendale, il rapporto del costo del personale sul totale dei costi diminuisce nel 2012 di 1,63% per aumentare del 1,16% nell'anno 2013.

Tabella 2.1.8: Incidenza costi dei principali aggregati di fattori produttivi/totale costi caratteristici

		ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
COSTI TOTALI	A.O. REGGIO EMILIA	261.042	272.644	269.680
	MEDIA A.O. RER	1.781.663	1.808.367	1.794.630
CONSUMO BENI ACQUISTATI / COSTI TOTALI	A.O. REGGIO EMILIA	17,51%	17,76%	18,40%
	MEDIA A.O. RER	22,10%	20,84%	21,50%
SERVIZI SANITARI / COSTI TOTALI	A.O. REGGIO EMILIA	7,26%	8,36%	7,70%
	MEDIA A.O. RER	4,30%	4,60%	4,50%
SERVIZI NON SANITARI / COSTI TOTALI	A.O. REGGIO EMILIA	10,75%	10,52%	10,70%
	MEDIA A.O. RER	10,58%	11,70%	11,90%
BENI STRUMENTALI / COSTI TOTALI	A.O. REGGIO EMILIA	4,35%	3,72%	4,00%
	MEDIA A.O. RER	4,82%	4,64%	4,50%
MANUTENZIONI / COSTI TOTALI	A.O. REGGIO EMILIA	4,23%	4,32%	4,00%
	MEDIA A.O. RER	3,68%	4,18%	4,10%
COSTI AMM. E GENERALI / COSTI TOTALI	A.O. REGGIO EMILIA	1,51%	1,30%	1,20%
	MEDIA A.O. RER	1,94%	1,81%	1,60%
ACCANTONAMENTI / COSTI TOTALI	A.O. REGGIO EMILIA	0,22%	1,47%	0,40%
	MEDIA A.O. RER	1,08%	1,91%	1,50%
COSTO DEL LAVORO / COSTI TOTALI	A.O. REGGIO EMILIA	54,17%	52,54%	53,70%
	MEDIA A.O. RER	51,52%	50,33%	50,40%

Grafico 2.1.6



2.1.2 Sostenibilità finanziaria

Tra gli indicatori individuati per l'analisi dell'andamento dei flussi monetari, figurano il rendiconto finanziario di liquidità e la durata media di esposizione verso i fornitori.

Il rendiconto finanziario di liquidità, elaborato ai sensi dell'art. 26 del d. lgs. 118/2011, esprime la dinamica finanziaria dell'azienda nell'anno di riferimento e ha l'obiettivo di rappresentare i movimenti in entrata e in uscita intervenuti nelle risorse finanziarie aziendali, così da evidenziarne la variazione registrata nel periodo considerato.

Tabella 2.1.9: Rendiconto finanziario liquidità anno 2013

TOTALE OPERAZIONI DI GESTIONE REDDITUALE (A)	-41.339.794
TOTALE ATTIVITÀ DI INVESTIMENTO (B)	-11.406.657
TOTALE ATTIVITÀ DI FINANZIAMENTO (C)	52.769.184
FLUSSO DI CASSA COMPLESSIVO (A+B+C)	-22.736

Il flusso di cassa della gestione reddituale rappresenta le principali attività di ricavo dell'azienda e le attività di gestione che non sono d'investimento o finanziarie. In particolare l'anno 2013 presenta un saldo negativo di 41,3 mln E, determinato in particolare da minori accantonamenti a fondi rischi e oneri futuri (4 mln E circa).

Inoltre, si registra nel corso dell'esercizio una diminuzione nell'ammontare dei ratei e risconti attivi in adempimento alle indicazioni regionali espresse in tal senso.

Analizzando la dinamica dei debiti e crediti, si evidenzia una forte diminuzione dei debiti verso fornitori (48 mln E) e di quelli verso aziende sanitarie (25 mln E) e una corrispondente diminuzione dei crediti (30 mln E) verso ASL/AO.

La minore esposizione verso i fornitori registrata a fine esercizio si giustifica con la forte riduzione dei tempi di pagamento.

La situazione patrimoniale ha beneficiato di una forte riduzione dei debiti, dei crediti e dello stock di perdite pregresse per l'effetto congiunto delle compensazioni tra crediti e debiti effettuate con le aziende sanitarie della Regione e dei piani di pagamento di cui al decreto legge 35/2013 con cui

lo Stato ha erogato risorse finanziarie a favore delle regioni per l'accorciamento dei tempi di pagamento verso fornitori di beni e servizi.

In particolare, in ragione delle manovre sopra citate, i debiti verso fornitori scendono da E 75.803.208 di fine 2012 a E 27.937.750 mentre i debiti verso aziende sanitarie scendono da E 63.078.278 del 2012 a E 38.331.885. Complessivamente la voce debiti passa da E 228.233.918 del consuntivo 2012 a E 146.481.698.

La voce crediti verso aziende sanitarie, che a consuntivo 2012 ammontava a E 62.941.544, a fine 2013 ammonta a E 32.825.879.

Come da indicazioni regionali, l'erogazione straordinaria di risorse per il pagamento dei debiti scaduti verso fornitori è stata contabilizzata in diminuzione della voce "Perdite portate a nuovo" che per tale ragione passano da E 54.295.671 del 2012 a E 10.757.158 di fine 2013.

Il flusso di cassa generato dall'attività d'investimento comprende tutte le operazioni legate all'acquisizione e alla cessione di attività a lungo termine e di altri investimenti non rientranti nelle liquidità.

Nel 2013 il flusso registra un saldo negativo di -11,5 mln E: si sono registrati investimenti che tra immobilizzazioni materiali e immateriali ammontano a oltre 11 mln E a fronte di dismissioni nette in immobilizzazioni materiali per quasi 48 mil di E.

Il flusso di cassa generato dall'attività di finanziamento comprende tutte le operazioni legate all'acquisizione e al successivo rimborso di risorse finanziarie. Si rileva: un saldo contributi in conto capitale da Regione di circa 1,3 mln E; un minor utilizzo dell'anticipazione di tesoreria grazie alle rimesse straordinarie regionali volte ad accorciare i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi; un aumento della quota capitale di mutuo rimborsata per la minor incidenza su singola rata della quota interessi. In particolare, si rileva altresì che la situazione patrimoniale ha beneficiato di una forte riduzione dello stock di perdite pregresse per l'effetto dei piani di pagamento di cui al decreto legge 35/2013 con cui lo Stato ha erogato risorse finanziarie a favore delle regioni per l'accorciamento dei tempi di pagamento verso i fornitori.

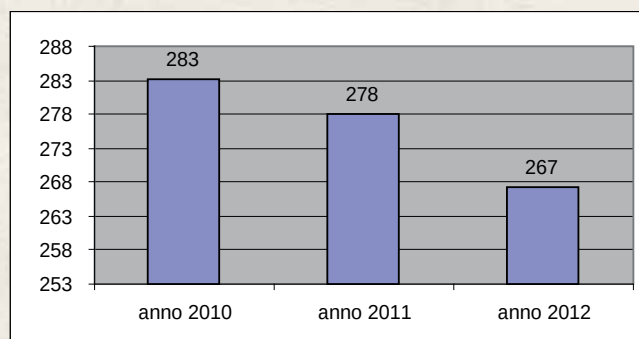
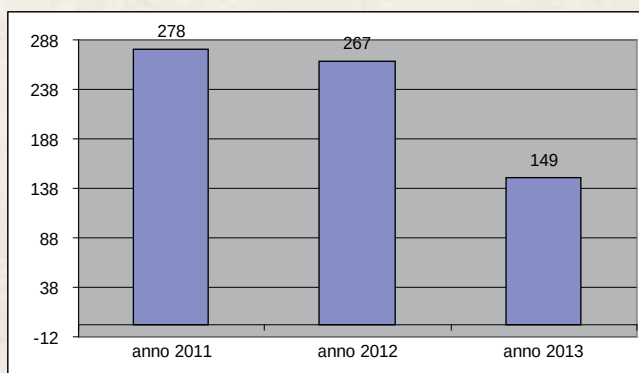
LA MINORE ESPOSIZIONE VERSO I FORNITORI REGISTRATA A FINE 2013 SI GIUSTIFICA CON LA FORTE RIDUZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO.

L'indicatore del grafico 2.1.7 esprime il tempo che intercorre, in giorni, tra il sorgere del debito e il suo effettivo pagamento. La durata media dell'esposizione verso i fornitori mostra un andamento in forte diminuzione nel triennio 2011/2013, passando da 9

mesi a 3, con una riduzione dei tempi medi pari a 129 giorni nel 2013 rispetto all'anno precedente; questo sensibile contenimento nei tempi di pagamento non ha consentito, al contrario, di contrarre il dato relativo agli interessi passivi v/fornitori; l'incremento si giustifica con il fatto che le società di factoring sono solite fatturare gli interessi al momento del pagamento.

Al fine della determinazione della durata media dei pagamenti si è tenuto conto dei costi per l'acquisto di beni e servizi e la corrispondente variazione dei debiti v/fornitori in corso d'anno.

Grafico 2.1.7



2.1.3 Sostenibilità patrimoniale

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

2.1.3.a) Attivo e passivo

La riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale sulla base della scansione temporale dei realizzi o rimborsi delle operazioni d'investimento o finanziamento negli esercizi 2011-2013 è la seguente:

Tabella 2.1.10: Riclassificazione poste attivo e passivo

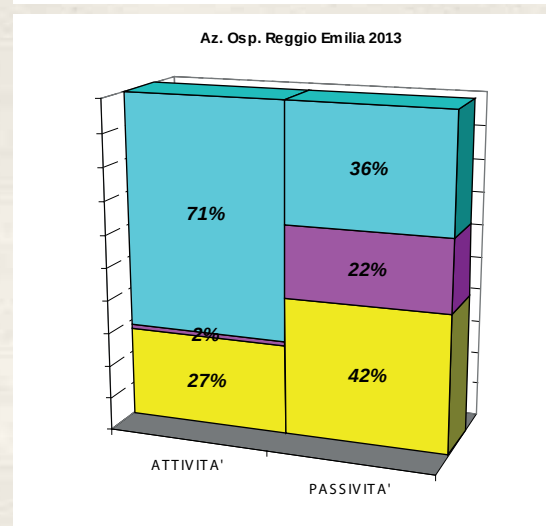
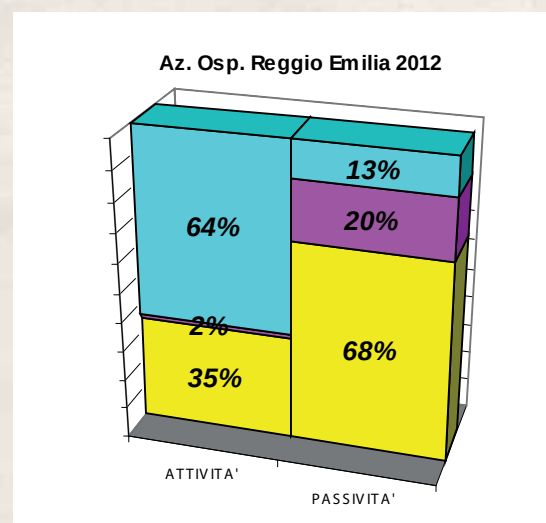
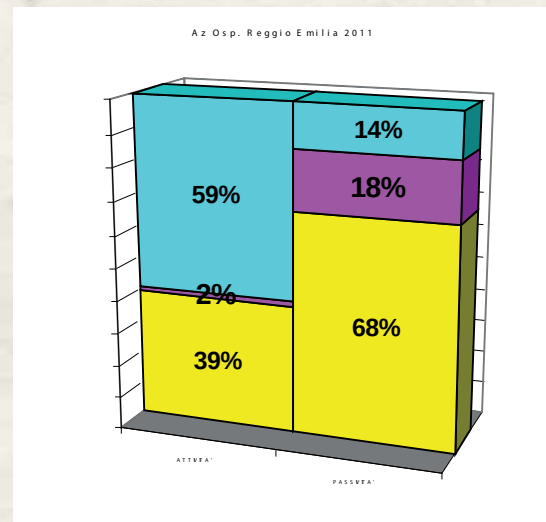
A.O. DI REGGIO EMILIA ANNO 2011			
ATTIVITÀ		PASSIVITÀ	
Liquidità immediate e differite	39%	68%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	18%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	59%	14%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITÀ	100%	100%	TOTALE PASSIVITÀ

A.O. DI REGGIO EMILIA ANNO 2012			
ATTIVITÀ		PASSIVITÀ	
Liquidità immediate e differite	35%	68%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	20%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	64%	13%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITÀ	100%	100%	TOTALE PASSIVITÀ

A.O. DI REGGIO EMILIA ANNO 2013			
ATTIVITÀ		PASSIVITÀ	
Liquidità immediate e differite	27%	42%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	22%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	71%	36%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITÀ	100%	100%	TOTALE PASSIVITÀ

Lo Stato Patrimoniale, riclassificato in chiave finanziaria, può essere così rappresentato:

Grafico 2.1.8



IL PASSIVO È RAPPRESENTATO PER IL 42% DA FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE, COMPOSTI IN GRAN PARTE DA DEBITI VERSO FORNITORI PER BENI E SERVIZI. NEL TRIENNIO 2011-13 SI OSSERVA UN ANDAMENTO IN DIMINUZIONE DOVUTO ALLA CONTRAZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO AI FORNITORI

Il passivo è rappresentato per il 42% da finanziamenti a breve termine, composti in gran parte da debiti verso fornitori per beni e servizi: nel triennio si osserva un andamento in diminuzione dovuto alla contrazione dei tempi di pagamento ai fornitori. I finanziamenti a medio lungo termine rappresentano una percentuale bassa sul complesso dei finanziamenti, con un lieve incremento nell'arco del triennio (+4%).

Si registra poi un notevole incremento del patrimonio netto nel 2013 per effetto della forte riduzione dello stock di perdite pregresse (-44 mln E).

L'attivo è rappresentato principalmente dalle immobilizzazioni, con un andamento in crescita nel triennio.

Le liquidità immediate e differite registrano una diminuzione nel triennio, passando dal 39% al 27%: nel 2013 l'attivo patrimoniale ha beneficiato di una forte riduzione dei crediti per effetto delle compensazioni tra crediti e debiti effettuate con le aziende sanitarie della Regione.

In una situazione di equilibrio l'attivo immobilizzato dovrebbe essere finanziato principalmente con patrimonio netto e finanziamenti di medio lungo periodo (per es. mutui), mentre i dati relativi all'Azienda mostrano che una parte degli impieghi in immobilizzazioni è anche finanziata da passività a breve.

2.1.3.b) Investimenti

Si rappresentano gli investimenti effettuati nel triennio e la loro copertura attraverso contributi pubblici. Il grado di copertura degli investimenti tramite contributi in conto capitale consente di verificare l'incidenza del costo degli investimenti in termini di ammortamenti non sterilizzati sul conto economico.

Si evidenzia che l'indicatore nell'arco del triennio è diminuito, passando da un 54% nel 2011 a un 8% nel 2013, risultato della diminuzione dei contributi pubblici nel biennio 2012/2013. A sostegno della politica degli investimenti, con contributi pubblici comunque insufficienti a sostenere la dinamica degli investimenti, nel 2011 si è provveduto all'accensione di un terzo mutuo per un importo complessivo pari a E 32 mln. Di conseguenza, nel corso del 2013 si registra una diminuzione degli investimenti aziendali.

Tabella 2.1.11: Copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
CONTRIBUTI C/CAPITALE NELL'ANNO	9.412.993	7.197.455	800.000
INVESTIMENTI IN IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI NETTE ANNUO	352.732	703.846	117.830
INVESTIMENTI IN IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI NETTE ANNUO			
TERRENI	1.304.099	-	-
FABBRICATI INDISPONIBILI	201.003	26.547.417	5.065.166
IMPIANTI E MACCHINARI	277.546	362.793	75.058
ATTREZZATURE SANITARIE	2.683.876	3.304.709	2.467.001
MOBILI E ARREDI	659.592	833.225	489.991
BENI STRUMENTALI DIVERSI	73.335	63.137	20.043
IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI IN CORSO E ACCONTI	12.155.750	5.636.631	2.162.447
TOTALE ACQUISIZIONI NELL'ANNO DI IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI (AL NETTO DELLE QUOTE DI AMMORTAMENTO)	17.355.202	36.747.912	10.279.706
CONTRIBUTI IN C/CAPITALE INVESTITI IN IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI NETTE ANNUO	54%	20%	8%

Grafico 2.1.9

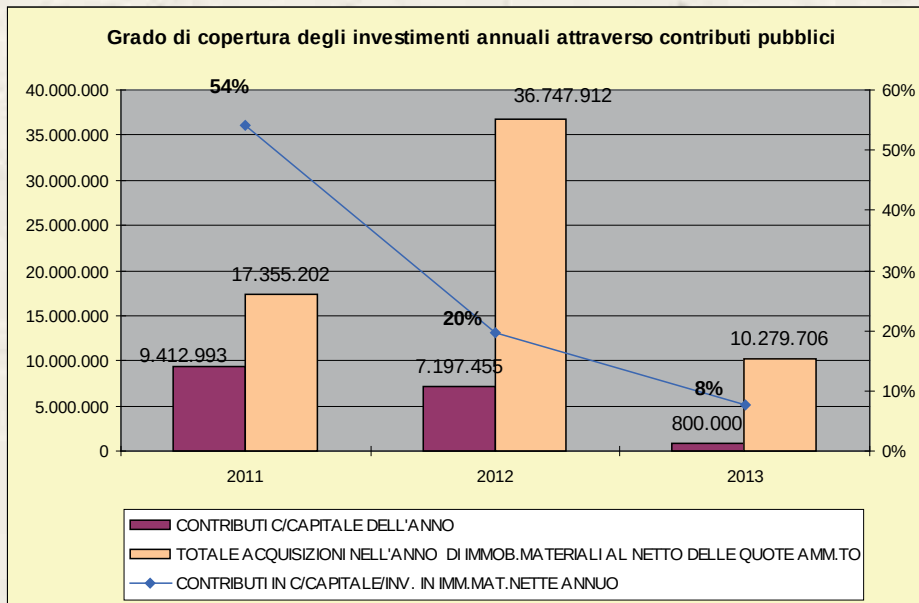
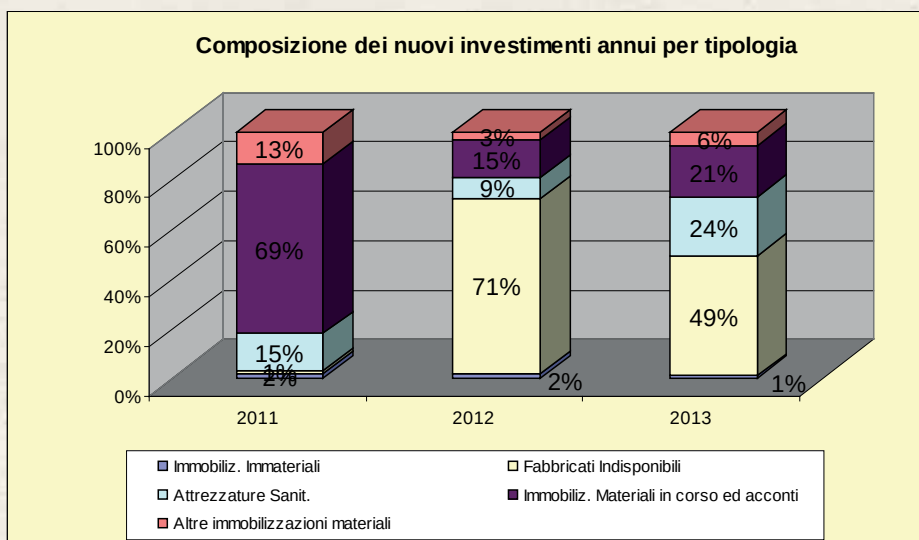


Grafico 2.1.10



Nell'esercizio 2013 il valore degli investimenti aziendali è pari a complessivi 10,3 mln E (al netto delle quote di ammortamento). In particolare, i maggiori decrementi, rispetto all'anno precedente, hanno interessato i fabbricati strumentali (-21 mln E). Nell'arco temporale considerato, il maggior incremento delle acquisizioni annuali di immobilizzazioni materiali al netto delle quote di ammortamento si rileva nel 2012 per effetto del collaudo relativo all'Ala Sud.

Le immobilizzazioni materiali in corso ed acconti hanno raggiunto il valore più elevato nel 2011 per effetto di acconti per la costruzione del magazzino centralizzato AVEN e per i SAL relativi ai lavori in corso.

LA RIDUZIONE DELL'INDICATORE DEGLI INVESTIMENTI (DAL 54% NEL 2011 ALL'8% NEL 2013) È RISULTATO DELLA DIMINUIZIONE DEI CONTRIBUTI PUBBLICI NEL BIENNIO 2012-13. A SOSTEGNO DELLA POLITICA DEGLI INVESTIMENTI, NEL 2011 SI PROVVIDE ALL'ACCENSIONE DI UN TERZO MUTUO PER UN IMPORTO COMPLESSIVO PARI A € 32 MLN E, DI CONSEGUENZA, NEL CORSO DEL 2013 SI REGISTRA UNA DIMINUIZIONE DEGLI INVESTIMENTI AZIENDALI.

2.1.3.c) Rinnovo del patrimonio aziendale

I nuovi investimenti in immobilizzazioni rapportati al totale del patrimonio aziendale, immobiliare e mobiliare, mettono in evidenza il grado di rinnovo del patrimonio stesso. Maggiore è il valore dell'indicatore,

IL GRADO DI RINNOVO NELL'ANNO 2012 ERA PIÙ ELEVATO RISPETTO AL 2013, PER EFFETTO DEL COMPLETAMENTO DEI LAVORI DELL'ALA SUD DEL FABBRICATO DI AMPLIAMENTO OSPEDALIERO.

maggiore è il grado di rinnovo del patrimonio. Come si può notare, il grado di rinnovo nell'anno 2012 è più elevato rispetto al 2013, per effetto del completamento dei lavori dell'Ala Sud del fabbricato di Ampliamento Ospedaliero.

Grafico 2.1.11

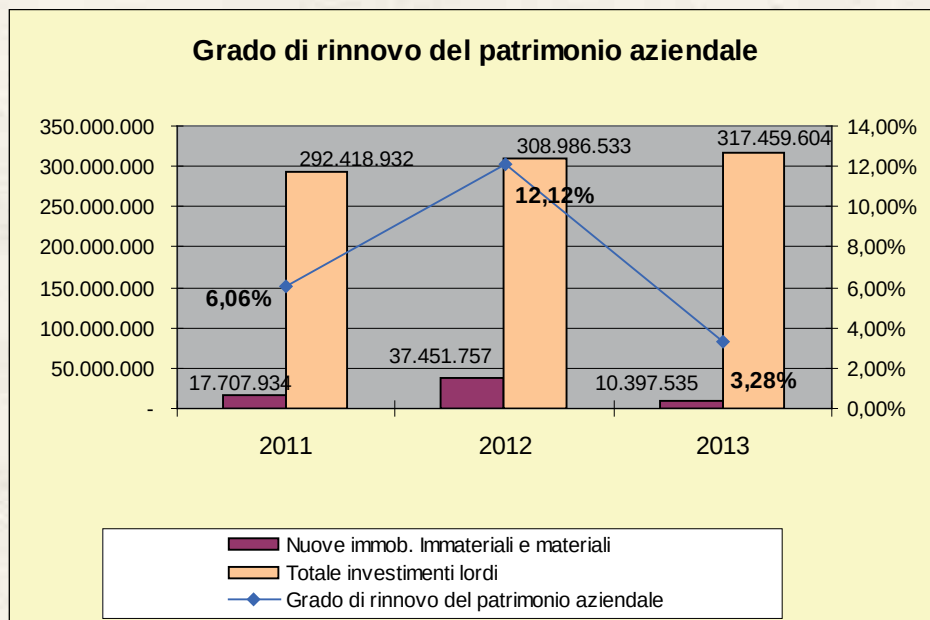


Tabella 2.1.12: Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
NUOVE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI E IMMATERIALI	17.707.934	37.451.757	10.397.535
INVESTIMENTI LORDI AL 31/12 (AL LORDO DEI FONDI AMM.TO)			
IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	11.725.226	12.457.930	12.588.011
TERRENI	3.803.895	3.803.985	3.803.985
FABBRICATI INDISPONIBILI	175.594.074	202.141.491	207.285.515
FABBRICATI DA REDDITO	118.358	118.358	118.358
IMPIANTI E MACCHINARI	7.987.109	8.719.872	8.848.543
ATTREZZATURE SANITARIE	56.622.238	58.453.405	58.867.969
MOBILI E ARREDI	12.935.629	13.487.935	13.955.690
MOBILI E ARREDI DI VALORE ARTISTICO	637.821	637.821	643.791
BENI STRUMENTALI DIVERSI	1.699.073	1.678.276	1.697.834

	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI IN CORSO E ACCONTI	21.295.419	7.487.462	9.649.908
TOTALE INVESTIMENTI LORDI	292.418.932	308.986.535	317.459.604
INNOVI INVESTIMENTI IMM. / TOT. INVESTIMENTI LORDI	6,06%	12,12%	3,28%

2.1.3.d) Obsolescenza del patrimonio aziendale

Quest'ultimo indicatore patrimoniale riguarda il grado di obsolescenza del patrimonio dell'Azienda, in considerazione del fatto che i nuovi investimenti rispondono alla necessità di garantire la sostituzione del patrimonio infrastrutturale e tecnologico. L'indicatore è, infatti, complementare al grado di rinnovo del patrimonio: tanto più è elevata la percentuale di rinnovo del patrimonio, minore è la tendenza all'obsolescenza dei beni durevoli.

Il grado di obsolescenza, che è il rapporto percentuale tra il valore residuo dei beni durevoli e il totale degli investimenti lordi, è in leggera flessione nel biennio 2011-2012, mentre si mantiene costante negli anni 2012-2013 e dimostra come l'Azienda sia riuscita a far fronte all'invecchiamento del proprio patrimonio attraverso la realizzazione di nuovi investimenti, che sono comunque vincolati al reperimento di risorse finanziarie dedicate sempre meno disponibili.

Grafico 2.1.12

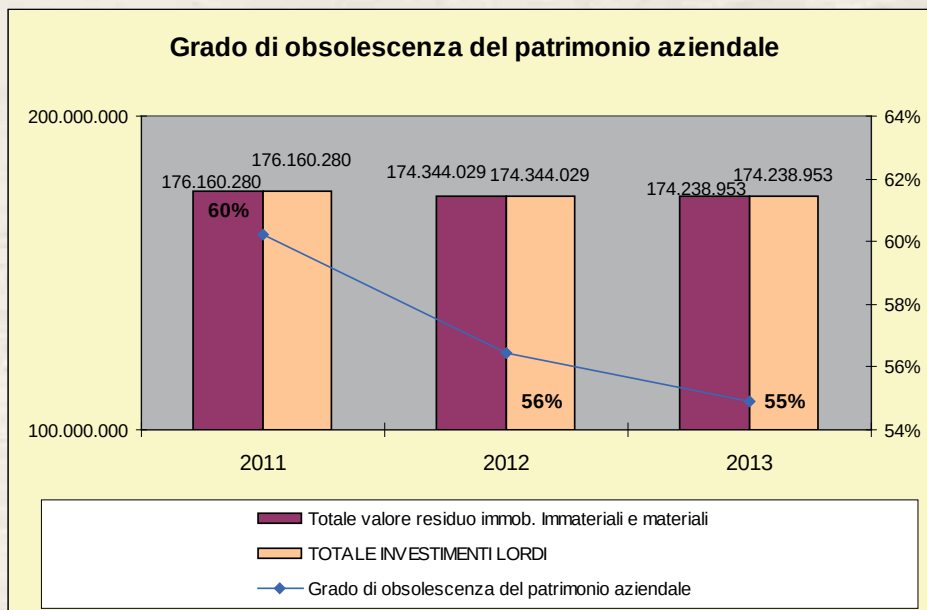


Tabella 2.1.13: Grado di Obsolescenza del Patrimonio Aziendale

	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	256.174	154.225	496.617
TERRENI	3.803.985	3.803.985	3.803.985
FABBRICATI INDISPONIBILI	128.101.497	149.250.582	148.209.126
FABBRICATI DA REDDITO	118.358	118.358	114.817
IMPIANTI E MACCHINARI	3.047.490	2.085.481	1.726.598
ATTREZZATURE SANITARIE	16.167.898	8.926.749	7.867.717
MOBILI E ARREDI	2.442.385	1.739.505	1.619.226
MOBILI E ARREDI DI VALORE ARTISTICO	637.821	637.821	643.791
BENI STRUMENTALI DIVERSI	289.253	139.861	107.168
IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI IN CORSO E ACCONTI	21.295.419	7.487.462	9.649.908
TOTALE VALORE RESIDUO IMMOBILIZZAZIONI	176.160.280	174.344.029	174.238.953
TOTALE INVESTIMENTI LORDI	292.418.932	308.986.533	317.459.604
NUOVI INVESTIMENTI IMM. / TOT. INVESTIMENTI LORDI	60%	56%	55%

2.2 IMPATTO SUL CONTESTO TERRITORIALE

2.2.1 Impatto economico: contributo dell'azienda all'economia del territorio

2.2.1.a) Il personale dipendente in cifre

Personale a tempo determinato e indeterminato distinto per ruolo

Il numero dei dipendenti a tempo indeterminato e determinato che operano all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia alla data del 31/12/2013 è pari a 2.884, con un incremento di 53 unità rispetto alla stessa data del 2012 e un incremento di 43 unità rispetto al 2011.

IL NUMERO DEI DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO CHE OPERANO ALL'INTERNO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA AL 31/12/2013 È PARI A 2.884, CON UN INCREMENTO DI 53 UNITÀ RISPETTO AL 2012.

Il confronto dei dati 2013/2012 mostra un aumento del personale della Dirigenza Medico/Sanitaria (+10 unità) dovuto in particolare ai posti trasferiti dall'Azienda USL di Reggio Emilia all'Azienda Ospedaliera alla cui copertura si è proceduto a seguito di deroga specifica ottenuta dalla Regione Emilia-Romagna, nell'ambito del Piano Assunzioni, su richiesta congiunta delle Direzioni Generali delle citate Aziende in quanto rientranti in progetti di rilevanza strategica a livello provinciale in corso di attivazione e/o di completamento (istituzione e conferimento di Direzione di Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia integrata ASMN e AUSL presso l'Ospedale S. Anna di Castelnuovo ne' Monti, riassetto dell'attività di Ortopedia e Chirurgia Generale presso lo stesso Ospedale tramite l'afferenza funzionale/organizzativa alle rispettive Strutture Complesse dell'ASMN, riorganizzazione dell'attività pediatrica del Sant'Anna mediante la costituzione di una Struttura Semplice e decentrata con afferenza funzionale al Dipartimento Ostetrico-Ginecologico-Pediatrico dell'ASMN, Progetto della Chirurgia Senologica Interaziendale con rimodulazione e qualificazione delle attività chirurgiche).

Un incremento di 2 unità a tempo determinato di Dirigente Medico ha riguardato inoltre il Presidio IRCCS che beneficia di finanziamenti specifici per la ricerca e per il quale la

Regione Emilia Romagna ha pertanto concesso apposite deroghe.

Per quanto concerne il personale sanitario e tecnico del comparto dopo il decremento registrato al 31/12/2012, connesso alla cessazione di numerosi incarichi di personale infermieristico e di supporto, si evidenzia un incremento al termine del 2013 di 50 unità rispetto al 2012, riportando tali categorie di operatori (soprattutto infermieri e OSS) ai livelli del 2011.

Nel corso del 2013 è stato inoltre possibile disporre la copertura a tempo indeterminato di 7 posti di infermiere e 9 OSS a seguito delle 16 deroghe regionali pervenute per la struttura dell'ASMN e con le quali si è potuto affrontare al meglio la riorganizzazione per intensità di cura e complessità assistenziale.

I valori complessivi nel triennio, dopo la flessione registrata nel 2012, si assestano su una tendenza di stabilità che, nel caso del personale sanitario risulta mediamente di 1.460 unità, mentre per il personale tecnico è intorno alle 618 unità.

Il personale amministrativo, a seguito delle limitazioni intervenute circa la possibilità di procedere alla copertura dei posti

resisi vacanti, presenta un decremento di alcune unità nel triennio di riferimento.

Tabella 2.2.1: N. dipendenti per ruolo al 31/12 (a tempo determinato ed indeterminato)

	ruolo	2011	2012	2013
SANITARIO	dirigenza	509	530	540
	comparto	1.460	1.444	1475
PROFESSIONALE	dirigenza	9	9	10
	comparto	-	-	-
TECNICO	dirigenza	3	3	3
	comparto	624	604	623
AMMINISTRATIVO	dirigenza	8	9	9
	comparto	228	232	224
TOTALE		2.841	2.831	2.884

Lavoratori stranieri

I dipendenti stranieri presenti in Azienda hanno una provenienza prevalentemente comunitaria. Al 31/12/2013 si registra un dato pressoché inalterato di tali lavoratori rispetto alla stessa data dell'anno scorso.

Tabella 2.2.2: N° lavoratori stranieri

ANNO	N. LAVORATORI STRANIERI	di cui
2011	17	14 infermieri 1 tecnico san. 2 dirigenti med.
2012	10	8 infermieri 1 tecnico san. 1 dirigente med.
2013	11	8 Infermieri 1 tecnico san. 1 OSS 1 dirigente Med.

Occupati nell'ambito delle categorie protette

Il dato al 31/12/2013, desunto dal prospetto informativo reso ai sensi della L. 68/99, è pari a 99 unità di cui n. 86 dipendenti disabili (art. 1) e n. 13 dipendenti appartenenti a categorie protette (art. 18). Il numero complessivo presenta un incremento di 8 unità rispetto al dato rilevato nel 2012 e si mantiene in crescita rispetto agli anni precedenti.

Tabella 2.2.3: N. dipendenti nell'ambito delle categorie protette

ANNO	N. LAVORATORI DIPENDENTI
2011	90
2012	91
2013	99

Occupazione provinciale

La percentuale dei dipendenti dell'ASMN rimane sostanzialmente stabile rispetto alla media annuale degli occupati nella provincia di Reggio Emilia anche per l'anno 2013.

Tabella 2.2.4: N. dipendenti ASMN sul totale occupati della Provincia

ANNO	N. DIPENDENTI DELL'ASMN	MEDIA ANNUALE DEGLI OCCUPATI NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	%
2011	2.841	237.000	1,20%
2012	2.831	239.000	1,18%
2013	2.884	237.000	1,20%

Residenza dei dipendenti nella Provincia

La percentuale di dipendenti che hanno la propria residenza nell'ambito territoriale della provincia di Reggio Emilia evidenzia una leggera flessione nel triennio, mantenendo comunque valori intorno all'83-84%.

Tabella 2.2.5: N. dipendenti dell'Azienda residenti nell'ambito territoriale

ANNO	N. LAVORATORI DIPENDENTI DELL'ASMN	di cui RESIDENTI IN PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	%
2011	2.841	2.404	84,6%
2012	2.831	2.392	84,5%
2013	2.884	2.408	83,5%

2.2.1.b) Impatto economico sul territorio in cifre**VOLUME DEGLI EMOLUMENTI PER IL PERSONALE DIPENDENTE**

Il volume complessivo delle retribuzioni per il personale dipendente, al netto degli oneri a carico dell'Azienda, evidenzia un incremento nell'arco del triennio, più marcato nel confronto 2013/2012, (cfr. tab. 2.2.6).

IL COSTO DEL PERSONALE DIPENDENTE HA REGISTRATO UN INCREMENTO RISPETTO ALL'ESERCIZIO PRECEDENTE PARI A +1,15%, RICONDUCEBILE ALL'AUMENTO DI UNITÀ DI PERSONALE CHE, NELL'ANNO 2013, È STATO DI COMPLESSIVE DI 20.

Nel 2013 il costo del personale ha registrato un incremento rispetto all'esercizio precedente pari a E 1.541.927, (+1,15%), riconducibile all'aumento di unità di personale che, nell'anno 2013, è stato di complessive 20 unità.

L'incremento di personale deriva da un incremento di 68 unità a tempo indeterminato compensate da un decremento di 48 unità a tempo determinato prevalentemente dovuto alla prosecuzione di alcuni processi di stabilizzazione/potenziamento d'organico autorizzati dalla Regione intervenuti nel corso del 2012, con i conseguenti trascinali nell'anno 2013.

In particolare si evidenzia quanto segue:

- Per quanto concerne il personale della dirigenza si registra complessivamente un incremento di 19 unità, di cui 15 a tempo indeterminato (prevalentemente di area medica) e 4 a tempo determinato.
- Relativamente al personale del comparto, si evidenzia una sostanziale invarianza della dotazione organica complessiva tra il 2013 e il 2012, tenuto conto che il lieve incremento che si registra (+1) è dovuto all'inserimento di 53 unità a tempo indeterminato (prevalentemente personale infermieristico e di supporto) compensate dalla cessazione di 52 unità a tempo determinato e ciò per effetto sia delle politiche di stabilizzazione del lavoro precario portate avanti nel corso del 2012 che per la copertura di 7 posti di infermiere e 9 posti di OSS disposta nel 2013, a seguito di deroghe ottenute dalla Regione nell'ambito del Piano Assunzioni e con le quali si è potuto affrontare al meglio la riorganizzazione per intensità di cura e complessità assistenziale.
- Per il personale amministrativo, a seguito delle limitazioni intervenute circa la possibilità di procedere alla copertura dei posti resisi vacanti, si registra un lieve calo.

Tabella 2.2.6: Valore emolumenti al personale dipendente

ANNO	IMPORTO
2011	E 104.165.755
2012	E 105.499.479
2013	E 107.120.922

COMPENSI A COLLABORATORI, SPECIALIZZANDI E BORSISTI

L'andamento nel triennio preso in esame evidenzia un progressivo incremento dei compensi relativi a borse di studio, medici in formazione specialistica, collaborazioni coordinate e continuative e rapporti libero-professionali (cfr. tab. 2.2.7). L'incremento che si registra nel 2012 e nel 2013 rispetto all'anno 2011 è dovuto ai costi sostenuti per contratti libero professionali e borse di studio finalizzate allo sviluppo delle attività di ricerca, conseguenti al riconoscimento dell'Azienda in IRCCS in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia.

Si evidenzia che questi contratti sono finanziati attraverso donazioni finalizzate, proventi per sperimentazione farmaci, studi clinici, erogazioni liberali, contributi regionali o ministeriali dedicati, o sono oggetto di rimborso da parte dell'Azienda USL territoriale.

Tabella 2.2.7: Valore contratti a personale esterno

ANNO	IMPORTO
2011	E 3.634.475
2012	E 3.665.757
2013	E 3.836.405

Grafico 2.2.1. - Andamento degli emolumenti 2011-2013

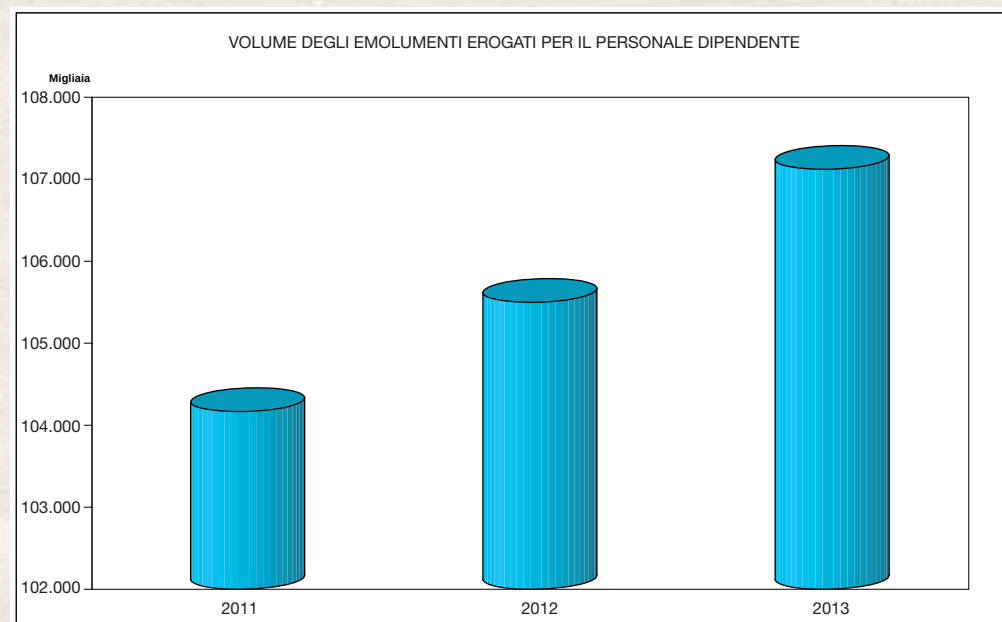
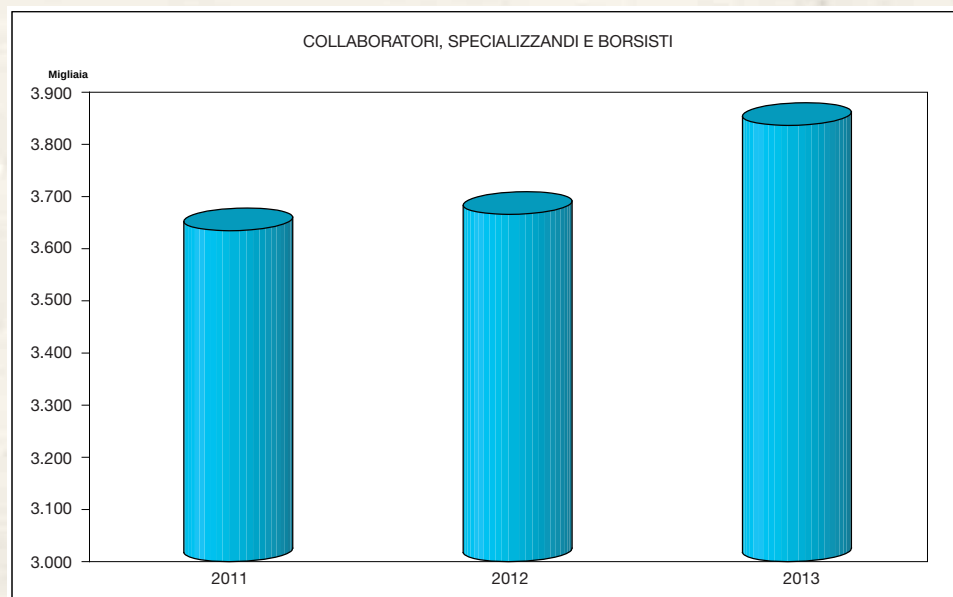


Grafico 2.2.2. - Andamento economico contratti 2011-2013



VOLUME DEI BENI E SERVIZI ACQUISTATI DA AZIENDE DELL'AMBITO TERRITORIALE E DELLA REGIONE

Al fine di completare l'analisi sull'impatto territoriale, si fornisce di seguito il dettaglio, diviso per macroaggregato di costo, delle forniture di beni e servizi derivanti da contratti stipulati con aziende della Provincia e della Regione.

I volumi dei beni e servizi acquistati da aziende provinciali sono lievemente incrementati nel triennio con un leggero aumento, in termini di variazione, nell'anno 2012 e rimanendo sostanzialmente invariati nel 2013. La categoria più rappresentativa, come volume economico, è quella relativa ai servizi, in particolare ai servizi logistico-alberghieri aziendali legati a ditte operanti in ambito provinciale.

I beni e servizi acquistati da aziende extraprovinciali sono caratterizzati, invece, da una progressiva diminuzione nel triennio, più pari a circa - 2 mln E, sia nel biennio tra il 2011 e il 2012, che nel biennio 2012-2013.

Il dato relativo all'acquisto di beni sanitari dall'Azienda USL di Reggio Emilia, che gestisce il magazzino centralizzato, viene rappresentato a parte, registrando un andamento nel triennio crescente per effetto soprattutto di farmaci e para-farmaci (cfr. Tab. 2.2.9).

Tabella 2.2.8: Valore acquisti da ditte con sede legale nella provincia (in euro)

TIPOLOGIA DI FORNITURA	2011	2012	2013
BENI SANITARI	1.299.322	1.374.738	1.852.432
BENI ECONOMICI	437.112	467.468	419.445
MANUTENZIONI	2.168.510	2.590.846	1.328.247
CANONI	225.066	198.022	196.512
SERVIZI	14.782.265	15.223.826	15.682.276
TOTALE	18.912.275	19.854.900	19.478.913

Tabella 2.2.9: Valore acquisti da magazzino farmaceutico USL RE (in E)

TIPOLOGIA DI FORNITURA	2011	2012	2013
BENI SANITARI	21.175.884	22.105.319	27.757.732

Tabella 2.2.10: Valore acquisti da ditte con sede legale fuori Provincia (in E)

TIPOLOGIA DI FORNITURA	2011	2012	2013
BENI SANITARI	2.496.679	2.837.395	2.011.381
BENI ECONOMICI	1.644.451	1.628.990	1.325.595
MANUTENZIONI	1.112.716	1.788.921	1.508.578
CANONI	118.299	171.362	139.725
SERVIZI	10.018.507	7.035.981	6.590.800
TOTALE	15.390.652	13.462.649	11.576.079

2.2.1.c) L'impatto dei corsi di laurea delle professioni sanitarie sul territorio e dei tirocini per i medici in formazione

Professioni sanitarie

L'impatto economico sul contesto territoriale è determinato non solo dal numero complessivo di studenti (n. 515) appartenenti ai vari corsi di Laurea, ma soprattutto dall'indotto di tutte quelle attività e risorse che vengono normalmente utilizzate per il normale funzionamento del sistema. Relativamente alle risorse professionali, si segnala che l'impatto economico risente non solo della presenza dei docenti, ma anche di un ampio numero di operatori sanitari, circa 250 professionisti, coinvolti durante la loro attività professionale e/o in aggiunta ad essa. Va poi rimarcato tutto il settore strettamente correlato all'inserimento, nel contesto comunale, degli studenti provenienti da altre regioni o province limitrofe: ricerca di alloggi, inserimento nel mondo del lavoro extrasanitario per gli studenti lavoratori, acquisto di prodotti necessari alla comune vita quotidiana e di relazione.

Altro elemento contribuyente sono le convenzioni stipulate con altri atenei per l'effettuazione dei loro tirocini presso la nostra sede; l'ASMN è sede di tirocinio anche per i master in coordinamento (anche on-line) e laurea specialistica delle università di Parma, Modena, Varese, Milano, Siena, Roma, Ferrara e Firenze. L'impatto derivante dalla frequenza di questi tirocini è più legato a un discorso di visibilità aziendale e confronto istituzionale che a valori strettamente quantitativi. Nell'ottica dello sviluppo della sede di Reggio Emilia è stato approvato e reso operativo il trasferimento sulla sede di Reggio Emilia dei corsi di laurea in: Terapia occupazionale, Tecniche della riabilitazione psichiatrica e Logopedia.

Per ciò che concerne le iscrizioni per l'anno accademico 2013/2014, i dati del nostro ateneo, sono riportati nella tabella 2.2.11.

Tabella 2.2.11: Iscrizioni al triennio

CORSO DI LAUREA	ISCRIZ. 1° ANNO	ISCRIZ. 2° ANNO	ISCRIZ. 3° ANNO	TOTALE ISCRITTI
Infermieristica	147	139	111	397
Tecnico di radiologia	16	25	23	64
Laurea magistrale	25	29	-	54

Corso di laurea per tecnico di radiologia medica

Nella seduta del Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia del 23/02/2011, contestualmente al trasferimento presso l'ASMN di alcuni corsi, è stato approvato il trasferimento del Corso di Laurea per Tecnici di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia, dalla sede di Reggio Emilia presso l'Azienda Ospedaliera alla sede di Modena presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena. Il trasferimento è divenuto operativo con l'anno accademico 2012/2013 e l'ASMN è divenuta sola sede di tirocinio per gli iscritti al corso di laurea in oggetto.

IL TRASFERIMENTO DEL CORSO DI LAUREA PER "TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA" DALL'AOU POLICLINICO DI MODENA ALL'ASMN DI REGGIO EMILIA È DIVENTATO OPERATIVO CON L'ANNO ACCADEMICO 2012-13, COSÌ CHE L'ASMN È DIVENTATA UNICA SEDE DI TIROCINIO PER GLI ISCRITTI A TALE CORSO DI LAUREA.

Ad una disamina delle iscrizioni, la maggior parte degli iscritti proviene da Modena (59,5% pari a 38 studenti), cui segue Reggio Emilia (19%) e con le restanti provincie della regione si raggiunge il 83% degli iscritti regionali; le restanti iscrizioni (pari a 11 studenti) provengono da Lombardia, Veneto, Puglia, Campagna e Sicilia.

Corso di laurea in Infermieristica

Stabile il numero degli iscritti totali negli ultimi anni, anche per effetto di specifici accordi Regione-Università. Relativamente all'anno accademico 2013/2014, la prevalenza degli iscritti è regionale (Emilia-Romagna 73%) con Reggio Emilia che fornisce la maggior parte degli infraregionali (56% pari a 222 studenti). Il restante 27% delle iscrizioni (pari a 108 studenti), proviene da tutte le regioni con numeri significativi soprattutto dalle Regioni Campania (4,5%), Puglia (13%) e Sicilia (6%).

Corsi di Laurea Magistrale

Il corso di laurea vede 54 iscritti, per l'anno accademico 2013/2014, suddivisi tra 1° e 2° anno. Il bacino d'utenza vede circa il 48% degli iscritti proveniente dalle città di Modena e Reggio Emilia (26), con qualche studente da Bologna (7 iscritti), Piacenza, Ferrara, e Cesena, Ravenna e Rimini. Gli studenti extra-regione sono 9.

Specializzandi dell'area medico chirurgica

Per rispondere ai cambiamenti intervenuti sul piano normativo, istituzionale e organizzativo, sono stati rafforzati i rapporti istituzionali Università/Aziende SSR, coinvolte nella costituzione di una rete formativa integrata, utile allo sviluppo dei piani didattici delle singole Scuole di Specialità. Si sono pertanto consolidate le relazioni e le sinergie basate sui principi e sulle indicazioni contenute nel protocollo d'intesa tra Regione-Università e le due convenzioni quadro, con l'università UNIPR e UNIMORE. I rapporti con gli Atenei si sono consolidati anche in virtù del fatto che tutte le Strutture Complesse dell'Azienda Ospedaliera ASMN sono in possesso degli standard strutturali di cui al Decreto del MIUR 29/03/2006 e vengono pertanto riconosciute quali sedi collegate delle Scuole di Specializzazione ai fini dell'espletamento delle attività di didattica e di formazione medico-specialistica.

L'attività didattica e formativa assicurata dai professionisti dell'Azienda Ospedaliera viene esercitata sia all'interno della Struttura sia presso le Scuole di Specializzazione. Tra il proprio corpo docente, le scuole di specializzazione annoverano anche docenti non universitari: sono oltre 20 i dipendenti ASMN che, su richiesta delle università interessate, sono autorizzati dalla direzione aziendale a svolgere attività didattica presso le sedi universitarie.

Nell'anno 2013 hanno frequentato le strutture ospedaliere dell'ASMN 106 specializzandi medici, uno specializzando del corso di Farmacia e due del corso di Fisica sanitaria; le principali sedi di provenienza degli studenti sono l'Università di Modena-Reggio (71), l'Università di Parma (19) e di Sassari (7).

L'Azienda Ospedaliera continua a essere struttura di supporto all'effettuazione del tirocinio pratico-valutativo, per i neolaureati in medicina e chirurgia, che il D.M. 445/2001 prevede essere parte integrante dell'esame di abilitazio-

ne all'esercizio della professione. Allo scopo, l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda USL di Reggio Emilia, unitamente all'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, hanno stipulato, ognuno per la parte di propria competenza, un'apposita convenzione con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. L'attività di tutoraggio interna all'ASMN è garantita da professionisti ospedalieri strutturati, che sono stati incaricati tutor con specifico decreto rettorale.

Sono inoltre realizzati, in collaborazione con l'Azienda USL, corsi di specializzazione per Medici di Medicina Generale (limitatamente alla parte di specifica competenza ospedaliera). Il Servizio Formazione, Innovazione clinica e Biblioteca ha fornito un supporto amministrativo strutturato ai frequentanti il Corso.

**TRA IL PROPRIO CORPO DOCENTE,
LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE
ANNOVERANO ANCHE DOCENTI NON
UNIVERSITARI: SONO OLTRE 20 I
DIPENDENTI ASMN CHE, SU RICHIESTA
DELLE UNIVERSITÀ INTERESSATE,
SONO AUTORIZZATI DALLA DIREZIONE
AZIENDALE A SVOLGERE ATTIVITÀ
DIDATTICA PRESSO LE SEDI
UNIVERSITARIE.**

Tabella 2.2.12: Sede universitaria di provenienza degli specializzandi

SPECIALIZZANDI						
SEDE UNIVERSITÀ	BIOLOGIA	FISICA SANITARIA	FARMACIA	MEDICINA	PSICOLOGIA (*)	TOTALE
Modena			1	71		72
Parma				19		19
Bologna		2		0		2
Padova				1		1
Sassari				7		7
Catania				2		1
Politecnica delle Marche				1		1
Bari				1		1
Messina				1		1
Tor Vergata - Roma				1		1
Totale		2	1	103		106

(*) master 2° livello post laurea

Le strutture operative presso le quali viene fatta la specializzazione sono evidenziate nella tabella 2.2.12 seguente.

Tabella 2.2.13: Sede di tirocinio

SPECIALIZZANDI						
SEDE TIROCINIO	BIOLOGIA	FISICA SANITARIA	FARMACIA	MEDICINA	PSICOLOGIA	TOTALE
Medicina 1				1		1
Medicina 3 - Gastroenterologia				1		1
Neonatologia				7		7
Dermatologia				7		7
Ostetricia e Ginecologia				1		1
Radioterapia				2		2
ORL				1		1
UDGEE				4		4
Pediatria				19		19
PS (Pronto Soccorso)				18		18
Medicina d'Urgenza				1		1
Neurochirurgia d'Urgenza				1		1
Oncologia				1		1
Neurologia				6		6
Reumatologia				2		2
Farmacia			1			1
Anestesia				20		20
Chirurgia Vascolare				1		1

SEDE TIROCINIO	BIOLOGIA	FISICA SANITARIA	FARMACIA	MEDICINA	PSICOLOGIA	TOTALE
Chir:Oncologica				2		2
Chirurgia 2				2		2
Urologia				1		1
DMO				1		1
Pneumologia				3		3
Medicina Fisica e Riabilitativa				1		1
Fisica medica		2				2
Totale		2	1	103		106

2.2.2. Impatto sociale

Lasciti e Donazioni

Nel triennio 2011-2013 le donazioni e i contributi hanno registrato variazioni sia in termini numerici sia di valore, evidenziando, in termini di valore, un decremento del 38% nel primo biennio mentre si mantiene sostanzialmente invariato nel secondo biennio. Il decremento è in realtà spiegato dallo spostamento dei contributi da privati verso specifici progetti di ricerca, che hanno avuto un incremento nell'ultimo biennio sia in termini di finanziamenti e in termini numerici.

Per quanto concerne l'esercizio 2013 si segnalano, tra i contributi in denaro:

- Contributi Fondazione Manodori per un totale di E 89.552,23 per finanziare una borsa di studio in reumatologia presso l'Università di Ginevra;

L'INVARIABILITÀ DELL'ANDAMENTO DELLE DONAZIONI E DEI CONTRIBUTI NEL BIENNIO 2012-13 È SPIEGATO DALLO SPOSTAMENTO DEI CONTRIBUTI DA PRIVATI VERSO SPECIFICI PROGETTI DI RICERCA, CHE HANNO AVUTO UN INCREMENTO NELL'ULTIMO BIENNIO SIA IN TERMINI DI FINANZIAMENTI E IN TERMINI NUMERICI.

- Contributo Associazione Vittorio Lodini per un totale di E24.000 per finanziare una borsa di studio;
- Contributi associazione GRADE per un totale di E 38.750 per finanziare contratti libero professionali;
- Contributi associazione ASCMAD-PRORA, per un totale di E 72.300 destinati a finanziare l'organizzazione di progetti in radioterapia ed endoscopia digestiva;
- Contributi Onlus Progetto Pulcino per totali E 51.818,24 per finanziare contratti libero professionali;
- Contributo associazione "Il cuore della Montagna" di E20.000 per acquisto di attrezzature sanitarie;
- Contributo AID Associazione Italiana Dislessia di E 17.600 per finanziamento borsa di studio;

- Contributo Roche S.p.a. di E 80.000 destinati al finanziamento dell'attività di un medico e di un contratto libero professionale.
- Contributo Ferrarini S.p.a. di E 33.500 destinati a finanziare una borsa di studio.
- Contributo Pfizer Italia S.p.a. di E 38.000 a sostegno delle attività svolte presso l'unità organizzativa di Reumatologia e di Anatomia Patologica.

Tra le donazioni in natura si segnalano:

- Le donazioni dell'Associazione ASCMAD-PRORA, per due ecotomografi e un kit per biopsia (E 165.315);
- Le donazioni dell'Onlus Progetto Pulcino di materiale vario per la neonatologia (E 136.263);
- La donazione della Fondazione Manodori di un ecotomografo portatile per la pediatria e neonatologia (E 20.000).
- La donazione dell'Associazione "A. Vallinseri" di un incubatore ad anidride carbonica e di un microscopio ottico da laboratorio.

Il criterio utilizzato nella rilevazione è quello finanziario, si registrano cioè gli incassi avvenuti nell'anno.

Tabella 2.2.14: Lasciti e donazioni

	ANNO 2011		ANNO 2012		ANNO 2013	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
LASCITI (eredità)	-	-	-	-	1	25.000
DONAZIONI da privati	259	84.191	276	99.240	334	92.740
DONAZIONI IN NATURA da privati	17	48.495	2	160	9	1.300
Totale	132.686		99.400		119.040	

Tabella 2.2.15: Contributi e donazioni da altri soggetti privati

	ANNO		ANNO		ANNO	
	2011		2012		2013	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
CONTRIBUTI da Fondazioni	3	450.000	2	110.000	1	89.552
CONTRIBUTI da ditte diverse	30	284.620	42	477.985	23	304.002
CONTRIBUTI da altri soggetti	38	616.530	27	300.490	20	267.468
CONTRIBUTI da istituto tesoriere	1	25.000	1	25.000	1	25.000
DONAZIONI IN NATURA da ditte diverse	20	77.692	7	9.547	11	28.500
DONAZIONI IN NATURA da Associazioni	34	322.612	35	157.085	60	348.057
Totale	1.776.454		1.080.107		1.062.579	

2.2.3. Impatto culturale

Il patrimonio culturale, storico e artistico di quest'Azienda nasce nell'anno 1995 quando l'Ospedale è costituito in Azienda autonoma rispetto all'Azienda USL di Reggio Emilia. Individuati e censiti i beni, questi sono stati catalogati, inventariati e stimati.

Il patrimonio artistico dell'azienda ASMN si compone di Beni artistici (quadri, mobili, linoleografie, litografie, stemi, vasi, capitelli, ecc.), beni storici di natura archivistica (documenti d'archivio dal XIV sec. in avanti), beni librari, beni architettonici e ambientali. Con il restauro del complesso palaziale Rocca Saporiti è stato restituito alla città un complesso di notevole valore artistico e storico. L'attenta e paziente opera di restauro ha portato alla luce e all'antico splendore sia i soffitti lignei decorati e dipinti sia i cicli d'affresco che oggi si possono ammirare nella Sala Cubica e nelle sale inferiori. L'inaugurazione del complesso, dopo un complesso lavoro di recupero iniziato nel 1998 sotto la guida della Soprintendenza ai Beni Ambientali e Architettonici, avvenne nel dicembre

LA BIBLIOTECA MEDICO-SCIENTIFICA "P.G. CORRADINI", OSPITATA ALL'INTERNO DEL PALAZZO ROCCA SAPORITI, È UN MODERNO E ATTIVISSIMO CENTRO CULTURALE E CONVEGNISTICO; CUSTODISCE UN FONDO LIBRARIO ANTICO, FRUTTO DI LASCITI: 2.819 VOLUMI, QUASI TUTTI DI MEDICINA.

2001. Nella primavera dell'anno 2003 il palazzo è stato oggetto di valorizzazione pubblica in occasione della "XI Giornata FAI di Primavera".

Dalla sua inaugurazione, il Palazzo Rocca Saporiti, con la sua pertinenza principale destinata a ospitare la Biblioteca medico-scientifica "P. G. Corradini", ospita un moderno e attivissimo centro culturale e convegnistico dotato di adeguato impianto tecnologico e diversi spazi polifunzionali; tra questi, nel sotterraneo, un piccolo "lapidario" ove sono state accolte e poste in adeguato risalto alcuni manufatti in frammento di laterizio, pietre e legni rinvenuti durante le operazioni di restauro.

La Biblioteca medico-scientifica "P. G. Corradini" custodisce un fondo librario antico, frutto di lascito da parte di Pietro Giuseppe Corradini che alla sua morte lasciò all'Ospedale degli Infermi di S. Maria del Carmine tutti i suoi libri di medicina, circa 640 opere, per un totale di 930 volumi. Questo patrimonio si è in seguito arricchito attraverso altre acquisizioni e ulteriori lasciti e donazioni, tra le quali si citano soltanto le più importanti: i lasciti di Carlo Ritorni, Prospero Pirondi (circa 800 volumi), e Dina Viani.

Attualmente il Fondo Librario Antico dell'Azienda si compone di 2.819 volumi, quasi tutti di medicina, pubblicati a stampa dal 1400 al 1850 e tutti catalogati. Essi corrispondono a 1.722 opere a stampa, tra cui sono da segnalare 3 incunaboli, 64 opere del XVI sec., un'importante collezione di volumi del '700 (sono presenti molte opere di Lazzaro Spallanzani), 15 raccolte di riviste antiche, numerosi atlanti anatomici di vario argomento e di varie epoche.

L'Azienda nel tempo ha anche ricevuto significative donazioni di opere artistiche, soprattutto pittoriche, di varia epoca e dimensione. Cittadini e artisti reggiani hanno donato opere ai soli fini di abbellimento e umanizzazione degli ambienti di degenza. Nel complesso si parla di circa 300 opere.

Il padiglione Lazzaro Spallanzani (ex sanatorio dell'inizio del XX sec.) bellissimo esempio di architettura pubblica degli anni venti-trenta, è ben sottoposto all'attenzione della Soprintendenza

per i Beni Ambientali e Architettonici dell'Emilia; l'edificio dopo un breve periodo di dismissione a seguito del trasferimento dei reparti ospedalieri che qui erano alloggiati nei nuovi locali dell'Ampliamento Ospedaliero, è stato riconvertito, tramite pochi e mirati interventi di ristrutturazione edilizia, a sede di funzioni ospedaliere non meramente addette all'assistenza. Oggi lo Spallanzani, con i suoi grandi e luminosissimi spazi, ospita alcune aule di formazione, i Servizi appartenenti all'Area Amministrativa, Il Nucleo Cure Primaria sede del servizio psichiatrico residenziale, in convenzione.

Prosegue dal dicembre 2012 all'interno del Santa Maria Nuova, l'allestimento di uno spazio dedicato al pittore reg-

**SIGNIFICATIVE LE DONAZIONI
DI OPERE ARTISTICHE,
SOPRATTUTTO PITTORICHE, DI
VARIA EPOCA E DIMENSIONE: NEL
COMPLESSO SI PARLA DI CIRCA 300
OPERE.**

giano Marco Gerra (1925 - 2000) con l'esposizione di 11 opere che attraversano i

diversi orientamenti stilistici che hanno distinto la carriera dell'artista. L'esposizione permanente, esito della donazione della vedova dell'artista e collocata in un punto di grande passaggio di pubblico, è stata allestita anche al fine di dimostrare che i luoghi di cura possono essere anche luoghi di manifestazione estetica.

2.2.4. Impatto ambientale

L'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia presta ormai da alcuni anni grande attenzione alle tematiche legate all'impatto ambientale; in particolare le azioni di miglioramento si sono concentrate sulla corretta gestione dei rifiuti, sull'utilizzo razionale dell'energia, sugli acquisti verdi e sulle iniziative per incentivare la mobilità.

2.2.4. a) Gestione dei rifiuti

L'Azienda, già da diversi anni, è impegnata in un percorso di miglioramento continuo del processo di gestione dei rifiuti. La corretta gestione dei rifiuti viene perseguita mediante diverse azioni, la principale delle quali consiste negli sforzi per diminuire la quantità di rifiuti pericolosi prodotti dall'ospedale. Le principali azioni intraprese dall'azienda nel corso del 2013 sono state:

**NEL CORSO DEL 2013 SONO STATE
REALIZZATE 2 INIZIATIVE FORMATIVE,
INTITOLATE "RIFIUTI SANITARI:
COME GESTIRLI?" APERTE A TUTTI
GLI OPERATORI, CON LA FINALITÀ DI
ILLUSTRARE, CON ESEMPI PRATICI, LA
CORRETTA MODALITÀ DI GESTIONE DI
VARIE TIPOLOGIE DI RIFIUTI SANITARI.**

1. Definizione dei percorsi e dei processi di gestione

Nel corso del 2013 si sono consolidati i percorsi di raccolta differenziata dei rifiuti e di gestione dei rifiuti sanitari pericolosi.

2. Informazione, formazione e sensibilizzazione dei dipendenti e utenti e pazienti

Nel corso del 2013 sono state realizzate 2 iniziative formative, intitolate "Rifiuti Sanitari: come gestirli?" aperte a tutti gli operatori, con la finalità di illustrare, con esempi pratici, la corretta modalità di gestione di varie tipologie di rifiuti sanitari.

Durante il corso si è posta particolare attenzione alle corrette modalità di gestione dei rifiuti speciali a rischio infet-

tivo, che rappresentano la principale fonte di spesa, e al potenziamento della raccolta differenziata. Sono inoltre stati affrontati aspetti normativi e di sicurezza nella gestione dei rifiuti. Hanno partecipato all'iniziativa formativa 96 operatori.

È stato inoltre organizzato, in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna, il corso "Ambiente e Sviluppo Sostenibile", all'interno del quale sono stati affrontati i temi dello sviluppo ambientale sostenibile, dell'uso razionale dell'energia in sanità e della gestione ambientale all'interno dell'azienda.

Infine, sono stati predisposti diversi manifesti informativi per indicare agli utenti, ai pazienti e ai visitatori le corrette modalità di raccolta dei rifiuti differenziati urbani in ospedale, in modo tale da poter chiedere la loro collaborazione nell'agire nel rispetto dell'ambiente, diminuendo la quota destinata a smaltimento e aumentando i rifiuti destinati a recupero di materie e/o energia quali carta, plastica, vetro, pile, legno, ecc.

3. Monitoraggio delle tipologie e quantità di rifiuti prodotti e verifica delle corrette modalità di gestione dei rifiuti

Per quanto riguarda la corretta gestione dei rifiuti sanitari, sono svolte periodicamente visite di controllo nei reparti a cura delle ICI dell'Ufficio Epidemiologico; durante le visite viene controllata la corretta collocazione dei rifiuti nei contenitori specifici secondo la tipologia del rifiuto, il corretto

invio alla raccolta differenziata, la corretta chiusura dei contenitori, la corretta etichettatura, la presenza della data di chiusura e il corretto stoccaggio in attesa dell'allontanamento.

I risultati delle verifiche vengono inviati a Direttori e Coordinatori delle Unità Operative, ai Responsabili Infermieri-

stici Dipartimentali, al Direttore Sanitario e al Direttore della Direzione Professioni Sanitarie per permettere un ritorno delle informazioni agli operatori ed implementare le idonee misure correttive.

2.2.4. b) Acquisti verdi

Si definiscono "acquisti verdi", gli acquisti di prodotti e servizi con determinate caratteristiche di sostenibilità ambientale, che comportano ridotti consumi di energia. Con il termine Green Public Procurement (GPP) s'indica generalmente l'approccio in base al quale le Amministrazioni Pubbliche integrano i criteri ambientali e lo sviluppo di prodotti validi sotto il profilo ambientale, attraverso la ricerca e la scelta dei risultati e delle soluzioni che hanno il minore impatto sull'ambiente lungo l'intero ciclo di vita.

L'Azienda ha aderito, negli anni, ad alcune convenzioni regionali, create con politiche GPP, per l'acquisto di beni/servizi. In particolare, l'ASMN ha aderito alla gara regionale per la fornitura di:

- Prodotti cartari igienico-sanitari e detergenti, che prevedono diversi requisiti di sostenibilità ambientale, quali ad esempio l'utilizzo di carta riciclata detergenti per pulizia a basso impatto ambientale;
- Indumenti, calzature e dispositivi di sicurezza;
- Carburante per autotrazione;
- Noleggio fotocopiatrici.

Inoltre, l'Azienda ha partecipato ai lavori del gruppo regionale per le derrate alimentari e non alimentari inserendo nel capitolato alimenti biologici e naturali, a produzione integrata, marchio a qualità controllata, filiera corta, DOP, IGP. Si è aderito anche alla convenzione per il "servizio di raccolta, trasporto e conferimento rifiuti per le Aziende Sanitarie", che per la complessità dei processi primari e di supporto della nostra azienda hanno un impatto molto rilevante sull'ambiente. Si è chiesto al fornitore l'uso d'imballaggi in materiale riciclato, misure per il recupero di mercurio e altre sostanze pericolose.

Infine si è lavorato al capitolato della procedura di gara pluriennale per l'affidamento di servizi operativi informatici e nolo attrezzature informatiche, che prevede l'introduzione di nuove macchine multifunzione che integrano diverse attrezzature (fotocopiatori, stampanti, scanner, fax) con soluzioni integrate e complete per la gestione dei processi operativi di stampa, fax, copia, consentendo la dismissione di gran parte delle apparecchiature fax, la razionalizzazione delle altre apparecchiature installate, la riduzione dei materiali di consumo, la riduzione dei volumi di stampa.

L'AZIENDA PARTECIPA AI LAVORI DEL GRUPPO REGIONALE "ACQUISTI VERDI" E HA ADERITO, NEGLI ANNI, AD ALCUNE CONVENZIONI REGIONALI, CREATE CON POLITICHE GPP (GREEN PUBLIC PROCUREMENT).

2.2.4. c) Mobilità aziendale

In azienda, coerentemente con il decreto 27 marzo 1998 e a quanto previsto dal programma regionale "Il Sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile", è stato redatto il piano degli spostamenti casa lavoro, e ormai dal 2007 è attivo l'accordo di programma con il comune di Reggio Emilia e c'è un programma d'iniziativa di mobilità con le seguenti finalità:

1. Qualificazione dei percorsi pedonali
2. Gestione e regolazione della sosta
3. Miglioramento del servizio di trasporto pubblico
4. Qualificazione dei servizi per chi usa la bicicletta

5. Comunicazione e coinvolgimento dell'utenza

6. Aumento della quota di mezzi aziendali con alimentazione alternativa al petrolio.

Il processo avviato ha ormai il carattere di miglioramento permanente perché le attività proseguono con l'evolversi della situazione organizzativa ed edilizia dell'ospedale. In particolare nel periodo indicato si sono concretizzate le seguenti azioni elencate in riferimento ai punti programmatici di cui sopra:

- punto 1 e punto 3: raccolta dati per la redazione del piano trasportistico, necessario per valutare le modifiche ai flussi viari conseguenti alle nuove edificazioni e adeguare gli accessi per il traffico motorizzato e pedonale. L'approntamento del piano, integrato con le previsioni edificatorie della zona sud, svilupperà anche i percorsi del TPL in funzione dell'accessibilità all'ospedale dal nuovo parcheggio scambiatore zona sud-est di Reggio Emilia.
- punto 2: applicazione completata per le aree comprese nel Piano della Sosta.
- punto 3: l'orario del Minibus H che collega l'Ospedale alla rete dei Minibus, al centro urbano ed alla stazione ha esteso in modo strutturale l'orario alle ore 20.45 sia nel periodo estivo che invernale, così da permettere il rientro del personale del turno pomeridiano.
- punto 4: è stato realizzato il 4° deposito protetto per le biciclette dei dipendenti, completando l'accoglimento della percentuale di ciclisti rilevata dal PSCL.
- punto 5: si è collaborato per l'individuazione del programma unico per le aziende del SSR, per l'aggiornamento del PSCL con raccolta dati confrontabile su tutta la Regione ed indicatori comuni al fine di valutare il miglioramento. Partecipazione alle iniziative del Mobility Manager di Area sia al tavolo dei Mobility Manager di RE che alle attività di documentazione del progetto europeo Involve - del quale il comune di RE è partner.
- punto 6: raccolta dati per il programma di Cup2000 sulla gestione della flotta aziendale, suo aggiornamento per l'individuazione di parametri ed indicatori di corretta gestione degli automezzi.

2.2.4. d) Consumi energetici e gestione dell'energia

Nell'ambito del programma regionale "Il sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile - qualificazione dei consumi energetici e innovazione tecnologica nelle Aziende Sanitarie" l'Azienda ospedaliera ha da tempo adottato varie azioni volte all'ottimizzazione dei consumi energetici, nonché al conseguimento di un risparmio economico in tema di approvvigionamento delle forniture.

L'impiego, per il riscaldamento e rinfrescamento degli ambienti, di fonte energetica termica derivata da cogenerazione dell'Ente distributore, quale è il sistema di teleriscaldamento attivo nell'area cittadina, ha comportato, oltre ad un sensibile risparmio economico derivante da migliori condizioni tariffarie rispetto alle forniture tradizionali, anche un contributo alla riduzione delle emissioni nocive per l'ambiente, trattandosi di fonti energetiche rinnovabili ai sensi della legge 10/91.

Un ulteriore risparmio, in termini economici, è stato inoltre conseguito nell'approvvigionamento di energia elettrica dal mercato libero in alternativa al mercato vincolato, mediante l'adesione alla centrale di committenza Intercent-ER.

In tema di riduzione dei consumi energetici sono da annotare per l'anno 2013 varie attività compiute sui sistemi elettrici e termici aziendali e/o sulle strutture, fra le quali si citano principalmente le seguenti:

- prosecuzione nell'adesione dell'Azienda Ospedaliera al "Gruppo Tecnico Energia" in ambito regionale, con partecipazione del proprio Energy Manager, per la formulazione di proposte in tema di razionalizzazione dei consumi energetici, valutazione d'innovazioni tecnologiche in ambito ospedaliero e individuazione delle formule tariffarie di maggior convenienza;
- proseguimento nell'attuazione delle linee guida regionali, elaborate dal citato Gruppo Tecnico, in tema di sensibilizzazione degli Operatori aziendali in materia di uso razionale dell'energia nell'ambito della campagna "lo spengo lo spreco", sia mediante l'organizzazione di appositi convegni rivolti al personale dipendente che attraverso la pubblicazione di articoli all'interno del giornalino Aziendale con temi specifici in ordine all'incentivazione di comportamenti virtuosi;
- conseguimento degli Attestati di Certificazione Energetica relativi ai vari edifici del patrimonio aziendale in ottemperanza al D.Lgs. 192/2005 e al D.Lgs. 311/2006 nei quali sono rappresentate le classificazioni energetiche degli edifici stessi ed individuati possibili interventi di riqualificazione per il miglioramento degli indici di prestazione energetica dei sistemi edificio/impianto;
- monitoraggio dei consumi energetici dei fabbricati, con cadenza mensile, finalizzato a una gestione razionale degli impianti termoidraulici in relazione ai fabbisogni;
- estensione del sistema di controllo centralizzato e supervisione degli impianti di climatizzazione dei nuovi fabbricati e di parte di quelli soggetti a ristrutturazione, finalizzato a una gestione razionale dei fabbisogni per un miglioramento del rendimento di regolazione degli

A GENNAIO È STATO ATTIVATO UN IMPIANTO FOTOVOLTAICO COMPOSTO DA 522 PANNELLI POSTI SUL TETTO DELL'EDIFICIO DI AMPLIAMENTO OSPEDALIERO, DISTRIBUITI SU UNA SUPERFICIE DI 900 M² IN GRADO DI SVILUPPARE UNA POTENZA DI PICCO PARI A 120 KW E PERMETTENDO DI CONSEGUIRE UN RISPARMIO ECONOMICO COMPLESSIVO PARI A CIRCA 52.000 € / ANNO;

impianti nonché per l'applicazione di procedure di attuazione dei contributi energetici secondo fasce orarie ed in funzione delle varie destinazioni d'uso;

- attivazione, a partire dal mese di gennaio, di un impianto di generazione di energia elettrica con l'impiego di 522 pannelli fotovoltaici, posti sul tetto piano dell'edificio di ampliamento ospedaliero, distribuiti su una superficie di 900 m² in grado di sviluppare una potenza di picco pari a 120 kW consentendo una produzione di energia elettrica di 130.000 kWh/anno, corrispondente ad una evitata emissione di CO₂ pari a 60 ton/anno. L'energia prodotta dall'impianto e interamente consumata dalle attività aziendali, ha beneficiato della tariffa incentivante riconosciuta dal DM 05 maggio 2011 (cosiddetto Quarto Conto Energia) e reso possibile un corrispondente minor prelievo dalla rete pubblica, determinando un risparmio economico complessivo pari a circa 52.000 E/ anno;

- adozione di apparecchi illuminanti di tipo fluorescente dotati di reattori elettronici dimmerabili e ad alto rendimento per la riduzione del consumo elettrico a parità

di effetto utile e per la parzializzazione del livello d'illuminazione (piano terra e seminterrato corpo C della struttura di Neonatologia, piano rialzato edificio Spallanzani destinato ai nuovi uffici direzionali, servizi igienici a uso comune e locali di supporto);

- adozione di sistemi per l'accensione automatica degli impianti d'illuminazione, in funzione della presenza di persone, in corrispondenza di locali a uso comune (piano terra e seminterrato corpo C della struttura di Neonatologia, piano rialzato Spallanzani destinato ai nuovi uffici direzionali, servizi igienici a uso comune e locali di supporto);
- completamento dell'applicazione di un procedimento centralizzato di "spegnimento" automatico di Personal Computer aziendali in caso di superamento di un tempo di non utilizzo. L'intervento ha coinvolto oltre 1.600 PC aziendali sia nella fascia diurna che in quella notturna, con una riduzione dei consumi stimata in 143.700 kWh/anno corrispondente ad una evitata emissione di CO₂ pari a 66 ton/anno e ad un risparmio economico di circa 25.000 E/anno;
- sostituzione di infissi obsoleti con altri costituiti da telaio a taglio termico con vetro camera, riqualificazione d'infissi esistenti nell'ambito degli interventi di manutenzione ordinaria degli stessi (piano terra e seminterrato corpo C della struttura di Neonatologia).

2.3 CONTRIBUTO ALLA COPERTURA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

2.3.1. Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Nella provincia di Reggio Emilia, con la collaborazione di entrambe le Aziende Sanitarie, sono attivi tre screening oncologici:

- Lo screening per il tumore della mammella: attivo dal 1995, ma esteso a tutto il territorio provinciale dal 2000, coinvolge le donne di età compresa tra i 45 e i 74 anni. L'esame di primo livello è la mammografia bilaterale che viene proposta con periodicità biennale nella fascia 50-74 anni e con cadenza annuale nella fascia 45-49 anni; in caso di esito dubbio o positivo, la donna viene richiamata e indirizzata agli approfondimenti di 2° livello e al percorso terapeutico qualora necessario;
- Lo screening per il tumore del collo dell'utero: attivo dal 1996, è rivolto a tutte le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni. Alla popolazione invitata è offerto con periodicità triennale il pap-test, quale esame di primo livello; qualora quest'ultimo risulti positivo, è proposta una colposcopia di approfondimento e, se necessario, il percorso diagnostico-terapeutico successivo;
- Lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto: iniziato nel mese di marzo del 2005, è diretto alle donne e agli uomini di età compresa tra i 50 e i 69 anni. L'esame di primo livello proposto è la ricerca del sangue occulto nelle feci, da compiersi con periodicità biennale; qualora positiva, l'utenza è invitata a eseguire una colonscopia di approfondimento e indirizzata al percorso terapeutico successivo qualora necessario.

2.3.1.a) Screening per il tumore alla mammella

La popolazione interessata è rappresentata da oltre 100.000 donne tra domiciliate e residenti; nel corso del

L'ELEVATO NUMERO DI TUMORI MAMMARI DIAGNOSTICATI IN STADIO PRECOCE E IL DIFFUSO RICORSO ALLA TECNICA DEL LINFONODO SENTINELLA HA CONSENTITO UN APPROCCIO NON DEMOLITIVO IN OLTRE IL 90% DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI PER I TUMORI DELLA MAMMELLA DI DIMENSIONI INFERIORE AI 2 CM.

2013 si è avuta un'adesione complessiva (residenti e domiciliate) pari all'80,1% per le donne di età 50-69 anni, all'80,6% per la fascia 45-49 e al 71,3% per la fascia 70-74. Le prestazioni eseguite sono state 47.323.

L'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia assorbe più del 43% delle mammografie di 1° livello complessivamente erogate nel territorio, stabilmente nel triennio.

Nel 2013 la quota di donne inviate al 2° livello di approfondimento, perché con esito positivo della mammografia, è stata del 3,7%, pari a 1.760.

Tab. 2.3.1: N° mammografie eseguite - test di primo livello

Radiologia	Mx 2009	Mx 2010	Mx 2011	Mx 2012	Mx 2013
ASMN	10.074	16.854	18.581	19.101	20.685
Correggio	2.437	3.713	3.597	3.735	3.840
Montecchio	2.760	4.192	4.032	4.047	4.428
Scandiano	3.557	5.790	7.032	7.747	8.017
C. Monti	1.596	2.663	2.916	2.837	3.093
Guastalla	3.186	5.320	6.067	7.729	7.260
Totale	23.610	38.532	42.225	45.196	47.323

Tab. 2.3.2: % Mammografie ASMN sul totale del programma provinciale

	2009	2010	2011	2012	2013
% mammografie ASMN	42,6%	43,74%	44%	42,4%	43,7%

Tab. 2.3.3: Esami di 2° livello ASMN

	2009	2010	2011	2012	2013
ASMN*	372	721	610	843	759
Totale programma	876	1.567	1.395	1.986	1.760

* Escluse le prestazioni mammotome.

Oltre il 43% (759/1.760) degli esami di secondo livello sono stati eseguiti nel 2013 presso l'Arcispedale S. Maria Nuova.

L'elevato numero di tumori diagnosticati in stadio precoce e il diffuso ricorso alla tecnica del linfonodo sentinella ha consentito un approccio non demolitivo in oltre il 90% degli interventi chirurgici per i tumori della mammella di dimensioni inferiori ai 2 cm.

2.3.1.b) Screening per il tumore al collo dell'utero

La popolazione interessata è rappresentata di 150.007 donne tra i 25 e 64 anni tra domiciliate e residenti nella provincia di Reggio Emilia al 31/12/2013, con lieve flessione rispetto al 2012.

Alla popolazione invitata viene offerto con periodicità triennale il pap-test, quale esame di primo livello. La copertura della popolazione target è circa del 75%. Nel 2013 sono stati letti un totale di 39.137 pap-test, la cui valutazione è affidata, per tutti i prelievi eseguiti a livello provinciale, al Centro di Citologia cervico-vaginale di screening dell'Azienda Ospedaliera.

All'ASMN di Reggio Emilia è affidato anche il coordinamento del call center per informazioni e cambio appuntamenti

**NEGLI ULTIMI ANNI GLI INTERVENTI
CHIRURGICI TERAPEUTICI SONO
EFFETTUATI SEMPRE PIÙ FREQUENTEMENTE
NELL'AMBULATORIO, IN ANESTESIA LOCALE
E SEMPRE PIÙ SOSTITUISCONO QUELLI IN
NARCOSI IN REGIME DI RICOVERO. NEL 2013 LE
CONIZZAZIONI CON ANSA DIATERMICA PRESSO
L'AMBULATORIO COLPOSCOPICO SONO STATE
137 E 104 LE ELETTROCOAGULAZIONI.**

dei consultori per l'attività di citologia cervicovaginale di 1° livello e di gestione provinciale del 2° livello dei cinque ambulatori colposcopici di screening dei distretti.

Dalla fine del 2004 è stata introdotta nel programma di screening anche la ricerca dell'infezione da HPV (Human Papilloma Virus) tramite un test di biologia molecolare su tampone cervicale, offerto alle donne con patologia cervicale nel programma di screening per migliorare il percorso diagnostico e terapeutico.

Dal 2010 al 2013 si è attivato e finanziato uno studio pilota con l'applicazione del test HPV come test di primo livello al posto del pap test per le donne fra i 35 e i 64 anni. Lo studio è costituito da due "bracci" uno con il pap test convenzionale e un "braccio" sperimentale con il test HPV + pap test (se il test HPV è negativo, non è letto, mentre il

pap test viene letto solo se il test HPV è positivo). Questo studio, proseguito nell'anno 2011, 2012 è terminato nel 2013, continuerà nel 2014 per una piccola quota di donne positive al test HPV come follow up.

In conclusione l'attività del 2013 si può riassumere nei seguenti punti::

- 1) oltre ai test HPV effettuati nel programma di screening per il secondo livello,
- 2) quelli richiesti non di screening (richiesta ticket),
- 3) quelli effettuati ancora per lo studio pilota, conclusosi nel maggio 2013,
- 4) dall'ottobre 2013 le donne in scadenza triennale dello studio pilota che avrebbero dovuto effettuare nuovamente il pap test, in accordo con l'Azienda USL di Reggio, sono state invitate con chiamata attiva per eseguire il test HPV di primo livello secondo le indicazioni dalla DRG 703 /201; sono stati effettuati circa 2.000 test HPV di screening primario a scadenza quinquennale.

I dati TOTALI di attività del 2013 sono stati esplicitati nella tabella 2.3.4 in cui si schematizza sotto il numero e la tipologia dei test HPV e dei pap test totali.

Tab. 2.3.4: Attività citologia vaginale

	2009	2010	2011	2012	2013
Pap test	37.935	38.340	35.341	36.285	39.137
HPV test	1.206	1.482 di cui 1.326 screening +156 non screening	1.518 di cui 1.402 screening +116 non screening (non dello studio pilota)	1.615 di cui 1.482 screening +133 non screening	4.552 di cui 2.683 1° livello (pilota + chiamata attiva) +1.669 2° livello +200 non screening

Presso la struttura di Citologia cervico-vaginale è situato l'ambulatorio colposcopico di secondo livello del programma di screening per i Distretti di Reggio Emilia e Correggio dove accedono donne invitate per patologia cervicale.

Tab. 2.3.5: Attività citologia vaginale di 2° livello (Distretto di Reggio Emilia e Correggio)

	2009	2010	2011	2012	2013
Colposcopie	2.085	2.456	2.615	2.277	2470
Interventi con ansa diatermica	153	207	166	143	137
Elettrocoagulazioni	57	87	86	60	104
Pap test in colposcopia	1.621 di cui 1.117 +504 altri ambul. colposcopico screening	1.960 di cui 1.226 +734 altri ambul. colposcopico screening	2.170 di cui 1.448 ambul. colposcopico +722 altri ambul.	2.042 di cui 1.258 ambul. colposcopico ASMN +784 ambul. altri distretti	2.201 pap test di secondo livello (ASMN + distretti)

Nel 2008 è iniziato l'utilizzo del pap test in strato sottile negli ambulatori colposcopici, per diminuire i pap test insoddisfacenti e migliorare la qualità diagnostica del 2° livello e utilizzare anche il sovra-natante del prelievo per l'applicazione del test HPV.

Le colposcopie presso l'ambulatorio dell'ASMN nell'anno 2013 sono state 2.470 e sono aumentate per riassorbire le richieste delle donne residenti nel distretto di Scandiano che non trovano rapida disponibilità di appuntamenti, in quanto le colposcopie aggiuntive a Scandiano effettuate nel 2012 sono state tolte. La disponibilità di accedere più rapidamente alla colposcopia di screening è mantenuta sull'ASMN anche per gli altri Distretti in quanto svolge anche la funzione di ambulatorio compensatore per conte-

nere i tempi d'attesa e rispondere agli standard regionali. Sono state eseguite 1.404 biopsie di cui 958 a sede unica e 446 in sedi multiple.

Le colposcopie sono svolte generalmente in più giorni alla settimana mattino e/o pomeriggio e sono presenti 6 ginecologi colposcopisti di cui 3 dell'azienda USL e 3 dell'ASMN, per mantenere il limite temporale richiesto dagli standard Regionali.

In questi ultimi anni gli interventi chirurgici terapeutici sono effettuati sempre più frequentemente nell'ambulatorio, in anestesia locale e sempre di più sostituiscono quelli in narcosi in regime di ricovero: nell'anno 2013 le conizzazioni con ansa diatermica presso l'ambulatorio colposcopico sono state 137 e 104 elettrocoagulazioni.

2.3.1.c) Lo screening per il tumore del colon-retto

Nella primavera del 2005 è iniziato il primo tempo del programma di prevenzione dei tumori del colon-retto rivolto alla popolazione di età compresa tra i 50 e i 69 anni. Le due Aziende hanno partecipato al coordinamento e responsabilità del programma (Azienda S. Maria Nuova) e alla funzione organizzativa (Azienda USL). L'attività di I livello (Sangue occulto fecale - SOF) e di II livello (colonscopia), con riferimento al periodo 2005-2013, è riportata nelle seguenti tabelle.

La popolazione bersaglio raggruppa oltre 131.000 persone residenti e domiciliate nella provincia.

Nel 2013 sono state invitate 62.561 persone, con un'adesione complessiva al programma del 61,8% (61% uomini, 65% donne); il valore medio regionale è pari al 51%.

La variabilità territoriale, in diminuzione del tempo, registra un intervallo tra distretti compreso tra 57,6% e 68,5%.

La positività al test si assesta su valori simili a quelli dell'anno precedente (3% donne vs 4,8% uomini).

L'adesione all'approfondimento di colonscopia a seguito della positività del SOF è pari al 90% e non presenta sostanziali differenze per sesso. L'andamento di adesione alla colonscopia è rimasto stabile nel tempo.

Nella corte d'invito 2005-2012, le persone che hanno accettato ed eseguito almeno una colonscopia sono state 11.796; nel 58% dei casi è stata asportata almeno una lesione adenomatosa.

In particolare sono stati complessivamente rilevati:

- 427 tumori maligni (il 3,6% dei soggetti positivi che hanno eseguito la colonscopia), 255 nei maschi e 172 nelle donne.
- 144 polipi cancerizzati (1,2% dei soggetti positivi che hanno eseguito la colonscopia).
- 4.124 adenomi ad alto rischio (presenti nel 35% dei soggetti positivi che hanno eseguito la colonscopia).

Il contributo che l'Azienda Ospedaliera ASMN ha dato allo sviluppo di questo programma di screening nel corso del 2012, in termini di esami eseguiti per ambito territoriale, è il seguente:

- Il laboratorio ASMN ha processato complessivamente il 72% dei SOF;
- L'endoscopia ASMN ha eseguito complessivamente il 32,1% delle coloscopie da screening su tutta la provincia; ha inoltre eseguito operative endoscopiche complesse di III livello provenienti dai vari Distretti e diagnostiche avanzate

(es. ecoendoscopia in caso di tumori del retto).

Tabella 2.3.6: Esami di 1° livello: SOF (Sangue occulto fecale)

		LABORATORIO ASMN	LABORATORIO GUASTALLA
2008	N	25.575	9.092
	%	74%	26%
2009	N	28.172	8.373
	%	77%	23%
2010	N	24.694	8.795
	%	74%	26%
2011	N	29.274	9.480
	%	76%	24%
2012	N	23.680	8.509
	%	74%	26%
2013	N	27.300	10.474
	%	72%	28%

Tabella 2.3.7: Esami di 2° livello: Colonscopie eseguite da screening di II livello
(incluse le colonscopie sui positivi al SOF e i follow-up)

	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ASMN	806	35,8%	1.027	38,0%	916	37,4%	952	34,9%	921	33,0%	937	32,1%
Castelnovo Monti	155	6,9%	183	6,8%	162	6,6%	175	6,4%	207	7,4%	200	6,8%
Correggio	282	12,5%	273	10,1%	284	11,6%	328	12,0%	338	12,1%	390	13,4%
Guastalla	352	15,6%	417	15,4%	380	15,5%	429	15,7%	402	14,4%	417	14,3%
Montecchio	270	12,0%	322	11,9%	266	10,9%	338	12,4%	362	13,0%	383	13,1%
Scandiano	385	17,1%	478	17,7%	443	18,1%	509	18,6%	561	20,1%	594	20,3%
Totale	2.250		2.700		2.451		2.731		2.791		2.921	

Fonte: Centro screening dell'AUSL di Reggio Emilia.

Parallelamente all'avvio del programma rivolto alla popolazione in età 50 - 69 anni, era stato sviluppato uno specifico progetto di sorveglianza endoscopica rivolto ai familiari di primo grado dei casi di cancro identificati nel programma di screening. In seguito a un'approfondita analisi, condotta a livello regionale, l'intervento ha mostrato alcuni limiti in termini di efficacia e sostenibilità, nonché problematiche di gestione legate alla riservatezza. Con lettera regionale del 28/02/2013, prot. 2013/54434, il percorso è stato formalmente interrotto, garantendo il mantenimento in follow up ai familiari già arruolati in precedenza.

2.3.1.d) Lo screening uditivo neonatale

Dal 2008 la collaborazione di entrambe le Aziende Sanitarie ha permesso l'attivazione a livello provinciale di uno screening uditivo neonatale universale finalizzato all'identificazione precoce dei neonati affetti da ipoacusia congenita.

Studi internazionali sono concordi nell'affermare che circa 2 bambini sani su 1.000 nascono con un deficit uditivo di tipo medio - grave o profondo. A questa quota va poi aggiunta la percentuale di bambini ipoacusici provenienti dalla Neonatologia e i neonati con uno o più fattori di rischio o sindromi associate.

L'ipoacusia è pertanto considerata come una patologia con quei caratteri di prevalenza, incidenza e gravità tali da giustificare l'introduzione di un programma di screening su tutta la popolazione neonatale. L'obiettivo dell'individuazione precoce e di un rapido intervento terapeutico è di eliminare le disabilità conseguenti alla deprivazione sensoriale uditiva e recuperare una competenza linguistica e uno sviluppo del linguaggio normale per questi bambini.

Lo screening si basa sull'identificazione delle otoemissioni acustiche (o "echi cocleari"), suoni generati dall'attività contrattile di alcune cellule presenti nella coclea, l'organo recettoriale dell'orecchio. La rilevazione delle otoemissioni è stata scelta a livello internazionale come metodica di screening perché non invasiva, economica, di esecuzione rapida, ripetibile, sensibile e specifica.

Il protocollo adottato è codificato in base alle più recenti linee guida della JCIH (Joint Committee of Infant Hearing) e si attua su 3 livelli fondamentali.

Il 1° livello corrisponde all'esecuzione del test delle otoemissioni acustiche da screening su tutti i neonati della provincia.

La popolazione interessata è rappresentata da più di 5.000 neonati, dei quali circa la metà nascono presso l'Ostetricia dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia.

Per i punti-nascita di Castelnovo ne' Monti, Guastalla, Scandiano e Montecchio Emilia l'esame di primo livello è eseguito da personale addestrato, su tutti i neonati prima della dimissione dall'ospedale. Da giugno 2009 la pediatria di comunità di Correggio, dove non è attivo il punto nascita, ha iniziato a eseguire lo screening a tutti i bimbi di Correggio che nascono a Carpi.

Dal 1° gennaio 2012, con l'attivazione dello screening uditivo universale in tutta la regione Emilia-Romagna, il numero di bambini che non effettua lo screening alla nascita si è notevolmente ridotto, pertanto Correggio esegue soprattutto un sistema di sorveglianza sull'effettuazione dello stesso e del suo esito per i bimbi ivi residenti.

Il primo livello presso il nido ASMN viene invece eseguito da un tecnico del servizio di Audiologia dell'ASMN, che quotidianamente si reca in reparto e sottopone a screening i dimessi della giornata.

Presso il servizio di Audiologia dell'ASMN da settembre 2009, è eseguito il test di screening ai bimbi iscritti all'Anagrafe Sanitaria provinciale ma che sono nati presso altre strutture dove non è eseguito lo screening. Anche in questo caso il numero di richiami si è ridotto grazie all'estensione regionale dello screening uditivo potenziando invece un sistema di monitoraggio e controllo dell'effettiva esecuzione dei test, e questo grazie alla costante collaborazione tra i responsabili provinciali dello Screening uditivo.

Il 2° livello prevede il riesame dei soggetti sospetti identificati al primo livello sia per i nati al nido ASMN, sia per i nati presso i nidi territoriali. L'accesso al secondo livello avviene per tutti i casi dopo una settimana dal primo test per evitare il più possibile ansia ai genitori. L'esame è svolto presso il Servizio di Audiologia salvo in alcune situazioni.

Se il piccolo non supera il secondo livello, accede al terzo livello. Per la quota di bambini che giungono al 3° livello, si rende necessario l'utilizzo di metodiche diverse, quali i Potenziali Evocati Uditivi o ABR, con i quali è possibile studiare il percorso compiuto dal segnale sonoro lungo la via acustica, identificando con certezza la soglia uditiva del bambino.

Il contributo dell'ASMN, attraverso la Struttura Semplice di Audiologia per la gestione interaziendale dello screening uditivo neonatale provinciale e per la gestione della diagnosi e cura delle malattie otologiche pertanto è:

- Esecuzione primo livello per i nati presso il Nido Aziendale e per i bimbi, iscritti all'anagrafe sanitaria locale, ma nati in strutture dove non viene eseguito lo screening uditivo;
- Coordinamento nidi territoriali per il secondo livello, organizzazione appuntamenti e call center per informazioni, riscontro con il territorio e riesame di tutti i casi identificati al primo livello;
- Esecuzione esami terzo livello;
- Presa in carico e gestione dei soggetti ipoacusici identificati con lo screening.
- Monitoraggio dei risultati dello screening e riscontro con i responsabili dello screening delle principali provincie in cui nascono i bambini residenti a Reggio Emilia (Modena, Parma, ecc.).
- Formazione e aggiornamento del personale sanitario coinvolto nello screening uditivo.

Attualmente sono attivi tutti i punti-nascita della provincia. Il protocollo è già applicato secondo le modalità e con le tempistiche descritte. Dall'inizio dell'attività sono già stati identificati 50 casi d'ipoacusia neonatale di diversa entità,

tra questi 12 bimbi già sottoposti a intervento di Impianto cocleare, altri casi sono stati identificati come monolaterali o forme di lieve-media entità per cui si impone una stretta sorveglianza in ambito audiologico e linguistico al fine di identificare e correggere precocemente emergenze comunicative o casi di ipoacusia con carattere ingravescente.

Tabella 2.3.8: N. otoemissioni eseguite nel 2013

OTOEMISSIONI - ANNO 2013	1° LIVELLO
Nido	2014
Castelnovo ne' Monti	188
Guastalla	864
Scandiano	658
Montecchio	710

2.3.2 Assistenza distrettuale

2.3.2.a) Assistenza farmaceutica

Distribuzione diretta dei farmaci

A seguito delle disposizioni di cui alla Legge 405/01 e relativi indirizzi regionali dall'anno 2002, l'Azienda Ospedaliera ha preso in carico la gestione dell'attività di distribuzione diretta dei farmaci rivolta a pazienti in dimissione da ricovero, a pazienti seguiti in regime ambulatoriale e a pazienti complessi con patologie gravi e/o croniche che richiedono *follow-up* assistenziale e ripetuti accessi alla struttura sanitaria.

L'attività è condotta in stretta collaborazione con l'Azienda USL, alla quale è rimasta in carico la scorta dei farmaci erogati direttamente ai pazienti, condividendo lo stesso magazzino farmaceutico centralizzato gestito dall'Azienda USL.

Con il Dipartimento Farmaceutico dell'Azienda USL sono pertanto condivisi orientamenti, indirizzi e modalità di espletamento dell'erogazione farmaci per fornire a livello provinciale un servizio omogeneo a tutti gli utenti. Tale attività nel corso degli anni ha consentito un contenimento della spesa farmaceutica territoriale, garantendo nel frattempo ai pazienti la continuità terapeutica e la qualità del processo assistenziale.

L'ATTIVITÀ FARMACEUTICA È CONDOTTA IN STRETTA COLLABORAZIONE CON L'AZIENDA USL E CONDIVIDENDO LO STESSO MAGAZZINO FARMACEUTICO CENTRALIZZATO. CON L'AZIENDA USL SONO INOLTRE CONDIVISI ORIENTAMENTI, INDIRIZZI E MODALITÀ DI ESPLETAMENTO DELL'EROGAZIONE FARMACI. TALE ATTIVITÀ NEL CORSO DEGLI ANNI HA CONSENTITO UN CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE, GARANTENDO NEL FRATTEMPO AI PAZIENTI LA CONTINUITÀ TERAPEUTICA E LA QUALITÀ DEL PROCESSO ASSISTENZIALE.

Tabella 2.3.9: Attività di distribuzione diretta

ANNO	N. ACCESSI	SPESA INTERNA (€)	RISPARMIO SU FARMACI FASCIA "A" (€)	% VALORE DISTRIBUITO A LIVELLO PROVINCIALE
2011	79.107	22.392.000	8.739.000	53,0%
2012	76.645	22.600.000	8.647.000	52,5%
2013	76.655	24.250.000	8.680.000	52,3%

Dell'importo complessivo di spesa registrato, il 66,3% è attribuibile a farmaci di fascia H erogati a pazienti con patologie complesse o croniche che richiedono ricorsi frequenti alla struttura, sia in regime di DH sia ambulatoriale.

Categorie di farmaci oggetto degli obiettivi regionali

Già dal 2011 era stato costituito con l'Azienda USL un gruppo di lavoro per individuare strategie d'intervento e fornire indirizzi ai medici in linea con gli obiettivi assegnati dalla Regione in ordine alle diverse categorie di farmaci individuate.

In prima battuta era stato affrontato il tema dei Sartani e ACE-I, con momenti d'informazione direttamente c/o i Dipartimenti interessati e successivamente il gruppo dei PPI con la definizione di percorsi atti a verificare l'appropriatezza delle prescrizioni sia in ambito ospedaliero sia a livello territoriale.

Per quanto riguarda il gruppo degli ACE-I, nel 2013 è aumentato il consumo in regime di convenzionata e il peso percentuale sul totale classe C09 si attesta al 67,6% vs la media regionale del 62,6%.

Relativamente al gruppo dei Sartani, nel 2013 si osserva in regime di convenzionata una diminuzione delle ddd dei Sartani singoli e associati pari al - 1,3% rispetto allo stesso periodo 2012, vs una riduzione a livello regionale del - 0,6%. Il valore raggiunto di DDD1000 ab./die è pari a 72,38 vs una media regionale di 82,97.

In ambito di spesa farmaceutica territoriale il dato subisce un'ulteriore riduzione.

Un buon risultato è stato inoltre ottenuto in ordine alla percentuale di generico prescritto sull'intera classe dei Sartani, che ha raggiunto il valore del 78,5%, superiore alla media regionale (76,5%).

Per quanto riguarda la classe dei farmaci PPI, a dicembre

2013 si è rilevata una riduzione dei consumi ospedalieri interni pari al -9,81% DDD/100gg deg. Il consumo in convenzionata per l'anno 2013 ha registrato complessivamente una flessione del -5,4% vs la media regionale del -0,3%.

Farmaci a brevetto scaduto: a livello di farmaceutica convenzionata nella provincia di Reggio Emilia, è stato raggiunto un valore del 76,2% rispetto all'obiettivo assegnato del 76,9%.

2.3.2.b) Assistenza farmaceutica ospedaliera

La farmaceutica ospedaliera, assorbe quasi il 30% delle risorse economiche destinate all'acquisto di beni sanitari (medicinali, materiale protesico, dispositivi medici, diagnostici e reagenti, ferri chirurgici, ossigeno, ecc.).

Tabella 2.3.10: consumi ospedalieri di Farmaci per ATC1

	SPESA LORDA 2013	SPESA LORDA 2012	Diff% 2013-2012
A - APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	249.709	232.235	7,5
B - SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	2.278.450	1.998.930	14
C - SISTEMA CARDIOVASCOLARE	126.589	106.149	19,3
D - DERMATOLOGICI	54.752	52.630	4
G - SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	122.072	129.002	-5,4
H - PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCL.ORMONI SESSUALI E INSULINE	104.872	103.979	0,9
J - ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	1.372.935	1.800.556	-23,7
L - FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	9.791.837	9.874.359	-0,8
di cui L01 - Citostatici	8.302.044	8.536.347	-2,7
M - SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	375.769	460.909	-18,5
N - SISTEMA NERVOSO	434.458	502.003	-13,5
P - FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	4.226	2.289	84,6
R - SISTEMA RESPIRATORIO	152.561	130.566	16,8
S - ORGANI DI SENSO	480.872	424.427	13,3
V - VARI	1.484.215	1.373.787	8
GALENICI ED ALTRI GAS MEDICALI	369.530	387.873	-4,7
Totale consumi interni alla struttura ospedaliera	17.402.847	17.579.694	-1

La riduzione di spesa è attribuibile prevalentemente ai risparmi sulle gare farmaci e ad un calo del trend di spesa su antineoplastici, che rappresentano circa il 48% della spesa complessiva.

2.3.3 Assistenza specialistica

2.3.3.a) Volumi e valore della produzione dell'azienda ospedaliera

L'attività erogata dall'ASMN-IRCCS in termini di prestazioni sia in urgenza sia ad accesso programmato mostra nel triennio 2011-2013 un lieve calo nei volumi prestazionali

(-2%) a fronte di una leggera crescita nella valorizzazione economica (+8%), a conferma di un'attività più appropriata ma più complessa. È possibile ricondurre le cause di questo fenomeno, da un lato, all'aumento della complessità delle prestazioni erogate e, dall'altro, all'aggiornamento del tariffario regionale avvenuto a febbraio 2012.

L'accesso alle prestazioni in modalità ordinaria è coerente con la tendenza generale, registrano un lieve calo del

L'ATTIVITÀ EROGATA IN TERMINI DI PRESTAZIONI MOSTRA NEL TRIENNIO 2011-13 UN LIEVE CALO NEI VOLUMI (-2%) A FRONTE DI UNA LEGGERA CRESCITA NEL VALORE ECONOMICA (+8%), A CONFERMA DI UN'ATTIVITÀ PIÙ APPROPRIATA MA PIÙ COMPLESSA.

numero di prestazioni (-6%) a fronte di un aumento della loro valorizzazione economica (+6%).

Sul lato delle urgenze differibili, si verifica una riduzione rilevante sia del numero sia del valore delle prestazioni, in sintonia con gli anni precedenti. Ciò è imputabile essenzialmente alla ricodifica di tale attività come prestazioni di accesso diretto (tipologia ricomprese nella modalità di accesso "ordinario").

L'accesso in urgenza 24h mostra un aumento considerevole sia in termini di prestazioni che di valorizzazione. Ciò è riconducibile, nel dettaglio, a un netto aumento di Ecocolor Doppler e di prime visite angiologiche e cardiologiche.

Gli accessi in Day Service, in sintonia col regime ordinario, subiscono gli aggiornamenti del tariffario regionale, testimoniando un aumento della valorizzazione economica delle prestazioni erogate di fronte a una lieve riduzione nel loro numero. In questo caso è utile tenere in considerazione l'esistenza e l'attualità del processo di riconversione dei percorsi da DH a DS che ha portato a una razionalizzazione nelle richieste di esami diagnostici.

Gli accessi in pronto soccorso rimangono sostanzialmente stabili, mostrando una leggera crescita in linea con gli anni passati.

Tabella 2.3.12: Prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni

MODALITÀ D'ACCESSO	2011		2012		2013		DIFF.% 2013 - 2011	
	N. PRESTAZIONI	E	N. PRESTAZIONI	E	N. PRESTAZIONI	E	N. PRESTAZIONI	E
Ordinario	3.739.569	34.897.746	3.614.767	36.887.273	3.529.742	36.873.966	-6%	6%
Urgente (24 h)	11.079	108.349	9.504	115.781	19.578	312.190	77%	188%
Urgente differibile (7 gg)	892	29.456	910	29.528	694	21.622	-22%	-27%
Day Service	356.898	8.950.667	320.177	9.199.762	334.592	9.701.653	-6%	8%
Pronto soccorso	582.298	7.201.871	569.429	7.336.153	596.932	7.674.100	3%	7%
TOTALE	4.690.736	51.188.089	4.514.787	53.568.497	4.481.538	54.583.531	-4%	7%

2.3.3.b) Tipologia di prestazioni erogate

Nel triennio 2011-2013 (tab. 2.3.12), si è assistito a un tenue ridimensionamento delle prestazioni (in cui si escludono le prestazioni in PS e OBI) e di conseguenza a una contrazione delle prestazioni erogate in termini puramente quantitativo/numerici (-5%) ma un aumento della remunerazione così come rappresentata dai volumi economici in crescita (+7%).

Come anticipato, le motivazioni dell'andamento devono essere ricercate non tanto in una contrazione dell'offerta o in un peggioramento dei tempi di attesa, quanto nel quadro sociale ed economico che hanno dovuto affrontare le famiglie nel corso del 2013, unitamente alla modifica delle

forme di partecipazione alla spesa che ha interessato negli ultimi anni alcune fasce di reddito e l'aggiornamento del sistema tariffario nell'anno precedente.

NELL'AREA DEI LABORATORI SI CONFERMA LA RIDUZIONE DELLE PRESTAZIONI EFFETTUATE (-6%) MA UNA CRESCITA DEI VALORI ECONOMICI (+13%). IL MINOR NUMERO DI PRESTAZIONI È CONFERMATO DAL CALO DEGLI ACCESSI AL CENTRO PRELIEVI, TESTIMONIANZA ULTERIORE DELLA SFAVOREVOLE CONDIZIONE ECONOMICA

Nell'area dei Laboratori si conferma la riduzione delle prestazioni effettuate (-6%) ma una crescita dei valori economici dell'attività prodotta (+13%). Il minor numero di prestazioni è confermato dal calo degli accessi al centro prelievi, testimonianza ulteriore

della sfavorevole condizione economica.

La crescita in termini economici più che prestazionali si è evidenziata anche nell'area Diagnostica (+3% delle prestazioni, +5% dei volumi economici).

Nell'area della Riabilitazione si è assistito a un calo del numero di prestazioni erogate (-7%) a fronte di volumi economici pressoché stabili (-1%).

Un abbassamento evidente si è avuto nell'area delle Visite (-9% di prestazioni erogate e -9% di remunerazione), dove la contrazione delle prime visite ha neutralizzato il margine positivo delle visite di controllo.

In controtendenza il numero di Prestazioni Terapeutiche che mostrano un aumento considerevole su entrambi i fronti (+6% e +7%).

Tabella 2.3.13: Prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di aggregazione

PRESTAZIONE		2011		2012		2013		DIFF.% 2013 - 2011	
		N. PRESTAZ.	E	N. PRESTAZ.	E	N. PRESTAZ.	E	N. PRESTAZ.	E
DIAGNOSTICA	D1-D.STRUMENT. CON RADIAZ.	62.977	5.203.098	62.146	5.313.362	64.900	5.329.417		
	D2-D.STRUMENT. NO RADIAZ.	121.187	4.984.209	119.695	5.187.538	124.527	5.424.563		
	D3-BIOPSIA	2.576	145.776	2.687	148.031	2.593	132.564		
	D9-ALTRA DIAGNOSTICA	14.636	296.439	15.177	294.634	14.796	296.521		
	totale	201.376	10.629.522	199.705	10.943.565	206.816	11.183.065	3%	5%
LABORATORIO	L1-PRELIEVI	345.425	899.372	311.278	920.258	304.159	910.150		
	L2-CHIMICA CLINICA	2.441.957	8.318.238	2.373.479	9.457.428	2.315.220	9.397.598		
	L3-EMATOLOGIA/ COAGULAZ.	433.547	1.875.521	421.869	2.540.588	413.655	2.631.890		
	L4-IMMUNO EMAT e TRASFUSION.	3.497	38.616	3.107	37.369	3.050	37.644		
	L5-MICROBIOLOGIA /VIROLOGIA	152.774	1.500.959	139.321	1.548.898	137.241	1.531.901		
	L6-ANATOMIA ED IST.PATOL.	30.472	1.181.327	31.090	1.197.290	30.856	1.256.589		
	L7-GENETICA /CITOGEN.	13.793	1.095.464	12.292	1.011.975	11.176	1.093.065		
	totale	3.421.465	14.909.497	3.292.436	16.713.806	3.215.357	16.858.837	-6%	13%
RIABILITAZIONE	R1-RIAB. DIAGNOSTICA	6.681	211.090	6.788	209.823	6.684	217.839		
	R2-RRF	87.486	790.375	82.154	806.627	81.021	798.125		
	R3-TERAPIA FISICA	9.954	30.333	8.821	27.795	9.244	31.199		
	R9-ALTRA RIABILITAZIONE	10.201	130.453	9.501	126.493	8.839	107.724		
	totale	114.322	1.162.251	107.264	1.170.738	105.788	1.154.887	-7%	-1%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	T1-RADIOTERAPIA	52.507	5.660.138	51.448	5.457.555	52.576	5.477.596		
	T2-DIALISI	30.857	4.052.294	32.615	4.338.423	32.782	4.469.835		
	T4-TRASFUSIONI	1.017	189.082	890	153.466	1.125	187.496		
	T5-CHIRURGIA AMBULATORIALE	15.883	2.072.434	17.380	2.599.032	16.760	2.575.262		
	T9-ALTRE PRESTAZ. TERAPEUTICHE	24.387	293.201	26.116	395.404	28.476	419.110		
	totale	124.651	12.267.149	128.449	12.943.880	131.719	13.129.299	6%	7%

PRESTAZIONE		2011		2012		2013		DIFF.% 2013 - 2011	
		N. PRESTAZ.	E	N. PRESTAZ.	E	N. PRESTAZ.	E	N. PRESTAZ.	E
VISITE	V1-PRIMA VISITA	111.974	2.594.098	105.365	2.441.851	103.206	2.392.386		
	V2-VISITA DI CONTROLLO	134.650	2.423.700	112.139	2.018.502	121.720	2.190.960		
	totale	246.624	5.017.798	217.504	4.460.353	224.926	4.583.346	-9%	-9%
TOTALE		4.108.438	43.986.217	3.945.358	46.232.342	3.884.606	46.909.434	-5%	7%

2.3.3.c) Contributo dell'Azienda Ospedaliera all'attività provinciale

Le prestazioni erogate presso l'azienda ospedaliera cittadina, rappresentano il 58% dell'attività specialistica complessivamente erogata (al netto di PS e OBI) a livello provinciale presso tutte le strutture pubbliche e private accreditate (come evidenzia la tab. 2.3.13, tale quota si mantiene più o meno stabile fin dal 2009).

LE PRESTAZIONI EROGATE PREVALGONO A LIVELLO COMPLESSIVO PROVINCIALE NEL SETTORE DELLA LABORATORISTICA (67% DEL TOTALE PROVINCIALE) E DELLE PRESTAZIONI TERAPEUTICHE (53% DEL TOTALE PROVINCIALE), PRINCIPALMENTE RADIOTERAPIA, DIALISI, TRASFUSIONI E CHIRURGIA AMBULATORIALE

Tabella 2.3.14: Prestazioni erogate per struttura provinciale erogante

Reggio Emilia	2011				2012				2013			
	N. PRESTAZ.	%	E	%	N. PRESTAZ.	%	E	%	N. PRESTAZ.	%	E	%
AZIENDA USL Strutture pubbliche	2.253.565	31%	35.106.662	37%	2.434.593	34%	37.975.574	38%	2.236.794	33%	37.776.287	38%
AZIENDA USL Strutture private	878.893	12%	15.150.755	16%	686.424	10%	14.994.882	15%	583.778	9%	14.225.943	14%
AZIENDA OSPEDALIERA	4.108.438	57%	43.986.217	47%	3.945.358	56%	46.232.343	47%	3.884.606	58%	46.909.432	47%
TOTALE	7.240.896		94.243.634		7.066.375		99.202.799		6.705.178		98.911.662	

Approfondendo la tipologia di attività, le prestazioni erogate presso l'ASMN prevalgono a livello complessivo provinciale nel settore della Laboratoristica (67% del totale provinciale, 64% nel 2012) e delle Prestazioni Terapeutiche (53% del totale provinciale nel 2013, 52% nel 2012), principalmente radioterapia, dialisi, trasfusioni e chirurgia ambulatoriale.

Nel settore della Diagnostica, l'attività erogata presso la struttura ospedaliera cittadina rappresenta circa 1/3 dell'attività provinciale (29% del totale provinciale, 28% nel 2012).

Analogamente, l'attività di Visita è concentrata presso l'azienda ospedaliera nel 33% dei casi. Escludendo le visite eseguite esclusivamente dall'ASMN, si evidenzia una prevalenza dell'Azienda Ospedaliera rispetto all'Azienda USL nelle visite di medicina generale (70%), angiologia (59%), neurochirurgia (72%), nefrologia (79%), pediatria (82%), emodialisi (93%), ematologia (91%) e radioterapia (98%) e reumatologia (59%).

Tabella 2.3.15: Prestazioni per tipologia e struttura erogante - anno 2013

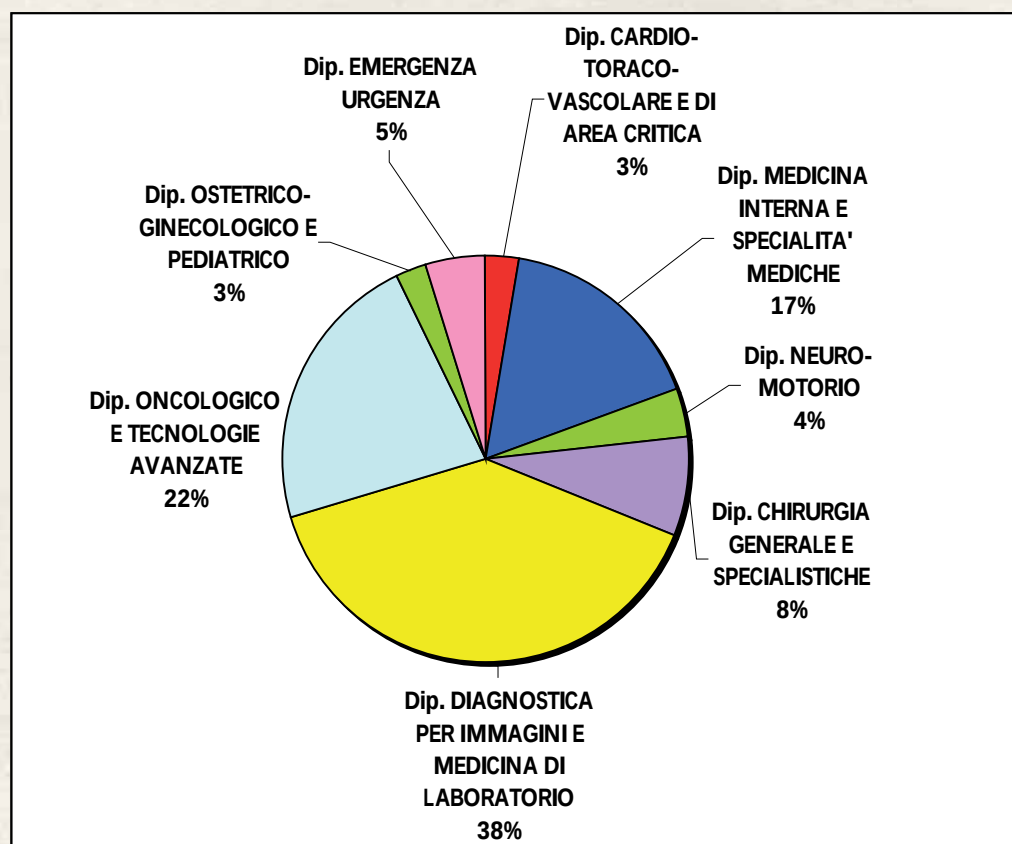
PRESTAZIONE		AZIENDA USL				AZIENDA OSPEDALIERA	
		STRUTTURE PUBBLICHE	% SUL TOT PROVINCIALE	STRUTTURE PRIVATE	% SUL TOT PROVINCIALE	STRUTTURE PUBBLICHE	% SUL TOT PROVINCIALE
DIAGNOSTICA	D1-D.STRUMENT. CON RADIAZ.	110.203	52%	35.663	17%	64.900	31%
	D2-D.STRUMENT. NO RADIAZ.	229.469	49%	118.732	25%	124.527	26%
	D3-BIOPSIA	2.365	48%	-	0%	2.593	52%
	D9-ALTRA DIAGNOSTICA	15.829	46%	3.511	10%	14.796	43%
	totale	357.866	50%	157.906	22%	206.816	29%
LABORATORIO	L1-PRELIEVI	99.043	23%	25.972	6%	304.159	71%
	L2-CHIMICA CLINICA	973.844	28%	217.478	6%	2.315.220	66%
	L3-EMATOLOGIA /COAGULAZ.	134.547	23%	30.199	5%	413.655	72%
	L4-IMMUNO EMAT e TRASFUSION.	1.836	34%	543	10%	3.050	56%
	L5-MICROBIOLOGIA/ VIROLOGIA	68.036	31%	16.484	7%	137.241	62%
	L6-ANATOMIA ED IST.PATOL.	283	1%	2.932	9%	30.856	91%
	L7-GENETICA /CITOGEN.	68	1%	-	0%	11.176	99%
	totale	1.277.657	27%	293.608	6%	3.215.357	67%
RIABILITAZIONE	R1-RIAB. DIAGNOSTICA	1.808	21%	-	0%	6.684	79%
	R2-RRF	68.361	33%	58.812	28%	81.021	39%
	R3-TERAPIA FISICA	7.108	24%	13.359	45%	9.244	31%
	R9-ALTRA RIABILITAZIONE	3.806	30%	10	0%	8.839	70%
	totale	81.083	31%	72.181	28%	105.788	41%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	T1-RADIOTERAPIA	-	0%	9	0%	52.576	100%
	T2-DIALISI	22.466	41%	-	0%	32.782	59%
	T3-ODONTOIATRIA	20.733	96%	899	4%	-	0%
	T4-TRASFUSIONI	716	39%	-	0%	1.125	61%
	T5-CHIRURGIA AMBULATORIALE	12.972	39%	3.235	10%	16.760	51%
	T9-ALTRE PRESTAZ. TERAPEUTICHE	52.084	64%	1.386	2%	28.476	35%
	totale	108.971	44%	5.529	2%	131.719	53%
VISITE	V1-PRIMA VISITA	215.501	60%	38.168	11%	103.206	29%
	V2-VISITA DI CONTROLLO	195.716	59%	16.386	5%	121.720	36%
	totale	411.217	60%	54.554	8%	224.926	33%
TOTALE		2.236.794	33%	583.778	9%	3.884.606	58%

2.3.3.d) Produzione erogata presso l'Azienda Ospedaliera per Dipartimento

Analizzando l'attività espressa in volumi economici, dal punto di vista delle strutture interne eroganti si osserva che le prestazioni erogate sono riconducibili principalmente al Dip. di Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio (38% della produzione aziendale), che include le strutture

laboratoristiche, seguito dal Dip. Oncologico e Tecnologie avanzate (22%, in particolare Radioterapia, Medicina nucleare e Gastroenterologia) e dal Dip. di Area medica (17%, in particolare Emodialisi), entrambi stabili rispetto al 2012. Le discipline del Dip. di Chirurgia generale e specialistiche erogano l'8% dell'attività di ambito ospedaliero, principalmente di tipo oculistico e otorinolaringoiatrico.

Grafico 2.3.1



Il Dip. Cardio-toraco-vascolare e di area critica è rappresentato principalmente dalle prestazioni ambulatoriali cardiologiche e assorbe il 3% dell'attività aziendale, così pure il Dip. Ostetrico-ginecologico e pediatrico. Infine la struttura di Pronto Soccorso generale, produce il 5% dell'attività specialistica ambulatoriale dell'ASMN-IRCCS.

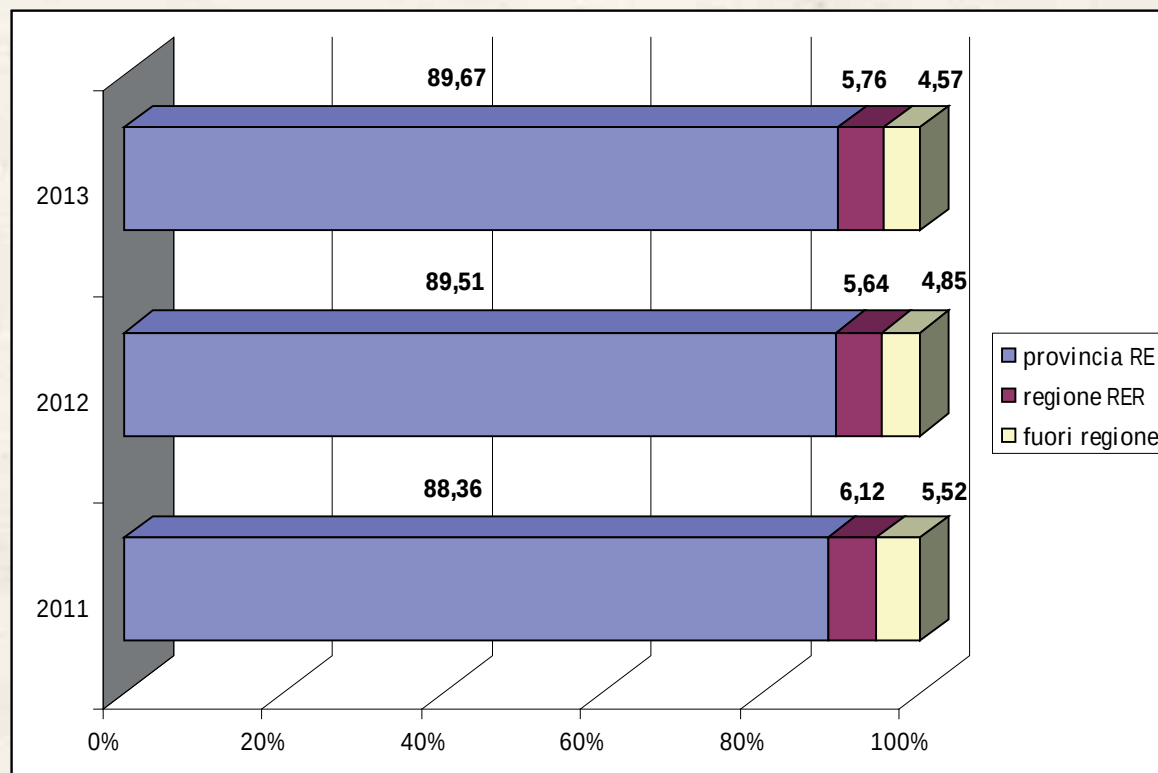
d'utenza provinciale, la restante quota di attività è ripartita tra residenti in altre province della regione (5,76%) o extra-regionali (4,57%), rispetto ai quali si sta assistendo a un lieve calo della domanda.

2.3.3.e) Valore della produzione per provenienza

L'attività specialistica per esterni, programmata e in urgenza non seguita da ricovero, oggetto del meccanismo di rimborso per mobilità, è erogata principalmente verso i cittadini residenti nella provincia di Reggio Emilia. Quasi il 90% dei volumi economici, infatti, è riconducibile al bacino

NEL TRIENNIO 2011-13, L'ATTIVITÀ SPECIALISTICA PER ESTERNI HA AVUTO, IN TERMINI ECONOMICI, UN INCREMENTO PERCENTUALE DEL +6,65%, CORRELATA A UN'OFFERTA DIAGNOSTICA DI COMPLESSITÀ SEMPRE PIÙ ELEVATA E ALLO SVILUPPO ULTERIORE DEI PERCORSI AMBULATORIALI DI DAY SERVICE IN ALTERNATIVA AI CICLI DI DH.

Grafico 2.3.2 - Composizione del valore della mobilità (%)



Nel triennio 2011-2013, l'attività specialistica per esterni ha avuto, in termini economici, un incremento percentuale del +6,65%, correlata a un'offerta diagnostica di complessità sempre più elevata e allo sviluppo ulteriore dei percorsi ambulatoriali di day service in alternativa ai cicli di DH.

Tab. 2.3.16: Valore della produzione ambulatoriale per esterni

ATTIVITÀ PER ESTERNI (ORDINARIO, PROGRAMMATO, URGENTE, DAY SERVICE)				
	provincia Reggio Emilia	regione Emilia Romagna	extra regione Emilia Romagna	totale
2011	38.866.437	2.691.045	2.428.735	43.986.217
2012	41.381.051	2.608.663	2.242.629	46.232.343
2013	42.063.830	2.701.795	2.143.807	46.909.432
var E 2011-13	3.197.393	10.750	-284.928	2.923.215
var% 2011-13	8,2%	0,4%	-11,7%	6,6%

Analizzando gli scostamenti in termini percentuali per aree di provenienza, si evidenzia un notevole incremento a livello infra-provinciale (+8,2%), stabilità a livello infra-regione (+0,4%) e un calo per le attività extra-regionali (-11,7%).

Il richiamo da altre regioni avviene soprattutto dalle province della Lombardia (20,9% delle prestazioni verso utenti con residenza extraregionale, stabile rispetto al 2012), del Veneto (3,6%, stabile rispetto al 2012) e del Piemonte (5,7%) per il Nord; in calo dalla Toscana (6,9% vs 10%), stabile dal Lazio (5,4%) e Marche (3,6%) per l'Italia centrale. Per il Sud e le isole, l'attrazione è in lieve ascesa da parte della Puglia (7,7% vs 6%), mentre è in calo dalla Sicilia (5% vs 6%), mentre è stabile dalla Campania (11%) e dalla Calabria (7%).

All'interno dell'Emilia-Romagna il maggior flusso verso l'azienda ospedaliera si è avuto dalle limitrofe province di Modena, in aumento rispetto agli anni precedenti (55% vs 52%) e Parma invece in calo (30% vs 34%).

2.3.3.f) Prestazioni "critiche" oggetto di monitoraggio: Volumi di attività a livello provinciale

La Regione Emilia-Romagna, con le Delibere G.R. n.1532/2006 ("Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa") e n. 1035/2009 ("Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006"), ha inteso perseguire quanto già previsto dall'Accordo Stato-Regioni

2006-2008 in merito al monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali individuate. Gli standard di riferimento, riferiti alle prestazioni di primo accesso, sono individuati in 30 giorni per le visite specialistiche, 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale e 7 giorni

per le urgenze differibili. Le Aziende sono chiamate a garantire tali tempi per almeno il 90% delle prestazioni elencate nel Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa e per almeno l'80% di tutte le altre prestazioni.

Con riferimento alla Diagnostica strumen-

tale ad alta complessità (tab. 2.3.17), nel triennio 2011-2013 relativo all'attività dell'ASMN-IRCCS si evidenzia un aumento delle prestazioni di TAC (TAC addominale +66%, TAC cerebrale +10%), così come nelle Ecografie addominali (+15%). Le risonanze magnetiche mostrano un andamento ambivalente (RM cerebrale -16%, RM addominale +41%) in linea con l'andamento dei trienni precedenti. Le prestazioni di Ecocolordoppler si mantengono stabili.

Riguardo ai primi accessi delle cosiddette Visite specialistiche "critiche" (tab. 2.3.18), i volumi complessivi di attività erogata dall'ASMN-IRCCS nel 2013 (rispetto al 2011) sono in leggero calo (-8%) per effetto dell'applicazione delle indicazioni regionali in tema di esenzioni per patologia che

prevedono l'esenzione dal pagamento del ticket solo nelle visite di controllo.

Il volume di primi accessi per le visite oncologiche va invece interpretato alla luce del percorso del paziente che normalmente accede alla struttura di Oncologia al termine di un percorso diagnostico interno. Pertanto i primi accessi, nella maggioranza dei casi, risultano come "consulenze interne". La casistica rilevata nelle tabelle seguenti identifica quei casi che vengono inviati dal MMG (Medici di Medicina Generale). I volumi di attività erogata sono bensì molto più rilevanti.

Considerando il contributo dell'Azienda Ospedaliera all'erogazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio, nell'ambito provinciale, si evidenzia come l'Azienda abbia assorbito, nell'anno 2013, circa il 30% dell'attività di diagnostica strumentale complessivamente erogata (28% nel 2012) e il 17% delle prime visite specialistiche erogate (16% nel 2012).

Per le prestazioni che presentano tempi di attesa superiori ai 30-60 giorni standard, l'Azienda Ospedaliera ha provveduto a incrementare le disponibilità degli ambulatori attraverso l'apertura di agende "aggiuntive", riconosciute al personale medico attraverso la libera professione aziendale.

PER LE PRESTAZIONI CHE PRESENTANO TEMPI DI ATTESA SUPERIORI AI 30-60 GIORNI STANDARD, L'AZIENDA OSPEDALIERA HA PROVVEDUTO A INCREMENTARE LE DISPONIBILITÀ DEGLI AMBULATORI ATTRAVERSO L'APERTURA DI AGENDE "AGGIUNTIVE", RICONOSCIUTE AL PERSONALE MEDICO ATTRAVERSO LA LIBERA PROFESSIONE AZIENDALE.

Tabella 2.3.17: Prestazioni di Diagnostica Strumentale erogate a livello provinciale

PRESTAZIONI CRITICHE OGGETTO DI MONITORAGGIO								
DIAGNOSTICA STRUMENTALE	2011		2012		2013			
	AUSL	ASMN	AUSL	ASMN	AUSL	ASMN	% ASMN SUL TOT	diff.% 2013-11 ASMN
TAC cerebrale	3.497	1.182	3.168	918	3.121	1.296	29%	10%
TAC addominale	4.069	1.984	4.207	2.405	4.500	3.300	42%	66%
Ecografia addominale	26.182	7.170	25.892	7.415	25.122	8.237	25%	15%
Ecocolordoppler	41.814	17.942	38.032	17.898	35.213	17.238	33%	-4%
RM cerebrale	5.440	1.185	5.115	1.018	5.786	992	15%	-16%
RM addominale	496	252	563	295	585	356	38%	41%
TOTALE	81.498	29.715	76.977	29.949	74.327	31.419	30%	6%

Tabella 2.3.18: Prestazioni di Visite erogate a livello provinciale

PRESTAZIONI CRITICHE OGGETTO DI MONITORAGGIO									
VISITA SPECIALISTICA (*)	2011			2012			2013		
	AUSL	ASMN	% ASMN SUL TOT	AUSL	ASMN	% ASMN SUL TOT	AUSL	ASMN	% ASMN SUL TOT
Cardiologia	24.490	8.384	26%	24.904	7.965	24%	22.163	7.269	25%
Malattie endocrine / Diabetologia	7.618	1.679	18%	7.158	1.324	16%	7.369	1.257	15%
Neurologia	5.516	4.560	45%	5.768	2.652	31%	5.453	4.263	44%
Oculistica	46.948	4.499	9%	47.331	3.135	6%	43.166	3.922	8%
Oncologia	3.359	426	11%	2.886	136	5%	2.531	110	4%
Ortopedia e traumatologia	19.850	4.550	19%	20.076	3.491	15%	21.882	4.314	16%
Recupero e riabilitazione	22.534	3.364	13%	22.202	3.210	13%	21.564	3.423	14%
Urologia	8.288	2.256	21%	7.148	3.449	33%	7.521	2.736	27%
TOTALE	138.603	29.718	18%	137.473	25.362	16%	131.649	27.294	17%

* Solo prima visita, poiché la visita di controllo non rientra nelle prestazioni critiche.

La selezione riguarda le prestazioni in regime di erogazione SSN e modalità d'accesso programmabile, urgente e differibile e diretto.

2.3.3.g) Attività specialistica in libera professione

L'attività erogata in regime di Libera Professione ha un volume prestazionale molto limitato rispetto ai volumi complessivamente erogati in regime istituzionale del SSN. Il rapporto percentuale LP su SSN si è mantenuto stabile (2,1% vs 2%). Tale dato implica che ogni 100 prestazioni erogate dall'Azienda, due sono in regime di LP.

I volumi in LP rispetto all'attività istituzionale sono abbastanza differenziati per area di erogazione, ma omogeneamente stabili nelle proporzioni nel triennio considerato.

Tra le prestazioni più erogate in termini quantitativi in regime LP rispetto al regime di erogazione SSN si evidenziano quelle Riabilitative (16%) (perlopiù le prestazioni non rientranti nei LEA,

IL RAPPORTO PERCENTUALE LP SU SSN SI È MANTENUTO STABILE (2,1% VS 2%). TALE DATO IMPLICA CHE OGNI 100 PRESTAZIONI EROGATE DALL'AZIENDA, DUE SONO IN REGIME DI LP.

come elettroterapia antalgica, ultrasono-terapia e laserterapia antalgica), le prime visite (17%, stabili rispetto al 2012) e le prestazioni di diagnostica (7%).

Tra le prime visite l'incidenza maggiore, anche se inferiore all'offerta istituzionale, è riconducibile alle visite di: Chirurgia vascolare (34%), Geriatria (42%), Neurochirurgia (42%), Otorinolaringoiatria (35%) e Neuro-riabilitazione (41%).

Tabella 2.3.19: N. prestazioni SSN e LP

PRESTAZIONE	2011		% LP / SSN	2012		% LP / SSN	2013		% LP / SSN
	SSN	LP INTRAMOENIA		SSN	LP INTRAMOENIA		SSN	LP INTRAMOENIA	
DIAGNOSTICA	201.376	12.832	6,4%	199.705	13.282	6,7%	206.816	14.041	6,8%
LABORATORIO	3.421.465	7.025	0,2%	3.292.436	7.919	0,2%	3.215.357	9.871	0,3%
RIABILITAZIONE	114.322	20.131	17,6%	107.264	18.645	17,4%	105.788	17.376	16,4%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	124.651	1.631	1,3%	128.449	1.909	1,5%	131.719	2.032	1,5%
VISITE	246.624	33.094	13,4%	217.504	37.750	17,4%	224.926	38.603	17,2%
TOTALE	4.108.438	74.713	1,8%	3.945.358	79.505	2,0%	3.884.606	81.923	2,1%

2.3.3.h) Prenotazioni CUP

Le prestazioni non prenotabili a CUP rappresentano il 18% delle prestazioni erogabili e sono per la maggior parte pre-

stazioni di 2° livello che vengono prenotate al momento dell'effettuazione della prima visita direttamente dal professionista, oppure prestazioni in accesso diretto che non prevedono una lista di prenotazione a CUP.

Tabella 2.3.20: N° prestazioni prenotabili a CUP

n. prestazioni prenotabili a CUP	n. prestazioni non prenotabili a CUP	n. prestazioni a catalogo aziendale	% prestazioni prenotabili a CUP sul totale erogabile
2.458	529	2.987	82%

2.3.3.i) Prestazioni di Day Service

Il processo di trasformazione dal modello assistenziale tradizionale di Day Hospital al Day Service, che rappresenta un percorso ambulatoriale protetto, fortemente sostenuto nel corso dell'ultimo quinquennio dall'azienda ospedaliera, si evidenzia dai volumi di prestazioni e corrispondente valorizzazione economica rilevata, così come di seguito rappresentati per il triennio 2011-2013.

La rendicontazione dell'attività include dal 2011 (e in analogia anche per gli anni precedenti) nella tipologia Day Service anche quelle prestazioni che non sono caratterizzate da una specifica ricetta SSN (es. attività dialitica).

La variazione registrata nel triennio 2011-2013 relativamente ai volumi di prestazioni è stata quasi nulla, ma ha condotto a un aumento della corrispondente valorizzazione economica pari a +8,4%.

Rispetto al totale della produzione specialistica, l'attività di Day Service assorbe il 18% dei volumi prodotti, in armonia con l'andamento dell'intero trimestre in esame.

IL RAPPORTO PERCENTUALE LP SU SSN SI È MANTENUTO STABILE (2,1% VS 2%). TALE DATO IMPLICA CHE OGNI 100 PRESTAZIONI EROGATE DALL'AZIENDA, DUE SONO IN REGIME DI LP.

Tabella 2.3.21: Attività in Day Service

	2011			2012			2013		
	n. prestazioni	E valore	% sul tot	n. prestazioni	E valore	% sul tot	n. prestazioni	E valore	% sul tot
Regime DSA	356.898	8.950.667	18%	320.177	9.199.762	18%	334.592	9.701.653	18%
Altri regimi SSN	4.126.689	39.787.242	82%	3.994.942	41.853.186	82%	4.063.527	43.243.597	82%
TOTALE	4.483.587	48.737.909		4.315.119	51.052.948		4.398.119	52.945.250	

2.3.3.1) Indice di performance effettivo per visite e diagnostica - Prestazioni programmabili

I tempi di attesa rilevati all'interno dell'ASMN-IRCCS per le sole prestazioni sanitarie ordinarie - programmabili a carico dell'SSN (escluse le prestazioni di pronto soccorso, urgenti, urgenti differibili e le prestazioni con giorni di attesa inferiori a 1) evidenziano che l'obiettivo definito (30 giorni per le visite e 60 per la diagnostica strumentale per almeno l'80%

delle prenotazioni effettuate) è ampiamente raggiunto per l'attività di Laboratorio e di Riabilitazione (91% e 92%: ormai ad accesso diretto). L'attività diagnostica (63%) non è ancora completamente in linea, evidenziando una difficoltà che è difficile da superare nonostante il ricorso da parte dell'azienda delle "prestazioni aggiuntive" remunerate al proprio personale.

Per l'attività di visita, invece, l'obiettivo dei 30 giorni è raggiunto solo dal 47% delle prestazioni prenotate, in leggero peggioramento rispetto al 2012 (51%).

Tabella 2.3.22: Indice di Performance ASMN-IRCCS per tipologie di prestazioni

anno 2011						
	1 - 30 giorni	entro 45 giorni	entro 60 giorni	entro 75 giorni	entro 90 giorni	oltre 90 giorni
DIAGNOSTICA	46,26%	55,08%	62,15%	68,46%	72,32%	27,68%
LABORATORIO	84,14%	89,59%	91,74%	93,07%	94,18%	5,82%
RIABILITAZIONE	78,83%	87,94%	91,69%	94,10%	95,89%	4,11%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	27,40%	38,66%	51,82%	66,93%	78,92%	21,08%
VISITE	48,16%	60,92%	70,21%	76,05%	80,82%	19,18%

anno 2012						
	1 - 30 giorni	entro 45 giorni	entro 60 giorni	entro 75 giorni	entro 90 giorni	oltre 90 giorni
DIAGNOSTICA	45,60%	55,92%	63,79%	69,68%	74,17%	25,83%
LABORATORIO	82,10%	88,66%	91,09%	92,73%	93,82%	6,18%
RIABILITAZIONE	79,21%	88,13%	92,30%	94,37%	95,83%	4,17%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	29,85%	43,23%	59,50%	73,47%	82,32%	17,68%
VISITE	50,67%	63,89%	72,13%	77,57%	81,70%	18,30%

anno 2013						
	1 - 30 giorni	entro 45 giorni	entro 60 giorni	entro 75 giorni	entro 90 giorni	oltre 90 giorni
DIAGNOSTICA	44,32%	55,07%	62,57%	68,81%	72,77%	27,23%
LABORATORIO	84,02%	88,73%	90,99%	92,79%	93,86%	6,14%
RIABILITAZIONE	81,64%	88,10%	91,57%	93,53%	95,08%	4,92%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	27,53%	39,92%	53,21%	68,23%	79,41%	20,59%
VISITE	46,88%	62,22%	69,41%	75,46%	80,04%	19,96%

Sia per l'attività Riabilitativa che di Visita, le percentuali di prenotazioni entro le varie classi di attesa sono migliori della media rilevata per le aziende ospedaliere della Regione: nell'anno 2013 le aziende sanitarie regionali hanno risposto all'obiettivo dei 30 giorni per le visite e 60 giorni per tutta la diagnostica strumentale con le percentuali indicati nella tab. 2.3.23.

Tabella 2.3.23: Indice di performance ASMN - Confronto con le medie regionali

anno 2013		
	media Emilia-Romagna	ASMN
DIAGNOSTICA	69,36%	62,57%
LABORATORIO	95,68%	90,99%
RIABILITAZIONE	84,05%	91,57%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	75,73%	53,21%
VISITE	43,28%	46,88%

2.3.3.m) Attività di governo clinico in collaborazione con l'AUSL per la qualificazione dei consumi in specialistica

La gestione dell'offerta e il monitoraggio delle liste di attesa costituiscono uno dei problemi più impegnativi dei servizi sanitari.

Annualmente l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda USL di Reggio Emilia definiscono dei programmi attuativi aziendali, con l'indicazione delle prestazioni di base per le quali il tempo medio d'attesa (TMA) deve essere rispettato a livello distrettuale e quelle per le quali il TMA è da garantirsi in ambito infraprovinciale. La definizione di questi obiettivi è annualmente declinata nell'accordo di fornitura con l'azienda USL.

Per l'anno 2013 all'ASMN era richiesto di consolidare l'offerta settimanale delle prestazioni critiche oggetto di rilevazione trimestrale regionale concordata nell'accordo 2012, fermo restando quanto previsto dai LEA.

ANNUALMENTE L'AZIENDA OSPEDALIERA E L'AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA DEFINISCONO PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI, CON L'INDICAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI BASE PER LE QUALI IL TEMPO MEDIO D'ATTESA DEVE ESSERE RISPETTATO.

Per alcune prestazioni, in relazione all'analisi dei tempi d'attesa, gli indici di consumo e la mobilità riguardante il consumo dell'offerta a CUP, è stata ridefinita l'offerta dell'Azienda Ospedaliera per renderla più idonea al mantenimento dei tempi di attesa e alla copertura del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali nel distretto di Reggio Emilia e nella provincia per le prestazioni per le quali l'Azienda Ospedaliera è riferimento a livello provinciale.

Il volume di prestazioni offerto dall'Azienda Ospedaliera è stato calcolato su base annuale ed esplicitato nella tabella che segue:

PRESTAZIONI	OFFERTA CUP RICHIESTA NELL'ACCORDO 2012	OFFERTA CUP PREVISTA DALL'ACCORDO 2013
Elettrocardiogramma Holter	1.600	1.600
Ecocolor Doppler generico	2.000	2.000
Ecocolor Doppler Cardiaco	4.200	4.200
Ecocolor Doppler TSA	6.000	6.000
Ecocolor Doppler B	400	400
Ecografia Addome	1.850	1.950

PRESTAZIONI	OFFERTA CUP RICHIESTA NELL'ACCORDO 2012	OFFERTA CUP PREVISTA DALL'ACCORDO 2013
Ecografia B	3.550	3.550
Ecografia Mammella	2.200	2.200
Ecografia generica	5.750	5.750
Ecografia Ostetrica	2.000	2.000
Mammografia 1° esame	3.400	3.400
Mammografia di controllo	2.500	3.000
Risonanza Magnetica	2.300	2.300
Risonanza Magnetica B	500	500
TAC	4.500	4.500
Colonscopia	2.080	2.080
Colonscopia B	1.500	1.500
EGDS	805	800
EGDS B	1.000	1.000
Cistoscopia	180	180
Esami audiometrici	3.565	3.565
Elettromiografia	1.250	1.250
Elettromiografia B (3)	100	100
Colposcopia	170	170
Spirometria	2.100	2.100
Visita Cardiologica con ECG	10.100	10.100
Visita Dermatologica	6.560	6.560
Visita Dermatologica B	750	750
Visita Endocrinologica	2.630	2.630
Visita Fisiatrica	2.100	2.100
Visita Fisiatrica B	310	310
Visita Neurologica	3.000	3.000
Visita Oculistica	6.000	6.000
Visita Ortopedica	4.000	4.000
Visita Ginecologica	2.200	2.200

PRESTAZIONI	OFFERTA CUP RICHIESTA NELL'ACCORDO 2012	OFFERTA CUP PREVISTA DALL'ACCORDO 2013
Visita Otorinolaringoiatrica	4.900	4.900
Visita Pneumologica	2.500	2.500
Visita Urologica	2.300	2.300
Visita Gastroenterologica	1.200	1.000

Inoltre, anche nell'anno 2013 l'Azienda Ospedaliera ha proseguito l'impegno per la realizzazione di progetti aziendali, in collaborazione con gli specialisti ospedalieri dell'Azienda USL, gli specialisti convenzionati, i medici di medicina generale, e alcune strutture private accreditate, volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di prestazioni specialistiche, mediante la definizione di criteri di accesso per classi di priorità.

Si rimanda al § 3.2.1 per una descrizione approfondita dei progetti aziendali indirizzati al miglioramento dell'appropriatezza clinica e prescrittiva.

2.3.4 Attività ospedaliera

2.3.4.a) Struttura dell'offerta

Posti Letto Pubblici e Privati nella provincia di Reggio Emilia

Il monitoraggio della popolazione residente in Provincia di Reggio Emilia, aggiornato con gli ultimi dati disponibili, mostra un trend di crescita molto modesto tra il 2011 e il 2013, con scostamenti percentuali che sostanzialmente riflettono l'andamento riscontrato a livello Regionale.

L'OFFERTA COMPLESSIVA DEI POSTI LETTO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA È STATA RIDIMENSIONATA, PASSANDO DA 923 A 907, SENZA TUTTAVIA PENALIZZARE L'INFRASTRUTTURA IRCCS CHE, AL CONTRARIO, È PASSATA DA 201 (22%) A 215 POSTI LETTO (24%).

La domanda di ricovero da essa generata, trova un'adeguata risposta sul territorio provinciale, grazie alla presenza dei cinque Ospedali Territoriali, dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e di due Case di Cura convenzionate e accreditate.

Tab. 2.3.26.a: Popolazione residente nella provincia di Reggio Emilia e confronto regionale

AL 1° GENNAIO	2011	2012	2013*
Reggio Emilia	530.388	534.014	535.869
variazione% anno precedente		+0,68%	+0,35%
Modena	700.914	705.164	706.417
variazione% anno precedente		+0,61%	+1,18%
Parma	442.070	445.283	447.251
variazione% anno precedente		+0,73%	+0,44%
Regione Emilia-Romagna	4.432.439	4.459.246	4.471.104
variazione% anno precedente		+0,6%	+0,27%

* I dati di fonte anagrafica al 01/01/2013 sono provvisori e suscettibili di variazioni, anche considerevoli, a seguito delle revisioni post-censuarie in corso. Si ricorda che la popolazione legale è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale (n. 294 del 18/12/2012).

A seguito del Decreto del 12 aprile 2011, l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia ha ottenuto il riconoscimento del carattere scientifico nella disciplina di Oncologia per Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali. Al nuovo Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico (IRCCS) è stata assegnata la seguente denominazione: Istituto in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia. Conseguentemente alla nascita dell'IRCCS, dall'anno 2012, i posti letto dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, sono stati distribuiti sui due stabilimenti:

- **S. Maria Nuova** per la diagnosi e cura di patologie non oncologiche

- **IRCCS** per la diagnosi e cura di patologie oncologiche

Si precisa che il modello adottato su due Stabilimenti ospedalieri non agisce come una rigida barriera discriminatoria fra patologie neoplastiche e non neoplastiche, ma è stato concepito in modo tale da assicurare l'assoluta centralità del paziente, il quale si trova, in ogni fase del suo percorso assistenziale, nel reparto adeguato, evitando re-ricoveri o degenze su posti letto non rispondenti alla condizione clinica del momento.

Entrando nel dettaglio (Graf. 2.3.4.a-b) delle discipline e relativi posti letto assegnati agli Stabilimenti SMN ed IRCCS, si osserva che alla Rete Oncologica, appartengono quelle discipline, mediche e chirurgiche, che per loro peculiarità si occupano sia di casistica oncologica sia di altra natura. I reparti appartenenti alla Rete Oncologica sono pertanto

presenti su entrambi gli stabilimenti dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e la distribuzione dei loro posti letto è proporzionale ai volumi di casistica trattata.

Dal 2012 al 2013 complessivamente l'offerta dei posti letto dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia è stata ridimensionata passando da 923 a 907, senza tuttavia penalizzare l'infrastruttura IRCCS che anzi è passata da 201 posti letto (22%) a 215 posti letto (24%).

Prendendo come riferimento l'anno 2012 ed entrando nel dettaglio (Graf. 2.3.4.a) delle discipline e relativi posti letto assegnati allo Stabilimento IRCCS, si osserva che oltre ad i n. 47 posti letto che includono i reparti di Ematologia, Gastroenterologia, Medicina Nucleare, Oncologia, dedicati completamente alle patologie oncologiche, vanno compresi altri n. 154 posti letto dei reparti facenti parte della Rete Oncologica aziendale.

Grafico 2.3.4.a

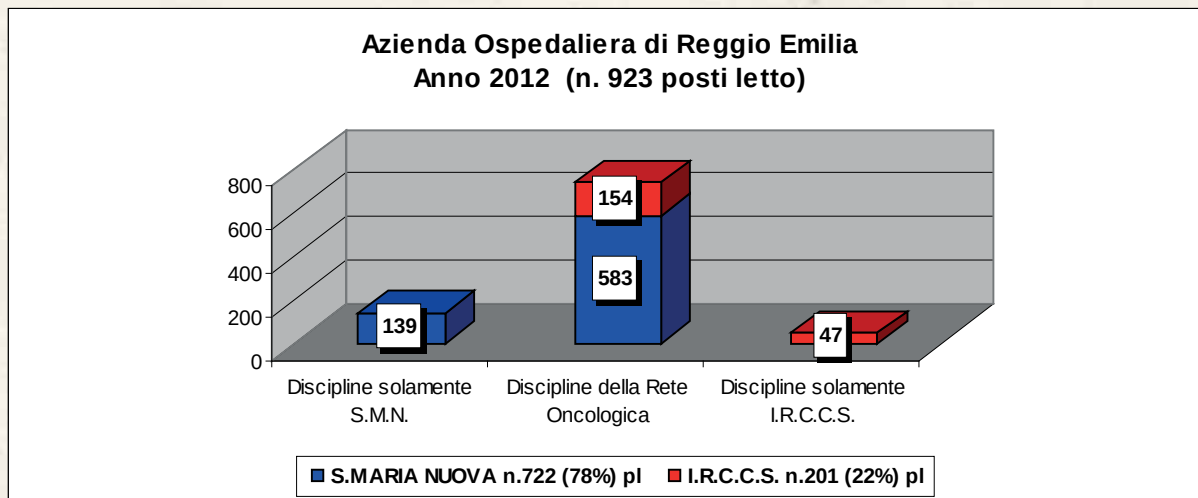
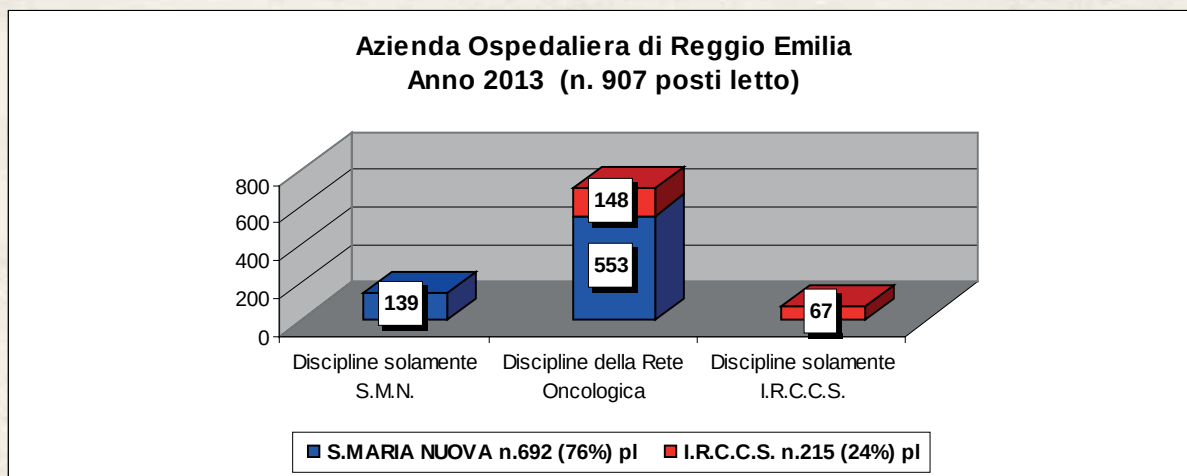


Grafico 2.3.4.b



Passando all'anno 2013 (Graf. 2.3.4.b e Tab.2.3.26b) con l'apertura nel mese di aprile della Medicina Oncologica, i posti letto dell' IRCCS dedicati completamente alle patologie oncologiche passano da n. 47 a n. 67; ad essi vanno inoltre sommati n. 148 posti letto dei reparti facenti parte della Rete Oncologica aziendale.

Per quanto riguarda lo stabilimento ospedaliero S.Maria Nuova, l'offerta dei posti letto della Rete Oncologica per la diagnosi e cura di patologie non neoplastiche, passa dal 2012 al 2013 rispettivamente da n. 583 a n. 553 posti letto; a questi si aggiungono, per entrambi gli anni esaminati, altri n. 139 posti letto appartenenti a branche mediche e chirurgiche che esulano completamente dalla patologia tumorale e che per questo motivo sono presenti unicamente sullo stabilimento S. Maria Nuova.

Tab. 2.3.26.b

AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO EMILIA			
ANNO 2013	Stabilimento S. Maria Nuova	Stabilimento I.R.C.C.S.	TOTALE
Discipline con posti letto	posti letto	posti letto	posti letto
CARDIOLOGIA -sede RE	23		23
CARDIOLOGIA -sede Cast. ne Monti	4		4
CHIRURGIA TORACICA	3	7	10
CHIRURGIA VASCOLARE	20		20
RIANIMAZIONE- RE	12		12
RIANIMAZIONE -Cast. ne Monti	2		2
UTIC - sede RE	11		11
UTIC - sede Cast. ne Monti	3		3
RIABILITAZ.CARDIOL. Cast. ne Monti	12		12
PNEUMOLOGIA (include Ter.Int.Pneu.)	26	9	35
DIP. CARDIO TORACO VASCOLARE E DI AREA CRITICA	116	16	132
CHIR.GEN.1 (include chir. senologica)	13	23	36
CHIR.GEN.2	21	7	28
MAL ENDOCRINE DEL RIC.E NUTR.	1	2	3
OCULISTICA	15	2	17
ORL	18	10	28
UROLOGIA	21	15	36
DIP. CHIRURGIE GENERALI E SPECIALISTICHE	89	59	148
MED.D'URGENZA	15		15
DIP. EMERGENZA URGENZA	15		15
ANGIOLOG.MEDICA	7	3	10
MAL.INFETTIVE	26	3	29
MEDICINA 1^(include High Care)	46	6	52
MEDICINA 2^ (include Diabetologia)	38	6	44
MEDICINA 3^(include Week Hospital)	36	6	42
NEFROLOGIA	13	1	14
DERMATOLOGIA	1	3	4
REUMATOLOGIA	10	2	12
LUNGODEGENZA	43	13	56

ANNO 2013	Stabilimento S. Maria Nuova	Stabilimento I.R.C.C.S.	TOTALE
Discipline con posti letto	posti letto	posti letto	posti letto
DIP. MEDICINA INTERNA E SPEC. MEDICHE	220	43	263
GERIATRIA	36	3	39
NEUROTRAUMAT. D'URGENZA	3	1	4
NEUROLOGIA	32	9	41
ORTOPEDIA	42	2	44
RECUPERO E RIEDUC.FUNZ.	19	1	20
DIP. NEURO MOTORIO	132	16	148
EMATOLOGIA		18	18
MEDICINA ONCOLOGICA		20	20
ONCOLOGIA		17	17
GASTROENTEROLOGIA		4	4
MEDICINA NUCLEARE		8	8
DIP. ONCOLOGICO E TECNOLOGIE AVANZATE		67	67
OSTETRICIA-GINECOLOGIA 1	56	8	64
PEDIATRIA (include Reumat.e Genet.Clin.)	13		13
N.P.I.	3		3
PRESIDIO DISABIL.INF.3°LIV.	3		3
NEONATOLOGIA	12		12
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	6		6
DIP. OSTETRICO GINECOLOGICO E PEDIATRICO	93	8	101
<i>dozzinanti</i>	7	3	10
<i>altre lungodegenze presso reparti</i>	20	2	22
<i>altro</i>		1	1
Totale posti letto al 31/12/2013	692	215	907

di cui

Discipline solamente S.M.N.	139		139
Discipline solamente I.R.C.C.S.		67	67
Discipline della Rete Oncologica	553	148	701

Nell'anno 2013 in provincia di Reggio Emilia, il totale di posti letto messi a disposizione da tutti i presidi pubblici e privati accreditati (Imm. 1 e Tabella 2.3.27a), sono stati 1.903, di cui 1.525 posti letto per acuti (pari all'80%), 93 per riabilitazione (pari al 5%) e 285 di lungodegenza (pari al

15%). Il contributo dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia è rimasto invariato nel biennio 2011-2012 con 923 posti letto totali, passando poi, nel corso del 2013, ad un'offerta di 907 posti letto, come conseguenza della chiusura di posti letto di day hospital medico.

Imm. 1



Tabella 2.3.27.a: Struttura dell'offerta ospedaliera: posti letto pubblici e privati accreditati

Posti Letto 2011 (Pubblici e Privati)						
AZIENDE	Acuti	Riab.	LD	Totale accreditati	Non accreditati	Totale
OSP. REGGIO EMILIA pubblici	840	35	48	923	0	923
REGGIO EMILIA pubblici	554	47	154	755	0	755
Totale pubblici	1394	82	202	1678	0	1678
REGGIO EMILIA privati	187	20	66	273	0	273
Totale Provincia RE	1581	102	268	1951	0	1951
Posti Letto 2012 (Pubblici e Privati)						
AZIENDE	Acuti	Riab.	LD	Totale accreditati	Non accreditati	Totale
OSP. REGGIO EMILIA* pubblici	857	40	26	923	0	923
REGGIO EMILIA pubblici	554	47	152	753	0	753
Totale pubblici	1411	87	178	1676	0	1676

AZIENDE	Acuti	Riab.	LD	Totale accreditati	Non accreditati	Totale
REGGIO EMILIA privati	187	10	76	273	0	273
Totale Provincia RE	1598	97	254	1949	0	1949

* AOSP 2012 - di cui:	Acuti	Riabil.	LD (nota)	Totale		
Stabilimento SMN n.	663	39	20	722		
%	77,36%	97,50%	76,92%	78,22%		
Stabilimento I.R.C.C.S. n.	194	1	6	201		
%	22,64%	2,50%	23,08%	21,78%		

nota: i pl di lungodegenza possono essere incrementati al bisogno da 26 a 48 per riconversione di pl per acuti e di riabilitazione.

Posti Letto 2013 (Pubblici e Privati)

AZIENDE	Acuti	Riab.	LD	Totale accreditati	Non accreditati	Totale
OSP. REGGIO EMILIA* pubblici	811	40	56	907	0	907
REGGIO EMILIA pubblici	527	48	148	723	0	723
Totale pubblici	1338	88	204	1630	0	1630
REGGIO EMILIA privati	187	5	81	273	0	273
Totale Provincia RE	1525	93	285	1903	0	1903

* AOSP 2013 - di cui:	Acuti	Riabil.	LD (nota)	Totale		
Stabilimento SMN n.	610	39	43	692		
%	81,75%	97,50%	35,71%	79,60%		
Stabilimento I.R.C.C.S. n.	201	1	13	215		
%	23,92%	2,50%	10,71%	22,16%		

nota: i pl di lungodegenza possono essere incrementati al bisogno da 56 a 78 per riconversione di pl per acuti e di riabilitazione.

L'offerta percentuale di posti letto da parte dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (Tab. 2.3.27.b) nel triennio 2011-2013 si mantiene costante con valori circa del 47% sul totale provinciale e del 53% sulla tipologia per acuti. Per quanto riguarda il contributo dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia sui posti letto di riabilitazione, la percentuale osservata nel 2011 (34,31%) e quelle dei due anni successivi (41,24% e 43,01%) è legata ad un lieve incremento dell'offerta da 35 pl a 40 pl, mentre per quanto riguarda la lungodegenza nel corso dell'ultimo anno, l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia ha portato ad un 20%, (56 pl) la sua offerta sul territorio provinciale

Tab. 2.3.27.b: Posti letto per tipologia

% Posti Letto 2011 (Pubblici e Privati accreditati) tra AZIENDE -RE				
AZIENDE	Acuti	Riab.	LD	Totale
OSP. REGGIO EMILIA	53,13%	34,31%	17,91%	47,31%
REGGIO EMILIA	46,87%	65,69%	82,09%	52,69%
2011 - Tot. Provincia RE n.	1581	102	268	1951
% Posti Letto 2012 (Pubblici e Privati accreditati) tra AZIENDE -RE				
AZIENDE	Acuti	Riab.	LD	Totale
OSP. REGGIO EMILIA	53,63%	41,24%	10,24%	47,36%
REGGIO EMILIA	46,37%	58,76%	89,76%	52,64%
2012 - Tot. Provincia RE n.	1598	97	254	1949
% Posti Letto 2013 (Pubblici e Privati accreditati) tra AZIENDE -RE				
AZIENDE	Acuti	Riab.	LD	Totale
OSP. REGGIO EMILIA	53,18%	43,01%	19,65%	47,66%
REGGIO EMILIA	46,82%	56,99%	80,35%	52,34%
2013 - Tot. Provincia RE n.	1525	93	285	1903

Nella Tab. 2.3.27.c l'offerta percentuale dei posti letto della Provincia di Reggio Emilia negli anni dal 2011-2013 viene valutata attraverso il confronto tra presidi pubblici e presidi privati accreditati. Si osserva come sul territorio reggiano la

struttura pubblica continui a rappresentare l'offerta prevalente sia sul totale (86%), che all'interno delle varie tipologie di posti letto.

2.3.27.c: Posti letto tra pubblico e privato accreditato

% Posti Letto 2011 tra Pubblici e Privati accreditati				
AZIENDE	Acuti	Riab.	LD	Totale
AZIENDE RE - Pubbliche	88,17%	80,39%	75,37%	86,01%
AZIENDE RE - Private	11,83%	19,61%	24,63%	13,99%
2011 - Tot. Provincia RE n.	1581	102	268	1951
% Posti Letto 2012 tra Pubblici e Privati accreditati				
AZIENDE	Acuti	Riab.	LD	Totale
AZIENDE RE - Pubbliche	88,30%	89,69%	70,08%	85,99%
AZIENDE RE - Private	11,70%	10,31%	29,92%	14,01%
2012 - Tot. Provincia RE n.	1598	97	254	1949
% Posti Letto 2013 tra Pubblici e Privati accreditati				
AZIENDE	Acuti	Riab.	LD	Totale
AZIENDE RE - Pubbliche	87,74%	94,62%	71,58%	85,65%
AZIENDE RE - Private	12,26%	5,38%	28,42%	14,35%
2013 - Tot. Provincia RE n.	1525	93	285	1903

L'indicatore dei PL x 1.000 abitanti, Tab. 2.3.28, evidenzia che il contributo dell'ASMN rimane sostanzialmente

costante tra il 2011 e il 2013 sia sui posti letto per acuti (1,5%) che su quelli totali (1,7%).

Tabella 2.3.28: Posti letto (x 1.000 abitanti) nella provincia di Reggio Emilia

	ACUTI	LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE	RIABILITAZIONE	LUNGODEGENZA	TOTALE
2011 REGGIO EMILIA	2,98	0,7	0,19	0,51	3,68
di cui ASMN	1,58	0,16	0,07	0,09	1,74
2012 REGGIO EMILIA	2,99	0,66	0,18	0,48	3,65
di cui ASMN	1,60	0,12	0,07	0,05	1,73
2013 REGGIO EMILIA	2,85	0,71	0,17	0,53	3,55
di cui ASMN	1,51	0,18	0,07	0,10	1,69

N.B. Valori calcolati con la popolazione residente al 1° gennaio.

Tasso standardizzato di ospedalizzazione per ricovero

Il tasso di ospedalizzazione è il rapporto tra il numero di dimessi (degenza ordinaria/day hospital) residenti in un determinato bacino di utenza (Provincia di Reggio Emilia) e la popolazione ivi residente per 1 000 abitanti. Poiché l'ospedalizzazione è fortemente correlata con l'età, per misurarla e confrontarla, si ricorre ai tassi standardizzati al fine di eliminare l'effetto di variazione dell'età nella popolazione nel corso degli anni esaminati. Il tasso di ospedalizzazione è espressione di variabili di natura epidemiologica, non sempre governabili e di strategie organizzative/gestionali, tendenti a dare le risposte adeguate ottimizzando le risorse a disposizione.

Valutando questo indicatore sulla Provincia di Reggio Emilia, Tab. 2.3.29 nel triennio 2011-2013, si osserva che il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario mostra un brusco calo tra gli anni 2012 e 2013, passando rispettivamente dal 116,6 ‰ al 103,9‰, valori che stanno al di sotto dell'andamento medio regionale mediamente più alti (122,1 ‰ nel 2011, 120,00 ‰ nel 2012 e 110,6‰ nel 2013).

Per quanto riguarda il contributo al tasso provinciale da parte dell'Azienda Ospedaliera, la sua percentuale, pressoché costante e pari a un 43% nel biennio 2011-2012, si posiziona, nel 2013, al 46%.

**IL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE ESPRIME
VARIABILI DI NATURA EPIDEMIOLOGICA,
NON SEMPRE GOVERNABILI, E STRATEGIE
ORGANIZZATIVE CHE TENDONO A DARE
RISPOSTE ADEGUATE OTTIMIZZANDO LE
RISORSE A DISPOSIZIONE.**

Passando ai tassi di ospedalizzazione in regime diurno e di tipo medico, si osserva che i valori provinciali sono progressivamente scesi dal 2011 al 2013, passando rispettivamente dal 22 ‰ al 17,5‰ come conseguenza della forte contrazione del day hospital di tipo medico non oncologico, raggiungendo così i valori medi regionale dello stesso periodo.

Sul tasso di ospedalizzazione in regime diurno e di tipo chirurgico, sempre dalla Tab. 2.3.29, si osserva che a livello della provincia di Reggio Emilia dal 2011 al 2013, si passa rispettivamente da un 24,9‰ a un 20,9‰; il progressivo calo osservato, imputabile al trasferimento di procedure chirurgiche mini-invasive sul regime ambulatoriale, fa sì supporre che l'attività di day surgery provinciale si stia organizzando per avvicinarsi

ai valori medi regionali anche se con uno distacco di circa due anni. In dettaglio la differenza tra tasso di ospedalizzazione in day hospital chirurgico della provincia di RE tra il 2011 ed il 2013 è stata pari a -4‰ (dal 24,9‰ al 20,9‰), differenza identica a quella registrata sui valori medi regionali nello stesso periodo (dal 21,4‰ al 17,4‰), ma come si può osservare con uno gap in quanto il dato provinciale 2013 si allinea con il dato medio regionale del 2011.

Riguardo al contributo percentuale dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia sul dato provinciale, si passa dal 40,8% del 2011 al 41,0% del 2013 dopo un modesto flesso nel 2012; tali valori rappresentano contributi percentuali

decisamente al di sopra di quelli osservati negli stessi anni in ambito regionale da parte delle aziende ospedaliere, che registrano, come valore massimo, un contributo medio pari al 34,20% nell'anno 2012.

Tabella 2.3.29: Tasso di ospedalizzazione nella provincia di Reggio Emilia

	REGIME ORDINARIO	DH MEDICI	DH CHIRURGICI
anno 2011 (tasso x 1000)	117,4	22,00	24,9
contributo% AOSP RE	43,5%	62,6%	40,8%
anno 2012 (tasso x 1000)	116,6	21,3	22,00
contributo% AOSP RE	43,0%	62,0%	39,8%
anno 2013 (tasso x 1000)	103,9	17,5	20,9
contributo% AOSP RE	45,9%	65,2%	41,0%

tasso anno 2013 (senza la mobilità passiva perché n.d.)

	MEDIA REGIONE EMILIA ROMAGNA		
	REGIME ORDINARIO	DH MEDICI	DH CHIRURGICI
anno 2011 (tasso x 1000)	122,1	19,6	21,4
contributo% AOSP RE	38,8%	49,4%	33,0%
anno 2012 (tasso x 1000)	120	18,9	19,1
contributo% AOSP RE	38,6%	50,3%	32,0%
anno 2013 (tasso x 1000)	110,6	16,8	17,4
contributo% AOSP RE	41,2%	52,5%	34,2%

Tasso anno 2013 senza la mobilità passiva perché n.d.

2.3.4.b) Valore della produzione - Ricoveri in regime ordinario e day hospital

L'attività di degenza può essere espletata in regime di ricovero ordinario (degenza di più giorni con pernottamento) oppure in regime di ricovero diurno ovvero Day Hospital (accessi ospedalieri senza pernottamento, articolati su un periodo massimo di un anno).

Negli ultimi decenni si è assistito sempre più a una progressiva deospedalizzazione per cui molta attività è migrata in regime di ricovero ordinario è stata gestita utilizzando il ricovero diurno, limitando il pernottamento solo a reali necessità di osservazione continua ed elevando l'appropriatezza dell'utilizzo della risorsa posto letto.

L'attività erogata dall'Azienda Ospedaliera mostra nel biennio 2011-2012 in degenza ordinaria, un aumento della produzione economica (Tab. 2.3.30), conseguenza della crescente complessità della casistica trattata in buona parte afferente alla struttura IRCCS di recentemente istituzione. Nel biennio seguente 2012-2013, in virtù delle politiche di deospedalizzazione nazionali e regionali, l'attività di ricovero in day hospital della Azienda Ospedaliera subisce una marcata contrazione che si traduce in un calo delle entrate economiche per produzione DRG osservate complessivamente nel 2013. In analogia a quanto registrato sul SMN-IRCCS anche i day hospital delle altre strutture sanitarie pubbliche e private accreditate della AUSL di Reggio Emilia, mostrano tra il 2012 ed il 2013 una riduzione di ricavi. Dal punto di vista percentuale il peso economico della produzione drg dell'Azienda Ospedaliera rimane tuttavia sostanzialmente invariato nel triennio 2011-2013 e superiore al 57%, rispetto al 42% ,ottenuto dalla somma delle entrate di tutti i presidi provinciali.

NEL BIENNIO 2012-13, IN VIRTÙ DELLE POLITICHE DI DEOSPEDALIZZAZIONE NAZIONALI E REGIONALI, L'ATTIVITÀ DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL SUBISCE UNA MARCATO CONTRAZIONE.

Tabella 2.3.30: Valore economico (in euro) produzione A.O. e A.U.S.L. di Reggio Emilia

VALORE DELLA PRODUZIONE (IN EURO)	anno 2011		
	deg. ordinaria	day hospital	Totale
produzione E Az.Osp. R.E.	E 122.242.140,00	E 30.682.699,00	E 152.924.839,00
produzione E ASL di R.E.	E 92.866.446,00	E 14.742.845,00	E 107.609.291,00
Totale Provinciale	E 215.108.586,00	E 45.425.544,00	E 260.534.130,00
% produz. Az. Osp. sul tot. provinciale	46,92%	11,78%	58,70%
% produz. ASL sul tot. provinciale	35,64%	5,66%	41,30%
	100,00%		100,00%

VALORE DELLA PRODUZIONE (IN EURO)	anno 2012		
	deg. ordinaria	day hospital	Totale
produzione E Az.Osp. R.E.	E 123.708.919,33	E 29.753.695,85	E 153.462.615,18
produzione E ASL di R.E.	E 97.709.339,87	E 13.993.094,98	E 111.702.434,85
Totale Provinciale	E 221.418.259,20	E 43.746.790,83	E 265.165.050,03
% produz. Az. Osp. sul tot. provinciale	46,65%	11,22%	57,87%
% produz. ASL sul tot. provinciale	36,85%	5,28%	42,13%
	100,00%		100,00%

VALORE DELLA PRODUZIONE (IN EURO)	anno 2013		
	deg. ordinaria	day hospital	Totale
produzione E Az.Osp. R.E.	E 123.518.503,11	E 25.743.013,43	E 149.261.516,54
produzione E ASL di R.E.	E 98.019.649,30	E 12.605.716,39	E 110.625.365,69
Totale Provinciale	E 221.538.152,41	E 38.348.729,82	E 259.886.882,23
% produz. Az. Osp. sul tot. provinciale	47,53%	9,91%	57,43%
% produz. ASL sul tot. provinciale	37,72%	4,85%	42,57%
	100,00%		100,00%

2.3.4.c) Tipologia di dimessi

Regime di ricovero

Leggendo l'attività delle strutture pubbliche ospedaliere della Provincia di Reggio Emilia, attraverso i volumi dei pazienti dimessi, (Tab. 2.3.31), si osserva tra il 2011 e il 2013, un consistente calo passando da n. 74.760 a n. 70.296 dimissioni (esclusi i neonati sani e la casistica delle strutture private) che risultano pari a un - 5,97%. Un'analisi tra le due aziende provinciali, evidenzia come la struttura AOSP, nel triennio in oggetto, stabilizzi la percentuale di dimissione dalla degenza ordinaria al 42% sul totale degenza e day hospital provinciale, mentre i presidi pubblici dell'AUSL (escluse pertanto le strutture private convenzionate) si fermano al 29%.

L'AZIENDA OSPEDALIERA MANTIENE UNA PERCENTUALE DI DIMISSIONI MAGGIORE RISPETTO A QUELLE DEI PRESIDI PUBBLICI AUSL, REGISTRANDO TUTTAVIA UN ANDAMENTO DECRESCENTE SULLA TOTALITÀ DEI DIMESSI PROVINCIALI DAL 2011 (21%) AL 2013 (19%).

Anche sull'attività provinciale in regime di day hospital, la struttura AOSP mantiene una percentuale di dimissioni mag-

giore rispetto a quelle dei presidi pubblici AUSL, registrando tuttavia un trend decrescente sulla totalità dei dimessi provinciali dal 2011 (21%) al 2013 (19%). Dal 2012, anno di ufficializzazione dell'IRCCS all'interno della AOSP di Reggio Emilia, il numero delle dimissioni dell'AOSP vengono presentate, sia in valori assoluti che percentuali, in funzione dello stabilimento di dimissione; si osserva come la struttura IRCCS tra il 2012 ed il 2013 avanzi di un punto percentuale su entrambi i regimi di ricovero.

Proseguendo l'analisi degli stessi dati attraverso la vista della Tab. 2.3.31a che visualizza le dimissioni per Azienda per anni e regime di ricovero, si evidenzia come l'A.O., dal 2011 al 2013, abbia registrato complessivamente -3.565 dimissioni, con una variazione pari al -7,65%; il regime diurno è stato quello che ha dato il contributo maggiore con un calo di -2.114 aperture di day hospital (-13,44%) passando dal 2011 al 2013.

Sui presidi pubblici AUSL, si osserva come la degenza 2013 con 20.605 dimessi, ritorni alla numerosità dell'anno 2011 che aveva registrato 20.594 dimessi dopo l'improvviso rialzo del 2012 caratterizzato da 21.724 dimessi. Andamento più regolare ed in calo dall'inizio del triennio esaminato per il day hospital, con una variazione 2011-2013 pari al -12,02%.

Tabella 2.3.31: Dimessi da ASMN e AUSL (strutture pubbliche) di Reggio Emilia (esclusi neonati sani)

DIMESSI	anno 2011		
	deg. ordinaria	day hospital	Totale
Az.Osp. R.E.	30.861	15.735	46.596
% Az. Osp.	41%	21%	62%
ASL di R.E.	20.594	7.570	28.164
% ASL	28%	10%	38%
TOTALE	51.455	23.305	74.760
DIMESSI	anno 2012		
	deg. ordinaria	day hospital	Totale
Az.Osp. R.E.	30.719	14.727	45.446
% Az. Osp.	41%	20%	61%
ASL di R.E.	21.724	7.068	28.792
% ASL	29%	10%	39%
TOTALE	52.443	21.795	74.238
DIMESSI	anno 2013		
	deg. ordinaria	day hospital	Totale
Az.Osp. R.E. *	29.410	13.621	43.031
% Az. Osp.	42%	19%	61%
ASL di R.E.	20.605	6.660	27.265
% ASL	29%	9%	39%
TOTALE	50.015	20.281	70.296
*dettaglio per stabilimento Az. Osp. RE	anno 2013		
	deg. ordinaria	day hospital	Totale
S.M.N.	24.233	8.900	33.133
%	82%	65%	77%
I.R.C.C.S	5.177	4.721	9.898
%	18%	35%	23%
TOTALE	29.410	13.621	43.031
%	100%	100%	100%

Tabella 2.3.31a: Dimessi da ASMN e AUSL (strutture pubbliche) di Reggio Emilia (esclusi neonati sani)

DIMESSI	anni 2011-2013		
Az.Osp. R.E.	deg. ordinaria	day hospital	Totale
2011	30.861	15.735	46.596
2012	30.719	14.727	45.446
2013	29.410	13.621	43.031
differenza			
diff.2012-2011	-142	-1.008	-1.150
diff.2013-2012	-1309	-1.106	-2.415
diff.2013-2011	-1.451	-2.114	-3.565
variazione%			
var%. 2012-2011	-0,46%	-6,41%	-2,47%
var%. 2013-2012	-4,26%	-7,51%	-5,31%
var%. 2013-2011	-4,70%	-13,44%	-7,65%

DIMESSI	anni 2011-2013		
ASL di R.E.	deg. ordinaria	day hospital	Totale
2011	20.594	7.570	28.164
2012	21.724	7.068	28.792
2013	20.605	6.660	27.265
differenza			
diff.2012-2011	1.130	-502	628
diff.2013-2012	-1.119	-408	-1.527
diff.2013-2011	11	-910	-899
variazione%			
var%. 2012-2011	5,49%	-6,63%	2,23%
var%. 2013-2012	-5,15%	-5,77%	-5,30%
var%. 2013-2011	0,05%	-12,02%	-3,19%

Onere della degenza

Per quanto riguarda l'attività in Libera Professione (L.P.) in entrambi i regimi di ricovero (Tab. 2.3.33.) svolta presso l'ASMN dal 2011 al 2013, si osserva una modesta ripresa nell'ultimo anno con 96 dimessi (pari ad un 0,23%) dopo la flessione del 2012 che aveva registrato 69 dimessi (0,15%) con una diminuzione assoluta di -106 casi rispetto al 2011. Contestualmente, anche se di entità inferiore rispetto a quella della ASMN la L.P. svolta presso i presidi pubblici dell'Azienda USL territoriale, registra dal 2011 al 2013 modeste variazioni che sostanzialmente si stabilizzano nell'ultimo anno esaminato ad una produzione pari allo 0,15%. Complessivamente sia l'ASMN che i presidi Provinciali mostrano trend di valori che non superano l'1% della domanda dell'utenza, ponendo l'SSN ancora molto competitivo (99% dell'utenza).

Tabella 2.3.33: Dimessi per Onere della Degenza (esclusi neonati sani e strutture private USL)

ANNI	AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO EMILIA		AZIENDA SANITARIA LOCALE DI REGGIO EMILIA		differenza Az.Osp.- Az.USL	
	S.S.N.	Libera Profess.	S.S.N.	Libera Profess.	S.S.N.	Libera Profess.
2011	46.421	175	28.107	57	18.314	118
%	99,62%	0,38%	99,80%	0,20%		
2012	45.377	69	28.745	47	16.632	22
%	99,85%	0,15%	99,84%	0,16%		
2013	42.384	96	27.106	41	15.278	55
%	99,77%	0,23%	99,85%	0,15%		

Tipologia del ricovero: DRG medico/chirurgico

Investigando sul tipo di DRG prodotto e quindi in modo indiretto, sulla tipologia di assistenza medica o chirurgica erogata negli episodi di ricovero totali, si osserva che l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, dal 2011 al 2013, ha mantenuto la percentuale della produzione medica totale (degenza e day hospital) al 60% e quella chirurgica totale attorno al 40% (Tab. 2.3.34) nonostante il calo in valori assoluti del numero dei dimessi nel triennio esaminato.

Proseguendo con l'analisi all'interno dei regimi di ricovero si osserva che la produzione medica in degenza ordinaria dal 2011 al 2013 si sposta dal 62,08% al 60,92% e quella chirurgica dal 37,92% al 39,08%. Il day hospital nell'anno 2013 registra un 53,15% per il tipo medico ed un 46,85% per il day surgery, che rappresentano le percentuali più performanti sul triennio in oggetto.

Dal 2012 la produzione dell'Azienda Ospedaliera viene dettagliata per stabilimento, ASMN e IRCCS e la fotografia all'interno delle due strutture evidenzia l'identica distribuzione della produzione totale medica (60%) e di quella chirurgica (40%) riscontrata anche sull'intera azienda ospedaliera.

Nell'ultimo anno, in regime ordinario, la produzione medica non oncologica legata all'ASMN rappresenta il 63,69%, mentre quella medica oncologica legata all'IRCCS rappresenta il 47,94%. Sempre sulla degenza ordinaria la casistica chirurgica non neoplastica rappresenta il 36,31% mentre quella chirurgica neoplastica il 52,06%.

Sul day hospital 2013, il confronto ASMN-IRCCS mette in evidenza sulla casistica medica rispettivamente un 42,78% e un 72,72%, mentre sulla produzione in day surgery le percentuali osservate tra le due strutture si attestano a un 57,22% per l'ASMN ed a un 27,28% per lo stabilimento IRCCS.

Tabella 2.3.34: Dimessi ASMN per tipo DRG Medico/Chirurgico (esclusi neonati sani)

AZ. OSP. 903-RE	DEGENZA ORDINARIA		DAY HOSPITAL		TOTALE DO+DH		
TIPO DRG	M	C	M	C	M	C	M + C
2011	19.160	11.701	8.607	7.128	27.767	18.829	46.596
%	62,08%	37,92%	54,70%	45,30%	59,59%	40,41%	100,00%
2012*	18.902	11.817	8.316	6.411	27.218	18.228	45.446
%	61,53%	38,47%	56,47%	43,53%	59,89%	40,11%	100,00%
2013**	17.916	11.494	7.240	6.381	25.156	17.875	43.031
%	60,92%	39,08%	53,15%	46,85%	58,46%	41,54%	100,00%
dettaglio per presidio							
di cui: 2012*							
S.M.N.	16.718	9.156	4.609	5.138	21.327	14.294	35.621
%	64,61%	35,39%	47,29%	52,71%	59,87%	40,13%	100,00%
I.R.C.C.S.	2.184	2.661	3.707	1.273	5.891	3.934	9.825
%	45,08%	54,92%	74,44%	25,56%	59,96%	40,04%	100,00%
di cui: 2013**							
S.M.N.	15.434	8.799	3.807	5.093	19.241	13.892	33.133
%	63,69%	36,31%	42,78%	57,22%	58,07%	41,93%	100,00%
I.R.C.C.S.	2.482	2.695	3.433	1.288	5.915	3.983	9.898
%	47,94%	52,06%	72,72%	27,28%	59,76%	40,24%	100,00%

Dipartimenti di ricovero (ammissione)

La suddivisione dell'attività prodotta nel triennio 2011-2013 per Dipartimento di ricovero (ammissione) presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (Tab. 2.3.36 - 2.3.36bis e Graf. 2.3.4.b), mette in evidenza che la maggior parte della domanda di ricoveri ospedalieri, sia in regime ordinario che diurno, viene rivolta all'area Materno Infantile con un valore

costante nel triennio del 26% (nel dato è incluso il nido con i neonati sani), seguita dalle aree delle specialità di Medicina Interna e di Chirurgia Generale, le quali entrambe sono rappresentate con valori oscillanti tra un 19% e un 21% della domanda totale di ricovero ospedaliero.

Tab. 2.3.36: N° pazienti per Dipartimento di ammissione

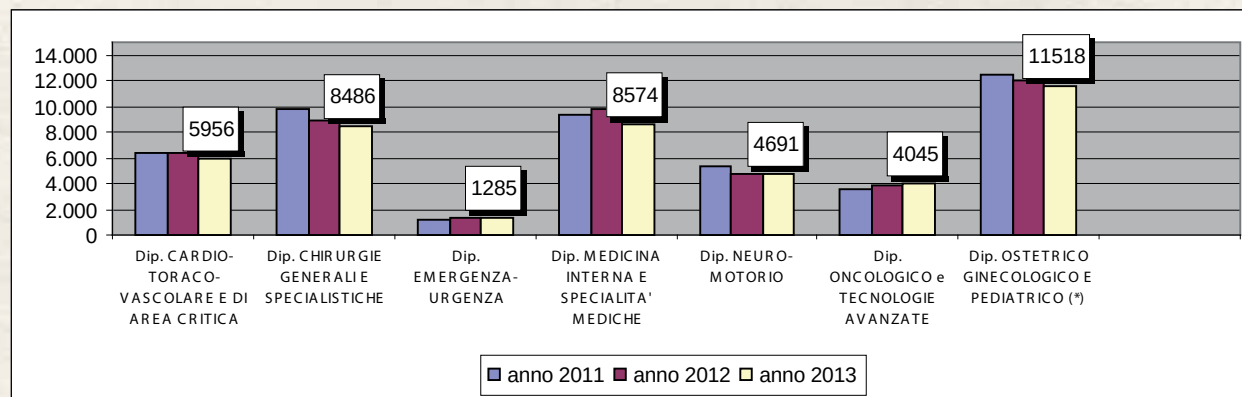
Dipartimento di Ammissione (numero pazienti)	DH 2011	DO 2011	anno 2011	DH 2012	DO 2012	anno 2012	DH 2013	DO 2013	anno 2013
Dip. CARDIO-TORACO VASCOLARE E DI AREA CRITICA	1.099	5.291	6.390	1.187	5.209	6.396	1.040	4.916	5956
Dip. CHIRURGIE GENERALI E SPECIALISTICHE	3.742	6.096	9.838	2.802	6.161	8.963	2.723	5.763	8486
Dip. EMERGENZA-URGENZA	0	1.236	1.236	0	1.290	1.290	0	1.285	1285
Dip. MEDICINA INTERNA E SPECIALITA' MEDICHE	2.597	6.790	9.387	3.051	6.717	9.768	2.365	6.209	8574

Dipartimento di Ammissione (numero pazienti)	DH 2011	DO 2011	anno 2011	DH 2012	DO 2012	anno 2012	DH 2013	DO 2013	anno 2013
Dip. NEURO-MOTORIO	1.377	3.978	5.355	761	3.931	4.692	654	4.037	4691
Dip. ONCO-EMATOLOGICO	2.272	198	2.470	2.367	199	2.566	2466	1.579	4045
DIP TECNOLOGIE AVANZATE	180	923	1.103	188	1.053	1.241			
Dip. OSTETRICO GINECOLOGICO E PEDIATRICO (*)	6.072	6.350	12.422	4.371	7.715	12.086	4.373	7.145	11518
Totale			48.201			47.002			44555
(*) incluso il NIDO con il seguente contributo:									
		1.882			1.832			1740	
		30%			23,75%			24,35%	

Tab. 2.3.36 bis: % pazienti per Dipartimento di ammissione

Dipartimento di Ammissione (numero pazienti)	anno 2011	anno 2012	anno 2013
Dip. CARDIO-TORACO-VASCOLARE E DI AREA CRITICA	13%	14%	13%
Dip. CHIRURGIE GENERALI E SPECIALISTICHE	20%	19%	19%
Dip. EMERGENZA-URGENZA	3%	3%	3%
Dip. MEDICINA INTERNA E SPECIALITA' MEDICHE	19%	21%	19%
Dip. NEURO-MOTORIO	11%	10%	11%
Dip. ONCOLOGICO e TECNOLOGIE AVANZATE	7%	8%	9%
Dip. OSTETRICO GINECOLOGICO E PEDIATRICO (*)	26%	26%	26%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%
(*) incluso il NIDO			

Graf. 2.3.4.b



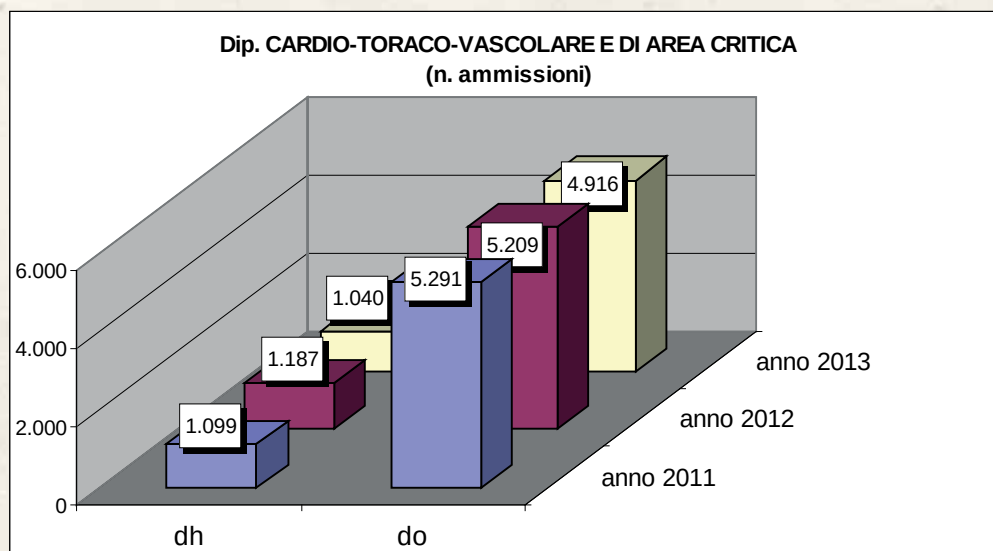
Continuando (Tab. 2.3.36) l'analisi del numero di ricoveri di tutti i Dipartimenti dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, si evidenzia un andamento in calo della domanda di ricovero totale dal 2011 al 2013 che, in valore assoluto, ha fatto registrare - 3.646 ammissioni ospedaliere (da n.

48.201 a n. 44.555), percentualmente pari a un - 7,56%. Segue per i singoli dipartimenti, uno studio riguardante l'andamento della domanda di ricovero riscontrata nel triennio 2011-2013 per tipologia di regime di assistenza.

Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare e di Area Critica

In questo Dipartimento, che include l'attività delle discipline di Cardiologia, Unità Coronarica, Riabilitazione Cardiologica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Pneumologia, Rianimazione, si evidenzia che dal 2011 al 2012, i ricoveri totali sono rimasti invariati passando rispettivamente da n.

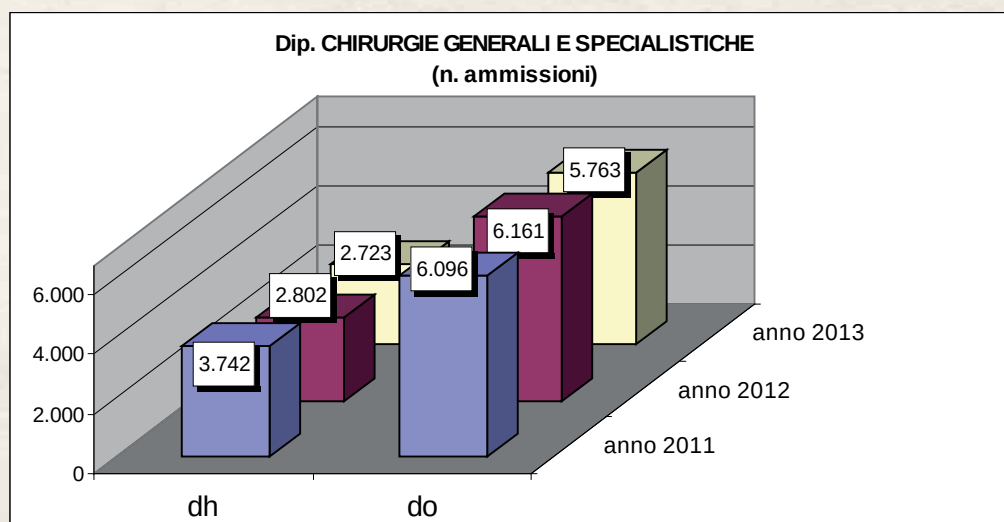
6.390 a n. 6.396. Passando sul biennio 2013 vs. 2012, si evidenzia una diminuzione delle degenze pari ad un -5,6% (n. -293) e delle aperture di day hospital pari ad un -12,4% (n. -147), cali che palesano al trasferimento in day service, di molti trattamenti di natura non intensiva.



Dipartimento Chirurgie Generali e Specialistiche

In questo Dipartimento, che include l'attività delle discipline di Chirurgia Generale, Endocrinologia, Oculistica, ORL, Urologia, si osserva che il 2013 in degenza ordinaria, rispetto ai due anni precedenti pressoché stabili, ha segnato un forte calo dei pazienti con - 398 pazienti pari ad un - 6,5%; per il day hospital la variazione rilevante si era verificata tra il 2011 ed il 2012 con - 940 pazienti pari ad un

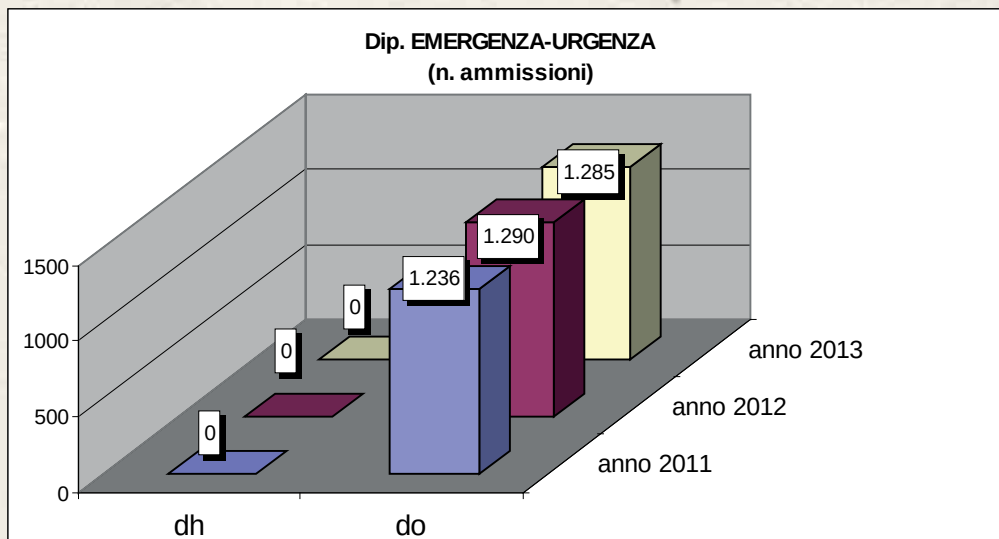
-25,1%. In pratica quanto anticipato dal regime diurno, si manifesta, sebbene con riduzioni più modeste, nel 2013 anche per degenza ordinaria, la quale vede in termini percentuali una calo del - 6,5% (-398 pazienti) passando dal 2012 al 2013. Anche per questo dipartimento prettamente chirurgico, l'andamento registrato è correlato con una chirurgia sempre più mini-invasiva e pertanto sempre meno bisognosa di ospedalizzazione.



Dipartimento Emergenza Urgenza

In questo Dipartimento, che include solamente l'attività svolta in degenza ordinaria dalla Medicina d'Urgenza, il triennio 2011-2013 mostra un andamento caratterizzato

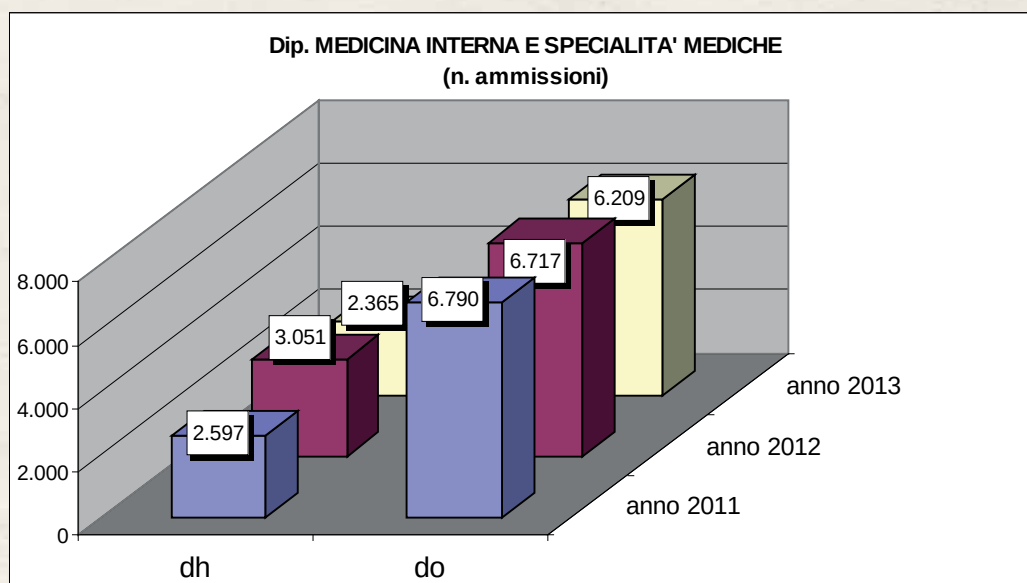
da modeste fluttuazioni che sono espressione di un continuo equilibrio tra recettività dal Pronto Soccorso e trasferimento verso altri reparti ospedalieri o dimissione.



Dipartimento Medicina Interna e Specialità Mediche

In questo Dipartimento che include l'attività delle discipline di Angiologia, Medicina Generale, Malattie Infettive, Nefrologia, Dermatologia, Reumatologia, Lungodegenza, presenta, in analogia con il Dipartimento di Chirurgia Generale, sia per numero di reparti che per attività, elevati volumi di ricoveri. Complessivamente tra degenza ordinaria e day hospital nel 2013 con 8.574 pazienti ammessi, si osserva una riduzione dei volumi in entrambi i regimi di ricovero rispetto a quelli registrati negli anni precedenti. I determinanti responsabili del calo in degenza ordinaria sono da

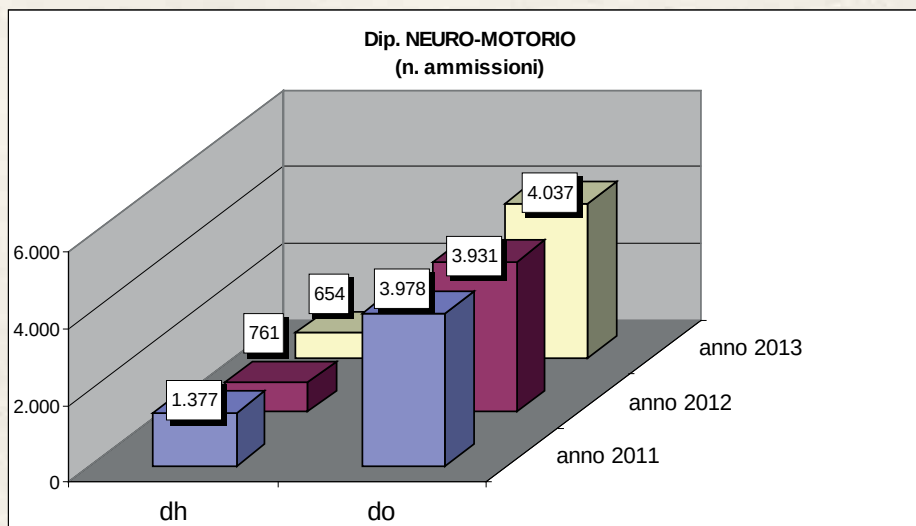
ricercarsi in gran parte dal trasferimento di quasi tutta la patologia medica con caratteristiche oncologiche sul reparto di Medicina oncologica appartenente al Dipartimento Oncologico e di Tecnologie Avanzate, attivato nell'aprile 2013. Per quanto riguarda l'attività diurna, il calo rilevato nell'ultimo anno è la conseguenza diretta della chiusura dei posti di day hospital di tipo medico, processo concluso nel corso del 2013, in rispetto alle vigenti politiche sanitarie e che ha portato pertanto a trasferire in regime ambulatoriale, la gestione di tutta la casistica medica diurna di natura non oncologica e non riabilitativa.



Dipartimento Neuro-Motorio

In questo Dipartimento che include l'attività delle discipline di Geriatria, Neurochirurgia, Neurologia, Ortopedia, Recupero e riabilitazione funzionale, si evidenzia un deciso calo dell'attività del day hospital medico tra il 2011 ed il 2012 (- n. 616 pazienti pari a -44,7%) per passaggio di parte dell'attività di tipo medica-riabilitativa al regime ambulatoriale, mentre tra il 2012 ed il 2013 la variazione è rimasta contenuta e pari ad un -14,1% con n. -107 pazienti im-

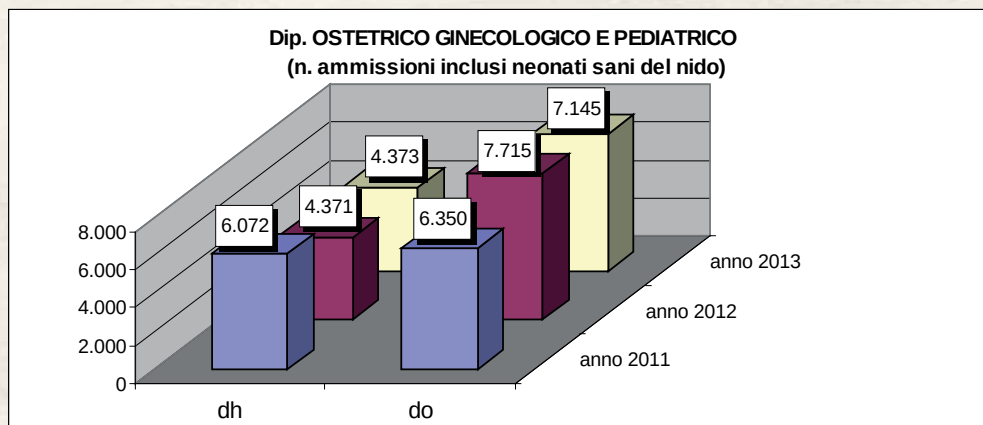
putabile alla chiusura nel corso del 2013, dei posti letto di day hospital per patologie mediche non di tipo oncologico o riabilitativo, che sono passate in regime ambulatoriale. Per quanto riguarda la degenza ordinaria, il volume degli ingressi nel Dipartimento Neuro-Motorio rimane sostanzialmente invariato nel biennio 2011-2012, mentre mostra una modesta crescita nel corso del 2013 con n. 4.037 pazienti ammessi, attribuibile ad un incremento dei ricoveri di patologie di pertinenza neurologica -neurochirurgica.



Dipartimento Ostetrico-Ginecologico e Pediatrico

Questo Dipartimento che include l'attività delle discipline di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Neuropsichiatria Infantile, Ostetricia-Ginecologia e Nido, Pediatria (annesse le sezioni di Genetica Clinica e Reumatologia Pediatrica), Unità Gravi Disabilità Età Evolutiva, rappresenta quello con i volumi di ricovero totali (degenza ordinaria e day hospital) più elevati rispetto agli altri, registrando n. 12.422 ricoveri nel 2011, n. 12.086 ricoveri nel 2012 e n. 11.518 nel 2013. Si precisa che sulla degenza ordinaria sono inclusi anche i ricoveri dei neonati sani ospitati al nido, rappresentati nel 2011 da n. 1.882 neonati, nel 2012

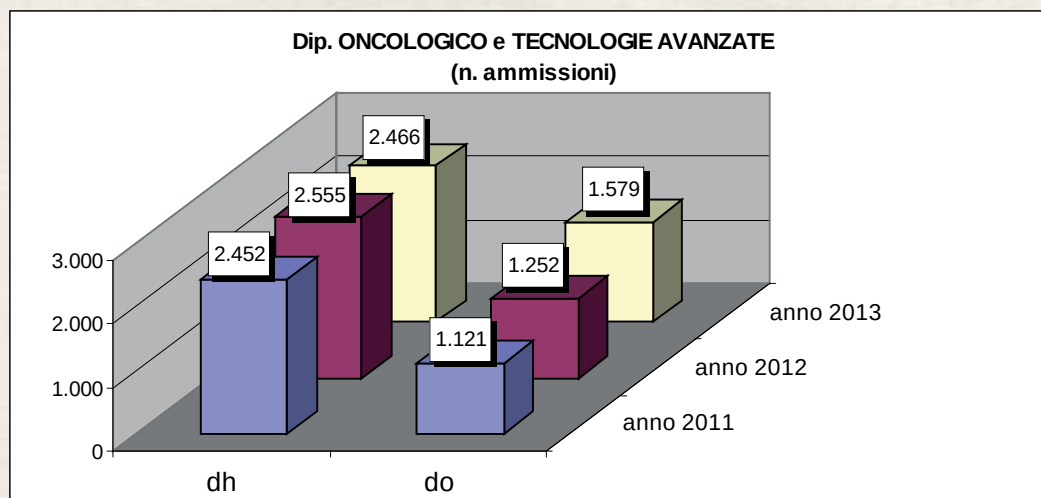
da n. 1.832 neonati e da n. 1.740 neonati nell'anno 2013. Differenziando tra i due regimi di ricovero e valutando l'andamento nell'ultimo biennio 2012-2013, si osserva un mantenimento dell'attività in day hospital con n. 4.373 aperture nel corso del 2013, mentre in degenza ordinaria dal 2012 al 2013 si registra un calo degli ingressi passando rispettivamente da n. 7.715 a n. 7.145. La differenza pari a n. - 570 ricoveri (-7.4%), viene in parte ricondotta al calo dei parti nel 2013 presso il SMN, (da fonte Cedap, n. 2.286 nell'anno 2012 a n. 2.127 nell'anno 2013) con conseguenti ripercussioni sugli altri settori dipartimentali legati all'evento nascita.



Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate

Nel Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate, ufficializzato a metà dell'anno 2012 a seguito della fusione dei due dipartimenti denominati Onco-Ematologico e Tecnologie Avanzate, sono inclusi i reparti che rappresentano il fondamento della struttura IRCCS. Le discipline del dipartimento con degenza e/o day hospital, sono Ematologia, Gastroenterologia, Medicina Nucleare, Oncologia e dall'aprile 2013 si è aggiunta la Medicina Oncologica con

20 posti letto di degenza ordinaria. Si tratta di reparti di eccellenza per la diagnosi e la cura delle patologie oncologiche, caratterizzati da volumi di attività maggiori sul day hospital, che è prevalentemente onco-ematologico, rispetto alla degenza ordinaria che accoglie anch'essa casistica onco-ematologica oltre che essere punto di riferimento per la medicina nucleare e per l'interventistica gastroenterologica.

**2.3.4.d) Complessità della casistica trattata****Peso medio DRG**

La complessità della casistica trattata all'ASMN nel triennio 2011-2013, suddivisa per regime di ricovero, può essere letta anche attraverso la valutazione del peso medio DRG. I pesi medi DRG della Tab. 2.3.38, escludono la casistica riguardante i neonati sani e inoltre l'Azienda territoriale di Reggio Emilia è al netto anche dell'attività del privato accreditato. Il delta tra Aziende della provincia di Reggio Emilia, per ogni anno del triennio esaminato, attribuisce una superiorità di casistica trattata al S. Maria Nuova in entrambi i regimi di ricovero.

Tabella 2.3.38: peso medio DRG per regime di ricovero

AZ. OSP. REGGIO E.	peso medio do	Peso medio dh	peso medio totale
2011	1,18	0,83	1,06
2012	1,21	0,84	1,09
2013	1,25	0,84	1,12
Az. USL REGGIO E	peso medio do	Peso medio dh	peso medio totale
2011	0,98	0,76	0,92
2012	0,98	0,75	0,92
2013	0,99	0,74	0,93
diff. Az. OSP. Az. USL.	peso medio do	Peso medio dh	peso medio totale
2011	0,2	0,07	0,14
2012	0,23	0,09	0,17
2013	0,26	0,1	0,19

(esclusi neonati sani e strutture private USL)

2.3.4.e) Tempi di attesa per prestazioni di ricovero

Le tabelle sotto riportate disegnano il quadro complessivo delle prestazioni di ricovero in elezione sottoposte a monitoraggio regionale come da DGR 925 del 2011.

Comprendono 10 prestazioni in regime in ricovero ordinario e 5 erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno (day hospital), suddivise per aree funzionali.

Per le prestazioni relative al trattamento delle patologie oncologiche si ribadisce che il tempo massimo di attesa non può superare i trenta giorni, mentre per le altre patologie l'indicazione è di garantire almeno il 90% delle prestazioni erogate nel tempo massimo previsto dal codice di priorità clinica assegnato.

L'AZIENDA METTE IN CAMPO DIVERSE AZIONI VOLTE A SNELLIRE I TEMPI D'ATTESA: DAL CONTROLLO, MONITORAGGIO E PULIZIA CONTINUA DELLE LISTE ALLE SEDUTE AGGIUNTIVE OPERATORIE, QUANDO LA SITUAZIONE LO RICHIEDE.

L'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia attua già da diversi anni uno stretto controllo sulle liste e sui tempi d'attesa.

Per le patologie oggetto di monitoraggio regionale, definite nella DGR 1532/2006 e aggiornate con la DGR 925/2011

l'Azienda ha messo in atto una serie di correttivi organizzativo-gestionali che hanno portato ad una stabilizzazione dei tempi d'attesa secondo gli obiettivi richiesti dalla Regione. Le azioni messe in campo dall'Azienda Ospedaliera sono diverse, dal controllo, monitoraggio e pulizia continua delle liste alle sedute aggiuntive operatorie, quando la situazione lo richiede.

Tabella 2.3.42: Tempi attesa ricovero in area oncologica

AREA ONCOLOGICA	Anno	Totale ricoveri	0 gg. (%)	1-30 gg. (%)	1-60 gg. (%)	1-90 gg. (%)	1-120 gg. (%)	1-180 gg. (%)	>180 gg. (%)
CHEMIOTERAPIA (DH)	2011	1.350	15,4	98,9	99,6	99,7	99,9	99,9	0,1
	2012	1.363	17,5	99,5	99,9	99,9	100	100	0
	2013	1.410	21,2	99,3	99,6	99,6	99,9	99,9	0,1
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	2011	23	4,3	68,2	95,5	95,5	100	100	0
	2012	53	9,4	72,9	93,8	100	100	100	0
	2013	53	1,9	53,8	94,2	94,2	98,1	100	0
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	2011	173	0,6	81,4	90,7	93	97,7	99,4	0,6
	2012	143	0,7	90,8	97,2	97,9	99,3	100	0
	2013	140	1,4	89,9	94,9	97,8	98,6	100	0
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	2011	41	0	31,7	75,6	95,1	97,6	100	0
	2012	38	0	28,9	92,1	100	100	100	0
	2013	41	0	24,4	90,2	97,6	100	100	0
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	2011	78	1,3	72,7	87	89,6	90,9	93,5	6,5
	2012	118	0	63,6	87,3	87,3	89	91,5	8,5
	2013	123	0,8	68	93,4	95,1	95,9	98,4	1,6
INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	2011	88	0	85,2	100	100	100	100	0
	2012	84	0	85,7	96,4	97,6	98,8	100	0
	2013	89	0	91	97,8	98,8	98,9	100	0

Tabella 2.3.43: Tempi attesa ricovero in area cardiovascolare

AREA CARDIOVASCOLARE	Anno	Totale ricoveri	0 gg. (%)	1-30 gg. (%)	1-60 gg. (%) *	1-90 gg. (%)	1-120 gg. (%)#	1-180 gg. (%)	>180 gg. (%)
CORONAROGRAFIA (DH)	2011	39	0	97,4	100	100	100	100	0
	2012	66	4,5	98,4	100	100	100	100	0
	2013	51	5,9	100	100	100	100	100	0
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	2011	145	0	17,2	26,9	48,3	65,5	92,4	7,6
	2012	139	3,6	18,7	38,1	57,5	78,4	97,8	2,2
	2013	128	3,1	23,4	50,8	79	91,1	95,2	4,8
ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	2011	239	5	98,2	99,6	100	100	100	0
	2012	239	21,3	98,4	98,9	99,5	100	100	0
	2013	147	38,8	100	100	100	100	100	0

tabella 2.3.44: Tempi attesa area non oncologica in regime ordinario

AREA NON ONCOLOGICA IN REGIME ORDINARIO	Anno	Totale ricoveri	0 gg. (%)	1-30 gg. (%)	1-60 gg. (%)	1-90 gg. (%)	1-120 gg. (%)	1-180 gg. (%)	>180 gg. (%)
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	2011	129	1,6	1,6	2,4	7,9	13,4	46,5	53,5
	2012	174	4	4,8	13,2	32,3	59,9	85,6	14,4
	2013	180	0,6	1,7	10,6	28,5	49,2	83,2	16,8
TONSILLECTOMIA	2011	110	0	0,9	10,9	17,3	47,3	84,5	15,5
	2012	118	1,7	6,0	28,4	62,1	79,3	92,2	7,8
	2013	112	0	2,7	19,6	64,3	81,3	94,6	5,4

Tabella 2.3.45: PRESTAZIONI NON ONCOLOGICHE IN REGIME DI DAY HOSPITAL

PRESTAZIONI NON ONCOLOGICHE IN REGIME DI DAY HOSPITAL	Anno	Totale ricoveri	0 gg. (%)	1-30 gg. (%)	1-60 gg. (%)	1-90 gg. (%)	1-120 gg. (%)	1-180 gg. (%)	>180 gg. (%)
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	2011	315	0,6	8,6	17,6	33,9	51,1	81,8	18,2
	2012	354	0	5,6	15,5	30,5	49,7	85,6	14,4
	2013	301	0	8,6	25,6	39,9	60,8	86	14
EMORROIDECTOMIA	2011	1	0	0	0	0	0	100	0
	2012	0	0	0	0	0	0	0	0
	2013	0	0	0	0	0	0	0	0
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	2011	68	8,8	95,2	98,4	100	100	100	0
	2012	90	7,8	91,6	98,8	100	100	100	0
	2013	60	10	96,3	100	100	100	100	0

2.3.4.f) Attività di Emergenza-Urgenza

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO

Tabella 2.3.45: Accessi in Pronto Soccorso

		TOTALE ACCESSI	di cui ACCESSI IN PS GENERALE	di cui ACCESSI IN PEDIATRIA	DIFF.% 2013 - 2011
A.O. REGGIO EMILIA	2013	83.788	68.657	15.131	-1,3%
	2012	84.892	70.316	14.576	+1,17%
	2011	83.913	69.837	14.076	-3%
A.U.S.L. REGGIO EMILIA	2013	91.179			-
	2012	93.907			+3,03%
	2011	91.147			-1,1%
TOTALE A.O. + A.U.S.L.	2013	174.967			-
	2012	178.799			+2,14%
	2011	175.060			-4,6%
% A.O. / TOTALE	2013	47,89%			
	2012	47,48%			
	2011	47,93%			

Partendo dall'analisi interna degli accessi di Pronto Soccorso dell'ASMN-IRCCS, è utile considerare che dopo l'incremento osservato tra il 2005 e il 2006 (+3,9%), l'attività si stabilizza, tra il 2007 e il 2009, attorno a circa 90.000 accessi. Nel corso del 2010-2011 si è avuto una riduzione degli accessi pari a circa il 3%, riaumentati nel 2012 di un +1,2%%.

Tabella 2.3.46: Accessi in PS per Codice Colore

	CODICE BIANCO	CODICE VERDE	CODICE GIALLO	CODICE ROSSO
2013	5.833	50.673	10.724	1.427
% COLORE	8,5%	73,8%	15,6%	2,1%
2012	7.492	51.754	9.684	1.386
% COLORE	10,7%	73,6%	13,8%	2,0%
2011	8.064	52.224	9.401	1.298
% COLORE	11,4%	73,6%	13,2%	1,8%

Per l'accesso della popolazione straniera al Pronto Soccorso si rimanda al § 3.2.8.

RICOVERI DA PRONTO SOCCORSO

Valutando la percentuale di ricoveri indotti dal P.S. Generale e dal settore di Urgenza Pediatrica del S. Maria Nuova, si osserva che il valore per il 2013 (14,6%) si mantiene in li-

La tab. 2.3.45 mostra che nel 2013 si osserva una nuova contrazione degli accessi, seppur più moderata delle variazioni degli anni precedenti. L'attività di urgenza pediatrica continua ad aumentare (+3,8%), in linea con l'anno precedente (+3,55%).

nea al 2011 (14,8%), valori nettamente superiori rispetto ai ricoveri indotti complessivamente dai Presidi USL (10,4%) ed esplicativi di una maggiore complessità clinica degli accessi del Pronto Soccorso ASMN-IRCCS.

Tabella 2.3.47: % Ricoverati da Pronto Soccorso

	ACCESSI	RICOVERI	% RICOVERI /ACCESSI
A.O. REGGIO EMILIA			
2013	68.657	10.016	14,6%
2012	70.316	10.401	14,8%
2011	83.913	11.714	14%
A.U.S.L. REGGIO EMILIA			
2013	91.179	9.461	10,4%
2012	93.907	9.690	10,3%
2011	91.147	9.530	10,5%

	ACCESSI	RICOVERI	% RICOVERI /ACCESSI
TOTALE A.O. + A.U.S.L.			
2013	159.836	19.477	12,2%
2012	164.223	20.091	12,2%
2011	175.060	21.244	12,1%

Tabella 2.3.48: Ricoverati da PS (2013)- Confronto regionale

AZIENDA OSPEDALIERA	ACCESSI	RICOVERI	RICOVERI /ACCESSI
Reggio Emilia	68.657	10.016	14,6%
Modena	106.960	13.267	12,4%
Bologna	134.944	24.729	18,3%
Parma	102.686	17.062	16,6%
Ferrara	78.025	12.991	16,6%

Fonte: banca dati SAS

Si precisa che i ricoveri conseguenti gli accessi in PS comprendono sia i canonici ricoveri in reparti di degenza della stessa Azienda, sia il trasferimento verso altri stabilimenti ospedalieri dentro e fuori dalla Regione. Se confrontiamo i dati riguardanti la percentuale dei ricoveri sugli accessi tra le Aziende Ospedaliere, è possibile constatare come l'Azienda di Reggio Emilia, insieme all'Azienda Ospedaliera di Modena, abbiano i più bassi indici di ricovero.

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI)

La letteratura indica in una percentuale di casi tra il 3 e l'8% quella dei pazienti che sono sottoposti a Osservazione Breve Intensiva tra quelli giunti in PS al fine di consentire la definizione del corretto percorso assistenziale loro necessario (Tebella 2.3.49). Dal 2008 l'azienda ospedaliera ASMN dispone di 9 posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI), attivi 24h/24 presso la struttura di Medicina d'Urgenza, preposti all'assistenza, valutazione e trattamento di pazienti ad alta complessità ma a basso grado di criticità che richiedono un rapido inquadramento diagnostico o terapeutico del paziente di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore, per definire l'appropriatezza del ricovero e della sua sede o della dimissione.

Tabella 2.3.49: Accessi in OBI - 2013

	ACCESSI PS GENERALE	di cui GESTITI IN OBI	di cui DIMESSI DA OBI	% ACCESSI OBI /TOTALE ACCESSI PS	% DIMESSI OBI /TOTALE ACCESSI OBI
n° pazienti	68.657	3.328	2.596	4,8%	78%
				Standard 3-8%	Standard > 60%

La casistica seguita in OBI è equamente ripartita tra maschi (1.631) e femmine (1.697) e ha un'età media di circa 63 anni. Il tempo di permanenza medio è stato di 16:47 ore. Il numero di casi con permanenza maggiore di 24 h è stato di 596.

Il 18,2% degli accessi in OBI è stato in seguito ricoverato in un reparto di ricovero interno. Tra questi, 123 pazienti sono stati ricoverati in Medicina d'urgenza, 88 in Cardiologia e UTIC, 25 presso le Malattie Infettive e 152 nelle tre Medicine.

Nel corso del 2012 si è lavorato alla fase operativa al progetto di riorganizzazione per intensità e complessità assistenziale. Per la S.C. di Pronto Soccorso, si è previsto la rimodulazione della Struttura di OBI e la realizzazione di un'area di ammissione e un'area di dimissione.

L'Unità di OBI è un'area preposta all'assistenza di pazienti ad alta complessità ma a basso grado di criticità, sarà rimodulata insieme all'area di ammissione e all'area di dimissione al fine di creare un percorso unico per questa tipologia di pazienti. Le funzioni svolte sono: valutazione diagnostica, osservazione longitudinale e terapia a breve termine di patologie urgenti.

ATTIVAZIONE DELL'AREA RICOVERI

Attivata il 04/04/2013, l'Area Ricoveri rappresenta una delle tappe importanti del progetto di riorganizzazione ospedaliera. L'obiettivo dichiarato, in stretta integrazione con il Settore OBI istituito nel 2008, è favorire l'appropriatezza del ricovero presso il Reparto più rispondente al singolo caso, gestendo con modalità assistenziali e dotazione di spazi adeguati il tempo di attesa del paziente che abbia terminato l'iter diagnostico in Pronto Soccorso.

L'Area Ricoveri nasce per dare risposta a quella che le cronache quotidiane e i contributi della letteratura specialistica internazionale rappresentano come una delle criticità maggiormente avvertite dall'utenza: il c.d. fenomeno del boarding ovvero l'impossibilità di essere trasferiti nei reparti di degenza per assenza di posto letto, con una attesa anche di alcune ore.

L'Area Ricoveri, collocata al piano 0 del Corpo D di fronte alla Medicina d'Urgenza, è uno spazio interamente in carico alla équipe del Pronto Soccorso con personale medico, infermieristico e di supporto dedicato 24h/24, nella quale viene ottimizzato il tempo dell'attesa con l'avvio dei primi passi del percorso diagnostico-terapeutico. La gestione del paziente in un ambiente confortevole, con l'assistenza e la somministrazione delle terapie necessarie rende più agevole l'attesa della possibilità di ricovero nel reparto più appropriato alla patologia in atto.

L'AREA RICOVERI NASCE PER DARE RISPOSTA A UNA DELLE CRITICITÀ MAGGIORMENTE AVVERTITE DALL'UTENZA, CIOÈ L'IMPOSSIBILITÀ DI ESSERE TRASFERITI IMMEDIATAMENTE NEI REPARTI DI DEGENZA A CAUSA DELL'ASSENZA DI UN POSTO LETTO.

Particolarmente curato è stato l'allestimento del nuovo settore a partire dalla formazione del personale sulle tematiche cliniche e procedurali, alla dotazione di tecnologie informatiche e biomedicali, alla disposizione dei locali, alla programmazione delle attività per ogni singolo assistito fino alla personalizzazione dell'assistenza attraverso modelli di pianificazione e attuazione di interventi di c.d. Primary Nursing.

Sono in tutto 17 le postazioni disponibili, con 14 letti e 3 poltrone, collocati in un ambiente che pur essendo open space garantisce, se necessaria, adeguata riservatezza. Le postazioni possono contare su tecnologie per telemetria e monitoraggio remoto e non prevedono, se non nelle ore notturne, limiti all'accesso da parte dei familiari. L'OBI e l'Area Ricoveri, che insieme all'Area Dimissioni coprono uno spazio di 650 mq, sono progettati come estensione del Pronto Soccorso e sono modulati per fare del paziente il fulcro centrale di ogni attività.

Tra le peculiarità del nuovo settore vi sono la personalizzazione e pianificazione delle attività assistenziali e cliniche che non prevede un "giro visita" ma una costante "visita in giro", garantita dal personale clinico e di assistenza.

Si rilevano riscontri incoraggianti sulle potenzialità dell'Area Ricoveri, la quale ha visto transitare 1.344 pazienti, con un tempo medio di permanenza di 16:15 h. Il dato più significativo è dato dal fatto che circa il 23% dei pazienti accolti in Area Ricoveri viene successivamente dimesso. In altre parole, circa un paziente su 4 non subisce un ricovero potenzialmente inappropriato, garantendo maggiori risultati nell'ottica dell'ottimizzazione nell'occupazione dei posti letto e dell'appropriatezza assistenziale.

2.3.4.g) Piano Sangue

Per quanto riguarda l'analisi del processo trasfusionale al fine di assicurare la tracciabilità e identificazione univoca del paziente e del donatore e la segnalazione delle reazioni avverse e degli incidenti lungo tutto il processo dalla donazione alla trasfusione si segnala che:

- È stata prodotta un'Istruzione Operativa divulgata ai reparti e condivisa con riunioni direttamente in reparto;
- Sono stati organizzati corsi di formazione sull'errore in medicina trasfusionale con la DS (gestione del rischio) e il Medico Legale;
- Sono stati organizzati due incontri in due reparti per la valutazione di eventi sentinella (near miss) con l'Unità di Gestione del Rischio e il Medico Legale;
- È rilevato e inviato al sistema di sorveglianza "SISTRA - RER" periodicamente tutti i dati richiesti.

Riguardo al Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue e delle Cellule Staminali da Sangue Cordonale:

- Sono state fatte due riunioni del COBUS (20/12/2012 e 7/05/2013) in previsione della discussione del nuovo Piano Sangue Regionale 2013-15;
- Abbiamo promosso il Blood Management Program nell'ottica di una sempre maggiore appropriatezza dell'utilizzo di sangue e dei plasmaderivati. Il Blood Management Program è stato presentato e approvato due volte dal Comitato di Direzione, altrettante volte dal Comitato di Dipartimento delle chirurgie e anche, come studio clinico, dal Comitato etico (a giugno 2013), dopo passaggio all'IRS.

Autosufficienza Regionale di Emocomponenti e Plasma-Derivati

L'attività di raccolta del sangue ha registrato nel 2013 un lieve decremento rispetto all'anno 2012 (20195 vs 22.756 unità di sangue intero) Tabella 2.3.50.

Si osserva anche un aumento delle procedure di plasmaferesi presso il SIT, anche al fine di soddisfare le aumentate richieste per pazienti oncoematologici.

Nel 2013 si è registrata, inoltre, una diminuzione delle auto donazioni rispetto al 2012 attribuibile, verosimilmente, all'adozione di procedure chirurgiche meno invasive e con basso consumo di emocomponenti. Si è avuto inoltre un aumento del Recupero intraoperatorio.

Tabella 2.3.50: Attività di donazione sangue/plasma

ANNO	Sangue Intero	PFC (tipo A) UdR Esterne	PFC (tipo A) ASMN	TOTALE PFC (tipo A)	PL/PLT ASMN	AUTO Donazioni	Siero uso Oftalm.	R.I.O.
2011	23.678	4.108	3.515	7.623	526	1.154	94	36
2012	22.756	3.593	3.774	7.367	718	873	250	45
2013	20.195	4.263	4.101	8.364	713	554	242	71
	-11,25%	18,65%	8,66%	13,53%	-0,70%	-36,54%	-3,20%	57,78%

2.3.4.h) Attività trapiantologica

Attività di prelievo

In relazione all'attività trapiantologica pare opportuno dare risalto alla proficua attività del progetto provinciale per l'informazione sulla donazione degli organi e l'organizzazione dell'attività di prelievo. Esiste un coordinamento dell'attività e un gruppo interaziendale ad hoc, integrato sia sul versante dell'informazione che dell'organizzazione dell'attività di prelievo cui le due Aziende continuano a dare impulso. Sul versante informativo sono coinvolte le funzioni URP delle due Aziende che sono deputate alla raccolta del consenso e alla registrazione della dichiarazione di assenso/dissenso alla donazione nell'apposito archivio nazionale. Anche il 2013 si è chiuso con un consuntivo del tutto soddisfacente per quanto riguarda l'attività donativa a Reggio Emilia. Le donazioni multiorgano si sono mantenute a livelli standard per questo Ospedale, con 13 donazioni su 14 osservazioni di morte cerebrale. La discrepanza fra osservazioni e donazioni Attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti 34 è attribuibile a un donatore non idoneo a priori e si può quindi osservare come per la prima volta nella nostra realtà vi sia stata una percentuale di opposizioni pari allo 0,00%. Sicuramente questo è un elemento di grande soddisfazione che conferma come la sensibilità della popolazione sia cresciuta in questi anni insieme ovviamente ad una migliore capacità comunicativa dei Professionisti coinvolti.

La donazione multitessuto, da sempre piuttosto difficile, è stata anch'essa di una certa soddisfazione nel 2013, poiché a Reggio Emilia sono stati eseguiti ben 7 prelievi. Fondamentale, oltre alla

Si riportano di seguito i dati relativi alle donazioni sangue/plasma -contribuire al perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti ed emoderivati:

già ribadita sensibilità dei cittadini, è stata l'ottima organizzazione del gruppo donazioni che ha saputo migliorare le proprie prestazioni in termini di disponibilità e di autonomia. La donazione di cornee è proseguita anch'essa costante, con il superamento dell'obiettivo assegnato.

Un peso rilevante ha avuto la presenza in Reparto di personale dedicato che ha potuto espletare l'attività di procurement.

L'attività formativa è stata costante e si è svolta soprattutto all'interno dell'Azienda con il proseguimento dell'audit dopo ogni donazione. L'audit costituisce un momento fondamentale di riflessione e di scambio di opinioni che prendono spunto dalla singola donazione per estendersi alla discussione e all'esame di eventuali criticità o alla ripetizione di singoli passaggi donativi.

Il Coordinatore Locale ha partecipato come relatore al Convegno AIRT di Bologna ed è stato presente alla giornata conclusiva dello Studio sul Rischio Clinico, svoltosi a Firenze e di cui ha poi tenuto relazione in Reparto.

Infine ampia è stata la partecipazione al Corso ALMA.

Anche nel 2013 è proseguita l'attività formativa regionale con la settima edizione del corso AL-MA. Il corso ha conservato il carattere itinerante e, nel corso dell'anno, abbiamo

visitato 11 Ospedali dell'Emilia-Romagna coinvolgendo il personale sanitario delle Terapie Intensive, delle Medicine, delle Chirurgie, del Pronto Soccorso e dei Laboratori. Positiva è stata la partecipazione dei discendenti per numero, ma soprattutto per l'attenzione dimostrata verso il tema

della donazione. Il corso, della durata di 4 ore pomeridiane, ha sviluppato alcuni aspetti del processo donativo, in parti-

**I CITTADINI REGGIANI SI
CONFERMANO MOLTO SENSIBILI
VERSO LA DONAZIONE DEGLI
ORGANI. OLTRE A CIÒ, È
APPREZZABILE L'ORGANIZZAZIONE
DEL GRUPPO DONAZIONI IN
TEMI DI COMUNICAZIONE,
DISPONIBILITÀ ED EFFICIENZA.**

colare presentando la Rete Regionale Trapianti, illustrando come si sviluppa un processo donativo di organi e tessuti portando come riferimento regionale il modello organizzativo di Reggio Emilia. È stato coinvolto anche il coordinatore locale nella presentazione dell'attività di donazione in azienda prestando maggior attenzione alle problematiche locali. Si sono illustrati i meccanismi di allocazione degli organi e dei tessuti, presentando anche i dati di attività donativa e trapiantologica regionale, infine, molto apprezzata, è stata la relazione, introdotta quest'anno, sulle strategie, sulle tecniche e innovazioni chirurgiche per aumentare il numero dei donatori e dei trapianti.

I test per i crediti ECM sono stati sostituiti da quiz e casi clinici a risposta aperta; questo aspetto è stato molto apprezzato da tutti i discenti ed è stato anche un momento di confronto. Ai partecipanti è stato fornito come materiale didattico un CD contenente le relazioni su tutti gli argomenti trattati. I test di gradimento hanno fornito un ottimo giudizio sia sulla struttura del corso che sulla didattica. Per l'anno 2014 è prevista la prosecuzione del Progetto Formativo ALMA con un arricchimento del programma didattico.

Donazione di cellule

Il Comitato sul buon uso del sangue, emocomponenti, emoderivati e cellule staminali emopoietiche da sangue cordonale opera a livello provinciale da fine 2008.

L'azienda partecipa inoltre, insieme a tutte le aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, al Gruppo di coordinamento regionale per la comunicazione e l'informazione in campo sanitario. In tale sede sono progettate e organizzate le campagne d'informazione alle quali le Aziende aderiscono, in maniera unitaria, con partecipazione locale e coinvolgimento attivo. Tali campagne mirano a favorire una migliore informazione su temi legati alla prevenzione e cura e anche ad argomenti di natura sanitaria legati alla solidarietà sociale o a corretti comportamenti (donazione del sangue, donazione di organi, contraccezione, informazione per i genitori per la salute dei figli, donazione sangue cordonale, ecc.).

Le campagne programmate a livello regionale e nazionale trovano, in sede locale, un ulteriore livello d'impegno organizzativo per una più efficace trasmissione alla collettività locale di riferimento delle informazioni e dei messaggi importanti. Inoltre, tramite la comunicazione istituzionale, la cittadinanza e le associazioni di volontariato sono informate sulle iniziative organizzate e realizzate tramite l'URP.

2.3.4.i) Qualità dell'assistenza

Negli ultimi anni la ricerca e il dibattito scientifico in tema di valutazione comparativa di esito in Italia sono molto cresciuti grazie alla realizzazione di studi e progetti di ricerca i

cui risultati, diffusi a livello di comunità scientifica e in alcuni casi anche a livello dei media, hanno suscitato molto interesse da parte di amministratori o responsabili di governo clinico, di operatori sanitari, di Società Scientifiche, e infine dei cittadini stessi. Se da una parte è auspicabile che la valutazione di esito in Italia si arricchisca sempre più di evidenze provenienti da aree geografiche diverse e di confronti tra realtà sanitarie e modelli organizzativi diversificati, d'altra parte - a maggior ragione - è imprescindibile che a livello nazionale siano diffuse e applicate metodologie standardizzate, rigorose, riproducibili e validate.

Il Programma di Valutazione delle decisioni e delle attività delle strutture sanitarie (P.N.E.), affidato dal Ministero della Salute all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), di cui il DEP è il Centro di Riferimento Operativo per la raccolta, gestione, elaborazione e analisi dei dati, ha l'obiettivo di misurare la variabilità di esito tra soggetti erogatori e/o tra professionisti e tra ASL, con applicazioni possibili in termini di accreditamento, remunerazione, informazione dei cittadini/utenti, con pubblicazione dei risultati di esito di tutte le strutture per "empowerment" dei cittadini e delle loro associazioni nella scelta e nella valutazione dei servizi.

Il Programma ha elaborato e monitora 46 indicatori di esito, raggruppati in 9 aree cliniche: cardiologia, chirurgia, gastroenterologia, ortopedia, pneumologia, neurologia, ginecologia/ostetricia, assistenza territoriale e oncologia tenendo conto delle diverse caratteristiche e della gravità dei pazienti.

Al momento attuale, l'utilizzo più appropriato degli indicatori di esito si colloca all'interno di un processo di miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari e come premessa informativa per interventi diretti ed espliciti di programmazione sanitaria, attraverso gli strumenti appropriati sia della funzione di committenza (autorizzazione, accreditamento, contrattazione, remunerazione) che di quella di produzione.

In quest'ambito è maturata l'esigenza di avviare un percorso di revisione/ampliamento degli indicatori di qualità previsti dalla Regione nello schema di rendicontazione del Bilancio di Missione nella sua formulazione originaria. L'elenco finale si compone di 12 indicatori da interpretare principalmente come "sentinelle", il cui valore informativo risiede nella capacità di segnalare gli elementi critici o positivi di specifici eventi all'interno dei più ampi percorsi assistenziali integrati.

La maggioranza di questi indicatori si riferisce all'assistenza ospedaliera e una ridotta parte a quella territoriale.

Nella tabella seguente è illustrato l'elenco degli indicatori proposti e le fonti di riferimento.

N.	Fonte			Indicatore
	AHRQ	Prog. Mattone Outcome	Bilancio di Missione	
1				Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni
2				Parti con taglio cesareo primario
3				Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica
4				Proporzione di trattamenti di angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) eseguiti entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con episodio di STEMI.
5				Ricoveri per scompenso cardiaco congestizio
6				Ricoveri per complicanze a breve/lungo termine diabete
7				Ricoveri per amputazione arti inferiori in pazienti diabetici
8				Ricoveri per polmonite o influenza negli anziani
9				Ricoveri per cause evitabili (diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, asma, patologia respiratoria ostruttiva in diagnosi principale) *
10				Riammissione non pianificata entro 15 giorni dalla dimissione **
11				Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per infarto miocardico acuto
12				Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per stoke

* Fonte: J. Epidemiol. Community Health, 57:17-22, 2003

** Fonte: Arch. Intern. Med., 160: 1074-81, 2000

Di seguito sono stati rappresentati soli gli indicatori con una valutazione riconducibile direttamente all'attività erogata dall'azienda ospedaliera di Reggio Emilia.

PROPORZIONE D'INTERVENTI PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE ENTRO 2 GIORNI DAL RICOVERO

Significato dell'indicatore

Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana. Nella maggior parte dei casi sono causate da patologie croniche dell'osso (es. osteoporosi senile) e avvengono per traumi a bassa energia (cadute accidentali in ambiente domiciliare), prevalentemente in donne che alla condizione di grave osteoporosi associano molto spesso patologie internistiche e della coordinazione motoria.

Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore sia di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disa-

bilità del paziente, un aumento delle complicanze legate all'intervento, e una minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza molte delle linee guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore sia operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale.

Uno studio condotto in Italia e pubblicato nel 2010 mette in evidenza come la mortalità a trenta giorni, per i pazienti con età superiore a 65 anni operati per frattura di femore, sia due volte superiore nei pazienti operati dopo la seconda giornata di degenza rispetto ai pazienti operati entro due giorni.

Valori di riferimento / Benchmark

La percentuale d'interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con più di 65 anni viene monitorata a livello internazionale dall'OECD. Tale monitoraggio mostra che in paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 e il 2005, il valore dell'indicatore è superiore o prossimo al 90%, mentre in paesi come l'Italia e la Spagna è inferiore al 40%.

Andamento dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

La percentuale d'interventi di femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero evidenzia un sostanziale balzo in avanti rispetto agli anni precedenti. Il 65% dei pazienti dell'azienda ospedaliera rientra entro lo standard atteso, quasi in linea con la

media regionale (pubblico/privato), in costante crescita nel triennio. Anche la performance rilevata a livello dei presidi ospedalieri pubblici e privati della provincia di Reggio Emilia (66%) si pone tra i livelli più alti e sopra la media regionale e della performance di molte aziende territoriali regionali.

Tabella 2.3.51.a: % Interventi femore entro 2 giorni dal ricovero (fonte dati SDO)

AZIENDA DI RICOVERO	2011			2012			2013		
	N. CASI	TOTALE RICOVERI	%	N. CASI	TOTALE RICOVERI	%	N. CASI	TOTALE RICOVERI	%
A.O. Reggio Emilia	128	306	41,8%	158	292	54,1%	194	298	65,1%
A.O.U. Parma	232	422	55,0%	208	430	48,4%	226	458	49,3%
A.O.U. Modena	45	136	33,1%	47	156	30,1%	118	173	68,2%
A.O.U. Bologna	154	374	41,2%	173	352	49,1%	314	415	75,7%
A.O.U. Ferrara	118	313	37,7%	147	318	46,2%	118	274	43,1%
TOTALE REGIONALE	3.148	6.402	49,2%	3.691	6.648	55,5%	4.187	6.598	63,5%

N. CASI = Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni dall'ammissione in pazienti di età superiore a 18 anni.

TOTALE RICOVERI = Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore e intervento chirurgico in pazienti di età superiore a 18 anni.

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

Significato dell'indicatore

Negli ultimi 20-30 anni, in molti paesi europei ed extra-europei si è osservato un aumento della proporzione di parti mediante taglio cesareo con frequenze variabili che si collocano mediamente intorno al 20%. La prima raccomandazione ufficiale sulla percentuale appropriata di cesarei risale al 1985 a seguito di una consensus conference organizzata appositamente dall'OMS che concluse che il 10-15% di parti mediante taglio cesareo non doveva essere superato perché questo non avrebbe prodotto alcun beneficio aggiuntivo di salute per la madre e per il neonato. In Italia nel 1999 la proporzione di parti cesarei ha superato il 30% e continua a crescere nel tempo con notevoli variazioni regionali: 23% nel Friuli Venezia Giulia e 62% in Campania (dati del 2008). L'utilizzo inappropriato di una pratica assistenziale di provata efficacia quale il cesareo non ha prodotto miglioramenti sostanziali negli esiti perinatali per le donne e per i bambini. Al contrario le regioni con un tasso medio di cesarei più basso della media nazionale hanno bassa mortalità perinatale e morbidità neonatale rispetto alle regioni con alto tasso di cesarei. A tale proposito il Dipartimento della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ha previsto tra gli obiettivi dello

schema di Piano Sanitario Nazionale 2002- 2004 di "diminuire la frequenza dei parti per taglio cesareo e ridurre le forti differenze regionali attualmente esistenti, arrivando, entro il triennio, a un valore nazionale pari al 20% in linea con valori medi degli altri paesi europei". La FIGO nel 2002 ha prodotto delle Raccomandazioni sul parto cesareo senza indicazioni mediche concludendo che, alla luce delle evidenze disponibili, un cesareo senza indicazione medica non è eticamente giustificabile. Fra le condizioni cliniche che possano indicare un parto cesareo sono: parto cesareo in precedenti gravidanze, presentazione podalica, complicanze relative alla placenta o al cordone ombelicale, malattie a trasmissione sessuale, infezioni, peso del nascituro, gestosi, diabete, nefropatie.

Valori di riferimento / Benchmark

In Italia, dopo una vigorosa campagna del Ministero della Salute, la percentuale di cesarei nelle primipare si è assestata nel 2010 al 28,34%, ma nei reparti migliori tale percentuale scende al 4,45%.

Andamento dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Nell'anno 2013 i valori registrati presso l'azienda ospedaliera di Reggio Emilia (20,9%) mostrano un miglioramento dell'andamento dei cesarei nelle primipare rispetto al 2011

(23%), sfiorando di poco la media regionale (20,4%, in leggero aumento rispetto al 2012) e offrendo una performance migliore rispetto alle altre aziende ospedaliere. Continua l'ottima performance a livello dei presidi pubblici e privati della provincia di Reggio Emilia (15,8%).

Tabella 2.3.51.b: % Parti cesarei primari (fonte dati SDO)

AZIENDA DI RICOVERO	2011			2012			2013		
	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	TOTALE	%
A.O. Reggio Emilia	479	2.063	23,2%	404	1.994	20,3%	395	1.889	20,9%
A.O.U. Parma	640	2.336	27,4%	526	2.263	23,2%	490	2.164	22,6%
A.O.U. Modena	705	3.106	22,7%	566	2.849	19,9%	619	2.718	22,8%
A.O.U. Bologna	772	3.144	24,6%	857	3.250	26,4%	859	3.183	27,0%
A.O.U. Ferrara	301	1.353	22,2%	300	1.315	22,8%	316	1.299	24,3%
TOTALE REGIONALE	7.388	35.466	20,8%	6.835	34.485	19,8%	6.819	33.407	20,4%

N. CASI = Numero di parti con taglio cesareo primario di donne residenti in Regione.

TOTALE = Numero totale di parti di donne residenti in Regione.

PROPORZIONE D'INTERVENTI DI COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Significato dell'indicatore

La rimozione della colecisti per via laparoscopica rappresenta il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomia. La prima è tuttavia associata a una degenza ospedaliera e a una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto. Si ritiene pertanto che alte proporzioni rappresentino una migliore qualità delle cure. L'indicatore è anche tra quelli scelti nell'ambito del Progetto SiVeAS-Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Italiana- del Ministero della Salute.

Valori di riferimento / Benchmark

Non rilevato un valore di riferimento standard. Il sito dell'AHRQ riporta che attualmente nel 75% dei casi non complicati l'intervento di colecistectomia viene eseguito in laparoscopia. L'AHRQ raccomanda inoltre di aggiustare le proporzioni per sesso ed età.

Andamento dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Nel 2013 si mantiene ottima la performance dell'ASMN (95,9%) in termini d'interventi laparoscopici sul totale degli interventi di colecistectomia rispetto alla media regionale (92%). Al pari della media regionale, il valore raggiunto dall'AUSL reggiana (92,1%).

Tabella 2.3.51.c: % Interventi colecistectomia laparoscopica (fonte dati SDO)

AZIENDA DI RICOVERO	2011			2012			2013		
	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	TOTALE	%
A.O. Reggio Emilia	314	334	94,0%	352	366	96,25%	400	417	95,9%
A.O.U. Parma	365	393	92,9%	335	354	94,6%	359	372	96,5%
A.O.U. Modena	226	234	96,6%	192	202	95,0%	196	201	97,5%

AZIENDA DI RICOVERO	2011			2012			2013		
	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	TOTALE	%
A.O.U. Bologna	113	134	84,3%	123	139	88,5%	121	148	81,8%
A.O.U. Ferrara	114	141	80,9%	89	106	84,0%	76	100	76,0%
TOTALE REGIONALE	4.710	5.189	90,8%	4.897	5.322	92,0%	5.093	5.533	92,0%

N. CASI = Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.

TOTALE = Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia.

PROPORZIONE DI P.T.C.A. ESEGUITE ENTRO 1 GIORNO DALL'AMMISSIONE DI PAZIENTI CON UN EPISODIO DI S.T.E.M.I.

Significato dell'indicatore

L'angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) è ormai considerata il trattamento più appropriato per l'infarto miocardico acuto. È stato dimostrato che negli ospedali in cui viene eseguito un numero maggiore di PTCA, gli esiti per i pazienti sono superiori a quelli con minore esperienza. I vantaggi comprendono minore mortalità e necessità di ricorso a operazioni chirurgiche di bypass coronarico. Anche la tempistica di esecuzione, elemento essenziale per il successo della PTCA in urgenza, risulta migliore nelle strutture con un volume maggiore di procedure. Il numero di PTCA eseguito da un ospedale può, pertanto, riflettere la qualità dell'assistenza fornita.

Valori di riferimento / Benchmark

Le linee guida di due delle più importanti società di cardiologia a livello mondiale (l'American Heart Association e l'American College of Cardiology) stabiliscono che una struttura sanitaria dovrebbe eseguire ogni anno almeno 36 PTCA primarie (non programmate, quindi in urgenza alla presenza d'infarto miocardico acuto) e 200 PTCA totali, per mantenere la qualità e la sicurezza dell'assistenza offerta.

Andamento dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Continua anche nel 2013 l'ottimo risultato raggiunto dall'azienda ospedaliera di Reggio Emilia (77,8%). Il risultato raggiunto è nettamente superiore sia alla media regionale (70,8%) e anche delle altre aziende ospedaliere (eccezion fatta per Ferrara).

Tabella 2.3.51.d: Proporzione grezza di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI (fonte dati SDO)

AZIENDA DI RICOVERO	2011			2012			2013		
	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	% grezza	% aggiustata*
A.O. Reggio Emilia	253	354	71,5%	228	330	69,1%	326	79,1%	77,8%
A.O.U. Parma	228	333	68,5%	201	309	65,0%	280	70,4%	71,9%
A.O.U. Modena	121	236	51,3%	110	209	52,6%	247	70,4%	67,9%
A.O.U. Bologna	204	298	68,5%	211	300	70,3%	243	76,1%	76,8%
A.O.U. Ferrara	234	330	70,9%	192	272	70,6%	276	84,8%	80,6%
TOTALE REGIONALE	2.379	3.942	60,4%	2.237	3.718	60,2%	3.362	70,8%	70,8%

* Aggiusta per genere, età e comorbidità.

N. CASI = Numero di episodi con PTCA eseguita entro un giorno dall'ammissione.

TOTALE = Numero di episodi di STEMI.

PROPORZIONE DI RICOVERI NON PIANIFICATI AVVENUTI ENTRO 15 GIORNI DALLA DIMISSIONE.

Significato dell'indicatore

I pazienti con alcuni tipi di diagnosi tendono a essere di nuovo ricoverati, in maniera non pianificata e non aspettata, dopo la loro dimissione dall'ospedale. Questo può avere a che fare con la natura della loro patologia o con aspetti dell'assistenza ricevuta durante il primo ricovero. Una dimissione prematura, un'inadeguata pianificazione della dimissione, un ritardo nella pianificazione, una scarsa collaborazione del paziente, la mancanza di risorse sul territorio, l'insufficiente informazione al paziente possono essere cause di questo fenomeno. Alcune di queste cause sono sotto il controllo dell'ospedale mentre altre gli possono sfuggire. Benché una certa quota di riammissioni in ospedale sembri essere inevitabile, gli ospedali dovrebbero adoperarsi per ridurre il più possibile la frequenza delle riammissioni o, almeno, allungare gli intervalli fra i singoli

ricoveri. Indicatori simili fanno parte anche dei maggiori sistemi d'indicatori come quello australiano e quello statunitense.

Valori di riferimento / Benchmark

Nel sistema australiano degli indicatori l'intervallo è fissato a 28 giorni. Nel 2007 ben 310 ospedali hanno rilevato e conferito i dati, la media è dell'1,21%, con un notevole miglioramento rispetto ad anni precedenti (2,08% nel 2003).

Andamento dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

L'andamento di questo indicatore sui ricoveri ripetuti urgenti entro 15 giorni dal precedente non evidenzia per l'azienda ospedaliera di Reggio Emilia (1,6%) significativi miglioramenti, soprattutto in confronto alle performance migliori registrate sia a livello di media regionale (1,3%) che delle altre aziende ospedaliere regionali.

Tabella 2.3.51.e: % ricoveri urgenti entro 15 giorni dal ricovero indice (fonte dati SDO)

AZIENDA DI RICOVERO	2011			2012			2013		
	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	TOTALE	%
A.O. Reggio Emilia	418	22.045	1,9%	383	21.901	1,7%	345	20.991	1,6%
A.O.U. Parma	427	26.741	1,6%	430	27.673	1,6%	465	26.949	1,7%
A.O.U. Modena	281	22.297	1,3%	258	21.275	1,2%	261	20.776	1,3%
A.O.U. Bologna	571	33.151	1,7%	562	33.017	1,7%	582	33.082	1,8%
A.O.U. Ferrara	260	17.774	1,5%	223	15.919	1,4%	211	16.157	1,3%
I.O.R.	11	4.632	0,2%	28	4.686	0,6%	20	4.740	0,4%
TOTALE REGIONALE	5.929	419.989	1,4%	5.478	413.158	1,3%	5.430	405.031	1,3%

N. CASI = Numero di ricoveri avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione del ricovero indice con proposta di ricovero "urgente", attribuiti alla stessa MDC del ricovero indice e nella stessa struttura, di pazienti residenti in Regione.

TOTALE = Numero di ricoveri totali di pazienti residenti in Regione.

PROPORZIONE DI DECESSI ENTRO 30 GIORNI DA UN RICOVERO PER INFARTO MIOCARDICO ACUTO (I.M.A.)

Significato dell'indicatore

Trattamenti tempestivi ed efficaci sono essenziali per la sopravvivenza del paziente con infarto miocardico acuto (IMA). La terapia riperfusiva, se messa in atto correttamente e con la necessaria prontezza, comporta sia una diminuzione della mortalità sia un miglioramento della prognosi a breve e a lungo termine.

L'esito a breve termine del trattamento dell'IMA in assistenza ospedaliera può pertanto rappresentare un valido e riproducibile indicatore dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico terapeutico che inizia con il ricovero. La valutazione si riferisce all'intero processo assistenziale ospedaliero e non a una specifica unità organizzativa. L'indicatore viene calcolato come numero di morti entro 30 giorni dalla data di ammissione di un episodio di IMA ospedalizzato per 100 episodi di IMA ospedalizzati.

Valori di riferimento / Benchmark

L'alta mortalità iniziale sembra essere cambiata poco negli ultimi 30 anni; al contrario c'è stata una notevole riduzione della letalità dei casi trattati in ospedale. Da una letalità media a un mese del 18%, come evidenziava una revisione sistematica di studi sulla mortalità in era pre-trombolitica, nella metà degli anni '80 si è passati, con la diffusione dell'utilizzo di farmaci fibrinolitici, dell'aspirina e degli interventi di rivascolarizzazione coronarica, a una mortalità a 30 giorni del 6-7%, per lo meno nei trial di grandi dimensioni.

Andamento dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Nel triennio 2011-13 l'indice correlato al fenomeno dei decessi entro 30 giorni dall'Infarto Miocardico Acuto (IMA) mostra un peggioramento nei valori dell'ASMN (20,5% nel 2011 per episodi STEMI e 6,2% per episodi NSTEMI).

Tabella 2.3.51.f: Proporzione grezza di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI (fonte dati SDO)

AZIENDA DI RICOVERO	2011	2012		2013	
	%	% grezza	% aggiustata*	% grezza	% aggiustata*
A.O. Reggio Emilia	13,1	13,2	15,6	19,6	20,5
A.O.U. Parma	14,1	14,1	13,1	13,9	12,4
A.O.U. Modena	9,5	12,6	13,3	13,8	14,4
A.O.U. Bologna	13,1	11,3	11,8	9,5	8,9
A.O.U. Ferrara	19,1	15,7	15,3	9,8	12,9
TOTALE REGIONALE	15,0	14,0	14,0	13,9	13,9

* Aggiustata per genere, età e comorbidità.

Tabella 2.3.51.g: Proporzione grezza di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI (fonte dati SDO)

AZIENDA DI RICOVERO	2011	2012		2013	
	%	% grezza	% aggiustata*	% grezza	% aggiustata*
A.O. Reggio Emilia	4,2	3,4	3,8	6,3	6,2
A.O.U. Parma	5,5	5,6	6,1	4,5	5,3
A.O.U. Modena	8,3	3,8	4,1	3,3	4,6

AZIENDA DI RICOVERO	2011	2012		2013	
	%	% grezza	% aggiustata*	% grezza	% aggiustata*
A.O.U. Bologna	7,7	4,0	3,4	5,0	4,1
A.O.U. Ferrara	5,9	7,8	7,2	6,6	5,8
TOTALE REGIONALE	6,7	5,0	5,0	5,0	5,0

* Aggiustata per genere, età e comorbidità.

PROPORZIONE DI DECESSI ENTRO 30 GIORNI DOPO UN RICOVERO IN URGENZA PER ICTUS**Significato dell'indicatore**

L'ictus (o colpo apoplettico) e altre condizioni cerebrovascolari sono fra le prime cause di morte in molti paesi, dopo il cancro e le patologie cardiache. Molti pazienti che sopravvivono a un ictus rimangono disabili, l'impatto dell'ictus dipende da quale parte del cervello sia colpita e quanto sia grave il danno al tessuto cerebrale. Gli effetti possono andare da una lieve menomazione fino a una drammatica perdita di funzioni, come il linguaggio parlato, la mobilità, la vista e la memoria. Un trattamento dell'ictus che sia di buona qualità deve essere tempestivo ed efficace a prevenire la morte del tessuto cerebrale. Negli ultimi anni sono state redatte dagli esperti molte linee guida e raccomandazioni cliniche, basate sulle evidenze scientifiche, su come migliorare il trattamento dei pazienti affetti da ictus. Il tasso di mortalità rispecchia, da una parte, la gravità clinica dei pazienti, dall'altra l'efficacia reale e la qualità dell'assistenza. Dato che una parte non trascurabile dei decessi per ictus non avviene durante il ricovero ospedaliero, ma dopo, è opportuno rilevare la mortalità a una distanza di tempo che include anche una parte della fase riabilitativa, dentro o fuori dalla struttura ospedaliera.

Valori di riferimento / Benchmark

Il sistema d'indicatori clinici della Danimarca indica uno standard del 15%; per il confronto fra strutture va tenuto conto della gravità dei casi al momento del ricovero. La media regionale dell'Emilia Romagna nel 2009 era del 19,7%.

Andamento dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Per questo indice di mortalità la rilevazione è ferma all'anno 2012. Il risultato raggiunto è nettamente migliore sia alla media regionale (18,4%) sia ai valori rilevati presso le altre aziende ospedaliere regionali.

Tabella 2.3.51.h: % decessi entro 30 giorni per ictus (fonte dati SDO+REM) - L'indicatore non è aggiornato al 2013.

AZIENDA DI RICOVERO	2010			2011			2012		
	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	TOTALE	%
A.O. Reggio Emilia	115	755	15,2%	114	715	15,9%	103	655	15,7%
A.O.U. Parma	137	793	17,3%	90	742	12,1%	137	836	16,4%
A.O.U. Modena	12	74	16,2%	16	89	18,0%	14	83	16,9%
A.O.U. Bologna	116	548	21,2%	118	506	23,3%	119	467	25,5%
A.O.U. Ferrara	144	664	21,7%	147	705	20,9%	115	642	17,9%
TOTALE REGIONALE	1.832	9.816	18,7%	1.644	9.404	17,5%	1.710	9.305	18,4%

N. CASI = Numero di pazienti, di età ≥ 18 anni, deceduti entro 30 giorni a seguito di un ricovero in urgenza per ictus, residenti in Regione.

TOTALE = Numero di ricoveri in urgenza per ictus, di pazienti di età ≥ 18 anni residenti in Regione.

2.4

RICERCA E DIDATTICA

2.4.1 Ricerca

2.4.1.a) Progetti di Ricerca

Durante l'anno 2013, l'IRCCS-Arcispedale Santa Maria Nuova ha proseguito il consolidamento e l'organizzazione di un sistema finalizzato al governo delle attività di ricerca che permettesse di:

1. Fornire ai professionisti un supporto metodologico, scientifico e normativo all'attività di ricerca, sia in corso che in fase di pianificazione, con le seguenti modalità:
 - attraverso l'offerta di competenze di tipo specialistico (statistica, metodologia, data management, controllo di qualità dei dati, grant office)
 - attraverso la creazione di collaborazioni e condivisioni tra i professionisti dell'Ospedale
2. Favorire il continuo miglioramento della qualità dei progetti di ricerca e monitorarne lo stato di avanzamento;
3. Attivare flussi informativi che rispondano alle informazioni necessarie per la rendicontazione ministeriale (Work Flow della Ricerca).

Per sostenere queste attività, accanto al Registro della Ricerca, il Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica ha incrementato, attraverso l'Ufficio del Grant Office, la partecipazione ai bandi di ricerca, promossi da enti pubblici e privati, da parte di professionisti afferenti all'IRCCS-Arcispedale S.Maria Nuova.

Si rimanda al Capitolo 6, paragrafo 6.1.4 "Sviluppo della capacità di attrazione da parte dell'azienda di risorse finanziarie" e dalla tabella 6.2.1 per il dettaglio dei progetti di ricerca in corso per l'anno 2013.

Per quanto riguarda i progetti di ricerca attivi nell'ambito del contesto IRCCS, si rimanda al Capitolo 7, paragrafo 3.3 "Promozione della Ricerca" per il dettaglio dei progetti di ricerca in corso per l'anno 2013.

Si sottolinea che, secondo la classificazione ministeriale proposta all'interno del Work Flow della Ricerca, per:

- **Progetto** si intende tutto quello comunemente definito come studio epidemiologico-osservazionale o di ambito pre-clinico (questi ultimi riguardano sia aspetti genetici

che molecolari),

- **Trial** si intende uno studio clinico sperimentale.

La Ricerca Scientifica svolta dall'IRCCS-Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia nel corso dell'anno 2013 è stata rendicontata al Ministero della Salute nell'ambito della Ricerca Corrente 2014.

I progetti di ricerca totali in corso nell'anno 2013, nell'ambito della Ricerca Corrente ministeriale, sono complessivamente 94.

Qui di seguito vengono riepilogati, suddivisi per Linea di Ricerca, i progetti di ricerca per l'anno 2013, i cui risultati conseguiti sono stati riportati nella Relazione Scientifica Annuale inviata al Ministero della Salute l'11 Aprile 2014 attraverso il Work Flow della Ricerca:

- Linea di Ricerca 1: Pazienti con Patologia Oncologica Complessa: 22 progetti;
- Linea di Ricerca 2: Tecnologie Avanzate Diagnostiche e Terapeutiche: 31 progetti;
- Linea di Ricerca 3: Modelli Assistenziali Oncologici: 27 progetti;
- Linea di Ricerca 4: Bersagli e strategie terapeutiche innovative in Oncologia e Oncoematologia: microambiente, infiammazione, angiogenesi e immunità: 14 progetti.

2.4.1.b) di cui Progetti di Ricerca approvati formalmente dal Comitato Etico

Il Comitato Etico (CE) è "un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti che partecipano alle sperimentazioni cliniche." Tale definizione è sancita e ribadita dalla normativa vigente (D.M. 15.07.1997, D.Lgs. n. 211/2003, D.Lgs. n. 200/2007, D.M. 21.12.2007, D.M. 12.05.2006 e D.M. 08.02.2013) che discende da normativa europea.

Tale funzione di garanzia della salvaguardia dei diritti dei pazienti e i compiti precisi dell'organismo dettati dalla normativa, sono ormai estesi alle più diverse tipologie di progetti, ricomprendendo, pertanto, non solo gli studi clinici farmacologici e con dispositivi medici, particolarmente normati, ma a tutti gli studi interventistici e via via anche a studi di tipo osservazionale. Tale estensione è dovuta a diverse disposizioni dell'autorità regolatoria e ai singoli e specifici regolamenti e statuti dei CE cui è demandata la regolamentazione della propria attività e competenza, ovviamente sempre nel rispetto della normativa vigente. Da alcuni anni con l'intervento dell'Autorità del Garante della Privacy la competenza del Comitato Etico è stata ulterior-

mente chiamata ad esprimersi laddove presente un utilizzo di dati e di campioni dei pazienti nell'ambito di progetti di ricerca, con la chiara *ratio* della necessità di un'informativa corretta resa al paziente e della conseguente raccolta del consenso al trattamento dei propri dati/campioni per le finalità espressamente indicate nell'informativa stessa (D.Lgs. n. 196/2003, Disposizione n. 58/2008, Autorizzazione al trattamento dei dati genetici del 24.06.2011 come prorogata in data 12.12.2013, Autorizzazione generale al trattamento di dati personali effettuato per scopi di ricerca scientifica del 01.03.2012, come prorogata in data 12.12.2013).

Premesso quanto sopra, si coglie, pertanto, la obbligatorietà del rilascio del parere del Comitato Etico per tutti gli studi che coinvolgono pazienti, necessitando il loro consenso libero e correttamente informato.

Laddove, invece, il progetto di ricerca non coinvolga pazienti, né la raccolta o il trattamento dei suoi dati/campioni (ad. es. alcuni tipi di indagini-precliniche, ricerca organizzativa/sanitaria,...) non vi è necessità del parere del Comitato Etico, ma è comunque auspicabile la tracciabilità e il censimento di tali progetti in un Registro della Ricerca che contenga, quindi, le informazioni riguardanti sia progetti necessitanti del parere del CE, sia progetti che non necessitano di tale passaggio, e a tal proposito si rinvia al paragrafo che precede (2.4.1a), in cui tutte le diverse progettualità sono state considerate nelle varie tabelle rappresentate.

L'esigenza della tracciabilità degli studi e dei progetti condotti in ASMN viene garantita, già da diversi anni, dall'alimentazione di un database da parte della segreteria del Comitato Etico, divenuto provinciale dal 1° aprile 2007. Tale sistema informatico è stato nel 2008 sostituito dall'acquisizione di un nuovo database, arricchito di ulteriori e più accurate informazioni, costruito grazie allo sforzo sinergico dei componenti della segreteria. Annualmente e a fronte di richieste specifiche vengono prodotte svariate reportistiche, contenenti informazioni qualitative e quantitative relative all'intera casistica contenuta nell'archivio informatico. Inoltre, la segreteria è responsabile dell'inserimento nell'Osservatorio sulla Sperimentazione Clinica dell'AIFA e quindi in EUDRACT dei trials di cui è promotore l'azienda ASMN e l'AUSL, degli emendamenti a questi protocolli e dei loro avvisi e chiusure, ai sensi del D.Lgs n. 211/2003 e del D.M. 21.12.2007, che ha previsto precisi compiti, funzioni e responsabilità per le segreterie dei CE demandando alle stesse la sorveglianza accurata della correttezza della documentazione che devono produrre i promotori, ai sensi della normativa.

L'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica è attualmente ancora sospeso in attesa del nuovo sistema informatico che l'AIFA sta mettendo a punto, anche in ot-

temperanza al Decreto Legge n. 158/2012 (c.d. "Decreto Balduzzi") convertito con modifiche dall'art. 1 della L. 189/2012, che tra le diverse importanti novità introdotte annovera anche con l'art. 12, comma 12, l'obbligatorietà, a partire dal 01.07.2013, che tutti i flussi documentali relativi alla presentazione degli studi da parte dei Promotori, al rilascio dell'autorizzazione da parte dell'Autorità competente (ora AIFA), al rilascio del parere da parte del CE coordinatore e all'espressione del parere dei CE dei centri satelliti siano esclusivamente telematici.

Tale normativa ha, inoltre, con l'art. 12, comma 9, attribuito all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) le competenze in materia di sperimentazione clinica dei medicinali che erano, ai sensi del D.Lgs. n. 211/2003, dell'Istituto Superiore di Sanità. L'AIFA, pertanto, si avvale del predetto Istituto ai fini dell'esercizio delle funzioni trasferite, secondo modalità che verranno stabilite con decreto del Ministro della Salute, sentiti i due enti interessati.

Sono state, altresì, trasferite all'AIFA le competenze di cui all'art. 2, comma 1, lettera t), numeri 1) e 1-bis) del D.Lgs. n. 211/2003 che appartenevano in precedenza ai rappresentanti legali o loro delegati delle aziende sanitarie.

Altra importante novità è rappresentata dall'art. 12, comma 10, in cui viene previsto che ciascuna delle Regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano debbano riorganizzare entro il 30 Giugno 2013, i comitati etici istituiti nel proprio territorio, attenendosi ad alcuni criteri ivi indicati (CE per milione di abitanti; n. dei pareri unici rilasciati dai CE coordinatori). La competenza di tali organismi è stata normativamente ulteriormente ampliata ed estesa a tutte le tipologie di studi (anche se già in precedenza il CE era chiamato ad esprimersi su ogni studio o progetto di ricerca che coinvolgesse pazienti o loro dati/campioni), ad ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, all'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio di prodotti alimentari sull'uomo generalmente rimessa, per prassi internazionale, alla valutazione dei comitati, come sopra precisato. Infine, con Decreto del Ministro della salute dell'8 Febbraio 2013 (Criteri per la composizione e il funzionamento dei Comitati etici), su proposta dell'AIFA, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono stati dettati criteri per la composizione dei CE e per il loro funzionamento, abrogando le parti del precedente D.M. 12.05.2006 (Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali) sostituite dal nuovo Decreto, ma rimanendo in vigore nelle parti non innovate.

Pertanto, il 2013 ha assistito ad una riorganizzazione dei CE e una composizione degli stessi quasi totalmente rinnovata su tutto il territorio italiano. Le Regioni hanno riordinato e ridotto in maniera importante il numero dei CE, anche interpretando, a dir la verità, in maniera piuttosto diversificata il Decreto "Balduzzi" e il D.M. 08.02.2013.

In Emilia Romagna insistevano n. 9 CE a valenza per lo più provinciale, tranne due eccezioni rappresentate dai tre CE della provincia di Bologna (AOU S. Orsola Bologna/Imola, AUSL Bologna e IRCCS Rizzoli Bologna) e dall'unico CE dell'Area Vasta Romagna (Aziende USL di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini e IRCCS/IRST di Meldola), frutto dell'idea e del lavoro del compianto Prof. Alessandro Liberati che colse l'occasione assegnata alle Regioni dal su citato D.M. 12.05.2006 per dare concreta operatività ad uno degli strumenti di governance della ricerca, riducendo il numero dei CE da 16 a 9 anche al fine di migliorarne il funzionamento.

Pertanto la Regione ER si trovava già dal 2007 in una posizione abbastanza vicina a quanto richiesto dal D.L. 158/2012 (Decreto "Balduzzi"), convertito con modifiche in L. 189/2012, sia come parametri sia, soprattutto, come livello di efficienza attesa e anche di coordinamento interno: i lavori di riorganizzazione realizzati a partire dal 2007 erano stati oggetto di un documento tecnico di sintesi (Dossier ASSR n. 183/2009: I Comitati etici in Emilia Romagna) realizzato dall'ASSR in collaborazione con i referenti delle segreterie dei CE regionali. Sin da allora era emersa una comune esigenza di darsi un "coordinamento" inteso come momento regolare di confronto in particolare sull'attività principale dei CE e cioè un confronto sui pareri espressi e sulle problematiche legate alla variabilità dei pareri e degli approcci nella valutazione dell'etica degli studi clinici, ma anche e soprattutto come favorire una partecipazione attiva e responsabile dei pazienti/cittadini alla ricerca.

Nel Febbraio 2013 l'ASSR istituì un tavolo di lavoro costituito dai rappresentanti di segreterie e CE, coordinato da un gruppo tecnico, auspicando che si potesse formalizzare un momento di confronto a livello regionale al fine di verificare la possibilità di ridurre ulteriormente gli organismi, tenendo però conto della loro peculiarità intrinseca e locale e senza minarne l'efficienza, pur nel rispetto della "ratio" della su citata normativa.

Il lavoro è stato lungo e travagliato e la proposta del gruppo di lavoro al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali fu quello di n. 7 CE, di cui alla Delibera di GR n. 996 del 15.07.2013 (Riorganizzazione dei Comitati Etici della Regione Emilia-Romagna" pubblicata sul BUR n. 241 del 14.08.2013), tenendo conto dei volumi di attività e della di-

mensione delle possibili fusioni. L'unico accorpamento ha riguardato il CE dell'AUSL di Bologna e l'A.O.U. di Ferrara. Con l'occasione l'ASSR fornì anche specifici criteri di nomina dei CE, ai sensi del D.M. 8 Febbraio 2013 (Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici). Dopodiché furono costituiti i nuovi CE. È recente la notizia che i CE sono ritornati a n. 9 per lo scorporo del CE dell'AUSL di Bologna e dell'A.O.U. di Ferrara.

Di seguito (Tabella 2.4.1) si presenta il numero complessivo degli studi che nel biennio 2012-2013 sono stati attivati presso l'IRCCS/ASMN a seguito di approvazione formale da parte del CE provinciale.

Tabella 2.4.1: Numero complessivo degli studi 2012-2013

REPARTO	ANNO		TOTALE
	2012	2013	
Anatomia Patologica	0	6	6
Anestesia e Rianimazione	1	2	3
Angiologia	1	5	6
Autoimmunità, Allergologia e Biotecnologie Innovative	1	0	1
Cardiologia	3	7	10
Cardiologia Interventistica	4	6	10
Chirurgia Toracica	0	2	2
Chirurgia Vascolare	0	1	1
Dermatologia	5	4	9
Direzione Professioni Sanitarie/CdL Infermieristica	6	5	11
Direzione Scientifica IRCCS/ASMN	0	2	2
Ematologia	19	15	34
Endocrinologia	1	0	1
Fisica Medica	0	2	2
Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva	2	2	4
Genetica Clinica	2	0	2
Geriatría	2	1	3
Ginecologia Chirurgica Oncologica	2	0	2
Laboratorio Biologia Molecolare	3	3	6
LACC e Trasfusionale C. né Monti	0	1	1

REPARTO	ANNO		TOTALE
	2012	2013	
Malattie Infettive	1	5	6
Medicina Fisica e Riabilitativa	1	3	4
Medicina I	2	3	5
Medicina II	0	1	1
Medicina III	1	2	3
Medicina Nucleare	1	2	3
Medicina Trasfusionale	0	2	2
Nefrologia e Dialisi	3	0	3
Neonatologia	1	3	4
Neurologia	5	6	11
Oculistica	7	6	13
Oncologia	25	19	44
Ostetricia e Ginecologia	0	4	4
Otorinolaringoiatria	0	3	3
Pediatria	1	1	2
Pneumologia	2	4	6
Radiologia	2	0	2
Radioterapia	6	2	8
Reumatologia	7	8	15
Riabilitazione Cardiologica C. né Monti	0	3	3
Ricerca Traslationale	0	5	5
Unità di Cure Palliative	0	1	1
U.D.G.E.E.	4	2	6
TOTALE	121	149	270

Nella tabella 2.4.2 gli studi approvati e avviati nel biennio 2012-2013 sono presentati per Dipartimento. La situazione è disomogenea, ma vede una prevalenza di progetti relativi alle strutture afferenti al Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate (46% del totale degli studi) come si evince anche dalla tabella (numero tabella) che raccoglie e classifica gli stessi studi per Dipartimento e Tipologia di Studio (Osservazionale, Sperimentale, Genetico).

Tabella 2.4.2: Studi approvati e avviati nel biennio 2012-2013

DIPARTIMENTO	ANNO		TOTALE
	2012	2013	
Direzione Prof. Sanitarie/CdL in Infermieristica	6	5	11

DIPARTIMENTO	ANNO		TOTALE
	2012	2013	
Direzione Scientifica IRCCS/ASMN	0	3	3
Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare e di Area Critica	10	25	35
Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistiche	8	9	17
Dipartimento Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio	3	2	5
Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica	0	5	5
Dipartimento Medicina Interna e Specialità Mediche	21	28	49
Dipartimento Neuro-Motorio	8	10	18
Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate	56	52	108
Dipartimento Ostetrico Ginecologico e Pediatrico	9	10	19
TOTALE	121	149	270

Dalla Tabella 2.4.3, che presenta la distribuzione degli studi approvati nell'anno 2013, per Dipartimento e per Tipologia (Osservazionale, Sperimentale, Genetico), si evince che per il 54% dei casi si tratti di studi a carattere osservazionale (ossia che non implicano un intervento diretto sul paziente di tipo sperimentale, o una modifica della pratica clinica corrente), mentre nel 38% dei casi si tratta di studi proposti per la valutazione di farmaci, dispositivi, strategie terapeutiche, percorsi di cura secondo un approccio sperimentale (disegno sperimentale).

Si nota un considerevole aumento degli studi osservazionali rispetto al 2012, nonché un sensibile seppur attenuato decremento degli studi sperimentali aventi ad oggetto indagini farmacologiche, su dispositivi e di intervento (circa -17%). Tale inflessione è causata, con molta probabilità, dalla tendenza a surrogare, con l'informazione proveniente dalla pratica clinica, l'informazione che avrebbe dovuto essere cercata prima dell'immissione del farmaco o del dispositivo in commercio. Il timore è rappresentato dal fatto che gli Sponsor tendino a cercare comunque un mercato, senza indagare in fase sperimentale le informazioni sul reale beneficio clinico per il paziente.

Occorre, tuttavia, sottolineare che sono in aumento gli studi sperimentali aventi ad oggetto dispositivi medici.

Tabella 2.4.3: Distribuzione degli studi per dipartimento e tipologia

DIPARTIMENTO	PROGETTI		TRIALS	TOTALE
	Genetico	Osservazionale	Sperimentale	
Direzione Prof. Sanitarie/ CdL in Infermieristica	0	5	0	5
Direzione Scientifica IRCCS/ASMN	0	2	1	3
Dipartimento Cardio- Toraco-Vascolare e di Area Critica	0	14	11	25
Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistiche	0	4	5	9
Dipartimento Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio	0	2	0	2
Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica	4	1	0	5
Dipartimento Medicina Interna e Specialità Mediche	1	14	13	28
Dipartimento Neuro- Motorio	0	7	3	10
Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate	7	22	23	52
Dipartimento Ostetrico Ginecologico e Pediatrico	0	10	0	10
TOTALE	12	81	56	149

La tabella di seguito (Tabella 2.4.4) mostra l'andamento degli studi, suddivisi per promotore con un confronto statistico 2012-2013, presenti nei diversi dipartimenti.

Tabella 2.4.4: Studi per promotore

PROMOTORE	ANNO		TOTALE
	2012	2013	
No Profit - Altro	2	5	7
No Profit - Associazione Scientifica	29	16	45
No Profit - Azienda Sanitaria	55	83	138
No Profit - ISS	0	2	2

PROMOTORE	ANNO		TOTALE
	2012	2013	
No Profit - MdS	1	0	1
No Profit - Regione Università	1	0	1
No Profit - Università	7	7	14
Profit	26	36	62
TOTALE	121	149	270

Si conferma la tendenza, già evidente da alcuni anni, dell'aumento significativo degli studi indipendenti e cioè a Promotore No-Profit (fondazioni, gruppi cooperativi, strutture ospedaliere...) a cui si accompagna una riduzione degli studi promossi direttamente dall'industria (case farmaceutiche, biomedicali, ...), anche se si sta osservando una ripresa in aumento di tali studi, contribuendo in tal modo anche ad aumentare il volume di attività della segreteria e l'impegno del CE.

Infine, si ritiene importante sottolineare la tendenza, anche nel 2013, di un aumento degli studi/progetti "investigator-driven", probabilmente dovuto allo stimolo all'attività di ricerca generato dal riconoscimento dell'Azienda Ospedaliera in Istituto di Ricerca di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia, con D.M. 12.04.2011. Tale incremento è riferito anche a strutture dell'Azienda Ospedaliera non facenti parte del Presidio IRCSS, a comprova dello stimolo fornito dal citato riconoscimento anche ad altri ambiti di ricerca. Altro importante elemento di novità è un, se pur modesto, aumento di studi promossi da ricercatori delle professioni sanitarie, che dalla osservazione costante della pratica routinaria hanno inteso indagare e sviluppare quesiti di ricerca volti alla cura del dolore, all'attenuazione di disagi e fastidi procurati da procedure diagnostiche/terapeutiche; ricerca più rivolta alle persone e alla loro assistenza che alla patologia (dolore, disagio) e quindi allineata con la specifica missione/professionalità infermieristica.

2.4.1.c) Finanziamenti

Per quanto riguarda la capacità di attrarre risorse finanziarie nel triennio 2011-2013 l'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia ha ricevuto finanziamenti pubblici e privati indipendenti per un importo complessivo di circa 17.074.983 euro (Tabella 2.4.5), quali contributi regionali e ministeriali relativi alla ricerca, quali studi finanziati da Università, Regione, Ministero, nonché finanziamenti relativi alla ricerca indipendente commissionata da privati (sperimentazioni/studi clinici).

Tabella 2.4.5: Finanziamenti nel triennio 2011-2013 (AO Reggio Emilia)

TIPOLOGIA	2011	2012	2013
Finanziamenti pubblici italiani (Atenei, Ministeri RER, ecc.)	300.294	2.083.340	2.626.077
Finanziamento RER a sostegno di attività di ricerca e innovazione	2.250.000	1.895.919	3.500.000
Finanziamenti privati italiani (Fondazioni, associati, ecc.)	567.470	155.482	527.284
Ricerca commissionata	1.045.000	1.073.870	1.050.246
TOTALE	4.162.764	5.208.611	7.703.608

Nel triennio 2011-2013 si segnalano in particolare, per entità economica:

- il finanziamento regionale alla rete regionale degli IRCCS e dei centri di riferimento (2.250.000,00 E per l'anno 2011, 1.250.000 E per l'anno 2012 e 3.250.000 per l'anno 2013);
- il finanziamento della Fondazione Veronesi per l'anno 2012 (E 55.000) relativo al progetto "Genomic, morphological and functional diversity in elderly melanoma patients";
- i progetti di ricerca Regione/Università 2010-2012 dal titolo:
 - Valutazione della efficacia di un intervento precoce di medicina palliativa in pazienti con cancro in diversi stadi di malattia - Az.Osp. Policlinico di Modena (E 158.350 biennale - due unità operative coinvolte);
 - Use of biomarkers and gene expression profiles to identify cancer patients with different prognosis and sensitivity to molecular targeted agents - Az.Osp. Policlinico di Modena (E 103.400 biennale - due unità operative coinvolte);
 - Recognition, diagnosis and therapy of mitochondrial disorders in neurological services of the Emilia Romagna region (ER-MITO) - Az.USL di Bologna IRCCS Istituto di Neuroscienze (E 161.700);

- il finanziamento da parte del Ministero della Salute nell'ambito del Programma CCM (Centro Nazionale Prevenzione e Controllo Malattie) dei seguenti progetti dal titolo:
- Studio osservazionale prospettico sulla preservazione della fertilità nelle pazienti giovani con patologia oncologica - IRCCS Osp.San Martino di Genova (E 40.000 - biennale).
- Il percorso della gestione del rischio individuale su base familiare del tumore del colon retto - ASSR Regione Marche (E 51.000 biennale).
- il finanziamento da parte del Ministero della Salute nell'ambito del Bando Ricerca Finalizzata 2011/2012 del seguente progetto dal titolo:

- Rete IRCCS/ID per l'Europa: struttura e governance a supporto delle attività di internazionalizzazione in ambito UE del Ministero della salute (E 500.000 per 24 mesi) capofila;

Il finanziamento totale ottenuto da progetti di ricerca che sono stati approvati a livello regionale, nazionale ed europeo da parte di Enti finanziatori pubblici e privati è pari ad E: 3.674.593,00 e si riferisce al triennio 2011-2013.

Si precisa che i finanziamenti vengono erogati in tranches secondo le percentuali stabilite dall'Ente finanziatore e riportate nelle relative Convenzioni Economiche sottoscritte nella fase di avvio progetto. Per alcuni progetti approvati nel corso del 2013, la prima tranche di finanziamento viene erogata nell'anno 2014.

Per quanto riguarda la ricerca commissionata, le unità operative maggiormente coinvolte nell'anno 2013 sono state:

- U.O Oncologia per un totale pari a circa E 259.840,49;
- Cardiologie (U.O. Cardiologia Degenza + U.O. Cardiologia Interventistica per un totale pari a circa E 173.098,59;
- UO Angiologia per un totale pari a circa E 105.627;
- U.O. Ematologia per un totale pari a circa E 179.174,61.

2.4.1.d) Pubblicazioni

L'insieme delle Pubblicazioni riveste un notevole valore, poiché nella maggior parte dei casi si tratta di letteratura pubblicata su riviste scientifiche di rilievo internazionale il cui fattore d'impatto raggiunge spesso valori meritevoli di particolare attenzione.

Qui di seguito sono riportate (Tabella 2.4.6) le Pubblicazioni prodotte per l'anno 2013 divise per Dipartimento per l'Arcispedale S. Maria Nuova nel complesso. Per le pubblicazioni prodotte dall'IRCCS si rimanda al § 7.3.4.

Le pubblicazioni divise per Dipartimento hanno un numero relativo maggiore, perché rappresentano il prodotto della collaborazione di più Strutture Complesse e Unità Operative allo stesso articolo scientifico; quindi più professionisti afferenti a Strutture in Dipartimenti diversi possono aver contribuito alla stessa pubblicazione scientifica.

Tabella 2.4.6: Pubblicazioni per dipartimento anno 2013

PUBBLICAZIONI ASMN 2013

140 pubblicazioni

DIPARTIMENTI	N. Pubblicazioni 2013
CARDIO TORACO VASCOLARE E DI AREA CRITICA	
Cardiologia Degenza	8
Cardiologia Interventistica	9
Chirurgia Toracica	3
Pneumologia	2
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICHE	
Chirurgia Generale 2	1
Endocrinologia	1
Otorinolaringoiatria	3
Urologia	1
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MEDICINA DI LABORATORIO	
Autoimmunità, Allergologia e Biotecnologie Innovative	1
Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e di Endocrinologia	3
Laboratorio Microbiologia	7
Radiologia	7
EMERGENZA URGENZA	
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	15
INFRASTRUTTURA RICERCA E STATISTICA	
Infrastruttura Ricerca Qualità e Statistica	3
MEDICINA INTERNA E SPECIALITA' MEDICHE	
Angiologia	3
Dermatologia	18
Malattie infettive	5
Medicina I	1
Medicina II	2
Medicina III	1

DIPARTIMENTI	N. Pubblicazioni 2013
Nefrologia e Dialisi	2
Reumatologia	33
NEUROMOTORIO	
Geriatría	2
Neurologia	1
ONCOLOGICO E TECNOLOGIE AVANZATE	
Anatomia Patologica	13
Centro di Citologia Cervicovaginale di Screening	1
Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva	2
Medicina Nucleare	8
Radioterapia	1
OSTERICO GINECOLOGICO PEDIATRICO	
Genetica Clinica	7
Ginecologia Chirurgica Oncologica	8
Neonatologia	8
Neuropsichiatria Infantile	3
Ostetricia e Ginecologia	12
Pediatria	4
Unità di Riabilitazione delle Gravi Disabilità Infantili dell'Età Evolutiva	1
DIREZIONE SCIENTIFICA	
Direzione Scientifica	5

2.4.2 Didattica

L'importanza dell'acquisizione di competenze e abilità nella formazione, porta le Aziende Ospedaliere a essere un naturale laboratorio didattico per tutti gli studenti delle Facoltà Universitarie favorendo, con il tirocinio pratico, l'acquisizione delle competenze di base e/o specialistiche, nonché il primo contatto/ confronto professionale con l'organizzazione sanitaria; elementi indispensabili per la preparazione all'esercizio della professione.

Per ciò che concerne l'attività di docenza d'aula, segnaliamo che sono coinvolti diversi professionisti/dipendenti dell'ASMN, alcuni con tempo di lavoro totalmente dedicato, come per i tutor dei corsi di laurea (Scienze infermieristiche, Tecnici di radiologia e Fisioterapisti); altri, come i tutor degli specializzandi, dedicano all'attività di didattica solo tempo extra-lavoro. L'attività segnalata per gli specializzandi non è solo rivolta alle discipline specialistiche di

Medicina e Chirurgia, ma anche ai corsi di laurea in Fisica, Biologia, Biotecnologie, Chimica, Psicologia e Logopedia.

Per quanto riguarda la formazione di base, sono solo le lauree delle professioni sanitarie a essere strutturate e collegate all'Azienda Ospedaliera; per gli altri corsi di laurea, l'Azienda e i suoi Professionisti, seguono solo i corsi di specializzazione.

2.4.2.a) Corsi di laurea delle Professioni sanitarie

Corso di laurea in Infermieristica (tab. 2.4.7):

Sono attivi tre corsi di laurea (1°, 2° e 3° anno) con un numero di 397 allievi iscritti e frequentanti, riferiti all'anno accademico 2013/2014, suddivisi in: 147 al 1° anno, 139 al 2° anno e 111 al 3° anno. La suddivisione fra donne e uomini vede iscritti e frequentanti 286 donne (72%) a fronte di 111 (28%) uomini.

Tabella 2.4.7: CDL Infermieristica

	1° ANNO	2° ANNO	3° ANNO
	107 femmine 40 maschi	101 femmine 38 maschi	78 femmine 33 maschi
Abruzzo	-	2	-
Basilicata	1	1	1
Calabria	-	-	1
Campania	5	6	7
Emilia-Romagna	118 di cui: Modena: 34 Reggio Emilia: 81 Bologna: 1 Parma: 2	90 di cui: Modena: 17 Reggio Emilia: 73	81 di cui: Modena: 12 Reggio Emilia: 68
Friuli Venezia Giulia	-	1	-
Liguria	-	1	-
Lombardia	-	-	-
Marche	-	-	1
Molise	-	-	-
Piemonte	-	1	-
Puglia	14	26	11
Sardegna	-	1	-
Sicilia	8	10	6
Toscana	-	-	2

	1° ANNO	2° ANNO	3° ANNO
	107 femmine 40 maschi	101 femmine 38 maschi	78 femmine 33 maschi
Umbria	-	-	-
Stranieri	Cittadini comunitari: 1 Cittadini extracomunitari: 8 di cui: Reggio Emilia: 4 Modena: 4 Parma: 1	Cittadini comunitari: 2 Cittadini extracomunitari: 5 di cui: Reggio Emilia: 4 Modena: 2 Udine: 1	Cittadini comunitari: 0 Cittadini extracomunitari: 4 di cui: Reggio Emilia: 3 Pesaro Urbino: 1
TOTALE	147	139	111
TOTALE maschi / femmine	TOTALE STUDENTI ISCRITTI 397		FEMMINE 286 MASCHI 111

Corso di laurea Magistrale (tab. 2.4.8):

Sono stati attivati due corsi di laurea Magistrale con un numero di 54 allievi iscritti di cui 25 iscritti al primo anno e 29 al secondo anno. Per quanto riguarda la provenienza si evidenzia che il bacino di riferimento è quasi esclusivamente la regione Emilia-Romagna, con 9 allievi da Reggio Emilia e 17 da Modena; seguono poi Bologna 5, Forlì-Cesena 5, Piacenza e Ferrara con 1, Rimini e Ravenna con 2. Gli studenti fuori regione sono 9, di cui: 3 Campagna, 2 Puglia e 1 da Piemonte, Marche, Molise e Veneto.

Tabella 2.4.8: Corso di laurea Magistrale

	1° ANNO	2° ANNO
	femmine: 21 maschi: 4	femmine: 17 maschi: 12
Emilia-Romagna	20 di cui: Reggio Emilia 6 Modena 5 Ferrara 1 Forlì-Cesena 3 Ravenna 1 Rimini 2	26 di cui: Reggio Emilia 3 Modena 12 Bologna 5 Piacenza 1 Forlì-Cesena 2 Ravenna 1
Campania	1	2
Marche	1	-
Puglia	2	-
Piemonte	-	1
Molise	-	1
Veneto	1	-
TOTALE	25	29

**Corso di laurea Tecnici di Radiologia Medica
Immagini e Radioterapia (tab. 2.4.9):**

La riduzione a 30 posti d'accesso programmato, dall'anno accademico 2010/2011 e il trasferimento della sede dell'intero corso di laurea al presso l'azienda ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena è conseguenza della decisione regionale / nazionale correlata al calo del tasso d'occupazione dei neo-laureati. L'ASMN è divenuto solo sede di tirocinio e offre, al corso di laurea in oggetto, solamente funzioni di tutoraggio.

Per L'anno accademico 20123/2014, sono stati attivati tre corsi di laurea (1°, 2° e 3° anno) con un numero di 64 allievi, di cui 62 studenti risultano iscritti secondo il nuovo ordinamento didattico D.M. 270, a questi si aggiungono 2 studenti iscritti al 3° anno fuori corso in base al vecchio ordinamento didattico D.M 509.

Gli studenti sono assegnati in tirocinio in numero uguale presso le strutture sanitarie formative di Modena e di Reggio-Emilia; la sede di tirocinio rimane invariata per tutta la durata del percorso di studio. La definizione della sede di tirocinio (MO-RE) di ogni studente, immatricolato al 1°anno, è stabilita ad inizio anno accademico mediante l'utilizzo della graduatoria di merito della prova di ammissione.

Con specifico riferimento alla provenienza, gli iscritti, per l'anno accademico 2013/2014, sono così suddivisi:

- 38 studenti provenienti dalla Provincia di Modena
- 13 studenti provenienti dalla Provincia di Reggio Emilia
- 2 studenti provenienti dalla Regione Emilia Romagna escluse Modena e Reggio Emilia
- 1 studente proveniente dalla Regione Lombardia
- 1 studente proveniente dalla Regione Veneto
- 4 studenti provenienti dalla Regione Puglia
- 5 studenti provenienti dalle Altre Regioni.

Tabella 2.4.9: Corso di laurea Tecnici di Radiologia Medica- Tabella riassuntiva

	1° ANNO	2° ANNO	3° ANNO
Basilicata	-	-	-
Calabria		-	-
Campania		1	-
Emilia-Romagna	17 di cui: Modena:10 Reggio Emilia:6 Parma: 1	16 di cui: Modena: 12 Reggio Emilia: 4	20 di cui: Modena: 16 Reggio Emilia: 3 Parma: 1
Veneto	1		
Lombardia	-	-	1
Puglia	2	1	1
Sicilia	-	-	3
Sardegna	-	1	-
TOTALE	20	19	25

2.4.2.b) La formazione

Le Docenze

Le docenze, ricoperte da dipendenti dell'Arcispedale S. Maria Nuova, sono assegnate attraverso incarichi annuali conferiti mediante selezione per titoli ed esami (come da accordi attuativi locali); nello specifico sono le materie relative alla sfera professionale (MED 33, 45, 47, ... FIS/07 ...) a essere soggette a tale modalità per il conferimento dell'incarico di docenza.

La necessità di attingere al mondo lavorativo, per il completamento del percorso professionalizzante, integra un'esigenza dell'università con il desiderio delle organizzazioni lavorative di entrare maggiormente in sinergia con l'ambito formativo. Le docenze assegnate sono quantificabili in: 17 docenze per la laurea in infermieristica e 9 (di cui 3 AUSL-RE) per la laurea in tecnici di radiologia medica. Le ore assegnate, riportate nella tab. 2.4.10 per ogni insegnamento, sono conformi al piano di studi previsti per ogni corso di laurea.

Leggermente differente risulta essere l'assegnazione delle docenze (4) per la laurea magistrale; l'assegnazione avviene per chiamata diretta, da parte del presidente del corso di laurea, previo contatto con le direzioni generali delle due aziende (ASMN e AUSL).

Il numero di docenti dipendenti SSR, rispetto al totale dei docenti per corso di laurea, è ampiamente rappresentato in tutti i tre corsi attivati, con percentuali sovrapponibili: rile-

viamo un 43% nel corso di laurea in radiologia medica, un 43% nel corso di laurea magistrale e un 45% nel corso di laurea in infermieristica.

Tabella 2.4.10: Ore di docenza personale dipendente ASMN

N° DOCENTI	DOCENZA	N° ORE
DOCENTI DIPENDENTI ASMN LAUREA TRIENNALE INFERMIERISTICA		
17	Infermieristica Generale - 1° anno (MED/45)	24
	Metodologia Infermieristica - 1° anno (MED/45)	24
	Semeiotica Infermieristica - 1° anno (MED/45)	24
	Infermieristica applicata ai percorsi diagnostici-terapeutici - 1° anno (MED/45)	36
	Informatica (INF/01) - 1° anno	24
	Infermieristica in Area Medica - 2° anno (MED/45)	36
	Malattie dell'apparato locomotore - 2° anno (MED/33)	12
	Geriatrica e Gerontologia - 2° anno (MED/09)	24
	Neurologia - 2° anno (MED/26)	12
	Infermieristica nella cronicità ed educazione terapeutica - 2° anno (MED/45)	36
	Infermieristica in terapia intensiva ed emergenza territoriale - 3° anno (MED/45)	36
	Statistica Medica - 3° anno (MED/01)	12
	Evidenze scientifiche per l'infermieristica - 3° anno (MED/45)	24
	Assistenza Ostetrica - 3° anno (MED/47)	12
	Infermieristica Pediatrica - 3° anno (MED/45)	12
	Economia Sanitaria - 3° anno (SECS-P/10)	12
	Etica e deontologia- 3° anno (MED/45)	24
	Organizzazione dei processi assistenziali - 3° anno (MED/45)	24

N° DOCENTI	DOCENZA	N° ORE
DOCENTI DIPENDENTI ASMN LAUREA MAGISTRALE		
4	Formazione e ricerca nelle organizzazioni sanitarie (2° modulo) - 1° anno (M- PED/03)	9
	Teoria e pratica dell'organizzazione e della programmazione sanitaria (2° modulo) - 2° anno (MED/42)	6
	Scienze infermieristiche applicate ai processi organizzativi, di qualità e di coordinamento assistenziale (2° modulo)- 2° anno (MED/45)	15
	Organizzazione aziendale (SECS-P/07) - 2° anno	12
DOCENTI DIPENDENTI ASMN - LAUREA TRMIR		
6		
DOCENTI DIPENDENTI AZIENDA-AUSL-RE LAUREA TRMIR		
3		

Tabella 2.4.11: N° di docenti dipendenti

CORSO DI LAUREA	N° DOCENTI	di cui DIPENDENTI SSR
TRIENNALE INFERMIERISTICA	58	26
MAGISTRALE	49	21
TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA	42	18

Tutor Aziendali

I tutor, dei diversi corsi di laurea dipendenti Aziendali, distaccati presso l'università sono 23 (tab. 2.4.12); la loro attività è rivolta sia all'insegnamento/didattica che a supporto del tirocinio clinico, sviluppando le indicazioni fornite dai relativi Consigli dei Corsi di Laurea. Gli studenti sono assistiti, dai tutor aziendali, nel loro percorso di inserimento nelle varie strutture di apprendimento e nelle attività pratiche svolte, per favorire l'acquisizione di conoscenze, abilità psicomotorie, abilità attitudinali e sviluppo di competenze; secondo una pianificazione capace di integrare diverse metodologie didattiche e valori etico/deontologici. La preparazione deve pertanto toccare gli aspetti cognitivi, psico-motori, emotivi e di orientamento al contesto clinico

(teoria, esami di profitto, laboratorio didattico, laboratorio pre-clinico, tirocinio clinico); la collaborazione fra sistema formativo e sistema sanitario risulta conseguentemente vitale per la realizzazione di percorsi di tirocinio generativi del ruolo professionale.

L'apprendimento nella clinica non si realizza per casualità, ma necessita di pianificazione, contrattazione, supervisione, riflessione e valutazione: è indispensabile governare i percorsi formativi sul campo e le strategie di apprendimento complessive. Gli elementi che sembrano qualificare maggiormente l'esperienza clinica, riportate dalla letteratura, sono: la qualità della funzione tutoriale, le condizioni organizzative, le relazioni educative, l'ambiente di apprendimento, la qualità della valutazione.

Pertanto acquisisce rilevanza, per il percorso di apprendimento e la necessaria ed auspicata sinergia fra lezioni accademiche e sperimentazione pratica, l'opera dei tutor con: contatto e confronto con strutture accoglienti, gestione organizzativa degli inserimenti, supporto ai docenti, incontri con i discenti per definizione delle necessità formative a supporto/integrazione, impegno in attività formative elargite mediante laboratori, seminari, corsi monotematici.

Particolare attenzione è posta dall'Azienda all'inserimento degli studenti nel contesto organizzativo per il completamento dell'iter formativo; l'impegno, concordato con l'Ateneo, prevede anche l'individuazione, la formazione, il coinvolgimento e la "manutenzione" delle guide di tirocinio aziendali. Consapevoli della necessità di valorizzare i professionisti impiegati, si sono potenziati i rapporti con il mondo universitario per definire competenze e conoscenze necessarie all'inserimento corretto e responsabile dei discenti nell'organizzazione lavorativa. Tale confronto e reciproco supporto, hanno permesso di migliorare le modalità d'inserimento degli studenti favorendo l'acquisizione delle competenze specifiche richieste dal ruolo e auspiccate dai contesti organizzativi.

Per il completamento formativo, l'ASMN mette a disposizione circa 250 dipendenti con funzioni di "guida di tirocinio"; nello specifico i professionisti coinvolti per i tirocini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica sono 85 (individuati tra azienda USL e ASMN), mentre i professionisti Infermieri coinvolti per l'inserimento degli allievi dei corsi di laurea sono circa 200 interni all'ASMN.

Tabella 2.4.12

CORSO DI LAUREA	TUTOR	SPECIFICHE
Corso di Laurea Infermieristica dipendenti SSR ASMN	19	- 1 coordinatore - 12 a tempo pieno - 1 riduzione oraria per permessi sindacali - 1 a 24 ore per permesso cariche politiche - 1 part-time ciclico - 2 a 25 ore - 1 a 30 ore - 1 riduzione oraria per allattamento
Corso Di Laurea Infermieristica Dipendenti SSR Az. USL	7	- 4 a tempo pieno (di cui 1 con L. 104) - 1 a 24 ore - 2 a 30 ore
Corso di Laurea di Tecnici Di Radiologia Medica Immagini e Radioterapia Dipendenti SSR (Aziende di RE e MO)	3	- 1 coordinatore RE - 1 coordinatore MO - 1 tutor RE
Laurea Magistrale Infermieristica	2	- 1 coordinatore (lo stesso della laurea triennale) - 1 part-time a 6 ore

Funzioni di tutorato ed attività didattica presso il Corso di laurea (CdL) in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia (TRMIR)

Il CdL in Tecnici di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia, attualmente è finanziato dalla Regione Emilia Romagna alla sede di Modena presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena ed afferisce dal punto di vista organizzativo al Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Materno-Infantili e dell'Adulto.

L'ASMN, come le sedi Radiologiche dei distretti di Reggio Emilia, sono solo sede di tirocinio. Tale attività di tirocinio è stata organizzata attraverso un'equa e sostenibile distribuzione degli studenti sulle quattro aziende sanitarie della provincia di Modena e Reggio Emilia in rapporto alle risorse tecnologiche presenti ed obiettivi formativi.

Le attività formative dedicate agli studenti, per tutto il 2013 sono state supportate dai Tutor delle due aziende sanitarie reggiane, che hanno anche garantito una loro maggiore presenza presso le strutture modenensi del policlinico universitario dove sono state concentrate molte attività.

Le attività didattiche di laboratorio professionale dedicate agli studenti, sono state organizzate e gestite dai tutor del CdL in collaborazione con i TSRM esperti delle Aziende ASMN di RE e AUSL RE. L'elevata professionalità dei TSRM delle due aziende sanitarie, la disponibilità dei Dipartimenti di Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio e Oncologico e Tecnologie Avanzate ha permesso di attivare opportunità formative di eccellenza a livello nazionale, in particolare è possibile citare il Laboratorio sui Controlli di Qualità in Radioterapia, il Laboratorio di Risonanza Magnetica Osteo-articolare, il Laboratorio di Tomografia

Computerizzata e il Laboratorio Propedeutico al tirocinio del primo anno.

Attività didattica/formativa presso Corso di Laurea (CdL) in Infermieristica

Nel corso dell'anno 2013-14 le attività formative del Corso di Laurea in Infermieristica sono state indirizzate al consolidamento di strategie didattiche volte ad offrire allo studente un percorso formativo graduale, sequenziale ed integrato con la finalità di favorire il raggiungimento degli obiettivi formativi nelle aree e nei campi propri dello specifico professionale, in un'ottica di stretta collaborazione tra formazione ed organizzazione. In particolare, il Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia, ha implementato diversi progetti quali "La scheda di autovalutazione delle competenze triennali dello studente" e "Il processo di validazione dello strumento per la valutazione delle attività di tirocinio". Inoltre, continua dall'anno 2012 la valutazione sistematica inerente la qualità degli ambienti di apprendimento clinico da parte degli studenti. Tale valutazione si avvale di un questionario validato a livello internazionale (CLES+T - Clinical Learning Environment and Supervision plus nurse Teacher). Tale valutazione è realizzata al termine di ogni periodo di tirocinio in ambito clinico svolto dagli studenti di tutti gli anni di corso. I risultati analizzati sino ad ora esprimono soddisfazione, da parte degli studenti del Corso di Laurea, relativamente alla qualità delle sedi cliniche e all'attività di tutoraggio.

Un altro progetto al quale ha aderito il Corso di Laurea (d'ora in poi CdL) riguarda la realizzazione del Progress test. Il Progress Test consiste in una raccolta di domande a

scelta multipla che coprono l'intero arco delle conoscenze essenziali (core) che un neo-laureato in infermieristica deve possedere. Gli obiettivi sono:

- a) per gli studenti, valutare in modo non certificativo le proprie capacità di incrementare le conoscenze nel tempo, non perderle e applicarle efficacemente,
- b) per i docenti, rivedere i programmi di insegnamento, verificare se i risultati dei corsi di laurea delle varie sedi nazionali sono simili e coinvolgere tutte le sedi per avere un iter formativo comune con gli stessi risultati.

Tale valutazione, a cui gli studenti aderiscono in maniera volontaria, intende monitorare in modo più rigoroso i livelli di competenza effettivamente e progressivamente raggiunti dagli studenti per farne la piattaforma del processo di miglioramento della qualità educativa.

Le azioni intraprese non riguardano solo il consolidamento e il miglioramento di strategie didattiche volte a garantire la qualità del percorso di apprendimento ma riguardano anche il miglioramento della capacità attrattiva dei futuri studenti. A tal proposito, al fine di aumentare il numero di pre-immatricolazioni al CdL in Infermieristica che potrebbe costituire un elemento importante di effettiva selezione in ingresso, è prevista, anche per quest'anno, la realizzazione di Open Day.

La finalità principale dell'evento proposto è quella di far conoscere meglio i contenuti del CdL in Infermieristica della Sede di Ateneo di Reggio Emilia agli studenti delle scuole medie superiori, presenti sul territorio reggiano e modenese. In tale occasione i visitatori avranno la possibilità di incontrare docenti, tutor e studenti già frequentanti il CdL ed essere da essi accompagnati a visitare le strutture e i laboratori didattici. Nel corso delle giornate verranno fornite informazioni dettagliate e aggiornate sul ruolo dell'infermiere e più in generale dei professionisti sanitari alla luce dei recenti cambiamenti operati dal MIUR. Verranno, inoltre, offerte informazioni attendibili sulle prospettive occupazionali in ambito sanitario e le opportunità di usufruire dei benefici economici a sostegno del diritto allo studio.

Il CdL ha ulteriormente potenziato le attività inerenti gli scambi degli studenti e docenti a livello europeo. Al 3° anno di Corso, gli studenti hanno la possibilità di effettuare un percorso di tirocinio all'estero, attraverso il progetto LLP ERASMUS, in dieci sedi: Norvegia (Oslo), Belgio (Anversa), Finlandia (Turku, Seinajoki), Spagna (Tarragona, Toledo, Valencia, Vitoria), Svizzera (Manno), Slovenia (Maribor).

Tali percorsi coinvolgono sedi partner che hanno sottoscritto la Carta Universitaria Erasmus, documento che garantisce: elevata qualità nell'organizzazione della mobilità, riconoscimento dei percorsi svolti in altra sede universitaria, informazioni curriculari aggiornate, medesimi trattamenti e servizi degli studenti ufficialmente iscritti (senza pagamento di tasse aggiuntive presso sede ospitante), accesso a

documentazione e informazioni precise e complete, adesione a obiettivi di non discriminazione. Si specifica che la qualità dei percorsi è monitorata attraverso visite apposite e scambio docenti per attività didattica.

Per gli studenti in uscita è prevista un'organizzazione del percorso, insieme alla sede ospitante, che rispetta pienamente i criteri previsti per gli studenti che svolgono la stessa attività in sede, in termini di numero di ore, numero di crediti, tipologia di percorso, svolgimento di mandati di studio individuale.

A garanzia di un'omogeneità nelle modalità di valutazione, il Corso di Laurea ha predisposto una scheda di valutazione in doppia lingua (italiano e inglese) che include gli indicatori core delle diverse aree di apprendimento concernenti il tirocinio. Per una corretta acquisizione della valutazione del percorso dello studente, viene utilizzato il documento Transcript of Records che attesta l'attività formativa svolta, il numero di crediti universitari acquisiti e che permette la corretta conversione della valutazione stessa, in trentesimi, se l'università partner utilizza un sistema diverso (es. in decimi o lettere).

Inoltre, dal 2011, il CdL è membro dell'European Nursing Module Network (ENM), organismo che riunisce diverse istituzioni europee che offrono programmi di formazione infermieristica. A tutt'oggi il Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia dell'Università di Modena e Reggio Emilia è l'unico CdL italiano facente parte dell'ENM; i Paesi membri sono circa quindici (Regno Unito, Danimarca, Spagna, Portogallo, Federazione Russa, Norvegia, Svezia, Svizzera, Germania, Olanda, Bulgaria, Romania, Serbia, Macedonia). Gli scambi della durata di due settimane, avvengono in tre finestre annuali e coinvolgono anche i professionisti dell'Arcispedale S. Maria Nuova - IRCCS in quanto sede di visite ai contesti clinici degli studenti che provengono dall'estero.

Recentemente il Corso di Laurea ha aderito al programma internazionale Ciencia Sem Fronteira (CSF) finanziato dal governo brasiliano per la mobilità di studenti universitari, per 12 mesi.

Oltre ai progetti di scambio per tirocinio sopra menzionati, il Corso di Laurea collabora con diverse università su Programmi Intensivi, facenti parte del progetto Erasmus, coordinati da questo Corso di Laurea. Si tratta di progetti didattici che coinvolgono studenti e docenti delle sedi partner, su una specifica tematica e con obiettivi formativi definiti, in lezioni, workshop, incontri con esperti, visite guidate a centri di eccellenza.

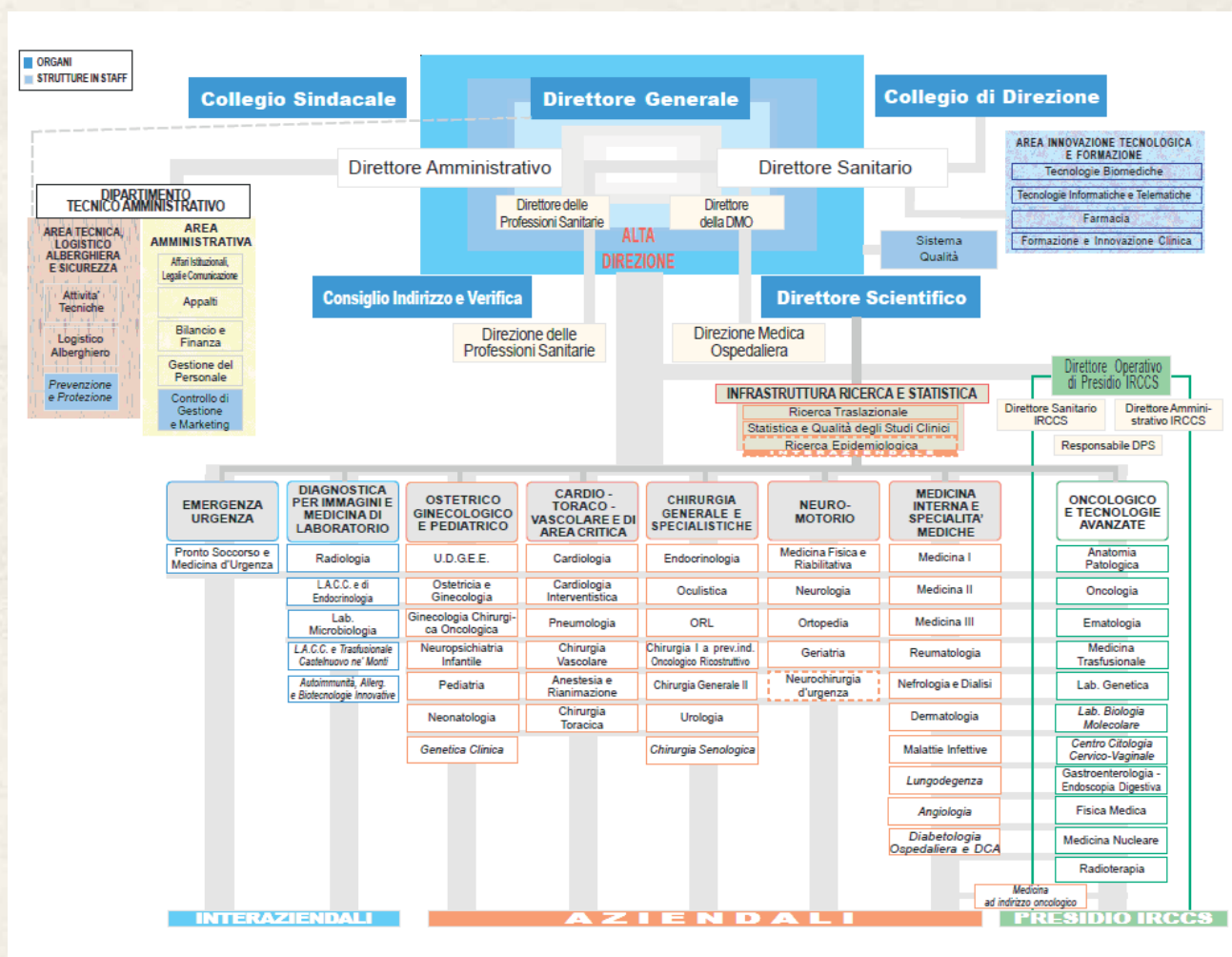
Il progetto StEmp, "A New Generation of Students for Health Empowerment in a Multiculturally Community", finanziato dalla Comunità Europea, è un programma didattico intensivo della durata di due settimane, è coordinato dal

Corso di Laurea in Infermieristica (dott.ssa Mecugni) con le sedi partner dell'Università della Svizzera Italiana e della Artesis Plantijn Hogeschool di Anversa (Belgio). I docenti e gli studenti coinvolti appartengono ai corsi di laurea di Infermieristica, Fisioterapia, Ostetricia, Terapia Occupazionali, Logopedia, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica e Assistenti Sociali delle Università partner. Dal 27 aprile al 10 maggio 2014, a Reggio Emilia, gli studenti ed i docenti lavoreranno insieme sulla complessità del lavoro in equipe multidisciplinare, per la promozione e la tutela della salute a partire dallo sviluppo delle capacità ed abilità della persona di autocura.

2.5 ASSETTO ORGANIZZATIVO

2.5.1 Organigramma aziendale 2013

L'assetto organizzativo aziendale è stato aggiornato con le modifiche della propria macro-struttura e dei propri assetti dipartimentali con atto deliberativo n. 74 del 26/06/2012.



CARDIO-TORACO-VASCOLARE E DI AREA CRITICA

{S.C. Cardiologia; S.C. Diagnostica e Interventistica Cardiologica; S.C. Cardiologia Castelnovo ne' Monti; S.C.

Pneumologia; S.C. Chirurgia Toracica; S.C. Anestesia; S.C. Rianimazione; S.C. Chirurgia Vascolare}

Tab. 2.5.1: struttura del Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare e di Area Critica

Dip. CARDIO-TORACO-VASCOLARE E DI AREA CRITICA								
U.O.	N. POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	di cui CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFERMIERISTICO TECNICO RIABILITATIVO	OSS OTA ASS	PERSONALE AMMINISTRATIVO	CONTRATTI L.P. CO.CO.CO. BORSE DI STUDIO
Anestesia		28	28		31	7	1	
Rianimazione	14	11	11					
Cardiologia Degenza	34	12	16		35	5	2 (1 assente)	1
Cardiologia Castelnovo M.	19	4						1
Cardiologia Interventistica		11	10		14	1	1	2
Chirurgia Toracica	10	4	4		14	3,5	1	
Chirurgia Vascolare	20	6	6				0,5	2
Pneumologia	38	12	12		21	7	0,5	2
totale	135	88	87		115	23,5	6	8

CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICHE

{S.C. Oculistica; S.C. Otorino-laringoiatria; S.C. Chirurgia 1 a indirizzo Oncologico e Ricostruttivo; S.C. Chirurgia Ge-

nerale II; S.C. Urologia; S.C. Endocrinologia; S.S. Dip.le Chirurgia Senologica; S.S. Urologia Castelnovo ne' Monti}

Tab. 2.5.2: struttura del Dipartimento Chirurgie Generali e Specialistiche

Dip. CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICHE								
U.O.	N. POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	di cui CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFERMIERISTICO TECNICO RIABILITATIVO	OSS OTA ASS	PERSONALE AMMINISTRATIVO	CONTRATTI L.P. CO.CO.CO. BORSE DI STUDIO
Chirurgia 2 + S.S. dip. Chirurgia Videolap.	27	10	10	0,5 **	14	3	1	3
Chirurgia 1 ind. oncologico e ricostruttivo	35	8	8		12,5	3	1	
Chirurgia senologica interaziendale		5	5				0,5	
Endocrinologia	3	4	4		3		1	4
Oculistica	28	11	9		21,8	2,5	1	4
Otorinolaringoiatria		10	9				1	3
Day Hospital Oculistica / ORL	17						1	
Day Hospital Chirurgia + Day Surgery	4				3,5	0,7		
Degenza breve Chirurgia	incluso CH1-CH2				13	4,5	0,5	
SIPO + ALTA INTENSITA' CH					27	6		
Urologia	36	10	10	7,5	5	1,3	2	
totale	150	58	55	0,5	120,6	27,5	9	16

** Dirigente delle PS in condivisione con il dipartimento ostetrico, ginecologico e pediatrico

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MEDICINA DI LABORATORIO

{S.C. Radiologia, S.C. Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche e di Endocrinologia; S.C. Laboratorio di Microbiologia;

S.S. Dipartimentale LACC e Trasfusionale C. Monti; S.S. Dipartimentale Autoimmunità Allergologia e Biotecnologie Innovative}

Tab. 2.5.3: struttura del Dipartimento Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio

Dip. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MEDICINA DI LABORATORIO								
U.O.	N. POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	di cui CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFERMIERISTICO TECNICO RIABILITATIVO	OSS OTA ASS	PERSONALE AMMINISTRATIVO	CONTRATTI L.P. CO.CO.CO. BORSE DI STUDIO
Radiologia		25	24		53,5	14	9,55	1
L.A.C.C.E + Segreteria dipartimentale		11	11	7	55	9	11,99	
Laboratorio di Microbiologia		3	3	3	20	4	segreteria unif. vedi sopra	1
A.A.B.I.				3			segreteria unif. vedi sopra	1
LAB. URGENZE SCANDIANO E MONTECCHIO					10		2 a montecchio, a scandiano personale USL	
L.A.C.C. e trasfusionale Castelnovo M.		3	3	1	9		personale ausl RE	
totale		42	41	14	147,5	27	21,54	3

* Le segreterie sono state accorpate e le unità sono 11,99, di cui una distaccata nel Lab. Microbiologia. Nel numero è compreso anche il Centro prelievi. Devono essere considerate anche n. 2 unità di Montecchio. A Scandiano il personale è USL con rimborso a carico dell'ASMN.

EMERGENZA URGENZA

{S.C. Pronto Soccorso e Medicina Urgenza; Centrale Operativa 118}

Tab. 2.5.4: struttura del Dipartimento Emergenza-Urgenza

Dip. EMERGENZA-URGENZA								
U.O.	N. POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	di cui CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFERMIERISTICO TECNICO RIABILITATIVO	OSS OTA ASS	PERSONALE AMMINISTRATIVO	CONTRATTI L.P. CO.CO.CO. BORSE DI STUDIO
Pronto soccorso e Medicina d'urgenza	15	33	33		51,5	17		
Centrale Operativa 118		1	1		21			
totale	15	34	34		72,5	17		

MEDICINA INTERNA E SPECIALITÀ MEDICHE

{S.C. Medicina I; S.C. Medicina II; S.C. Medicina III; S.C. Reumatologia; S.C. Nefrologia e Dialisi; S.C. Dermatologia; S.C. Malattie Infettive; S.S. Dipartimentale Lungodegenza;

S.S. Dipartimentale Angiologia; S.S. Interdipartimentale di Medicina a indirizzo Oncologico; S.S. Dipartimentale Diabetologia Ospedaliera}

Tab. 2.5.5: struttura del Dipartimento Medicina Interna e Specialità Mediche

Dip. MEDICINA INTERNA E SPECIALITÀ MEDICHE								
U.O.	N. POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	di cui CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFERMIERISTICO TECNICO RIABILITATIVO	OSS OTA ASS	PERSONALE AMMINISTRATIVO	CONTRATTI L.P. CO.CO.CO. BORSE DI STUDIO
Dermatologia	4	6	5		19	3	1	4
Day Hospital unificato	incluso nelle UO						1	
Malattie infettive	32	9	9		14	6	1	1
Medicina 1	52	10	10		24	10	1	2
Medicina 2	45	7	7	0,5 **	29	15	0,75 vedi Medicina Oncologica Dip. Oncologico	
Diabetologia ospedaliera e DCA		1	1					2
Medicina 3	42	9	9				1	3
Lungodegenza	56	4	4		29,5	23	1	1
Nefrologia e dialisi	15	9	9		41	5	2	3
Reumatologia	12	8	8				1	5
Angiologia	10	5	5		6,5		0,77	
totale	268	68	67	0,5	163	62	10,52	21

** Dirigente delle PS in condivisione con il dipartimento neuro-motorio

NEURO-MOTORIO

{S.C. Medicina Fisica e Riabilitativa; S.C. Neurologia; S.C.

Ortopedia; S.C. Geriatria; Neurochirurgia d'urgenza (sede Spoke della S.C. Neurochirurgia A.O.U. di Parma)}

Tab. 2.5.6: struttura del Dipartimento Neuro-Motorio

Dip. NEURO-MOTORIO								
U.O.	N. POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	di cui CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFERMIERISTICO TECNICO RIABILITATIVO	OSS OTA ASS	PERSONALE AMMINISTRATIVO	CONTRATTI L.P. CO.CO.CO. BORSE DI STUDIO
Geriatria	41	10	10	0,5 **	17	14,5	1	1
Medicina fisica e riabilitativa	25	9	8		57	6,5	3,16	1
(RRF + Servizio)								
Neurologia	47	15	14		25	11	1	8
Ortopedia	48	16	16		17	11	1	
Ortopedia Castelnovo ne' Monti	*	1	1		*	*		
Neurochirurgia d'urgenza (Spoke dell'AO di PR)	La struttura si appoggia su posti letto di Ortopedia, Rianimazione e Neurologia; il personale medico è dipendente dell'Azienda Ospedaliera di Parma ed ha assegnato personale amministrativo per 1 unità							
totale								

* Gestione della struttura a carico dell'Ausl di Reggio Emilia

** Dirigente delle PS in condivisione con il Dipartimento di Medicina interna e specialità mediche

**Presidio IRCCS
ONCOLOGICO E TECNOLOGIE AVANZATE**

{S.C. Anatomia Patologica; S.C. Oncologia; S.C. Ematologia; S.C. Medicina Trasfusionale; S.C. Laboratorio Genetica; S.S. Dipartimentale Laboratorio Biologia Molecolare; S.C. Medicina Nucleare; S.C. Radioterapia; S.C.

Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva; S.C. Fisica Medica; S.S. Centro Citologia Cervico-Vaginale; S.S. Interdipartimentale di Medicina a indirizzo Oncologico}.

Per un approfondimento del dip. ONCOLOGICO E TECNOLOGIE AVANZATE si rimanda al cap. 6 di questo volume.

Tab. 2.5.7: struttura del Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate

Dip. ONCOLOGICO E TECNOLOGIE AVANZATE								
U.O.	N. POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	di cui CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFERMIERISTICO TECNICO RIABILITATIVO	OSS OTA ASS	PERSONALE AMMINISTRATIVO	CONTRATTI L.P. CO.CO.CO. BORSE DI STUDIO
Anatomia patologica		12	12	3	16	3	3,99	3
Centro Citologia cervico-vaginale		1	1		9	1	2	2
Ematologia	18	8	8		12,5	3	1,83	5
Laboratorio di Genetica				3	3	1	1	1
Medicina Oncologica	20	3	3		9	5	0,25 (vedi Med.I)	1
Medicina trasfusionale		8	8	5	19	4	2	5
Oncologia	17	9	9		9	2	4	7
Laboratorio di Biologia molecolare		1	1	2	1,8			4
Fisica medica				7			1	3
Gastroenterologia Endoscopia dig.	4	8	8		13	4	2	2
Medicina nucleare	8	6	6	1	8	2	2	6
Radioterapia		7	7		18,2	1,8		3
Radioterapia metabolica					5,5	2		
totale	67	63	63	21	124	28,8	20,07	42

OSTETRICO GINECOLOGICO E PEDIATRICO

{S.C. Unità di Riabilitazione delle Gravi Disabilità Infantili dell'Età Evolutiva (UDGEE); S.C. Ostetricia e Ginecologia; S.C. Ginecologia Chirurgica Oncologica; S.C. Neuro-psi-

chiatra Infantile; S.C. Pediatria; S.C. Nido; S.S. Pediatria e Neonatologia Castelnovo ne' Monti; S.S. Ostetricia e Ginecologia Castelnovo ne' Monti; S.C. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN); S.S. Dip.le Genetica Clinica}

Tab. 2.5.8: struttura del Dipartimento Ostetrico-Ginecologico e Pediatrico

Dip. OSTETRICO GINECOLOGICO E PEDIATRICO								
U.O.	N. POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	di cui CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFERMIERISTICO TECNICO RIABILITATIVO	OSS OTA ASS	PERSONALE AMMINISTRATIVO	CONTRATTI L.P. CO.CO.CO. BORSE DI STUDIO
Ginecologia chirurgica	64	5	4	0,5**	12,5	4	1	4
Ostetricia e Ginecologia		19	19	3	25	12,5	2	
Ostetricia e Ginecologia Castelnovo ne' Monti	*	5	4		*	*		

Dip. OSTETRICO GINECOLOGICO E PEDIATRICO								
U.O.	N. POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	di cui CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFERMIERISTICO TECNICO RIABILITATIVO	OSS OTA ASS	PERSONALE AMMINISTRATIVO	CONTRATTI L.P. CO.CO.CO. BORSE DI STUDIO
Neonatologia + Nido	18	11	11		43	4	1	1
Neuropsichiatria infantile	3	3	3					1
Pediatria + PS pediatrico	13	13	13	1	21	2,5	1	2
Pediatria e neonatologia Castelnovo ne' Monti	*	2	2					
U.D.G.E.E. + DH pediatrico	3	4	4		9		1,5	3
Genetica Clinica	Vedi pediatria	1	1				Vedi pediatria	3
totale	101	63	61	4,5	110,5	23	6,5	14

Ai posti letto sono da aggiungere n.20 culle del Nido per neonati sani

* gestione della struttura a carico dell' Ausl di Reggio Emilia

** Dirigente delle PS in condivisione con il Dipartimento chirurgico

Tab. 2.5.9: Strutture interdipartimentali

STRUTTURE INTERDIPARTIMENTALI								
U.O.	N. POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	di cui CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFERMIERISTICO TECNICO RIABILITATIVO	OSS OTA ASS	PERSONALE AMMINISTRATIVO	CONTRATTI L.P. CO.CO.CO. BORSE DI STUDIO
Comparto operatorio 5° piano					32	16,5		
Sala operativa Ginecologia					11	8		
Sala operativa ORL					25	16,5		
Sala operativa Ortopedia								
Centrale di sterilizzazione					5,5	10,5		
totale					73,5	51,5		

I contingenti del personale medico sono stati indicati con riferimento alle dotazioni organiche assegnate a ciascuna struttura.

I dati riferiti al personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione fanno riferimento all'organico di base per il corretto funzionamento dei servizi e non comprendono l'organico integrativo.

Per il raggiungimento dei 907 posti letto presenti al 31.12.2013 sono da aggiungere 10 posti letto pensionanti (comfort alberghiero e/o LP)

2.5.2 Revisione dell'atto aziendale

Nel corso del 2013 non si è provveduto ad alcuna modifica formale dell'Atto Aziendale, confermandosi sostanzialmente l'impianto approvato con Delibera n.74 del 26/6/2012.

TABVLA PRIMA * PRIMAE HOMINIS. 5



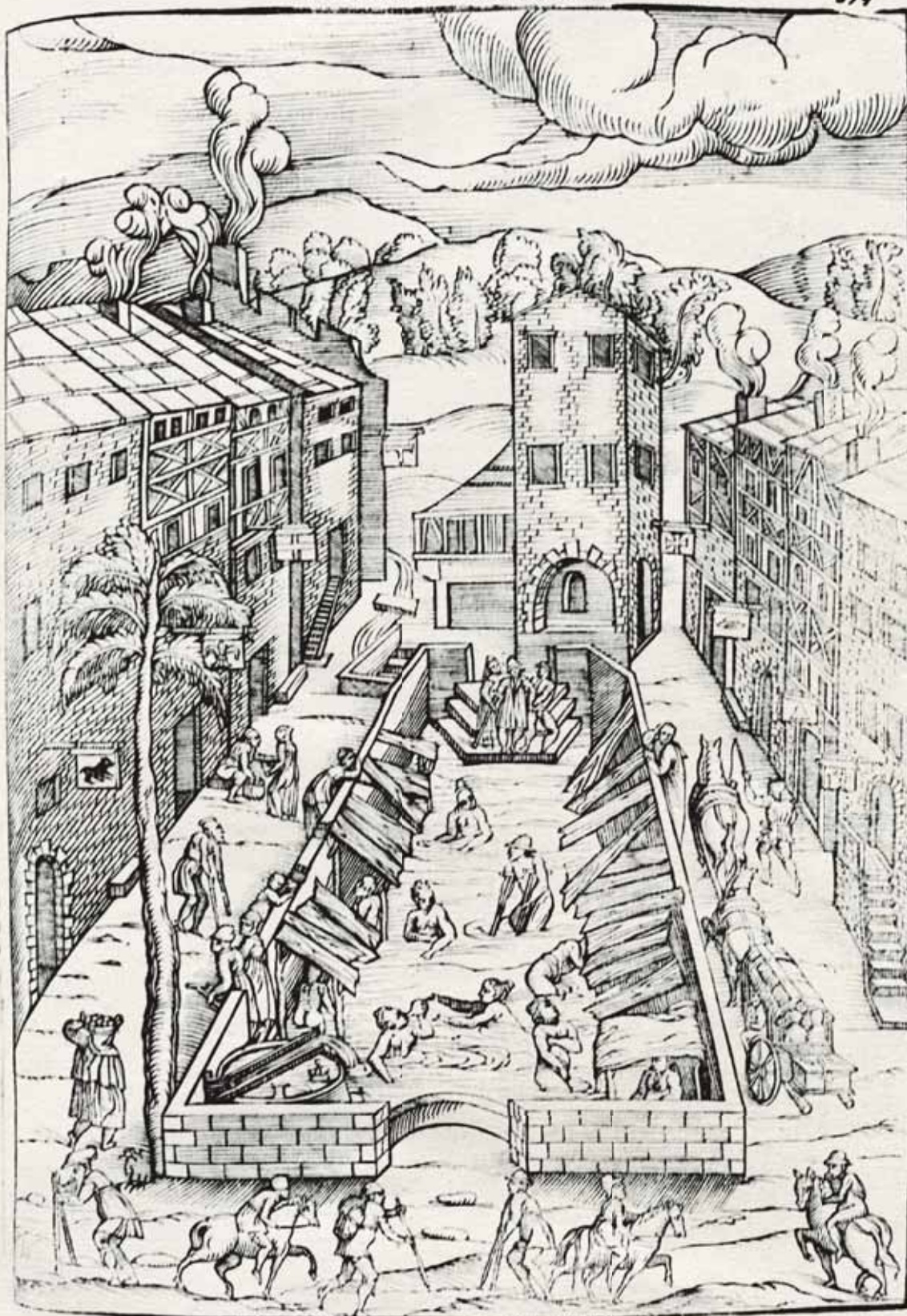
3

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

In questo capitolo sono esposti gli obiettivi istituzionali dell'Azienda Ospedaliera ASMN e le strategie adottate per perseguirli.

I contenuti informativi di questa parte del documento sono finalizzati a rappresentare le iniziative intraprese dall'azienda in relazione a:

- Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria attraverso il Piano Attuativo Locale, i Piani Sociali di Zona ed il Profilo di Comunità;*
- Universalità ed equità di accesso per tutti i cittadini alle prestazioni sanitarie con garanzie sui tempi di attesa e sui percorsi assistenziali per i cittadini con maggiori difficoltà;*
- Centralità del cittadino, per favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione;*
- Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale nell'offrire prestazioni e servizi di elevata qualità tecnica, professionale e relazionale e nel rispetto dell'utilizzo razionale delle risorse;*
- Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa, come principi ispiratori del sistema e dell'Azienda e attraverso lo sviluppo di particolari forme di collaborazione con l'Università.*



3.1 PARTECIPAZIONE DEGLI ENTI LOCALI ALLA PROGRAMMAZIONE SANTARIA

Il quadro demografico e socio-economico (invecchiamento popolazione, aumento degli immigrati, ecc.), che caratterizza la nostra provincia come la nostra Regione, richiede il superamento di risposte settoriali a favore di una risposta unitaria, che consideri la persona nella sua globalità.

Un approccio, quindi, che spinge a un passaggio tra un sistema di offerta prevalentemente basato sulle professionalità specialistiche a un sistema d'offerta caratterizzato dall'accompagnamento, la presa in cura e l'assistenza della persona senza soluzioni di continuità.

Tali obiettivi possono essere raggiunti solo attraverso una forte integrazione, anche nella programmazione, di tutti i soggetti (Enti Locali, Aziende Sanitarie, Terzo Settore, ecc.), che, a vario titolo, sono chiamati a organizzare ed erogare servizi sociali, sanitari e socio-sanitari.

Organi che favoriscono tale integrazione sono rappresentati dalla **Cabina di Regia**, istituita a livello regionale quale luogo di definizione e di concertazione delle politiche sociali e sanitarie e, a livello locale, dalla **Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria** (CTSS) e dal **Comitato di Distretto**, che rappresentano gli organi di raccordo tra Enti Locali e Aziende Sanitarie per il governo di funzioni e servizi sanitari e socio-sanitari.

In particolare, spetta al livello regionale definire le linee di programmazione del Servizio Sanitario, il piano di prevenzione e il riparto del Fondo Sociale regionale e del Fondo Regionale per la non-autosufficienza.

A livello locale, la CTSS elabora e condivide il Profilo di Comunità che, a partire da un'analisi concreta dei bisogni di salute e benessere della popolazione di riferimento, ha l'obiettivo d'individuare le principali criticità e de-

finire le priorità e le scelte strategiche, esplicitate nell'Atto di Indirizzo e Coordinamento.

Il Comitato di Distretto, alla luce delle indicazioni presenti nell'Atto di Indirizzo e Coordinamento, approva il Piano di Zona distrettuale per la salute e il benessere sociale, a valenza triennale, con cui si definiscono priorità, strumenti e quadro finanziario di riferimento.

Dal Piano di Zona derivano, poi, i Programmi Attuativi Annuali, che declinano annualmente gli interventi e le azioni di livello distrettuale in area socio-sanitaria e relative risorse.

Il Piano Attuativo Locale (PAL) è lo strumento di programmazione pluriennale volto a definire, in modo "concertato" con il sistema delle autonomie locali, le strategie per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Esso rappresenta la traduzione pluriennale degli indirizzi contenuti nell'Atto di Indirizzo e Coordinamento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. Il PAL fornisce, quindi, gli indirizzi per la predisposizione dei Piani di Zona e dei Programmi Attuativi Annuali, garantendo così coerenza e compatibilità tra i due più importanti strumenti di programmazione sociale e sanitaria a livello locale.

La necessaria integrazione nelle programmazioni di Comuni e Aziende Sanitarie rappresenta già una realtà per il territorio reggiano.

Alla luce dell'esperienza maturata nella definizione del PAL e facendo seguito ai nuovi indirizzi regionali, l'Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria Nuova ha partecipato e partecipa alla pianificazione locale e alla stesura degli strumenti di programmazione sociale e socio-sanitaria, dalla stesura del Profilo di Comunità alla definizione dei Piani Sociali di Zona e degli Accordi di Programma per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.

L'Azienda Ospedaliera ha partecipato, inoltre, costantemente ai lavori dei Tavoli Tematici (in particolare al Tavolo sulle Politiche a favore degli anziani e sul Contrasto alla povertà), a cui in questi anni era stato affidato il compito di lettura e analisi della domanda, al fine di individuare le problematiche sociali, valutare la

congruenza del sistema dei servizi e definire gli obiettivi di priorità sociale.

Nel corso del 2013, al fine di innovare la logica di progettazione e il sistema di governance, è stato intrapreso un percorso che ha portato al superamento dei Tavoli Tematici (attivi negli anni prece-

I SOGGETTI COINVOLTI NELLA FUNZIONE SOCIO-SANITARIA SONO:

- LA CABINA DI REGIA REGIONALE
- LA CTSS
- IL COMITATO DI DISTRETTO

NEL 2013, I TAVOLI TEMATICI SONO STATI SOSTITUITI DA 7 GRUPPI DI PROGETTAZIONE AGGREGATI INTORNO A QUATTRO AREE TEMATICHE PRINCIPALI:

- ANZIANI E DOMICILIARITÀ
- MINORI E NUOVE FRAGILITÀ
- POVERTÀ ED ESCLUSIONE SOCIALE
- DISABILITÀ

denti) e all'istituzione i 7 gruppi di progettazione aggregati intorno a quattro aree tematiche principali:

- Anziani e domiciliarità;
- Minori e nuove fragilità;
- Povertà ed esclusione sociale;
- Disabilità.

Si è scelto, pertanto, di costituire laboratori misti tra pubblico e privato sociale (valorizzando da questo punto di vista una modalità di lavoro già attiva nei tavoli tematici) con un mandato di costruire progettazioni condivise su temi che sono divenuti priorità del Piano di zona.

L'Azienda Ospedaliera, pertanto, ha partecipato con i suoi professionisti, oltre al Gruppo d'indirizzo e coordinamento dell'intero percorso, al gruppo di lavoro sulle dimissioni protette, affrontando con gli altri componenti del gruppo le problematiche connesse alle dimissioni difficili e focalizzando l'attenzione su alcuni temi:

- Il tema dell'accompagnamento (grande complessità delle figure che ruotano oggi attorno al paziente);
- Il tema della comunicazione (necessità di percorsi sempre più definiti e strutturati tra Ospedale e servizi territoriali);
- Il tema del tempo (tempi sanitari di diagnosi non sempre coincidenti con i tempi della diagnosi sociale);
- Il tema della conoscenza reciproca (necessità di approfondire la conoscenza sul funzionamento dei vari servizi per migliorare l'efficacia della comunicazione).

IL COMITATO DISTRETTUALE È CHIAMATO A INDIVIDUARE LE PRIORITÀ AZIENDALI SU CERTI CONSUMI FARMACEUTICI, SULL'INAPPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELLA PROTESICA E DI ALCUNE INDAGINI DIAGNOSTICHE, OLTRE CHE SUI PERCORSI DI CURA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

PER IL 2013, GRAN PARTE DEL LAVORO CON I MEDICI CURANTI È STATO ORIENTATO AL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA, AL FINE DI RIDURRE I CONSUMI E TRATTARE ALCUNE PATOLOGIE, SPECIALMENTE QUELLE CARDIO-VASCOLARI, IN MANIERA PIÙ EFFICACE.

3.2 UNIVERSALITÀ ED EQUITÀ D'ACCESSO

L'Azienda Ospedaliera continua a dedicare attenzione:

- All'appropriatezza nell'erogazione, nella domanda e nell'offerta di prestazioni come strumento per garantire il mantenimento di elevati livelli di qualità clinica;
- Alla razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse come funzionasse necessaria al contenimento della spesa, diminuendo le aree d'inefficienza del sistema con conseguente impiego nelle aree di maggiore criticità.

Questi sono i punti cardini per assicurare ai cittadini l'equità nell'accesso alla struttura e nella fruizione delle prestazioni indipendentemente da altre variabili, in un sistema che deve trovare il necessario equilibrio fra l'espressione dei bisogni di salute e le risorse disponibili.

A tal proposito, l'ASMN struttura percorsi clinico-assistenziali sulle patologie più rilevanti, soprattutto quelli riferiti alle patologie oncologiche, tali da garantire criteri omogenei d'accesso e di gestione clinica organizzativa degli utenti in tutta la struttura.

3.2.1 Tempi di attesa

3.2.1.a) Gestione delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali

L'Intesa del 28/10/2010 tra Governo, Regioni e Province Autonome sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art.1, c.280 della L. 23 dicembre 2005 n. 266, ha stabilito che le Regioni devono adottare il Piano regionale attuativo sul contenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza in regime di ricovero ospedaliero con l'obiettivo di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli. Il tutto per promuovere la capacità dell'SSN d'intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei livelli essenziali d'assistenza.

La Regione Emilia-Romagna ha perciò deliberato l'adozione del Piano regionale per il contenimento dei tempi d'attesa (D.G.R. n.925/2011) e ha disposto che le Aziende USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di riferimento predispongano il proprio Programma attuativo aziendale da sottoporre al parere della Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Tale Programma ha come principale riferimento normativo la DGR n.925/2011 e integra i precedenti piani elaborati secondo quanto previsto dalle DGR n.1532/2006 e n.1035/2009 è stato inviato in regione in data 15.09.2011 prot. AUSL n° 91108.

Appropriatezza prescrittiva

I progetti per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono concordati tra l'Azienda Ospedaliera, l'Azienda USL, i medici di medicina generale e, quando coinvolti nei percorsi, i pediatri di libera scelta e le Strutture private accreditate. I protocolli già elaborati e diffusi in tutti i Distretti sono i seguenti:

- Gestione di alcuni quadri di patologia del tratto gastroenterico di forte impatto sulle cure primarie e indicazioni alle indagini di endoscopia digestiva
- Appropriatezza della diagnostica di laboratorio: profili per la diagnosi e il follow-up del diabete mellito
- Diagnostica delle dislipidemie familiari
- Criteri condivisi per l'accesso differenziato alla visita cardiologica + ECG secondo livelli di priorità
- Criteri condivisi per l'accesso differenziato alla visita urologica secondo classi di priorità
- Trattamento delle patologie tiroidee: criteri per una gestione condivisa tra cure primarie e 2° livello specialistico
- Appropriatezza delle indagini radiologiche di spalla, ginocchio e rachide lombosacrale
- Gestione delle richieste di visita allergologica e dei test di diagnostica allergologica e trattamento di alcune situazioni cliniche a rischio d'inappropriatezza nel bambino e nell'adulto
- Criteri condivisi per l'accesso alla visita oculistica secondo livelli di priorità
- Appropriatezza prescrittiva per la corretta applicazione dei criteri di accesso alle prestazioni di endoscopia digestiva
- Corretta richiesta di prestazioni specialistiche ambulatoriali che deve contenere il quesito diagnostico e la priorità d'accesso
- Appropriatezza prescrittiva degli Ecocolordoppler dei vasi periferici e dei tronchi sovra aortici
- Appropriatezza nella richiesta di TC, RM ed ecografie

Comitato distrettuale per l'integrazione ospedale/territorio e per l'appropriatezza clinica

Dal 2011 è stato attivato, insieme all'AUSL di RE, un "Co-

mitato distrettuale per l'integrazione Ospedale/Territorio e per l'appropriatezza clinica". In tutti i distretti, infatti, sono stati rilevati problemi d'integrazione tra l'Ospedale e il territorio di riferimento per quanto attiene l'appropriatezza prescrittiva diagnostica e farmaceutica, che hanno portato alla necessità di condividere strumenti di governo clinico idonei a rendere più efficiente e qualificato l'intervento anche nelle patologie acute attraverso la collaborazione tra i differenti punti della rete (es. Pronto Soccorso, Continuità Assistenziale, consulenze urgenti, codici differenziati di priorità, ecc).

La responsabilità e il Coordinamento del Comitato saranno in capo al Direttore di Distretto.

Nel Comitato si prevede la presenza per il Distretto di Reggio Emilia (oltre che da altri interlocutori utili alla discussione e condivisione degli obiettivi organizzativi e di governo clinico) di:

- Il Direttore del Dipartimento di Cure Primarie
- I Coordinatori di NCP
- Il Direttore della Direzione Medica Ospedaliera ASMN
- Il Direttore della Direzione Infermieristica
- I Direttori dei Dipartimenti interessati
- I RID dei Dipartimenti interessati
- Il Direttore del Dipartimento Farmaceutico (o suo delegato di UFD)
- Il RID del Dipartimento di Cure Primarie
- Gli specialisti ambulatoriali interessati (es. responsabile di branca)

Il mandato del Comitato è definito dal Direttore di Distretto in relazione alle peculiarità e priorità locali partendo dagli obiettivi prioritari, che discendono comunque da quelli regionali e aziendali, utilizzando una metodologia integrata, condividendo le strategie d'intervento, i processi e gli indicatori appropriati per la valutazione del processo stesso e del raggiungimento degli obiettivi. Il Comitato distrettuale sarà chiamato nello specifico a individuare le priorità aziendali sui consumi di alcune categorie di farmaci, ma anche sull'inappropriatezza prescrittiva della protesica, e di alcune indagini diagnostiche, oltre alla necessità di meglio definire la continuità assistenziale (dal territorio all'Ospedale e viceversa) e i percorsi di cura integrati per alcune patologie. Per l'anno 2013, gran parte del lavoro con i medici curanti è stato orientato al miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione farmaceutica, al fine di ridurre i consumi e trattare alcune patologie, specialmente quelle cardiovascolari, in maniera più efficace. In particolare i farmaci sui quali ci si concentrerà maggiormente saranno statine, ACE-inibitori e sartani, e gli inibitori di pompa.

Appropriatezza organizzativa **Pianificazione della produzione**

Il percorso d'elaborazione del Piano di produzione per la specialistica ambulatoriale, che si è ormai consolidato negli ultimi anni, parte dalla valutazione del fabbisogno e porta a individuare gli obiettivi di appropriatezza e di produzione per la rete delle strutture accreditate della provincia, pubbliche e private.

Il Piano di produzione comprende gli obiettivi di offerta di prestazioni ambulatoriali che per l'ASMN, sono descritti nell'accordo di fornitura con l'AUSL e comprende un capitolo dedicato all'attività specialistica ambulatoriale;

Il Piano di produzione è basato su obiettivi definiti come quantità di prestazioni offerte a CUP, poiché questa è la variabile che incide in modo decisivo sui tempi d'attesa ed esprime, meglio di altri parametri, garanzia di trasparenza e di equità di accesso per i cittadini.

Gestione delle agende di prenotazione CUP

Le modalità messe in atto per la gestione delle liste d'attesa prevedono:

- Separazione primo accesso/controlli successivi: nel rispetto di quanto previsto dalla Circolare Regionale n. 10/2007 "Linee Guida del Sistema CUP", la separazione delle agende di prime visite e dei controlli è stata completata, tranne rare eccezioni in cui l'esigua casistica di controlli rende inefficace la separazione delle liste. Per quanto riguarda gli esami strumentali, le agende di Mammografia sono già suddivise in primo esame e controllo da settembre 2006. Si prevede di attuare la suddivisione per le agende di Ecocolordoppler nel corso del 2012;
- Apertura continua delle liste: gli specialisti interni comunicano al Responsabile dell'Area Specialistica Ambulatoriale e agli Uffici Risorse Distrettuali con tempo utile i calendari, garantendo che non vi siano interruzioni sulle prenotazioni e l'utente possa sempre trovare una data disponibile quando si reca allo sportello. Nel caso che i calendari non siano comunicati in tempo utile, saranno comunque aperti secondo la programmazione di base presente sul programma del CUP, previa comunicazione al Responsabile dell'UO o allo specialista interno.
- Suddivisione delle liste per priorità d'accesso: L'utilizzo del sistema delle priorità di accesso è una metodica già consolidata nella nostra realtà. L'Urgenza 24ore (priorità

U) non è prenotabile a CUP ma si accede direttamente alla prestazione. Le agende CUP per le urgenze differibili (priorità B) da erogare entro sette giorni, sono attive per quelle prestazioni per le quali sono stati concordati tra i professionisti specifici protocolli di accesso (visita cardiologica, visita urologica, visita dermatologica, visita fisiatrica, elettromiografie, TAC, RMN, ecografia, Ecocolordoppler ed endoscopia digestiva) Le prestazioni programmabili (priorità D) sono gestite dal CUP provinciale, così come quelle riguardanti eventuali controlli (priorità P). Queste liste vengono giornalmente controllate dagli Uffici Risorse recuperando gli eventuali posti non utilizzati e rimettendoli a disposizione per l'utenza secondo le seguenti modalità:

- Riconversione di posti a priorità D in posti a priorità B se agende B hanno TDA > 7 giorni
- Riconversione di posti a priorità P in posti a priorità D se agende D hanno TDA > Tmax definito

È in fase di studio un sistema informatico per permettere che questo meccanismo venga svolto in modo automatizzato.

- Gestione delle disdette e degli abbandoni: già da qualche tempo l'Ufficio Risorse ASMN contatta telefonicamente l'utenza per verificare l'effettiva disponibilità all'effettuazione di prestazioni strumentali considerate particolarmente problematiche poiché richiedono specifiche preparazioni o perché hanno un elevato costo (per es. RMN e colonscopie). Ciò serve a garantire maggiore efficienza dei posti messi a disposizione nei calendari delle varie agende.

Dal mese di giugno 2011 gli utenti possono disdire le prenotazioni direttamente sul sito internet aziendale www.ausl.re.it inserendo il numero della prenotazione e il codice fiscale. È prevista inoltre l'attivazione di un sistema di promemoria automatico tramite chiamata telefonica o SMS, per ricordare all'utente l'appuntamento e dare la possibilità di disdire automaticamente o di contattare l'operatore. Tali modalità di gestione per-

mettono di rimettere a disposizione i posti liberati evitando situazioni di mancata presentazione.

- Prenotazione CUP: tutte le agende sono a prenotazione CUP e gestite dagli Uffici Gestione Risorse; per particolari prestazioni, preventivamente concordate a livello aziendale, la prenotazione può essere fatta non presso gli sportelli CUP (per es. presso le Segreterie dipartimentali) ma comunque utilizzando il programma del CUP.
- Scaglionamento delle prestazioni: gli Uffici Risorse verificano che ciò accada affinché il paziente non sia costretto

IL SISTEMA DELLE LISTE SECONDO PRIORITÀ D'ACCESSO DEL CUP È CONTROLLATO GIORNALMENTE PER RECUPERARE I POSTI INUTILIZZATI E RIMETTERLI A DISPOSIZIONE DELL'UTENZA.

LA GESTIONE DEL MALATO ONCOLOGICO PREVEDE CHE LA PRIMA VISITA ONCOLOGICA SIA SEMPRE GARANTITA ATTRAVERSO UNA PRESA IN CARICO DEL SERVIZIO OSPEDALIERO IN TEMPI BREVISSIMI.

to a lunghe attese prima dell'effettuazione della prestazione nell'ambulatorio.

Sono stati predisposti dei protocolli per l'accesso differenziato alle varie tipologie di prestazioni di specialistica ambulatoriale, improntati a criteri di appropriatezza, con attivazione di percorsi facilitati per situazioni di urgenza e urgenza differibile. Tali protocolli sono stati condivisi da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali e ospedalieri dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera.

Nel Distretto di Reggio Emilia è inoltre presente un ambulatorio CODICI BIANCHI aperto tutte le sere dalle 20:00 alle 24:00 e i giorni festivi e prefestivi dalle 10:00 alle 14:00 e dalle 16:00 alle 20:00. L'ambulatorio amplia i propri orari in situazioni straordinarie (per es. pandemia influenzale da virus H1N1).

La gestione del malato oncologico prevede che la prima visita oncologica sia sempre garantita attraverso una presa in carico del servizio ospedaliero in tempi brevissimi. I DH oncologici del Presidio dell'Azienda USL e l'UO di Oncologia dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova hanno a disposizione posti riservati per la prenotazione di esami di Diagnostica per Immagini, in questo modo è garantita l'esecuzione delle prestazioni secondo i tempi stabiliti dai programmi di controllo.

Percorsi di garanzia

Il Piano Regionale prevede che siano individuate sedi e percorsi per l'invio dei cittadini in caso di superamento dei tempi d'attesa.

L'Azienda USL ogni anno definisce contratti di fornitura con l'Azienda Ospedaliera e strutture private accreditate nei quali sono specificate la tipologia e le quantità di prestazioni che le strutture sono tenute a erogare per l'SSN.

La quantità delle prestazioni che s'impegnano a garantire ogni anno per l'SSN, per ogni branca specialistica, è calcolata in modo tale che possa essere sempre garantito il rispetto degli standard dei tempi d'attesa previsti (30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali).

Inoltre, è previsto che si possano definire degli accordi speciali, per periodi limitati di durata non superiore a tre mesi e rinnovabili per una sola volta, per far fronte a esigenze di carattere temporaneo. Tali accordi potranno riferirsi solo a prestazioni relative a discipline specialistiche oggetto dell'accordo di fornitura.

L'incremento dell'offerta in caso di situazioni di criticità si garantisce anche attraverso:

- Acquisizione di prestazioni da parte di équipe operanti in

regime libero-professionale per conto dell'Azienda;

- Incremento mirato tramite accordo con l'Azienda Ospedaliera (accordo integrativo all'accordo di fornitura annuale, che prevede l'aumento straordinario in condizioni di criticità di prestazioni che vengono erogate esclusivamente dai professionisti della struttura stessa)

3.2.1.b) Provvedimenti da adottare in caso d'interruzione delle attività di erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale

Non si ritengono "situazioni di forza maggiore" tutti gli eventi prevedibili quali, ad esempio, la partecipazione a congressi. Le assenze programmabili e tutte quelle evitabili con una corretta organizzazione dell'attività non devono pertanto determinare interruzione nell'erogazione di attività specialistiche ambulatoriali. Ne consegue che il verificarsi di una simile situazione deve essere gestita dalla struttura interessata che dovrà individuare le modalità per garantire il regolare svolgimento dell'attività.

QUALORA CAUSE DI FORZA MAGGIORE COSTRINGANO A SOSPENDERE L'ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE, SI GARANTISCE IL RECUPERO DELLE PRESTAZIONI ANNULLATE ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA FISSATA.

Compete alla struttura (Unità Operativa ospedaliera, Area Specialistica Ambulatoriale ex Servizio di Medicina di base e Specialistica, secondo l'afferenza gestionale) anche il dovere di gestire le situazioni derivanti da improvvise assenze, quali ad esempio la malattia. Si ritiene, infatti, che l'articolazione oraria dei membri dell'équipe debba essere di norma programmata in modo da consentire una rotazione del personale in grado di affrontare esigenze improvvise e di breve durata.

A fronte di temporanea sospensione dell'attività specialistica ambulatoriale, causata da eventi di forza maggiore quali guasto di apparecchiature, blocco sistema informatico, indisponibilità dei locali, ecc., si dispone che le prestazioni annullate vengano recuperate entro un periodo massimo di 30 giorni dalla data dell'appuntamento cancellato. Non è, infatti, accettabile che le prestazioni annullate siano semplicemente riprogrammate in coda a quelle già presenti nei calendari di attività. Ciò comporterebbe, infatti, per i pazienti un nuovo aumento improprio del tempo di attesa, soprattutto per quelle prestazioni gravate da tempi di attesa superiori agli standard fissati. Inoltre un'altra prestazione deve essere garantita al paziente senza che si ripresenti una seconda volta allo sportello CUP per compiere una nuova prenotazione.

PER OGNI BRANCA SPECIALISTICA, SI GARANTISCE SEMPRE IL RISPETTO DEGLI STANDARD DEI TEMPI D'ATTESA PREVISTI (30 GIORNI PER LE VISITE E 60 GIORNI PER LE PRESTAZIONI STRUMENTALI).

Il recupero delle prestazioni da parte delle strutture eroganti interne, qualora non risulti possibile nell'ambito dell'ordinaria programmazione, potrà avvenire mediante le seguenti misure organizzative:

- Riprenotazione manuale su posti prima riservati allo scopo;
- Attivazione di apposite sedute dedicate di recupero;
- Distribuzione degli appuntamenti annullati a inizio/fine seduta di attività già programmata;
- Riconoscimento di prestazioni aggiuntive in regime di libera professione ai professionisti dell'Azienda.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova, l'erogazione dei volumi di prestazioni concordati, compreso il recupero di eventuali sedute annullate, è previsto dai contratti di fornitura. Nello specifico, le modalità organizzative di recupero delle attività sospese competono al Reparto interessato e possono riguardare sia l'attivazione di apposite sedute dedicate sia la distribuzione degli appuntamenti annullati a inizio/fine di sedute di attività già programmata.

In dettaglio, il Direttore della Struttura comunica alla Direzione Sanitaria e all'Ufficio Gestione Risorse l'avvenuta sospensione delle prestazioni evidenziando le motivazioni che hanno portato alla sospensione dell'attività, con l'indicazione anche della durata temporale. L'Ufficio Gestione Risorse tempestivamente trasmetterà al Direttore della Struttura l'elenco dei pazienti sospesi che, a cura della segreteria del reparto stesso, dovranno essere nuovamente prenotati e informati della nuova data fissata.

In caso di sospensione dell'attività di erogazione, l'attività di prenotazione, deve essere regolarmente svolta. Nel caso in cui non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno tale attività (es. guasto grave a tecnologia complessa per il quale non è noto il tempo di ripristino), si propone all'utente di prenotare la prestazione in un'altra struttura del Distretto o della Provincia. Se quest'opportunità non è disponibile o se l'utente preferisce eseguire la prestazione nel Distretto di residenza, si deve comunque raccogliere i suoi dati (pre-accettazione) e informarlo che sarà in seguito contattato per la comunicazione della data effettiva. Questa procedura ha lo scopo di non creare disagio all'utente, evitando di costringerlo a ritornare al punto di prenotazione.

Monitoraggio degli eventi di sospensione dell'attività di erogazione

Per gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno si è avviato, dal secondo semestre 2008, un monitoraggio regionale. Alla Direzione Sanitaria vengono comunicate tutte le informazioni

relativo a ogni singolo evento di sospensione, rispettivamente per le attività di specialistica ambulatoriale erogate da equipe ospedaliera e per le attività territoriali.

Percorsi ambulatoriali per pazienti cronici

Dal 2004 l'Azienda Ospedaliera è impegnata nello sviluppo nei diversi distretti della provincia di percorsi di cura ambulatoriali per pazienti con patologie croniche, creati per garantire continuità assistenziale attraverso l'integrazione tra le varie figure professionali. Questi percorsi prevedono un'offerta dedicata che comprende sia il primo accesso all'ambulatorio di visita che il follow-up la cui tempistica è concordata secondo la gravità clinica. I percorsi riguardano la cura per lo scompenso cardiaco cronico, il diabete, l'insufficienza respiratoria, l'insufficienza renale e le neoplasie. Il percorso dello scompenso cardiaco cronico prevede l'arruolamento dei pazienti secondo criteri di gravità e l'accesso agli ambulatori cardiologici distrettuali dedicati nei quali sono garantite la visita cardiologica e gli esami strumentali. Il primo accesso può essere prenotato a CUP con la prescrizione del medico di medicina generale oppure può essere gestito tramite percorso interno nel caso di pazienti in post-ricovero. Gli appuntamenti per le visite successive, prenotate su agende dedicate, sono stabiliti dal cardiologo, ma il medico di medicina generale può concordare un invio anticipato ogni qualvolta ritenga necessario. Nel percorso dell'insufficienza respiratoria cronica il medico di base invia il paziente, che presenta determinati sintomi, a visita specialistica pneumologica presso un ambulatorio dedicato. La prenotazione è data dallo specialista pneumologo con il quale il medico di base si metterà in contatto telefonico dopo aver fatto eseguire al suo assistito un esame radiologico del torace. Nel caso che il paziente fosse ricoverato, è il medico di reparto responsabile di quel caso a richiedere una visita pneumologica che sarà effettuata nel minor tempo possibile. Il follow-up avviene con visite periodiche, prenotate su agende dedicate, secondo lo schema riportato sul piano assistenziale annuale. In caso di urgenze sarà il medico di base a mettersi in contatto con lo specialista pneumologo ospedaliero per una rivalutazione del caso.

SI GARANTISCE UNA PARTICOLARE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE AI PAZIENTI CON PATOLOGIE CRONICHE, SECONDO DETERMINATI PERCORSI. ESSI RIGUARDANO LA CURA PER LO SCOMPENSO CARDIACO, L'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA, IL DIABETE, L'INSUFFICIENZA RENALE E LE NEOPLASIE.

Lo specialista pneumologo si rende disponibile a eseguire visite domiciliari su richiesta del medico di base in casi selezionati e non altrimenti gestibili, e periodicamente per quei pazienti con più di due ricoveri l'anno.

Il percorso per la gestione integrata del paziente diabetico prevede il coinvolgimento in maniera coordinata dei Servizi di Diabetologia del territorio, i medici di base, i Presidi ospedalieri e l'ASMN con una graduale presa in carico dei pazienti diabetici di tipo II metabolicamente stabili da parte dei medici di base. Questi per la loro conoscenza globale e peculiare del paziente possono esercitare un'importante azione in campo preventivo, diagnostico, terapeutico e di controllo per prevenire e differire, con il supporto degli specialisti ambulatoriali, le complicanze acute e croniche. I pazienti di tipo 1 e di tipo 2 insulino-trattati sono invece presi in carico dai servizi di diabetologia che organizzano il follow-up.

È presente a CUP un'offerta dedicata di visite oculistiche su agende riservate ai pazienti diabetici.

La gestione del malato oncologico prevede che la prima visita oncologica sia sempre garantita attraverso una presa in carico del servizio ospedaliero in tempi brevissimi. I DH oncologici del Presidio dell'AUSL e l'UO di Oncologia dell'ASMN hanno a disposizione posti riservati per la prenotazione di esami di Diagnostica per Immagini, in questo modo è garantita l'esecuzione delle prestazioni secondo i tempi stabiliti dai programmi di follow-up.

Il percorso dell'insufficienza renale progressiva prevede l'invio da parte del medico curante all'ambulatorio di Nefrologia dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova del paziente con determinati valori del filtrato glomerulare e il successivo rinvio al medico curante.

In particolare, è stato oggetto di rivisitazione il protocollo di gestione, nei criteri di accessibilità dei pazienti nel percorso, per gli esami che il medico di base deve prescrivere prima dell'invio dei pazienti all'ambulatorio PIRP, nella tempistica e nella tipologia dei controlli in follow-up secondo lo stadio di malattia prevede l'invio da parte del medico di base all'ambulatorio di Nefrologia dell'ASMN del paziente con determinati valori del filtrato glomerulare e il successivo rinvio al medico curante.

CUP telefonico provinciale

Dalla seconda metà dell'anno 2010 è attivo il numero verde "CupTel provinciale", un sistema di prenotazioni telefoniche delle prestazioni sanitarie completo e integrato in linea con quanto indicato nella Circolare Regionale n°10 del 2007. Possono accedere al servizio tutti gli assistiti presenti nella banca dati provinciale CUP, residenti e non residenti, con tessera non a scadenza o comunque in corso di validità. Si possono prenotare tutte le prestazioni ad eccezione delle prestazioni di pre e post ricovero e le urgenze H24 per le quali si accede direttamente al servizio. Saranno escluse dalla sola fase di avvio, le prenotazioni per esami di laboratorio e prestazioni di radiologia. La documentazione di

prenotazione sarà inviata all'utente tramite i canali di posta elettronica e Postel.

Le modalità di pagamento delle prestazioni saranno le stesse ora previste dal servizio MyCup di prenotazione col telefono cellulare:

- Macchine riscuotitrici utilizzando tessera TEAM
- Sportelli bancari del tesoriere utilizzando tessera TEAM
- PagOnline, collegandosi al sito internet dell'Azienda USL (www.ausl.re.it), dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova (www.asmn.re.it) o direttamente al sito www.pagonlinesanita.it

MyCUP e pagamento online

Dal 1° marzo 2009 è possibile prenotare una prestazione tramite telefono cellulare utilizzando il sistema MyCUP, un programma che permette al cittadino di collegarsi direttamente agli sportelli CUP dell'Azienda USL senza spostarsi da casa. MyCUP consente la prenotazione solo delle più comuni visite specialistiche; al momento non è possibile prenotare esami strumentali che presentano particolare complessità di prenotazione o richiedono la consegna di materiale all'utente.

L'APP MYCUP REGGIO EMILIA, DISPONIBILE GRATUITAMENTE PER SMARTPHONE E IPHONE, PERMETTE DI PRENOTARE COMODAMENTE LE PIÙ COMUNI VISITE SPECIALISTICHE.

Tramite il sistema di pagamento in linea è possibile pagare con carta di credito visite ed esami specialistici prenotati presso le strutture sanitarie dell'Azienda USL di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera. Il sistema BANKPASS Web consente, infatti, il pagamento del ticket o delle prestazioni eseguite

in libera professione.

3.2.1.c) Gestione delle liste d'attesa per ricoveri programmati

Per ricovero programmato s'intende il ricovero in regime ordinario o in regime di Day Hospital che, in relazione alle condizioni cliniche del paziente o ai trattamenti cui il paziente deve essere sottoposto, può essere programmato per un periodo successivo al momento in cui il clinico ha rilevato l'indicazione al ricovero stesso.

Per liste d'attesa s'intende la quantificazione dei tempi medi d'attesa espressa in giorni per ogni singola prestazione da erogare riferita al numero medio dei pazienti prenotati.

I criteri su cui sono formulate le liste d'attesa sono i seguenti:

- La gravità della patologia del paziente (caratteristiche cliniche, eziologia, stadio della patologia, decorso della patologia).

- La data di richiesta della prestazione (criterio adottato in subordine al primo).
- Le risorse necessarie come numero di prestazioni effettuate nell'unità di tempo che ogni Unità Operativa intende dedicare per ogni categoria di liste d'attesa identificate.

Dal 1° gennaio del 2008 le aziende sanitarie hanno l'obbligo di indicare il codice di priorità individuato, sin dalla DGR 557/2000 e, in seguito, nell'Accordo Stato Regioni del 14/02/2002, quale elemento indispensabile per la gestione dei pazienti inseriti nelle liste d'attesa dell'attività ospedaliera programmata in degenza, ordinaria e DH. I codici di priorità sono 4, suddivisi per gravità clinica e precisamente:

CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

A livello regionale i dati sul monitoraggio delle liste d'attesa sono inviati attraverso due vie: "ex ante" attraverso il progetto SIGLA (Sistema Integrato Gestione Liste d'Attesa) dove sono trasmessi i dati relativi alle liste attive delle Aziende Sanitarie che hanno aderito al progetto; "ex post" attraverso i dati ricavati dal flusso informativo SDO (data di prenotazione ricovero, codice di priorità).

A livello aziendale i controlli e monitoraggi sono eseguiti dalla Direzione Sanitaria, mentre le operazioni di pulizia delle liste sono demandate al personale di segreteria delle Strutture.

3.2.1.d) Azioni di miglioramento per il contenimento di tempi di attesa

L'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia attua già da diversi anni uno stretto controllo sulle liste e sui tempi d'attesa.

Per le patologie oggetto di monitoraggio regionale, definite nella DGR 1532/2006 e aggiornate con la DGR 925/2011 l'Azienda ha messo in atto una serie di correttivi organizzativo-gestionali che hanno portato a un ridimensionamento dei tempi di attesa finalizzato al raggiungimento degli obiettivi richiesti dalla Regione.

Le azioni messe in campo dall'ASMN sono diverse, dal controllo, monitoraggio e pulizia continua delle liste alle

sedute aggiuntive operatorie, quando la situazione lo richiede. Un'attenzione particolare è stata rivolta all'appropriatezza. Essa, infatti, costituisce uno dei temi prioritari su cui le Aziende sanitarie devono puntare per il governo dei tempi di attesa come stabilito nell'Accordo stato-regioni 2010-2012.

Appropriatezza prescrittiva

Per garantire l'equità di accesso alle prestazioni di ricovero elettivo è necessario porre particolare attenzione all'omogenea applicazione dei criteri espliciti, che sono alla base della costruzione di una lista d'attesa:

- La classe di priorità clinica, che definisce i tempi massimi di attesa;
- La data di prenotazione, che consente di calcolare gli indicatori e di fornire una data di chiamata.
- Le risorse necessarie per l'erogazione della prestazione

La classe di priorità oltre che rappresentare un criterio da utilizzare per determinare l'ordine d'ingresso alla prestazione, consente di identificare i tempi massimi entro i quali deve essere garantita la prestazione per almeno il 90% dei pazienti.

L'Azienda continua nel progetto di omogeneizzazione dei criteri (codice di priorità e data di prenotazione) fra Strutture nell'ambito della stessa

specialità, per la valutazione dei fattori che consentono l'individuazione della classe di priorità.

L'accertamento periodico della disponibilità del paziente così come la regolare pulizia della lista sono azioni ormai consolidate nel management delle liste d'attesa.

L'ASMN HA MESSO IN ATTO UNA SERIE DI CORREZIONI ORGANIZZATIVE E GESTIONALI VOLTE AL RIDIMENSIONAMENTO DEI TEMPI D'ATTESA E FINALIZZATE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI REGIONALI.

Periodicamente a livello aziendale sono condotte analisi dell'andamento delle prenotazioni; ciò costituisce una parte sostanziale del monitoraggio e consente la programmazione d'interventi di miglioramento.

Appropriatezza organizzativa

Rimane forte l'impegno dell'Azienda Ospedaliera nel consolidare e verificare percorsi diagnostico-terapeutici, per le patologie oggetto di monitoraggio, che sono le seguenti:

Prestazioni in day hospital / day surgery

- Chemioterapia
- Coronarografia
- Biopsia percutanea del fegato
- Emorroidectomia
- Riparazione ernia inguinale

Prestazioni in ricovero ordinario

- Interventi chirurgici tumore Mammella
- Interventi chirurgici tumore Prostata
- Interventi chirurgici tumore colon retto
- Interventi chirurgici tumori dell'utero
- Angioplastica Coronarica (PTCA)
- Endoarteriectomia carotidea
- Intervento protesi d'anca
- Intervento chirurgico Polmone

3.2.2 Disuguaglianze ed equità di accesso e trattamento

Nel 2013 L'Azienda ha perseverato nel perseguire la promozione di una cultura orientata all'equità tra i professionisti e la traduzione di tale concetto in "buone pratiche". Pertanto, si è proceduto nella realizzazione di quanto pianificato l'anno precedente nel "Piano strategico per l'equità interaziendale" e nel "Piano operativo" previsto per il 2013.

L'impegno principale è stato in ambito formativo al fine di mettere a fuoco un percorso teorico-pratico che consentisse ai partecipanti di apprendere e contestualmente applicare i riferimenti concettuali. A gennaio 2013 si è, infatti, concluso il corso di formazione aziendale avviato in novembre 2012 e rivolto primariamente ai referenti della qualità, ai componenti del Comitato aziendale equità, ai membri del CUG e dell'URP e ai mediatori culturali. Gli strumenti di equity assessment spiegati in aula sono stati oggetto di 12 progetti realizzati dai discenti. Le azioni di miglioramento attuate hanno riguardato ad esempio il processo di comunicazione rivolto all'utente di Radioterapia, Medicina Nucleare ed Ematologia, il percorso diagnostico clinico e assistenziale del paziente ortogeriatrico, il percorso di accesso per la consegna dell'esame dell'urina per la

ricerca di cellule neoplastiche, il percorso del donatore di sangue, ecc.

A GENNAIO 2013 SI È CONCLUSO IL CORSO DI FORMAZIONE VOLTO MIGLIORARE ALCUNI PROCESSI, FRA CUI LA COMUNICAZIONE RIVOLTA ALL'UTENTE DI RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEARE ED EMATOLOGIA, IL PERCORSO DIAGNOSTICO CLINICO E ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE ORTOGERIATRICO, IL PERCORSO DI ACCESSO PER LA CONSEGNA DELL'ESAME DELL'URINA PER LA RICERCA DI CELLULE NEOPLASTICHE E IL PERCORSO DEL DONATORE DI SANGUE.

L'iter formativo si è concluso con un seminario svoltosi il 13 giugno 2013 che ha visto coinvolti i discenti del corso, la Direzione aziendale, la Regione Emilia-Romagna e altre Aziende regionali per confrontarsi su come il concetto di equità possa essere traslato nella pratica attraverso la presentazione di alcune esperienze significative (vedi imm. 3.2.2.1).

Imm. 3.2.2.1



L'interesse suscitato per la tematica e la sensibilizzazione crescente negli operatori hanno stimolato i professionisti del Dipartimento Oncologico e Tecnologie avanzate a organizzare un corso di formazione per promuovere l'argomento dell'equità all'interno del proprio dipartimento. È parso importante cogliere l'occasione per diffondere un modello culturale e valoriale, una modalità di approccio non certo nuova ma neanche scontata, sulla quale occorre riflettere per rimuovere le possibili barriere. L'evento si è svolto nel mese di ottobre 2013 in due edizioni che hanno coinvolto circa 41 partecipanti.

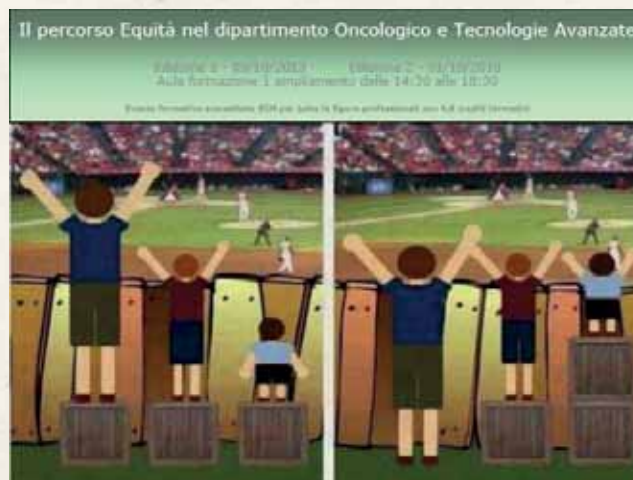
La giornata ha previsto anche un approfondimento sul tema della mediazione culturale e in particolare sulle peculiarità di due culture, quella araba e quella cinese che sono sembrate le culture con le quali gli operatori incontrano più frequentemente difficoltà (vedi imm. 3.2.2.2).

Infine, l'Azienda ha proseguito la realizzazione del progetto di modernizzazione "Trasferimento di buone pratiche di contrasto alle iniquità con riferimento agli utenti nei servizi sanitari, socio-sanitari e di comunità". Nello specifico l'Azienda ha collaborato con l'Azienda USL di Reggio Emilia per il miglioramento dell'accesso agli screening del tumore del collo dell'utero.

Dopo una revisione della letteratura, una raccolta e analisi dei dati quantitativi sugli accessi allo screening, sono state realizzate interviste con utenti italiani e stranieri non aderenti allo screening al fine di rilevare le motivazioni della mancata adesione e le barriere all'accesso. È stato realizzato anche un gruppo di lavoro con gli operatori per constatare il loro punto di vista su possibili cause e azioni di miglioramento. Conseguentemente sono stati identificati gli interventi di rimozione delle barriere tra cui la semplificazione e traduzione multilingue della lettera d'invito, l'introduzione di alcuni cambiamenti organizzativi come, ad esempio, l'apertura dei centri screening in diverse fasce orarie e giorni della settimana.

Il progetto ha previsto anche la sperimentazione dell'"educatore di comunità" quale figura ponte per fornire informazioni e conoscenze alle persone che fanno parte delle comunità minoritarie. Si è pertanto studiato un percorso formativo ad hoc per la preparazione dei mediatori culturali finalizzata a fornire loro le competenze proprie della figura dell'educatore di comunità. Il corso è stato realizzato in 12 incontri da ottobre a dicembre 2013, mentre è prevista nel 2014 la sperimentazione di tale figura.

Imm. 3.2.2.2



3.2.3 Malattie rare

Le malattie rare sono patologie che si presentano nella popolazione con una frequenza pari a meno di una persona ogni duemila (D.M. 2001).

PRESSO L'ASMN CI SONO 17 CENTRI AUTORIZZATI PER LA CERTIFICAZIONE, DIAGNOSI, CURA E CONTROLLO DI UN ELEVATO NUMERO DI MALATTIE RARE.

La rete assistenziale dell'Emilia-Romagna per le malattie rare comprende, tra gli altri Centri (19), anche l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, presso la quale sono state identificate specifiche strutture competenti per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la cura delle singole patologie.

La normativa nazionale prevede l'esenzione del pagamento del ticket per le prestazioni, comprese nei LEA e disposte dal medico del centro autorizzato, finalizzate alla diagnosi, al trattamento, al follow-up e alla prevenzione di eventuali aggravamenti di malattie rare.

I Presidi accreditati certificano informaticamente, attraverso il sistema informativo regionale, lo stato di patologia rara e predispongono il piano terapeutico personalizzato, rilasciandone copia all'assistito. La certificazione è visualizzabile in tempo reale dal Dipartimento di Cure Primarie (AUSL), che provvede a stampare il certificato di esenzione di malattia rara e a consegnarlo direttamente all'assistito o a inviarlo a domicilio, se richiesto dall'assistito al momento della diagnosi.

Nel caso in cui il piano terapeutico personalizzato comprenda farmaci non inclusi nei LEA, il centro di riferimento, tramite l'AUSL di residenza del paziente predispone apposita domanda al Servizio Presidi Ospedalieri.

In applicazione alla suddetta delibera, per ciascuna malattia rara o gruppo di malattie:

- Sono stati definiti percorsi d'accesso per i pazienti, sia per la prima visita sia per il follow-up, identificando, dove possibile, percorsi di day service;
- È garantita la presa in carico complessiva del paziente, secondo le indicazioni dettate dalla Circolare n. 18/2004;
- Sono stati predisposti protocolli clinici;
- Vengono seguite le corrette procedure per la richiesta di erogazione in esenzione alla partecipazione al costo di farmaci non appartenenti ai LEA.

Presso la nostra Azienda ci sono 17 centri autorizzati per la certificazione, diagnosi, cura e follow-up di un elevato numero di malattie rare. In tutto sono abilitati alla cura e certificazione di queste patologie un centinaio di medici afferenti ai centri accreditati.

Le reti delle malattie rare

Nell'ambito del sistema delle malattie rare sono state realizzate specifiche reti, organizzate secondo il modello Hub & Spoke (Centri di alta specializzazione che sono il riferimento per gli ospedali del territorio) per la prevenzione, la diagnosi e la cura di alcune specifiche malattie o gruppi di malattie (sindrome di Marfan, Fibrosi cistica, glicogenosi, anemie emolitiche congenite, emofilia e malattie emorragiche congenite, anemie emolitiche congenite). L'Azienda ASMN è centro spoke per le seguenti patologie:

- Sindrome di Marfan: è una malattia del tessuto connettivo, caratterizzata, nelle forme più conclamate, da anomalie dell'apparato muscolo-scheletrico, cardiovascolare, dell'occhio. I reparti di Diagnostica e Interventistica Cardiologica (per l'adulto) e di Pediatria (per il bambino) dell'ASMN sono centro spoke. Il centro hub regionale è situato nel Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna.
- Anemie emolitiche ereditarie: tra queste le più numerose sono le talassemie, malattie dovute a disordini ereditari legati alla ridotta o assente produzione delle catene globiniche. Il reparto di Ematologia dell'ASMN è centro spoke. Il centro hub regionale è l'Azienda ospedaliera S. Anna di Ferrara.
- Emofilia e malattie emorragiche congenite: sono difetti ereditari della coagulazione del sangue. I reparti di Medicina 1^a (per l'adulto) e Pediatria (per il bambino) dell'ASMN sono centri spoke. Centro Hub regionale è presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (Ospedale Maggiore) al quale è affidato il "Registro regionale per le malattie emorragiche congenite".
- Malattie rare scheletriche: il reparto di Genetica Clinica, dal 2011, è centro spoke. Centro hub regionale ha sede nell'IRCCS "Rizzoli" di Bologna. L'Azienda Santa Maria Nuova si è candidata quale Centro Spoke della rete per le malattie rare scheletriche.
- Malattie rare pediatriche: nel 2011 è stata istituita una rete specifica per l'assistenza ai minori con malattia rara. Sono 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.

Il Centro Hub di riferimento regionale per la diagnosi, la cura, la presa in carico complessiva è il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna. L'Azienda Ospedaliera IRCCS è uno dei dieci Centri Spoke.

- Malattie metaboliche ereditarie: nel 2011 è stata istituita la Rete Hub & Spoke per le Malattie Metaboliche Ereditarie. Si tratta di malattie a trasmissione genetica che richiedono una diagnosi precoce e una presa in carico tempestiva del neonato, con adeguata terapia (farmacologica e/o dietetica): in questo modo possono essere evitati sintomi spesso gravemente invalidanti. Per l'Area Vasta Emilia Nord (Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena) il centro di riferimento (Hub) è la S.C. di Pediatria e Neonatologia dell'Azienda Usl di Piacenza. A questa struttura si affiancano la S.C. di Neuropsichiatria infantile dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia specializzata per le malattie a carattere neuro-metabolico e la S.C. di neonatologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena per le malattie con scompenso acuto metabolico. Per l'Area Vasta Centro (Bologna, Imola, Ferrara) e per l'Area Vasta Romagna (Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini), il centro di riferimento è la S.C. di Pediatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. In ogni Azienda Usl della regione sono individuati gli spoke, unità organizzative che coinvolgono diversi soggetti (medici specialisti e servizi) per la presa in carico globale del bambino o della bambina.
- La rete per l'assistenza a bambini e adolescenti: L'Azienda è Centro Spoke della rete per l'assistenza a bambini e adolescenti, una rete specifica per l'assistenza ai minori con malattia rara. Sono 197 patologie che riguardano l'apparato digerente, l'apparato scheletrico, l'oculista, la dermatologia, i difetti cromosomici, le malformazioni con o senza ritardo mentale, il sistema nervoso. Il Centro Hub di riferimento regionale per la diagnosi, la cura, la presa in carico complessiva è il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna.
- La genetica a supporto della rete assistenziale regionale per la diagnosi di malattia rara
- L'Azienda Ospedaliera è Centro Hub, insieme all'azienda USL di Imola, per i Laboratori di citogenetica nell'ambito della rete assistenziale regionale per la diagnosi di malattia rara.

3.2.4 azioni di sostegno all'accesso dei servizi per le persone con grave disabilità acquisita

Il trattamento delle gravi cerebrolesioni acquisite, secondo quanto previsto dal progetto regionale GRACER, prevede, in qualità di Spoke A (Spoke acuti) per la Struttura di Medicina Fisica e Riabilitativa della nostra Azienda, una serie di interventi che si possono riassumere come segue:

- Individuazione del paziente con GCA (Grave Cerebrolesione Acquisita) ricoverato nelle unità operative per acuti (Rianimazione, Neurologia, Medicina, Malattie infettive...).
- Compilazione settimanale della scheda di valutazione.
- Programmazione degli interventi riabilitativi in fase acuta.
- Prognosi funzionale e definizione del fabbisogno riabilitativo e del percorso di cura dopo la fase acuta.
- Caricamento di tutti i dati cartacei nella banca dati del Registro Regionale GCA e segnalazione informatizzata alle altre strutture della rete, per i trasferimenti.

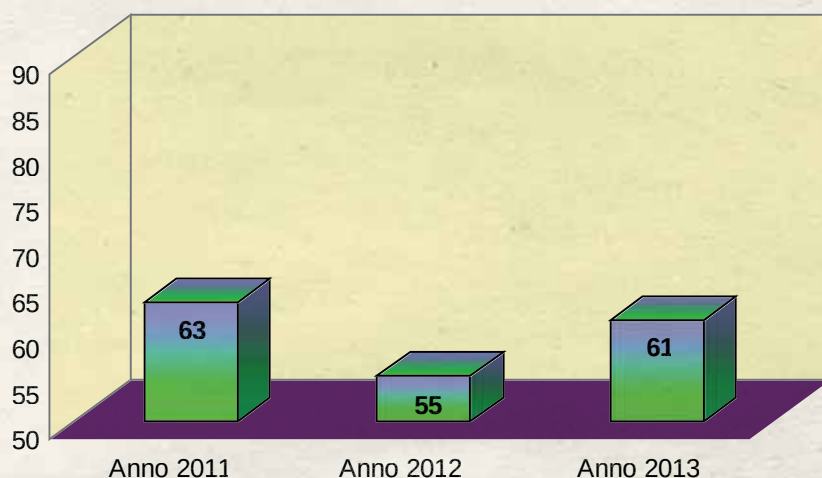
Al momento dell'uscita dai reparti per acuti verso le strutture riabilitative, tutti i pazienti che necessitano di riabilita-

zione intensiva sono segnalati e trasferiti all'Ospedale di Correggio, in letti appositamente predisposti. Per i pazienti che necessitano di riabilitazione estensiva, sono stati definiti accordi tra l'Azienda Ospedaliera e l'AUSL: i pazienti del distretto di Reggio Emilia accedono ai posti letto di Lungodegenza Riabilitazione Estensiva (LDRE) della struttura di Medicina Fisica e Riabilitativa della nostra Azienda, i pazienti degli altri distretti accedono alle LDRE della Provincia.

Nel 2013 sono stati presi in carico presso l'Azienda Ospedaliera, con le modalità descritte, 61 pazienti, di cui 4 trasferiti presso la struttura di Medicina Fisica e Riabilitativa per la fase riabilitativa (nel 2012 i pazienti presi in carico erano stati 55 pazienti, di cui 8 trasferiti presso la struttura di Medicina Fisica e Riabilitativa).

NELL'AMBITO DELLE CEREBROLESIONI GRAVI ACQUISITE, NEL 2013 SONO STATI PRESI IN CARICO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA, 61 PAZIENTI, DI CUI 4 TRASFERITI PRESSO LA STRUTTURA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA PER LA FASE RIABILITATIVA.

Pazienti Gracer 2011-2013



3.2.5 Partecipazione a programmi di sorveglianza e tutela nei casi di maggiore fragilità e solitudine dell'anziano

L'esigenza di rispondere in modo pertinente alle esigenze degli anziani "fragili", implica prioritariamente la necessità d'identificare i soggetti per i quali è necessario effettuare un piano individualizzato di assistenza nella rete dei servizi. Già a far tempo dal 2006, l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda USL hanno definito un piano per l'identificazione precoce dei soggetti "a rischio" durante il periodo estivo, dove l'impatto "dell'emergenza caldo" può comportare un rischio elevato di rapido deterioramento della salute e dello stato funzionale.

In particolare, si è provveduto a:

- Predisporre un questionario in grado d'identificare, tramite punteggio assegnato a ogni enunciato, i soggetti a rischio tra i pazienti ricoverati con età superiore a 75 anni,
- Diffondere lo strumento nelle Unità Operative Ospedaliere che, potenzialmente, possono ospitare pazienti con età > 75 anni,
- Somministrare il questionario alle persone ricoverate di età > 75anni,
- Trasmettere i dati relativi ai casi a rischio identificati al Dipartimento di Cure Primarie dell'Azienda USL per la costruzione di una "mappa delle situazioni di fragilità".
- Contattare telefonicamente (a cura delle Infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana), le persone identificate "fragili" per la rilevazione dei bisogni.

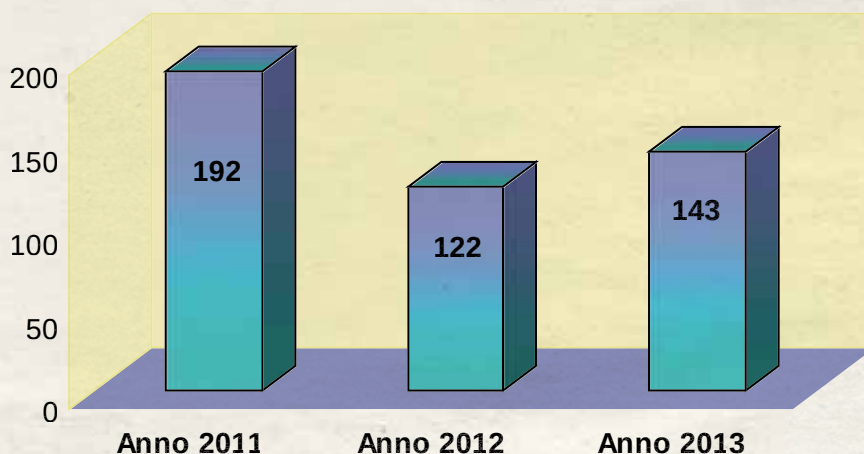
Anche durante i mesi estivi del 2013 il questionario è stato somministrato dal personale infermieristico a tutti i pazienti ricoverati di età >75 anni, residenti in uno dei Comuni del Distretto di Reggio Emilia.

Nel corso del periodo di monitoraggio (10 giugno - 10 settembre 2013) sono pervenute 143 segnalazioni di anziani "fragili", di cui 63% di sesso femminile. Complessivamente negli ultimi tre anni sono state compiute 457 segnalazioni di casi ritenuti a rischio e meritevoli di maggiore attenzione o sorveglianza. Le segnalazioni pervenute hanno contribuito alla costruzione di una mappa delle situazioni a rischio e hanno consentito un intervento precoce nei casi di maggiore fragilità.

NEL CORSO DEL PERIODO DI MONITORAGGIO (10 GIUGNO - 10 SETTEMBRE 2013) SONO PERVENUTE 143 SEGNALAZIONI DI ANZIANI "FRAGILI", DI CUI 63% DI SESSO FEMMINILE. COMPLESSIVAMENTE NEGLI ULTIMI TRE ANNI SONO STATE COMPIUTE 457 SEGNALAZIONI DI CASI RITENUTI A RISCHIO.

Grafico 3.2.2

Segnalazioni anziani "fragili"



3.2.6 Percorso interaziendale per l'accompagnamento e sostegno di uomini e donne in situazione di disagio sociale e psicofisico grave

Anche per il 2013 è stata confermata l'intesa tra Azienda Ospedaliera, Azienda USL, Comune di Reggio Emilia e Caritas Diocesana per la realizzazione del progetto "percorsi per l'accoglienza", nell'ambito del programma finalizzato al "Contrasto alla povertà e all'esclusione sociale", con l'obiettivo di riformulare il sistema dell'offerta pubblica e privata nell'area "marginalità/bassa soglia", secondo i criteri di una maggiore integrazione tra servizi sociali e sanitari e in stretta collaborazione con le organizzazioni del privato sociale.

In particolare, è proseguito il percorso di ospitalità e accompagnamento educativo a supporto di situazioni di disagio complesso, così come peraltro previsto anche dal Programma attuativo del Piano sociale di zona, sottoscritto il 28 maggio 2012.

Il progetto, avviato in via sperimentale nel 2007, ha dato esiti positivi e ha consentito di costruire nel tempo una modalità di lavoro condivisa, dove i diversi partner garantiscono la continuità della rete d'intervento e accoglienza per la gestione di situazioni di disagio complesso attraverso la costanza delle relazioni di reciproca collaborazione.

I percorsi di sostegno e accompagnamento socio-educativo alle situazioni di disagio complesso sono sostenuti da un'équipe interdisciplinare e interistituzionale composta di:

- Comune di Reggio Emilia: 2 assistenti sociali dei Servizi Sociali (1 con funzioni di coordinamento)
- AUSL di Reggio Emilia: 2 assistenti sociali, 1 operatore SerT, 1 operatore Dipartimento Salute Mentale, Servizio Socio Educativo Domiciliare
- Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova: 1 medico della S.C. di Malattie Infettive
- Caritas: 1 operatore

L'équipe si riunisce, di norma, con cadenza mensile per l'analisi delle situazioni di disagio complesso proposte dai servizi, la progettazione dei percorsi di sostegno e accompagnamento in collaborazione con gli altri servizi, la verifica e il monitoraggio dei progetti. Inoltre almeno annualmente, si confronta con le altre équipe della provincia per un confronto sulle tipologie di situazioni e per un confronto sulle ipotesi metodologiche.

3.2.7 Programma Stroke Care

La presa in carico dei pazienti apoplettici durante il ricovero ospedaliero da parte di una squadra multidisciplinare specializzata, migliora la sopravvivenza e il recupero complessivo dei pazienti stessi. Il modello organizzativo più efficace appare quello della "comprehensive stroke care" (intesa come la struttura di degenza dedicata in grado di integrare la precocità degli interventi finalizzati a prevenire le complicanze con l'avvio di una precoce riabilitazione). Nel 2007 la Regione Emilia-Romagna ha emanato le linee d'indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus - Programma Stroke care (DGR n. 1720).

Ispirandosi al modello di comprehensive stroke care e in coerenza con le linee guida regionali e con le indicazioni espresse dalla Conferenza Stato-Regioni (Documento d'indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus - n. 2195 del 2005) presso l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia si sono costituite aree dedicate presso i reparti di:

- Geriatria,
- Medicina Interna,
- Neurologia,

che garantiscono l'assistenza del paziente, secondo protocolli e procedure condivise, l'identificazione di un case manager, la precoce presa in carico riabilitativa già in area ictus, il trasferimento successivo alla stabilizzazione clinica presso la Medicina Riabilitativa, qualora il paziente necessiti di trattamento riabilitativo intensivo. Presso l'unità operativa di Neurologia è inoltre presente una Stroke Unit, dotata complessivamente di 12 posti letto.

**PRESSO IL REPARTO DI
NEUROLOGIA È PRESENTE
LA STROKE UNIT, DOTATA
COMPLESSIVAMENTE DI 12 POSTI
LETTI. NEL 2013, I PAZIENTI DIMESSI
CON DIAGNOSI "EMORRAGIA
INTRACRANICA O INFARTO
CEREBRALE" SONO STATI 563.**

Nel corso dell'anno 2013, i pazienti dimessi con DRG 14 "Emorragia intracranica o infarto cerebrale" dalle degenze dell'Azienda Ospedaliera sono stati 563 (Tab. 3.2.1).

Tab. 3.2.1

DIMESSI DRG 014 "EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE" - ANNO 2013	
Unità Organizzativa di Dimissione	Numero Ricoveri
NEUROLOGIA	217
GERIATRIA	88
MEDICINA I	63
LUNGODEGENZA	62
MEDICINA FISICA RIABILITATIVA	49
RIANIMAZIONE	26
MEDICINA D'URGENZA	25
MEDICINA II	9
MEDICINA III	8
ALTRI	16
totale	563

Parallelamente al modello organizzativo intra-ospedaliero, sono in essere percorsi, standard, algoritmi pre-ospedalieri e post-ospedalieri. Dal maggio 2004, il reparto di Neurologia dell'Ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia è autorizzato, inoltre, a eseguire trattamenti fibrinolitici per il trattamento dell'ictus ischemico.

Nel corso dell'ultimo biennio sono state portate a termine 191 trombolisi, di cui 109 nel corso dell'anno 2013.

Il Team Multiprofessionale Aziendale, coordinato dal responsabile della Struttura Semplice di Patologia Neurovascolare (medico neurologo) organizza, inoltre, corsi di formazione e aggiornamento, accreditati ECM: nel corso del 2013 sono stati organizzati 6 incontri formativi nell'ambito del "Percorso di miglioramento delle U.O. coinvolte nel percorso Stroke Care", giunto alla settima edizione.

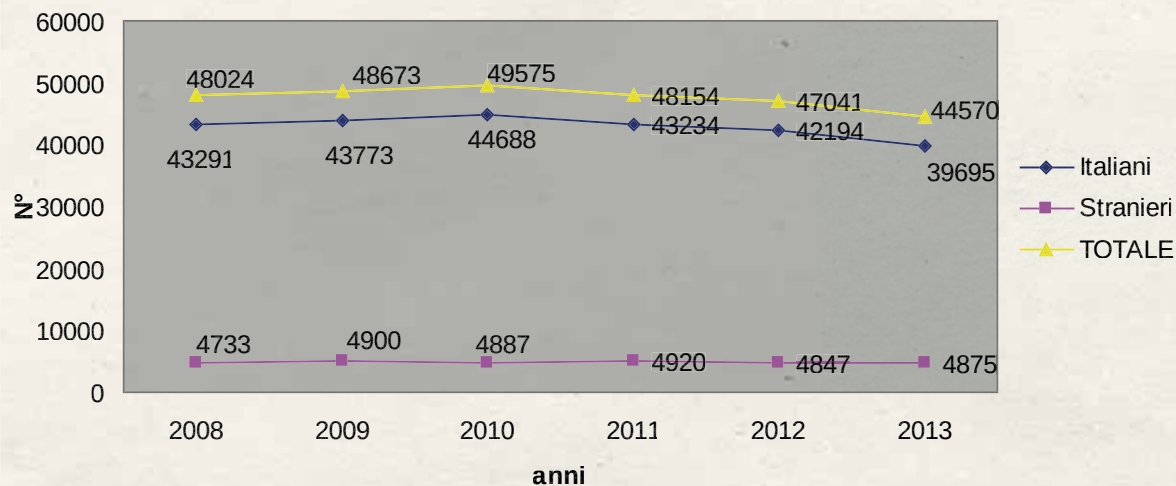
3.2.8 L'assistenza a pazienti e utenti stranieri

Secondo i dati pubblicati dall'Osservatorio regionale sul fenomeno, al 01/01/12 la popolazione straniera residente in provincia di Reggio Emilia ammonta a 72.342 persone pari al 13,5% della popolazione totale, mostrando un andamento in crescita del 4,75% rispetto al 2011. Gli stranieri residenti sono per il 50,4% di sesso femminile e prevalentemente di cittadinanza marocchina (10.438 stranieri), albanese (7.610 stranieri), indiana (6.848), cinese (5.885) e pakistana (5.165). Si tratta di una popolazione giovane considerando che la fascia di età 18-44 anni è rappresentata dal 54% di residenti stranieri e la fascia 0-18 dal 25,3%.

Per quanto riguarda gli accessi di utenti stranieri presso l'ASMN, nel 2013 il numero di stranieri ricoverati in regime di ricovero ordinario e di day hospital è in lieve aumento passando da 4.847 del 2012 a 4.875 e rappresentando il 10,9% dei ricoveri rispetto al numero complessivo. Il numero d'italiani ricoverati in regime ordinario o di day hospital è invece diminuito di circa il 6,3% rispetto all'anno precedente (grafico 3.2.3).

IL NUMERO DI STRANIERI RICOVERATI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO E DI DAY HOSPITAL È IN LIEVE AUMENTO E RAPPRESENTA IL 10,9% DEI RICOVERI COMPLESSIVI. IL NUMERO D'ITALIANI RICOVERATI, INVECE, È DIMINUITO DI CIRCA IL 6,3% RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE.

Grafico 3.2.3

Ricoveri in degenza ordinaria e dh all'ASMN (valori assoluti)

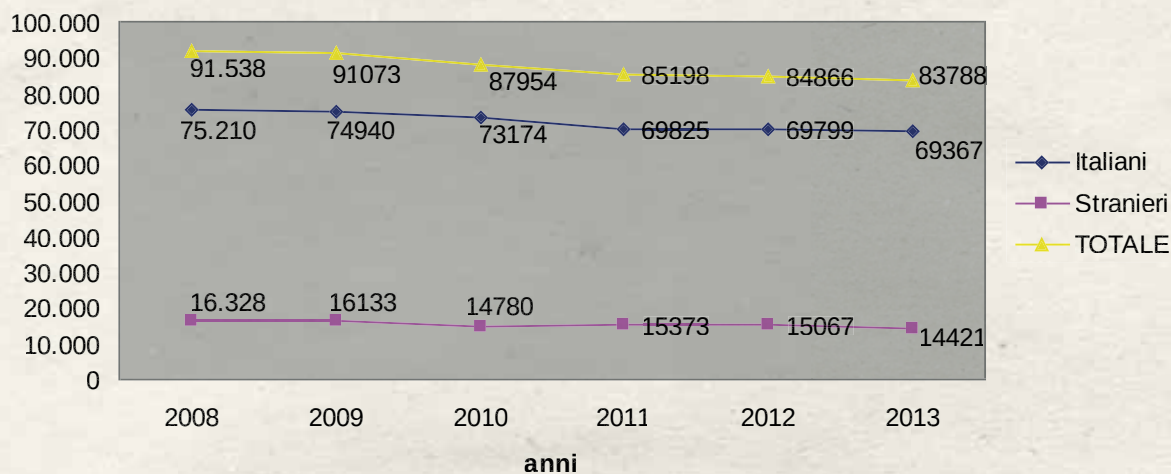
Nel 2013 è diminuito il numero di accessi di utenti stranieri attraverso il Pronto Soccorso (compreso il PS pediatrico), che è stato pari a 14.421 (-4,5%) rappresentando il 17,2%

del totale accessi. Da rilevare che la principale modalità di accesso degli stranieri continua a essere il Pronto Soccorso (74,7%) (grafico 3.2.4).

Grafico 3.2.4

Ricoveri in PS all'ASMN (valore assoluto)

N°

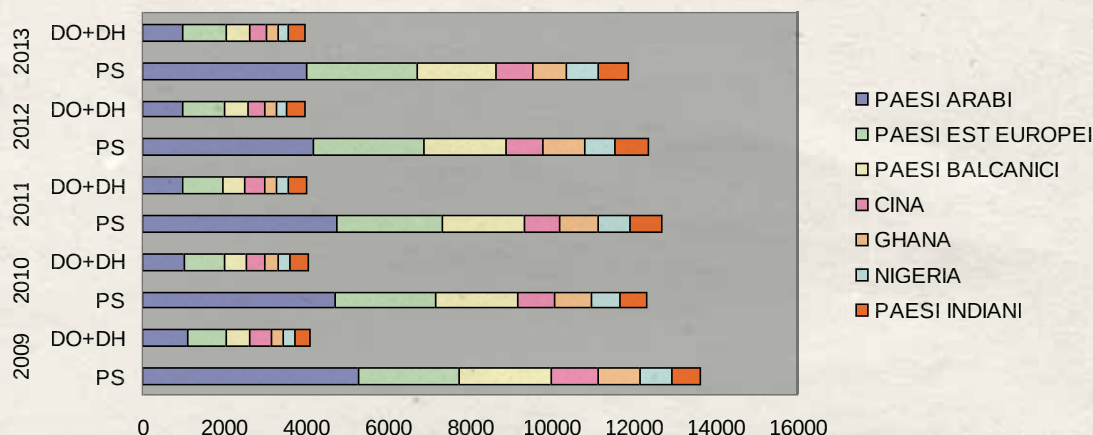


Complessivamente, gli utenti stranieri che hanno un numero maggiore di accessi all'ospedale sono di nazionalità araba, seguiti da utenti dell'Europa dell'est e dell'area balcanica, di nazionalità cinese, indiana, ghanese e nigeriana. Similmente a quanto riscontrato nel 2012, si continua a

registrare una tendenza in crescita per gli utenti estereuropei (+6,6%), mentre diminuisce il numero di accessi di utenti di origine cinese (-6,2%), araba (-7%), nigeriana (-1,5%), indiana (-20,5%), dell'area balcanica (-3,1%) e ghanese (-20,8%) (grafico 3.2.5).

Grafico 3.2.5

Accessi per Paese di cittadinanza all'ASMN



Le ore di presenza fissa sono state incrementate di circa 76 unità rispetto all'anno precedente, prevedendo in particolare la presenza aggiuntiva del mediatore cinese il mercoledì pomeriggio per 2 ore.

Rispetto all'utilizzo del Servizio in modalità "programmata", i reparti che l'hanno utilizzato maggiormente sono stati in ordine decrescente le Malattie Infettive (187,5 ore), l'Ostetricia compresa la Sala parto (89,5 ore), il Laboratorio di Genetica (74,5 ore), i Poliambulatori (57,5 ore), la Ginecologia (53,5) e la Pediatria (41 ore). Gli interventi con modalità programmata hanno previsto un impiego dei mediatori di circa 816,5 ore complessive e hanno coinvolto le lingue riportate nella tabella sottostante (Tab. 3.2.2).

Tabella 3.2.2

PRESENZA PROGRAMMATA			
LINGUA	N. ORE 2012	N. ORE 2013	diff.% 2013 - 2012
Albanese	188,5	152	-24,0%
Arabo	37,5	53,5	29,9%
Cinese	145	198,5	27,0%
Ghanese	56,5	67	15,7%
Hindi	77	126	38,9%
Bambara	3,5	0	/
Nigeriano	13,5	2	-575,0%
Tamil	210	121,5	-72,8%
Turco	9,5	7	-35,7%
Urdu	0	19	-36,4%
Ucraino	95,5	70	+100%
tot	836,5	816,5	-2,4%

L'assistenza ai cittadini migranti è stata un campo d'interesse che l'Azienda Ospedaliera ha continuato a perseguire nel corso del 2013. L'Ufficio Sistemi Qualità, coordinatore a livello aziendale del servizio di mediazione linguistico-culturale, ha partecipato a incontri periodici con l'Ufficio Ricerca e Innovazione dell'Azienda USL di Reggio Emilia e con il Consorzio Dimora di Abramo per monitorare l'utilizzo del servizio di mediazione con riguardo alla dimensione e alle caratteristiche della domanda, per pianificare le attività del servizio e per individuare e promuovere azioni di miglioramento. Diversi sono stati i documenti tradotti nelle principali lingue straniere, alcuni di essi sono utilizzati a livello interaziendale.

Rispetto all'impiego del Servizio di mediazione linguistico culturale è emerso che, per quanto riguarda la presenza fissa, il numero di ore di utilizzo dei mediatori nel corso del 2013 è stato complessivamente di 1.306 ore, suddivise tra i mediatori delle diverse etnie come da tabella seguente (Tab. 3.2.3):

Tabella 3.2.3

PRESENZA FISSA	
LINGUA	N. ORE
Albanese	187,5
Arabo	454,5
Cinese	498
Ucraino	166
tot	1.306

Il servizio di mediazione è stato attivato secondo la modalità "urgente" (Tab. 3.2.4) complessivamente per 293 ore, registrando una diminuzione del 59,6% rispetto al 2012. Le strutture che hanno usufruito maggiormente di questa modalità sono state l'Ostetricia compresa la Sala Parto (45 ore), le Malattie Infettive (36 ore), la Pediatria (35,5 ore) e il Pronto Soccorso (34 ore). L'intervento urgente è stato richiesto per le seguenti lingue:

Tab.3.2.4

INTERVENTO URGENTE			
LINGUA	N. ORE 2012	N. ORE 2013	diff.% 2013 - 2012
Albanese	37,5	27,5	-36,4%
Arabo	38,5	26	-48,1%
Cinese	134,5	98	-37,2%
Ghanese	10,5	9	-16,7%
Hindi	54,5	42,5	-28,2%
Nigeriano	2,5	3	+16,7%
Tamil	171	53,5	-219,6%
Turco	3	4	+25%
Ucraino	15,5	29,5	+47,5%
tot	467,5	293	-59,6%

Inoltre, il Servizio di Mediazione linguistico-culturale è stato utilizzato attraverso modalità telefonica (Tabella 3.2.5) per un numero complessivo di 1.515 interventi, registrando una diminuzione del 29,1% rispetto al 2012. I reparti che hanno usufruito maggiormente dell'intervento telefonico sono stati la Ginecologia (279 interventi), l'Ostetricia compresa la Sala Parto (319 interventi), il Nido (111 interventi), i Poliambulatori (127 interventi) e le Malattie Infettive (94 interventi). La tabella sottostante mostra l'utilizzo dell'intervento telefonico in base alla lingua.

Tab. 3.2.5

INTERVENTI TELEFONICI			
LINGUA	N. ORE 2012	N. ORE 2013	diff.% 2013 - 2012
Albanese	84	50	-68%
Arabo	30	25	-20%
Cinese	1.571	1.289	-21,9%
Ghanese	-	20	100
Hindi	179	67	-167,2%
Nigeriano	2	0	/
Tamil	19	17	-11,8%
Turco	4	0	/
Ucraino	67	47	-42,6
tot	1.956	1.515	-29,1%

Compiendo un'analisi complessiva si nota che il Servizio di mediazione linguistico culturale è stato richiesto per quasi tutte le lingue molto più frequentemente per la modalità di intervento programmata piuttosto che urgente o telefonica, attestando un miglioramento nell'appropriatezza d'uso del Servizio.

La mediazione per la lingua cinese continua a essere la più richiesta anche se si è registrata una diminuzione negli accessi di utenti appartenenti a tale etnia. Le principali strutture usufruenti del servizio di mediazione continuano a essere quelle afferenti all'Area Salute Donna (Ginecologia e Ostetricia), all'Area Salute Infanzia (Nido e Pediatria), alle Malattie Infettive, ai Poliambulatori e al Laboratorio di genetica.

3.3 CENTRALITÀ DEL CITTADINO

Nell'organizzare l'offerta dei servizi è fondamentale tener conto delle considerazioni e del punto di vista del cittadino, favorendone la partecipazione attiva. La centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, dell'organizzazione dei servizi e della loro valutazione è, infatti, principio che ispira l'attività del Servizio Sanitario Regionale (art. 1 L.R. 29/04) e, conseguentemente, l'attività dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia.

3.3.1 Il Comitato Consultivo Misto

Il Comitato Consultivo Misto (CCM) è uno strumento istituzionale di partecipazione alla gestione della sanità da parte dei cittadini. È stato istituito con L.R. n. 19/94 e opera all'interno delle Aziende Sanitarie quale organismo privilegiato per la rilevazione e il miglioramento della qualità dei servizi. Presso l'Azienda Santa Maria Nuova il CCM esiste sin dal 1995 ed è composto in maggioranza da membri di Associazioni di volontariato e da referenti aziendali. Esso ha sede presso la struttura ospedaliera e dura in carica tre anni, riunendosi di norma una volta al mese.

Il CCM si propone di favorire la partecipazione dei cittadini ai processi decisionali aziendali per quanto attiene gli aspetti relativi al miglioramento della qualità dei servizi e della comunicazione fra la struttura sanitaria e gli utenti, di diffondere la conoscenza e la partecipazione, promuovendo progetti di educazione alla salute anche attraverso il coinvolgimento delle diverse Associazioni di tutela e volontariato.

**IL CCM SI PROPONE DI
FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE
DEI CITTADINI AI PROCESSI
DECISIONALI AZIENDALI.**

Per l'adempimento delle funzioni precedentemente descritte vengono sviluppate attività che si possono descrivere come segue:

- Esame di documenti e normativa;
- Espressione di pareri;
- Creazione di gruppi di lavoro ad obiettivo;
- Confronto con esperti;
- Partecipazione e promozione ad attività formative interne o rivolte ad utenti;
- Promozione e realizzazione di confronti con i cittadini su problemi, progetti e risultati dell'attività del CCM;
- Partecipazione alla definizione dei bisogni di salute della popolazione e alla progettazione di servizi;
- Partecipazione ad attività di verifica aziendale, promozione e realizzazione di attività di verifica autogestite, partecipazione ad attività di identificazione analisi e gestione del rischio;
- Partecipazione al monitoraggio dei segnali di disservizio;
- Monitoraggio di criticità emergenti (liste di attesa, problemi di umanizzazione e personalizzazione dei servizi);
- Proposta e collaborazione alla realizzazione di progetti di miglioramento;
- Promozione e partecipazione ad indagini sul livello di gradimento dei cittadini;
- Partecipazione alla definizione (possibilmente alla rilevazione sistematica) e analisi di indicatori per la valutazione della qualità dal lato dell'utente.

Nel corso dell'anno 2013 il Comitato Consultivo Misto di questo Ospedale ha continuato nel progetto di incontro con i responsabili di reparti del SMN con maggiore specificità in quelli maggiormente dedicati alla "cronicità", per condurre interviste mirate ad accertare lo stato di attuazione degli impegni assunti enunciati in Carta dei Servizi. Il CCM ha seguito con attenzione del tutto particolare lo sviluppo del progetto aziendale che ha portato all'istituzione di una Medicina Oncologica ed alla creazione di un centro di Medicina Palliativa.

3.3.2 Indagine di soddisfazione degli utenti

Nel corso del 2013 l'Azienda ha condotto un'indagine di soddisfazione dell'utenza del Pronto Soccorso attraverso intervista telefonica ai pazienti dimessi con codice colore bianco, verde, giallo o ai loro accompagnatori. La valutazione è stata espressa utilizzando la seguente scala numerica:

DEL TUTTO INADEGUATE	MOLTO INADEGUATE	INADEGUATE	ADEGUATE	MOLTO ADEGUATE	DEL TUTTO ADEGUATE	NON SO
1	2	3	4	5	6	□

Complessivamente le interviste effettuate sono state 296: 30 a pazienti con codice bianco, 228 con codice verde e 38 con codice giallo.

Il questionario è stato compilato per il 76% direttamente dal paziente, per il 22,6% da un familiare/conoscente e per il 1,4% dall'assistente familiare (badante). Per quanto riguarda le caratteristiche socio-anagrafiche dei rispondenti, essi sono prevalentemente di nazionalità Italiana (83,4%), di sesso femminile (42,2%) e residenti nella provincia di Reggio Emilia (93,6%). L'età media degli intervistati è 53 anni. Il 39,9% detiene un titolo di studio medio basso (nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore) e il restante 60,1% un titolo di studio medio alto (licenza media superiore, laurea o post). Infine, per quanto riguarda la

condizione lavorativa, il 45,3% dichiara di essere "occupato", il 33,1% "pensionato", il 7,1% "in cerca di occupazione", il 2,7% "studente" e l'8,1% "casalinga".

L'88,8% dei rispondenti si ritiene soddisfatto dell'esperienza di ricovero e cura in generale (risposte: "del tutto adeguato" + "molto adeguato" + "adeguato"). Di questi, il 71,5% si ritiene "estremamente soddisfatto" (risposte: "del tutto adeguato" + "molto adeguato") (tabella 3.3.1).

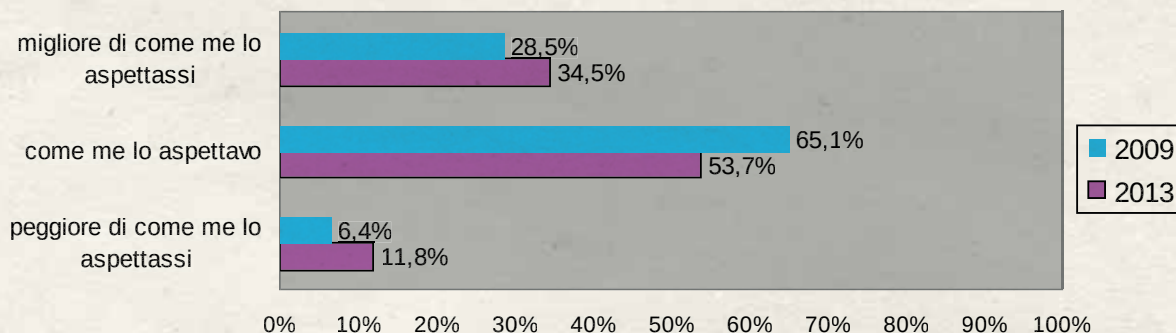
Ciò è confermato dal fatto che la maggior parte dei rispondenti dichiara che il servizio ricevuto ha corrisposto le proprie aspettative (53,7%) o addirittura le ha superate (34,5%) (grafico 3.3.1)

Tabella 3.3.1

	N. Rispondenti	inadeguato + molto inadeguato + del tutto inadeguato (%)	Adeguato (%)	Molto adeguato + del tutto adeguato (%)	Molto adeguato + del tutto adeguato 2009 (%)
Valutazione di reparto	294	11,2	17,3	71,5	57,1

Grafico 3.3.1

Rispetto alle sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato:



La maggior parte degli utenti intervistati si è recata al Pronto Soccorso con mezzo proprio (70,6%), per un problema di salute concernente una malattia/malessere (68%) o a un incidente/ trauma (32%) e accompagnato (79%). Il 68% degli intervistati afferma di essersi rivolto al Pronto Soccorso perché gli è stato consigliato. Le informazioni fornite all'accesso sul codice colore non sempre sono state comprese dal paziente che a volte riferisce un codice diverso da quello effettivamente assegnatogli. Ciò trova riscontro anche nella valutazione delle informazioni che, per il 7,8%

dei rispondenti, non sono soddisfacenti mentre il 25,3% riferisce di non aver avuto colloquio su tale argomento. Altri aspetti poco soddisfacenti riguardano la raggiungibilità del Pronto soccorso, la segnaletica e l'adeguatezza del parcheggio.

Migliorabile, ma più positiva rispetto alla precedente indagine del 2009, è la valutazione del personale medico e infermieristico, in particolare rispetto alle informazioni e alla capacità di tranquillizzare.

Rispetto al trattamento del dolore, il 72% dei rispondenti afferma di aver sentito dolore durante la permanenza in Pronto Soccorso e il 68% di aver avuto l'impressione che il personale abbia prestato attenzione a questo aspetto. Infatti, il 60% di chi ha avuto dolore, ha ricevuto una terapia antidolorifica che valuta soddisfacente in quanto la percentuale di utenti "estremamente soddisfatti" è pari al 68,7% vs il 38,8% nel 2009.

Notevolmente migliorata rispetto alla precedente indagine, è la valutazione del rispetto della riservatezza, sia nello scambio di informazioni riservate sia nello svolgimento delle prestazioni; infatti una percentuale superiore all'86% dei rispondenti si ritiene "estremamente soddisfatto".

Gli aspetti ambientali risultano essere non completamente soddisfacenti in particolare il comfort della sala d'attesa e la pulizia dei bagni. Tuttavia questi ultimi aspetti sono quelli meno importanti secondo un ordine gerarchico attribuito dai pazienti intervistati ai diversi fattori che caratterizzano l'assistenza. Il grafico 3.3.2, infatti, mostra che i fattori che rivestono maggiore importanza per i rispondenti sono al primo posto la competenza relazionale del personale medico e, a seguire, l'accoglienza, la competenza relazionale del personale infermieristico e di triage, le informazioni ricevute, gli ambienti e, in ultimo, il rispetto della riservatezza.

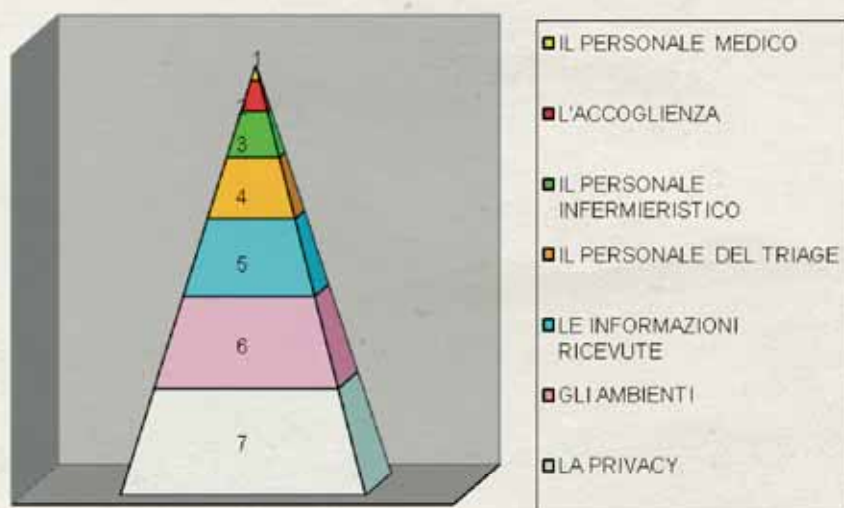


Grafico 3.3.2

DA FEBBRAIO A MAGGIO, SI È ESTESA L'INDAGINE DI RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DELL'UTENTE INTERNO ALLA STRUTTURA DEL LACCE. LA QUALITÀ COMPLESSIVA DEI SERVIZI RICEVUTI RISULTA "ESTREMAMENTE SODDISFACENTE" PER IL 71,5% DEI RISPONDENTI, MENTRE L'83,7% ATTESTA DI AVER RICEVUTO UN SERVIZIO AL PARI DELLE LORO ASPETTATIVE.

Aspetti dell'assistenza e della cura ospedaliera secondo l'ordine di importanza che rivestono per i rispondenti

(1= più importante, 7= meno importante) I

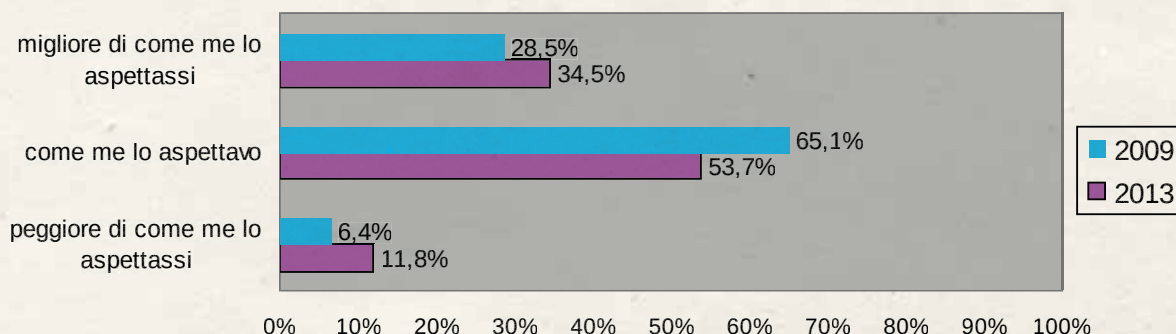
pazienti intervistati che hanno utilizzato il trasporto interno per raggiungere i luoghi delle consulenze, valutano positivamente la gentilezza e cortesia dei barellieri (84,2% di "estremamente soddisfatti"). La valutazione delle informazioni date al momento della dimissione è migliorata in modo consistente rispetto al 2009, anche se permane quale area di particolare attenzione viste le percentuali di utenti che affermano di non aver ricevuto informazioni o di valutarle come non completamente soddisfacenti.

Da rilevare che la maggioranza (85,5%) ritiene che sia opportuno rivolgersi al Pronto Soccorso in caso si avverta un pericolo immediato per la propria salute, quando il medico di fiducia non è disponibile (7,4%) oppure quando si desidera avere una risposta veloce a un problema sanitario (4,4%).

Infine, gli intervistati rispondono che nessuna struttura sanitaria o servizio al di fuori del Pronto soccorso avrebbe potuto rispondere al proprio bisogno (52,7%), oppure lo avrebbe potuto fare la guardia medica (21,3%) o l'ambulatorio medico di base (13,2%) come evidenziato nel grafico 3.3.3.

Grafico 3.3.3

Rispetto alle sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato:



Da giugno 2013 a gennaio 2014 è stata svolta per la prima volta un'indagine di soddisfazione delle donne sottoposte a travaglio di parto in analgesia. Hanno risposto al questionario autosomministrato 71 donne di età compresa tra i 19 e i 42 anni, prevalentemente di cittadinanza italiana (78,8%) e residenti nella provincia di Reggio Emilia (89,6%). Il 35% delle rispondenti ha frequentato il corso pre-parto presso l'ASMN che valuta utile rispetto alle informazioni acquisite sul travaglio, il parto e la cura del proprio figlio, alla condivisione dell'esperienza con altre donne e alla conoscenza del proprio corpo e dei cambiamenti in atto. Minore utilità

è stata riscontrata rispetto alla sperimentazione di tecniche di rilassamento e all'insegnamento del controllo del dolore durante il travaglio.

L'emozione predominante vissuta dalle donne prima del parto o dopo ricordando tale evento, è la paura ma anche l'ansia, la tensione, la gioia e la serenità come rappresentato nei grafici 3.3.4 e 3.3.5. La paura del parto è dovuta al timore di perdere l'autocontrollo (23,9%) e al dolore del travaglio e del parto (62,7%).

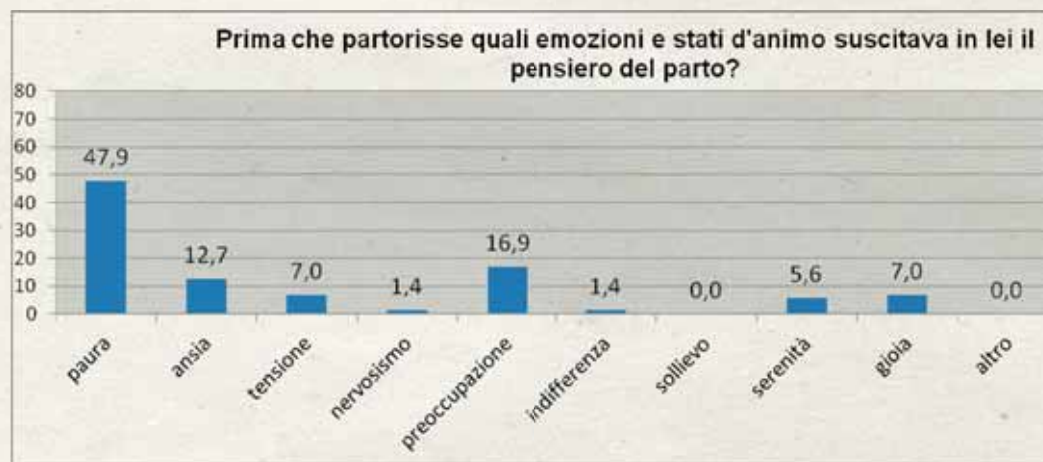
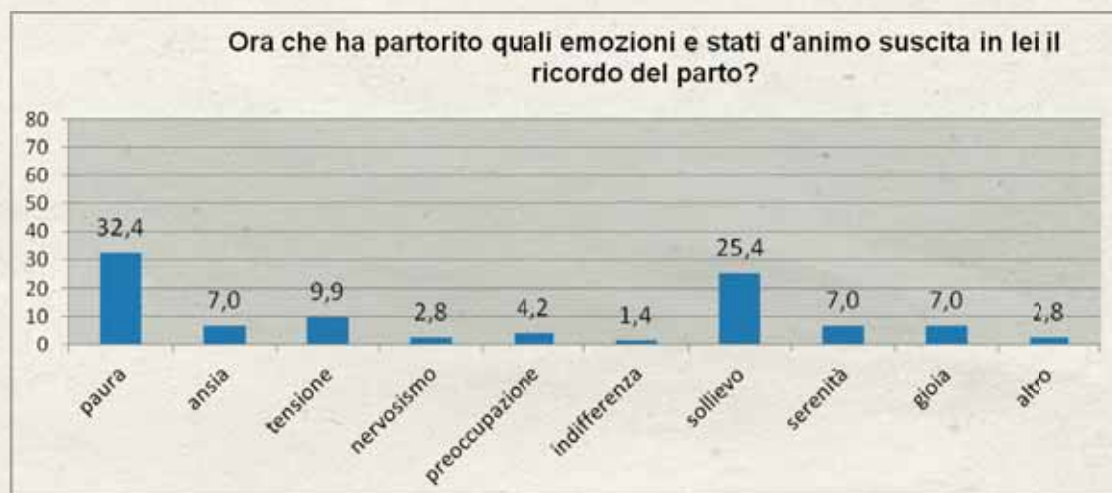


Grafico 3.3.4

Grafico 3.3.5



Gli aspetti che hanno procurato maggiore disagio durante il travaglio e il parto sono stati il dolore per il 78,3% delle rispondenti e la paura per l'8,3%, mentre gli aspetti di maggior sollievo sono da imputarsi alla presenza costante degli operatori (51,5%) e alla loro competenza (27,8%). La valutazione del travaglio di parto in analgesia è positiva, il 97% giudica le tecniche tollerabili e non dolorose, il 94,3% riferisce di essere riuscita a partecipare attivamente alla nascita del proprio figlio e il 97,1% consiglierebbe tale esperienza ad altre donne. Le diverse figure professionali che hanno assistito le donne durante il parto (ginecologi, anestesisti, ostetriche, neonatologi), sono state valutate molto positivamente per le capacità relazionali (gentilezza e cortesia, disponibilità ad ascoltare) e per le informazioni ricevute sulle procedure da attuare in sala parto. Complessivamente le rispondenti si mostrano soddisfatte dell'esperienza che ritengono essere stata migliore rispetto a quello che si aspettavano (63,4%) o come se la aspettavano (31%).

Inoltre, l'Azienda nel 2013, da febbraio a maggio, ha altresì

condotto per la prima volta un'indagine di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno al Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e di endocrinologia (LACCE). Nello specifico, 246 operatori sanitari dell'azienda hanno compilato un questionario informatizzato che prevedeva la valutazione del personale medico, tecnico, di segreteria e ausiliario del Lacce, del processo di refertazione sia in urgenza che in routine, dell'adeguatezza della tipologia di prestazioni offerte. I risultati sono stati complessivamente positivi e utili al LACCE per individuare gli aspetti migliorabili al fine di offrire prestazioni sempre più soddisfacenti e conformi ai bisogni dei reparti. In particolare, la qualità complessiva dei servizi ricevuti risulta "estremamente soddisfacente" per il 71,5% dei rispondenti mentre l'83,7% attesta di aver ricevuto un servizio al pari delle proprie aspettative.

Nel 2014 si prevede di estendere indagini simili rivolte non a pazienti, ma a professionisti quali utenti interni di servizi diagnostici trasversali.

3.3.3 Associazioni e fondazioni che collaborano con l'ASMN-IRCCS

Nel nostro territorio, le Organizzazioni di Volontariato, con grande competenza, interpretano i bisogni di salute e sanno prestare attenzione alla promozione delle risposte, esprimendosi quale complemento dell'attività istituzionale. Le primigenie organizzazioni strutturate per lo sviluppo di attività di solidarietà in area sanitaria e socio-sanitaria sono rintracciabili nelle forme del volontariato vincenziano (XVII sec.), nella 'Pubblica assistenza' (Croce Verde) (XIX sec.) e nelle Case del popolo (XIX sec.).

Oggi, le organizzazioni di volontariato di area sanitaria sono fondamentale strumento di integrazione al sistema sanitario pubblico, in attuazione del principio di 'sussidiarietà orizzontale' che trova la sua compiuta formulazione nella Carta Costituzionale.

L'Azienda Ospedaliera è convinta che il cittadino debba avere la possibilità di cooperare con le istituzioni nel definire gli interventi che incidono sulle realtà sociali a lui più prossime.

L'Arcispedale, nella ricerca continua del miglioramento del prodotto offerto, in un'ottica di continua attenzione al paziente, quale soggetto titolare del diritto alla tutela della salute, riconosce l'importanza delle attività svolte delle organizzazioni di volontariato che operano in area sanitaria e socio-sanitaria.

Nell'Azienda Ospedaliera operano circa una settantina di associazioni/fondazioni di volontariato che affiancano il personale medico e sanitario nel loro operato, costituendo un prezioso valore aggiunto.

Particolare importanza viene attribuita alla formazione dei volontari: le associazioni erogano, ciascuna con proprie modalità, corsi di formazione e di aggiornamento. Nel ambito di tale eventi, ai quali partecipano in qualità di docenti, differenti professionalità, vengono impartite nozioni basilari di psicologia sociale, il funzionamento della struttura ospedaliera oltre alle norme igieniche e di sicurezza.

Ricordiamo a tal proposito, la formazione anno 2013 per gli aspiranti volontari AVO (Associazione Volontari Ospedalieri di Reggio Emilia), corso di formazione di rilievo a favore di un'associazione la quale può orgogliosamente vantare una storia, qui a Reggio Emilia, ormai pluridecennale.

NEL 2013 SI SONO CREATE TRE NUOVE ASSOCIAZIONI CON LE QUALI LO SPORTELLLO VOLONTARIATO HA AVUTO MODI CONFRONTARSI:

- ASSOCIAZIONE NAZIONALE DONNE OPERATE AL SENO
- ASSOCIAZIONE MALATI REUMATICI PEDIATRICI
- PROGETTO "SENO-N-ALTRO"

Gli incontri, tenuti da formatori, da medici e psicologi, hanno avuto per argomento in particolare la comunicazione con il malato, la relazione d'aiuto, le problematiche socio-assistenziali, l'organizzazione sanitaria e gli aspetti normativi del volontariato.

Presso l'Arcispedale S. Maria Nuova, l'attività ormai quinquennale dello "Sportello del Volontariato", ha permesso di:

- Essere in contatto permanente con la realtà delle associazioni esistenti;
- Poter dare sostegno alle associazioni o ai gruppi di volontariato nascenti;
- Essere un punto di raccordo fra le varie organizzazioni;
- Dare una maggior visibilità alle attività promosse dalle associazioni;
- Sostenere la realizzazione di un volontariato ispirato ai criteri professionali così da attuare un servizio sempre più in linea con i bisogni emergenti.

Nell'anno 2013 in particolare, si sono andate creando tre nuove associazioni con le quali lo sportello ha avuto modi confrontarsi. Si tratta di 'A.N.D.O.S. Onlus di Reggio Emilia' (Associazione Nazionale Donne Operate al Seno - Comitato cittadino locale) attiva nel sostegno ed aiuto alle donne operate al seno ed in particolare nell'organizzazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto, nel servizio protesi ('Banca della parrucca'), nel promuovere attività culturali e ricreative, spettacoli, conferenze.

L'Associazione Malati Reumatici pediatrici Reggio Emilia' che è già divenuta punto di riferimento sul territorio per tutte le famiglie che hanno un figlio o un giovane parente colpito da malattia immuno-reumatologica in età pediatrica. Le donne del "Progetto Seno n altro", Gruppo di auto-mutuo-aiuto che si propone di offrire solidarietà e supporto alle donne operate al seno, afferente all' 'Associazione Vittorio Lodini Onlus, Associazione per la Ricerca in Chirurgia'.

Nel corso di quest'anno lo Sportello ha prodotto e pubblicizzato locandine, poster, depliant e informative per via telematica per più di cento manifestazioni organizzate dalle associazioni a livello cittadino e provinciale, manifestazione organizzate spesso in collaborazione con il relativo coordinamento regionale e/o la sede nazionale.

Si è trattato di progetti, rivolti ai pazienti e ai loro familiari, parenti o amici, di accoglienza, sostegno, ascolto, accompagnamento, mutuo-aiuto fra pazienti, organizzazione di eventi di socializzazione, clownterapia, promozione di

raccolta fondi pro attività di innovazione clinica, formazione, risposte ad esigenze educative speciali nonché progetti di riabilitazione per soggetti diversamente abili.

Ancora, lo Sportello in collaborazione con l'associazione "V. Lodini per la ricerca in chirurgia", a seguito sua richiesta, ha ricevuto dal Ministero della Salute trecento copie dell'opuscolo informativo "Smettere di fumare" in occasione della 'Giornata mondiale senza tabacco, anno 2013'. Gli opuscoli sono stati inviati ai coordinatori infermieristici delle strutture chirurgiche ed in particolare alla Chirurgia Toracica in relazione ad accordi intercorsi secondo un percorso condiviso di implementazione della campagna di prevenzione secondaria cardiovascolare.

Il progetto di valorizzazione delle O.d.V. in Sanità cooperative con l'Azienda Ospedaliera rimanda a una realtà che è stata ed è di cruciale importanza nella vita della nostra

comunità da sempre caratterizzata, nella sua storia, da esperienze associative con fini solidaristici.

Le odierne forme organizzative del volontariato hanno subito parziali modifiche nelle loro caratteristiche, ma il bisogno di coniugare interesse individuale e appartenenza a un gruppo dove più fortemente si abbraccia e sostiene un corpo sociale per il soddisfacimento di bisogni di salute, rimane, a tutt'oggi, e forse più che mai, punto sempre aperto.

Di seguito la mappatura delle organizzazioni di volontariato presenti nel territorio reggiano che operano in collaborazione con la nostra Azienda.

N.	Nome Associazione	Sede	Sito web
1	A.A. Associazione Alcolisti Anonimi - Unità Servizi Recupero Alcolisti Anonimi	Via Racchetta, 5 - Reggio Emilia	www.alcolisti-anonimi.it
2	A.I.C.E Onlus - Associazione Italiana contro l'Epilessia	Via Gambuzzi n. 59 - 42020 Rivalta RE	www.aice-epilessia.it
3	A.I.D.O. Onlus - Associazione Italiana per la Donazione degli Organi, Tessuti, Cellule	Via Brigata Reggio, 32 - Reggio Emilia	www.aido.it
4	A.I.M.A. Onlus - Associazione italiana Malattia di Alzheimer	C/o AUSL Padiglione Bertolani - Via Amendola, 2 - Reggio Emilia	www.alzheimer-aima.it
5	A.L.I.Ce. Onlus - Associazione Italiana per la Lotta all'Ictus cerebrale	Via V. Agosti, 6 - C/o "Centro Tricolore" - Reggio Emilia	www.aliceitalia.org
6	A.M.I.C.I. Onlus - Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino - Sezione di Reggio Emilia	C/o CEIS Centro Solidarietà Reggiana - Via U.Codro 1/1 Reggio Emilia	www.amiciitalia.net
7	A.N.D.O.S. Onlus - Associazione Nazionale Italiana Donne Operate al Seno - Comitato di Reggio Emilia	Borgo delle Querce, Via Fratelli Cervi 103 - Reggio Emilia	www.andosreggioe.it/
8	A.P.D.A. Onlus - Associazione Persone Diversamente Abili	Via della Racchetta 3 - Reggio Emilia	www.apda-re.it
9	A.P.E Onlus - Associazione Progetto Endometriosi	//	www.apeonlus.com
10	A.R.N.O. Onlus Associazione Neuro-Oncologica di Reggio Emilia	Via P.Aretino, 8 - Reggio Emilia	www.arno-reggio.blogspot.com
11	A.RE.STOM. Onlus -Associazione reggiana stomizzati e incontinenti	C/o ASMN - Dipartimento chirurgico V.le Risorgimento 80 - Reggio Emilia	www.stomizzati-emilia-romagna.it/Chi-siamo/Le-associazioni-aderenti/Reggio-Emilia-Arestom

N.	Nome Associazione	Sede	Sito web
12	A.S.C.M.A.D. - PRO.RA. Onlus Associazione per lo Studio e la Cura delle Malattie dell'Apparato Digerente - Progetti Radioterapia	C/o ASMN - Struttura di Gastroentero- logia-Endoscopia Digestiva V.le Risorgi- mento 80 - Reggio Emilia	www.ascmad-prora.it
13	A.S.D.R.E. - Associazione Sport Disabili Reggio Emilia	C/o Circostrizione 3 ^a , Via Massenet, 21/a - Reggio Emilia	www.asdre.it
14	A.V.D. - Associazione Volontari Assistenza Domiciliare di Reggio E.	C/o Ex Ospedale Spallanzani -V.le Um- berto, 1- Reggio Emilia	www.avdreggioemilia.it
15	A.V.I.S. Onlus - Associazione Volontari Italiani del Sangue	Via Brigata Reggio, 32 - Reggio Emilia	www.avisre.it
16	A.V.O. Associazione Volontari Ospedalieri	C/o ASMN Ala Ampliamento V.le Risorgi- mento 80 - Reggio Emilia	www.avoreggioemilia.it/
17	Abare Onlus - Associazione Bam- bini Autistici Reggio Emilia	Via De Sanctis, 2/1 - Reggio Emilia	www.abare.org
18	Abc - Associazione Bambini Cere- brosi Federazione Italiana	Sede di Riferimento: Via degli Orti, 22 - 40100 Bologna	http://xoomer.virgilio.it/mes- pa/abcsp/itaabc.htm
19	Aicat Onlus - Associazione Itali- ana dei Club Alcolologici Territoriali (Metodo Hudolin)	//	www.aicat.net
20	ADMO Associazione Italiana Do- natori Midollo Osseo ONLUS	C/o AVIS Sede Provinciale - Via Brigata Reggio, 32 Reggio Emilia	www.admo.it
21	AIBAT - Associazione Italiana Basedowiani e Tiroidei	C/o ASMN SO di Endocrinologia V.le Risorgimento 80 - Reggio Emilia	www.aibat.it
22	Aisla Onlus - Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica	Via Gorizia 49 - Reggio Emilia	www.aisla.it
23	AISM Onlus - Associazione itali- ana Sclerosi Multipla	Via della Costituzione, 27/A - Reggio Emilia	www.aism.it
24	AL-ANON ALATEEN - Speranza e Aiuto per Familiari e Amici di Alcolisti	//	www.al-anon.it
25	ANED Onlus- Associazione Na- zionale Dializzati e Trapiantati	Sede Emilia Romagna c/o A.O.U. "S.Orsola-Malpighi" - Bologna	www.aned-onlus.it
26	Anfass Onlus - Associazione na- zionale di persone con disabilità intellettiva e/o relazionale	V.le Vittorio Veneto 34 - 42015 Correggio	http://nuke.anffas-er.org/
27	ANPAS Onlus - Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze, Coordinamento Provinciale	Coordinamento Provinciale ANPAS Reg- gio Emilia Via Aldo Moro, 11 - 42013 Casalgrande (RE)	www.anpas.re.it
28	ARCA Onlus - Associazione Reg- giana per la Lotta e la Cura dell' AIDS	C/o ASMN Padiglione Malattie Infettive V.le Risorgimento 80 - Reggio Emilia	//
29	Associazione Amici del Diabete	Via Lusenti 1/1 - Reggio Emilia	//
30	Associazione Diabetici della Pro- vincia di Reggio Emilia	Via Boiardi, 1/2 - Reggio Emilia	www.assdiabre.it

N.	Nome Associazione	Sede	Sito web
31	Associazione Italiana Celiachia - Emilia Romagna Onlus	Via Mazzacurati, 11 Reggio Emilia	www.aicemiliaromagna.it
32	Associazione Italiana Mowat Wilson	Via V. Nenni 5/4 - 42020 Albinea (RE)	www.mowatwilson.it
33	Associazione malattie genetiche rare in età pediatrica Onlus	C/o ASMN - Struttura di Genetica Clinica V.le Risorgimento 80 - Reggio Emilia	//
34	Associazione Nazionale "Gli Amici per la Pelle" - ANAP Onlus	Sede di riferimento: Via Sestriere, 129 10098 Rivoli (TO)	www.anapweb.it
35	Associazione Nondasola Onlus	Via Spani, 12/a - Reggio Emilia	www.nondasola.it
36	Associazione Paraplegici tra e per Medullosesi dell'Emilia Romagna - Onlus	Via della Racchetta, 3 - Reggio Emilia	www.faiponline.it
37	Associazione Vittorio Lodini Onlus Per la ricerca in chirurgia	C/o ASMN - SO Chirurgia toracica V.le Risorgimento 80 - Reggio Emilia	www.associazionevittoriolodini.com
38	Associazione Zero Favole	//	//
39	Auser - Associazione per l'Autogestione dei Servizi e della Solidarietà	Via Kennedy 15, 42100 Reggio Emilia	www.auseremiliaromagna.it/sedi/Reggio%20Emilia
40	Aut Aut - Associazione Famiglie con Portatori di Autismo - Onlus	Presso "Isola Felice" via I° Maggio, 8 - 42013 Casalgrande Reggio Emilia	www.autautreggioemilia.it
41	Casa Madonna dell'Uliveto (Amici della)	Via Oliveto, 37 - 42020 Albinea (RE)	www.madonna-uliveto.org
42	Casina dei bimbi Onlus	Via Gandhi, 22 - Reggio Emilia	www.casinadeibimbi.org
43	Centro studi sterilità, fertilità 'A. Vallisneri' Onlus	C/o ASMN Struttura Ostetricia Ginecologia V.le Risorgimento 80 - Reggio Emilia	//
44	Cilla Onlus - Casa E. Piccinini	Via 4 Giornate di Napoli, 6 - Reggio Emilia	www.cilla.it
45	CONACUORE Onlus - Coordinamento Nazionale Associazione Cuore	Via Emilia S. Pietro 40 - Reggio Emilia	www.conacuore.it
46	Croce Rossa Italiana - C.R.I.	Via della Croce Rossa, 2 - Reggio Emilia	www.cri.it
47	Croce Verde Pubblica Assistenza Reggio Emilia	Via della Croce Verde, 1 - Reggio Emilia	www.croceverde.re.it
48	CuraRE Onlus - Ospedale della donna e del bambino	Via Manfredi, 3 - Reggio Emilia	www.curareonlus.it
49	DarVoce - Centro di Servizio per il Volontariato di Reggio Emilia	Via Gorizia, 49 - Reggio Emilia	www.darvoce.org
50	EMMAUS Onlus - Volontariato a Domicilio	C/o AUSL Via Amendola, 2 - Padiglione Bertolani - Reggio Emilia	www.volontemmaus.org
51	FA.CE Onlus, Famiglie Cerebrolesi - Associazione Provinciale di RE	via Bergonzi, 10 - Reggio Emilia	www.face.re.it
52	GR.A.D.E. Onlus - Gruppo Amici dell'Ematologia	C/o ASMN Ematologia V.le Risorgimento 80 - Reggio Emilia	www.grade.it
53	GRD Onlus - Associazione Genitori Ragazzi Down	L.go Solidarietà e della Pace, 1 42017 Novellara (R.E.)	www.genitori-ragazzi-down.it

N.	Nome Associazione	Sede	Sito web
54	Gruppo Parkinson di Reggio Emilia Onlus (Confederazione Associazioni Italiane Parkinson e parkinsonismi)	Via Gorizia 49 - Reggio Emilia	www.parkinson-italia.it
55	La Biblioteca per i pazienti	C/o ASMN Biblioteca ASMN - Ausl "Corradini" V.le Murri - Reggio Emilia	www.biblioteca.asmn.re.it
56	La Melagrana - Associazione per la salute Onlus	Via Monte San Michele 1 - Reggio Emilia	www.lamelagranaonlus.it
57	LILT- Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori Onlus	Via V. Alfieri, 1/1 - Reggio Emilia	www.lilt.it
58	Luoghi di prevenzione - Centro regionale di didattica multimediale per la promozione della salute - LILT	C/o Ex Ospedale Spallanzani - Viale Umberto I 50 - Reggio Emilia	www.luoghidiprevenzione.it
59	Overeaters Anonymous - Disturbi Alimentari, Gruppi di Mutuo Aiuto	C/o CEIS RE Via U. Codro 1/1 - Reggio Emilia	www.overeatersanonymous.it
60	Progetto Pulcino Onlus- Associazione di beneficenza	P.zza della Vittoria, 1 - Reggio Emilia	www.progettopulcino.org
61	Progetto Seno N Altro	C/o ASMN - Accoglienza Senologica, V Piano V.le Risorgimento 80 - Reggio Emilia	//
62	RE.MA.RE Onlus - Associazione Malati Reumatici pediatrici Reggio Emilia	C/o ASMN - SO di Reumatologia V.le Risorgimento 80 - Reggio Emilia	www.remare.net/
63	Ring14 Onlus - Associazione Internazionale per la Ricerca sulle Malattie Neurogenetiche Rare	Via Lusenti 1/1 - Reggio Emilia	www.ring14.org
64	Sostegno e Zucchero Onlus - Associazione di Volontariato	Via Amendola 2 c/o Pad. Bertolani - Reggio Emilia	www.sostegnoezucchero.it
65	Tribunale per i Diritti del Malato	C/o ASMN Edificio principale, Piano terra V.le Risorgimento 80 - Reggio Emilia	www.cittadinanzattiva.it
66	UILDM Onlus - Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare	Via Gorizia, 49 - Reggio Emilia	www.udilm.org
67	Unione Italiana Ciechi e degli Ipovedenti - Sezione provinciale di Reggio Emilia	C.so Garibaldi, 26 - Reggio Emilia	www.uiciechi.it/organizzazione/regioni/emiliaromagna.asp
68	Vip Reggio Emilia Onlus - Vivere in Positivo	V. le Piave 11- 42020 Barco di Bibbiano (R.E.)	www.vipreggioemiliaonlus.it/

3.4 QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED EFFICIENZA GESTIONALE

3.4.1. Interventi sull'accessibilità ai servizi

Alcuni interventi sull'accessibilità ai servizi garantiti dall'ASMN sono i seguenti:

ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI	STRUMENTI
Organizzativo	Protocolli di accoglienza: • strumenti informativi cartacei che vengono consegnati a tutti gli utenti con informazioni riguardanti l'organizzazione e le responsabilità della struttura di riferimento • pubblicazione su INTERNET per consultazione Video informativi proiettati all'interno dell'ospedale Procedure standardizzate di accesso e di accoglienza a livello delle singole unità operative Carta dei servizi disponibile su INTERNET e tradotta in varie lingue (inglese, cinese, arabo, hindi e francese) URP per informazioni dirette e telefoniche Interventi sui media locali
Logistica	Percorsi colore abbinati ai dipartimenti Segnaletica aziendale

3.4.2. Interventi sui processi assistenziali

L'Azienda Ospedaliera, in stretta collaborazione con l'Azienda USL, è impegnata nell'intraprendere azioni e progetti volti al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, definendo percorsi clinico-assistenziali integrati. Infatti, il percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)

IN CONTINUITÀ CON IL 2012, SI È CONTINUATO A INVESTIRE SUI PERCORSI ONCOLOGICI AL FINE DI MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI OFFERTE IN UN SETTING ADEGUATO AI BISOGNI DEL MALATO ONCOLOGICO.

è il punto cardine per sviluppare il confronto tra professionisti e per esercitare una reale gestione delle risorse in relazione alla qualità delle prestazioni erogate e alle esigenze dei pazienti.

I percorsi consentono di:

- Porre al centro i bisogni dell'utente attraverso la presa in carico della persona dal momento della prevenzione alla riabilitazione;
- Superare la frammentarietà delle singole attività e ne permettono la riproducibilità;
- Potenziare l'aggregazione e l'integrazione multi professionale e disciplinare.
- Definire e consolidare gli standard di buona pratica clinica;
- Ridurre gli eventi straordinari.

L'ASMN-IRCCS con la costruzione dei PDTA intende, quindi:

- Ottimizzare e monitorare i livelli di qualità delle cure prestate, attraverso l'identificazione d'indicatori di processo (cosa è stato fatto) e di esito (cosa è stato ottenuto) e relativi standard e la messa a punto di un sistema di raccolta e analisi dei dati.
- Migliorare gli aspetti informativi e comunicativi con i pazienti.

In continuità con il 2012, nell'anno 2013 si è continuato a investire sui percorsi oncologici al fine di migliorare la qualità delle prestazioni offerte in un setting adeguato ai bisogni del malato oncologico.

I PDTA strutturati e presidiati sono:

- Percorso ca mammella
- Percorso ca melanoma
- Percorso ca tiroide
- Percorso K polmone
- Percorso linfomi

3.4.2.a) PDTA per pazienti con tumore alla mammella

Il gruppo multidisciplinare, attivo da diversi anni, ha completato nel 2013 la revisione del PDTA.

Da giugno 2013 il gruppo multidisciplinare si riunisce ogni settimana e discute tutti i casi di pazienti con nuova diagnosi di tumore mammario e i casi complessi che necessitano di una rivalutazione collegiale. Agli incontri è prevista la presenza del medico anatomopatologo, oncologo, radio-terapista, nucleare, fisiatra, radiologo, del chirurgo senologo e di un infermiere responsabile del PDTA.

Nel corso del 2013 il gruppo multidisciplinare ha rivisto anche il materiale informativo dedicato ai pazienti portando alla stesura e alla pubblicazione di opuscoli informativi riguardanti il percorso del paziente con carcinoma mammario, le principali tecniche diagnostiche (scintigrafia, ecc.) e i trattamenti terapeutici (quali chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale, ecc.).

Durante la costruzione dei percorsi organizzativi e la stesura del documento, è stata attivamente coinvolta la compo-

nente infermieristica e tecnica delle diverse unità operative con lo scopo di valorizzare l'accoglienza, l'informazione e la comunicazione con paziente e familiari.

Al fine di misurare e monitorare il percorso sono stati definiti diversi indicatori di processo, di risultato e di esito (Tabella 3.4.1). I tempi d'attesa vengono monitorati anche trasversalmente a livello aziendale al fine di garantire i tempi necessari per l'erogazione delle differenti prestazioni. Di particolare interesse sono gli indicatori di esito atti a misurare gli esiti clinici (per es. mortalità, sopravvivenza e tasso di guarigione) che attraverso i dati del registro tumori provinciale consentono il confronto con realtà nazionali ed internazionali.

La complessità della raccolta dati, dovuta alle dimensioni della popolazione oggetto del percorso (nel 2012, sono stati diagnosticati circa 300 nuovi casi di carcinoma mammario presso l'ASMN), alle tempistiche di diagnosi e di trattamento della patologia, ha fatto sì che i dati relativi all'anno 2012 si siano resi disponibili nel 2013; l'analisi dei risultati, difatti, deve necessariamente conseguire al completamento dell'iter diagnostico-terapeutico. Di seguito sono riportati alcuni degli indicatori di percorso analizzati:

DA GIUGNO 2013 IL GRUPPO MULTIDISCIPLINARE SI RIUNISCE OGNI SETTIMANA E DISCUTE TUTTI I CASI DI PAZIENTI CON NUOVA DIAGNOSI DI TUMORE MAMMARIO E I CASI COMPLESSI CHE NECESSITANO DI UNA RIVALUTAZIONE COLLEGIALE.

Tabella 3.4.1: Indicatori del PDTA per pazienti con tumore alla mammella

INDICATORE	STANDARD	RISULTATO (anno 2012)	CONSIDERAZIONI
N. nuovi casi di carcinoma mammario che accedono alla "Breast Unit"	≥ 150/anno	300	Costituisce il denominatore per tutti gli indicatori di efficienza del percorso.
Pazienti con carcinoma invasivo che subiscono intervento in tempo unico (eccezione ricostruzioni)	≥ 80%	91%	L'efficacia del trattamento chirurgico si esprime anche attraverso la percentuale di richiami per allargamento dei margini (escludendo le ricostruzioni).
Pazienti con carcinoma in SITU che subiscono intervento in tempo unico (eccezione ricostruzioni)	≥ 70%	93%	
N. pazienti con stato linfonodale ≥ pN2a che riceve radioterapia sulla regione sovraclaveare	≥ 90%	100%	Secondo linee guida le pazienti che alla diagnosi si presentano con stato linfonodale ≥ N2a devono essere sottoposte a terapia radiante indipendentemente dall'intervento sulla mammella.
N. pazienti con intervento chirurgico conservativo nei casi T1	≥ 85%	94%	La frequenza di interventi conservativi in pazienti con tumori T1 è consigliata per il miglior risultato estetico

3.4.2.b) PDTA per il carcinoma tiroideo differenziato (tir3, tir4 e tir5)

Il gruppo multidisciplinare, attivo da diversi anni, ha completato nel 2013 la revisione del PDTA.

Il gruppo multidisciplinare si incontra ogni 15 giorni per la valutazione dei casi che presentino dubbi, incertezze o aspetti controversi che si discostano dalla linee guida di riferimento. Agli incontri partecipa un medico di: endocrinologia, anatomia patologica, otorinolaringoiatria, chirurgia toracica, medicina nucleare, radioterapia, oncologia, endocrinologia AUSL e un infermiere responsabile del PDTA.

Settimanalmente vi è una valutazione collegiale, per i casi non complessi, tra il medico endocrinologo e il medico otorinolaringoiatra per la pianificazione chirurgica. A seguito i medici incontrano il paziente per discutere la proposte terapeutica.

Il percorso è stato costruito coinvolgendo attivamente la componente infermieristica per valorizzare ancora una volta, la comunicazione e l'informazione con/del pazienti o dei famigliari.

A causa dei tempi necessari al completamento dell'iter diagnostico terapeutico, sono stati analizzati i dati relativi all'anno 2012.

Tabella 3.4.2: Indicatori del PDTA per pazienti affetti da carcinoma tiroideo differenziato

INDICATORE	STANDARD	RISULTATO (anno 2012)	CONSIDERAZIONI
Numero pazienti valutati collegialmente negli incontri settimanali e quindicinali	>150 pz/anno	166	
Giorni intercorsi tra: - data del referto citologico (Tir3, Tir4, Tir5) - valutazione del paziente	<15 giorni per Tir4 e Tir5 <30 giorni per Tir3	Tir 5= 9 gg Tir4= 8,4 gg Tir 3= 14,5 gg	sono indicatori che valutano l'efficacia del percorso organizzativo e il rispetto di tempi è fondamentale per la buona riuscita della strategia terapeutica
Giorni intercorsi tra: - valutazione del paziente - presa in carico chirurgica (ORL e Chirurgia Toracica)	<15 giorni per Tir4 e Tir5 <30 giorni per Tir3	Tir 5= 12 gg Tir 4= 9 gg Tir 3= 18,5 gg	
Giorni intercorsi tra: - indicazione a trattamento adiuvante / ablativo con radioiodio - somministrazione del radioiodio	< 90 giorni	64 gg	
Numero di pazienti con lesione ricorrente permanente / totale operati	< 2%	1%	

3.4.2.c) PDTA linfomi

Il gruppo multidisciplinare, già attivo dal 2011 ha completato nel 2013 la stesura del PDTA.

Agli incontri quindicinali il gruppo discute tutte le nuove diagnosi ed i casi più complessi di linfoma; a tali incontri, accanto agli Ematologi, partecipano i medici specialisti di riferimento delle strutture di radiologia, medicina nucleare, radioterapia, laboratorio analisi, anatomia patologica, laboratorio di biologia molecolare.

Gli indicatori definiti prevedono il monitoraggio dei tempi d'attesa, dei processi organizzativi ed assistenziali, delle complicanze post-trattamento e di quanto emerso dalle visi-

te di controllo programmate post-trattamento (indicatori di esito). I primi risultati sono previsti per l'anno 2014.

Relativamente agli aspetti assistenziali, il percorso è stato condiviso con la componente infermieristica per favorire l'accesso del paziente con linfoma, che inizia la terapia in DH, attraverso una specifica procedura di accoglienza.

Un notevole apporto all'attività clinico-assistenziale ed alla ricerca clinica e di base sui linfomi è dato dall'Associazione locale GR.A.D.E. onlus (Gruppo Amici dell'Ematologia), in particolare tramite il Progetto "Linfocare" che ha l'obiettivo di migliorare le condizioni di cura e l'assistenza ai pazienti affetti da linfoma seguiti dall'Ematologia dell'ASMN di Reggio Emilia. L'associazione mette a disposizione un medico ed un infermiere per promuovere l'assistenza domiciliare dei pazienti.

3.4.2.c) PDTA melanoma

Il percorso Melanoma nasce dal modello assistenziale Skin Cancer Unit (SCU) ed è destinato a pazienti affetti da tumori cutanei (melanoma) con l'obiettivo di diagnosi e cura. Il gruppo multidisciplinare di discussione che svolge la sua attività da alcuni anni si riunisce ogni 15 giorni e valuta i pazienti con riscontro di tumore maligno cutaneo.

In particolare vengono discussi casi di pazienti complessi, casistiche con possibili scostamenti dalla linee guida di riferimento ed casi che necessitano di una presa in carico da parte di un altro servizio.

Il gruppo prevede la presenza delle seguenti figure professionali :

medico dermatologo, chirurgo plastico, medico radioterapista, medico oncologo (quando necessario), anatomopatologo ed Infermiere professionale della dermatologia.

La condivisione del percorso con la componente infermieristica ha portato alla stesura della brochure informativa "Melanoma, diagnosi e trattamento. Info per il paziente". I primi risultati sono previsti per l'anno 2014.

3.4.2.c) PDTA carcinoma polmonare

A fine 2013 è terminata la stesura del PDTA. Il gruppo multidisciplinare che svolge la sua attività ormai da anni, si riunisce a cadenza settimanale e coinvolge i professionisti delle seguenti strutture: pneumologia, oncologia, chirurgia toracica, medicina nucleare, radioterapia e professioni sanitarie.

In seduta straordinaria vengono coinvolti il medico anestesista, il medico radiologo, il medico cardiologo, il medico anatomopatologo, il medico palliativista e altre figure ritenute utili/essenziali per il completamento del percorso diagnostico terapeutico del paziente.

Durante gli incontri vengono discussi tutti i casi clinici di sospetto o confermato carcinoma polmonare, tutte le prime diagnosi e tutti i casi già diagnosticati o già discussi che necessitano di una revisione della strategia terapeutica. Come per gli altri PDTA sono stati definiti gli indicatori e i primi risultati sono previsti per l'anno 2015.

Altre patologie oncologiche e non, sono presidiate attraverso la discussione quindicinale di casi clinici da parte di Gruppi multidisciplinari che garantiscono al paziente un approccio globale alla patologia. Questi sono:

- Gruppo di neuro oncologia
- Gruppo del tumore ovarico
- Gruppo ginecologico (endometrio, vulva, ovaio)
- Gruppo mesotelioma
- Gruppo epatocarcinoma
- Gruppo pancreas

È attivo anche il Programma Interaziendale Gastroenterologia Endoscopia Digestiva (PIGED).

3.4.2.d) Il percorso nascita

La Delibera Regionale n. 533/2008 "Direttiva alle Aziende Sanitarie in merito al percorso nascita" del 2008 prevedeva che, sulla base delle indicazioni in essa contenute, le Aziende sanitarie lavorassero per l'implementazione degli obiettivi contenuti nella delibera stessa.

Dal 2008 l'ASMN ha quindi lavorato, nell'ambito dei lavori provinciali del Programma Interaziendale Materno infantile-

PIAMI (Programma tra ASMN e Azienda AUSL di Reggio Emilia), all'implementazione di diversi progetti e percorsi legati alla mamma e al bambino.

Nel 2013, in particolare, sono proseguiti i lavori dei sottogruppi del PIAMI sugli obiettivi della DGR 533/2008 e sono state messe in atto le seguenti azioni:

1. **Percorso Test Combinato:** prosecuzione dell'offerta attiva e gratuita, a tutte le donne in gravidanza della provincia, del test combinato. Si tratta di una metodica non invasiva per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche che prevede due distinti momenti:

- un prelievo per la misurazione del Bi-test (2 molecole nel sangue: PAPP-A e Beta-HCG), che può essere effettuato in un punto prelievi per ogni distretto;
- un'ecografia con effettuazione della traslucenza nucale, che è eseguita presso il Consultorio familiare dell'AUSL, per opera di ginecologi ASMN e AUSL.

Tutti i medici e ostetriche della provincia sono stati formati sul percorso organizzativo e sul significato del test, per cui tutte le donne gravide, nel primo trimestre di gravidanza, vengono indirizzate, se interessate, a questo percorso provinciale. La letteratura scientifica mostra che l'utilizzo di metodiche non invasive di diagnosi prenatale porta a una diminuzione del ricorso alle metodiche invasive post-natali e agli effetti collaterali legati alle stesse. Questo percorso rappresenta quindi un'importante opportunità per le donne interessate a una diagnosi prenatale.

Parallelamente allo sviluppo di questo percorso, si è lavorato alla riorganizzazione di un ambulatorio di diagnostica ecografica per le gravidanze a rischio collocato presso l'Ostetricia dell'ASMN, che accoglie donne con gravidanza patologica dal reparto di Ostetricia e dai Consultori dell'AUSL.

2. **Gravidanza a rischio:** è stato istituito il gruppo di coordinamento interaziendale per la diagnostica prenatale, nell'ambito del quale nel corso del 2014 verranno prodotti documenti inerenti i percorsi delle gravidanze a rischio per IUGR, minaccia di parto prematuro e gravidanza gemellare. Inoltre è stato presentato e diffuso il Documento Screening del diabete gestazionale e PDTA integrato per la donna diabetica in gravidanza.

3. **Diffusione ed implementazione delle linee guida sull'appropriatezza dell'assistenza al travaglio di parto:** il documento, redatto da un gruppo di lavoro interaziendale, è stato aggiornato tenendo conto delle più recenti evidenze scientifiche e delle indicazioni della

DGR 533.

4. **Interventi di supporto alla relazione madre-bambino e alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno:** dopo il parto le donne possono rivolgersi allo spazio "Latte e coccole" sito presso l'ASMN, in cui sono presenti ostetriche che aiutano e sostengono le donne nel post-partum e puerperio, sull'allattamento ma anche su altri aspetti della relazione mamma-bambino. Prima del parto, le donne sono informate e sensibilizzate sull'importanza dell'allattamento durante i corsi di preparazione al parto che si svolgono negli ultimi due mesi di gravidanza e che sono svolti periodicamente e gratuitamente, per un totale di 36 corsi realizzati nel 2013 (3 al mese). Durante i corsi di preparazione al parto è possibile coinvolgere

i futuri papà, vengo mostrate le sale parto/travaglio e viene organizzato un incontro con i pediatri/neonatologi. Ogni anno il personale di Nido, Neonatologia e Ostetricia partecipa a corsi di formazione specifici sull'allattamento al seno.

5. **Parto - analgesia:** sono state utilizzate diverse metodiche di contenimento del dolore, sia farmaco-

logiche che non farmacologiche: nella quasi totalità dei parti spontanei è stata applicata almeno una tecnica di contenimento del dolore. Tra le tecniche non farmacologiche vengono applicate l'utilizzo dell'acqua in travaglio di parto (doccia e/o vasca), la tecnica one-to-one, l'uso di acqua ipodermica, il massaggio, le posizioni libere.

6. **Percorso del nato pre - termine:** è proseguita l'implementazione del percorso, realizzato nel 2012 all'interno del Dipartimento Ostetrico-Ginecologico e Pediatrico ed accreditato dalla Regione Emilia Romagna. L'identificazione dei neonati a rischio e la presa in carico precoce, globale e multidisciplinare dei bisogni sanitari e sociali, sono da considerarsi aspetti critici che il sistema sanitario deve affrontare per offrire ai bambini e alle loro famiglie risposte adeguate. A conferma della rilevanza del tema, il Ministero della Salute e il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) hanno promosso, il progetto "Presa in carico precoce nel primo anno di vita di bambini con età gestazionale alla nascita estremamente bassa inferiore alle 28 settimane", che centra l'attenzione sulla dimissione "protetta" del grande prematuro. In ASMN ci si avvale dell'apporto di professionisti di varie discipline che garantiscono competenze cliniche, diagnostiche e terapeutiche specialistiche e della più adeguata continuità assistenziale attraverso l'integrazione con i servizi

PROSEGUE L'OFFERTA ATTIVA E GRATUITA, A TUTTE LE DONNE IN GRAVIDANZA DELLA PROVINCIA, DEL TEST COMBINATO. SI TRATTA DI UNA METODICA NON INVASIVA PER LA DIAGNOSI PRENATALE DI ANOMALIE CROMOSOMICHE CHE PREVEDE DUE DISTINTI MOMENTI: LA MISURAZIONE DEL BI-TEST E UN'ECOGRAFIA CON TRASLUCENZA NUCALE.

e gli operatori socio-sanitari del territorio (Pediatra di libera scelta, Neuropsichiatri, Terapisti riabilitatori, Assistenza domiciliare).

7. **Servizio di trasporto di emergenza neonatale:** dal 1° settembre 2013 è attivo in tutti i punti nascita della provincia di Reggio Emilia un innovativo progetto di miglioramento dell'assistenza sanitaria perinatale, il servizio di trasporto d'emergenza neonatale (STEN). In caso di nascita di un neonato in condizioni cliniche critiche o instabili presso uno dei punti nascita provinciali, un'equipe costituita da un neonatologo ed un infermiere della Terapia Intensiva Neonatale (TIN) di Reggio Emilia, specificatamente addestrata e con provata esperienza, viene trasportata con una ambulanza dedicata presso il punto nascita; qui provvede alla stabilizzazione clinica e, successivamente, al trasporto del neonato presso la TIN dell'Arcispedale S. Maria Nuova, l'unica struttura provinciale abilitata alla cura ed al trattamento di questa casistica. Si tratta della prima esperienza di STEN interaziendale nella nostra regione, ed è stata possibile grazie all'impegno dei professionisti della Neonatologia dell'ASMN e delle Direzioni delle due Aziende Sanitarie della nostra provincia (AUSL e ASMN-IRCCS) che hanno fortemente creduto nel progetto. Lo STEN è considerato, insieme alla centralizzazione delle nascite a rischio (STAM, servizio di trasporto assistito materno), uno tra i principali indicatori di qualità di un sistema sanitario in ambito perinatale. Nella nostra Regione, ed ancor più in provincia di Reggio Emilia, la centralizzazione delle nascite a rischio è un obiettivo ormai acquisito da molti anni. Anche nella migliore organizzazione delle cure perinatali, non sempre è possibile prevedere la nascita di un neonato "patologico" o "critico": si stima che circa il 30% delle patologie gravi insorte durante il travaglio non siano prevedibili e che l'1-2% dei neonati necessitino di manovre rianimatorie e/o di cure intensive in modo del tutto inaspettato. È in questo contesto che si configura il servizio di trasporto d'urgenza neonatale, che mira a garantire ai neonati una appropriata assistenza rianimatoria e, dopo opportuna stabilizzazione, un trasporto efficiente in sicurezza seguito da un ricovero in ambiente specialistico.
8. **Gravidanza fisiologica:** sono state recepite la circolare 13/2013 "Indicazioni alle Aziende Sanitarie per l'assistenza alla gravidanza fisiologica a termine organizzato e gestito da ostetriche" e la DGR 1377/2013 "Indicazioni alle aziende sanitarie relative alla gestione dell'ambulatorio della gravidanza fisiologica a termine". In relazione alle indicazioni dettate dalla Regione sono stati prodotti e condivisi dalla Commissione Interaziendale Salute Donna i seguenti documenti:

- Istruzione Operativa Ambulatorio gravidanza fisiologica a termine per la presa in carico della gravida entro la 38° settimana fino al parto con integrazione ospedale - territorio, con eventuale invio a diverso percorso assistenziale in caso di uscita/non applicabilità dalla fisiologia
 - Percorso integrato Diagnosi prenatale di primo e secondo livello nella Provincia di Reggio Emilia
9. **Condivisione in ambito PIAMI** dei documenti relativi alle regole generali per i ticket donne gravide ed al profilo esami pre-ricovero per la gravidanza a termine
 10. **Redazione di documenti:** è stato rivisto il protocollo Nati Morti e l'istruzione operativa per la sorveglianza ed immunoprofilassi delle gravide Rh (D) negative
 11. È stato realizzato e presentato il **nuovo spazio intranet interaziendale dedicato alle attività del PIAMI**, che contiene linee guida, circolari delibere ed altri documenti utili ed una specifica sezione dedicata agli eventi formativi.

DA SETTEMBRE 2013 È ATTIVO IN TUTTI I PUNTI NASCITA DELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA UN INNOVATIVO PROGETTO DI MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA PERINATALE: IL SERVIZIO DI TRASPORTO D'EMERGENZA NEONATALE (STEN).

3.4.3 interventi sulla continuità assistenziale

La centralità del cittadino, così come la visione globale della persona, si traducono organizzativamente nell'attenzione alla garanzia di percorsi di cura integrati e condivisi con l'obiettivo ultimo di assicurare la continuità assistenziale. In particolare le due Aziende, ospedaliera e territoriale, della provincia di Reggio Emilia lavorano al fine d'implementare nella realtà locale percorsi di gestione integrata delle più frequenti patologie croniche che coinvolgono specialisti ospedalieri e convenzionati interni, medici di medicina generale, infermieri professionali, assistenti sociali, psicologi e altre figure di supporto.

Particolare attenzione è prestata all'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche, sia quelle utilizzate per diagnosi e stadiazione, sia quelle previste nei follow-up, con l'obiettivo finale di fornire al cittadino, in percorsi facilitati, prestazioni di provata efficacia alla luce delle evidenze scientifiche, evitando inutili duplicazioni.

3.4.3.a) Dimissioni protette

All'interno dei percorsi di cura, e comunque in tutte le situazioni cliniche croniche, particolare attenzione è altresì posta al percorso "dimissioni protette".

Dal 2010 è al lavoro un gruppo interaziendale e interprofessionale per lo sviluppo di un nuovo percorso di dimissione protetta del paziente "fragile" dall'Ospedale al Territorio, che tenga conto oltre che dei bisogni sanitari anche dei bisogni sociali. Da ciò deriva la necessità, sempre più forte, di una stretta collaborazione tra l'Ospedale, il Medico di Medicina Generale, i Servizi Sanitari Territoriali e il Servizio Sociale, volta alla realizzazione di un sistema integrato che metta al centro il paziente.

È stata predisposta una nuova procedura di segnalazione dei casi "fragili" al Servizio Sociale Ospedaliero e una scheda di segnalazione informatizzata disponibile sull'intranet aziendale, che consente una più tempestiva presa in carico dell'utente e, nello stesso tempo, permette di tener traccia di tutto il percorso dal momento della segnalazione al momento dell'affidamento alle strutture territoriali.

La nuova scheda di segnalazione informatizzata è stata adottata in tutti i reparti di degenza, consentendo una presa in carico più tempestiva da parte del Servizio Sociale

Ospedaliero e una tracciabilità completa del percorso. Le segnalazioni di casi con criticità sociali pervenute al Servizio Sociale Ospedaliero nell'anno 2013 sono state 184 attraverso la nuova scheda informatizzata, in crescita rispetto alle 162 del 2012.

Il 2013 ha visto il progressivo consolidamento delle attività del Punto Unico di Accesso (PUA), quale punto di riferimento unico per le segnalazioni di tutti gli operatori dei servizi sanitari, qualora si configurino difficoltà di carattere sanitario e socio-sanitario nell'assistenza alla persona, nonché punto di libero accesso per i cittadini.

Il PUA, attivato in stretta collaborazione con l'Azienda USL e collocato presso i locali dell'Azienda Ospedaliera, svolge diverse attività, quali la valutazione del bisogno, l'informazione e l'orientamento del cittadino, la realizzazione dei percorsi e l'organizzazione delle risposte assistenziali, con l'obiettivo di promuovere la presa in carico complessiva dell'utente attraverso l'integrazione funzionale dei servizi dell'area sociale e dell'area sanitaria.

Il PUA riceve, inoltre, le segnalazioni da parte dei reparti di degenza dei pazienti per i quali si rende necessario una presa in carico territoriale dopo la dimissione ospedaliera. È stata definita una procedura che prevede la segnalazione del caso entro 72 ore dall'ingresso del paziente in U.O. attraverso la compilazione della scheda BRASS, che è stata informatizzata nel corso del 2012 e resa disponibile sull'intranet aziendale. La procedura prevede altresì l'accesso in reparto da parte del personale infermieristico del PUA per una valutazione del caso in fase di pre-dimissione al fine di garantire la corretta presa in carico del paziente. Nel corso del 2013, sono stati segnalati al PUA, attraverso la nuova scheda informatizzata, 2253 pazienti.

Con l'attivazione del PUA e in stretta collaborazione con l'Azienda territoriale, nel corso del 2012, è stato anche attivato un percorso integrato ospedale-territorio rivolto al

paziente anziano che accede in Ospedale con disturbi del comportamento. Il percorso ha visto il coinvolgimento delle U.O. di Neurologia, Geriatria e Pronto Soccorso, oltre al Centro ambulatoriale per i disturbi cognitivi di Albinea e lo stesso PUA.

IL 2013 HA VISTO IL PROGRESSIVO CONSOLIDAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL PUA, QUALE PUNTO DI RIFERIMENTO UNICO PER LE SEGNALEZIONI DI TUTTI GLI OPERATORI DEI SERVIZI SANITARI, QUALORA SI CONFIGURINO DIFFICOLTÀ DI CARATTERE SANITARIO E SOCIO-SANITARIO NELL'ASSISTENZA ALLA PERSONA, NONCHÉ PUNTO DI LIBERO ACCESSO PER I CITTADINI.

In particolare, è stata predisposta una scheda ad hoc informatizzata per segnalare al PUA i pazienti affetti da demenza e disturbi del comportamento, al fine di favorire una presa in carico tempestiva dei pazienti da parte dei servizi

territoriali competenti. Accanto alla scheda è stato definito, inoltre, un diagramma di flusso che descrive schematicamente le differenti modalità di presa in carico da parte dei servizi territoriali secondo la gravità del quadro clinico del paziente (codice colore: verde, giallo, rosso).

Nel corso del 2013, attraverso la nuova scheda informatizzata, sono state effettuate 24 segnalazioni di pazienti affetti da disturbi cognitivi, di cui 14 segnalazioni con codice rosso, 9 con codice giallo e 1 verde.

3.4.3.b) La qualificazione dell'assistenza ai pazienti con stomia

In Azienda, già da molti anni, esiste un Centro Stomizzati che prende in carico tutti i pazienti con stomia (ileo-coloreo) e pianifica un percorso integrato con il territorio sia assistenziale che riabilitativo. Tale percorso origina con il primo contatto per effettuare il posizionamento della possibile stomia (di norma il giorno precedente l'intervento) e prosegue con interventi di addestramento e consulenza post-operatori.

Il percorso attivato prevede una presa in carico del paziente da parte della stomaterapista, che organizza, secondo i tempi di degenza, due o tre incontri, per l'educazione alla gestione dello stoma e la prova di alcuni presidi ritenuti

adatti alla situazione clinica. Il cambio dei presidi rappresenta un momento ideale non

IL PROGETTO DI RICERCA PER L'EDUCAZIONE ALLA GESTIONE DELLO STOMA DEL PAZIENTE CHIRURGICO PERMETTERÀ DI MIGLIORARE GLI ASPETTI DELLA COMUNICAZIONE, DELLA GESTIONE QUOTIDIANA E DEI NUOVI STILI DI VITA LEGATI ALLA STOMIA.

solo per istruire e addestrare il paziente ma anche il familiare o l'assistente sanitario individuato.

In prossimità della dimissione l'infermiere e la stomaterapista valutano la capacità di autogestione dello stoma da parte del paziente, programmano su tale capacità la successiva visita all'ambulatorio stomizzati dell'azienda per la prosecuzione del programma riabilitativo, forniscono il materiale necessario (tipologia e quantità) da utilizzare in attesa della rivalutazione ambulatoriale e, se necessario, attivano il Servizio Infermieristico Domiciliare per eventuali altre necessità assistenziali.

Il follow-up stomale prevede, oltre ad una valutazione accurata con analisi delle necessità assistenziali e della situazione specifica stomale, la prescrizione dei presidi che il paziente ritirerà presso la sua farmacia di fiducia con frequenza mensile. L'accesso all'ambulatorio stomizzati consente, in caso di necessità, anche il follow-up medico, essendo periodicamente presente (ogni 15 giorni circa) sia il Medico Referente del Centro (chirurgo) che il Medico nutrizionista.

L'elaborazione dei questionari (primo semestre 2013) relativi al progetto di ricerca volto a indagare la fase di educazione alla gestione dello stoma del paziente chirurgico (2012), ha consentito di raccogliere importanti informazioni /dati sulla congruità ed efficacia delle informazioni fornite all'utente dalla stomaterapista durante il ricovero. Dall'analisi dei dati sono emerse alcune criticità da cui trarre azioni di miglioramento:

- Miglioramento delle brochure informative e taratura dei momenti formativi/educativi,
- Miglioramento della gestione quotidiana dello stoma e sue possibili complicanze,
- Elementi per interventi di educazione a nuovi stili di vita correlati alla situazione clinica.

I dati sono stati utilizzati oltre che per un miglioramento dell'attività istituzionale per la redazione di una tesi di laurea magistrale.

3.4.3.c) La diffusione delle terapie palliative

Nel corso del 2013 è stata attivata una Unità di Cure Palliative (UCP) all'interno dell'Ospedale. La struttura, afferente la Direzione Medica Ospedaliera, è da considerarsi una struttura specialistica ospedaliera di II livello. L'avvio della struttura ha comportato un cambio di strategia nell'affrontare i bisogni di cure palliative dei pazienti.

La struttura, che si è consolidata nel corso del 2013, ha fatto propria la visione di cure palliative proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2012. Quindi, cure palliative precoci secondo i bisogni dei pazienti e dei familiari, non limitate alla fase di fine vita, un approccio multiprofessionale e un'organizzazione in equipe, un'attenzione alla crescita delle competenze dell'intero ospedale. La missione della struttura è riassumibile in attività clinica, di formazione e ricerca.

Nel corso del 2013, in accordo con la direzione, è stata data priorità ai bisogni di cure palliative dei pazienti oncologici. L'attività clinica prevalente consiste in attività di consulenza ai pazienti ricoverati in regime di degenza ordinaria e di consulenza ambulatoriale ai pazienti in regime di DH. Alla fine del 2013, l'UCP è in grado di svolgere attività di consulenza su richieste da tutti i reparti dell'ospedale, incluso il Pronto Soccorso. È stata anche attivata un'attività ambulatoriale per pazienti esterni. È prevista un'attività di consulenza specificatamente diretta ai bisogni dei familiari dei pazienti.

L'attività ambulatoriale si svolge su richiesta dei singoli reparti quando viene identificato un bisogno specifico e dalla diagnosi di malattia all'interno di un programma di ricerca sperimentale. Questo programma attivato nel

È STATA ATTIVATA L'UNITÀ DI CURE PALLIATIVE (UCP) ALL'INTERNO DELL'OSPEDALE CHE HA COMPORTATO UN CAMBIO DI STRATEGIA NELL'AFFRONTARE I BISOGNI DI CURE PALLIATIVE DEI PAZIENTI. LA STRUTTURA HA FATTO PROPRIA LA VISIONE DI CURE PALLIATIVE PROPOSTA DALL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ NEL 2012: CURE PALLIATIVE PRECOCI SECONDO I BISOGNI DEI PAZIENTI E DEI FAMILIARI, NON LIMITATE ALLA FASE DI FINE VITA, UN APPROCCIO MULTIPROFESSIONALE E UN'ORGANIZZAZIONE IN ÉQUIPE, UN'ATTENZIONE ALLA CRESCITA DELLE COMPETENZE DELL'INTERO OSPEDALE. LA MISSIONE DELLA STRUTTURA È RIASSUMIBILE IN ATTIVITÀ CLINICA, DI FORMAZIONE E RICERCA.

2013 ha valutato la fattibilità della proposta di cure palliative precoci per pazienti con diagnosi di neoplasia avanzata del polmone, mesotelioma, dello stomaco e pancreas. L'Unità di Cure Palliative svolge inoltre attività di formazione e ricerca nel campo delle cure palliative: nel corso del 2013, è stato messo a punto e implementato un programma di formazione di base per tutti i reparti dell'ospedale ed è stato completato con successo per la Medicina Oncologica. In ambito di ricerca sono stati attivati diversi progetti, alcuni dei quali hanno esitato in pubblicazioni in riviste di rilievo internazionale.

3.4.3.d) Ospedale senza dolore

Presso l'Azienda Ospedaliera, è stato istituito, a partire dal 2002, il comitato "Ospedale senza dolore" con il compito di sviluppare un processo di ampio respiro che riguardi gli aspetti del dolore in Ospedale.

Con lo scopo di creare un'effettiva rete assistenziale, la Legge n.38/2010 ha promosso la trasformazione dei "Comitati ospedalieri senza dolore", composti di medici, infermieri e farmacisti, in "Comitati ospedale - territorio senza dolore", arricchiti di altre figure (medici di famiglia, infermieri del territorio, associazioni di volontariato, rappresentanti dei Comitati consultivi misti, psicologi).

Un corretto approccio al trattamento del dolore coinvolge, frequentemente, il personale medico e infermieristico e, talora, comporta il coinvolgimento di specialisti

a diversa vocazione. Per ricondurre a unità gli interventi sulla persona con dolore, occorre garantire una gestione integrata tra i differenti ambiti specialistici, in una logica di continuità delle cure ospedale-territorio.

A tal fine sono stati individuati e perseguiti i seguenti obiettivi aziendali di rilevanza regionale:

- Modifica della denominazione dei Comitati Ospedale Senza Dolore (COSD) in Comitati "Ospedale-Territorio senza dolore";
- Contestuale integrazione, nei Comitati, di professionisti delle cure primarie (MMG e Infermiere/i del Distretto/ Cure primarie)
- Miglioramento della continuità assistenziale inerente al percorso dolore-sollievo (composto di professionisti ospedalieri e di cure primarie (MMG, PLS, Infermiere, Medico di continuità assistenziale), Hospice e Centri di terapia del dolore.

Si è provveduto, quindi, nel 2012, a modificare/integrare la composizione del Comitato Ospedale Territorio senza dolore, nominandolo formalmente con Delibera del Direttore Generale, e ad adottare il Regolamento operativo di funzionamento del Comitato Ospedale Territorio senza dolore.

Il passaggio al nuovo progetto "Ospedale - territorio senza dolore", così come indicato nell'art. 6 e nell'art. 8 della legge 38/2010, oltre a rafforzare l'attività dei Comitati ospedale senza dolore favorisce l'integrazione ospedale-territorio, demandando alla struttura ospedaliera la gestione dei casi complessi e coinvolgendo nel processo assistenziale la figura del medico di medicina generale, introduce il concetto di rete assistenziale anche nel campo della lotta al dolore.

IL COMITATO "OSPEDALE-TERRITORIO SENZA DOLORE" HA SOSTENUTO IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DEI PROCESSI DI TRATTAMENTO DEL DOLORE SECONDO PRINCIPI DI BUONA PRATICA, SEMPLIFICANDO L'ACCESSO AI MEDICINALI IMPIEGATI E POTENZIANDO LA COMUNICAZIONE AI CITTADINI.

Nel 2013 il Comitato aziendale ha sostenuto il miglioramento continuo dei processi di trattamento del dolore delle diverse sindromi cliniche, in ogni ambito di ricovero, secondo principi di buona pratica clinico-assistenziale, con semplificazione dell'accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore, potenziamento dell'informazione e comunicazione al paziente e ai cittadini.

L'Azienda ha partecipato, anche nel 2013, alle iniziative regionali della Giornata del sollievo.

Gli obiettivi su cui si è lavorato, coerentemente con le indicazioni date dalla Regione, sono i seguenti:

AREA	OBIETTIVI
Area Chirurgica	Consolidare ed estendere il trattamento del Dolore postoperatorio in tutte le Chirurgie generali e specialistiche.
Area Oncologica	Coinvolgimento e copertura del 100% della S.C. di Oncologia e attivazione di percorsi di continuità assistenziale.
Area medica	Rilevazione del dolore nelle Strutture di Medicina Interna e Specialistica con riferimento alle Linee d'indirizzo per trattare il dolore in area medica.
Area Cure Primarie	Attivazione di percorsi di continuità assistenziale con le UO di Oncologia, DH oncologico e Hospice con coordinamento tra operatori dei diversi setting assistenziali.
Area Intensiva	Attivazione dei percorsi volti all'utilizzo di una scala di valutazione per i pazienti non collaboranti.
Area Pediatrica	Coinvolgimento delle U.O. pediatriche per l'applicazione delle linee d'indirizzo regionali e delle scale di valutazione dedicate ai bambini di età inferiore a 7 anni.
Integrare la gestione del dolore nella pratica clinica e adottare strumenti comuni di misurazione e d'integrazione.	Adottare la scala numerica (NRS) quale strumento unico regionale per la misurazione del dolore. Individuare almeno un referente medico e infermieristico per ciascuna struttura/ Dipartimento. Indicare in cartella clinica la misurazione del dolore e il suo trattamento. Elaborare un Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale di terapia del dolore a livello provinciale (es. cefalea, dolore vertebrale, dolore oncologico, dolore vascolare, dolore pediatrico ecc.)
Applicare le norme sugli oppiacei	Utilizzo appropriato dei farmaci oppiacei in sintonia con le indicazioni regionali.
Promuovere la formazione continua degli operatori	Promuovere la formazione aziendale e la partecipazione ai corsi di formazione regionali.
Promuovere l'informazione e la comunicazione	Aggiornare i dati relativi ai servizi di centri di cura del dolore e cure palliative. Partecipazione alle iniziative della Giornata del Sollievo.

Si è svolto anche nel 2013 il corso di terapia antalgica "Il dolore nella pratica clinica: farmacologia e strategie terapeutiche - aspetti medici e infermieristici", rivolto a medici e infermieri professionali di tutti i dipartimenti dell'ASMN.

L'iniziativa formativa, avviata nel 2004, ha previsto 4 edizioni di 5 ore ciascuna. Il corso si prefigge di fornire ai professionisti ospedalieri un livello di formazione adeguato in materia di dolore cronico e di dolore acuto post-operatorio o post-traumatico.

È scopo evidente dell'iniziativa l'innalzamento del livello culturale medio in termini di trattamento antalgico, sia in termini di attenzione alla problematica, sia in termini di conoscenze tecnico-scientifiche avendo come obiettivo di medio-lungo termine:

- L'aumento dell'autonomia nella capacità di trattamento antalgico dei singoli curanti.
- Atteggiamento "di attenzione" che porti a diagnosticare e misurare il problema dolore affrontandolo ogni qualvolta esso si presenti.
- Atteggiamento "di rete" che porti sempre più ogni singolo curante a ricorrere alla consulenza antalgica ogni

qualvolta si renda necessario.

È STATA RESA OBBLIGATORIA LA COMPILAZIONE DEL CAMPO "MONITORAGGIO DOLORE" NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA PER OGNI PAZIENTE, COSÌ DA RENDERE MISURABILE IL FENOMENO E CONFRONTARNE LA CONCORDANZA CON ALTRI STRUMENTI.

Rispetto alla rilevazione del dolore nei pazienti ricoverati,

è stata data indicazione agli operatori dei vari reparti di riportare obbligatoriamente in ogni cartella clinica, nella sezione medica e infermieristica, le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito, inserendo la valutazione del dolore.

Poiché la rilevazione giornaliera del dolore fa parte degli obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna con Delibera di Giunta Regionale n° 1544/2010, sono stati predisposti controlli interni finalizzati a una vigilanza e rendicontazione di quanto in oggetto. In particolare sono stati misurati i seguenti indicatori:

- INDICATORE 1: valore percentuale di giornate che presentino almeno una rilevazione del dolore per ogni paziente ricoverato rispetto al numero totale di giornate di degenza.

SI È SVOLTO ANCHE NEL 2013 IL CORSO DI TERAPIA ANTALGICA "IL DOLORE NELLA PRATICA CLINICA: FARMACOLOGIA E STRATEGIE TERAPEUTICHE - ASPETTI MEDICI E INFERMIERISTICI", RIVOLTO A MEDICI E INFERMIERI PROFESSIONALI DI TUTTI I DIPARTIMENTI DELL'ASMN. IL CORSO SI PREFIGGE DI FORNIRE UN LIVELLO DI FORMAZIONE ADEGUATO IN MATERIA DI DOLORE CRONICO E DI DOLORE ACUTO POST-OPERATORIO O POST-TRAUMATICO.

-INDICATORE 2: valore percentuale di ricoveri conformi (pazienti che abbiano almeno una rilevazione quotidiana del dolore in tutte le giornate di degenza) e numero di ricoveri non conformi (pazienti che nella totalità delle giornate di ricovero ne presentino almeno una senza alcuna rilevazione del dolore) rispetto al totale dei ricoveri all'interno del trimestre indicato.

A partire dal 2012, inoltre, è stata resa obbligatoria la compilazione del campo "MONITORAGGIO DOLORE" nella sezione "Attributi" della

SDO. Ciò al fine di rendere misurabile il fenomeno del monitoraggio del dolore e confrontarne la concordanza con altri strumenti (cartella clinica, infermieristica, ecc.).

Strettamente connesso al tema della gestione del dolore in ospedale è l'ampio tema delle cure palliative. La legge n.38/2010 prevede di creare reti per le cure palliative e di fornire cure palliative per tutti i pazienti che lo necessitano, in qualsiasi setting di cura.

Per quanto riguarda gli ospedali, servizi specialistici di cure palliative sono in crescita in molti paesi viste la letteratura scientifica che evidenzia come siano efficaci nel migliorare la qualità delle cure dei pazienti ricoverati riducendo i costi dell'assistenza in ambito ospedaliero. In Italia, la recente legge 38 e le successive intese Stato regioni riconoscono il ruolo dei servizi di cure palliative in ospedale come parte delle attività delle Reti Locali di cure palliative.

Proprio per questo, nel corso del 2013 è stata aperta presso l'ASMN-IRCCS una nuova struttura denominata "Unità di Cure Palliative"-UCP- che ha la missione di dare una appropriata e competente risposta ai bisogni di cure palliative dei pazienti oncologici e dei loro familiari.

Oltre all'attività clinica, l'UCP svolge anche attività di formazione e ricerca. La missione è articolata in una serie di attività:

- erogazione di cure palliative di livello specialistico in regime di consulenza o ambulatoriale rivolte ai pazienti oncologici e ai loro familiari;
- messa a punto e implementazione di programmi di formazione e di miglioramento della qualità nei diversi setting ospedalieri;
- attività di ricerca nel campo delle cure palliative.

L'UCP afferisce alla Direzione Sanitaria, ha valenza trasversale a tutta l'Azienda ed è composta da personale medico, infermieristico e da uno psicologo.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI SUL PUNTO UNICO D'ACCESSO, SI RIMANDA AL § 3.4.3.A.

3.4.3.e) Progetto Teseo: evoluzione nel progetto interaziendale in Punto Unico di Accoglienza (PUA)

Il progetto Teseo, nato per lo sviluppo di un modello assistenziale per la continuità tra ospedale e territorio, ha ampliato quanto già presente nella procedura di "dimissione protetta" aziendale, arricchendola dal punto di vista umano ed etico; punto focale del modello era il potenziamento della relazione e della conoscenza fra gli operatori delle due aziende e tra operatori e familiari.

L'incontro diretto tra operatori e familiari (per i casi specifici codificati dalla procedura e dall'esperienza professionale) ha favorito: il confronto esperienziale, il supporto per l'acquisizione di nuove competenze, la condivisione delle problematiche esistenti nell'ambito ospedaliero, territoriale e domiciliare, la capacità di supporto emozionale al gruppo professionale. Ne consegue un rapporto molto ricco e caldo, capace di alimentare una fiducia, una serenità e una progettualità assistenziale inimmaginabile con un miglioramento tangibile dell'allineamento fra famiglia, ospedale e territorio a favore dell'assistenza, commisurandola alle effettive necessità.

Il progetto, che ha visto il coinvolgimento delle due aziende (Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova e ASL) con la collaborazione di tutte le strutture soggette a dimissioni difficili, del servizio domiciliare e l'individuazione delle aree di criticità, si è sviluppato nell'ipotesi di un centro di accoglienza unico a gestione territoriale normato da un'unica procedura interaziendale. Il centro denominato Punto Unico di Accoglienza (PUA), per le dimissioni difficili che richiedano la presa in carico del Servizio Infermieristico Domiciliare, è stato attivato nel 2011 e ha raggiunto un buon livello di sviluppo/affidabilità nel corso del 2012 e 2013 grazie a confronti diretti fra operatori e responsabili dei servizi.

È di particolare interesse segnalare l'attivazione di uno strumento di analisi del rischio di dimissione difficile (Scheda BRASS) redatta dal personale dei reparti ospedalieri e inviata alle operatrici del PUA; la scheda utilizzata all'inizio in formato cartaceo, è stata prodotta in formato elettronico, consentendo così l'invio dei dati in tempo reale. Come successiva evoluzione e miglioramento si segnala la messa a disposizione, da parte dell'Hospice Madonna dell'Ulivo, di una figura infermieristica che coadiuva e s'integra con le operatrici del PUA per garantire un maggiore livello d'informazione e collaborazione con i reparti, nelle situazioni che potrebbero richiedere un programma assistenziale

del fine vita o per una particolare fase critica della malattia del paziente o della situazione del prestatore di cure.

3.4.3.f) Progetto di ortogeriatría

La frattura del femore negli anziani rappresenta una delle principali cause di ospedalizzazione, mortalità, disabilità e istituzionalizzazione con un forte impatto economico e organizzativo sui servizi sanitari. Nel Sistema Sanitario della Regione Emilia-Romagna, con oltre 6000 ricoveri di ultra-settantacinquenni nel 2006, le linee strategiche per il governo clinico della frattura di femore sono: elevati standard di qualità, contenimento dei costi (del. reg. n. 24321/2006) e facilitazione dei percorsi di continuità tra ospedale e territorio (Piano sanitario e sociale 2007-2009).

Presso l'ASMN ogni anno afferiscono in Ortopedia circa 300 pazienti ultra-settantacinquenni con frattura di femore da fragilità, tra cui i pazienti ad alto rischio di complicanze anestesiológicas e internistiche trasferiti dagli ospedali periferici. Già dal 2008, è stato implementato un percorso di co-gestione ortogeriatrica per tutti i pazienti ultra-settantacinquenni con frattura di femore da fragilità ricoverati in Ortopedia. Il modello prevede la contemporanea presa in carico del paziente da parte dell'ortopedico, che ha competenza sul tipo d'intervento e i problemi a esso correlati, e del geriatra per gli aspetti internistici, con responsabilità distinte e l'integrazione nel team di cura dell'anestesista, del fisiatra, dell'infermiere dedicato e dell'assistente sociale.

La realizzazione del Modello ha comportato la modifica dei protocolli di preparazione del paziente, di gestione della terapia medica e antalgica, di gestione delle problematiche quali delirio, catetere, decubiti, ecc. e una diversa gestione della riabilitazione.

Sono monitorati gli indicatori sulla riduzione delle complicanze e delle giornate di degenza.

L'avvio del piano di lavoro è avvenuto attraverso un progetto di ricerca approvato e finanziato nell'ambito del Programma di ricerca Regione-Università 2007-2009 - Area 2 "Ricerca per il governo clinico". La fase legata al progetto di ricerca si è conclusa nel febbraio 2010. I risultati del progetto di ricerca sono poi stati oggetto di numerose relazioni e presentazioni nell'ambito d'iniziative congressuali nazionali e internazionali.

IL PERCORSO DI ORTOGERIATRIA È STATO ULTERIORMENTE FORMALIZZATO AI FINI DELL'ACCREDITAMENTO, ANCHE CON RIFERIMENTO AL P. 1 DEL "PROGRAMMA DI VALUTAZIONE DELLE DECISIONI E DELLE ATTIVITÀ DELLE STRUTTURE SANITARIE (CFR. § 2.3.4.L).

L'analisi dei dati dei primi 268 pazienti presi in carico (gruppo d'intervento), confrontati, relativamente ai dati amministrativi, con i 270 pazienti ricoverati in Ortopedia nell'anno precedente all'inizio dell'attività di ortogeriatrics con medesimi intervalli di età e diagnosi (gruppo storico), ha mostrato risultati promettenti che hanno indotto a proseguire e a formalizzare il percorso.

In particolare, il tempo di attesa pre-intervento è passato da 4,9 a 2,7 giorni; la percentuale dei pazienti operati entro 48 ore dall'11 al 47%; la degenza media nel reparto di Ortopedia si è ridotta di oltre 5 giorni (da 20,8 a 14,6 giorni); la quota di pazienti dimessi direttamente al proprio domicilio è aumentata del 30%; l'incidenza di ulcere da pressione con stadio > 1 è passata dal 15,5 (primo trimestre d'intervento) al 5,6% (ultimo trimestre analizzato); Il 60% dei pazienti deambulanti prima dell'evento fratturativo era in grado di deambulare almeno 5 metri con ausilio in 3^a giornata postoperatoria.

Dal 2008 al primo trimestre 2014 sono stati inseriti nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) 1650 pazienti ultrasessantacinquenni con frattura di femore prossimale da fragilità, di cui 284 nel corso del 2013, anno in cui è stato anche conseguito l'accreditamento del percorso.

Il tempo medio di attesa pre-intervento è sceso a 1.99±0.9 giorni mentre la percentuale di soggetti operati entro 48 ore è salita a 74.9%. L'introduzione di una seduta operatoria aggiuntiva il sabato mattina ha consentito di ridurre i tempi di attesa, in particolar modo per i pazienti ricoverati nella giornata di giovedì, riducendo così le disomogeneità (disequità) dovute alla giornata di accesso.

La mortalità intraospedaliera e a 30 giorni (relativa a questa coorte di soggetti che non comprende la decade dai 65 ai 75 anni, come specificato nei documenti di accreditamento) è risultata rispettivamente del 3.3% e del 6.7%. La terapia conservativa ha interessato il 3.0% di tutti i pazienti (afferiti al Pronto Soccorso Ortopedico e/o ricoverati).

Tutti i pazienti sono stati presi in carico dal Fisiatra entro 24 ore dall'intervento ad eccezione di quelli operati di sabato. In 3^a giornata postoperatoria l'86.8% dei pazienti era in grado di mantenere la stazione verticale per 2 minuti e il 76% di deambulare almeno 5 metri con ausilio. L'inci-

denza di decubiti ancora presenti alla dimissione è stata del 6.7%, di cui il 3.1% in stadio > di 1. La durata media della degenza in Ortopedia è risultata di 14.5 ± 8.2 giorni.

Nel corso del 2013 è iniziato un progetto di miglioramento volto a implementare gli strumenti di comunicazione con il paziente e l'accompagnatore e a valutare il gradimento del PDTA, che concluderà la sua prima fase entro il 2014.

3.4.4 Lo sviluppo del processo di accreditamento nell'ASMN

Accreditamento dei Dipartimenti Ospedalieri

L'anno 2013 ha visto il rinnovo dell'accreditamento per i dipartimenti:

- Neuro motorio,
- Ostetrico ginecologico,
- Cardio-toraco-vascolare
- Chirurgico

a partire da gennaio 2013 per finire a novembre 2013

I professionisti hanno partecipato con impegno alla realizzazione delle visite.

Dal verbale di accreditamento del dipartimento neuromotorio emerge:

"...Rispetto alla verifica precedente è evidente un'evoluzione della missione e della visione, improntate alla prevenzione ed al contrasto delle patologie ad elevato rischio di disabilità. Tale obiettivo viene perseguito attraverso alleanze ed accordi per la continuità assistenziale a livello dipartimentale, interdipartimentale ed interaziendale.

La visione orientata al paziente traspare dalla strutturazione dell'attività dipartimentale in 4 aree: area stroke care, area patologie traumatiche dell'apparato muscolo-scheletrico dei pazienti anziani (ortogeriatrics), area continuità di cura, area della sicurezza.

La direzione dipartimentale governa efficacemente la gestione dei processi assistenziali mediante la trasversalità degli stessi.

Emerge quindi come tale organizzazione sia funzionale da un lato alle esigenze dell'utenza e dall'altro al governo del Dipartimento"

Dal verbale di accreditamento del dipartimento ostetrico ginecologico e pediatrico emerge:

"...La forte caratterizzazione del dipartimento alla ricerca ed innovazione trova nella formazione del personale, nelle sue diverse componenti, uno dei punti di forza. La ricaduta di questa importante attività formativa e di ricerca sull'organizzazione ed erogazione dei servizi

L'ACCREDITAMENTO È LA CERTIFICAZIONE DA PARTE DELL'AUTORITÀ DELLA QUALITÀ E DELL'APPROPRIATEZZA DELLA PRATICA CLINICA. CIÒ RISULTA IMPORTANTE PER L'SSN (CHE ACQUISISCE E GARANTISCE LE PRESTAZIONI ALL'UTENTE), PER L'AZIENDA OSPEDALIERA (CHE VALIDA E PROMUOVE IN MODO TRASPARENTE LA SUA ATTIVITÀ) E PER IL CITTADINO (CHE PUÒ VEDERE RICONOSCIUTO IL SUO DIRITTO A UN'ASSISTENZA DI ELEVATA QUALITÀ).

trova ampia evidenza, anche per quanto attiene la definizione del percorso del neonato prematuro, almeno nella sua fase iniziale di strutturazione.

Il dipartimento manifesta la sua anima e dimostra di aver consolidato i principi del miglioramento continuo della qualità nel cammino compiuto dalla precedente visita ispettiva. Particolarmente curata la comunicazione interna e la formazione del personale, quest'ultima individuata come punto di forza per la crescita complessiva del dipartimento finalizzata ad una sempre più qualificata attività assistenziale e professionale".

Dal verbale di accreditamento del dipartimento cardio, toraco vascolare e di area critica emerge:

"...capacità del dipartimento di essere punto di riferimento per i percorsi assistenziali integrati su alcune aree di particolare interesse con attività trasversali orientate a garantire la continuità assistenziale sul territorio. Anche le modalità di gestione delle dimissioni sono tali da ottimizzare il turnover dell'utilizzo dei posti letto (area dimissione)

Inoltre il dipartimento nel suo complesso ha dimostrato capacità di innovazione e ricerca tale da realizzare nel tempo produzione scientifica con elevato impact factor".

Dal verbale di accreditamento del dipartimento chirurgia generale e specialistiche emerge:

"...Il Dipartimento complessivamente ha dimostrato di aver adeguatamente implementato il Sistema Qualità, risulta ben delineato nella funzione organizzativa dell'attività delle unità operative che lo compongono. Evidente il coinvolgimento di tutto il personale per l'attuazione del modello organizzativo per intensità di cure che ha richiesto un nuovo approccio culturale tecnologico e logistico affrontando anche le difficoltà legate alla distribuzione degli spazi pensati per un diverso modello organizzativo.

Numerosi e ben strutturati i progetti di miglioramento che utilizzano la formazione come strumento privilegiato per il raggiungimento degli obiettivi".

Decisivo è stato l'impegno dei referenti medici e infermieri dell'accREDITamento che in stretto collegamento con l'ufficio Qualità hanno reso possibile il coinvolgimento di tutti gli altri professionisti.

Certificazione della Direzione delle Professioni Sanitarie e della Centrale di sterilizzazione in base alle norme ISO 9001/2000

Nel maggio 2013 la Direzione delle Professioni Sanitarie e la Centrale di Sterilizzazione hanno ricevuto la visita di

verifica per il rinnovo della certificazione ISO 9001.

La verifica ha messo in evidenza:

"...L'interesse, la competenza e la consapevolezza, dimostrati in relazione ad aspetti specifici condivisi durante le attività di valutazione, rendono apprezzabile l'orientamento nei confronti delle esigenze implicite ed esplicite degli interlocutori "attivi" - destinatari e fruitori dei servizi erogati dalle Strutture. È stato possibile apprezzare ulteriori miglioramenti nella gestione delle interfacce - sia con altri processi trasversali, sia con i Dipartimenti e le UUOO clinico-diagnostiche, realizzata in relazione ai vari livelli di implementazione e sviluppo raggiunti, anche attraverso un appropriato utilizzo degli strumenti informatici.

I programmi di miglioramento previsti sono in continuità con quanto sino ad oggi attivato. Numerose infatti le attività in "progress" apprezzate in corso di visita, che prevedono la partecipazione attiva di più funzioni e che consen-

tono la pianificazione di attività finalizzate a migliorare tempestività, qualità ed appropriatezza di attività e servizi, anche in termini di razionalizzazione delle risorse e di presidio dei processi".

IL PROGETTO DI ACCREDITAMENTO E CLASSIFICAZIONE DI OECE HA LO SCOPO DI MIGLIORARE E OMOGENEIZZARE L'ASSISTENZA AL PAZIENTE ONCOLOGICO SECONDO STANDARD E LIVELLI MINIMI DI QUALITÀ CONDIVISI A LIVELLO EUROPEO.

AccREDITamento JACIE

L'accREDITamento JACIE, attraverso i suoi standard, definisce i livelli di qualità e sicurezza nell'ambito dei trapianti di cellule staminali emopoietiche a livello internazionale ed adempie agli obblighi previsti dalla legislatura italiana attraverso il decreto 191\2007 "Autorizzazione e accREDITamento degli istituti dei tessuti e dei procedimenti di preparazione dei tessuti e delle cellule".

È in tale ambito che la struttura di ematologia e il servizio di medicina trasfusionale si sono preparati per essere sottoposti alla verifica di accREDITamento JACIE. Il percorso di preparazione, iniziato nel 2011 ha visto tutte le risorse coinvolte nel percorso trapianti impegnati nel raggiungimento degli standard di qualità previsti dal modello JACIE. La valutazione della verifica effettuata il 16 e 17 dicembre ha dato esito positivo, richiedendo tuttavia un approfondimento delle procedure di convalida dei processi".

È stato riconosciuto dalla commissione l'impegno e la coesione del gruppo che gestisce i trapianti e il clima favorevole che si è creato durante la verifica ha permesso un confronto sereno e proficuo sui processi di lavoro.

AccREDITamento OECE

Il progetto di accREDITamento e classificazione di OECE è uno dei progetti proposti dall'Organizzazione Europea dei Centri Oncologici-OECE ed ha lo scopo di migliorare ed omogeneizzare l'assistenza al paziente oncologico secondo standard e livelli minimi di qualità condivisi a livello

europeo. Il rispetto di tali criteri, secondo il progetto di accreditamento, viene valutato tramite l'utilizzo di strumenti predisposti ad hoc quali un questionario qualitativo ed un questionario che raccoglie dati quantitativi su risorse ed attività dei vari Centri ed attraverso la verifica diretta durante una visita effettuata da valutatori esterni alla struttura e di provenienza da vari Paesi europei.

Per la nostra Azienda, aderire al progetto OEI significa rispondere alla normativa relativa agli IRCCS che prevede che la qualità offerta dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico sia certificata da accreditamenti internazionali. Partecipare significa inoltre lavorare per dimostrare di avere alti standard qualitativi in tema di assistenza, ricerca e formazione in ambito oncologico. Il progetto di accreditamento e classificazione di OEI è tra i sistemi di accreditamento internazionale ufficialmente riconosciuti ed ha lo scopo di migliorare ed omogeneizzare l'assistenza al paziente oncologico, secondo standard e livelli elevati di qualità condivisi a livello europeo. Nel panorama nazionale, la rete degli IRCCS oncologici ha condiviso la scelta di aderire al progetto di accreditamento europeo OEI, per cui tutti gli 11 IRCCS oncologici distribuiti nel territorio nazionale hanno intrapreso questo percorso di accreditamento.

Il progetto ha visto diverse fasi di lavoro, iniziate nel corso del 2012 e proseguite poi nel corso di tutto il 2013. Il percorso di accreditamento si svolge in diverse fasi di lavoro che prevedono le seguenti attività:

- valutazione interna dei requisiti qualitativi (periodo di autovalutazione);
- implementazione e miglioramento di tutti i requisiti (periodo di autovalutazione);
- valutazione esterna attraverso una presa visione dell'autovalutazione ed attraverso una visita di verifica in modalità di peer-review (visita da parte di valutatori esterni);
- definizione di un piano di miglioramento, formulato sulla scorta delle indicazioni dei valutatori (fase del piano di miglioramento);
- accreditamento dell'IRCCS
- verifica esterna, ad un anno di distanza dalla certificazione, dello stato di avanzamento del piano di miglioramento e dei risultati raggiunti.

Nel corso del 2013 l'ASMN-IRCCS ha quindi effettuato le prime fasi del percorso, iscrivendosi al progetto nel febbraio 2013 e terminando la fase di autovalutazione nel novembre 2013. Durante tutto il 2013 si è quindi lavorato al miglioramento degli standard qualitativi attraverso la creazione di gruppi di lavoro sui specifici temi tra i quali: Informazione e Comunicazione con il paziente; Organizzazione della Ricerca; Percorsi clinici di patologia oncologica

e Dolore e Cure Palliative. Tutti i professionisti dei reparti e servizi afferenti all'IRCCS sono stati coinvolti nel percorso ed hanno lavorato per il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai pazienti.

A fine anno è stata chiusa la fase di autovalutazione durante la quale il nostro IRCCS ha raccolto ed inviato ad OEI tutte le informazioni e documenti richiesti ed è stata avviata la fase di preparazione della visita di peer review.

Il 10 e l'11 Febbraio 2014 si è svolta la visita di accreditamento che ha rappresentato appunto il momento di verifica sul campo della qualità delle attività cliniche, di assistenza e di ricerca, da parte di valutatori esterni ed indipendenti.

Il team dei valutatori era composto dai professionisti provenienti da diversi Paesi Europei: Olanda, Svezia, Belgio ed Italia. Si trattava di medici e di infermiere che lavorano in diversi centri oncologici europei e che sono formati a valutare i requisiti di qualità degli altri centri oncologici in modalità "peer", ovvero "tra pari, tra colleghi".

Attraverso questa visita i valutatori hanno verificato il livello di adesione ai requisiti di qualità ed il grado di conoscenza ed applicazione da parte di tutti i professionisti che nel nostro ospedale lavorano coi pazienti oncologici.

Al termine dei due giorni, nella sede di Palazzo Rocca Saporiti, i valutatori hanno restituito i risultati preliminari frutto della visita e dell'analisi fatta sui documenti e sui nostri dati di attività.

I risultati hanno sottolineato i nostri punti di forza, i nostri aspetti salienti e gli aspetti critici su cui occorre continuare a migliorare.

Sono stati apprezzati l'accoglienza, la disponibilità e la volontà di confronto, le caratteristiche della nostra organizzazione, i grandi investimenti fatti negli ultimi anni in ambito di assistenza e ricerca (apertura di nuovi reparti, servizi e laboratori, ma anche investimenti tecnologici e strutturali come il nuovo edificio onco-ematologico), la completezza dei servizi dedicati all'assistenza dei pazienti oncologici con ampia casistica trattata ed ampia gamma di patologie trattate. Infine è stata data la conferma del fatto che il Santa Maria Nuova rappresenta un riferimento sia nel panorama provinciale che regionale e nazionale. I valutatori hanno indicato il "Comprehensive Cancer Center-CCC" come la tipologia più calzante per il nostro Istituto (CCC è anche la tipologia più complessa tra le 4 previste da OEI).

Nel corso del 2014 verrà completato il percorso di accreditamento ed il nostro IRCCS riceverà la certificazione dell'accREDITAMENTO secondo il progetto di AccREDITAMENTO OEI.

**LA RIDUZIONE DEL - 1,2% DELLA
SPESA FARMACEUTICA È IMPUTABILE
AL DECREMENTO DI SPESA PER I
FARMACI ANTIMICOTICI PER USO
SISTEMICO, IMMUNOGLOBULINE E
ANTINEOPLASTICI CITOSTATICI.**

3.4.5 Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

3.4.5.a) Andamento della spesa farmaceutica

Tabella 3.4.3: Fonte Flusso AFO 12 mesi 2013 (Ossigeno escluso)

	2013	diff.% 2013 - 2012
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	16.984.975	-1,2%
Emilia-Romagna	436.302.398	+5,5%

Nell'anno 2013 la spesa farmaceutica ospedaliera (ossigeno escluso) si è ridotta del -1,2%. Hanno contribuito prevalentemente al decremento di spesa immunoglobuline (J06) -42%, Antimicotici per uso sistemico (J02) -31%, farmaci antineoplastici citostatici (L01) -2,7% (Tabella 3.4.3).

Antibatterici per uso sistemico

Nell'anno 2013 si è osservata una sostanziale stabilità nella spesa (+0.7%) con una riduzione del numero complessivo di DDD del 2%, mantenendo un valore di DDD/100 gg di degenza di sotto i valori medi regionali (90.20 per AOSP RE vs 93.30 RER).

Nel 2013 il consumo dei fluorochinoloni si attesta su un valore di 12.61 DDD / 100 gg deg, in calo rispetto al 2012, vs la media regionale di 14,45.

Anche per i carbapenemi il consumo 2013 di 3.49 DDD/100ggdeg risulta in calo rispetto al 2012 (3.75) e inferiore alla media regionale (3.56).

Per consentire un'informazione puntuale ai reparti sul fenomeno delle resistenze in ambito locale, attraverso la rete Intranet aziendale ogni anno viene diffuso il Bollettino delle Statistiche Epidemiologiche elaborato dal Laboratorio di Microbiologia.

Nel 2013 si è dato seguito alla DGR 318/2013 che definisce, tra l'altro, le linee di indirizzo per l'uso responsabile degli antibiotici e si è riorganizzata l'attività del CIO che rimane orientata a una costante formazione degli operatori sanitari in ordine alla prevenzione delle infezioni e all'aggiornamento e diffusione di Procedure/Linee Guida/Protocolli.

Farmaci oftalmologici

Si è mantenuto alto il livello di spesa per l'impiego del far-

maco ranibizumab nel trattamento della DMLE, a seguito delle disposizioni diffuse da AIFA a marzo e a ottobre 2012. Anche nel 2013 tuttavia si è data prosecuzione all'attività di allestimento in farmacia di siringhe monodose di Bevacizumab per gli usi consentiti di cui alla Legge 648/96.

Farmaci oncologici (L01)

Nel 2013 si è registrato un decremento di spesa (-2.7%) dovuto prevalentemente alla riduzione di casi trattati con farmaci ad alto costo che hanno compensato l'incremento di spesa indotto dai nuovi farmaci.

Tutte le prescrizioni provenienti dalle diverse Strutture coinvolte vengono valutate in termini di appropriatezza rispetto ai contenuti delle schede tecniche dei singoli farmaci e delle Linee Guida/Raccomandazioni regionali. Eventuali prescrizioni off-label sono valutate singolarmente e avviate alle sedi di competenza secondo percorsi codificati.

Si è data inoltre prosecuzione all'attività di monitoraggio dei farmaci registrati sul sito AIFA somministrati all'interno della Struttura o erogati in distribuzione diretta. Per entrambe le tipologie di erogazione dei farmaci si è proceduto alle richieste di rimborso laddove previste dai decreti registrativi. Con i clinici è stato avviato da tempo un confronto in relazione alle indicazioni prodotte dalla CRF, al monitoraggio dei dati di consumo/spesa e all'analisi della casistica trattata.

Farmaci biologici

Il dato di consumo e spesa di questo gruppo di farmaci impiegati nelle discipline di Reumatologia, Dermatologia e Gastroenterologia, è stato analizzato complessivamente a livello provinciale, in quanto vengono erogati ai pazienti prevalentemente in regime di Distribuzione Diretta (i dati di consumo e spesa dei due punti di Distribuzione Diretta c/o l'Azienda Ospedaliera sono accorpati ai restanti punti di distribuzione dei vari Distretti dell'Azienda USL).

Nel 2013 la spesa a livello provinciale è incrementata del +12,0% con un incremento del numero di DDD del +9,2%.

A inizio anno è stato definito un budget specifico con le UU.OO. sulla base della casistica stimata da trattare, nel rispetto delle indicazioni prodotte dalla CRF.

I principi attivi di questo gruppo di farmaci sono oggetto di Linee Guida regionali per un uso appropriato in relazione al loro impiego in Dermatologia e Reumatologia.

Nel 2013 sono proseguiti i monitoraggi e audit che hanno evidenziato una sostanziale adesione alle Linee Guida regionali e un buon grado di appropriatezza nella prescrizione.

3.4.5.b) Governo della spesa

Nell'ambito dell'obiettivo generale di politica del farmaco

e governo della spesa farmaceutica, le attività sono state rivolte prevalentemente alla verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni, al monitoraggio costante dei consumi, alla gestione del rischio clinico e sicurezza sull'uso del farmaco, allo sviluppo della Farmacovigilanza. L'azione di governo clinico si è principalmente orientata su alcuni gruppi terapeutici con il coinvolgimento degli stessi medici sia in ambito di valutazione dell'appropriatezza che nella definizione di budget specifici per U.O. sulla base della casistica da trattare.

Commissione Terapeutica di Area Vasta

La Commissione Farmaco AVEN esplica la sua attività in stretta collaborazione con la Commissione Regionale Farmaco (CRF) nell'applicazione delle direttive inerenti al Prontuario Terapeutico Regionale, quale strumento di governo clinico vincolante per l'operatività a livello locale.

La Commissione Farmaco AVEN si avvale inoltre della collaborazione di Gruppi di Lavoro composti di clinici e farmacisti delle varie Aziende Sanitarie.

Un farmacista della Segreteria della CF AVEN partecipa alle riunioni del coordinamento regionale.

Il Prontuario Terapeutico è aggiornato in tempo reale sulla rete Intranet aziendale a disposizione di tutti i sanitari, unitamente ai verbali delle riunioni e all'elenco dei farmaci valutati. Attraverso la rete Intranet aziendale è altresì diffusa a tutti i medici la documentazione scientifica prodotta dalla CRF e dalla CF AVEN.

A livello provinciale svolge inoltre la sua attività il Nucleo Operativo Provinciale (NOP), inteso come punto di collegamento tra le Aziende Sanitarie e la CF AVEN, con il compito di collaborare alla diffusione a livello locale del-

di 141 richieste per ASMN e 80 per AUSL di cui richieste urgenti n°42 per ASMN e 8 per AUSL. Le funzioni di Segreteria vengono svolte dal Servizio di Farmacia.

Centrale allestimento degli antiblastici

Nell'anno 2008 è stato realizzato il Laboratorio di allestimento delle terapie oncologiche (UFA) nell'ambito del progetto di rete regionale.

A livello regionale sono condivise esperienze, metodologie, conoscenze, standardizzazione di criteri tecnici e organizzativi al fine di perseguire le migliori pratiche e migliorare la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Un farmacista partecipa alle riunioni del gruppo regionale ROFO (Rete Oncologica delle Farmacie Ospedaliere).

Nell'anno 2013 l'attività di allestimento farmaci antiblastici iniettabili è stata sostanzialmente stabile rispetto al 2012.

Per l'allestimento delle terapie c/o la Centrale Antiblastici è stato adottato da tutte le Strutture coinvolte un programma di prescrizione informatizzata personalizzata.

Il programma consente di gestire tutto il processo terapeutico, la standardizzazione delle modalità operative, il monitoraggio dell'uso dei protocolli definiti e dei nuovi prodotti e il controllo dell'appropriatezza prescrittiva.

3.4.6 - Politiche di acquisto di beni e servizi: Interventi d'area vasta e tramite Intercent-ER

3.4.6.a) Attività AVEN

Premessa

Il processo di integrazione tra le Aziende di Area Vasta è proseguito nel rispetto di quanto indicato dagli indirizzi regionali ed in una logica di continuità con le esperienze già maturate negli anni precedenti. Gli obiettivi dell'Area Vasta Emilia Nord sono stati definiti in coerenza con gli indirizzi regionali e possono essere raggruppati in tre aree di intervento, per ciascuna delle quali si dà di seguito, in modo sintetico, conto delle principali attività sviluppate.

1. Attivazione del sistema di logistica integrata di area vasta

La prima parte dell'anno è stata dedicata all'allestimento interno del nuovo magazzino di Area Vasta. Sono stati, infatti, completati i lavori impiantistici che ancora residuavano e si provveduto all'approntamento delle aree per la gestione dello stock e del picking dei beni gestiti. All'interno di tali aree sono state effettuate scelte tecnologiche differenziate in base alle caratteristiche fisiche dei prodotti (peso, volume, temperatura di conservazione) ed al loro otti-



le decisioni assunte dalla CF AVEN, di valutare richieste personalizzate di farmaci off-label e/o extra PTO, di fornire approfondimenti su eventuali incongruenze prescrittive con il PT AVEN. Nel 2013 il NOP si è riunito di norma ogni 15 giorni per un totale di 23 riunioni con la valutazione

**L'AREA VASTA EMILIA NORD (AVEN)
RAGGRUPPA LE 7 AZIENDE SANITARIE
DELLE PROVINCE DI PIACENZA,
PARMA, REGGIO EMILIA E MODENA.
L'AVEN HA COME OBIETTIVO
PRINCIPALE IL RAGGIUNGIMENTO
DI SINERGIE E CONDIVISIONE DI
RISORSE FRA LE AZIENDE.**

male indice di rotazione.

In particolare:

- per i prodotti a volume medio, alta rotazione ed alta quantità di prelievo sono state montate scaffalature a gravità;
- per i prodotti a volume medio, alta rotazione e bassa quantità di prelievo, nonché per prodotti a bassa rotazione è stato installato un sistema automatizzato a cassette (traslo elevatore) caratterizzato da un'alta produttività (200 prelievi ora per postazione attiva per un massimo di 4 postazioni ed una capacità di stock di oltre 10.000 cassette);
- nell'area dedicata ai prodotti ad alto volume o alto peso sono state collocate scaffalature porta pallet (poco meno di 5.000 postazioni).

L'attività del nuovo magazzino di Area Vasta ha avuto inizio l'8 luglio, concluso il lavoro di allestimento interno, ed ha riguardato, nell'immediato, tre Aziende (Azienda USL di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda USL di Modena in quota parte). Tali Aziende utilizzavano già i servizi del magazzino precedentemente attivo presso l'Azienda USL di Reggio Emilia.

Alla metà di settembre si è completato l'ingresso dell'Azienda USL di Modena (territorio ed Ospedali di Vignola e Pavullo) nel rispetto del programma definito. Contemporaneamente è stata assunta anche la completa gestione della merce in transito delle Aziende in questione. Le altre Aziende entreranno, secondo il programma stabilito, nel corso dell'anno 2014.

L'ingresso di ciascuna Azienda (per quanto parziale) ha comportato un preliminare intenso e puntuale lavoro su tre versanti:

- messa a punto delle interfacce informatiche per la gestione degli scambi informativi tra i gestionali aziendali e quello del magazzino;
- allineamento delle codifiche dei prodotti aziendali con quelle del magazzino;
- assunzione da parte dell'Azienda USL di Reggio Emilia della gestione amministrativa (contratti, prezzi, fornitori) di competenza di ciascuna delle aziende servite dal magazzino;

Questa fase ha com-

portato la definizione di una metodologia di approccio e, successivamente, un lavoro operativo che hanno impegnato rilevanti risorse.

A fine anno il magazzino aveva oltre 3.000 referenze a scorta e gestiva circa 100 ordini in transito al giorno.

Acquisti centralizzati

Il settore degli acquisti è stato sicuramente un ambito prioritario dell'attività di AVEN per l'anno 2013. La sottoscrizione della Convenzione Attuativa, avvenuta in corso d'anno, istitutiva del Dipartimento Interaziendale Acquisti (DIA) a valenza gestionale ha permesso, da un lato, di consolidare ulteriormente l'attività comune di acquisto di beni e servizi, dall'altro, di avviare un percorso di razionalizzazione organizzativa destinato a produrre i primi risultati nel corso del 2014.

Con maggiore forza è stato possibile avviare un processo di programmazione coerente ed integrato tra le diverse Aziende e sempre più strettamente connesso ed interdependente con quello della centrale di committenza regionale (Intercent-ER).

Su quest'ultimo versante intensa è stata l'attività di coordinamento e di raccordo tra la Direzione Operativa AVEN, la direzione del DIA e quella di Intercent-ER, così come continua

la partecipazione dei professionisti nominati dalle Direzioni Aziendali alle attività delle commissioni e gruppi di lavoro convocati da Intercent-ER.

È stato perfezionato uno strumento per rilevare e governare le tempistiche di gara per garantirne un miglioramento mediante lo sviluppo delle capacità di far lavorare in sinergia i vari professionisti coinvolti nelle procedure di gara, con particolare riferimento a coloro (clinici, farmacisti, ingegneri clinici) che presiedono alle fasi di selezione/valutazione dei prodotti, definizione dei requisiti e delle esigenze cliniche. Le performance complessive rilevate per quanto leggermente migliorate rispetto all'anno precedente presentano ancora significativi margini di ottimizzazione.

Nello specifico, inoltre, va sottolineato il contributo fornito allo svolgimento delle gare dal gruppo dei farmacisti con specifica competenza e conoscenza nel settore dei Dispositivi Medici (DM) e da quello degli Ingegneri Clinici.

È stato, inoltre, completato il lavoro per la messa a punto di un sistema per la produzione di una reportistica inerente gli esiti di gara e la valutazione della performance di tale attività.

Con riferimento alle politiche di acquisto di beni e servizi, coerentemente con quanto già praticato negli anni scorsi e con gli indirizzi regionali, le

LA PRIMA PARTE DELL'ANNO È STATA DEDICATA ALL'ALLESTIMENTO INTERNO DEL NUOVO MAGAZZINO DI AREA VASTA. L'ATTIVITÀ DEL NUOVO MAGAZZINO HA AVUTO INIZIO L'8 LUGLIO E A FINE ANNO IL MAGAZZINO AVEVA OLTRE 3.000 REFERENZE A SCORTA E GESTIVA CIRCA 100 ORDINI IN TRANSITO AL GIORNO.

LA SOTTOSCRIZIONE DELLA CONVENZIONE ATTUATIVA, AVVENUTA IN CORSO D'ANNO, ISTITUTIVA DEL DIA A VALENZA GESTIONALE HA PERMESSO, DA UN LATO, DI CONSOLIDARE ULTERIORMENTE L'ATTIVITÀ COMUNE DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI, DALL'ALTRO, DI AVVIARE UN PERCORSO DI RAZIONALIZZAZIONE ORGANIZZATIVA DESTINATO A PRODURRE I PRIMI RISULTATI NEL CORSO DEL 2014.

Aziende AVEN hanno operato per raggiungere l'obiettivo della progressiva riduzione delle gare aziendali a favore dell'adesione alle gare aggregate (Area Vasta o Intercent - ER). La Tabella 3.4.4 riassume numericamente l'attività svolta relativamente alle gare di Area Vasta ed i risultati economici conseguiti.

Tabella 3.4.4

N. Gare programmate per il biennio 2013 - 2014	189
N. Gare aggiudicate nell'anno 2014	67
N. Gare non aggiudicate o deserte	3
N. Procedure in corso di svolgimento al 31.12.2013	15
N. Procedure in contenzioso amministrativo	1
N. Gare avviate al 31.12.2013	41
N. Gare programmate ancora da avviare	62
Valore dei contratti definiti nel corso dell'anno 2013	137.392.506
Stima dei risparmi indotti	20.810.464 (-15,15%)
N. Procedure di Proroga/Rinnovo concluse nel 2013	52

Relativamente alle adesioni alle convenzioni Intercent - ER, il valore complessivo degli "ordinativi di fornitura" emessi dalle Aziende associate all'AVEN risulta pari ad E. 185.971.368,27 (si allega tabella riassuntiva relativa alle adesioni delle diverse aziende alla specifiche convenzioni avvenute nel corso dell'anno 2013)

3. Integrazione in ambito amministrativo - gestionale e clinico - assistenziale

Sono proseguite, sia pure con modalità diversificate fra gruppo e gruppo, le attività finalizzate al raggiungimento di obiettivi di integrazione sia in ambito amministrativo-gestionale che clinico-assistenziale.

In particolare sono state sottoscritte dai Direttori Generali quattro Convenzioni Attuative (oltre a quella relativa al Dipartimento Interaziendale Acquisti a valenza gestionale di cui si è trattato in precedenza) con l'intento di rafforzare la collaborazione in ambiti ritenuti strategici:

- gestione comune dei concorsi relativi al personale del comparto: è stato deciso, per economia di gestione ed efficacia della stessa, di condividere procedure comuni per lo svolgimento dei concorsi relativi al personale del comparto. All'interno della Convezione sono state definite le modalità operative per lo svolgimento comune dei concorsi ed il successivo utilizzo delle graduatorie;
- Coordinamento dei Dipartimenti/Servizi Farmaceutici

con l'obiettivo di garantire una costante integrazione tra le Aziende relativamente alle competenze di ambito farmaceutico, nonché un adeguato supporto al processo di centralizzazione degli acquisti;

- Coordinamento dei Servizi di Ingegneria Clinica per garantire una continua collaborazione per le attività connesse all'acquisizione e gestione delle apparecchiature/tecnologie sanitarie, nonché la gestione unitaria ed integrata delle attività connesse all'acquisto delle apparecchiature sanitarie e dei dispositivi medici di competenza;
- Coordinamento dei Servizi Formazione a cui affidare la progettazione e la realizzazione di eventi formativi di interesse comune e la progettazione e realizzazione congiunta dei corsi FAD.

I gruppi attivi sia di area amministrativo-gestionale che clinico-gestionale hanno sviluppato un proficuo lavoro di confronto la cui attività può essere ricondotta ad alcuni ambiti principali:

- interpretazione ed applicazione omogenea della normativa: in questo ambito si segnalano in particolare le attività svolte dai gruppi dei responsabili del personale, della libera professione e degli odontoiatri. È stato avviato un confronto anche in materia di trasparenza ed anticorruzione;
- elaborazione di specifici progetti: vanno ri-

cordati quelli intrapresi dal gruppo dei laboratoristi (gare in comune, monitoraggio appropriatezza ed accentramento esami rari) e dal gruppo dei Fisici Sanitari (studio rischio radiologico e sorveglianza dosimetrica, studio modalità di controllo attività delle RMN). Il gruppo Riabilitazione e quello Percorso Nascita hanno continuato la loro attività secondo quanto previsto dalle linee di indirizzo regionale;

- confronto su temi specifici per l'adozione delle migliori pratiche individuate: particolarmente attivi in materia il gruppo gestione del Rischio Clinico e quello della Medicina Legale. Analogamente è stato costituito un gruppo per l'analisi e diffusione delle migliori pratiche relativamente all'ambito della protesica territoriale. È proseguito il confronto anche all'interno dei gruppi delle Direzioni Infermieristiche e dei responsabili della Specialistica;
- sviluppo di attività comuni ed adozione di modelli or-

OGGI SI PUÒ AFFERMARE CHE DIVERSI OBIETTIVI DI AREA SONO STATI RAGGIUNTI GRAZIE ALLO SCAMBIO INFORMATIVO E DI CONDIVISIONE DELLE DECISIONI FRA TUTTI I MEMBRI CHE NE FANNO PARTE, DIMOSTRANDO CHE UN ELEMENTO IMPRESCINDIBILE È COSTITUITO DALL'ISTITUZIONE DI GRUPPI DI LAVORO NEI QUALI TUTTI I MEMBRI SONO RAPPRESENTATI, PER DEFINIRE EX ANTE LE REGOLE DEL GIOCO CONDIVISE DA TUTTI I PARTECIPANTI.

ganizzativi integrati: oltre a quelli legati alle Convenzioni Attuative di cui si è detto (Formazione, concorsi comparto) vanno ricordate le attività, da tempo avviate, di progressiva unificazione dei contratti di manutenzione sia di ambito informatico che relativi alle apparecchiature biomedicali.

Va, infine, segnalato che si è concluso lo studio per la realizzazione di un'unica centrale operativa 118 tra le Aziende di Piacenza, Parma e Reggio Emilia ed è in corso l'elaborazione del progetto per la realizzazione del centro unico di produzione sangue ed emocomponenti.

3.4.6.b) Attività in ambito aziendale

Gli impatti rilevati come diretta conseguenza delle normative in evoluzione continua che inducono sempre più ad accentrare gli acquisti a livello sovra aziendale, possono essere aggregati rispetto a tre dimensioni di analisi:

- A) Impatti di carattere economico e finanziario, la cui valutazione si fonda sull'analisi quantitativa delle principali categorie di flussi emergenti e cessanti indotti dall'accentramento;
- B) Impatti di carattere organizzativo, che vengono valutati rispetto agli effetti sull'assetto organizzativo e sull'efficienza nella gestione dei processi operativi;
- C) Impatti di natura strategica, valutati rispetto alla capacità delle aziende di lavorare insieme in Area Vasta e raggiungere i propri fini istituzionali nel medio-lungo periodo, di incrementare l'efficacia della gestione dei rapporti con l'ambiente in cui esse operano e delle relazioni con i molteplici interlocutori aziendali e di migliorare l'efficienza e l'efficacia del processo decisionale nell'interpretare e declinare nel tempo e nello spazio i fini aziendali.

Oggi si può affermare che diversi obiettivi di Area sono stati raggiunti grazie allo scambio informativo e di condivisione delle decisioni fra tutti i membri che ne fanno parte, dimostrando che un elemento imprescindibile è costituito dall'istituzione di gruppi di lavoro nei quali tutti i membri sono rappresentati, per definire ex ante le regole del gioco condivise da tutti i partecipanti.

Questo ha comportato e comporta maggiori sforzi soprattutto in fase di programmazione delle attività, ma permette di evitare eventuali discordanze nelle fasi successive il momento dell'acquisto.

Un'ulteriore criticità è rappresentata dalla possibile perdita momentanea di controllo sui propri processi da parte dei membri dell'organizzazione. Questo aspetto sembra quasi fisiologico: la cessione di alcune prerogative e la ricerca di soluzioni condivise, non sempre apparentemente ottimali per tutti i membri, comporta inevitabilmente una

riduzione, seppur minima, della singola autonomia. A questo proposito, è stato fondamentale individuare, a seconda delle attese dei membri, quello che è considerato il migliore assetto organizzativo e i meccanismi di governance dell'Area Vasta.

Già nella relazione iniziale sugli esiti complessivi delle procedure di gara condotte insieme, in AVEN, sulla falsariga delle centrali di acquisto connotate formalmente come tali sia a livello regionale che nazionale, si rileva un prezioso elemento per affermare i buoni risultati raggiunti.

Più in dettaglio si riportano i dati relativi all'attività di acquisizione di beni e servizi del Servizio Appalti Aziendale

SOPRA SOGLIA COMUNITARIA

GARE CENTRALIZZATE IN AVEN GESTITE COME AZIENDA CAPOFILA

- Procedura negoziata ai sensi dell'art. 57 comma 2 lett.b) D.Lgs. 163/06 per l'affidamento del contratto di manutenzione e assistenza tecnica apparecchiature radiologiche occorrenti all'Unione d'Acquisto tra le Aziende Associate all'Aven
- Procedura negoziata ai sensi dell'art. 57 comma 2 lett.b) D.Lgs. 163/06 per l'affidamento del contratto di manutenzione e assistenza tecnica full risk apparecchiature per tomoterapia elicoidale occorrenti all'Unione d'acquisto tra le Aziende Associate all'Area Vasta Emilia Nord
- Procedura negoziata ai sensi dell'art. 57 comma 2 lett.b) D.Lgs. 163/06 per l'assegnazione del contratto di manutenzione, assistenza software e servizi specialistici varie procedure occorrenti all'Unione d'Acquisto tra le Aziende Associate all'Area Vasta Emilia Nord.
- Procedura negoziata ai sensi dell'art. 57 comma 2 lett.b) D.Lgs. 163/06 per l'assegnazione del contratto di manutenzione, assistenza software varie procedure occorrenti all'Unione d'Acquisto tra le Aziende Associate all'Area Vasta Emilia Nord.
- Sviluppo per il sistema Sistemainformatico LABORATORIO UNICO VIRTUALE di ambito provinciale interaziendale .
- Procedura negoziata ai sensi dell'art. 57 comma 2 lett.b) D.Lgs. 163/06 Servizi Professionali per manutenzione e assistenza software - Progel .
- Procedura aperta Fornitura in service di apparecchiature per medicazioni sottovuoto
- Procedura aperta Dispositivi per emodinamica (filo guida e sistemi di emostasi)
- Procedura aperta Servizio di Dosimetria AVEN
- Procedura ristretta Servizio di pulizia e disinfezione ambientale (tre lotti) e servizi integrati traslochi per il lotto 3

- In fase di preparazione fornitura in service per la determinazione di virus DNA/RNA - AVEN
- In fase di preparazione servizio preparazione pasti AVEN
- In fase di elaborazione capitolato tecnico procedura aperta Stent endovascolari e materiale di consumo.

GARE AZIENDALI

- Procedura aperta Servizi Operativi Informatici - aggiudicazione definitiva
- Procedura aperta per l'esecuzione di servizi di accompagnamento e trasporto interno di pazienti deambulanti ovvero posizionati su sedia a rotelle, barella o letto, trasporto materiale biologico e sanitario da e per il pronto soccorso a/dalle tutte le unità operative, trasporto notturno salme .
- Procedura aperta per la fornitura, installazione e manutenzione di un acceleratore lineare ad alta energia e sistema informatico per radioterapia .

SOTTO SOGLIA COMUNITARIA

GARE CENTRALIZZATE IN AVEN GESTITE COME AZIENDA CAPOFILA

- Acquisto di Sistemi di monitoraggio (gara MEPA)
- Service sistema di trattamento laser per ipertrofia prostatica (in corso)
- Applicatori monouso di clip per procedure laparoscopiche (assegnazione)
- Acquisto Software applicativo per processo di dematerializzazione (affidamento diretto)

ADESIONI A CONTRATTI AVEN (con altra azienda capofila)

- Defibrillatori impiantabili e dispositivi ad essi connessi e pacemakers elettrocateri
- Fornitura a somministrazione di defibrillatori impiantabili MRI Lumax
- Fornitura a somministrazione di carte sanitarie
- Servizi di manutenzione software ditta Infoline
- Implementazione Docsuite con modalità Amministrazione Trasparente
- Servizi di manutenzione e assistenza tecnica procedure attive nell'area della specialistica ambulatoriale ASMN
- Servizi di manutenzione ed assistenza tecnica relativi alle apparecchiature della ditta Carestream
- Servizi di manutenzione ed assistenza tecnica relativi alle apparecchiature della ditta GE Healthcare Clinical Systems srl
- Servizi di manutenzione ed assistenza tecnica relativi alle apparecchiature della ditta GE Medical Systems Italia Spa
- Servizi di manutenzione ed assistenza tecnica relativi alle apparecchiature della ditta Esaote Spa
- Servizi di manutenzione ed assistenza tecnica del tipo

“tutto compreso” affidato alla ditta Olympus Italia srl

- Servizi di manutenzione ed assistenza tecnica relativi alle apparecchiature della ditta Siemens Spa
- Trasferimento parziale dei contratti di fornitura di materiale per sterilizzazione a seguito dell'attivazione del magazzino centralizzato

ADESIONI A CONVENZIONI INTERCENT-ER

- Fornitura a somministrazione di lenti intraoculari per S.C. di Oculistica
- Fornitura a somministrazione di prodotti cartari
- Fornitura di ecotomografo per S.C. di Radiologia e per S.S. di Angiologia - Lotto 5
- Fornitura di ecotomografo per S.C. di Cardiologia - Lotto 9

ATTIVITA' IN CONSIP

- R.D.O. n. 95
- Ordini diretti n. 350
- Adesioni a convenzioni: Adesione a convenzione CONSIP “Reti locali 4”

GARE AZIENDALI

- Ventilatori neonatali per Neonatologia a somministrazione
- Sistemi di sollevamento a somministrazione (MEPA)
- Microscopi per Laboratorio di Ricerca
- Microtomi rotativi per istologia
- Ottiche rigide in repair-exchange a somministrazione (gara in corso)
- Trapano otologico e shaver per Comparto Operatorio ORL (gara in corso)
- Service di un sistema di chirurgia vitreo-retinica (aggiudicazione)
- Cappe laboratorio PMA (aggiudicazione)
- Ecografo oculare per Oculistica (aggiudicazione)
- Topografo corneale per oculistica
- Fornitura a somministrazione di patch Veritas Collagen Matrix per Chirurgia Senologia
- Servizio di somministrazione lavoro a tempo determinato
- Colonna per videolaparoscopia per Comparto Operatorio di Ginecologia
- Servizio per la gestione e il monitoraggio di attività di sperimentazione clinica multicentrica per cardiologia
- Sistema di cartella clinica informatizzata richiesto dal Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche (assegnazione)
- Noleggio di apparecchiature per video endoscopia per la S.C. di Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva (assegnazione)
- Fornitura annuale a somministrazione di componentisti-

ca server HP

- Dispositivi TNT non sterile (assegnazione)
- Servizio assistenza bagnanti per Medicina fisica e riabilitativa
- Fornitura s somministrazione di prodotti detergenti e rigeneranti per termodisinfezione (gara in corso)
- Fornitura annuale a somministrazione di componentistica server HP

AFFIDAMENTI DIRETTI AZIENDALI

- Service sistema per crioablazioni Cryocath per Cardiologia Interventistica
- Sistema Workflow per la gestione dei progetti di ricerca
- Acquisto di samples Infinium Human Core Exome Bead Chip per Reumatologia
- Fornitura a somministrazione di trapani regolabili e punch monouso per chirurgia lamellare per Oculistica (MEPA)
- Servizio movimentazione e trasporto prodotti farmaceutici e dispositivi vari (integrazione contratto gestione magazzino centralizzato)
- Aggiornamento HW e SW ciclotrone mod. Minitrace
- Manutenzione per gruppi statici di continuità nuova ala sud (assegnazione)
- Arredi tecnici per locali LACC
- Assistenza e manutenzione software Eliot Engineering per Centro Trasfusionale
- Licenze d'uso prodotti 3M Finder e Grouper
- Servizio manutenzione e supporto alla rete dati AE - ditta Laboratori G.Marconi
- Servizio invio informatizzato di prescrizioni terapeutiche
- Servizio assistenza hosting e attività specialistiche per i siti aziendali
- Sistema telemetrico per OBI
- Citofluorimetro per Biologia Molecolare
- Ecotomografi per diverse strutture
- Sequenziatore per Biologia Molecolare
- Assistenza e manutenzione software RIS Polaris per Radiologia
- Manutenzione apparecchiature sistema HPLC parte Ciclotrone
- Manutenzione apparecchiature di Endoscopia Fuji

ACQUISTI IN ECONOMIA SOTTO LA SOGLIA DI 40.000 EURO CON COTTIMO FIDUCIARIO

- Servizio mensa per dipendenti assegnati a sedi decentrate o in servizio presso l'Azienda Ospedaliera nei giorni festivi
- Scheda elettronica raccolta dati eCRF registro SAS per IRCCS
- Apparecchiature varie per Laboratorio di Ricerca
- Sistema dosimetrico planare

- Catalogazione di materiale librario antico e moderna della Biblioteca Medica P.G. Corradini
- Fornitura a somministrazione biennale di materiale originale Falcon per la S.C. di Ostetricia e Ginecologia (MEPA)
- Servizio di manutenzione straordinaria per revisione di due impianti automatici di estinzione incendi, per la protezione dei locali di deposito dell'archivio cartelle cliniche, del CED e del locale di deposito materiali per grandi emergenze

AFFIDAMENTI DIRETTI IN ECONOMIA SOTTO LA SOGLIA DI 40.000 EURO

- Lettore Multicanale per Biologia Molecolare a noleggio
- Assistenza e manutenzione dell'applicativo RamWeb
- Collegamenti Eniatel
- Assistenza e manutenzione relativamente al sistema HW e SW di gestione dei terminali portatili di somministrazione farmaci
- Regolazione sottocentrale passerelle e ambienti 5P corpo A - ditta Honeywell
- Apparecchiatura Flare Meter Kowa per Oculistica
- Elettroporatore per Laboratorio di ricerca traslazionale
- Fornitura a somministrazione annuale di punte teflonate per elettrobisturi per la SS.CC (MEPA)

Per tutto il Servizio si segnala altresì l'attività svolta per prorogare e rinnovare numerosi contratti pluriennali già in essere.

Continuano le attività connotate dal comune obiettivo della collaborazione interaziendale, riassunte per sommi capi nei punti che seguono.

1. Approfondimenti normativi connessi all'entrata in vigore del Regolamento di esecuzione e attuazione del d.lgs. 163/2006 di cui al DPR 5 ottobre 2010 n. 207 (in G.U. 10 dicembre 2010).
2. Collaborazione alle attività del Dipartimento interaziendale acquisti:
 - 2a Programmazione integrata procedure di gara AVEN
 - 2b Partecipazione ai Gruppi di lavoro attivati in ambito Dipartimentale
 - 2c Formazione integrata con altre aziende in ambito AVEN

SONO STATI COMPIUTI CONTROLLI DI MONITORAGGIO DEL DOLORE, DI APPROPRIATEZZA E DI CONGRUITÀ DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE SU OLTRE IL 10% DELLE CARTELLE CLINICHE DEI PAZIENTI DIMESSI.

3.4.7 Gestione della casistica cronica a elevato consumo di risorse di ricovero

L'analisi della casistica ospedaliera riguardante i pazienti con patologie croniche, spesso con aspetti multidisciplinari, aggravate dall'invecchiamento e che richiede una sistematica domanda di assistenza ospedaliera di tipo specialistico, è rilevata presso l'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova attraverso la stima dei ricoveri ripetuti in regime ordinario. (Tab. 3.4.5).

Dalla tabella si osserva come la percentuale dei ripetuti si mantenga pressoché costante attorno al 14% nel triennio 2011-2013, nonostante il progressivo calo dei pazienti dimessi dalla degenza ordinaria nello stesso lasso di tempo. Entrando nel dettaglio delle discipline di dimissione, spicca l'Ematologia la quale mostrando, dal 2011 al 2013, le maggiori frequenze percentuali di ricoveri ripetuti rispetto al proprio totale di dimessi dalla degenza ordinaria, si conferma disciplina di riferimento per cura e ricerca su casistica assai complessa, all'interno del polo onco-ematologico della struttura I.R.C.C.S. dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (Tabella 3.4.6).

Tabella 3.4.5: Stima dei ricoveri ripetuti e regime ordinario

Disciplina di dimissione degenza ordinaria	anno 2011% di ricoveri ripetuti sul totale dei dimessi della disciplina	anno 2012% di ricoveri ripetuti sul totale dei dimessi della disciplina	anno 2013% di ricoveri ripetuti sul totale dei dimessi della disciplina
005 - ANGIOLOGIA	42,6	44,7	29,7
008 - CARDIOLOGIA	14,5	12,8	12,3
009 - CHIRURGIA GENERALE	15,6	14,6	14,4
013 - CHIRURGIA TORACICA	7,2	7,5	8,2
014 - CHIRURGIA VASCOLARE	13,9	16,3	20,3
018 - EMATOLOGIA	81,9	85,9	83,2
021 - GERIATRIA	12,1	12	13,5
024 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	14,8	15,1	12,8
026 - MEDICINA GENERALE	20,5	19,3	22,2
029 - NEFROLOGIA	26,7	24,9	21,4
030 - NEUROCHIRURGIA	3,8	2,9	0,8
031 - NIDO	0	0	0
032 - NEUROLOGIA	10,6	9	7,6
033 - NEUROPSICHIATRIA INFANT.	15,3	11	12,4
034 - OCULISTICA	21,8	18,6	14,8
036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	7,2	6,3	6,7
037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	13,9	13,5	14,2
038 - OTORINOLARINGOIATRIA	10,6	11,3	10,8
039 - PEDIATRIA	8,4	9,4	11,4
043 - UROLOGIA	25,8	24,6	23,5
049 - TERAPIA INTENSIVA	3,2	1,9	4,5
050 - UNITA' CORONARICA	4,9	4	3,5
051 - ASTANTERIA	2,8	3,5	2,1
056 - RECUPERO E RIABILITAZIONE	1,7	2,1	3,5
058 - GASTROENTEROLOGIA	27,2	24,2	23,5
060 - LUNGODEGENTI	4,3	2,7	5,5
061 - MEDICINA NUCLEARE	19,3	26,9	23,7
062 - NEONATOLOGIA	6,2	4,7	4,9
068 - PNEUMOLOGIA	19,4	18,3	21
071 - REUMATOLOGIA	12,7	15,5	15
073 - TERAPIA INTENSIVA NEONAT.	10	3,2	7,3
075 - NEURO-RIABILITAZIONE	33,7	4,8	8,6
TOTALE	14,8	14,2	14,6

Tab. 3.4.6: Ricoveri ripetuti in regime ordinario (Nel conteggio dei ricoveri ripetuti si esclude il ricovero indice.)

RICOVERI RIPETUTI IN REGIME ORDINARIO									
	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	tot dimessi	ricoveri ripetuti	% ripetuti	tot dimessi	ricoveri ripetuti	% ripetuti	tot dimessi	ricoveri ripetuti	% ripetuti
ASMN	30.861	4.574	14,8%	30.719	4.356	14,2	29.410	4.298	14,6

Nota: Negli anni 2011 e 2012 sono esclusi dal calcolo: i neonati sani e i ricoveri con onere della degenza "4-solvente"; gli autodimessi e i falsi travagli nel primo ricoveri; i deceduti e le urgenze nel secondo ricovero; i trasferiti a un altro istituto nel primo ricovero e provenienti da altro istituto nel secondo.

Per quanto attiene la tipologia dei ricoveri ripetuti con finestra 0-1 giorno (tab. 3.4.7) si registra una notevole variazione della percentuale sul totale dei dimessi nel triennio 2011-2013, passando dall'1,4% del 2011 all'azzeramento della percentuale del 2013. Superate le anomalie nell'uti-

lizzo del trasferimento tra le unità operative cardiologiche di Reggio Emilia e quelle di Castelnovo ne' Monti da cui dipendevano quasi esclusivamente i casi riscontrati nel 2012, i ricoveri ripetuti nel 2013 sono solamente 9.

Tab. 3.4.7: Ricoveri ripetuti con finestra temporale 0 - 1 gg.

RICOVERI PER ACUTI A CARICO DELL'SSN IN REGIME ORDINARIO									
	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	tot	ricoveri	%	tot	ricoveri	%	tot	ricoveri	%
	dimessi	ripetuti	ripetuti	dimessi	ripetuti	ripetuti	dimessi	ripetuti	ripetuti
ASMN	30.814	189	0,6	30.670	99	0,3	29.359	9	0

Il seguente controllo sui ricoveri ripetuti riguarda i ricoveri chirurgici in regime ordinario preceduti da ricovero medico nello stesso presidio ospedaliero di durata inferiore a 4 giorni se in degenza ordinaria o a 4 accessi se in DH (Tab.3.4.8).

La finestra temporale è determinata dalla differenza tra le due date di ammissione. Si osserva come dal 2011 al 2013, la percentuale di questa tipologia di ricoveri ripetu-

ti mostri una tendenza in calo passando rispettivamente dall'1,7% del 2011 all'1,5% del 2012, arrivando, infine, all'1,4% del 2013. È ormai consolidato comunque presso la nostra Azienda, l'utilizzo del Day Service ogniqualvolta le condizioni cliniche dei pazienti lo permettono per tutte quelle indagini preparatorie all'intervento chirurgico.

Tab. 3.4.8: DRG chirurgici in regime ordinario preceduti da ricovero con DRG medico di durata inferiore a 4 giorni o accessi, nello stesso presidio, con finestra temporale 0 - 15 gg.

RICOVERI PER ACUTI A CARICO DEL S.S.N. IN REGIME ORDINARIO									
	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	ricoveri	con prec.	% prec.	ricoveri	con prec.	% prec.	ricoveri	con prec.	% prec.
	chirurgici	ric. med.	ric. med.	chirurgici	ric. med.	ric. med.	chirurgici	ric. med.	ric. med.
	reg. ord.			reg. ord.			reg. ord.		
ASMN	11.630	189	1,7	11.729	176	1,5	11.395	160	1,4

N.B. Sono esclusi i ricoveri con onere della degenza "4-solvente", i post-acuti puri: discipline 028, 056, 060.

3.4.8 Attività di controllo delle prestazioni sanitarie

Sul tema del controllo della qualità delle prestazioni sanitarie erogate dai produttori pubblici e privati, la Regione Emilia-Romagna ha sempre mostrato elevato interesse e un'attenta vigilanza, come conferma l'excursus della normativa adottata negli ultimi anni riguardo all'attività in oggetto.

- Legge 23 dicembre 2000, n. 388 (Legge Finanziaria 2001) Art.88: "Disposizioni per l'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria"
- DM 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche"
- D.G.R. 1171/2009 - Definizione delle linee d'indirizzo regionale per l'attività di controllo in materia di ricovero "
- D.G.R. 1890/2010 - "Definizione valore percentuale / soglia di ammissibilità dei DRG ad alto rischio d'inappropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria".

In particolare, nell'anno 2012, la Regione Emilia-Romagna su quest'argomento ha emanato (Tab. 3.4.9) le linee d'indirizzo dei controlli interni ed esterni sui produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie, (D.G.R. n. 354 del 26 marzo 2012), stabilendone l'architettura di sistema con ruoli e livelli di responsabilità, ambiti, contenuti, modalità operative e tempistica.

Sempre nel corso del 2012, la Regione, con l'adozione del Piano Annuale dei Controlli (PAC) (Determinazione n. 10449 del 7 agosto 2012) (Tab. 3.4.9), predisposto dal Nucleo Regionale di Controllo, ha definito anche volumi e tipologia di controlli che devono obbligatoriamente essere espletati da tutti i produttori di prestazioni sanitarie pubblici e privati.

Tab. 3.4.9

Architettura del sistema di controllo

D.G.R. n. 354 del 26 marzo 2012

Nucleo Regionale di Controllo (NRC)

Organo di garanzia al di sopra delle parti, con sede presso il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali RER; emana il Piano Annuale dei Controlli (PAC), unico e vincolante per tutti i produttori pubblici e privati accreditati. ecc.

Nuclei di Controllo di Area Vasta (NAV)

istituiti dal 2010 nell'ottica dell'uniformità per Area Vasta della pianificazione dei controlli. ecc. AVEN – AVEC - AVR

Nuclei Aziendali Controllo (NAC)

eseguono i controlli definiti dal PAC, sono tenuti ad inviare al NRC il report di attività annuale; in particolare il NAC dell'Az.USL oltre ad eseguire controlli sui presidi a gestione diretta, esegue i controlli presso le Az.OSP. ed Universitarie,IRCCS,Ospedali Privati Accreditati ecc.

I principali esiti dei controlli possono essere distinti in:

Programmatici

- Segnalazioni codifiche e comportamenti opportunistici
- Prestazioni eseguibili in regimi assistenziali diversi
- Proposte modifiche Nomenclatore Ambulatoriale (ricognoscimento di prestazioni ambulatoriali)
- Rimodulazione attività di controllo

Economici

- Rideterminazione del valore prestazione
- Recupero di somme non dovute
- Rimodulazione tariffaria

Alla luce di quanto indicato, negli anni 2012 e 2013, all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia della quale fanno parte gli stabilimenti S. Maria Nuova e IRCCS, (Tab.3.4.10) sono stati compiuti controlli su oltre il 10% dei

Tab. 3.4.10

	ANNO 2013			ANNO 2012		
presidio	ASMN	IRCCS	Tot.	ASMN	IRCCS	Tot.
n. dimessi*	34.657	9.898	44.555	37.177	9.825	47.002
controlli	4.524	1.912	6.436	4.860	1.644	6.504
%	13,05%	19,32%	14,45%	13,07%	16,73%	13,84%

*fonte dati: numero SDO inclusi i neonati sani ospitati al nido.

ricoveri di pazienti dimessi dalla degenza ordinaria o dal day hospital.

Nel paragrafo successivo è dettagliata la tipologia di verifica prevista nella vigente normativa P.A.C., riscontri che sono stati eseguiti sulla casistica aziendale con modalità campionaria o complessiva.

Tipologia dei controlli

- a) Controlli di completezza e qualità della cartella clinica e della documentazione sanitaria (cartella infermieristica)
La compilazione delle cartelle cliniche deve essere la più completa e corretta possibile e i dati registrati devono essere leggibili; una carente qualità e un'incompletezza d'informazioni delle cartelle cliniche possono, infatti, essere causa di gravi errori assistenziali e contenziosi in ambiente ospedaliero.

MONITORAGGIO DEL DOLORE SULLA CARTELLA CLINICA

La Legge Nazionale n° 38 del 2010- "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia

della persona umana e la tutela della qualità della vita fino a suo termine, rende obbligatoria la misurazione del dolore e la sua registrazione quotidiana in cartella clinica.

L'obbligo di legge si estende anche su tutti i pazienti che accedono alla struttura ospedaliera indipendentemente dal fatto che, al momento dell'ingresso in ospedale, riferiscano o no dolore.

b) Controlli di congruità

Sono finalizzati a valutare la correttezza della compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera, in termini di corrispondenza tra le variabili amministrative e sanitarie riportate e quanto presente nella cartella clinica, ai fini della corretta attribuzione del DRG (traduzione italiana: Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi) e della determinazione dell'importo tariffario.

In dettaglio:

- DRG maldefiniti
- DRG di tipo Chirurgico con C.C. in regime di ricovero DH
- DRG di tipo Chirurgico con C.C. in regime di ricovero Ordinario 0-1 giorno
- DRG con C.C. Ordinari > 1 giorno
- DRG di tipo Medico con C.C. in regime di ricovero DH > 3 accessi

DRG = DRG traduzione italiana: Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi

CC = Copatologie e/o Complicanze

c) Controlli di appropriatezza organizzativa

Sono finalizzati a valutare se il livello assistenziale di erogazione delle prestazioni sia quello più appropriato, ossia quello che consente un uso più efficiente delle risorse. S'intendono quei casi trattati in regime ordinario o in day hospital per i quali sarebbe appropriato il trattamento in altro regime (DH per i ricoveri ordinari, o ambulatoriale per ricoveri ordinari e day hospital).

Nel Patto della Salute sono fissati alcuni indicatori di ap-

appropriatezza organizzativa, prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day-surgery trasferibili in regime ambulatoriale e DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria superiore a un giorno.

In dettaglio:

- DRG di tipo Medico in regime di ricovero DH senza procedure
- DRG potenzialmente inappropriati
- Ricoveri Ripetuti 0-1 giorno
- Onnicomprensività della tariffa

d) Controlli di appropriatezza clinica

L'attività di controllo deve consentire anche rilievi riguardanti l'appropriatezza clinica: nel caso in cui, nel corso dei controlli routinari, si evidenzino fenomeni meritevoli di approfondimento rispetto all'appropriatezza clinica, essi dovranno essere oggetto di segnalazione all'Azienda Sanitaria che potrà avvalersi del Nucleo Regionale di Controllo (NRC), per sviluppare, attraverso le competenze presenti in Assessorato, la progettazione di attività di audit clinico. Per ciò che concerne l'esito delle valutazioni sull'appropriatezza clinica, si ritiene sia necessaria l'adozione di strumenti che vincolino l'erogazione delle prestazioni per il cittadino.

e) Altri controlli

Sono incluse in questo gruppo, casistiche che prevedono l'effettuazione di procedure innovative e complesse ad alto costo, per le quali occorre valutare la corretta corrispondenza tra quanto notificato sulla cartella clinica e quanto codificato sulla SDO, in modo che il rimborso riconosciuto al ricovero sia legittimo.

3.5 PROMOZIONE DELL'ECCCELLENZA TECNOLOGICA, CLINICA E ORGANIZZATIVA

L'attività di ricerca e innovazione, specie in una realtà aziendale che si caratterizza per la presenza di un IRCCS in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia, costituisce condizione essenziale per lo sviluppo e il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, perché consente di valutare e accogliere tempestivamente nell'offerta dei servizi e dei percorsi clinico-assistenziali le innovazioni proposte e validate dalle attività di ricerca.

Con riferimento a tutto ciò che è ricompreso nella definizione di "tecnologia" (non solo apparecchiature, ma anche dispositivi, interventi di natura organizzativa e gestionale), anche nel corso del 2013 l'Azienda ha sviluppato ulteriormente le attività finalizzate a supportarne l'evoluzione, non limitandosi a presidiare i processi di acquisizione, ma promuovendo percorsi di valutazione mirati a:

- Vincere le resistenze interne;
- Migliorare i collegamenti fra chi propone l'innovazione, i valutatori e gli utilizzatori;
- Concentrare l'attenzione sulle innovazioni di provata efficacia e di elevato rapporto beneficio-rischio con l'obiettivo di renderle tempestivamente disponibili;
- Porre attenzione ai rischi di overlapping;
- Intervenire su un processo generalmente dominato dai clinici, nel quale manca una visione strategica delle diverse fasi e nel quale la nuova tecnologia è quasi sempre complementare alla precedente;
- Sostenere e sviluppare percorsi di ricerca;
- Preparare adeguatamente l'ambiente per metterlo nelle condizioni di accogliere l'innovazione;
- Descrivere e valutare l'impatto sul piano clinico, organizzativo ed economico-finanziario.

3.5.1 eccellenza tecnologica

3.5.1.a) Tecnologie Biomediche

Sul piano delle Tecnologie Biomediche, l'Azienda nel corso del 2013 ha posto in uso 1073 nuove apparecchiature per un valore complessivo di circa 3 milioni di Euro. Pur non annoverando fra le nuove acquisizioni tecnologie di valore particolarmente elevato, gli investimenti tecnologici sono stati prevalentemente orientati alla riorganizzazione dell'attività per intensità di cura, all'allestimento tecnologico dei Laboratori di Ricerca e al trasferimento della Struttura di Neonatologia.

Il 2013 ha visto l'Azienda Ospedaliera impegnata a realizzare importanti progetti, fra i quali sono da ricordare:

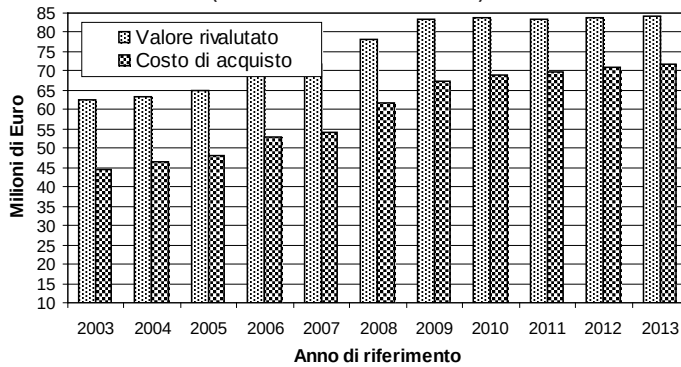
- **Riorganizzazione dell'attività per intensità di cura.** Nel corso del 2013 è stata data attuazione alla riorganizzazione per intensità di cura dei settori Chirurgico, Medico ed Emergenza Urgenza; si è proceduto con la modulazione di Reparti esistenti e con l'apertura di nuove strutture quali l'Admission Unit e la Medicina High Care. Importo complessivo: E 310.000.
- **Allestimento tecnologico dei Laboratori di Ricerca.** È stata avviata la fase di allestimento tecnologico dei Laboratori di ricerca, che vedrà il completamento nel corso del 2014 con l'attivazione dei nuovi locali. Nel corso del 2013 si è proceduto all'attivazione delle procedure di acquisizione della maggior parte delle tecnologie, per un importo di circa E 700.000; di queste, sono state messe in uso apparecchiature per circa E 210.000.
- **Trasferimento della Struttura di Neonatologia.** Nel corso del 2013 si è proceduto all'allestimento tecnologico e al trasferimento della struttura di Neonatologia, comprensiva della Terapia Intensiva Neonatale, nei locali lasciati liberi dal trasferimento della Rianimazione nella nuova sede in Ala Sud. Importo complessivo: 240.000 E, per metà coperti da donazioni.
- **Progetto Core-lab.** Con l'ultimazione dei lavori di preparazione del nuovo sito e la fine della fase transitoria, si è conclusa nel corso del 2013 l'attivazione del Core-Lab con l'installazione e collaudo di entrambe le catene di Laboratorio e l'avvio delle attività di routine del laboratorio chimico-clinico su piattaforma centralizzata (Core-Lab).
- **Attività della Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM).** Anche nel corso del 2013 la CADM

si è riunita con cadenza mensile per la valutazione delle richieste di nuovi dispositivi medici da parte del personale sanitario.

- **Progetto formativo riguardante la sicurezza nell'utilizzo delle apparecchiature biomediche** (D.Lgs. 81/08 e s.m.i.). Nel corso del 2013 è proseguita l'attività di formazione del personale dipendente con corsi in aula. Il personale complessivamente formato nel corso del 2013 è stato di 219 operatori sanitari, oltre a 40 studenti del corso in Scienze Infermieristiche raggiunti tramite seminario tenuto presso la sede del corso di laurea. È stata inoltre completata la redazione del corso a distanza FAD che sarà attivo da gennaio 2014 e che è rivolto a tutto il personale dipendente non raggiunto con i corsi frontali e a tutto il personale di nuova assunzione o che presterà servizio all'interno dell'Azienda a diverso titolo.
- **Accreditamento dei diversi Dipartimenti Ospedalieri.** Nel corso del 2013 il Servizio Tecnologie Biomediche è stato coinvolto nell'attività di Accreditamento del Dipartimento Chirurgico (novembre 2013), Ostetrico Ginecologico Pediatrico (gennaio 2013) e Neuromotorio (marzo 2012).
- **Costi manutenzione apparecchiature.** Nel corso del 2013 i costi complessivi di manutenzione e verifiche di sicurezza del parco tecnologico sono stati pari a circa 4,09 milioni, in diminuzione rispetto ai valori del 2012, che sono stati pari a circa 4,27 milioni.

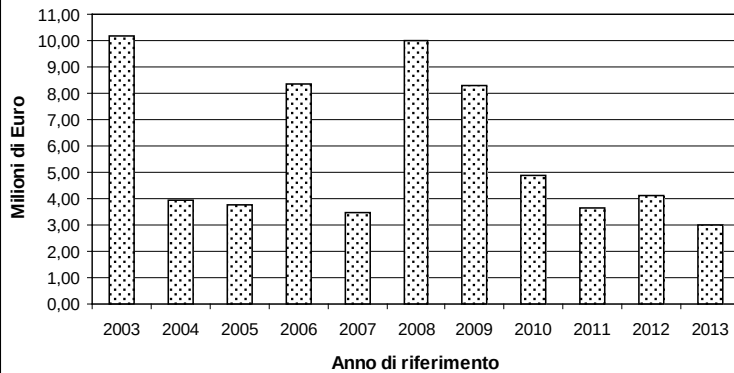
SUL PIANO DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE, L'AZIENDA HA POSTO IN USO 1.073 NUOVE APPARECCHIATURE PER UN VALORE COMPLESSIVO DI CIRCA 3 MLN €. PUR NON ANNOVERANDO FRA LE NUOVE ACQUISIZIONI TECNOLOGIE DI VALORE PARTICOLARMENTE ELEVATO, GLI INVESTIMENTI TECNOLOGICI SONO STATI PREVALENTEMENTE ORIENTATI ALLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ PER INTENSITÀ DI CURA, ALL'ALLESTIMENTO TECNOLOGICO DEI LABORATORI DI RICERCA E AL TRASFERIMENTO DELLA STRUTTURA DI NEONATOLOGIA.

**Grafico 3.5.1: Valore complessivo apparecchiature biomediche in uso
(costi attualizzati al 31/12/13)**



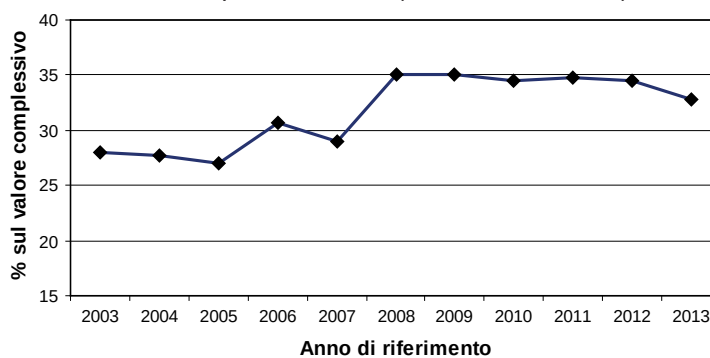
A fine 2013 il valore rivalutato delle apparecchiature biomediche in uso nell'Azienda Ospedaliera si è attestato sugli E 84,2 milioni (Grafico 3.5.1).

**Grafico 3.5.2: Valore apparecchiature collaudate
(costi attualizzati al 31/12/13)**



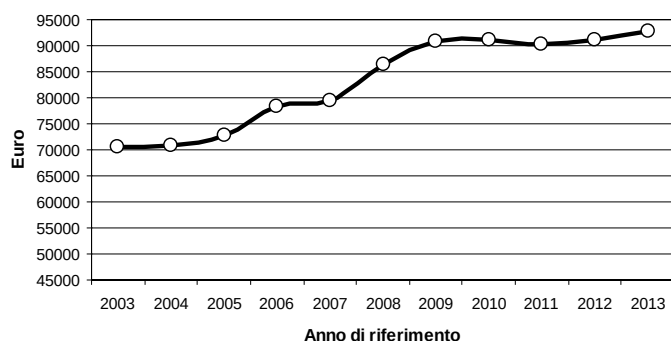
Il valore complessivo di apparecchiature installate nel 2013 è stato di E 3 milioni (E 4,12 milioni nel 2012) (Grafico 3.5.2).

**Grafico 3.5.3: Peso delle alte tecnologie (valore > 200 KEuro) sul
valore complessivo rivalutato (attualizzato al 31/12/13)**



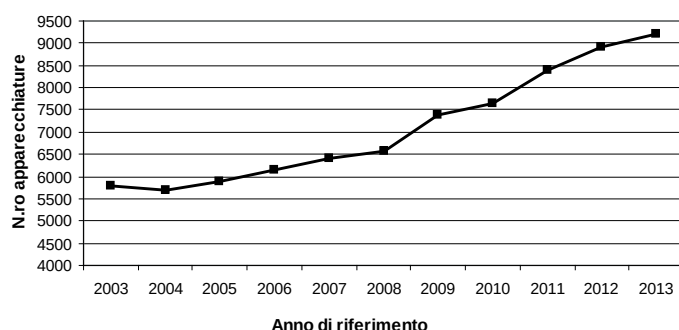
Il peso delle alte tecnologie (tecnologie con valore unitario superiore a E 200.000) sul valore complessivo di sostituzione delle apparecchiature si è stabilizzato a fine 2013 attorno al 32,85%, in lieve flessione rispetto al dato degli ultimi anni (Grafico 3.5.3).

Grafico 3.5.4: Valore rivalutato apparecchiature per Posto Letto (attualizzato al 31/12/13)



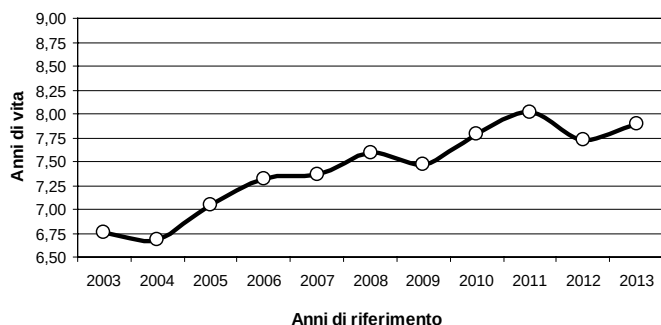
Il valore di apparecchiature per posto letto nel 2013 è stato di circa 92.800 E, superiore al dato del 2011 (90.500 E/pl) (Grafico 3.5.4).

Grafico 3.5.5: Numero di apparecchiature biomediche in uso



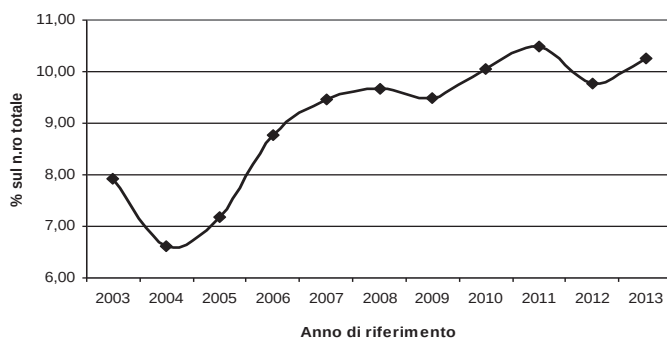
Il numero complessivo di apparecchiature in uso in Ospedale continua a crescere e a fine 2013 ha raggiunto le 9.200 unità con un aumento complessivo negli ultimi 5 anni attorno al 25% (Grafico 3.5.5).

Grafico 3.5.6: Età media apparecchiature in uso



L'età media delle apparecchiature in esercizio è salita a 7,89 anni rispetto ai 7,72 anni del 2012 (Grafico 3.5.6).

Grafico 3.5.7: Percentuale di apparecchiature in uso con età > 15 anni



In particolare, la percentuale di apparecchiature con età superiore a 15 anni di vita si è attestata al 10,27% del totale, in aumento rispetto al 9,76% del 2012 (Grafico 3.5.7).

Per quanto riguarda il Presidio IRCCS, oltre che nel completamento dell'allestimento tecnologico dei Laboratori di Ricerca, l'Azienda è impegnata nella realizzazione di progetti di ricerca che fra l'altro hanno visto, nel corso del 2013, l'attivazione e aggiudicazione della gara di acquisizione di un nuovo acceleratore lineare con relativo sistema informativo (importo 3,6 milioni g), la cui installazione è programmata nel corso del 2014.

3.5.1.b) Tecnologie informatiche

Il 2013 è stato un anno molto importante per le TIC poiché il Servizio aziendale che supportava gli sviluppi in quest'ambito è confluito in un'unica struttura organizzativa assieme all'analogo servizio di AUSL RE. Le Direzioni aziendali, con deliberazioni avvenute nel mese di maggio, hanno preso atto che le Linee Guida, nazionali e regionali, indirizzano le soluzioni informatiche in ambiti organizzativi sovra-aziendali in grado di mettere a fattor comune esperienza di successo.

Si è pertanto ritenuto che la costituzione di un Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche interaziendale su base provinciale costituisca il modello organizzativo congeniale a garantire le esigenze di governo, coordinamento e armonizzazione di obiettivi e sistemi superando le strutturazioni e le duplicazioni esistenti. Obiettivi del Servizio interaziendale saranno la standardizzazione delle architetture di sistema e applicative così come delle metodologie di lavoro allo scopo di diminuire la complessità del sistema, razionalizzare le richieste e ottenere una maggiore e più rapida diffusione dell'ICT in un'ottica di efficienza ed efficacia dei processi.

Nel settembre 2013 è stato inoltre costituito un successivo livello di raggruppamento sovra-aziendale con la creazione di un Dipartimento che raggruppa i Servizi ICT di AO-IRCCS RE/AUSL RE, AOU MO e AUSL MO.

Riguardo all'evoluzione dei progetti e delle Tecnologie Informatiche, il 2013 ha rappresentato un anno di notevole impegno nella prosecuzione dell'integrazione applicativa di ambito ospedaliero con i sistemi informativi dell'AUSL. Obiettivi, questi, di particolare impegno, che si sono concretizzati attraverso la realizzazione o il consolidamento dei seguenti progetti aziendali riguardanti l'infrastruttura telematica, l'area dell'informatica medica e della comunicazione.

Area dell'infrastruttura di rete e di sistema

Rete dati aziendale

Da tempo la rete dati aziendale cablata, quella che raggiunge i posti di lavoro via cavo, ha raggiunto la copertura totale degli ambienti di lavoro, sanitari e no. È pertanto possibile far evolvere il sistema nella direzione di garantire maggiore sicurezza all'impianto e agli operatori che ci lavorano. A questo proposito è terminato nel corso del 2013 il

progetto di aggiornamento hardware di tutti gli apparati di rete aziendali, aggiornamento che ha permesso la messa in produzione nello stesso anno del progetto NAC, Network Access Control, che, di fatto, aumenta il livello di sicurezza delle risorse informatiche aziendali a fronte di tentativi di attacco via rete cablata. Sul fronte rete e sicurezza informatica, il 2013 ha visto la sostituzione del sistema antispam con uno nuovo e ridonato geograficamente, che oltre a rivelarsi più efficace del precedente ha permesso un certo risparmio economico.

La copertura wireless (rete radio) degli spazi aziendali, essenziale per l'informatizzazione delle attività cliniche in mobilità, come avviene nei reparti di degenza, è completata per gli spazi a destinazione sanitaria. Nel corso del 2013 è stata estesa anche a parte dell'edificio Spallanzani, in particolare al piano rialzato relativo ai nuovi locali della Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa.

Infrastruttura server e di memorizzazione centralizzata (storage)

Nel corso del 2013 è stato completato il progetto che aveva come obiettivo il raggiungimento di economie nelle licenze software di banche dati attraverso il consolidamento (concentrazione su un unico sistema a elevata resilienza) della maggior parte delle banche dati aziendali.

In ambito sicurezza informatica è stato potenziato il sistema di backup aziendale attraverso funzionalità di compressione dei file con forte risparmio di spazio disco.

Sul piano delle attività interaziendali si evidenziano il nuovo sistema unico di Terminal Server per il PACS radiologico interaziendale e l'inizio della migrazione degli applicativi ospedalieri nell'infrastruttura di AO RE. La concentrazione degli applicativi ospedalieri di AUSL RE presso AO RE, circa una dozzina, porterà vantaggi in termini di gestione delle licenze server e di risorse necessarie; infatti, la specializzazione verticale sugli applicativi clinici costituirà un punto di forza del servizio di assistenza a fronte di problemi critici. Sempre in ambito interaziendale è stato messo a punto un progetto per la concentrazione di una parte consistente di caselle di posta degli utenti AUSL nel sistema server di posta ospedaliero.

Gli aspetti legati alla continuità operativa (Business Continuity - BC) e il ripristino dei servizi in caso di disastro (Disaster Recovery - DR) sono fondamentali per un'azienda ospedaliera e nel corso del 2013 è stato redatto il progetto dello Studio di Fattibilità Tecnica, documento presentato

**IL 2013 È STATO UN ANNO MOLTO
IMPORTANTE PER LE TIC POICHÉ
IL SERVIZIO AZIENDALE CHE
SUPPORTAVA GLI SVILUPPI IN
QUEST'AMBITO È CONFLUITO
IN UN'UNICA STRUTTURA
ORGANIZZATIVA, COSTITUENDO
IL SERVIZIO TECNOLOGIE
INFORMATICHE E TELEMATICHE
INTERAZIENDALE SU BASE
PROVINCIALE.**

all'Agenzia per l'Italia Digitale e approvato. Il piano prevede progetti e investimenti nei prossimi tre anni.

Attivazione di nuovi servizi sistemistici a fronte di nuova fornitura di Servizi Operativi informatici

Nel corso del 2013 è stata aggiudicata la gara di appalto per la fornitura di Servizi Operativi Informatici (i servizi di assistenza sulle attrezzature informatiche server e client) che sono stati avviati il 1° di ottobre. La durata è quadriennale con possibilità di estensione di ulteriori due anni nell'eventualità che il servizio sia soddisfacente e rispondente alle attese.

Il contratto prevede un'ampia gamma di servizi (le cosiddette operations), che vanno dall'Help Desk, al roll-out delle attrezzature informatiche, al suppor-

to sistemistico e applicativo, fino alla definizione di alcuni progetti ritenuti strategici in ambito infrastrutturale.

Sempre nel corso del 2013 è stata pianificata la migrazione dei client aziendali al sistema operativo MS Windows 7 nella prospettiva di uscita, nel 2014, della precedente versione (XP) dall'assistenza. In ottica di consolidamento delle licenze software è stata portata a termine la sostituzione di circa 600 licenze Office onerose con prodotto Open.

Si è infine attivato definitivamente il progetto di messa in stand-by dei PC desktop secondo criteri legati all'inattività dello strumento, attività che permette evidenti risparmi in ambito energetico.

Area degli applicativi medicali

Il Sistema Informativo Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera IRCCS di Reggio Emilia si sta sviluppando seguendo il modello EMR-AM (Electronic Medical Record Adoption Model) proposto dall'Health Information Management Systems Society (HIMSS). Il modello prevede l'implementazione della Cartella Clinica Elettronica (EMR è l'acronimo anglosassone) in sette fasi di progressivo sviluppo. Il processo è molto complesso ed ha richiesto diversi anni di sviluppo stante la complessità dell'organizzazione ospedaliera ma è ormai giunto alle fasi finali.

Nel periodo compreso tra gli anni 2009-2011, è stata sviluppata la parte interoperabile del sistema, condivisa dalle due aziende sanitarie di Reggio Emilia e costituita da:

- Un sistema anagrafico centralizzato per il riconoscimento sicuro del paziente;
- Un unico Repository Clinico nel quale sono memorizzati

i referti dei pazienti e quindi in grado di restituire la storia clinica degli stessi;

- Un sistema d'invio degli ordini da reparto siano questi riguardanti accertamenti o altre attività;

Si è successivamente provveduto a integrare il sistema di cui sopra con i sistemi, anch'essi a valenza provinciale, di richiesta e prenotazione esami, per pazienti interni e ambulatoriali, con i sistemi eroganti le prestazioni di laboratorio, radiologia e specialistica.

Nel 2013 si è affrontata la fase di perfezionamento di alcuni sistemi dipartimentali esistenti e si è iniziata l'introduzione del Sistema di Cartella Clinica Elettronica.

NEL CORSO DEL 2013 È STATO COMPLETATO IL PROGETTO CHE AVEVA COME OBIETTIVO IL RAGGIUNGIMENTO DI ECONOMIE NELLE LICENZE SOFTWARE DI BANCHE DATI ATTRAVERSO IL CONSOLIDAMENTO DELLA MAGGIOR PARTE DELLE BANCHE DATI AZIENDALI.

Sistema di Cartella Clinica Informatizzata (SCCI)

Il sistema, individuato attraverso apposita gara, è stato sviluppato nel corso del 2013 e attivato presso un importante Servizio caratterizzato da diversi regimi di ricovero e unità organizzative: Ematologia Degenza, Ematologia BCM ed Ematologia DH.

Il sistema consente la gestione completamente paperless del paziente, sia in regime di Ricovero Ordinario che di Day Hospital.

L'estensione del sistema ad altre specialità cliniche è un progetto aziendale che si propone di coinvolgere tutta la struttura ospedaliera nell'arco di un triennio.

Sistema "Smarty" per la raccolta di dati a scopo di ricerca, audit clinico, o cartelle tematiche

Nell'arco del 2013 è stato esteso ulteriormente il sistema

Smarty per la rilevazione di dati sia a scopo clinico sia di ricerca. Il sistema, nella sua versione web su Internet, è stato adottato per la rilevazione dati di studi multicentrici.

È STATA PIANIFICATA LA MIGRAZIONE DEI CLIENT AZIENDALI AL SISTEMA OPERATIVO MS WINDOWS 7 NELLA PROSPETTIVA DI USCITA, NEL 2014, DELLA PRECEDENTE VERSIONE (XP) DALL'ASSISTENZA. IN OTTICA DI CONSOLIDAMENTO DELLE LICENZE SOFTWARE È STATA PORTATA A TERMINE LA SOSTITUZIONE DI CIRCA 600 LICENZE OFFICE ONEROSE CON PRODOTTO OPEN.

Ulteriore sviluppo del Sistema di Sala Operatoria

È stata estesa la procedura di check-in dei pazienti (riconoscimento all'ingresso del comparto operatorio tramite lettura del braccialetto codice a barre) assieme alla procedura di richiesta informatizzata di accertamenti istologici dalla sala verso l'Anatomia Patologica. È stato ulteriormente esteso il monitoraggio SICHER dell'attività chirurgica così com'è stata completata l'estensione della rilevazione dei materiali usati (kit procedurali).

Nuovo Sistema di Gestione Pazienti in Terapia Coagulante Orale

È stata attivata la nuova versione del sistema per la di ge-

stione della terapia anticoagulante orale. Il sistema, concepito per essere unico su scala provinciale, è stato collegato al Sistema Informativo Ospedaliero e, attraverso questo, trasmette direttamente le richieste di accertamento di laboratorio e riceve gli esiti in tempo reale. Gli esiti consentono, attraverso apposito algoritmo, di proporre al medico la più opportuna terapia per il paziente.

Il sistema, inizialmente attivo sull'Azienda Ospedaliera e sull'Ospedale di Montecchio, sarà gradualmente attivato presso gli altri siti che hanno in gestione questa tipologia di pazienti.

Utilizzo di un unico applica-

tivo di Pronto Soccorso su base provinciale

Nel corso del 2013 è stata aggiornata la versione del software applicativo utilizzato dagli operatori del Pronto Soccorso di AUSL RE allo scopo di migliorarne la tecnologia e avvicinare le funzionalità operative a quelle del software utilizzato presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera in un'ottica di prossima convergenza verso di un'unica soluzione.

È STATO ATTIVATO IL SISTEMA DI SMISTAMENTO E STAMPA AUTOMATICA DEI REFERTI IN REPARTO (LABORATORIO E RADIOLOGIA). IL SISTEMA CONSENTE DI OTTENERE IN TEMPO REALE LE STAMPA DEI REFERTI, ELIMINANDO, DI FATTO, L'ESIGENZA DI RECARSÌ FISICAMENTE PERIODICAMENTE PRESSO I PUNTI DI CONSEGNA. IL SISTEMA SARÀ GRADUALMENTE ESTESO NELL'ARCO DEL 2014.

Evoluzione delle attività di refertazione e di consegna referti

Nel 2013 è proseguita l'attività volta a modulare le attività di refertazione sui diversi percorsi di cura attraverso la messa a punto di un apposito componente denominato "Refertazione per Interni" e destinato a coprire le attività di consulenza e redazione referti su pazienti ricoverati oppure in Day Hospital.

Sistema di stampa diretta referti in reparto (pazienti interni) e sistema di ritiro referti via Internet (pazienti esterni). Gli sforzi effettuati negli anni precedenti per l'introduzione della firma digitale nella firma dei referti di laboratorio, ha consentito di semplificare le fasi di consegna in quanto la copia elettronica viaggia in tale forma e può essere materializzata alla bisogna. È pertanto stato attivato il sistema di smistamento e stampa automatica dei referti in reparto

(Laboratorio e Radiologia). Il sistema consente di ottenere in tempo reale la stampa dei referti, eliminando, di fatto, l'esigenza di recarsi fisicamente periodicamente presso i punti di consegna. Il sistema sarà gradualmente esteso nell'arco del 2014.

Sulla base degli stessi principi è stato attivato a titolo sperimentale il sistema di ritiro referti via Internet. La sperimentazione, attivata per i referti di laboratorio in un comune della provincia di Reggio Emilia, consente all'assistito, qualora lo desideri, di ritirare i referti direttamente via internet. La sperimentazione sarà estesa nell'arco del 2014.

L'SCCI È STATO SVILUPPATO NEL CORSO DEL 2013 E ATTIVATO PRESSO UN IMPORTANTE SERVIZIO CARATTERIZZATO DA DIVERSI REGIMI DI RICOVERO E UNITÀ ORGANIZZATIVE: EMATOLOGIA DEGENZA, EMATOLOGIA BCM ED EMATOLOGIA DH. ESSO CONSENTE LA GESTIONE COMPLETAMENTE PAPERLESS DEL PAZIENTE, SIA IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO CHE DH.

Progetti ICT regionali

Progetto Sole

L'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia partecipa insieme all'Azienda USL di RE al Progetto Regionale Sole (Sanità On LinE) che si propone di attuare una rete integrata ospedale-territorio al fine di migliorare la comunicazione tra specialisti e Medici di Medicina Generale. Nell'arco del 2013 sono state estese le tipologie di referti ambulatoriali inviate, includendo anche referti di emodinamica, cardiologia, endoscopia digestiva e broncoscopia. Sempre nel 2013 sono stati attivati i flussi d'invio delle notifiche di ricovero e dimissione verso il circuito SOLE (e quindi verso Fascicolo Sanitario Elettronico e Medico di Medicina Generale).

Area degli applicativi amministrativi

Gestione documentale e fatturazione elettronica

Le attività informatiche di area amministrativa sono da tempo incentrate sulla gestione dei documenti elettronici che devono progressivamente sostituire quelli cartacei. In particolare il piano per la conservazione sostitutiva dei documenti elettronici firmati digitalmente prevede, per gli enti della PA dell'Emilia-Romagna, il riversamento degli stessi presso il Polo Archivistico Regionale (PARER). Piano iniziato dall'Azienda Ospedaliera già nel corso del 2010 operando attraverso l'applicazione software di gestione documentale.

Nel corso del 2013 è stato avviato il riversamento in PARER dei referti di laboratorio e radiologia firmati digitalmente re-

NEL 2013 È STATO AVVIATO IL RIVERSAMENTO IN PARER DEI REFERTI DI LABORATORIO E RADIOLOGIA FIRMATI DIGITALMENTE REALIZZANDO UN NOTEVOLE RISPARMIO ECONOMICO RISPETTO ALLA SITUAZIONE PRECEDENTE CHE VEDEVA LA CONSERVAZIONE DEGLI STESSI PRESSO UN OPERATORE PRIVATO. SI È INOLTRE LAVORATO ALLA DEMATERIALIZZAZIONE DELLE FATTURE.

alizzando un notevole risparmio economico rispetto alla situazione precedente che vedeva la conservazione degli stessi presso un operatore privato. Si è inoltre lavorato alla dematerializzazione delle fatture.

3.5.2 Innovazioni strutturali

Prosecuzione del programma di adeguamento delle strutture aziendali a destinazione sanitaria

Nel corso degli ultimi anni, l'azienda è stata fortemente impegnata nella realizzazione del programma di ammodernamento strutturale e tecnologico dell'ospedale con lo scopo di:

- Adeguare l'offerta dei servizi ai mutati bisogni dei cittadini e della comunità, di garantire risposte appropriate, efficaci e moderne, in ambienti in grado di offrire più elevati standard di comfort alberghiero e sempre maggiori garanzie per la sicurezza e la salute degli operatori.
- Ottemperare alle norme sancite dalla LR n° 34 del 12/10/1998 Emilia-Romagna (VI Legislatura), recante "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del d.p.r. 14 gennaio 1997, nonché di funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-sanitaria e socio-assistenziale". La Legge Regionale n° 34/1998, art. 7, c.1 stabilisce, infatti, che le strutture sanitarie pubbliche in esercizio e quelle private già autorizzate alla data di entrata in vigore della presente legge devono adeguarsi ai requisiti minimi previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997, entro termini prestabiliti, a decorrere dalla data dell'entrata in vigore della legge.
- Adempiere ai dettami degli artt. 5 (comma 2 lett. A), 6 e 7 del DPCM 27/03/2000 "Atto d'indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale" e della delibera della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna del 28.01.2002 n° 54 "Attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale. Direttiva alle Aziende" che stabiliscono la necessità di individuare nell'ambito di ciascuna Azienda idonee strutture e spazi separati e distinti per l'esercizio dell'attività libero professionale ambulatoriale e di ricovero. La delibera n° 54 del 2002 fissa i principi e i criteri direttivi per la realizzazione di tali strutture.

Negli ultimi anni, accanto a una previsione d'investimenti mirati, la nostra Azienda ha avviato, in forza del continuo progresso tecnologico e scientifico, dei numerosi cambiamenti demografici, epidemiologici e socio-culturali

in atto all'interno del tessuto provinciale, un programma di ristrutturazione, riqualificazione e ampliamento della struttura preesistente.

Non solo, quindi, progettazione e realizzazione di nuovi fabbricati ospedalieri (Ala Nord, Ala Sud, Centro Onco-Ematologico, MIRE), ma anche ristrutturazione del nucleo ospedaliero originario, inaugurato a metà degli anni '60, per omogeneizzare al fabbricato di ampliamento inaugurato nel 2003, gli standard strutturali, tecnologici e organizzativi della struttura esistente, nel rispetto delle specifiche esigenze di salute e delle modalità di erogazione delle prestazioni.

La realizzazione dei nuovi fabbricati permette, infatti, il trasferimento, in aree progettate "ex novo", di strutture collocate presso lo storico Monoblocco e nei Padiglioni fisicamente separati dal complesso ospedaliero e, al contempo, la ristrutturazione e riqualificazione degli spazi liberatisi negli storici corpi di fabbrica, in modo da garantire maggiori spazi e servizi più rispondenti alle esigenze dei pazienti e degli operatori.

Occorre, inoltre, sottolineare che l'edificazione di nuovi spazi realizzati secondo schemi architettonicamente compatti e il trasferimento di funzioni già esistenti presso l'Azienda Ospedaliera consente la realizzazione di soluzioni organizzative in grado di aggregare tra loro attività oggi separate, ponendo le condizioni per ottenere economie di scala complessive.

La compattezza dello schema architettonico dei nuovi corpi di fabbrica, la ricollocazione, in contiguità/continuità, di servizi affini o funzionalmente correlati (per condivisione di: percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici, di attività di ricerca, di risorse strategiche - personale, tecnologie e materiali) e il potenziamento dei flussi verticali e orizzontali, riducendo le distanze e i tempi di percorrenza, permette di garantire una presa in carico globale dell'utente e della sua famiglia e una maggiore flessibilità nelle risposte assistenziali.

La realizzazione di un'aggregazione funzionale e logistica favorisce, inoltre, una migliore organizzazione del lavoro e un utilizzo pieno e razionale degli spazi, del personale e degli strumenti, nonché l'incontro dei professionisti e lo scambio di esperienze/informazioni sui pazienti, garantendo, di fatto, percorsi multidisciplinari e multi professionali. Programma di ristrutturazione, riqualificazione e ampliamento della struttura - anno 2013:

IL 2013 NON SI È LIMITATO ALLA SOLA PROGETTAZIONE DI NUOVI FABBRICATI OSPEDALIERI (ALA NORD, ALA SUD, CENTRO ONCO-EMATOLOGICO, MIRE), MA HA ANCHE VISTO LA RISTRUTTURAZIONE DEL NUCLEO OSPEDALIERO ORIGINARIO, PER OMOGENEIZZARE AL FABBRICATO DI AMPLIAMENTO INAUGURATO NEL 2003.

COLLEGAMENTI ORIZZONTALI (PASSERELLE) TRA I CORPI "A" E "B" DEL MONOBLOCCO OSPEDALIERO

DATI BASE DELL'INTERVENTO	
Sup. complessiva nuova costruzione	m ² 767
Sup. complessiva ristrutturazione sbarchi passerelle	m ² 800
Importo opere	2.500.000
Periodo di realizzazione	08/06/2011÷19/07/2013

Il corpo anteriore del monoblocco storico (ora denominato corpo A) sin dal primo progetto fu destinato prevalentemente ad attività amministrative e si configurava come corpo funzionalmente autonomo rispetto agli altri corpi, più propriamente destinati ad attività sanitarie: tale scelta progettuale era originariamente decifrabile dalla presenza di un solo collegamento con il resto della struttura posto al livello "1", tra i corpi anteriore e centrale (ora denominato corpo "B") in corrispondenza degli estremi sud e nord.

Il nuovo Ampliamento ha consentito di tradurre fisicamente la nuova logica dipartimentale del modello organizzativo, basata su facili e immediati collegamenti complanari fra servizi affini, anche grazie alla pluralità di collegamenti orizzontali fra monoblocco esistente ed ampliamento, estesi a tutti i livelli della struttura.

L'esigenza di una generale ristrutturazione del monoblocco storico, volta a un'omogeneizzazione degli standard qualitativi e spaziali fra struttura esistente e ampliamento, ha comportato un coinvolgimento anche del corpo "A" nella logica organizzativa dipartimentale, rendendo opportuna la creazione di collegamenti fra i corpi "A" e "B" anche ai piani 2-3-4-5 a completamento delle due direttrici principali di collegamento esistenti.

La possibilità di collocare nel corpo "A" attività rivolte alla popolazione esterna, come ambulatori e studi medici, pur mantenendo un collegamento diretto con le attività più propriamente sanitarie, collocate nel resto della struttura, consente di liberare spazi nell'ambito delle degenze permettendone il successivo adeguamento alle norme di autorizzazione e accreditamento (creazione di stanze di degenza a 2 p.l. con annesso servizio igienico).

L'intervento, oltre ad ottimizzare i percorsi orizzontali e verticali, ha rappresentato un rilevante miglioramento dell'in-

tero monoblocco in termini di sicurezza, consentendo la possibilità di esodo orizzontale progressivo in situazioni di emergenza.

NUOVO LABORATORIO AUTOMATIZZATO DI ANALISI "CORE LAB"

DATI BASE DELL'INTERVENTO	
Superficie complessiva	m ² 820
Importo appalto in service per 9 anni comprensivo dell'importo lavori	E 27.500.000
Importo lavori di allestimento locali	E 1.180.000
Periodo di realizzazione lavori e attivazione delle apparecchiature	19/06//2012÷15/06/2013

Il sistema dei laboratori serve una popolazione di circa 300.000 abitanti ed esegue indagini di primo livello per i distretti di Reggio, Montecchio e Scandiano; indagini di secondo livello per l'Arcispedale S. Maria Nuova; indagini di secondo e terzo livello per i restanti distretti della Provincia: Guastalla, Correggio e Castelnovo né Monti.

Il nuovo CORE LAB costituisce una struttura centralizzata ad alta automazione per l'esecuzione di esami di primo livello di routine e di urgenza eseguiti su campioni di sangue intero o plasma, siero e urine nei settori di Biochimica, Immunochimica, Farmacologia, Sierologia, Ematologia, Coagulazione del Laboratorio Analisi Chimico Cliniche ed Endocrinologia aziendale.

Il progetto è nato per superare le ridondanze di strumentazioni e la frammentazione delle attività produttive, attraverso la centralizzazione e la completa automazione di gran parte delle attività su due specifiche linee analitiche, migliorando così il controllo della qualità delle prestazioni fornite e razionalizzando l'utilizzo delle risorse umane coinvolte. Quest'organizzazione del lavoro, con l'ausilio di apparecchiature ad alta automazione, consente inoltre un migliore livello di sicurezza per i lavoratori, riducendo

notevolmente le occasioni di manipolazione dei campioni. L'intervento di riqualificazione è avvenuto al primo piano del corpo "D" dell'Ampliamento ospedaliero, dove sono stati predisposti i nuovi laboratori funzionali all'attivazione della struttura centralizzata (CORE LAB).

Oltre ai laboratori principali, sono state predisposte aree di supporto all'attività analitica, magazzini di stoccaggio, nonché, area riposo, sala riunioni e locali per il personale operativo.

**IL PROGETTO CORELAB È NATO
PER SUPERARE LE RIDONDANZE
DI STRUMENTAZIONI E LA
FRAMMENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ
PRODUTTIVE, ATTRAVERSO LA
CENTRALIZZAZIONE E LA COMPLETA
AUTOMAZIONE DI GRAN PARTE
DELLE ATTIVITÀ SU DUE SPECIFICHE
LINEE ANALITICHE, MIGLIORANDO
COSÌ IL CONTROLLO DELLA QUALITÀ
DELLE PRESTAZIONI FORNITE E
RAZIONALIZZANDO L'UTILIZZO
DELLE RISORSE UMANE COINVOLTE.**

L'appalto aggiudicato, mediante il quale si sono realizzate le opere di riqualificazione dei locali e installate le apparecchiature correlate al funzionamento del laboratorio, prevede una durata in service pari a nove anni, durante i quali è prevista la fornitura dei reagenti e dei servizi connessi all'attività analitica.

Le quote del canone verranno erogate alla Ditta affidataria sulla base degli esami effettivamente refertati.

La realizzazione del progetto di riordino dei laboratori, con valenza dipartimentale, conseguente all'attivazione del CORE LAB, consente il raggiungimento dei seguenti principali obiettivi:

- Miglioramento degli standard di qualità;
- Centralizzazione e completa automazione di gran parte dell'attività di pre-analitica (check in, centrifugazione e assegnazione ai vari strumenti) per un totale di 5.000 provette il giorno movimentate;
- Centralizzazione e completa automazione delle attività analitiche di I livello (Biochimica Clinica, Immunometria,

LA NEONATOLOGIA È UN REPARTO AD ALTISSIMA TECNOLOGIA E NELLA NUOVA SEDE È STATO DOTATO DI ATTREZZATURE MODERNE E INNOVATIVE CHE LO RENDONO IN GRADO DI COMPETERE CON I MAGGIORI CENTRI NAZIONALI.

Sierologia Infettivologica (5.000.000 esami complessivi l'anno), Ematologia (550.000 esami l'anno), Coagulazione (300.000 esami l'anno) e Urine (200.000 esami l'anno), per complessivi 6.050.000 esami l'anno);

- Centralizzazione e completa automazione di tutte le attività di post-analitica (recupero del campione, diluizioni, ripetizioni, reflex test e stoccaggio dei campioni);
- Miglioramento dei tempi complessivi di risposta, sia per campioni urgenti che di routine;
- Razionalizzazione e ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane impegnate nei settori coinvolti;
- Salvaguardia degli aspetti di comodità e sicurezza sia per il personale sanitario che per l'ambiente interno ed esterno;
- Garanzia di flussi differenziati per tipologia di paziente e di campione (urgenze programmate di pazienti coagulati, oncologici ed ematologici);
- Controllo dell'appropriatezza della richiesta tramite una corretta gestione dei reflex test.

LA CREAZIONE DI UN'AREA DI OBI E UNITÀ DI ACCETTAZIONE IN URGENZA OFFRE UN CONTRIBUTO NEL MIGLIORARE LA SICUREZZA E L'EFFICACIA DELLE ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO SIA PER IL PERSONALE CHE VI OPERA, CHE PER I PAZIENTI E PER LA STRUTTURA EROGANTE, GARANTENDO UN MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE.

RICOLLOCAZIONE DELLA S.C. DI NEONATOLOGIA AL PIANO TERRA E SEMINTERRATO CORPO C.

DATI BASE DELL'INTERVENTO	
Superficie complessiva	m ² 979
Importo lavori	E 340.000
Importo nuove apparecchiature	E 450.000
Importo apparecchiature esistenti	E 1.750.000
Periodo di realizzazione	15/01//2013÷30/09/2013
Posti letto	n° 19 culle
Ambulatori	N° 2

La Struttura Complessa di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dell'ASMN è, dal 2002, l'unico centro neonatologico di III livello provinciale e accoglie tutti i neonati patologici dell'intera provincia che necessitano di un'assistenza intensiva o subintensiva.

È centro di riferimento regionale e nazionale per:

- Oftalmologia neonatale: grazie all'acquisizione di uno strumento idoneo per la valutazione ottimale della retina dei prematuri (Retcam), e alla professionalità e disponibilità dell'équipe oculistica;
- Nuove tecniche di ventilazione meccanica (dalla ventilazione sincronizzata, a quella oscillatoria, all'utilizzo dell'ossido nitrico);
- Ipotermia selettiva e monitoraggio a EEG continuo del neonato affetto da asfissia cerebrale
- Ecografie cerebrali;
- Ambulatorio di follow-up Neurologico;
- Ambulatorio d'infettivologia neonatale;
- Ambulatorio di cardiologia neonatale e pediatrica, costituendo il punto di riferimento anche del centro hub regionale cardiologico (Bologna).

L'intervento ha previsto la ristrutturazione degli spazi lasciati liberi dalla Rianimazione (trasferita in ala Sud) funzionali alla ricollocazione della Neonatologia di III livello al piano 0 e -1 Corpo C.

La Neonatologia va a occupare un'area così ripartita:

- Piano 0 - Area dedicata all'assistenza intermedia e intensiva e gli ambienti/spazi di supporto (guardiola infermieri, locale coordinatore, area soggiorno nutrizi ecc.) più strettamente collegati all'attività assistenziale.
- Piano -1 - Spazi di supporto per lo svolgimento dell'attività clinica e ambienti per il soggiorno delle mamme dei neonati ricoverati.

La struttura è divisa funzionalmente nelle seguenti aree di assistenza:

- Assistenza intensiva: area tipo "open space", dotata di 6 posti letto
- Assistenza in isolamento: 2 posti letto in due stanze isolate dotate di filtro di accesso;
- Assistenza Intermedia (11 posti letto): dotata di un'area tipo "open space" con 6 posti letto, 1 locale di degenza da 3 posti letto e 1 locale di degenza da 2 posti letto.

Nell'Area di Assistenza Intensiva sono accolti i neonati che richiedono supporto cardiorespiratorio e/o di altro tipo e comunque continuativo. (ventilazione meccanica, CPAP nasale, catetere venoso centrale/nutrizione parenterale)

Nell'Area di Assistenza Intermedia vengono accolti neonati di età gestazionale < alle 32 settimane e/o con peso < ai 1.500 gr. e neonati patologici che richiedono monitoraggio polifunzionale e cure intermedie ma che non necessitano di assistenza intensiva o sub intensiva.

Gli spazi al piano 0 sono distribuiti secondo il criterio dell'intensità crescente di cura, in modo da assicurare un razionale isolamento dell'area di degenza dal transito di persone e materiali. In ciascun'area di degenza è previsto:

- Uno spazio in prossimità della culla, che consenta la privacy e il contatto dell'unità madre bambino,
- Una postazione di lavoro per il personale infermieristico
- Lavandini in numero sufficiente e collocati in modo tale da essere facilmente raggiungibili da ogni postazione di lavoro.

Per accedere all'area dedicata all'assistenza intermedia e intensiva occorre passare per una zona filtro, separata per personale di assistenza e per parenti e/o visitatori.

La Neonatologia è un reparto ad altissima tecnologia e nella nuova sede è stato dotato di attrezzature moderne e innovative che lo rendono in grado di competere con i maggiori centri nazionali.

Ogni postazione semintensiva è allestita con le seguenti tecnologie: pensile porta utenze, incubatrice neonatale, sistema di monitoraggio centralizzato, fototerapia, sistemi infusionali.

Ciascuna delle 6 postazioni di terapia intensiva è, inoltre, dotata di ventilatore polmonare.

L'allestimento tecnologico della nuova Neonatologia è

stato realizzato completando l'attuale dotazione di apparecchiature già in uso nel Reparto con l'acquisto di nuove apparecchiature per un importo complessivo di 450.000 E, in parte frutto di donazioni liberali.

Se si considera anche il valore delle apparecchiature già in uso nella precedente sede, l'importo tecnologico complessivo delle apparecchiature biomediche del nuovo Reparto ammonterà a circa 2,2 Milioni E.

RIQUALIFICAZIONE LOCALI AL PIANO TERRA EDIFICIO D PER AMPLIAMENTO S.C. DI MEDICINA D'URGENZA - OBI

DATI BASE DELL'INTERVENTO	
Superficie complessiva	m ² 690
Importo lavori	e 360.000
Importo nuove apparecchiature	e 130.000
Periodo di realizzazione	15/01/2013- 23/03/2013

Il presente intervento s'inserisce nel più ampio progetto di riorganizzazione dell'ASMN per intensità e complessità di cura, caratterizzato dal superamento della rigida allocazione delle risorse strutturali alle singole specialità cliniche, che, nel tempo, si sono rivelate inefficienti e inadatte a garantire la multidisciplinarietà, l'interprofessionalità, la centralità del paziente.

Il nuovo modello assistenziale organizzato per intensità e complessità di cura ha previsto la creazione di piattaforme multidisciplinari, a diversa intensità di cura (dalle terapie intensive, all'elevata intensità, alla low care, passando attraverso week hospital, ospedalizzazione diurna, percorsi di day service o ambulatoriali) e un'organizzazione per processi (o percorsi diagnostico-terapeutici), centrata sul paziente, che percorre un tragitto "orizzontale" attraversando, durante il trattamento, una serie di Strutture, favorendo la piena integrazione degli specialisti e delle professioni.

In questo contesto s'inserisce il progetto di riorganizzazione del Dipartimento Emergenza-Urgenza, che ha previsto la realizzazione di un nuovo settore di OBI, Unità di accettazione in urgenza e Area di dimissione, con una dotazione fino a 20 posti letto (2 posti letto per isolamento) e 4 poltrone, nonché la rimodulazione dell'area di degenza di Medicina d'Urgenza, con la creazione di una stanza da 4 posti letto con letti monitorizzati per la gestione dei pazienti critici.

La creazione di un'area di OBI e Unità di accettazione in urgenza offre un fondamentale contributo nel migliorare la sicurezza e l'efficacia delle attività di Pronto Soccorso sia per il personale che vi opera, che per i pazienti e per la struttura

**IL 9 SETTEMBRE 2013 È STATO
ATTIVATO IL NUOVO PUNTO PRELIEVI
ONCOLOGICO. AL FINE DI MIGLIORARE
LE CONDIZIONI DI COMODITÀ PER I
PAZIENTI IN ATTESA, SI È PROVVEDUTO
ALLA RISTRUTTURAZIONE DI 260 M²
AL PIANO PRIMO DELLA PALAZZINA
SEDE DEL DH ONCOLOGICO E ALLA
RICOLLOCAZIONE DEL PUNTO
PRELIEVI.**

erogante, garantendo un miglioramento della qualità delle cure in funzione del tempo dedicato all'osservazione e del trattamento dei quadri a complessità moderata.

Tale progetto si prefigge di:

- Ridurre i tempi di attesa in Pronto Soccorso
- Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri in area medica nei casi in cui non vi sia disponibilità immediata del posto letto nell'unità operativa di assegnazione
- Migliorare il setting assistenziale dei pazienti in attesa di una collocazione definitiva all'interno di un'unità operativa dell'ASMN
- Incrementare le competenze infermieristiche dei professionisti infermieri coinvolti a oggi espresse
- Perseguire una reale continuità assistenziale condividendo strumenti, metodi e procedure con le altre unità operative coinvolte dalla riorganizzazione aziendale, sia nella fase di accoglienza sia di ricovero nelle unità operative di assegnazione

Osservazione Breve Intensiva e Unità di accettazione in urgenza

L'Unità di Osservazione Breve Intensiva è un'area preposta all'assistenza (valutazione e trattamento) di pazienti ad alta complessità ma a basso grado di criticità, che necessitano di un rapido inquadramento diagnostico o terapeutico del paziente, di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore, per definire l'appropriatezza del ricovero e della sua sede o della dimissione.

Le funzioni svolte sono: valutazione diagnostica, osservazione longitudinale e terapia a breve termine di patologie urgenti.

L'Area di ammissione o unità di accettazione in urgenza è un'area, direttamente collegata (come responsabilità e vicinanza) al Pronto Soccorso, deputata ad accogliere pazienti per i quali il medico di PS ritiene necessario il ricovero in ambiente ospedaliero, in assenza di posto letto e in attesa che si renda disponibile il posto letto più appropriato per patologia e per caratteristiche del paziente.

In quest'area devono essere collocati pazienti che non necessitano di terapia intensiva/semintensiva, i quali devono invece trovare collocazione in UTIC, UTIR, Medicina d'Urgenza, Stroke Unit e in area medica.

L'area è stata equipaggiata con le seguenti apparecchiature biomediche: centrale di monitoraggio dotata di 14 telemetrie, letti elettrificati, defibrillatori, pompe d'infusione, elettrocardiografo, solleva-pazienti per un importo complessivo di circa 130.000 E.

Area della Dimissione (Discharge Room)

L'Area della Dimissione è un servizio a valenza interdipartimentale, collocato in prossimità del Pronto Soccorso, dove i pazienti in dimissione dai reparti vengono accolti, in attesa di rientrare al proprio domicilio, in una zona protetta e confortevole in cui sarà garantita assistenza e comodità. I pazienti vengono assistiti da personale infermieristico e da personale di supporto, che nei casi di necessità può provvedere ai loro bisogni, compresa la somministrazione dei farmaci, in attesa che i parenti arrivino con l'automobile, il taxi oppure l'ambulanza nell'attigua "camera calda" in modo da evitare lunghi percorsi e dannose incursioni termiche.

L'ubicazione dei locali, situati al piano terra e in prossimità del Pronto Soccorso oltre che della camera calda, garantisce un accesso protetto ai pazienti e un comodo accesso alle ambulanze e ai mezzi privati dei familiari facilitando così la presa in carico del paziente dimesso.

All'interno dell'Area di dimissione sono state realizzate zone differenziate per utenti deambulanti, in carrozzina e in barella (1 stanza in cui è possibile collocare 3 barelle). È garantita una condizione di confort ambientale elevato (TV, spazio ristoro, servizio igienico dedicato, ecc.).

La struttura è divisa in aree:

- la reception/guardiola dove il personale, formato da infermieri e operatori socio sanitari, coordina l'attività della struttura;
- la sala soggiorno/pranzo, un ambiente accogliente, dove poter guardare la tv, leggere riviste o semplicemente riposare in poltrona in attesa dell'arrivo del mezzo di trasporto, consumare i pasti ordinati il giorno precedente nel reparto di degenza, nell'eventualità che l'attesa per la dimissione si debba prolungare al pomeriggio;
- la stanza per barelle, un ambiente dove tre comode barelle garantiscono l'assistenza necessaria per le persone con problemi di deambulazione;
- il bagno, attrezzato anche per i portatori di handicap.

RIQUALIFICAZIONE PIANO RIALZATO DELL'EDIFICIO Z SPALLANZANI PER RICOLLOCAZIONE UFFICI DELLA DIREZIONE AZIENDALE

DATI BASE DELL'INTERVENTO	
Superficie complessiva	m² 1.855
Importo lavori	e 1.150.000
Periodo di realizzazione	01/04/2013÷ 19/10/13

L'intervento prevede l'allestimento dei locali per il trasferimento della Direzione Aziendale, attualmente insediata nel Padiglione V, al piano rialzato del padiglione Spallanzani, interno al complesso ospedaliero e con accesso dal viale Umberto I.

Trattasi di un edificio degli anni '30 di tipologia sanatoriale dell'epoca, costituito da un corpo di fabbrica articolato in due ali parallele collegate tra loro da un corpo trasversale centrale, con un piano seminterrato e quattro piani fuori terra.

Il fabbricato, avente una superficie complessiva di 12.000 m², è stato sede del Dipartimento di Medicina generale e specialistica fino al 2003; attualmente è adibito ad ambulatori e prevalentemente a uffici amministrativi.

Il trasferimento della Direzione Aziendale al piano rialzato del padiglione rientra in una logica di ottimizzazione delle risorse interne al comprensorio patrimoniale ospedaliero, con l'attuazione di un processo di accorpamento dei propri uffici amministrativi che l'Azienda ha, già da tempo, avviato al fine di migliorare l'interazione e l'integrazione delle varie funzioni amministrative e dirigenziali distribuite in vari edifici del complesso ospedaliero.

Le opere che si sono rese necessarie per l'allestimento dei locali coinvolgono una superficie pari a m² 1.855 corrispondente al 15% della superficie complessiva dell'edificio e comprendono:

- La suddivisione delle ampie stanze presenti sulle ali principali per realizzare locali destinati a uffici amministrativi;
- L'adozione d'idonei accorgimenti per rendere confortevoli le postazioni di lavoro;
- La riconfigurazione, secondo le nuove destinazioni d'uso, degli impianti di raffrescamento, elettrici e speciali (trasmissione dati, telefonia e rilevazione incendio)
- La riqualificazione dei servizi igienici, pur mantenendo inalterata la posizione e la configurazione degli stessi.

RIQUALIFICAZIONE LOCALI PRESSO PIANO PRIMO EDIFICIO H DI ONCOLOGIA PER CENTRO PRELIEVI

DATI BASE DELL'INTERVENTO	
Superficie complessiva	m ² 260
Importo lavori	E 35.000
Periodo di realizzazione	01/07/2013÷ 16/08/2013

Il Day Hospital Oncologico dell'Ospedale di Reggio Emilia è tra i reparti che troveranno collocazione, entro la prima metà del 2015, all'interno del Centro Oncoematologico di Reggio Emilia (CO-RE), moderna struttura di 6 piani e 15.500 metri quadrati in corso di costruzione all'interno dell'area ospedaliera.

In attesa della futura collocazione, con il presente intervento, si è cercato di ovviare ai disagi che la vetustà dell'edificio ospitante hanno potuto comportare ai pazienti e ai loro congiunti e, di conseguenza, alla qualità percepita della

prestazione clinico-assistenziale loro offerta.

Consapevoli dell'importanza che i momenti dell'attesa rivestono per il paziente e i suoi familiari, in termini di estensione temporale (in media alcune ore) e di stato d'animo per gli aspetti legati alla preoccupazione sul proprio stato di salute, si è intervenuti per offrire nuovi spazi, creare ambienti più confortevoli e accoglienti e differenziare le aree del reparto dedicate alle attività clinico-assistenziali, con lo scopo di facilitare operatori e pazienti e garantire maggiore privacy.

Il 9 settembre 2013 è stato attivato il nuovo Punto Prelievi Oncologico.

Al fine di migliorare le condizioni di comodità per i pazienti in attesa, si è provveduto alla ristrutturazione di 260 m² al piano primo della Palazzina sede del DH Oncologico e alla ricollocazione del Punto Prelievi (trasferito dal piano 0 al piano 1).

L'intervento ha previsto la realizzazione di un punto Prelievi e di tre nuove aree di attesa, con locale ristoro con distributore per bevande calde e fredde e per alimenti confezionati, e servizi igienici dedicati.

La presa in carico dei pazienti è assicurata dalla presenza di personale infermieristico dedicato.

A oggi, quindi, il Reparto di Oncologia ha 2 aree di attesa differenziate, quella storica al piano 0 (3 sale d'attesa), presso cui attendono i pazienti che devono essere sottoposti a terapia, e una nuova e accogliente zona d'attesa al piano 1 (3 sale d'attesa), dove sostano i pazienti in attesa di eseguire il prelievo.

L'accesso al piano 1 è garantito da 2 gruppi di salita, costituiti, ciascuno, da un corpo scale e da un ascensore. Pur entro i limiti oggettivi che caratterizzano l'attuale sede, l'intervento di ampliamento ha rappresentato l'occasione per apportare piccoli miglioramenti logistici ed estetici agli spazi comuni, rendendoli più accoglienti e ordinati.

RIQUALIFICAZIONE LOCALE CAMERA CALDA AL PIANO TERRA DEL CORPO B

DATI BASE DELL'INTERVENTO	
Superficie complessiva	m ² 130
Importo lavori	E 40.000
Periodo di realizzazione	24/05/2013÷ 12/10/2013

Con la riapertura della Camera Calda del Corpo B il Santa Maria avrà 3 punti accesso per autoambulanze e per utenti con problemi motori o non autosufficienti:

Camera Calda Pronto Soccorso, dedicata ai mezzi di soccorso che effettuano trasporti in emergenza urgenza.

Camera calda Corpo D piano -1, per trasporti dal territorio o interospedalieri per visite e prestazioni programmate e per l'accesso al Santa Maria, anche con mezzi propri, di

utenti con difficoltà di deambulazione o non autosufficienti. Camera calda Corpo B piano 0, riservata alle ambulanze che effettuano trasferimenti interospedalieri di pazienti o trasporti in urgenza diretti in Emodinamica.

SEGRETERIE UNIFICATE DELL'AREA CHIRURGICA E DEL DIPARTIMENTO OSTETRICO GINECOLOGICO, STUDI/AMBULATORI E DISTRIBUZIONE FARMACI - PIANO PRIMO CORPO A

DATI BASE DELL'INTERVENTO	
Superficie complessiva	m ² 1.100
Importo lavori	e 1.886.000
Periodo di realizzazione	01/09/2011 ÷ 15/02/2013

Nei locali ristrutturati del corpo A sono state realizzate le Segreterie Unificate di Area Chirurgica e del Dipartimento Ostetrico Ginecologico, presso cui si sono trasferite le attività di front office rivolte ai pazienti delle strutture di area chirurgica (Chirurgia 1 a prevalente indirizzo oncologico ricostruttivo, Chirurgia Generale 2, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Urologia, Endocrinologia, Endoscopia Digestiva, Ortopedia, Oculistica, Otorinolaringoiatria) e delle strutture di Ostetricia e Ginecologia, Ginecologia Chirurgica Oncologica, Pediatria, nonché il Centro Nascite.

Le Segreterie unificate garantiscono le funzioni di accoglienza, informazione e di accesso ai servizi.

La creazione di punti unici di front-office favorisce la semplificazione dei percorsi dei pazienti.

Oggi, infatti, l'utente che accede in Ospedale, secondo il percorso di cura da avviare, è indirizzato in punti di accettazione unificati facilmente accessibili:

- Piano 1 Corpo A: Segreterie Unificate Area Chirurgica e del Dipartimento Ostetrico Ginecologico;
- Piano 0 Corpo D: Segreteria Unificata Area Medica (in prossimità dei reparti di Medicina).

Il paziente candidato all'intervento chirurgico o all'apertura di un percorso di cura accede al front office dove, nella fase di pre-accettazione e inserimento in lista d'attesa, è indirizzato, secondo percorsi individuati e predifiniti per ogni tipologia d'intervento, ricevendo risposte adeguate e una precisa programmazione di tutto il percorso pre-operatorio, nonché delle prestazioni specialistiche di 2° livello di pertinenza chirurgica o ginecologica/pediatria.

L'attività di front office viene garantita dalle 15 unità amministrative che svolgono mansioni di segreteria di reparto presso le diverse strutture citate e, a rotazione, sono presenti al front office secondo una turnistica definita mensilmente, con apertura quotidiana dal lunedì al sabato e due aperture pomeridiane settimanali.

Nello stesso piano sono inoltre presenti gli spazi dedicati a:

- PUA (Punto Unico Accoglienza) gestito dall'AUSL di Reggio Emilia per le informazioni riguardanti i percorsi assistenziali in ambito provinciale
- Studi medici / ambulatori del Servizio di Neonatologia compresa l'attività di Lactarium
- Studi medici del Servizio di Neurochirurgia
- Distribuzione diretta dei farmaci
- Ufficio di presidio della Direzione medica ospedaliera.

NUOVO PARCHEGGIO IN AREA OSPEDALIERA POSTO IN PROSSIMITÀ DI VIA BENEDETTO CROCE

DATI BASE DELL'INTERVENTO	
Stalli per automezzi	n° 320
Area complessiva nuovo parcheggio	m ² 7.678
Importo opere	E 715.000

Nel 2013 si sono completate le opere di realizzazione di un parcheggio a raso, ubicato a est dell'area Ospedaliera, in prossimità e con accesso da via Benedetto Croce.

Il parcheggio soddisfa gli standard urbanistici legati all'entrata in funzione, prevista entro maggio 2015, del nuovo padiglione sede del Centro Oncoematologico, attualmente in corso di costruzione.

Il progetto dei nuovi stalli rientra nel Piano di Riordino e Sviluppo dell'area ospedaliera che, elaborato in stretta collaborazione con i competenti Servizi dell'Amministrazione Comunale, delinea l'immagine futura del complesso ospedaliero.

La soluzione individuata per soddisfare completamente gli standard urbanistici connessi all'aumento dell'edificato, senza incrementare eccessivamente le aree impermeabilizzate, limitando l'impatto ambientale e contenendo i costi di realizzazione, ha visto la realizzazione di un parcheggio a raso, simile a quello già esistente, con n° 320 nuovi posti auto.

CENTRO ONCOEMATOLOGICO REGGIO EMILIA (CO-RE)

DATI BASE DELL'INTERVENTO	
Superficie complessiva	m ² 15.500
Numero posti letto	122
Numero ambulatori, comprese sale endoscopiche	57
Importo lavori	e 28.550.000
Periodo di realizzazione	14/10/2011 ÷ 31/5/2015

L'adozione di una struttura semi-prefabbricata ha contribuito in modo determinante alla riduzione dei tempi di esecuzione permettendo di recuperare parte del ritardo dovuto al prolungarsi degli scavi archeologici.

Il sistema costruttivo della struttura prevede l'assemblaggio in cantiere di pilastri tripiano e travi prefabbricate in stabilimento, nonché la posa di solai costituiti da lastre tipo predalles, anch'esse prefabbricate, completate da un getto integrativo in calcestruzzo.

La struttura comprende inoltre la realizzazione in opera di quattro nuclei di controventamento, costituiti dai vani scala e ascensori, posti agli angoli del fabbricato. Al fine di velocizzare la complessa esecuzione di questi elementi strutturali, condizionanti la tempistica del cantiere, si è adottato un sistema di prefabbricazione anche per le rampe delle scale interne a questi nuclei.

I lavori svolti fino a tutto il 2013, riguardano la realizzazione delle opere strutturali, dalle fondazioni al solaio di copertura; sono inoltre iniziate le opere in muratura consistenti nella realizzazione delle partizioni interne e del rivestimento esterno in facciavista dei quattro nuclei strutturali sopracitati. Le lavorazioni proseguiranno con l'esecuzione di sottotondi, massetti e pavimenti a tutti i piani e contemporaneamente è prevista la posa degli impianti tecnologici.

Nel 2014 il programma prevede il montaggio delle facciate continue; contemporaneamente si completeranno le partizioni interne in cartongesso e le finiture edili procederanno in parallelo con la realizzazione degli impianti tecnologici ai vari piani.

PIANO DI RIORDINO E SVILUPPO DELL'AREA OSPEDALIERA (MASTERPLAN)

L'Azienda Ospedaliera ha provveduto, conformemente alla disciplina urbanistica vigente, alla redazione del Piano di Riordino e Sviluppo dell'area ospedaliera che rappresenta lo Schema Direttore Urbanistico per i prossimi anni ed è finalizzato a individuare le modalità per addivenire a un complessivo processo di razionalizzazione e riorganizzazione dell'area ospedaliera nel quale inserire coerentemente le strutture in corso di realizzazione e i futuri successivi ampliamenti.

I principali contenuti del piano rispondono ai requisiti concordati con l'amministrazione comunale di Reggio Emilia e sono mirati al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Migliorare il rapporto dell'area ospedaliera con il contesto urbanistico circostante;
- Diminuire il traffico veicolare su viale Risorgimento;
- Prevedere un nuovo accesso su via Benedetto Croce;

- Definire il rapporto che si dovrà instaurare fra l'area ospedaliera e il parcheggio scambiatore inserito in una delle prossime urbanizzazioni previste in zona limitrofa;
- Risolvere in modo sostenibile, lineare ed efficace la viabilità interna dell'area ospedaliera, intesa come percorsi dell'emergenza-urgenza, della logistica, del personale, dei pazienti e visitatori e che abbiano la necessità di accedere all'interno della struttura;
- Rispettare gli standard urbanistici in termini di parcheggi e di permeabilità dell'area;
- Esaminare e privilegiare l'adozione di soluzioni di parcheggi verdi, interrati o pluripiano;
- Migliorare la mitigazione e l'arredo a verde del complesso ospedaliero, l'accessibilità e i percorsi protetti;
- Individuare una proposta urbanistica che risolva l'avvicinamento e l'accessibilità protetta all'ospedale in corrispondenza dell'accesso principale e che assicuri una moderna dotazione di servizi commerciali agli utenti.

Tale piano di riordino rappresenta lo strumento urbanistico propedeutico all'attivazione delle procedure autorizzative connesse agli interventi edilizi programmati dall'Azienda Ospedaliera.

È stato approvato il Protocollo d'Intesa tra il Comune di Reggio Emilia e l'Azienda Ospedaliera che definisce le modalità per l'armonica e coerente attuazione del piano.

PARCHEGGIO BICICLETTE PER DIPENDENTI

DATI BASE DELL'INTERVENTO	
Superficie complessiva	m ² 60
Importo lavori	E 40.000
Periodo di realizzazione	15/05/2013÷ 10/08/2013
Posti biciclette	n° 50

Avendo da qualche tempo l'Azienda Ospedaliera intrapreso, in accordo con il Comune di Reggio Emilia, una politica d'incentivazione della mobilità sostenibile, si è pensato di incrementare il numero di posti per il deposito controllato dei mezzi a pedale a disposizione dei dipendenti ospedalieri.

Con la nuova realizzazione i posti bicicletta per i dipendenti ammontano complessivamente a 250, oltre ai numerosi stalli previsti per i visitatori.

3.5.3 nuove soluzioni organizzative

Progetto di riorganizzazione ospedaliera ispirato al modello per intensità e complessità di cura

Diverse e interessanti sono le esperienze, condotte a livello internazionale e nazionale, di rimodulazione dell'organizzazione ospedaliera ispirata ai modelli per intensità di cura (o progressive care). Nella maggior parte dei casi si è trattato di ospedali che, nell'ambito d'interventi di ristrutturazione o di nuova edificazione, hanno improntato con questo modello organizzativo, il progetto architettonico, rendendolo coerente con l'esigenza di creare, da un lato, piattaforme multidisciplinari, a diversa intensità (dalle terapie intensive, all'elevata intensità, alla low care, passando attraverso week hospital, ospedalizzazione diurna, percorsi di day service o ambulatoriali), o autonome (come nel caso dell'Emergenza Urgenza) e, dall'altro, di connotare le componenti specialistiche, sia per il contributo sia devono apportare alle piattaforme comuni, sia per quanto riguarda le risorse specifiche ed esclusive loro assegnate, sulla base del loro fabbisogno per pazienti acuti prevalentemente mono-specialistici. Anche nelle nuove realizzazioni, il modello non è stato unico e l'adattamento alla realtà locale ha sempre rappresentato un elemento fondamentale della progettualità organizzativa.

Presso l'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova, l'elaborazione del progetto di riorganizzazione ospedaliera ha avuto il suo start up con il Collegio di Direzione del 18 gennaio 2011, nel corso del quale è stato proposto e approvato un percorso caratterizzato da alcuni elementi ritenuti, al tempo stesso, fortemente innovativi e strategici per la sua più ampia e diffusa condivisione.

Obiettivo principale del progetto è favorire l'introduzione nei diversi ambiti di modelli assistenziali innovativi in un assetto logistico rivisitato, finalizzati a recuperare efficienza, per rispondere in modo più tempestivo e appropriato alle richieste dei prescrittori interni ed esterni, per qualificare ulteriormente l'offerta ospedaliera, in coerenza con i cambiamenti che l'innovazione tecnologica, l'evoluzione dell'epidemiologia delle principali patologie, l'invecchiamento della popolazione e la cronicità, i risultati della ricerca hanno apportato.

L'articolato e partecipato confronto tra i professionisti (numerosi incontri del Collegio di Direzione, dei sottogruppi di lavoro identificati, dei Comitati di Dipartimento, oltre ad incontri con i Direttori di U.O. e seminari formativi) ha portato a pianificare una diversa organizzazione dei reparti di assistenza, ispirandosi al modello per intensità di cure e complessità assistenziale in modo tale da dare delle risposte più efficaci e mirate per tipologia di paziente. L'assegnazione dei posti letto non viene meno, ma l'obiettivo è introdurre flessibilità, ripensando le assegnazioni in relazione ad instabilità, complessità assistenziale e numerosità della casistica, sia per dimensionare correttamente la risposta, sia per gestire le situazioni di picco e straordinarie.

Si è giunti, pertanto, al termine del percorso di confronto, a condividere la necessità di realizzare alcune piattaforme omogenee di "progressive care" (dall'ambulatorio, fino all'alta intensità e all'area delle terapie intensive) con possibili soluzioni per la gestione dei pazienti urgenti, sia di competenza medica sia chirurgica.

Tra la fine del 2012 e i primi giorni del 2013 è stato completato il primo passo previsto nell'ambito del progetto per intensità di cura e complessità assistenziale, ovvero la rimodulazione dell'Area Chirurgica.

La prima fase, che ha visto l'interessamento di circa 130 posti letto afferenti ai reparti di Chirurgia I a prevalente indirizzo oncologico, Chirurgia Generale II, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica e

Urologia, ha consentito di incrementare i posti letto di degenza breve dedicati ai ricoveri programmati, ha permesso l'attivazione del nuovo settore d'intensità chirurgica (che si affianca all'attivazione di 12 posti letto del nuovo settore di Semi-Intensiva Post-Operatoria/SIPO), ha reso possibile un miglioramento della comodità alberghiera per i pazienti ricoverati.

Nell'aprile del 2013, invece, si è proceduto con la rimodulazione dell'Area Medica e dell'Area Emergenza Urgenza. In particolare, sono state realizzate le piattaforme di:

- HIGH CARE medica
- WEEK HOSPITAL per ricoveri programmati in area internistica
- LOW CARE (incremento di posti letto di postacuzie/lungodegenza)
- AREA EMERGENZA URGENZA con Area di ricovero e Area di dimissione integrate con Medicina d'Urgenza e Osservazione Breve Intensiva.

Inoltre, i posti letto del Dipartimento Medico sono stati rimodulati attraverso un incremento dei posti letto di alcune

TRA LA FINE DEL 2012 E I PRIMI GIORNI DEL 2013 È STATO COMPLETATO IL PRIMO PASSO PREVISTO NELL'AMBITO DEL PROGETTO PER INTENSITÀ DI CURA E COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE, OVVERO LA RIMODULAZIONE DELL'AREA CHIRURGICA.

Specialistiche e l'attivazione di una nuova S.S. interdipartimentale di Medicina a Indirizzo Oncologico, a fronte di un ridimensionamento delle U.O. di Medicina Interna.

L'analisi dei primi dati, a distanza di circa un anno dalla rimodulazione, sono confortanti e avvalorano il convincimento di aver intrapreso la strada giusta.

L'attivazione delle nuove Aree ricoveri e dimissione presso il Pronto Soccorso, oltre a permettere una riduzione dei tempi di attesa del posto letto, ha senza dubbio contribuito a un sensibile miglioramento dell'appropriatezza nella scelta del reparto di destinazione.

Il nuovo modello organizzativo ha avuto, poi, un impatto positivo non solo nella gestione del paziente ricoverato in urgenza, ma anche nella gestione dei ricoveri programmati. In precedenza, la periodica carenza di posti letto causata dai ricorrenti picchi epidemici, comportava la necessità di avvalersi frequentemente dello strumento del blocco dei ricoveri programmati, con conseguenti ricadute negative sia sugli utenti, che vedevano allungare i tempi di attesa per un ricovero, sia sugli stessi professionisti, che con fatica dovevano costantemente rivedere e riprogrammare le proprie attività.

A seguito dell'introduzione del nuovo modello organizzativo, l'Ospedale ha avuto minori difficoltà nel garantire un'adequata disponibilità di posti letto, con conseguenti riflessi positivi anche sull'attività di ricovero programmato, che ha potuto altresì beneficiare dell'attivazione e del potenziamento di aree dedicate a quest'attività (aree con durata massima della degenza pari a 5 giorni).

Dall'avvio del progetto, il periodico ricorso al blocco dei ricoveri programmati si è azzerato.

**A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DEL
NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO,
L'OSPEDALE HA AVUTO MINORI
DIFFICOLTÀ NEL GARANTIRE
UN'ADEGUATA DISPONIBILITÀ DI POSTI
LETTI, CON CONSEGUENTI RIFLESSI
POSITIVI ANCHE SULL'ATTIVITÀ DI
RICOVERO PROGRAMMATO.**

ARTIS GYMNAST.



D

E

F

4

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

Il quarto capitolo illustra diverse tematiche riguardanti in particolare le condizioni di lavoro, le competenze professionali del personale e l'efficienza dell'organizzazione volte a garantire prestazioni sanitarie ed assistenziali qualitativamente rispondenti alle esigenze espresse dall'utenza congiuntamente ad una gestione oculata delle risorse rispettosa di quanto previsto nei documenti pluriennali di programmazione sia regionali che aziendali.

La "carta di identità" del personale e le forme di partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa aprono il capitolo, che prosegue ponendo particolare attenzione al tema della comunicazione e relazione interna, per un coinvolgimento del personale alla vita dell'azienda. Il tema viene declinato negli aspetti salienti con particolare riferimento alla sicurezza/vigilanza sui luoghi di lavoro, alle necessità formative per l'acquisizione e manutenzione delle competenze specifiche aziendali, ai progetti professionalizzanti, giungendo fino a momenti più formali di interscambio quali il budget o le relazioni sindacali. Tutte attività sorrette dallo stesso elemento di coesione e sviluppo: l'informazione, il dialogo e la relazione quali valori fondanti dell'azienda tout court.

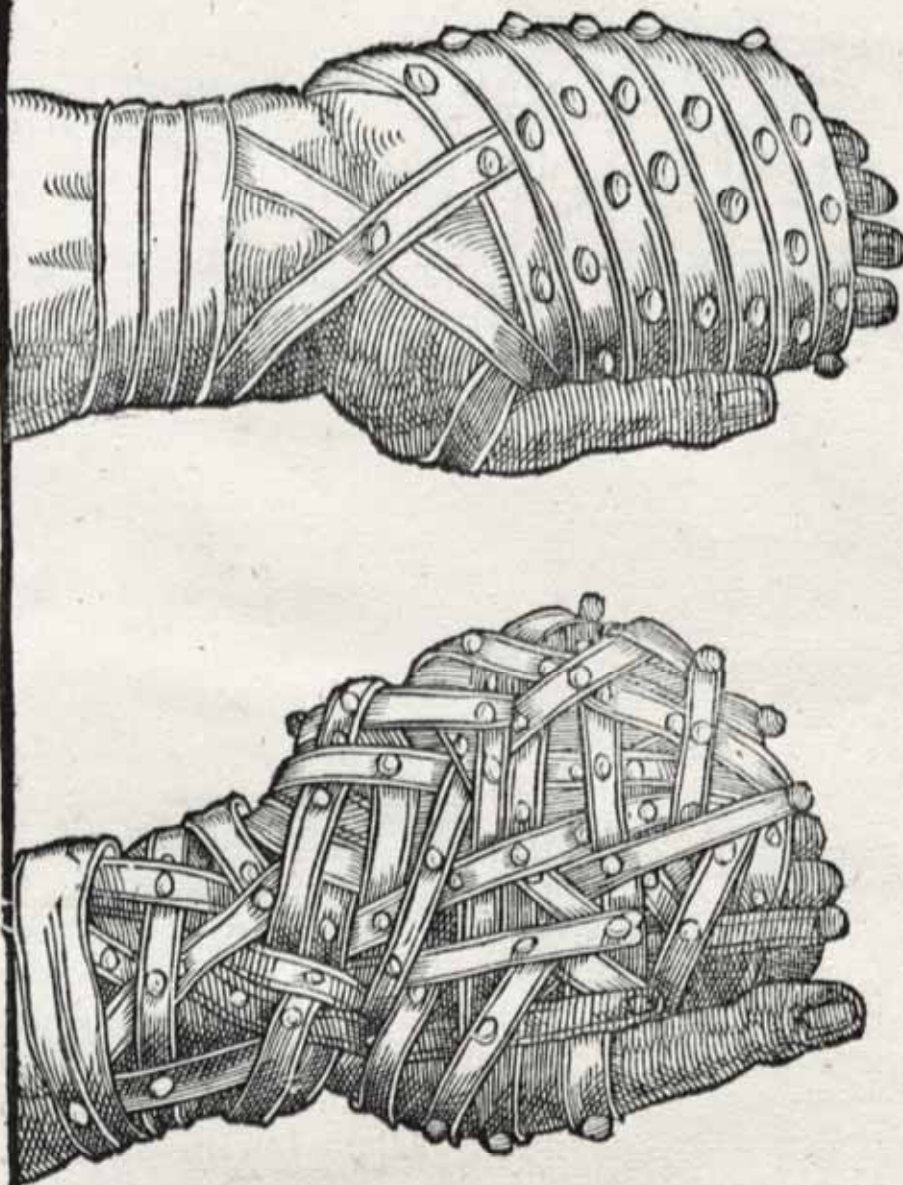
Concludono poi il capitolo informazioni relative al sistema della valutazione delle competenze, al sistema informativo del personale e alle azioni di facilitazione poste in essere in tema di servizi agli operatori.

A

CAESTVS

F

C



T iij

4.1 LA CARTA D'IDENTITÀ DEL PERSONALE

4.1.1 Politiche di governo aziendali in attuazione ai piani pluriennali e alle linee d'indirizzo regionali

4.1.1.a) Variazioni intervenute negli organici in relazione agli obiettivi regionali e alle politiche di governo delle risorse umane

Le variazioni d'organico intervenute nel periodo 2011-2013 risultano correlate alle linee di programmazione e finanziamento definite a livello regionale nell'ambito del governo delle politiche assunzionali, in particolare nell'ultimo biennio l'obiettivo regionale è stato quello di contenere, ove possibile, la spesa per il personale indirizzando le Aziende verso politiche di reclutamento tese a privilegiare le assunzioni direttamente connesse alle funzioni assistenziali e condizionando per l'anno 2013 la copertura dei fabbisogni di personale delle singole Aziende del SSR all'approvazione di un Piano Annuale di Assunzione.

Nel triennio considerato, le variazioni d'organico hanno riguardato maggiormente i profili professionali della Dirigenza Medica/Sanitaria per i quali si sono espletate, secondo quanto previsto in sede di concertazione regionale e negli accordi di forn-

**NEL TRIENNIO 2011-13, LE
VARIAZIONI D'ORGANICO HANNO
RIGUARDATO MAGGIORMENTE I
PROFILI PROFESSIONALI DELLA
DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA.**

tura ASMN/AUSL, le procedure di reclutamento necessarie per la realizzazione dei progetti aziendali e interaziendali di ottimizzazione dei servizi sanitari nonché per le attività di sviluppo e ricerca connessi al riconoscimento dell'IRCCS. Le variazioni d'organico intervenute nel triennio 2011-2013 sono, infatti, connesse anche ai trasferimenti di posti provenienti dall'Azienda USL di Reggio Emilia (12 posti) nell'ambito della realizzazione dei citati progetti interaziendali d'interesse strategico aventi l'obiettivo di organizzare al meglio e qualificare ulteriormente le funzioni sanitarie svolte presso il Presidio Ospedaliero di Castelnovo ne' Monti e Scandiano.

Relativamente al contingente del personale del comparto (infermieri e operatori di supporto), va sottolineato che, dopo la flessione registrata tra il 2011 e 2012 per un elevato avvicendamento del personale, è stata ripristinata la precedente dotazione con un incremento di tali operatori in quanto anch'essi coinvolti nei processi riorganizzativi in corso.

Per il restante personale del comparto non si registrano scostamenti rilevanti nel periodo di riferimento.

4.1.2. Profilo del personale

Questo paragrafo è dedicato alle caratteristiche del personale complessivamente presente in Azienda ed è volto a fornire un quadro più esauriente riguardo alla tipologia di rapporto contrattuale, la suddivisione in categorie professionali, il genere e l'età anagrafica.

4.1.2.a) Tipologia contrattuale

Il personale dell'Azienda Ospedaliera è costituito in netta prevalenza da dipendenti dell'SSN con rapporto di lavoro subordinato; tuttavia, per l'espletamento di particolari progetti o collaborazioni, è presente in Azienda un contingente di personale con contratti di lavoro flessibili, contingente che ha registrato nel triennio un graduale incremento.

Tabella 4.1.1: Personale presente al 31/12 per tipologia contrattuale

	N. DIPENDENTI	ALTRO PERSONALE incarichi LP, co.co.co., contratto di formazione-lavoro, borse di studio	% incidenza altro personale
2011	2.841	134	4,7%
2012	2.831	138	4,9%
2013	2.884	156	5,4%

4.1.2.b) Categorie del personale dipendente

Tabella 4.1.2: Personale per categoria professionale

	2011	2012	2013	2013 % incidenza sul personale
DIRIGENTI MEDICI	451	467	479	16,6%
ALTRI DIRIGENTI sanitari - a.p.t.	78	84	83	2,9%
INFERMIERI	1.145	1.131	1160	40,2%
OSS, OTA, AUSILIARI	410	402	426	14,8%
TECNICI SANITARI	316	314	316	11,0%
AMMINISTRATIVI	228	232	224	7,8%
ALTRO PERSONALE	213	201	196	6,8%
TOTALE	2.841	2.831	2.884	100,0%

4.1.2.c) Anagrafica del personale

In ambito aziendale la componente femminile del personale si conferma prevalente anche per il triennio 2011-2013, con una percentuale stabile di circa il 72% sul totale degli operatori.

Tabella 4.1.3: Anagrafica del personale

	sezzo	2011	2012	2013
DIRIGENTI MEDICI	M	259	265	265
	F	192	202	214
ALTRI DIRIGENTI sanitari - a.p.t.	M	30	32	33
	F	48	52	50
INFERMIERI	M	224	220	225
	F	921	911	935
OSS, OTA, AUSILIARI	M	88	89	94
	F	322	313	332
TECNICI SANITARI	M	72	71	69
	F	244	243	247
AMMINISTRATIVI	M	32	33	34
	F	197	199	190
ALTRO PERSONALE	M	98	93	88
	F	114	108	108
TOTALE	M	803	803	808
	F	2.038	2.028	2.076

4.1.2.d) Tipologia del contratto

Il dato complessivo degli operatori a tempo parziale si mantiene nel triennio intorno al 10% della dotazione organica. Si conferma nell'ultimo triennio una diminuzione del numero dei passaggi a tempo parziale e al contempo un progressivo ripristino di posizioni a orario intero. Per quanto attiene alla dirigenza, il fenomeno del tempo ridot-

to si mantiene esiguo per effetto della specifica normativa contrattuale di cui al CCNL 22/2/2001, ai sensi della quale sono richieste particolari condizioni per fruire di detto istituto (per es. assistenza a figli minori).

**SI MANTENGONO COSTANTI
NEGLI ANNI LE PROPORZIONI
FRA PERSONALE MASCHILE E
FEMMINILE (28 - 72%) E IL RICORSO
AL TEMPO PARZIALE.**

Tabella 4.1.4: Personale per tipologia di contratto

	tempo	2011	2012	2013
DIRIGENTI MEDICI	pieno	449	464	476
	parziale	2	3	3
ALTRI DIRIGENTI sanitari - a.p.t.	pieno	78	84	83
	parziale	-	-	-
INFERMIERI	pieno	988	978	1.004
	parziale	157	153	156
OSS, OTA, AUSILIARI	pieno	386	378	405
	parziale	24	24	21
TECNICI SANITARI	pieno	268	272	279
	parziale	48	42	37
AMMINISTRATIVI	pieno	193	195	190
	parziale	35	37	34
ALTRO PERSONALE	pieno	192	184	178
	parziale	21	17	18
TOTALE	pieno	2.554	2.555	2.615
	parziale	287	276	269

4.1.2.e) Ricambio del personale

Il dato complessivo dei dipendenti usciti nel 2013 registra un consistente calo rispetto al dato 2012, riduzione che si distribuisce sui vari titoli di uscita, in particolare è evidente sul numero dei collocamenti a riposo passato da un 40 a 17, in flessione, anche rispetto al 2011 ove si registrò un numero pari a 43 pensionamenti. In flessione anche i dati relativi alle dimissioni premature rispetto al 2012 (51 contro 80).

Per quanto riguarda il dato del termine incarico, la riduzione piuttosto consistente (142 contro 223) è dovuta alla necessità e possibilità di proroga dei contratti in scadenza, già stipulati per far fronte al periodo delle ferie estive al fine di garantire la sostituzione di altri dipendenti assentatisi dal servizio a vario titolo.

Tabella 4.1.5: Dipendenti usciti nell'anno 2013

	ANNO 2013
PENSIONAMENTI	17
DIMISSIONI PREMATURE	51
TERMINE DELL'INCARICO	142
MOBILITÀ VERSO ALTRE AZIENDE	33
TOTALE	243

4.1.2.f) Nuovi ingressi 2013

La tab. 4.1.6 comprende sia gli assunti a tempo indeterminato che quelli a tempo determinato nel corso dell'anno 2012. Le procedure di reclutamento riguardano prevalentemente l'espletamento di pubblici concorsi e il ricorso alle graduatorie vigenti presso il Centro per l'Impiego, ex art. 16 L. n.56/97 e successive modifiche.

Gli ingressi sono in gran parte attribuibili alle assunzioni effettuate a tempo determinato per far fronte sia al periodo di ferie estive che al conferimento d'incarichi su posto vacante d'organico secondo le indicazioni regionali e in attesa del Piano delle Assunzioni. Nel corso del 2013 la copertura di posti vacanti con assunzioni a tempo indeterminato è stata

solo in parte realizzabile nell'ambito del Piano Assunzioni approvato dalla Regione Emilia Romagna. Sono comprese inoltre le ordinarie assunzioni a fronte di titolari assenti a vario titolo: maternità, assistenza ai figli minori e/o congedi straordinari per assistere disabili, comandi verso altre Aziende, ecc. e di cui è necessario garantire le sostituzioni per assicurare il regolare funzionamento dei servizi sanitari.

Tabella 4.1.6: Nuovi ingressi 2013

TOTALE ASSUNTI	di cui DA ALTRE AZIENDE DEL SSN
303	6

4.1.2.g) Ripartizione per classi d'età

Anche per il triennio 2011-2013 la fascia di età in cui i dipendenti prevalentemente si collocano è la fascia 45-54 anni, numericamente seguita dalla fascia 35-44.

ANCHE PER IL TRIENNIO 2011-13 LA FASCIA D'ETÀ IN CUI I DIPENDENTI PREVALENTEMENTE SI COLLOCANO È LA FASCIA 45-54 ANNI.

Tabella 4.1.7: Classi età personale dipendente

CLASSI D'ETÀ	<= 34			35 - 44			45 - 54			55 - 64			>= 65			TOTALE		
ANNO	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
DIRIGENTI MEDICI	46	49	49	135	153	160	144	135	127	124	127	139	2	3	4	451	467	479
ALTRI DIRIGENTI sanitari - a.p.t.	10	8	6	23	27	27	27	27	27	17	21	23	1	1		78	84	83
INFERMIERI	310	286	296	435	424	398	335	349	379	65	72	87	-	-		1.145	1.131	1160
OSS, OTA, AUSILIARI	83	73	73	145	139	143	150	150	163	32	38	47	-	-		410	402	426
TECNICI SANITARI	57	57	58	89	73	69	124	143	146	46	41	43	-	-		316	314	316
AMMINISTRATIVI	22	22	15	66	61	59	114	120	112	26	29	38	-	-		228	232	224
ALTRO PERSONALE	16	15	13	48	40	36	97	101	95	52	45	51	-	-	1	213	201	196
TOTALE	544	510	510	941	917	892	991	1.027	1049	362	373	428	3	4	5	2.841	2.831	2884

4.2

PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI ALL'INDIVIDUAZIONE DELLE STRATEGIE AZIENDALI E ALLA GESTIONE OPERATIVA

4.2.1 Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione, elevato dalla legge di riforma del Sistema Sanitario Regionale (L.R. 29 del 28 dicembre 2004) nonché recentemente dal Decreto Balduzzi (L. 189/2012), al rango di organo delle aziende sanitarie pubbliche, affianca gli altri organi dell'Azienda, il Direttore Generale, il Consiglio d'Indirizzo e Verifica IRCCS, il Direttore Scientifico IRCCS e il Collegio Sindacale. Al Collegio, che costituisce primario strumento d'analisi, confronto e coordinamento tra l'Alta Direzione e i professionisti, sono attribuite funzioni consultive e di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e per le attività di formazione, di ricerca e d'innovazione.

L'organo è presieduto dal Direttore Sanitario e si presenta dal 2006 in una configurazione istituzionale che vanta una partecipazione numericamente ampia, con caratteristiche d'interdisciplinarietà, corrispondendo in tal modo alle cruciali funzioni che la riforma regionale gli attribuisce e assicurando in concreto il contributo di diverse categorie professionali al governo aziendale. Sono componenti di diritto, oltre al Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, i direttori dei dipartimenti, il Direttore delle Professioni Sanitarie e partecipano alle sedute: il Direttore di Presidio IRCCS, i responsabili/dirigenti delle Professioni Sanitarie di area dipartimentale e i responsabili di funzioni trasversali,

i coordinatori di Area Amministrativa, Tecnica-Logistica-Sicurezza e Innovazione Tecnologica e Formazione.

L'ampia partecipazione è la traduzione tangibile di quanto significa per la direzione aziendale, nei fatti, il coinvolgimento, la trasparenza nelle decisioni, la verifica costante dei programmi e delle proposte, all'interno del contesto aziendale e all'esterno, nei confronti dei più importanti interlocutori istituzionali.

L'elaborazione e lo sviluppo dello strategico progetto di riorganizzazione dei modelli assistenziali secondo i criteri dell'intensità di cura e della complessità assistenziale del paziente, ha visto il fattivo contributo del Collegio di Direzione lungo tutto il 2013, impegnandolo anche in sedute straordinarie a esso dedicate. L'approfondimento e l'analisi delle declinazioni e delle possibili articolazioni della transizione verso un modello assistenziale più rispondente alle mutate esigenze epidemiologiche della comunità di riferimento, si è potuto sviluppare grazie a un intenso e continuo lavoro di consultazione di tutti i reparti e servizi coinvolti, attraverso il cruciale nodo organizzativo dei dipartimenti, rappresentati in Collegio dai rispettivi direttori.

In seguito all'approvazione del documento contenente l'assetto organizzativo ritenuto più rispondente alla realtà aziendale e territoriale, è stato intrapreso il percorso di riorganizzazione attraverso la rimodulazione delle piattaforme produttive e la realizzazione della Medicina Oncologica. È stato inoltre portato avanti, in attesa della site visit OEI prevista per febbraio 2014, il percorso di accreditamento OEI (*Organisation of the European Cancer Institutes*) (cfr. § 3.4.4), progetto che coinvolge tutti gli IRCCS oncologici italiani, finalizzato a soddisfare i requisiti previsti in materia dal d.lgs. 288/2003. Il percorso contribuirà a completare la messa a punto dei principali percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) e a completare l'impianto dell'Infrastruttura per la ricerca, con le relative interfacce con l'attività assistenziale.

Gli altri temi affrontati dal Collegio di Direzione nel corso del 2013, hanno riguardato aspetti contingenti e strategico/progettuali, economico-finanziari nonché tecnologico-strutturali. Le tematiche trattate, più in generale, hanno riguardato i seguenti argomenti:

- concertazione regionale e contratto di fornitura con l'Azienda Usl,
- andamento della produzione e dei costi di beni sanitari,
- confronto costante sullo sviluppo delle linee di ricerca e sui progetti correlati, con interesse trasversale a tutta l'Azienda,

**IL COLLEGIO DI DIREZIONE
AFFIANCA GLI ALTRI ORGANI
DELL'AZIENDA ASSICURANDO IL
SUO CONTRIBUTO AL GOVERNO
AZIENDALE, LA TRASPARENZA
NELLE DECISIONI E LA VERIFICA DEI
PROGRAMMI E DELLE PROPOSTE.**

- programmazione di attività clinico-assistenziali
- programmi di gestione del rischio clinico,
- tematiche relative alla *technology assessment*,
- tematiche relative alla formazione dei professionisti,
- progetti di massima ed esecutivi dell'evoluzione strutturale e architettonica dell'ospedale
- su proposta dei componenti il Collegio di Direzione sono state inserite all'ordine del giorno altre tematiche, ritenute importanti.

4.2.2 Le reti aziendali tra professionisti

Le reti tra professionisti sono state attivate per realizzare delle attività del governo clinico, in particolare la gestione della qualità dei servizi offerti ai pazienti, la pianificazione della formazione e dell'innovazione aziendale degli operatori, la comunicazione intra ed extraaziendale e, non ultima, la gestione delle attività di ricerca.

Rete per la qualità e l'accreditamento

L'Ufficio Qualità e Accredimento Aziendale continua a sostenere il programma di rinnovo dell'accREDITamento istituzionale favorendo il più possibile la partecipazione multi professionale e multidisciplinare nei percorsi attraverso la rete dei referenti di dipartimento e di struttura.

L'obiettivo primario della rete dei referenti è di ottenere risultati soddisfacenti nelle verifiche regionali attraverso il coinvolgimento attivo degli altri professionisti al fine di garantire risultati soddisfacenti per l'utente.

Punto di particolare attenzione è la ricerca continua dell'integrazione del sistema qualità con il sistema organizzativo e gestionale al fine di contribuire a realizzare un sistema gestionale in grado di governare la qualità clinica, organizzativa e relazionale. La rete dell'accREDITamento inoltre contribuisce a sviluppare percorsi clinico-assistenziali interdisciplinari e sostiene il miglioramento al fine anche di far emergere ambiti in cui sviluppare ricerca clinica e organizzativa.

Rete della formazione

La Formazione Aziendale è finalizzata allo sviluppo delle competenze e abilità dei professionisti per il miglioramento delle prestazioni ai pazienti. La formazione è un sistema "a rete": tra i referenti di Unità Operativa, di Dipartimento, delle Professioni Sanitarie e di Dirigenti. La rete della Formazione Dipartimentale rientra nello staff della direzione e rappresenta un'infrastruttura professionale che l'azienda predispone per lo sviluppo delle singole fasi necessarie a realizzare le funzioni di formazione. I due referenti diparti-

mentali della formazione sono rispettivamente un dirigente sanitario e un referente per il personale del comparto, cui si associano due animatori della formazione per ogni unità operativa del dipartimento.

Lo staff di Dipartimento, per definizione, supporta i direttori di dipartimento e i RID/RTD (Responsabili dei Tecnici di Dipartimento) nella gestione delle funzioni trasversali, rappresentate dalle reti dell'accREDITamento, della comunicazione e della ricerca, e della Formazione utilizzate come leva del cambiamento da tutte le altre Reti. La gestione integrata delle competenze dei referenti dipartimentali rappresenta una risorsa per lo sviluppo se sono gestite in modo integrato.

La Rete della formazione determina:

- Le priorità dei progetti/eventi formativi in base ai bisogni formativi indicati a livello regionale, di AVEN e Aziendale.
- Il PAF (Piano Aziendale di Formazione) Dipartimentale in collaborazione con il Servizio Formazione e Innovazione Clinica al fine di redigere quello Aziendale.
- La scelta e la programmazione dei singoli eventi formativi proposti dai professionisti delle strutture del dipartimento, dopo aver verificato la coerenza con gli obiettivi formativi e la compatibilità economica.

- Le informazioni relative alla realizzazione del PAF Dipartimentale - Aziendale e degli Eventi Formativi esterni offerti ai Dipendenti.

• La stesura del budget economico dipartimentale per l'acquisizione delle risorse interne ed esterne necessarie a realizzare il PAF.

- L'ottimizzazione della partecipazione alle attività d'interesse pratico promuovendo l'attività di formazione sul campo prodotta dal Servizio Formazione.

La rete della formazione in tutta la sua articolazione trova evidenza delle attività nel sito intranet aziendale e i risultati dell'attività propria sono riportati nel Rapporto annuale della Formazione Aziendale.

L'ASMN è sede dei tirocini previsti per le diverse professioni sanitarie, tecniche e amministrative della sanità come per quella di Medico Chirurgo, Tecnico di Radiologia, Ostetrica, Fisico, Biologo, Psicologo, Logopedista; in particolare per la professione di medico-chirurgo sono attive tre tipologie di tirocini: quello della formazione triennale in Medicina generale, della Formazione nelle diverse Specialità Mediche Universitarie e quello valutativo per la preparazione all'esame di stato.

LA FORMAZIONE AZIENDALE È FINALIZZATA ALLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE E ABILITÀ DEI PROFESSIONISTI PER IL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI AI PAZIENTI. È UN SISTEMA "A RETE" TRA I REFERENTI DI UNITÀ OPERATIVA, DI DIPARTIMENTO, DI DIRIGENZA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE.

4.2.3 commissioni aziendali paritetiche

In ottemperanza alla vigente normativa contrattuale e nello spirito di una partecipazione attiva e consapevole dei dipendenti alle attività aziendali, sono attive le seguenti commissioni:

4.2.3.a) Commissione per la Libera Professione

Dal 2002 è stata ufficialmente istituita la Commissione per la promozione e verifica dell'attività libero-professionale che, pur essendo prevista, secondo la normativa vigente, (D.P.C.M. 27.03.2000 e Delibera di Giunta Regionale n. 54/2002) solo per la Dirigenza Sanitaria (medica e non medica), è stata allargata anche alla partecipazione di rappresentanti delle OO.SS. del comparto, in virtù del supporto che tale personale fornisce allo svolgimento dell'attività libero professionale. Alla Commissione sono attribuite funzioni propositive in tema di sviluppo e verifica dell'attività libero-professionale.

A seguito di quanto previsto dalla delibera di Giunta Regionale n. 1131 del 2 agosto 2013, recante: "Linee guida regionali attuative dell'art. 1, comma 4 della Legge n.120/2007 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria, come modificato dal D. L. n. 158 del 13.09.2012" nel corso dell'anno 2013, la Commissione non si è riunita, poiché all'interno dell'Azienda è iniziata una fase di ripensamento delle competenze e delle funzioni della Commissione, che ha portato alla costituzione dell'Osservatorio aziendale permanente per l'attività libero professionale, formalizzata con Delibera DG n. 24 del 20.02.2014.

4.2.3.b) Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (C.U.G.) dell'ASMN, in ottemperanza a quanto previsto dall'art.57 del d.lgs. 165/2001 come modificato dall'art.21, comma 1, punto c) della L. 183/2010, è stato istituito con delibera del Direttore Generale n. 118 del 19/10/2011 sostituendo e unificando in sé tutte le competenze dei precedenti comitati per le pari opportunità e i comitati sul fenomeno del mobbing.

Il C.U.G. è rivolto quindi a tutti i dipendenti dell'area comparto e dell'area dirigenza, dura in carica un quadriennio e ha una composizione paritetica essendo formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione.

Il C.U.G. ha compiti di tipo propositivo, consultivo e di verifica e lavora in un'ottica di continuità con i precedenti Comitati mobbing e pari opportunità. Nel corso delle cinque sedute in cui si è riunito nel 2013, il C.U.G. ha dato avvio all'azione positiva n. 1 elaborata dal precedente Comitato Pari Opportunità avente a oggetto la "predisposizione di un percorso aziendale per i dirigenti di sesso femminile in stato di gravidanza, sia nel pre che nel post congedo di maternità, finalizzato alla partecipazione a progetti aziendali di ricerca e formazione" diffondendone notizia attraverso l'intranet aziendale.

Su proposta del C.U.G., con delibera del Direttore Generale n. 135 del 30/12/2013, è stato approvato il nuovo Piano Triennale di Azioni Positive con l'impegno di dare continuità alle Azioni Positive contenute nel Piano precedentemente approvato con delibera n. 119/2010. L'attuale documento contiene le seguenti azioni:

NEL CORSO DELLE CINQUE SEDUTE IN CUI SI È RIUNITO NEL 2013, IL CUG HA DATO AVVIO ALL'AZIONE POSITIVA N. 1 ELABORATA DAL PRECEDENTE COMITATO PARI OPPORTUNITÀ AVENTE A OGGETTO LA "PREDISPOSIZIONE DI UN PERCORSO AZIENDALE PER I DIRIGENTI DI SESSO FEMMINILE IN STATO DI GRAVIDANZA".

Azione positiva n. 1 "Adozione di un Codice di Con-

dotta contro le vessazioni psichiche, morali (mobbing) e le molestie sessuali dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova - IRCCS di Reggio Emilia";

- Azione positiva n. 2 "Azioni formative riservate ai membri del C.U.G. dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova - IRCCS di Reggio Emilia";
- Azione positiva n. 3 "Azioni formative riservate ai dipendenti dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova - IRCCS di Reggio Emilia";
- Azione positiva n. 4 "Convenzione tra la Scuola Istituto Paritario S. Vincenzo De Paoli - Scuola Primaria - di dare allo stesso Comitato la necessaria visibilità tra i dipendenti diffondendo la conoscenza della sua esistenza e di condividere importanti documenti come il regolamento di funzionamento, l'atto istitutivo, riferimenti normativi e vari collegamenti inerenti all'argomento.

4.2.4 il processo di budget

Il processo di budget conduce alla negoziazione di obiettivi complessivi di Dipartimento, al rafforzamento del ruolo del Direttore di Dipartimento nella fase decisionale di programmazione degli obiettivi delle singole UO e responsabilizza il Dipartimento verso risultati comuni. Il processo di budget consente perciò di percorrere un cammino culturale e gestionale pienamente conforme alle responsabilità che la riforma sanitaria attribuisce ai Dipartimenti.

La negoziazione di budget 2013 e il successivo incontro di verifica con tutti i dipartimenti, ha permesso di dare continuità a un percorso di pianificazione e verifica dei risultati che, come prassi degli ultimi anni, si articola e si completa in un biennio.

La negoziazione di budget ha seguito anche nel 2013 il seguente percorso, ormai formalizzato:

IL PROCESSO DI BUDGET CONSENTE DI PERCORRERE UN CAMMINO CULTURALE E GESTIONALE PIENAMENTE CONFORME ALLE RESPONSABILITÀ CHE LA RIFORMA SANITARIA ATTRIBUISCE AI DIPARTIMENTI.

- Trasmissione della scheda di budget ai Direttori di Dipartimento e ai Responsabili infermieristici e Tecnici Dipartimentali con il successivo coinvolgimento dei Direttori di Struttura e dei Coordinatori Infermieristici e Tecnici,
- Negoziazione intra-dipartimentale degli obiettivi di ogni singola struttura e formulazione di una proposta di budget dipartimentale,
- Negoziazione degli obiettivi/risorse con la Direzione Aziendale,
- Formalizzazione degli accordi raggiunti,
- Verifica a medio periodo del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati.
- Reggio Emilia e l'Arcispedale S. Maria Nuova - IRCCS di Reggio Emilia”;
- Azione positiva n. 5 “Effettuazione di attività di controllo delle prestazioni sanitarie da parte di operatrici temporaneamente allontanate dalle proprie funzioni per effetto del d.lgs. 151/2001”;

4.3 GESTIONE DEL RISCHIO E SICUREZZA

4.3.1. obiettivi di salute e sicurezza dei lavoratori

a. Miglioramento del sistema gestione sicurezza aziendale, in adempimento a Disposizione del 22/04/2011 relativa al piano di vigilanza promosso dal Dipartimento di Sanità Pubblica, con questi obiettivi perseguiti e che rimangono come percorso tracciato, dopo verifica formale in loco del 28/02/2013:

- coinvolgimento regolare dei dirigenti e preposti, con attenzione all'organigramma aggiornato per responsabilità e incarichi, e alla formazione coerente secondo deliberazione n.74/2011;
- adeguato il sistema aziendale con cui vengono gestite le emergenze, anche tramite la turnazione dei lavoratori formati che intervengono, e in relazione alla nuova sala operativa;
- prestabilito il percorso formativo e di addestramento dei nuovi assunti e le modalità di informazione/formazione per rischi specifici, comprese le modalità di trasmissione delle procedure;
- migliorate le modalità di aggiornamento di valutazione dei rischi (in particolare la movimentazione manuale, i rischi di esplosione, la protezione da scariche atmosferiche);
- evidenziate le responsabilità dei soggetti aziendali incaricati della realizzazione delle misure di sicurezza, anche tramite deliberazione n.135/2011 di deleghe del datore di lavoro a cinque soggetti competenti, ;
- controllata informazione sui lavori in appalto, tramite regolare definizione e applicazione del Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze;
- sorveglianza sanitaria adeguata con la nuova cartella sanitaria e di rischio predisposta dal medico competente, precisate modalità del giudizio di idoneità alla precisa mansione svolta, formalizzato il protocollo di sorveglianza sanitaria e la procedura di visita su richiesta;
- specificati ambito e modalità di utilizzo di diversi dispositivi elettromedicali.

b. Adeguatezza ai requisiti di sicurezza, limitazione delle interferenze di appalti, progetti, lavori di

ampliamento e ristrutturazione: gli interventi principali sono stati

la costruzione in corso del nuovo padiglione ONCOEMATOLOGICO, la realizzazione del CORELAB, il laboratorio analisi chimico cliniche automatizzato, la attivazione di tutti i locali in ALA SUD, ristrutturazione di NEONATOLOGIA, i collegamenti orizzontali corpi A-B, la camera calda per trasporti intraospedalieri, il recupero completo del padiglione Spallanzani per uffici, l'area Osservazione Breve Intensiva, i parcheggi, il progetto in corso di nuova Unità di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici.

c. Aggiornamento valutazione dei rischi specifici, documenti pubblicati (DVR)

- **Movimentazione manuale**
- **Incendio**

d. Gestione emergenze, attività di presidio allarmi:

I report di segnalazione, luogo e dinamica degli allarmi, comunicazioni e interventi, sono regolarmente prodotti dal presidio di vigilanza, presso la Centrale di Gestione delle Emergenze (CGE) che applica le procedure autorizzate. L'appalto garantisce h24 per 365 gg/anno la presenza fissa di un operatore in turno, formato e addestrato per le comunicazioni necessarie ad attivare il Piano di Emergenza e di Evacuazione.

Simulazione di incendio è stata organizzata con Attività di servizi generali - ingresso principale e atrio (URP, BAR, MERCERIA, BANCA), coinvolgendo il Comando Vigili del Fuoco.

e. Realizzazione azioni di informazione e promozione della salute e della sicurezza.

È progredita l'implementazione del software, denominato CANOPO, funzionante da portale Internet in service annuale, con l'inserimento delle informazioni utili all'aggiornamento regolare della valutazione dei rischi, per cui oggi si possono esibire:

- i pericoli specifici dell'attività e del luogo, presenti in Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia, attribuiti ai gruppi omogenei di lavoratori che compongono ogni struttura;
- valutazione dei rischi d'incendio e del rischio di movimentazione manuale definite secondo gli schemi standardizzati dal software;
- i corsi di formazione in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro frequentati negli ultimi 4 anni, evidenziabili per ogni centro di responsabilità in capo ai dirigenti e preposti; durante gli incontri di Dipartimento che si sono svolti con questi, sono state illustrati i dati gestiti dal software CANOPO estendendo al massimo la partecipazione e la conoscenza.

- Durante il processo di inserimento, i controlli condotti da SPP e dai Tecnici Informatici hanno permesso di rilevare alcune criticità nella sincronizzazione tra l'anagrafica dei programmi gestionali ASMN e i dati visualizzati nel modulo risorse umane di Canopo; le correzioni richieste al fornitore hanno rallentato l'output atteso, ma in tal modo si sta perfezionando l'osservazione sui flussi di personale in ingresso e in uscita, che non esisteva prima e garantisce l'attenzione ad ogni operatore che necessita di istruzioni e di tutela durante il periodo anche breve di attività.
- Per quanto riguarda la informatizzazione della sorveglianza sanitaria, il Medico Competente afferma: è stata completata a cura del fornitore la formazione al 100% del personale (2 assistenti sanitarie + MC), relativamente all'utilizzo del modulo CANOPO riguardante la sorveglianza sanitaria; da marzo a dicembre 2013 il 100% delle convocazioni a visita del personale e l'esito delle visite del Medico Competente, sono governate dal programma.

f. Statistiche degli infortuni e delle malattie professionali

Sono stati realizzati gli aggiornamenti semestrali di statistiche. È stato possibile confrontarsi con tutte le realtà ospedaliere coordinate da RER, con l'impegno ad elaborare coerentemente e mantenere osservazione sulle cause e sulle misure di contenimento infortunistico. Si è proceduto nelle indagini puntuali sulle circostanze di ogni infortunio grave non appena accaduto, per documentare la dinamica e coinvolgere i preposti ai fini del controllo sulle condizioni oggettive di sicurezza; tali informazioni sono risultate essenziali per contribuire alla difesa dell'azienda in alcuni procedimenti giudiziari.

Si mostra il numero di eventi registrati sul registro infortuni che comportano un'assenza dal lavoro di almeno 1 giorno, sono compresi gli **infortuni in itinere e le franchigie**. Nei giorni di assenza sono stati sommati anche i giorni dovuti a ricadute denunciate.

ASMN ha ottenuto regolarmente una riduzione dei costi assicurativi seguendo le condizioni di INAIL, che qualora il Datore di Lavoro sia in regola con le disposizioni in materia di prevenzione infortuni e di igiene del lavoro e con gli adempimenti contributivi ed assicurativi (pre-requisiti) ed abbia effettuato interventi per il miglioramento delle condizioni di sicurezza ed igiene nei luoghi di lavoro, riduce il tasso di premio applicabile all'azienda, determinando un risparmio sul premio dovuto. La riduzione di tasso (OSCILLAZIONE PER PREVENZIONE) è riconosciuta in misura fissa, in relazione al numero dei lavoratori-anno del periodo, oltre 500 = riduzione 7%.

g. Formazione: è stato seguito il programma di corsi approvati per le figure esistenti in azienda.

Formazione e Addestramento per gestione delle emergenze

CORSI RIVOLTI A TUTTI GLI OPERATORI 4 ORE, PROVA PRATICA DI SPEGNIMENTO	
ANNO	N. EDIZIONI
2012	18
2013	20

LE LINEE DI SVILUPPO SPECIFICHE PER IL 2012-13 VENGONO ULTERIORMENTE DETTAGLIATE NEL DOCUMENTO: "IL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURA E COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE: IL PUNTO DI VISTA DELLA DPS", CHE GUIDA LA DPS NELLO SVILUPPO E IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURA E COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE.

4.4 RIDEFINIZIONE DEI RUOLI PROFESSIONALI IN RELAZIONE ALLO SVILUPPO DELLE STRATEGIE AZIENDALI

4.4.1. Le Professioni Sanitarie

Il processo di ridefinizione dei ruoli professionali e quindi le potenzialità assistenziali e gli ambiti d'intervento sono fortemente correlati alle strategie aziendali; l'affermazione, per quanto intuitiva in senso generale, risente di vari elementi/fattori di cui prendere atto per gli sviluppi locali. Vanno pertanto considerati:

- Indicazioni dell'atto aziendale: *"La Direzione delle Professioni Sanitarie (DPS) concorre al governo assistenziale perseguendo la qualità e l'efficienza nell'ambito dei programmi di prevenzione, cura e riabilitazione; predispone in sinergia e collaborazione con le altre strutture Aziendali, modelli organizzativi che consentano la continuità assistenziale e il miglioramento delle competenze professionali secondo le linee d'indirizzo del piano strategico Aziendale."*
- Dichiarato orientamento aziendale all'implementazione delle nuove tecnologie, innovazione e definizione di percorsi assistenziali.
- Empowerment connotato come "processo" e "prodotto": risultato cioè di un'evoluzione di esperienze di apprendimento che portano un soggetto a superare una condizione d'impotenza/inadeguatezza. Un "saper fare" e "saper essere" caratterizzati da una condizione di fiducia in sé, capacità di sperimentare e di confrontarsi con la realtà circostante. Le azioni e gli interventi centrati sull'empowerment mirano a rafforzare il potere di scelta degli individui, migliorandone le competenze e le conoscenze in un'ottica di crescita individuale e organizza-

tiva. Questo lavoro di "scoperta ed esplicitazione delle potenzialità" diviene opera e al contempo prodotto del gruppo professionale per favorire l'esplicitarsi di un'expertise riconoscibile in competenze tecniche/organizzative/relazionali che possono garantire un intervento assistenziale congruo ed efficace, in situazioni di prestazione complessa e/o specialistica.

- Naturale complessità organizzativa e necessità di approcci multiprofessionali: diviene doveroso lavorare sul coinvolgimento degli operatori, sul senso di appartenenza, sulla crescita delle competenze distintive e sulla necessità di approcci corali inter e intra-professionali
- Bisogno di assessment: la naturale tendenza alla produzione (anche se trattasi in realtà di risposte a bisogni) e il suo appiattimento a mera attività prestazionale, non collima con la richiesta sempre più pregnante di attenzione alla persona nella sua globalità, al risk management, alla raccolta e valutazione delle informazioni come modalità di contenimento dei rischi, aumentando nell'azienda la necessità di limitare lo stress lavorativo e la capacità di assumere una nuova modalità del "farsi carico".

Sviluppo professionale e Integrazione delle Professioni Sanitarie

L'integrazione fra le professioni sanitarie ha rappresentato e rappresenta da sempre un valore per gli operatori dell'area infermieristica, tecnica e ostetrica. Valore che coinvolge non solo i professionisti che appartengono all'organizzazione aziendale, ma che si esprime anche nella continuità assistenziale con le strutture territoriali; integrazione delle professioni e condivisione delle esperienze quali elementi indispensabili per lo sviluppo. Valori pregnanti e sottesi all'agire professionale che delineano un vero e proprio modello di lavoro che determina in modo significativo l'appropriatezza dell'assistenza, la crescita della cultura delle comunità professionali e dell'intero sistema di cura.

Il Piano di formazione trasversale della D.P.S. (Direzione delle Professioni Sanitarie) per l'anno 2013, è frutto di un'organizzazione progettuale che individua il sistema come elemento di riferimento a partire dall'analisi dei bisogni per arrivare alla valutazione. Nella sua progettazione si sono riprese le traiettorie di sviluppo che stanno coinvolgendo l'intera Azienda, indicate nelle Linee di Indirizzo della DPS 2012/2013; diversi progetti già in essere, sono stati considerati prioritari nell'ambito complessivo dell'offerta formativa e sviluppo professionale promosso dalla DPS, in particolare:

- Riorganizzazione per Intensità di Cura: modelli assistenziali, organizzativi e progetto finalizzato della regione Emilia Romagna
- Integrazione professionale e multidisciplinarietà dei team

di lavoro e dei percorsi

- Medicina ad Indirizzo Oncologico: nuova apertura
- Infermiere Ambulatorio Perimed (continuità del progetto regionale ed ampliamento del team ambulatorio Perimed)
- Qualità dell'assistenza
- Case Management: attivazione del team dei Case Manager
- Sviluppo delle attività di Ricerca
- Pubblicazioni scientifiche da parte delle Professioni Sanitarie
- Progetto regionale Nursing Sensitive Outcome
- Valorizzazione del know-how aziendale delle Professioni Sanitarie attraverso offerte formative rivolte all'esterno dell'Azienda
- Accredimento O.E.C.I.
- Laboratori di pratica

Le Linee di sviluppo specifiche per il 2012-2013, vengono ulteriormente dettagliate nel documento: "Il modello per intensità di cura e complessità assistenziale: il punto di vista della DPS", che rappresenta il modello di riferimento progettuale e operativo che ha guidato e guida la DPS nello sviluppo e implementazione del modello per intensità di cura e complessità assistenziale presso il S. Maria Nuova.

Sviluppo professionale: Profili di competenza

Prosegue anche per il 2013 la verifica, iniziata nel 2011, relativa allo stato dell'arte del progetto e quindi dello stato dei profili esistenti, del loro livello di revisione, della registrazione dei profili mancanti.

La revisione si è resa necessaria anche in ragione delle trasformazioni e degli sviluppi aziendali che hanno toccato inevitabilmente le competenze dei professionisti, in particolare:

- Riorganizzazioni dipartimentali;
- Revisione del processo d'inserimento e degli strumenti di verifica dei neo-assunti;
- Sviluppo dei modelli organizzativi;
- Sviluppo di competenze cliniche avanzate.

Si evidenzia che per quest'attività di revisione o nuova stesura di profili o matrici di responsabilità è stato coinvolto il responsabile del settore del rischio per le Professioni Sanitarie. Il coinvolgimento nasce, inizialmente da situazioni critiche con richiesta d'intervento per un miglioramento della sicurezza clinica e successivamente dalla consapevolezza che nella stesura dei profili di competenza, soprattutto in vista di un loro impatto sull'organizzazione, sulla sicurezza e responsabilità professionale, la visione del *risk manager* possa essere di aiuto nell'esplicitazione e realizzazione delle competenze.

Nel 2013 sono stati completati i profili di competenza dell'Infermiere di Pediatria e di Neurologia e si è dato avvio

alla elaborazione dei profili di competenza dell'Infermiere di Area Oncologica Rete Oncologica Medica e dell'Infermiere della Rete Oncologica Chirurgica.

**SONO STATI COMPLETATI I PROFILI DI
COMPETENZA DELL'INFERMIERE DI
PEDIATRIA E DI NEUROLOGIA E SI È DATO
AVVIO ALL'ELABORAZIONE DEI PROFILI
DI COMPETENZA DELL'INFERMIERE DI
AREA ONCOLOGICA RETE ONCOLOGICA
MEDICA E DELL'INFERMIERE DELLA RETE
ONCOLOGICA CHIRURGICA.**

In concomitanza si è proceduto alla elaborazione/revisione dei profili di competenza distintivi di:

- Infermiere di Ematologia BCM
- Infermiere di Ematologia DH
- Infermiere di MIO
- Infermiere di Medicina Nucleare
- Infermiere di Radioterapia
- Tecnico di Radiologia di Radioterapia
- Tecnico di Radiologia di Medicina Nucleare
- Tecnico della Prevenzione
- Mappatura delle competenze del Tecnico di Laboratorio di Anatomia Patologica

Facendo leva sulla visita di accreditamento OECl (Organisation of European Cancer Institutes) prevista per febbraio 2014, si è proceduto all'elaborazione e alla revisione dei profili di competenza dell'Area Oncologica; quanto prodotto è frutto di condivisione dei professionisti appartenenti ai diversi contesti. Il confronto è stato molto produttivo e ricco di stimoli allo sviluppo ed al miglioramento.

Si può considerare in questo ambito anche il progetto sul tema dell'Inserimento dell'OSS in Sala Operatoria. Promosso sin dall'anno 2000 dalla Regione Emilia Romagna, l'inserimento dell'operatore socio-sanitario (OSS) come parte integrante dell'equipe operatoria ha rappresentato un importante esempio di riprogettazione organizzativa e di sviluppo della professionalità degli operatori. A 13 anni di distanza dall'adesione del Santa Maria Nuova al progetto, che era parte del più ampio Progetto di valorizzazione dell'Infermiere, la Direzione delle Professioni Sanitarie ha voluto creare uno spazio di riflessione su questa esperienza che ha dato l'opportunità di introdurre nel tempo diverse innovazioni. Il bilancio dell'esperienza è stato fatto attraverso tre Focus Group ai quali hanno partecipato 25 operatori delle Sale Operatorie (Coordinatori, Infermieri, OSS), coinvolgendo chi era presente sin dall'inizio del Progetto, anche se oggi operativo in altri reparti. La progettazione, la realizzazione e l'elaborazione dei Focus Group sono state oggetto del project work per il conseguimento di un Master in Coordinamento.

**Progetti professionalizzanti collegati a percorsi di
miglioramento: Progetto Iside e progetto Ulisse**

Progetto Iside: analisi del processo d'identificazione delle Diagnosi infermieristiche

Il progetto iniziato nel 2009, ha coinvolto gli infermieri e il rispettivo coordinatore di sette unità operative: Lungodegenza, Medicina 1°, Medicina 3°, Lungodegenza, Urologia, Room chirurgie, Room ortopedia e i tutor del Corso di Laurea in Infermieristica come docenti/facilitatori. Nel 2011 ha avuto pieno sviluppo la formazione inerente il Progetto Iside secondo il modello NANDA NIC_NOC in tutte le sette strutture.

Le strutture organizzative che hanno continuato il percorso sono state: Medicina 3, Urologia, Pneumologia, Lungodegenza. La struttura di Medicina 1° e la sezione del Room Chirurgico hanno interrotto il percorso; la prima per forti trasformazioni del gruppo (poca stabilità di personale per numerose gravidanze/maternità), il secondo per la valutazione da parte di diversi infermieri che il modello NANDA non sia applicabile alla tipologia di pazienti di terapia intensiva post-operatoria.

L'incontro di formazione, dedicato alla condivisione dei diversi percorsi, ha coinvolto tutti i Coordinatori e il personale infermieristico di Room Ortopedia, Pneumologia, Medicina 3, Lungodegenza, Urologia. Lo scambio delle diverse esperienze di percorso e di elaborazione delle diagnosi infermieristiche, ha consentito di cogliere lo sviluppo complessivo del progetto e le potenzialità d'innovazione che porta con sé.

Di particolare significato è stata la realizzazione del programma di presentazione del Progetto Iside a livello aziendale, dal Collegio di Direzione, per arrivare ai Comitati di Dipartimento. La presentazione al Collegio di Direzione ha riscosso particolare interesse ed è stato apprezzata e valorizzata dalla Direzione Aziendale, nonché da diversi Direttori di Dipartimento. Anche la presentazione ai Comitati di Dipartimento ha suscitato interesse e per certi aspetti, curiosità di comprendere un mondo professionale conosciuto secondo altri parametri di riferimento operativo, certamente più esecutivi e meno "intellettuali".

La prosecuzione dei lavori e l'utilizzo sul campo del modello hanno tuttavia reso evidenti le criticità legate al turnover del personale formato e soprattutto alla necessità di adottare il modello delle Diagnosi Infermieristiche in modo sistematico, anche attraverso appropriati strumenti di lavoro, soprattutto a livello informatico. Il 2013 ha visto un momentaneo rallentamento del progetto che dovrebbe ricevere energia vitale dall'introduzione della cartella informatizzata; cartella informatizzata che è stata introdotta come prima tappa del percorso di implementazione nella struttura di ematologia.

Progetto Ulisse: il metodo scientifico nella pratica

Il progetto di formazione alla Metodologia della Ricerca è stato denominato "Progetto Ulisse"; il riferimento al personaggio omerico simboleggia ciò che, in termini "moderni", può rappresentare: il viaggio e il desiderio di conoscere.

Il corso di formazione si propone la promozione e la diffusione della cultura della ricerca scientifica in ambito clinico ed è rivolto a tutti i professionisti afferenti alla DPS (Direzione delle Professioni Sanitarie), con priorità (temporale) per i professionisti che ricoprono ruoli di coordinamento e per i professionisti che appartengono ai Dipartimenti Oncologico e Tecnologie Avanzate.

Obiettivi del progetto sono:

- Accrescere le conoscenze teoriche in tema di metodo scientifico e metodologia della ricerca clinico/assistenziale;
- Fornire abilità pratiche: identificazione di problemi clinici, saperli trasformare in quesiti di ricerca, bozza di costruzione di un progetto di ricerca.
- Stimolare comportamenti/aspetti relazionali ed etici: sviluppare consapevolezza rispetto al valore professionale della partecipazione a progetti di ricerca, tenendo conto dei risvolti etici della ricerca clinica.
- Far conoscere la nuova struttura Unità di Ricerca & EBP delle professioni sanitarie.

Sono state definite cinque fasi per la realizzazione del progetto formativo che si sono svolte senza variazioni rispetto il programma pattuito (2009/ 2013); nel 2013 sono proseguiti i corsi di base con la docenza dei formatori interni e la formazione di approfondimento con la consulente ed esperto.

**IL CORSO DI FORMAZIONE ULISSE
SI PROPONE LA PROMOZIONE E LA
DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELLA
RICERCA SCIENTIFICA IN AMBITO CLINICO
ED È RIVOLTO A TUTTI I PROFESSIONISTI
AFFERENTI ALLA DPS.**

Nel corso dell'anno è stato realizzato anche un corso di formazione rivolto alla Rete dipartimentale dei Referenti Ricerca&EBP delle Professioni Sanitarie, con l'obiettivo di fornire una conoscenza di base della grammatica inglese ed il lessico specifico medico scientifico, oltre a strategie di lettura, al fine di permettere una comprensione elementare della letteratura medico-scientifica in lingua inglese, che riguarda la pratica clinica basata sulle evidenze. Il Corso condotto da una docente madrelingua, è risultato particolarmente utile ed efficace ed ha riscosso un altissimo gradimento da parte dei discenti. Il dettaglio di questi progetti è presente nella relazione annuale della funzione Ricerca & EBP della DPS.

Corsi di formazione residenziale accreditata sulla Metodologia della Ricerca di Base.

Il corso base (3 edizioni di formazione residenziale accreditata per il 2013) prevede circa quindici ore di lezioni interattive solitamente suddivise in 2 giornate. È rivolta a tutti i professionisti sanitari, in aule miste, anche se è stato necessario realizzare qualche corso mirato a un target specifico di professionisti. È stato identificato un pool di formatori specifico, selezionato sul campo da un'esperta nel campo della ricerca delle professioni sanitarie, dr.ssa Cristiana Forni, consulente dell'Unità di Ricerca & EBP fin dalle prime fasi.

Nel periodo 2009/2013 sono state effettuate 23 edizioni del corso base con un totale di 538 professionisti formati.

**Ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua
integrazione con le altre figure professionali
nell'assistenza al percorso nascita.**

Nel dipartimento ostetrico-ginecologico e pediatrico, sta proseguendo il progetto sulla comunicazione alle pazienti con gravidanza a rischio elevato (grave prematurità, feti malformati, gravi iposviluppi fetali, morti prenatali, ecc.); tale progetto intende migliorare sia la qualità della comunicazione che l'attenzione/sostegno psicologico delle giovani mamme. L'ostetrica diviene il riferimento per la gestione della donna in gravidanza anche dal punto di vista della rilevazione /attenzione di eventuali disturbi emozionali; non solo le esigenze cliniche ma anche quelle della sfera emotiva sono bisogni, della donna e della famiglia, da individuare e considerare nella strutturazione del percorso assistenziale multidisciplinare governato dall'ostetrica. L'applicazione delle linee d'indirizzo regionali (n° 533/2008) hanno operato una revisione del ruolo dell'ostetrica e dei suoi rapporti con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita. Tale rivisitazione identifica l'ostetrica come la figura competente per distinguere le condizioni fisiologiche della gravidanza da quelle potenzialmente patologiche; l'ambito d'intervento può essere così sintetizzato:

- Accogliere la donna e condurre il colloquio informativo a inizio gravidanza;
- Gestire in prima persona l'assistenza/sorveglianza delle gravidanze a basso rischio valutando il benessere materno-fetale, sia tramite la relazione che attraverso i controlli clinico-sanitari;
- Inviare e seguire la donna in consulenza ad altre figure professionali quando insorgano eventi che modifichino il decorso fisiologico e possano comportare rischi per la salute della madre e del neonato;
- Continuare a prestare l'assistenza di base collaborando con lo specialista medico nell'assistenza alla gravidanza a rischio;

- Organizzare e gestire in prima persona i servizi di accoglienza e presa in carico delle gravidanze a termine a decorso fisiologico e collaborare all'assistenza prestatata dagli specialisti nelle gravidanze patologiche;
- Assistere al travaglio - parto fisiologico;
- Assistere e consigliare la donna durante il puerperio accompagnandola fino alla dimissione dall'ospedale, affidandola alle colleghe del servizio consultoriale, se necessario, per un supporto a domicilio e rispondendo ai bisogni espressi e non espressi della donna e della coppia;
- Assistere il neonato sano e collaborare con gli altri professionisti e specialisti nell'assistenza al neonato problematico.

Attualmente le ostetriche assistono in autonomia le donne con travaglio di parto fisiologico secondo un protocollo interno. Il progressivo coinvolgimento dei professionisti del territorio e la loro azione sinergica in rete porteranno a compimento lo sviluppo dell'autonomia professionale dell'ostetrica.

Infermieri di Pronto Soccorso: un nuovo modello di formazione per l'acquisizione di competenze

Si tratta di un modello che trae leva dalla formazione sul campo e dalla verifica delle abilità e competenze raggiunte; partendo dal presupposto che le competenze e la ricerca del loro perfezionamento sia l'elemento più importante per gestire il cambiamento nelle professioni sanitarie e nelle organizzazioni, si è provveduto alla creazione di un percorso di crescita e sviluppo basato sull'acquisizione di diversi livelli di competenza e la creazione di diverse tappe formalizzate d'inserimento. Se *"la competenza richiede conoscenze, appropriate attitudini e abilità osservabili meccaniche o intellettuali che insieme concorrono all'erogazione di una specifica prestazione professionale (OMS, 1988, p.68) "*, le abilità raggiunte e certificate, agendo in modo strutturato sul percorso di acquisizione, definiscono differenti profili professionali. La sfida che è stata affrontata ha come obiettivi prioritari, da un lato, il mantenimento di una buona qualità assistenziale: ottenuta con la formazione, l'innovazione organizzativa e la cura dell'aspetto motivazionale; dall'altro, la stratificazione e certifi-

cazione del livello raggiunto (correlato ai profili di competenza) per favorire una visibilità organizzativa e gestionale del processo assistenziale in Pronto Soccorso. Il percorso d'inserimento dei nuovi infermieri prevede diverse fasi:

- Ambulatori d'urgenza (trattamento dei pazienti non critici);
- Ambulatori dedicati all'emergenza (pazienti critici);
- Triage del PS generale;
- Triage del PS pediatrico;
- Passaggio al ruolo d'infermiere esperto (con competenze avanzate).

Ogni passo presuppone un livello professionale e di esperienza minimo raggiunto e certificato mediante: corsi di formazione teorico-pratici (corso neo inserito, ECG, immobilizzazione, ferite...), affiancamento a tutor e infermiere esperto, valutazione formale delle capacità pratiche, superamento di questionari strutturati d'apprendimento (*skill test*). Il progetto formativo si prefigge pertanto di definire chi, partendo dai profili individuati, può passare a un livello superiore formalizzandone competenze/abilità raggiunte. Nel dettaglio, in ordine crescente di professionalità acquisita s'identificano:

- Infermiere base: con competenze minime per gestire ambulatori a bassa complessità;
- Infermiere di sala emergenza: in grado di gestire pazienti critici;
- Infermiere di triage: con competenze tali da gestire i complessi processi di triage, i flussi di pazienti e il lavoro degli ambulatori;
- Infermiere esperto: con competenze tali (personalizzazione e massima qualità degli interventi assistenziali) da favorire lo sviluppo della professionalità infermieristica all'interno dell'organizzazione e l'intervento dei colleghi nel rispetto delle competenze distintive acquisite. Facilita inoltre lo sviluppo di competenze distintive e/o esperie nei colleghi.

Su questa stratificazione, si sono elaborate le diverse domande (semplici quesiti) per le valutazioni di capacità pra-

tiche cui sottoporre i vari infermieri, secondo il grado di competenza raggiunto in quel specifico momento del percorso formativo. Fra i quesiti preparati sono presenti

NEL BIENNIO 2012-13, IL PIANO PROGRAMMA LOCALE RELATIVO AL RISCHIO CLINICO HA VISTO L'ATTUAZIONE DI UNA SERIE D'INCONTRI CON GLI OPERATORI (ATTIVATI COME FORMAZIONE SUL CAMPO) PER INDAGARE I VARI PROCESSI E ASCOLTARE LA VOCE DEI PROFESSIONISTI MEDIANTE ANALISI DELLE SCHEDE D'INCIDENTE.

domande definite "gate"; queste, ovviamente relative ad aspetti fondamentali dell'assistenza e/o della clinica, implicano un'adeguata preparazione e vincolano imprescindibilmente il superamento della prova.

Da un punto di vista procedurale è bene segnalare l'importante lavoro di condivisione e validazione operato dagli infermieri esperti sui quesiti predisposti e la necessità di uniformare atteggiamenti e comportamenti di fronte alle problematiche oggetto di verifica.

Il biennio 2012-2013 ha visto tra i vari progetti di gestione del rischio momenti di analisi e verifica dell'efficacia del percorso d'inserimento iniziato con il team risk management. Il piano programma locale relativo al rischio clinico ha visto l'attuazione di una serie d'incontri con gli operatori (attivati come formazione sul campo) per indagare i vari processi e ascoltare la voce dei professionisti mediante analisi delle schede d'incident (schede di segnalazione spontanea) evidenziando le aree di miglioramento sulle quali intervenire con revisioni e/o progetti finalizzati.

Infermieristico e risk management

La diffusione a livello aziendale dei valori/principi della gestione del rischio, conseguenza di alcune scelte sul piano della sicurezza (alfabetizzazione della popolazione professionale, disponibilità del gruppo/persona referenti, presa in carico delle richieste/bisogni dei professionisti) hanno aumentato, da un lato, la consapevolezza della responsabilità personale intesa come capacità di incidere sulla sicurezza e sul senso di appartenenza al sistema e, dall'altro, la necessità di potenziare e salvaguardare il radicarsi di alcuni valori: integrazione, ascolto libero da pregiudizio, confronto e condivisione. Non si tratta di affermazioni pleonastiche ma di necessità emergenti via via che i gruppi di lavoro si strutturano. Le attività eseguite nel 2012, sono volte a:

- Accrescere la cultura del rischio nelle strutture (modalità di approccio) valorizzando le persone;
- Implementare l'utilizzo degli strumenti tipici della gestione del rischio;
- Favorire l'autonomia applicativa locale;
- Attivare una comunità di pratica aziendale.

Sono proseguiti, nel 2013, i corsi di formazione di base sulla cultura della gestione del rischio con 3 edizioni programmate ed effettuate per permettere la formazione dei neo - assunti. L'imponente alfabetizzazione messa in campo ha visto formati nel 2013, circa 80 operatori, con un totale aziendale di circa 1300 operatori formati dall'inizio dell'attività. Inoltre, con il Servizio di Medicina Legale, si sono realizzati eventi formativi aziendali sui temi della responsabilità professionale, del consenso informato, della tenuta della documentazione sanitaria.

La fase di training cultura/allineamento aziendale ai temi del rischio è proseguita, quindi, nei singoli Dipartimenti e/o

Strutture, attraverso il supporto da parte dell'Unità per la Gestione del Rischio e della Sicurezza, alla pianificazione ed all'implementazione di progetti attinenti ai temi di governo del rischio clinico, che, partendo da quanto già in essere e alla luce del percorso formativo citato, consentano di migliorare o introdurre procedure di sicurezza clinica. Per la realizzazione dei progetti specifici per ogni struttura aziendale sono stati avviati eventi formativi adottando la metodologia della Formazione sul Campo.

In accordo con il gruppo di progetto aziendale, diversi sono i lavori/incontri iniziati con i vari dipartimenti, che citiamo: chirurgico, medicina di laboratorio, emergenza urgenza, radiologico, ostetrico ginecologico. Un dettaglio dell'attività e finalità istituzionali sono presenti e possono essere consultate nel piano programma Aziendale nella intranet alla pagina gestione del rischio clinico.

Si precisa che spesso nei lavori intrapresi è stato utilizzato lo strumento FMECA (Failure Mode and Effect Analysis - Failure Mode and Critical Effect Analysis) non solo per la sua semplicità, ma anche per le sue caratteristiche intrinseche, che si addicono al nostro bisogno in modo

LA MAPPATURA DEI RISCHI AZIENDALI E LA PREDISPOSIZIONE DI UN REGISTRO DEI PERICOLI PASSA NECESSARIAMENTE DALLA DIFFUSIONE DI UNA NUOVA CULTURA ORIENTATA NON ALLA RICERCA DEL COLPEVOLE, BENSÌ ALL'APPRENDIMENTO DAGLI ERRORI.

straordinario: consente un'aggregazione dei gruppi, insegna a trovare le criticità, aiuta ad acquisire un atteggiamento non giudicante e soprattutto permette ai vari professio-

nisti di tracciare i limiti del ruolo definendo spazi operativi, specificità e modalità d'integrazione uscendo da schemi prefigurati e visioni di parte.

Le analisi condotte evidenziano un incredibile sforzo di tutti per far funzionare al meglio il sistema e dare qualità all'utente; che rimane consapevolmente (a onore di noi tutti) il riferimento primo e ultimo dell'operato. Emergono tuttavia numerosi ambiti di miglioramento; si tratta di situazioni contenute e sicuramente affrontabili con la filosofia del risk management e la creazione di barriere e/o attivazione di gruppi di miglioramento. La considerazione finale è che la gestione del rischio può essere un'opportunità per l'integrazione e l'aumento della percezione di benessere degli operatori andando anche a ridurre le frizioni fra i diversi ruoli.

Una riflessione è rivolta a quei settori che non desiderano cimentarsi in analisi di processo, ma desiderano o vorremmo che iniziassero a lavorare sulla sicurezza. Varie le possibilità nel panorama della gestione del rischio; si potrebbe ipotizzare di introdurre in modo sistematico e graduale, con il supporto del gruppo aziendale risk, altre modalità/strumenti, tra:

- Riunioni per la sicurezza;
- Modalità d'implementazione linee guida e procedure aziendali ritenute importanti per rischio;
- Safety walkaround;
- Audit clinici.

Altro strumento utilizzato in azienda è rappresentato dalla scheda di Incident Reporting: oggetto di "campagne promozionali" per implementarne l'utilizzo.

È risaputo, infatti, che la mappatura dei rischi aziendali e la predisposizione di un registro dei pericoli passa necessariamente dalla diffusione di una nuova cultura orientata non alla ricerca del colpevole, bensì all'apprendimento dagli errori. Considerare l'errore come fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato a sbagliare, è una strategia vincente già adottata con successo in altri contesti. Accanto al sistema di incident reporting regionale, al fine di sensibilizzare ulteriormente gli operatori, sono stati messi a punto strumenti semplificati di segnalazione, condivisi con gli operatori del settore interessato: vedasi la scheda semplificata di incident reporting per la rilevazione di eventuali errori nel processo di gestione del farmaco, la scheda specificamente finalizzata per la Radiologia, il PS, il 118, ... Schede inserite nell'intranet aziendale all'indirizzo "gestione del rischio clinico" della pagina home.

Nel corso del 2013, sono stati poi strutturati incontri ad hoc per confrontarsi sulle segnalazioni effettuate; alcuni predisposti come veri e propri audit, altri, per le caratteristiche di esecuzione, più correttamente annoverati come incontri per la sicurezza. Si tratta di incontri volti da un lato a favorire/potenziare la cultura della segnalazione e dall'altro un momento di condivisione delle criticità per l'attivazione di percorsi di miglioramento sfociabili in potenziali barriere.

Attivazione ambulatorio accessi venosi e picc team

Le più recenti raccomandazioni infermieristiche suggeriscono di valutare precocemente il rischio di danno vascolare cui il paziente può essere esposto durante il trattamento per scegliere il presidio più idoneo. Il progetto prevede che la gestione della terapia infusiva sia affrontato come un processo integrato in un percorso assistenziale più ampio, che partendo dall'assessment effettuato già al primo contatto con la struttura ospedaliera, tenga in considerazione, secondo un approccio olistico e interprofessionale, le condizioni fisiche/biologiche dell'individuo malato, le sue necessità specifiche irrinunciabili quale titolare di una propria vita di relazione, le necessità terapeutiche e clinico assistenziali.

La possibilità di disporre di un accesso venoso idoneo e sicuro diviene l'elemento cardine di tutto il progetto. L'attivazione e diffusione aziendale di nuovi presidi e modalità

applicative passa anche attraverso la creazione di team dedicato, l'attivazione di ambulatorio specifico e la formazione/informazione degli operatori.

L'impatto sull'azienda può ragionevolmente essere così riassunto:

- Introduzione di nuove modalità di presa in carico dell'accesso venoso;
- Utilizzo quotidiano dei nuovi presidi che integrano quelli già disponibili in azienda con supposto miglioramento nell'utilizzo dei cateteri venosi centrali "classici";
- L'implementazione di nuove pratiche basate sulle evidenze;
- Aumento della sicurezza e comfort del paziente
- Potenziamento della capacità di relazione, intesa come confronto intra ed interprofessionale per la creazione di criteri condivisi di applicazione ed utilizzo dei device vascolari.

L'attuazione del progetto richiede di presidiare alcuni aspetti che possono essere ritenuti critici e che in qualche modo determinano la struttura concreta del disegno: una carenza culturale sul tema globalmente intesa e la carenza di competenze tecniche specifiche per l'applicazione.

Alla fine del 2013 lo stato dei lavori vede questa situazione:

- Conclusa la formazione del gruppo base di professionisti che hanno così concluso il percorso attivato con la frequentazione del corso del Dott. Pittiruti presso l'ospedale Gemelli.
- L'applicazione dei device avviene in modo sistematico per i pazienti dell'oncologia e saltuariamente per altri reparti in base alle urgenze.
- La mancata diffusione a livello aziendale dell'informazione del gruppo PICO e del programma di richiesta applicazione catetere venoso centrale è correlata alla mancata attivazione dell'ambulatorio e a vincoli quindi logistici ed organizzativi.
- Predisposto programma informatizzato con servizio informatico per la registrazione degli accessi venosi impiantati e creazione di data base: non ancora condiviso con operatori.

ALLA FINE DEL 2013 L'APPLICAZIONE DEI DISPOSITIVI VENOSI AVVIENE IN MODO SISTEMATICO PER I PAZIENTI DELL'ONCOLOGIA E SALTUARIAMENTE PER ALTRI REPARTI IN BASE ALLE URGENZE

Si evidenzia che con l'implementazione dell'applicazione dei vari device vascolari cresce l'attenzione al letto venoso

e la concomitante necessità di potenziare le competenze soglie relative all'applicazione e cura di nuovi device nelle varie strutture. Come prevedibile, la mancanza fino ad ora perpetuata sulla corretta presa in carico del letto venoso, all'aumentare della cultura specifica e dell'attenzione alla

sicurezza sta mostrando la sua vera natura di disservizio per cui le varie strutture stanno chiedendo di poter inserire i med-line e di accedere al gruppo PICC. Si sono tenuti incontri con i vari coordinatori per definire un percorso di implementazione, per il quale verrà presentato un progetto come integrazione del progetto PICC nel Budget 2014.

Risk e Progetto cadute

È stata stilata la "linea guida per la prevenzione e gestione delle cadute in ospedale" con la successiva diffusione ai reparti, attraverso le abituali modalità aziendali. La linea guida aziendale è un adattamento della linea guida prodotta dal Victorian Quality Council -Safety and Quality in Health 2004, dal titolo "minimising the risk of falls and fall-related injuries. guidelines for acute, sub-acute and residential care setting". Il documento aziendale è stato adattato e integrato, quando ritenuto utile al contesto locale, con alcune raccomandazioni di altre linee guida e con nuove evidenze emerse da lavori pubblicati successivamente al licenziamento della stessa, cercando di mantenere una de-

È PROSEGUITA NEL 2013 LA DIFFUSIONE DELLA NUOVA SCHEDA INFORMATIZZATA PER LA SEGNALEZIONE DELLE CADUTE ACCIDENTALI MEDIANTE PRESENTAZIONE AI CORSI BASE SULLA CULTURA DELLA SICUREZZA E INFORMATIVA AI COORDINATORI.

finizione omogenea dei livelli di evidenza. Non sono state considerate le raccomandazioni dichiaratamente riservate alle strutture residenziali territoriali, mentre i riferimenti bibliografici, relativi alle integrazioni, sono stati riportati nella bibliografia.

La stesura della linea guida ha dato la possibilità di creare una scheda di segnalazione cadute informatizzata, partendo dal form cartaceo utilizzato durante la sperimentazione delle schede di valutazione del rischio caduta; tale scheda informatizzata è reperibile sul sito della intranet nella pagina della gestione del rischio. L'informativa e l'utilizzo dello strumento d'incident sono stati specificati oltre che al Collegio di Direzione, ai coordinatori mediante mail esplicativa. Nel corso del 2013 è proseguito il tentativo d'implementare la diffusione della nuova scheda informatizzata per la segnalazione delle cadute accidentali mediante presentazione ai corsi base sulla cultura della sicurezza ed informativa ai coordinatori: si segnala un netto aumento delle segnalazioni informatizzate rispetto quelle cartacee, che rimangono tuttavia ancora rilevanti. Sono iniziati alcuni momenti di restituzione macro sulle schede inviate, con l'obiettivo di diffonderne l'utilità a fini professionali ed attivare progetti di miglioramento locali.

Risk e Terapia Informatizzata

Prosegue a livello Aziendale l'informatizzazione del processo di prescrizione somministrazione del farmaco; nell'anno 2013 sono proseguiti i corsi di formazione all'utilizzo del sistema.

I corsi di formazione sono stati tenuti per singolo operatore, nel caso di personale di nuovo inserimento, oppure a gruppi ristretti in caso di inserimento del sistema in una nuova struttura. Tutta la formazione al personale sanitario interessato è stata regolarmente accreditata con formazione sul campo attivata dall'ufficio farmaceutico.

Nel corso dell'anno si sono tenuti diversi incontri con la responsabile del progetto a livello farmaceutico ed il gruppo risk aziendale per integrare e coordinare in modo sinergico attività e forze nell'applicazione del progetto. Risapute le potenzialità del sistema per la gestione del rischio in ambito farmacologico come note ormai le modalità per bypassare le barriere messe in campo. Partendo da riflessioni su tali gaps si è convenuto utile un monitoraggio dei dati con reports trimestrale visibile nella cartella del sito intranet del servizio farmaceutico; tali report sono stati resi visibili al responsabile risk per DPS, al risk manager aziendale, ai RID ed ai coordinatori per eventuali interventi di miglioramento. L'estensione del progetto in azienda ed il numero di operatori coinvolti hanno fatto ritenere necessario l'attivazione di un referente infermieristico per struttura che coadiuvi le farmacisti e funga da base esperta all'interno del gruppo: le strutture hanno individuato un tutor denominato "Superuser".

Gli infermieri superuser sono stati coinvolti in un progetto formativo, con il supporto dei responsabili infermieristici di reparto, dipartimentali e il referente della gestione del rischio della DPS, al fine di supportarne l'inserimento dal punto di vista della gestione del sistema, fornendo spunti per il miglioramento all'interno delle singole strutture, in collaborazione con il Responsabile di progetto.

Per ciò che concerne le nuove attivazioni, nel corso del 2013 si è proceduto all'implementazione nei 3 reparti già individuati per completare il Dipartimento Chirurgico e la rimodulazione di alcuni reparti già arruolati, in particolare:

- S.C. di Endoscopia digestiva
- S.C. di Chirurgia Senologica
- Degenza breve e strutture ivi afferenti
- Dipartimento Medico per Intensità di Cura (così come avvenuto per il Dipartimento Chirurgico: configurazione utenti, uniformità turni, profili, protocolli, parametri, ridefinizione mappe e griglie di validazione).

Inoltre, nel 2013 si è anche intervenuti sul programma di sala operatoria easy salonet per consentire al personale di sala operatoria di interagire con il programma PSC di terapia informatizzata. Questo intervento consente, agli operatori abilitati, di registrare direttamente sul foglio uni-

co di terapia consentendo una puntuale registrazione di quanto effettuato a vantaggio di una corretta tenuta della documentazione ed una maggiore sicurezza del paziente. Il servizio farmaceutico si è fatto carico della formazione necessaria agli operatori di tutti i comparti.

Percorso Piede Diabetico

Si tratta di un progetto interdipartimentale e interprofessionale (Ortopedia, Angiologia, Diabetologia, Medicina, Malattie Infettive) volto a migliorare atti/metodiche chirurgiche e processi assistenziali incidendo sulla qualità della prestazione, sui tempi di guarigione e sulla qualità di vita degli utenti affetti da piede diabetico. Il progetto, che si prefigge di formalizzare il percorso e trattamento del piede diabetico in ambito ospedaliero, necessita della presa in carico congiunta di più specialisti/professionalità. Nuove conoscenze e tecnologie innovative sono state oggetto di apprendimento e addestramento per gli operatori, che hanno al contempo dovuto affinare le capacità comunicative inter e intra-professionali facendone oggetto di prassi quotidiana. Lo stato dell'arte vede al momento definiti e alquanto scorrevoli i percorsi di presa in carico sia da parte dell'ambulatorio diabetologico, fulcro del percorso, che delle unità operative coinvolte nel progetto. L'ambulatorio redige il registro della patologia e, secondo le linee

IL PROGETTO, CHE SI PREFIGGE DI FORMALIZZARE IL PERCORSO E TRATTAMENTO DEL PIEDE DIABETICO IN ABITO OSPEDALIERO, NECESSITA DELLA PRESA IN CARICO CONGIUNTA DI PIÙ SPECIALISTI/PROFESSIONALITÀ.

del case management, definisce il percorso ottimale del paziente e le sue necessità di cura e assistenza. Oggetto di confronto interprofessionale sono state: la codifica del percorso, la definizione delle tappe con la relativa tempistica e l'introduzione di una linea guida sulle ferite difficili. Il personale infermieristico ha poi dovuto acquisire le necessarie competenze sulle medicazioni avanzate, sull'utilizzo del gel piastrinico e sulla VAC therapy. La "competenza esperta" infermieristica così come l'interazione con gli altri professionisti del percorso hanno permesso di raggiungere ottimi risultati permettendo, in alcuni casi con grave perdita di sostanza, di ricorrere al trapianto cutaneo autologo. Permangono naturalmente alcune criticità da risolvere sia di natura organizzativa che relazionale; anche il versante della continuità assistenziale e della presa in carico sul territorio necessita di ulteriori aggiustamenti sui quali si sta cercando di intervenire, con la collaborazione della domiciliare e della dirigenza ASL.

Progetto Peri-operatorio

Prosegue, in collaborazione con Regione e Università, il percorso per l'applicazione di un nuovo modello organizzativo per l'allargamento delle competenze infermieristiche nel peri-operatorio mediante corso di formazione specifico con l'università di Parma. Tale corso è finalizzato alla costruzione di un portfolio di competenze avanzate per l'assistenza infermieristica peri-operatoria, in linea con le esperienze anglosassoni. Il lavoro messo a punto dall'NHS Education Scotland Working Party (NES 2001-2002), ha fornito importanti basi per programmi di pratica specialistica, riconoscendo l'esigenza di fornire chiari descrittori di "competenze avanzate" per l'assistenza peri-operatoria infermieristica, individuandone 17. In realtà europee e americane, l'organizzazione dell'attività peri-operatoria e dei blocchi operatori, si basa su modelli che prevedono l'utilizzo dell'infermiere con competenze che in Italia sono ancora appannaggio del personale Medico. Il modello "fast track surgery" permette di processare trattamenti chirurgici con la partecipazione attiva dell'infermiere responsabilizzato sull'esecuzione di parte dei processi di cura; nella comunità scientifica è frequentemente utilizzato il termine "Nursing peri-operatorio", che racchiude tutte le fasi dell'esperienza chirurgica del paziente (pre - intra - post-operatorio). Il campo specifico dell'assistenza infermieristica peri-operatoria include un'ampia varietà di funzioni assistenziali integrate con gli interventi medici.

Il progetto intende implementare la qualità dell'assistenza peri-operatoria con azioni specificamente rivolte a:

- Aumentare il livello di sicurezza del processo
- Adeguare l'offerta di assistenza ai livelli di qualità percepita e attesa del cittadino
- Ottimizzare le risorse disponibili per la gestione del processo di cura
- Implementare l'interfaccia territorio ospedale
- Aumentare il livello qualitativo dei processi di gestione di alcune dimensioni cliniche quali la gestione del dolore
- Individuare il "core competence" delle competenze dei diversi attori in particolare quelli dell'area assistenziale
- Individuare il "core curriculum" sulla base del "core competence" necessario per la costruzione di percorsi di formazione complementare specialistica,
- Costruire il portfolio come strumento per valutare le competenze in ingresso del personale

La fase pre-operatoria rappresenta un momento importante per la corretta impostazione e valutazione di programmi peri-operatori, in quanto caratterizzata da azioni valutative volte a definire il livello di complessità della procedura chirurgica, le condizioni cliniche del paziente, la classe di rischio anestesilogico e la scelta della tecnica anestesilogica.

Sono stati valutati tre percorsi, per il paziente, in funzione della complessità dell'intervento chirurgico (classificazione JK), della tecnica anestesiológica e delle condizioni cliniche del paziente (valutazione MMG classificazione ASA), prevedendo di sperimentare l'integrazione nelle attività di valutazione del team dei professionisti coinvolti (chirurgo, anestesista, infermiere). Si ritiene che l'infermiere, in possesso di competenze avanzate per la medicina peri-operatoria, possa svolgere azioni di valutazione multidimensionale, funzionali all'accertamento clinico pre-intervento e alla valutazione dei problemi assistenziali del paziente sottoposto a intervento minore a basso rischio chirurgico e basso rischio anestesiológico. Sono stati appositamente predisposti strumenti e metodologie di accertamento assistenziale, testati con una fase di sperimentazione ed è stato preparato

**IL MODELLO "FAST TRACK SURGERY"
PERMETTE DI PROCESSARE TRATTAMENTI
CHIRURGICI CON LA PARTECIPAZIONE
ATTIVA DELL'INFERMIERE
RESPONSABILIZZATO SULL'ESECUZIONE DI
PARTE DEI PROCESSI DI CURA.**

strutturalmente un ambulatorio per l'accertamento peri-operatorio (ambulatorio PRIMA) attiguo all'ambulatorio anestesiológico tradizionale presente ai Poliambulatori. Nel 2012 si è provveduto a un ampliamento delle giornate di attivazione dell'ambulatorio PRIMA passando da 2 a 3 giorni la settimana; ampliamento di apertura consolidato nel 2013. Nel corso dell'anno si è cercato, al contempo, d'implementare sia la diffusione e stabilizzazione della nuova cultura di approccio al paziente pre-operatorio che le informazioni relative ai percorsi nel gruppo dei professionisti medici (chirurghi e anestesisti). Ciò nonostante l'ambulatorio PRIMA e, in senso lato, tutto il percorso peri-operatorio ha incontrato ancora e per tutto il corso dell'anno 2013 alcune criticità legate alla corretta compilazione della richiesta e prescrizione del percorso da parte del chirurgo che ha comportato errori di prenotazione dell'ambulatorio con vanificazione delle possibilità ricettive.

Dal punto di vista dell'organico si segnala che nel corso dell'anno 2013 sono state effettuate giornate formative per un allargamento dell'organico; si è trattato di una formazione mirata a pochi infermieri del settore Poliambulatori per favorire il tourn-over all'interno dell'ambulatorio. Il corso accreditato dall'ASMN di Reggio Emilia ha fondamentalmente ricalcato, in termini di contenuti e tirocinio pratico, il corso regionale, consentendo ai discenti di ragguagliare le conoscenze del gruppo precedentemente formato e raggiungere le stesse competenze generali base.

Rete della Ricerca ed EBP (Evidence Best Practice)

La consapevolezza della necessità di disporre di un'organizzazione attenta alla ricerca e al contributo che può derivarne per tutta l'organizzazione e i suoi professionisti,

hanno orientato le attività formative e le modifiche organizzative. In questa ottica è stata formalizzata la rete di referenti dipartimentali per la Ricerca & EBP delle Professioni Sanitarie; si tratta di professionisti motivati e in possesso di competenze di base e avanzate nell'ambito della metodologia della ricerca e dell'EBP, oltre alla conoscenza dell'inglese. La funzione precipua è di stimolare l'attenzione dei *professionals* al tema e implementare il processo di utilizzo della ricerca, promuovendo un approccio nuovo ai problemi. È stato elaborato un profilo di competenze soglia del referente dal quale muovere per le azioni future, ivi compresa la formazione a supporto delle nuove competenze specifiche d'acquisire. Tra gli obiettivi base, oltre allo sviluppo delle competenze soglia, la condivisione di un linguaggio comune. Il profilo di competenze soglia del Referente Dipartimentale per la Ricerca/EBP prevede:

- Competenze metodologiche di base (definizione problema, fattori correlati, popolazione, interventi, outcome)
- Competenze relative alla ricerca di letteratura nelle principali Banche Dati generali e specialistiche (EBP)
- Competenze relative alla metodologia della ricerca (protocollo di ricerca, campionamento, strumenti di rilevazione dati)

Per favorire il diffondersi capillare della rete è stato inserito, nella intranet aziendale, un sito specifico per la ricerca con un collegamento di attivazione e richiesta supporto per quesiti di ricerca (EBP *help service*).

Centralizzazione preparazione antiblastici

Si tratta di un progetto "*unità di manipolazione antiblastici*" volto a migliorare la sicurezza dell'utente e dell'operatore (infermiere) non solo per ciò che concerne la manipolazione dei farmaci ma anche l'acquisizione di competenze esperte. Gli obiettivi tengono pertanto conto della standardizzazione /omogeneizzazione delle modalità operative e procedurali, della tracciabilità delle varie fasi del percorso terapeutico con definizione delle responsabilità, dell'implementazione/estensione del programma informatizzato per la prescrizione e registrazione di tutte le terapie da allestire, dell'addestramento per l'acquisizione di abilità esperte.

Centrale di Sterilizzazione e certificazione

La centralizzazione dell'attività di sterilizzazione rappresenta ormai un modello organizzativo che viene largamente adottato nei più importanti centri ospedalieri. Gli indubbi vantaggi di razionalità e funzionalità del percorso, la certificazione di qualità, la rintracciabilità di tutto il processo e l'omogeneizzazione nei comportamenti correlati al processo rendono opportuna l'attivazione di un centro dedicato a tale funzione. La nuova centrale di sterilizzazione è pertanto dotata di un sistema informatico che registra costan-

temente le fasi del processo di sterilizzazione; ogni spazio della centrale è collegato in rete in modo da permettere anche a distanza di tempo, la ricostruzione del percorso di "ricondizionamento" tracciando com'è stato trattato il materiale e chi l'ha trattato. Grande attenzione è stata posta alla relazione e alla creazione di un clima collaborativo con i vari professionisti afferenti alle sale operatorie, per la definizione di protocolli di lavoro e la catalogazione di ogni Kit chirurgico. Il sistema informatico permette non solo di validare le fasi del processo, ma anche di effettuare un controllo sullo strumentario chirurgico, produrre report utili per le programmazioni gestionali e suddividere il prodotto in uscita per specifico Cliente (Sistema centri di costo per unità operativa).

Nel corso del 2013 è stata effettuata un'analisi sul processo principale di centrale "Ricondizionamento dei presidi medico-chirurgici" mediante strumento FMECA (Failure Mode, Effects and Criticality Analysis) per individuare le principali criticità o modalità di errore. Da tale lavoro sono poi scaturiti progetti e gruppi di lavoro per il miglioramento della sicurezza, lavori che proseguiranno per tutto il 2014.

Per sistematizzare il percorso qualità, in linea con analogo percorso della DPS, si è inserito la centrale di sterilizzazione in un percorso certificativo ISO 9001; la struttura è stata certificata dall'ente CERMET nel 2012, 2013 con rinnovo a maggio 2014.

Certificazione Direzione delle Professioni Sanitarie

Da maggio 2011 e fino ad oggi, con rinnovo maggio 2014, la Direzione delle Professioni Sanitarie ha superato la visita di certificazione ISO 9001, da parte dell'ente certificatore CERMET, divenendo la prima Direzione certificata della regione.

Il percorso intrapreso (2008/2013) aveva l'obiettivo di predisporre e implementare un Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) volto a garantire al cliente una prestazione assistenziale rispondente alle esigenze espresse senza perdere la gestione oculata delle risorse date. Lo sviluppo del SGQ ha impattato con la revisione del modello gestionale/organizzativo della Direzione Infermieristica, revisione che è stata impostata dalla Direzione Generale dell'Azienda ASMN. Le attività di analisi di tutti i processi della DPS, già impostate nel corso del 2008/2010, hanno subito un rimodellamento in seguito all'intervenuta revisione del modello gestionale/organizzativo, giungendo alla definizione e condivisione della Mappa dei Processi con l'Alta Direzione e i RID (Responsabile Infermieristico di Dipartimento)/RTD (Responsabile Tecnico di Dipartimento), dalla quale

sono scaturiti gli indicatori di processo e le documentazioni necessarie alla costituzione del Manuale Qualità. Ultimo passo del percorso, il lavoro specifico per la *misurazione e monitoraggio dei processi identificati*; volto a dare trasparenza all'impianto gestionale e alla valutazione dei risultati sulle 3 dimensioni individuate nella Scheda Progetto:

- Attese dell'utenza: evidenza dei processi e loro verificabilità,
- Attese degli operatori: chiarezza e trasparenza di procedure e processi,
- Attese dell'organizzazione: omogeneità ed efficienza di percorsi e procedure.

Tutto l'impianto ha visto la sua massima espressione applicativa nell'aprile 2011, giungendo a certificazione con la visita Cermet di Maggio.

Gli anni 2012 e 2013 hanno richiesto l'adeguamento e la stabilizzazione di quanto prodotto a seguito del rilievo e i suggerimenti formulati in sede di visita,

consentendo uno sviluppo del SGQ con un rinnovo del certificato anche per il 2014 da parte dell'ente CERMET.

L'elevata consapevolezza e l'orientamento nei confronti delle esigenze implicite ed esplicite dei destinatari dei servizi offerti, portano a trovare nel Sistema Qualità un "valore aggiunto" per il governo, la conduzione e il presidio dei diversi servizi gestiti.

"L'interesse e la ricettività, dimostrati anche in relazione ad argomenti specifici affrontati e discussi durante le attività di valutazione, rendono apprezzabile un clima interno dinamico e proattivo nel confrontarsi e proporre soluzioni. Motivazione, capacità e competenza sostengono le complessità, anche organizzative, correlate alle attività svolte; forte l'impegno per promuovere una gestione "interattiva" di strumenti metodologici e operativi condivisi. La finalità è di garantire processi e servizi che siano strumenti a disposizione dei professionisti e dell'organizzazione per il miglioramento dei processi di cura (Da verbale visita certificativa)."

Riorganizzazione dell'ospedale per intensità di cura e complessità assistenziale: opportunità per le professioni sanitarie

La revisione dell'impianto organizzativo basato sul modello dell'intensità di cura e complessità assistenziale può accompagnare le professioni sanitarie verso una rivisitazione e ampliamento dei ruoli e delle competenze professionali. Partendo dal presupposto che le persone/professionisti costituiscono l'elemento centrale del patrimonio delle Aziende sanitarie e pertanto: disponibilità, saperi, esperienze, conoscenze professionali, capacità, impegno, ne de-

DA MAGGIO 2011 E FINO AD OGGI, CON RINNOVO MAGGIO 2014, LA DPS HA SUPERATO LA VISITA DI CERTIFICAZIONE ISO 9001, DA PARTE DELL'ENTE CERTIFICATORE CERMET, DIVENENDO LA PRIMA DIREZIONE CERTIFICATA DELLA REGIONE.

terminano in modo fondamentale funzionalità e risultati, si è cercato di ottenere la massima condivisione possibile sul percorso di attivazione del modello di cura. È evidente che processi di cambiamento organizzativo e gestionale così profondi e radicali, devono essere sostenuti con appropriati percorsi formativi e informativi per diffondere conoscenze ed esperienze utili alla comprensione del modello e alla sua contestualizzazione: quando si parla di Ospedale per intensità di cura, non si deve pensare a un Modello precostituito, quanto ad una filosofia organizzativa che può ispirare l'innovazione nel funzionamento dell'Ospedale.

Il passaggio dal concetto di "posto letto" al concetto di "intensità di Cura", applicato ai diversi Setting assistenziali, consente l'allocazione/distribuzione delle professionalità in base alle competenze espresse/necessarie e sollecitano le professioni sanitarie verso un'impostazione multidisciplinare, anziché specialistica. È stato inoltre necessario procedere all'individualizzazione di "Figure collanti" (ad es. case manager, bed manager, discharge manager) in grado di accompagnare il classico ruolo di Coordinamento all'interno delle Strutture e definire la necessaria stratificazione delle competenze nei diversi Setting assistenziali. Per monitorare il cambiamento organizzativo nei diversi setting assistenziali coinvolti nella riorganizzazione per Intensità di cura e Complessità assistenziale, è stata intrapresa uno studio osservazionale before/after dal Titolo "La pratica collaborativa tra Medici e Infermieri" con l'obiettivo di analizzare l'influenza di alcuni fattori psicosociali, quali l'autoefficacia, l'identificazione professionale, l'identificazione con l'UO e la percezione del clima lavorativo nell'UO, e di alcuni predittori strutturali (per es. UO di lavoro), prima del cambiamento organizzativo e successivamente dopo un tempo definito. A supporto dello sviluppo organizzativo delle Piattaforme coinvolte, sono state promosse Visite documentative verso realtà

Aziendali che più di altre hanno seguito questa innovazione organizzativa. (Relazione Progettuale "Riorganizzazione per intensità di cura e complessità assistenziale).

Il progetto si è prefisso di impostare la gestione dei 3 Setting Assistenziali (DEU; Area medica e Area Chirurgica) secondo un modello organizzativo per intensità di cura con l'obiettivo di:

- Ridisegnare l'assistenza per Intensità di cura, calibrando le risorse a seconda del bisogno clinico-assistenziale del paziente;
- Promuovere un'offerta assistenziale modulare capace di

concentrare le risorse (posti letto, assistenza infermieristica, tecnologie) verso quella popolazione di pazienti caratterizzati da più elevati livelli di complessità clinico-assistenziale;

- Migliorare l'appropriatezza creando le condizioni ideali per i diversi gruppi di pazienti in funzione delle reali esigenze clinico-assistenziali;
- Orientare la cultura dell'integrazione in una logica di gestione per processi, superare l'organizzazione tradizionale improntata alle specialità mediche a favore della costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA);
- Migliorare l'integrazione Ospedale-Territorio

Il 2013 ha visto il consolidamento/monitoraggio del progetto di riorganizzazione per intensità di cura e complessità assistenziale, con:

- la rimodulazione dell'Area Chirurgica, l'attivazione della SIPO, del settore di Alta intensità chirurgica, degli ambulatori per la gestione delle urgenze chirurgiche, oltre allo "shift" delle degenze ordinarie e della degenza breve fra 3° e 5° piano e il conseguente ampliamento dei posti letto di Degenza Breve chirurgica;
- il completamento della piattaforma dell'Emergenza Urgenza (con l'attivazione dell'Admission Unit e dell'Area di Dimissione), la rimodulazione dell'Area Medica, l'attivazione della nuova Struttura di Medicina a indirizzo Oncologico, dell'High Care e della Week Care Medica

con contestuale incremento dei posti letto di Lungodegenza e delle Specialistiche.

La progettazione e la realizzazione della formazione a supporto dell'attivazione della struttura semplice di Medicina ad Indirizzo Oncologico, avvenuta il 4 aprile 2013, è iniziata a novembre 2012 per terminare nello stesso mese del 2013.

Un anno di intensa attività formativa che si è concentrata

particolarmente nei mesi di novembre e dicembre 2012 per la progettazione, e da gennaio a marzo 2013 per la realizzazione degli eventi (allegato Planning Formazione Medicina ad Indirizzo Oncologico 2013). Il fatto che questo programma di formazione sia stato inserito nel Piano DPS e quindi dalla DPS stessa gestito in tutte le sue fasi, è stata una decisione presa dall'Alta Direzione Aziendale.

Nel corso dello svolgimento dei moduli, spesso i discendenti hanno sottolineato la necessità di essere sostenuti da un percorso di formazione continuo, per fronteggiare al

IL 2013 HA VISTO IL CONSOLIDAMENTO DEL PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE PER INTENSITÀ DI CURA E COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE, CON:

- **RIMODULAZIONE DELL'AREA CHIRURGICA**
- **ATTIVAZIONE DELLA SIPO E DEL SETTORE DI ALTA INTENSITÀ CHIRURGICA**
- **COMPLETAMENTO DELLA PIATTAFORMA EMERGENZA URGENZA**
- **RIMODULAZIONE DELL'AREA MEDICA**
- **ATTIVAZIONE DELLA STRUTTURA DI MEDICINA A INDIRIZZO ONCOLOGICO, DELL'HIGH CARE E DELLA WEEK CARE MEDICA.**

meglio le responsabilità individuali e di équipe nella cura e nell'assistenza al paziente ricoverato in Medicina ad Indirizzo Oncologico (MIO).

Nuovi profili emergenti: Case Manager

Nel corso del 2013 si è dato corso al programma predisposto per lo sviluppo della figura del Case Manager: una professionalità che con competenze avanzate si pone come garante dei percorsi assistenziali di ogni singolo assistito preso in carico. Verbali del Collegio di Direzione e dei Comitati di Dipartimento documentano il percorso condiviso e partecipato di tutti i componenti oltre agli incontri che la Direzione Aziendale ha tenuto nei confronti dei professionisti, e delle Organizzazioni sindacali della Dirigenza medica e del Comparto.

L'implementazione della figura del Case Manager (C.M.), nello specifico 3 C.M. in Area Medica e 2 C.M. in Area chirurgica, ha richiesto la pianificazione di un percorso di formazione per sostenere l'acquisizione delle competenze proprie della funzione (vedi profilo di competenza del C.M.) nell'ottica dello sviluppo in progress delle stesse.

Un progress coerente con gli sviluppi organizzativi delle aree nelle quali sono inseriti, secondo le applicazioni contestuali dei modelli assistenziali propri della presa in carico nei percorsi diagnostico - terapeutici - assistenziali e della continuità ospedale e territorio.

La pianificazione della formazione ha seguito prevalentemente cinque traiettorie:

- 1- Formazione universitaria per il ruolo di C.M
- 2- Formazione sul campo per la conoscenza/integrazione con i Servizi Socio- Sanitari territoriali (SID - Casa di Cura convenzionata "Villa Verde")
- 3- Formazione residenziale per l'acquisizione di competenze relazionali e gestione delle conflittualità e competenze informatiche.
- 4- Formazione esterna all'ASMN per facilitare il confronto con modelli applicativi della funzione presenti in altri contesti regionali e nazionali
- 5- Formazione sul campo a supporto dell'elaborazione del Profilo di competenza del C.M. presso l'ASMN.

Obiettivi delle direttrici formative sono state /sono:

- L'acquisizione di conoscenze universitarie in linea con il ruolo e profilo ricoperto. Su tali conoscenze si fonda tutta l'attività potenzialmente esercitabile con il ruolo attribuito; l'expertise non può discendere che da una solida base conoscitiva.
- La conoscenza/integrazione con i Servizi Socio- Sanitari territoriali (SID - Casa di Cura convenzionata "Villa Verde"). Fondamentale diviene per l'esercizio della funzione riconoscere le dinamiche organizzative inerenti la continuità assistenziale ospedale e servizi territoriali con par-

ticolare riguardo ai percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e con patologie croniche che necessitano di una dimissione protetta. Individuare le interfacce di servizio e professionali che connotano i percorsi dei pazienti e delle famiglie che necessitano di una dimissione protetta.

- L'acquisizione di competenze relazionali, gestione delle conflittualità e competenze informatiche. I temi affrontati hanno tracciato una base di formazione, crescita e confronto fra figure professionali che saranno chiamate ad una stretta integrazione dei loro ruoli e delle loro funzioni. La dimensione relazionale e le dinamiche ad essa correlate, sono il terreno di azione quotidiana sul quale tracciare le possibilità della buona riuscita di una collaborazione fra questi attori dell'organizzazione.
- Formazione esterna all'ASMN per facilitare il confronto con modelli applicativi della funzione presenti in altri contesti regionali e nazionali. Uscire dall'autoreferenzialità e sviluppare le capacità di *benchmarking* come caratteristiche intrinseche ad un ruolo orientato all'ascolto, empatia, confronto e pragmatismo.
- L'elaborazione del Profilo di competenza del C.M. presso l'ASMN. Il profilo di competenza intende coniugare, nel nostro contesto organizzativo, l'ampio concetto di responsabilità professionale con la specificità degli obiettivi del servizio in cui tale responsabilità è esercitata.

Nel secondo semestre del 2013 ha avuto inizio un percorso di miglioramento della continuità assistenziale fra ASMN e Lungodegenza di "Villa Verde", per quanto riguarda gli ambiti assistenziali. In particolare si è attivato un confronto fra i Case Manager dell'ASMN e i Case Manager della Lungodegenza di Villa Verde sui temi della trasmissione delle informazioni nella fase che precede la dimissione e nella documentazione infermieristica alla dimissione dall'ASMN. Il progetto prosegue nel 2014 attraverso audit periodici.

Nuove modalità di erogare assistenza: "laboratori di pratica"

Dalle linee strategiche della DPS prende forma l'idea di riconoscere e connotare alcuni percorsi e relativi contesti di sviluppo/innovazione come veri e propri "Laboratori di pratica".

Con l'obiettivo di creare una comunità di pratica fra le persone coinvolte, basata su una comune esperienza e sul comune interesse ad apprendere attraverso lo scambio e l'interazione.

Nel Laboratorio di pratica è infatti possibile "l'apprendimento situato, cioè l'apprendimento che ha luogo nello stesso contesto in cui viene applicato e nel processo sociale dal quale non può essere separato" (Lave, Wenger, 2006).

Per chiarire e contestualizzare il modello delle Comunità

di pratica e dei Laboratori di pratica, è stato realizzato un progetto di FSC rivolto allo Staff della DPS, sostenuto da esperti nel campo della pedagogia degli adulti e della formazione nelle organizzazioni, con cui sono stati delineati i possibili ambiti di applicazione.

L'individuazione degli ambiti ha tenuto conto degli input coerenti con il processo di riorganizzazione e con gli sviluppi dei progetti già in essere non solo sul piano organizzativo, ma anche sul piano dello sviluppo professionale:

- Pianificazione assistenziale attraverso piani standard
- Autovalutazione del livello di performance delle cliniche competenze

Il Direttore della DPS ha presentato quanto elaborato dallo Staff ai Coordinatori, come occasione per "mettersi in gioco" in un'ottica di condivisione e di reciproca crescita. Nel corso del 2014 verranno valutate le disponibilità e quindi le modalità attraverso le quali procedere.

Nuove competenze professionali: "Ecografia per Infermieri"

L'ecografia è un'indagine strumentale multidisciplinare utilizzata da diverse figure professionali sanitarie accomunate da esigenze di approccio rapido e non invasivo al paziente. Gli Infermieri utilizzano l'ecografia secondo il modello "focused": focalizzato al sintomo, al problema assistenziale che il professionista si trova ad affrontare in quel momento, con quello specifico paziente.

L'ecografia infermieristica può rappresentare un efficace aiuto nel ridurre le difficoltà o la morbilità di certe manovre, e può validamente integrare la valutazione infermieristica del paziente. L'applicazione della tecnica trova pertanto spazio:

- negli accessi vascolari periferici per produrre immagini ecografiche che consentano di reperire il vaso e seguire la progressione tissutale e intravascolare dell'ago.
- per la valutazione del globo vescicale e per valutare la progressione e il posizionamento in vescica del catetere vescicale.
- per individuare la presenza di versamento liquido endoaddominale nel paziente traumatico/non traumatico.

Il tema è di particolare attualità in considerazione del fatto che, nel corso degli ultimi anni, l'utilizzo dell'ecografia da parte dei professionisti sanitari opportunamente formati ha avuto uno sviluppo esponenziale grazie anche all'evoluzione tecnologica. Apparecchi ecografici sempre più maneggevoli e performanti hanno dato grande impulso all'utilizzo di questa tecnica in vari ambiti sanitari per impieghi clinici,

diagnostici, interventistici ed assistenziali. L'ecografia diviene uno strumento di uso quotidiano anche per la professione infermieristica ed il suo utilizzo, opportunamente delineato, tende a migliorare le performance assistenziali peculiari della professione ed evita il sovrapporsi di competenze e responsabilità con la figura del medico. Da tempo l'evidenza internazionale è ricca di esempi di ecografia praticata dagli infermieri, con risultati ottimi e prospettive di evoluzione future incoraggianti. L'acquisizione di questa competenza richiede un percorso formativo ad hoc, attraverso un programma di formazione d'aula e sul campo.

Sono 140 i partecipanti delle due Aziende sanitarie reggiane che hanno partecipato ai corsi base tenuti nell'ultimo biennio (2012-2013). L'apertura alla partecipazione di professionisti di altre realtà sanitarie regionali, possibile dal secondo semestre 2013, ha portato in aggiunta 24 adesioni dalle Aziende Sanitarie di Parma, Bologna, Modena, Ferrara.

Le finalità del corso "livello 1" tendono a fornire agli infermieri le conoscenze per l'utilizzo dell'ecografia nel reperimento degli accessi venosi periferici difficili e il riconoscimento e la gestione del globo vescicale. Nel corso "livello 2", oltre agli argomenti della versione base, vengono trattati i concetti relativi alla ricerca del liquido endoaddominale secondo le scansioni FAST (Focused Assessment Sono-

graphy for Trauma). Il progetto di formazione d'aula, si svilupperà, per quanto riguarda i professionisti formati all'interno del Santa Maria Nuova, in un percorso di formazione/addestramento sul campo

da parte di infermieri esperti. I corsi interni e quelli esterni hanno ricevuto ottime valutazioni di gradimento da parte dei partecipanti, i quali hanno riconosciuto le opportunità offerte dall'uso dell'ecografo nella pratica infermieristica ed apprezzato la voglia di andare incontro ad un cambiamento che non si può arrestare.

**L'ECOGRAFIA INFERMIERISTICA PUÒ
RAPPRESENTARE UN EFFICACE AIUTO
NEL RIDURRE LE DIFFICOLTÀ O LA
MORBILITÀ DI CERTE MANOVRE, E PUÒ
VALIDAMENTE INTEGRARE LA VALUTAZIONE
INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE.**

4.5 SISTEMI PREMIANTI E DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

La misurazione e la valutazione dei risultati organizzativi e dei singoli dipendenti pubblici costituiscono una delle direttrici portanti della riforma delle amministrazioni pubbliche avviata con la l.d. n. 15 del 04/03/2009 e che trova il quadro normativo complessivo nel decreto legislativo attuativo n. 150 del 27/10/2009.

All'interno dell'ASMN, nonostante il blocco della contrattazione integrativa e il conseguente pesante rallentamento delle politiche premiali, nel corso del 2013 è proseguita l'attività connessa al sistema di valorizzazione degli operatori attraverso la compilazione delle schede di valutazione. L'iter ha visto i professionisti impegnati sul confronto preventivo tra valutato e valutatore e sulla compilazione della scheda individuale di valutazione. Si è proceduto in parallelo all'espletamento delle procedure di rinnovo degli incarichi di posizione in scadenza attraverso l'attivazione degli appositi Collegi Tecnici.

L'erogazione delle risorse economiche disponibili, per effetto della contrattazione collettiva nazionale, è effettuata ogni anno sulla base di accordi sottoscritti a livello aziendale con le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza, con l'obiettivo di valorizzare i risultati quali-quantitativi perseguiti e conseguiti.

Il sistema d'incentivazione della produttività, per il personale del comparto, è regolato anch'esso da accordi integrativi, il cui impianto generale è stato sostanzialmente confermato negli ultimi anni e può così sintetizzarsi:

1. Erogazione di una quota d'incentivo (pari a circa l'80% del fondo) avviene attraverso un regime di acconti mensili che si basano sulla valorizzazione dei seguenti parametri:

- Qualifica funzionale d'inquadramento;

- Assegnazione a servizi sanitari connotati da particolari criticità/disagi;
- Effettiva presenza in servizio.

2. Quantificazione della quota, a consuntivo, da corrispondere a titolo di saldo, nonché definizione dei fondi da utilizzare per l'attribuzione di specifiche quote incentivanti legate a:

- Riconoscimento di situazioni particolari che si caratterizzano per l'importanza delle funzioni esercitate e per la gravosità del lavoro svolto;
- Attribuzioni connesse ai carichi effettivi di attività inerenti alla libera professione (cui fa seguito una decurtazione oraria in misura concordata);
- Remunerazione di progetti aziendali incentivanti concordati in sede di discussione del budget.

In quest'ultimo ambito, è data particolare enfasi allo spirito di partecipazione, alla condivisione e alla creatività degli operatori per la realizzazione di progetti di varia natura (innovazione, miglioramento, tutoraggio, gruppi di lavoro, ecc.) in linea con gli obiettivi strategici aziendali, cercando, al contempo, di prestare particolare attenzione ai bisogni e alle attitudini professionali degli operatori.

**NONOSTANTE IL BLOCCO DELLA
CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA E IL
CONSEQUENTE PESANTE RALLENTAMENTO
DELLE POLITICHE PREMIALI, NEL 2013 È
PROSEGUITA L'ATTIVITÀ CONNESSA AL SISTEMA
DI VALORIZZAZIONE DEGLI OPERATORI
ATTRAVERSO LA COMPILAZIONE DELLE
SCHEDE DI VALUTAZIONE.**

4.6 LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

Dalle note sulla formazione 2013 fornite dall'Assessorato e dal dibattito scaturito in Collegio di Direzione dell'ASMN-IRCCS, con la presentazione delle linee di indirizzo per la formazione aziendale, sono emerse i seguenti obiettivi strategici da realizzare:

1. Favorire la formazione che determina traslazione delle conoscenze e trasformazione nell'agire per il paziente.
2. Favorire la formazione alla relazione-interazione con il paziente, con i colleghi e con l'organizzazione.
3. Adottare metodologie di formazione integrata: AULA+FAD+FSC
4. Coinvolgere nei momenti formativi tutti gli operatori sanitari dei servizi intermedi (ECM e NON ECM)
5. Ricercare collaborazione formative esterne in ambito AVEN, Regionali, Nazionali ed Internazionali

La formazione trasversale è stata orientata allo sviluppo di relazioni interdipartimentali e tra ASMN e IRCCS. A tal fine sono stati proposti i seguenti ambiti innovativi:

1. Formazione in medicina a indirizzo oncologico
2. Formazione in cure palliative
3. Formazione in riabilitazione

L'ANALISI DEGLI EVENTI FORMATIVI PER OGNI SINGOLO DIPARTIMENTO EVIDENZIA UN SIGNIFICATIVO INCREMENTO DELLE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE, IN PARTICOLARE PER LA FORMAZIONE RESIDENZIALE (+82 EVENTI) E PER LA FORMAZIONE SUL CAMPO (+76).

Tabella 4.6.1: Dati della formazione

Numero complessivo dei dipendenti al 31/12/2013 destinatari dei crediti ECM:	1.950;
Numero eventi formativi:	984 senza edizioni per un tot. complessivo con edizioni di 1.486 eventi ;
FSC:	507 eventi (+82 edizioni) tot 589
Formazione residenziale:	470 (+420 edizioni) tot 890
Formazione a distanza:	7 eventi
Eventi di formazione fruiti da provider esterni:	1112
Autorizzazioni a eventi nazionali sponsorizzati:	247
Autorizzazioni a eventi internazionali sponsorizzati:	76
Totale sponsorizzazioni Italiane ed Internazionali:	322
Corsi ECM aperti a discenti esterni all'Azienda:	49
Rete per l'innovazione e la ricerca in Azienda:	4
Numero di referenti dipartimentali della formazione:	26 (di cui 12 dirigenti e 14 del comparto)
Numero animatori di formazione (animatori delle u.o.):	155 (di cui 40 della dirigenza)
Elaborati	10.912 nuovi questionari di gradimento (573 eventi)
Spesa per la formazione ECM 2013 è	900.000 euro

Tabella 4.6.2: Budget della formazione (valori in Euro)

DIPARTIMENTI	2014	
CARDIO TORACO VASCOLARE E DI AREA CRITICA	70.000	
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICHE	40.000	
DIAGNOSTICA di cui	67.000	
per Immagini		42.000
di Laboratorio		25.000
EMERGENZA URGENZA	80.000	
MEDICINA INTERNA E SPECIALITA' MEDICHE	74.000	
NEURO MOTORIO	40.000	
ONCOLOGICO e TECNOLOGIE AVANZATE di cui	97.000	
<i>Oncologico</i>		45.000
<i>Tecnologie Avanzate</i>		42.000
OSTETRICO GINECOLOGICO E PEDIATRICO	40.000	
INFRASTRUTTURA RICERCA E STATISTICA di cui	60.000	
<i>Statistica e Studi Clinici</i>		15.000
<i>Biblioteca</i>		15.000
TOTALE	568.000	
AREE E SERVIZI	2014	
AREA AMMINISTRATIVA	35.000	
SERVIZIO TECNOLOGIE BIOMEDICHE	12.000	
SERVIZIO TECNOLOGIE INFORMATICHE E TELEMATICHE	10.000	
FARMACIA	10.000	
SERVIZIO FORMAZIONE e INNOVAZIONE CLINICA	27.000	
AREA TECNICA-LOGISTICO ALBERGHIERA E DELLA SICUREZZA	35.000	
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA	16.000	
DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE	60.000	
TOTALE	205.000	
BUDGET FORMAZIONE	2014	
DIPARTIMENTI	568.000	
INIZIATIVE ALL'ESTERO	32.000	
AREE E SERVIZI	205.000	
Formazione trasversale obbligatoria	15.000	
SICUREZZA AZIENDALE ART 37 D.LGS. 81/2008 di cui	80.000	
<i>sicurezza in fisica medica</i>		8.000
<i>sicurezza corso base</i>		15.000
<i>sicurezza tecnologie biomediche</i>		20.000
<i>blsd e pblsd</i>		20.000
<i>comunicazione e gestione stress</i>		15.000
TOTALE	900.000	

Ai fini dell'analisi dell'andamento dell'offerta formativa 2013 riportiamo i dati del numero di eventi prodotti per ogni singolo dipartimento nel 2012 e nel 2013. L'analisi evidenzia un significativo incremento delle attività di formazione, in particolare per la formazione residenziale (+82 eventi) e per la formazione sul campo (+76).

Tabella 4.6.3: Offerta della Formazione 2013: confronto fra dipartimenti

OFFERTA FORMAZIONE 2013: CONFRONTO FRA DIPARTIMENTI			
	formazione Residenziale	F.S.C.	E - Learning
Area Amministrativa	1	0	0
Area Innovazione Tecnologica e Formazione	45	23	1
Area Tecnica-Logistico Alberghiera-Sicurezza	10	4	2
CARDIO-TORACO-VASCOLARE E DI AREA CRITICA	18	57	0
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICHE	28	34	0
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	24	97	0
Direzione delle Professioni Sanitarie	53	41	0
Direzione Operativa	15	13	0
Direzione Sanitaria	0	1	0
EMERGENZA URGENZA	53	20	1
Infrastruttura Qualità - Ricerca - Statistica	76	3	0
MEDICINA DI LABORATORIO	0	0	0
MEDICINA INTERNA E SPECIALITA' MEDICHE	41	49	0
NEURO-MOTORIO	14	33	0
ONCOLOGICO, TECNOLOGIE AVANZATE	24	101	2
OSTETRICO GINECOLOGICO E PEDIATRICO	68	31	1
TOTALE	470	507	7

4.6.3 Lo sviluppo del piano della formazione aziendale (PAF- 2013)

Il Piano Aziendale della Formazione 2013, predisposto per i circa 2.880 dipendenti dell'Azienda, di cui circa 1.950 coinvolti nel programma di ECM, esprime l'impegno del Servizio Formazione volto a valorizzare la propria attività come strategia e strumento per il miglioramento professionale continuo, stimolandone l'agire competente e consapevole per un'adeguata assistenza ai cittadini.

Il Piano della Formazione è messo a punto dalla rete della formazione, che vede attiva ogni struttura aziendale, dipartimento e area da un proprio referente. Egli provvede a redigere il piano di formazione dipartimentale che raccoglie i progetti formativi rivolti agli interni, agli esterni e la formazione da fruire all'esterno. Il PAF viene sviluppato durante l'anno in rapporto ai bisogni formativi trasversali, ma anche via via che nascono bisogni di tipo specifico dei ogni singola struttura.

Il PAF è completato dall'offerta formativa trasversale, obbligatoria o facoltativa rivolta a tutti i dipendenti.

La gestione del PAF ha richiesto l'applicazione dell'analisi dei bisogni formativi rilevato nel 2011/2012, per tutto il triennio. Questo ha permesso la programmazione e progettazione degli eventi, la loro realizzazione e valutazione delle ricadute nell'operatività per i pazienti e nella maturazione di nuove competenze dei professionisti.

Il PAF è stato realizzato ricorrendo al budget della formazione, alle funzioni del Servizio, alle infrastrutture tecnologiche dei siti web, piattaforme e applicativi (tipo SharePoint e biblioteca medica) e alle strutture preposte alla Formazione (11 sale didattiche con relativi impianti audio-video e regie di trasmissione web). Inoltre è attiva una specifica convenzione con il centro E-learning di ateneo (CEA UNIMORE) per la realizzazione di tutti gli eventi formativi da in modalità FAD e per le audio-video-conferenze.

Nel 2013 l'Azienda Ospedaliera ha predisposto un piano di offerta formativa di 1.486 eventi formativi, di cui 1.214 già chiusi e rendicontati al CO.GE.A.PS al 31/03/2014.

Il PAF ad oggi è stato esaustivo nel soddisfare il fabbisogno di crediti del personale sanitario dipendente, in particolare per quello dedicato alla ricerca attivo nell'Infrastruttura Ricerca e Statistica dell'IRCCS.

Il 2013 chiude il triennio 2011/2013 per il quale era prevista l'acquisizione di 150 crediti. Nel calcolo possono essere considerati anche i crediti già acquisiti negli anni precedenti in rapporto inverso al quantitativo dei crediti acquisiti.

NEL 2013 L'AZIENDA OSPEDALIERA HA PREDISPOSTO UN PIANO DI OFFERTA FORMATIVA DI 1.486 EVENTI FORMATIVI.

SONO STATI STANZIATI 80.000 € DAL COLLEGIO DI DIREZIONE PER PROMUOVERE LA FORMAZIONE ALLA SICUREZZA SUL LAVORO RIVOLTA A TUTTI I DIPENDENTI DELL'AZIENDA.

Il Servizio Formazione, con le sue articolazioni, ha visto continuare l'impegno a sostegno della formazione di base rappresentata dalla rete di guide di tirocinio dedicate ai Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche, Tecnici di Radiologia, la formazione specifica per l'abilitazione professionale dei medici chirurghi, del Triennio in Medicina Generale, la formazione per i tirocini delle Scuole di Specializzazione in Medicina e Chirurgia, la formazione per i tirocini in Psicologia Clinica.

Il Collegio di Direzione, nel corso del 2013, ha stabilito l'avvio di una specifica formazione ai sensi dell'art. 37 del

D.Lgs 81/2008 attinente la formazione alla sicurezza; per questo sono stati identificati tutti gli eventi formativi previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 20/12/2012 che ha ridefinito la formazione di base alla sicurezza per tutti i dipendenti, oltre che dei dirigenti preposti; evidenziando la possibilità di realizzare eventi formativi in FAD. Allo stesso tempo è stato dato mandato di sviluppare formazione alla sicurezza in Fisica medica, nell'uso delle Tecnologie biomediche e per l'attenuazione dello stress lavoro correlato. Per lo sviluppo di questi eventi il Collegio di Direzione ha stanziato un

budget di 80.000 E per il 2013.

4.6.4 Provider ECM e comitato scientifico

La Regione Emilia-Romagna, il 22/05/2012, ha riconosciuto l'ASMN-IRCCS come provider provvisorio ECM. Nel 2013 è proseguito nel percorso di adeguamento ai requisiti previsti per il riconoscimento definitivo della funzione di governo e di provider, per questo il Comitato Scientifico, come previsto dalle norme ECM nazionali, è stato adeguato nella composizione e nella funzionalità.

In osservanza alla norma contenuta nell'Accordo Stato-Regioni del 19/04/2012, l'Azienda si è dotata di un Comitato Scientifico ECM dedicato a sostenere la progettazione e a valutare l'offerta di eventi destinati a soggetti interni ed esterni all'Azienda. Tale obbligo è scattato nel maggio del 2012, quando l'Azienda ha acquisito il titolo di provider e il riconoscimento a realizzare attività formative accreditabili per il programma di Educazione Continua in Medicina (ECM).

L'AZIENDA SI È DOTATA DI UN COMITATO SCIENTIFICO ECM DEDICATO A SOSTENERE LA PROGETTAZIONE E A VALUTARE L'OFFERTA DI EVENTI DESTINATI A SOGGETTI INTERNI ED ESTERNI ALL'AZIENDA.

Si è pertanto proceduto alla parametrizzazione dei requisiti per ogni evento, allineandosi alle indicazioni della CN ECM e di quella regionale, per poter procedere all'attribuzione diretta dei crediti ECM ai partecipanti dei singoli eventi. La composizione ed il funzionamento del Comitato, in carica per tre anni, sono regolati dalla Delibera Aziendale 44/2013.

Il Comitato annovera 8 rappresentanti delle diverse professioni che abbiano esperienza nell'ambito della formazione continua. La composizione ed il funzionamento del Comitato, in carica per tre anni, sono regolati dalla Delibera 44/2013. Le funzioni del Comitato Scientifico si sviluppano, oltre che nell'ambito dell'accreditamento ECM, in quello dei diversi livelli del processo formativo aziendale: la predisposizione periodica del fabbisogno formativo dei dipendenti dell'ASMN-IRCCS, la validazione del PAF e la valutazione d'impatto della formazione nel quotidiano dei contesti organizzativi.

Sono compiti del comitato, inoltre, la conferma del responsabile scientifico di ogni evento sulla base della conformità dei requisiti dell'accreditamento ECM; il supporto metodologico alla rete della formazione aziendale in ambito ECM; la valutazione della congruenza formale e sostanziale di ogni singolo evento ECM proposto all'interno del Piano formativo, con le Linee di Indirizzo per la Formazione approvate dal Collegio di Direzione e con gli obiettivi formativi dichiarati dai Dipartimenti/Servizi.

4.6.5 Il questionario di gradimento cambia veste

In applicazione delle indicazioni nazionali che richiedono ad ogni provider organizzatore di eventi formativi la periodica e sistematica attività di verifica relativa alle attività di formazione continua svolte dai professionisti, è stato elaborato dal 2002 il questionario di gradimento, post-evento, compilato da ogni singolo partecipante al termine del corso stesso. In particolare, ai provider delle Aziende Sanitarie Pubbliche viene richiesto di effettuare la valutazione del gradimento in modo da poter correlare l'offerta degli eventi attuata attraverso il Piano Formativo Aziendale, con l'impatto nei vari contesti organizzativi ed operativi, sottolineando l'utilità dell'offerta formativa per il fare quotidiano di ogni singolo operatore.

- Nel 2013 è stata elaborata una nuova versione del questionario di valutazione degli eventi formativi ECM, contenente domande più specifiche che permettono di ottenere valutazioni più

analitiche e particolareggiate di ciascun evento formativo, articolato in 2 macro aree, per cui il questionario si presenta suddiviso in 2 parti (v. tabella sottostante).

Il report statistico e i commenti aperti dei singoli discenti diventano il riferimento per il possibile miglioramento delle riedizioni dei progetti, poiché permette al responsabile del corso di adattare e riprogrammare, a seconda delle valutazioni e dei commenti rilevati con il questionario.

Questo dimostra che si sta andando verso una VALUTAZIONE rivolta al miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'offerta formativa prodotta dall'ASMN-IRCCS come provider di formazione.

	CHI LO COMPILA	CHI LO UTILIZZA
1 PAGINA “Scheda di valutazione della qualità percepita e del gradimento dell'evento formativo da parte dei partecipanti”	DISCENTE	SERVIZIO FORMAZIONE
2 PAGINA “Valutazioni e considerazioni conclusive (qualità percepita e gradimento dell'evento)”	DISCENTE	RESPONSABILE SCIENTIFICO DEL PROGETTO

La scheda di gradimento è stata un ulteriore strumento di espressione dei discenti nel momento in cui viene richiesto una valutazione globale anche se non controfirmata. Spesso attraverso la scheda di gradimento si è chiesto di creare durante l'anno momenti di aggiornamento per mantenere viva la formazione.

Viene inoltre richiesto spesso di creare momenti di applicazione dei contenuti appresi direttamente sul campo, mettere in pratica ciò che si è appreso che spesso invece rimane solo come momento di condivisione.

È STATA ELABORATA UNA NUOVA VERSIONE DEL QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEGLI EVENTI FORMATIVI ECM, CONTENENTE DOMANDE PIÙ SPECIFICHE CHE PERMETTONO DI OTTENERE VALUTAZIONI PIÙ ANALITICHE E PARTICOLAREGGIATE DI CIASCUN EVENTO FORMATIVO.

4.6.6 Analisi del fabbisogno formativo 2012/2013

L'obiettivo della terza rilevazione aziendale sul fabbisogno formativo è stato di definire i bisogni formativi dei professionisti per costruire una formazione utile. Il questionario è stato somministrato a tutti i professionisti aziendali per sondare i bisogni trasversali a tutti i Dipartimenti.

Circa il 30% dei dipendenti presenti in azienda hanno risposto al questionario on-line.

Alla domanda "L'utilità della formazione è un'opportunità di benessere dei professionisti e soprattutto dei pazienti" hanno risposto:

	n° rispondenti	% adesione *
DIRIGENTI SANITARI= BIOLOGO, CHIMICO, MEDICO, FARMACISTA, FISICO, PSICOLOGO	142	28,0%
DIRIGENTI TECNICI/AMMIN = DIRIG AMMIN, DIRIG INFORMATICO, DIRIG STAT	5	25,0%
PROFESSIONI SANITARIE= ASSIST SANITARIO, DIETISTA, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE, LOGOPEDISTA, MASSOFISIOTERAPISTA, ORTOTTISTA, OSTETRICA, Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Tecnico di Audiometria, Tecnico di Laboratorio Biomedico, Tecnico di Neurofisiopatologia, Tecnico Sanitario, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	569	39,0%
SETTORE TECNICO/AMMIN= ASSIST AMMINIST, ASSIT TECNICO, COADIUT AMMINIS, COLLAB AMMINIS, COLLAB TECNICO, OPERATORE TECNICO	58	15,3%
OSS + AUSILIARI = OPERATORE SOCIO SANITARIO + AUSILIARIO	48	10,0%
Altro (non dipendenti)	22	
TOTALE	844	29,7%

Alla domanda "pensando alla sua attività professionale, proponga un corso di formazione interna all'ASMN" hanno risposto:

Corso	N° Risposte
Comunicazione	48
Rifiuti ed Energia in un'Azienda Sanitaria	35
Gestione del Rischio	35
Inglese Scientifico e Sanitario	31
Corso Metodologia Della Ricerca	30
Incontri di Medicina Legale e Protezione Dati Personali	16

Le aree per lo sviluppo delle competenze

Gli obiettivi formativi provenienti dalla Conferenza Nazionale ECM e recepiti dalla Commissione Regionale ECM sono stati selezionati anche nei piani di Formazione, evidenziandone le aree di competenza.

I 31 obiettivi sono stati raggruppati nelle 3 diverse aree di

competenza, delineate anche per la strutturazione del fascicolo formativo in rapporto alle specifiche competenze:

1 .COMPETENZE TECNICO-SPECIALISTICHE

Rientrano in quest'area le attività effettuate in accordo a linee guida stabilite dalla Società scientifiche relative agli

specifici professionali e in rapporto all'evoluzione tecnologica e scientifica

2. COMPETENZE DI PROCESSO RELAZIONALI E COMUNICATIVE

Rientrano in questa area le attività formative relative al lavoro d'équipe, ai processi di integrazione e comunicazione interna ed esterna, alla comunicazione con i parenti e i pazienti

3. COMPETENZE DI SISTEMA, ORGANIZZATIVE E GESTIONALI

Rientrano in questa area le attività relative al mantenimento/aggiornamento delle competenze cliniche e assistenziali di base del proprio 'core' professionale, alla deontologia e all'etica professionale, alla conoscenza della legislazione e del contesto. Attività formative relative alla gestione della sicurezza del paziente, all'appropriatezza, alla organizzazione e gestione dei contesti organizzativi e finalizzate alla qualità dei servizi e delle cure. Razionale allocazione delle risorse

Per le Competenze tecnico specialistiche sono stati realizzati:

Eventi di formazione sul campo: 129

Eventi di formazione residenziale: 134

Per le Competenze di processo relazionali/comunicative sono state realizzate:

Eventi di formazione sul campo: 132

Eventi di formazione residenziale: 85

Per le Competenze di sistema, organizzativo/gestionale sono stati realizzati:

Eventi di formazione sul campo: 185

Eventi di formazione residenziale: 89

4.6.7 dossier formativo come strumento di pianificazione

Nel processo di Pianificazione 2014 è stato inserito in fase di sperimentazione lo strumento del Dossier Formativo (DF) applicato al Dipartimento Interaziendale di Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio. Il DF viene formulato da un gruppo di progetto interaziendale che comprende il Direttore di Dipartimento e i Responsabili Organizzativi dell'ASMN-IRCCS e dell'AUSL di Reggio Emilia, i Referenti Dipartimentali di Formazione e i Servizi Formazione delle due aziende.

In primo luogo sono stati definiti gli obiettivi formativi di Dipartimento dal Direttore di Dipartimento insieme ai Re-

sponsabili Tecnici di Dipartimento delle due Aziende. Dopodiché si è attivato il gruppo di progetto e si è formulato un questionario dipartimentale interaziendale per rilevare i bisogni formativi dei professionisti del dipartimento.

Il questionario è stato informatizzato e pubblicato sulle Intranet delle rispettive aziende; è stato inviato ai professionisti del Dipartimento tramite mail dal Direttore di Dipartimento, con una lettera di presentazione in cui il Direttore unitamente ai Responsabili dei Servizi Formazione, hanno presentato il questionario, hanno dichiarato gli obiettivi formativi del dipartimento, e i corsi obbligatori per ciascuna area del Dipartimento.

I risultati del questionario sulla rilevazione del bisogno formativo sono stati presentati e condivisi in Comitato di Dipartimento, e sono stati strumento per l'individuazione degli obiettivi formativi specifici di

entrambe le aree presenti nel Dipartimento. Attualmente è in corso la fase di redazione del Dossier Formativo: associazione dei corsi progettati e presenti nel Piano di Formazione, agli obiettivi dipartimentali ed alle Aree di Competenza.

A FRONTE DI UNA RIDUZIONE DEI FINANZIAMENTI, NON SI È AVUTO UN DECREMENTO DELL'OFFERTA FORMATIVA EROGATA DALL'ASMN-IRCCS SIA PER DISCENTI ESTERNI CHE INTERNI.

4.6.8 Conclusioni

Il Rapporto Annuale della Formazione Aziendale, RAF 2013, del Provider ASMN-IRCCS ha evidenziato che a fronte di una riduzione dei finanziamenti non si è avuto un decremento dell'offerta formativa, realizzata dal Provider, sia per discenti esterni che interni.

Questo è stato possibile grazie alla ricollocazione della spesa destinata ponendo attenzione sul contenimento dei costi dei servizi alla formazione, attraverso la dematerializzazione dei documenti e delle procedure e contenendo spese di catering. Allo stesso tempo la produzione di eventi lucrativi e l'accettazione di partecipazioni di singoli professionisti a eventi sponsorizzati ha consentito di mantenere relazioni nazionali e internazionali indispensabili allo sviluppo delle prestazioni tecnico-professionali e dell'organizzazione aziendale.

Per quanto attiene ai risultati legati alla soddisfazione dei bisogni formativi, anche attraverso formulazione di eventi innovativi, si deve evidenziare l'importanza dell'azione di orientamento e supporto allo sviluppo del piano determinato dalla piena operatività del Comitato Scientifico del provider. La riformulazione della stessa scheda di proposta evento utilizzata da parte di ogni singolo responsabile scientifico è stata realizzata dall'interazione dei componen-

ti il Comitato Scientifico, i suggerimenti raccolti dai referenti della rete Aziendale per la formazione e l'area ECM del Servizio Formazione.

Si deve rilevare come nella redazione della RAF sia opportuno riportare l'impegno profuso nell'allineare i sistemi di processo dei report degli eventi per il sito regionale ECM, ai fini dell'accreditamento regionale. In questo anno è divenuto stringente il rispetto dei tempi di progettazione di ogni singolo evento a partire da almeno 45 giorni prima, in modo da consentire l'inserimento della scheda evento entro i 30 giorni previsti dalle indicazioni della CR-ECM e le eventuali modifiche delle riedizioni entro i 20 giorni dalla data di inizio.

A questo impegno di tempo e di tecnologie va aggiunto il parallelo invio dei tracciati record a chiusura eventi al sito nazionale della banca dati COGERAPS, entro 90 giorni dalla fine dell'evento. Questi tracciati record per ogni evento e per gli n partecipanti hanno richiesto una riformulazione delle anagrafiche dei discenti e dei docenti, il loro continuo aggiornamento in rapporto a specialità e discipline. Tutte queste variabili in continua rielaborazione hanno portato ad allineare la reportistica dei crediti riconosciuti ai singoli dipendenti o a discenti esterni che oggi possono verificare nel portale del Personale, per gli interni, e nel sito COGEAPS, per gli esterni i crediti riconosciuti dopo la partecipazione ad eventi.

Il programma Nazionale e Regionale per la ECM, in termini di sviluppo di processo gestionale informatico e metodologie didattiche non hanno previsto l'impatto dell'impegno di tempo e di tecnologie, tutte collegate con indispensabile rimodulazione delle attività e delle risorse umane. Per quanto attiene il Provider ASMN-IRCCS è significato 2 unità di personale impegnate nel data entries e l'aggiornamento dei software operativi.

I 31 OBIETTIVI DELLA CONFERENZA NAZIONALE ECM SONO STATI RAGGRUPPATI NELLE TRE DIVERSE AREE DI COMPETENZA:

- * COMPETENZE TECNICO-SPECIALISTICHE**
- * COMPETENZE DI PROCESSO RELAZIONALI E COMUNICATIVE**
- * COMPETENZE DI SISTEMA, ORGANIZZATIVE E GESTIONALI**

4.7 IL SISTEMA INFORMATIVO DEL PERSONALE

Il sistema informativo del personale è stato implementato negli anni per rispondere al mutare delle esigenze gestionali al fine di sostenere e migliorare la qualità delle risposte alle richieste di programmazione, controllo, organizzazione e valutazione, visibilità, trasparenza e pubblicità nella diffusione dei dati o notizie, con l'obiettivo di ridurre anche i tempi di esecuzione delle procedure.

Al fine di pervenire allo snellimento delle procedure amministrative si segnala:

Portale WEB del personale

Il "Portale del Personale", attivato ormai da 6 anni sulla intranet aziendale, è diventato uno strumento collaudato in quanto utilizzato dalla maggior parte dei dipendenti; in questi anni ha dimostrato la sua efficienza ed efficacia nel fornire agli utenti risposte in tempo reale relativamente a: stato giuridico ed economico, cartellino orario, periodi di assenza a vario titolo, modello CUD in formato elettronico, iniziative di formazione e aggiornamento (corsi interni ed esterni documentati dal professionista all'Azienda) alle quali ogni operatore ha partecipato. L'accessibilità anche da casa o comunque da postazioni esterne all'Azienda alle sopra elencate informazioni, semplicemente inserendo le proprie credenziali, consente un risparmio di tempo per il dipendente che può quindi evitare di recarsi presso gli Uffici amministrativi detentori dei dati. La possibilità di accedere alle informazioni suddette inoltre consente ai dipendenti di produrre dichiarazioni sostitutive di certificazione, anche di tipo curriculare, e ciò nel rispetto di quanto disposto a partire dal 1° gennaio 2012 con le nuove norme in materia di certificati e dichiarazioni sostitutive introdotte con l'art.15, L. 12/11/2011, n.183.

Il dipendente tramite il Portale è oggi in grado di verificare in tempi rapidi eventuali mancate timbrature, registrazioni di ferie/permessi/aspettative/assenze ed eventuali emolumenti economici non corrisposti e quindi di avere una situazione globale della propria posizione interrogabile nel dettaglio anche per singole categorie di eventi, in modo da poter valutare tale posizione in relazione all'utilizzo d'istituti legislativi o contrattuali.

L'utilizzo di un *workflow* per la gestione delle ferie, della

correzione delle timbrature, dell'autorizzazione al recupero dei festivi, delle ore eccedenti, mediante un sistema gerarchico di autorizzazioni progressive che consenta la gestione dei cartellini presenze, la giustificazione delle assenze e l'autorizzazione alla fruizione delle ferie è attualmente oggetto di test da parte di gruppi limitati di operatori prima della diffusione all'intera popolazione aziendale.

Quanto sopra è finalizzato alla creazione e all'utilizzo di percorsi autorizzativi a livello informatico tali da consentire l'eliminazione del flusso cartaceo liberando così una buona capacità di forza lavoro.

La valutazione positiva che viene effettuata di questa prima fase di realizzazione del progetto, consente di prevedere a medio termine la sua graduale estensione ad ulteriori gruppi di operatori, come era stato proposto dal COP Dirigenza, come azione positiva nel Piano Triennale delle Azioni Positive adottato dalla Direzione Aziendale con delibera n. 119 del 24/12/2010, progetti che sono ora portati avanti dal Comitato Unico di Garanzia, nuovo organismo subentrato per la Pari Opportunità.

• Amministrazione trasparente

L'obbligo di pubblicare documenti, informazioni e dati riguardanti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni è stato oggetto negli ultimi decenni di diversi interventi legislativi che hanno ampliato i doveri in capo alle pubbliche amministrazioni. Come ultimo nel 2013 il Governo ha adottato il D. Lgs. n. 33, in attuazione alla L. n. 190/2012, per disciplinare in modo unitario le disposizioni sulla trasparenza e la pubblicità degli atti per una "accessibilità totale" sui siti istituzionali senza autenticazioni ed identificazione, introducendo per la prima volta l'istituto dell'accesso civico, quindi da parte dell'intera collettività a tutte le "informazioni pubbliche", favorendo nel contempo forme diffuse di controllo sul buon andamento e imparzialità della gestione pubblica.

Nel settembre 2013 è stato designato il "Responsabile della Trasparenza" presso l'ASMN-IRCCS, di cui al comma 1 all'art.43 del D. Lgs. n.33/2013 al quale è stato altresì attribuito l'incarico di "Responsabile della Prevenzione della Corruzione" presupponendo pertanto il collegamento tra il Piano della Prevenzione e Corruzione come previsto dall'art.1 comma 8 della L. n. 190/2012 ed il programma triennale di Trasparenza ed Integrità la cui adozione è prevista entro il termine indicato dalla richiamata normativa. La suddetta figura è chiamata a svolgere, tra l'altro, un'attività di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza da parte dei Dirigenti responsabili delle informazioni da pubblicare.

Pertanto oltre ai dati curriculari e stipendiali del personale dirigenziale e dei titolari d'incarico di Posizione Organizzativa e all'aggiornamento dei tassi di assenza e di maggior

presenza di tutto il personale dipendente, distinti per uffici di livello dirigenziale, resi disponibili sin dall'anno 2009, si è continuato ad implementare il contenuto di tale sezione dedicata al personale con l'inserimento, nelle previste sotto-sezioni - dell'"Amministrazione Trasparente" di tutte le informazioni e i documenti previsti alla citata normativa per favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione. Nel 2013 si sono avviate le procedure di migrazione dei dati sulla nuova piattaforma informatica che permetterà sia agli operatori istituzionali preposti, sia al pubblico, una consultazione ed una estrazione dei dati semplice, immediata e di qualità.

• Il sistema di gestione della turnistica

Si tratta un programma informatizzato, predisposto per l'elaborazione della turnistica di tutte le unità operative afferenti alla Direzione delle Professioni Sanitarie (DPS). Il programma vuole essere uno strumento a supporto dei coordinatori nella predisposizione della turnistica mensile e consentire la realizzazione d'indagini conoscitive e statistiche da parte della DPS stessa. Va tuttavia segnalato che le nuove richieste gestionali hanno evidenziato i limiti dello strumento per il quale è stata richiesta una revisione sostanziale che consenta analisi e programmazioni più in linea con le attuali richieste.

• Sistema a supporto della professione

La possibilità, del sistema informativo, di essere un supporto allo sviluppo professionale è rappresentata dalle potenzialità, intrinseche allo strumento stesso, che offre possibilità di confronto e condivisione di situazioni e saperi; pertanto l'ambito dell'intranet aziendale diviene un "luogo, non luogo" di comunicazione, favorendo scambi di conoscenze e opinioni attraverso spazi/collegamenti dedicati a ogni dipartimento e/o singola unità operativa.

Anche la pagina iniziale della DPS, nel corso del 2013 e in conseguenza del suggerimento dell'ente certificatore, è stata rivisitata per potenziare le modalità di presentazione e di comunicazione, attraverso l'adozione di strumenti funzionali atti a integrare le attuali informazioni:

- Valorizzando ulteriormente - quale importante thesaurus informativo comune e condiviso - gli attuali contenuti di base disponibili sul sito Intranet, integrando - ove utile - le parti informative, e inquadrando in modo più omogeneo i diversi aspetti che il Servizio può offrire e garantire

LA PAGINA INTRANET INIZIALE DELLA DPS È STATA RIVISITATA PER POTENZIARE LE MODALITÀ DI PRESENTAZIONE E COMUNICAZIONE, NELL'OTTICA DI SFRUTTARE LE PECULIARITÀ DELLO STRUMENTO COME "LUOGO NON-LUOGO" DI SCAMBIO.

- all'Azienda, al personale e alle diverse parti interessate;
- Attribuendo migliore visibilità e chiarezza, in particolare - anche ad altri processi meritevoli e rilevanti, sia a carattere progettuale, sia squisitamente organizzativi e tecnico-professionali, anche per una maggiore evidenza di competenze e potenzialità presenti;
- Rendendo più interattiva la gestione del portale e introducendo elementi che richiamano l'attenzione, migliorano l'immagine e la "curiosità" degli operatori e ne facilitano l'interattività - come ad esempio, collegamenti specifici di particolare utilità, informazioni circolari su finestre dedicate, notizie su particolari argomenti, e in particolare, alcune domande frequenti (FAQ) corredate dalle relative risposte.

• Sistema e iscrizione/calendarizzazione della formazione del personale

Non si fa riferimento nello specifico a tutto il sistema di gestione e registrazione degli eventi formativi e dei curricoli formativi presenti presso il servizio formazione innovazione clinica, ma alla programmazione telematica, presente nell'intranet aziendale, per la visualizzazione di calendari di eventi formativi e prenotazione in linea. Allo stato attuale lo strumento è messo a disposizione dei professionisti per tutti gli eventi formativi trasversali con l'obiettivo di aumentarne la visibilità, facilitare la condivisione, ottimizzare la prenotazione e la copertura dei posti a disposizione. Si tratta pertanto di un applicativo della rete informatica interna a supporto dei responsabili di eventi formativi che completa/integra quanto esistente per il servizio di formazione.

4.8 STRUTTURA DELLE RELAZIONI COL PERSONALE DIPENDENTE E CON LE LORO RAPPRESENTANZE

4.8.1 Le relazioni sindacali

Il confronto assiduo e approfondito sulle tematiche del lavoro è proseguito anche nel 2013 tra Direzione Aziendale e i rappresentanti dei professionisti dipendenti, nel rispetto delle distinte responsabilità e coerentemente con l'obiettivo di contemperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale con l'esigenza dell'azienda di incrementare e mantenere elevate la qualità e l'efficacia dei servizi erogati alla propria collettività.

Pur in un quadro di relazioni sindacali reso particolarmente teso dal blocco della contrattazione collettiva nazionale, la partecipazione sindacale che si basa sul presupposto del coinvolgimento dei lavoratori nelle scelte organizzative, continua ad avere il compito di rendere trasparenti e condivisi i processi di governo aziendale e di cambiamento organizzativo.

RELAZIONI SINDACALI

Accordi Sindacali	Verbal di concertazione	CCM
L'Azienda attua un modello strutturato di relazioni sindacali, orientato al coinvolgimento costante delle rappresentanze collettive sindacali sui processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi, nel rispetto della distinzione dei rispettivi ruoli e responsabilità. Le politiche di valorizzazione e sviluppo della risorsa umana sono improntate a criteri di trasparenza ed imparzialità dei comportamenti, nel condiviso obiettivo di garantire servizi sanitari di eccellenza alla collettività migliorando al contempo le condizioni di lavoro e la crescita professionale del personale impiegato. Le relative funzioni, che richiedono competenze multidisciplinari, vengono svolte da un board di dirigenti in staff all'Ata Direzione, composto dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Operativo, dal Responsabile della Direzione Infermieristica-Tecnica-Diagnostica, dal coordinatore dell'Area Amministrativa e dal Direttore del Servizio Gestione del Personale. Parimenti, vengono istituite Commissioni Paritetiche per l'approfondimento di tematiche di particolare interesse fra le quali assumono particolare rilevanza i Comitati Per Opportunità e Mobbing. Per informazioni contattare: Carla Colzi Tel. 5895		

Bacheca OC.SS.
Questo spazio è gestito dai singoli referenti di ogni sigla sindacale per comunicazioni e informazioni
CGIL - Funzione Pubblica
FPS - Cisl Funzione Pubblica
UIL - FPL
FIAS
FSI
RSU
ARIAAO - ASSOMED
CIMO - ASMO
CGI MEDICI
CISL MEDICI
SIABI

4.8.2 Compatibilità tra vita lavorativa e vita familiare

La realizzazione di un sistema di interventi e soluzioni organizzative volte a favorire la conciliazione tra sfera lavorativa e sfera familiare, ossia "family friendly", sono obiettivi che, soprattutto in aziende ospedaliere ove l'erogazione dei servizi avviene in modo continuativo nell'arco delle 24 ore, diventano di importanza rilevante per consentire a ciascuno operatore - uomo o donna - di vivere al meglio i molteplici ruoli che riveste nella società. Infatti i tempi dedicati all'attività professionale sanitaria sono articolati in una turnistica composta di turni diurni, notturni e festivi che devono essere coniugati nel miglior modo possibile con quelle che sono le responsabilità familiari dei lavoratori per consentire una buona qualità della vita delle famiglie dei dipendenti e ad una situazione di benessere lavorativo durevole.

Una serie di iniziative quali la fruizione dei congedi parentali, la riduzione dell'orario di lavoro e le norme che disciplinano la conciliazione dei tempi di funzionamento delle città diventano quindi strumenti essenziali per ottenere tale risultato.

Nell'ambito del Piano

Triennale delle Azioni Positive, approvato dalla Direzione con atto n. 119/2010, relativamente alle iniziative intraprese dall'ASMN per favorire la conciliazione e il buon equilibrio fra i tempi di vita e di lavoro delle famiglie dei dipendenti, si inserisce il rinnovo per l'anno scolastico 2013/2014 della convenzione con la Scuola Materna S. Pellegrino di Reggio Emilia. La convenzione, avviata a partire dall'anno scolastico 2008/2009 e successivamente rinnovata negli anni successivi, ha consentito in questi anni ai dipendenti di poter inserire i propri figli in età pre-scolare presso una struttura scolastica comoda al luogo di lavoro essendo la Scuola di cui trattasi posta nelle immediate vicinanze dell'area ospedaliera. Per l'anno scolastico 2013/2014 sono stati riservati ai figli dei dipendenti 8 posti di cui 3 all'interno della Sezione Primavera (24/36 mesi) e 5 posti all'interno della Sezione bambini di 3 anni. L'avviso, rivolto a tutti i dipendenti a tempo indeterminato, con l'indicazione delle condizioni per l'accesso alla Scuola Materna, approvato con delibera n. 4/2013, è stato ampiamente pubblicizzato in ambito aziendale. Il pagamento della retta mensile fissata dalla Direzione della Scuola, che va da 235,00 a 340,00 per ciascun figlio, resta ovviamente a carico dei genitori. Tale esperienza ormai consolidata è entrata a far parte della realtà aziendale e risulta inserita anche nel nuovo Piano

Triennale delle Azioni Positive approvato con delibera n. 135 del 30/12/2013 su proposta del CUG, che si è impegnato a monitorare altresì le azioni attivate dal precedente CPO Dirigenza di cui ha assorbito le funzioni e, pertanto, verrà ripetuta anche per i prossimi anni scolastici.

L'Azienda ha continuato ad aderire ai lavori della consulta tempi e orari promossi dal Comune di Reggio Emilia.

4.8.3 Facilitazioni per i dipendenti

Il servizio di bar e ristorazione

L'Azienda Ospedaliera dispone di un locale bar gestito in concessione da una ditta di ristorazione e di un servizio di ristorazione aziendale gestito dal Servizio Logistico Alberghiero con personale qualificato.

Il servizio di ristorazione a gestione aziendale è certificato dal 2004 secondo le norme ISO 9001/2008. Particolare attenzione è posta verso la soddisfazione degli utenti sia per garantire cibi di buona qualità che per stimolare comportamenti più sani da adottare nella vita quotidiana. A questo scopo nella mensa aziendale sono stati apposti diversi cartelloni indicanti i consigli per una sana e corretta alimentazione.

Le derrate alimentari sono tutte di prima qualità e su di esse sono effettuati costantemente controlli sia al loro arrivo sia nel momento in cui avviene la lavorazione. Le pietanze vengono preparate da personale dipendente qualificato e costantemente aggiornato con particolare riguardo alle norme igieniche.

Il menù è stilato tenendo conto delle diverse esigenze nutrizionali, culturali e di gusto (coprendo tutti i gruppi alimentari: latte e derivati, cereali e derivati, frutta e ortaggi, carne e pesce, condimenti), del loro apporto nutrizionale (kcal, glucidi, lipidi ecc.), nonché delle valutazioni degli utenti evidenziate dalle indagini di gradimento. Si cerca inoltre di dare la giusta attenzione a tutti i tipi di scelte alimentari garantendo ogni giorno pietanze vegetariane e vegane.

È attivo un servizio mensa aperto a tutti i dipendenti nella fascia oraria

del pranzo (12.10 - 15.00), dal lunedì al sabato, l'accesso è previsto al prezzo stabilito dal CCNL mentre per gli utenti esterni (frequentatori, borsisti, operatori di ditte appaltatrici, liberi professionisti, parenti di pazienti) è stabilita una tariffa

È PROSEGUITA ANCHE PER L'ANNO 2012/2013 LA CONVENZIONE CON LA SCUOLA MATERNA S. PELLEGRINO DI REGGIO EMILIA, SITA NELLE VICINANZE DELL'AREA OSPEDALIERA, FORNENDO L'OPPORTUNITÀ AI DIPENDENTI DI INSERIRE I PROPRI FIGLI IN UNA STRUTTURA SCOLASTICA COMODA AL LUOGO DI LAVORO.

calcolata sulla base dei costi sostenuti per la produzione e distribuzione del pasto.

Il pasto "speciale" per utenti celiaci, che può essere prenotato il giorno precedente (o la mattina stessa in caso di indifferibilità) dall'utente, viene cucinato presso la cucina ospedaliera in una sede dedicata e servito presso la mensa in piatti monouso per evitare qualsiasi contaminazione con glutine.

Nei giorni festivi la mensa ospedaliera è chiusa, tuttavia i dipendenti in servizio possono accedere al bar dell'ospedale, dove è possibile consumare un pasto in una zona ristoro adeguatamente arredata e organizzata oppure, se lo preferiscono, possono accedere a una mensa esterna convenzionata; il prezzo è sempre quello abituale del buono pasto.

L'accesso al bar è consentito sia ai dipendenti sia agli utenti. Per i dipendenti è previsto comunque uno sconto sul prezzo della consumazione. In ospedale, in aree di transito e di attesa, sono presenti distributori automatici di bevande calde, fredde e di generi alimentari dolci e salati, compresi i prodotti senza glutine.

Specifici indicatori misurano, secondo un preciso piano di rilevazione dei dati, la qualità del pasto in tutte le fasi del processo produttivo: dal ricevimento delle derrate alla somministrazione all'utente.

Malattie infettive e vaccinazioni

Nel corso della stagione invernale 2013, come ogni anno, è stata condotta la campagna di vaccinazione antinfluenzale che prevede l'offerta gratuita del vaccino ai dipendenti.

Sono inoltre stati vaccinati degenti appartenenti alle specifiche categorie di rischio previste dal Ministero.

La vaccinazione è stata somministrata nel periodo Novembre - Gennaio. Per favorire l'adesione del personale alla campagna vaccinale, la direzione aziendale ha messo a disposizione un ambulatorio ad hoc presso i Poliambulatori nel mese di Novembre, a fasce orarie fruibili (a scavalco tra un turno e quello successivo).

Successivamente la campagna vaccinale è proseguita presso gli ambulatori del servizio di sorveglianza sanitaria e direttamente all'interno delle unità operative.

Abitudini alimentari, tabagismo, attività fisica e prevenzione delle malattie

In seguito all'analisi dei dati del sondaggio on line sullo

stato ponderale e sullo stile di vita dei dipendenti svolto nel 2012, nel corso del 2013 è stato realizzato un corso informativo - educativo, rivolto a tutto il personale dell'Azienda, volto a diffondere le evidenze scientifiche su come una corretta alimentazione ed una regolare attività fisica possano prevenire (e trattare) numerose patologie cronico-degenerative. Nello specifico il corso è stato intitolato "Il Carrello per la Tua Salute" e prevedeva una prima parte dedicata a chiarire il ruolo dell'attività motoria e dello sport nella prevenzione/trattamento di diverse patologie e una seconda parte dedicata a chiarire l'interpretazione delle etichette alimentari, proponendo un percorso virtuale tra i vari reparti e tra gli scaffali di un supermercato immaginario, per non cadere nella trappola della pubblicità e delle etichette poco chiare quando ci si reca a fare la spesa. Ai partecipanti sono stati distribuiti dei poster ed il materiale didattico discusso in aula.

L'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia ha aderito alla campagna regionale per la promozione dell'attività fisica: "Le scale: Musica per la tua salute" distribuendo il materiale fornito dalla Regione; in particolare i totem sono stati posti in punti ben visibili, lungo i principali gruppi di salita dell'ospedale,

dove l'utente può scegliere tra l'utilizzo delle scale o degli ascensori. Le locandine sono state affisse nelle bacheche presenti in tutti i piani dell'ospedale e i depliant sono stati distribuiti in tutte le sale d'attesa. La campagna è inoltre stata promossa anche tra i dipendenti mediante la pubblicazione dell'iniziativa e del materiale correlato sulla Newsletter dell'Azienda.

L'azienda partecipa al Programma "Ospedale senza fumo" del Piano Regionale d'intervento per la lotta al tabagismo del 2008 e pone grande attenzione al rispetto della normativa in materia di divieto di fumo.

Da anni è anche attiva la collaborazione con Luoghi di Prevenzione, servizio gestito da regione Emilia-Romagna, provincia di Reggio Emilia, Comune di Reggio Emilia, Azienda Sanitaria Locale e Lega contro i Tumori; il servizio organizza iniziative di formazione e iniziative di disassuefazione dal fumo.

Nel corso del 2013 sono state realizzate le seguenti azioni:

- aggiornamento del regolamento aziendale per il divieto di fumo;
- installazione cartellonistica per le aree esterne; acquisto

IL SERVIZIO DI RISTORAZIONE A GESTIONE AZIENDALE È CERTIFICATO ISO 9001/2008 DAL 2004, SONO UTILIZZATI PRODOTTI IGP E DOP E IL MENU È STILATO TENENDO CONTO DELLE DIVERSE ESIGENZE NUTRIZIONALI, CULTURALI, DI GUSTO E DELL'APPORTO NUTRIZIONALE NONCHÉ DELLE VALUTAZIONI DI GRADIMENTO DEGLI UTENTI

COME OGNI ANNO ANCHE PER L'INVERNO 2013-14 È STATA CONDOTTA LA CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE, FAVORENDO L'ADESIONE DEL PERSONALE CON LA DISPOSIZIONE DI UN AMBULATORIO AD HOC.

ed installazione di 21 cartelli esterni, 4 dei quali posti presso le 2 facciate principali dell'ospedale e del Padiglione Spallanzani: a terra è stata posizionata perimetrazione in premark con apposizione dei bollini raffiguranti il cerchio rosso con la sigaretta barrata predisposto dalla Regione; tale segnaletica è stata posata anche all'ingresso di Luoghi di Prevenzione (padiglione Spallanzani, ingresso 2)

- implementazione procedura "Percorsi per la disassuefazione tabagica rivolti ad operatori e pazienti dell'Azienda Ospedaliera ASMN", presso il Dipartimento Cardio - Toraco - Vascolare e di Area Critica, il Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate e la Struttura di Diabetologia: si tratta di percorsi formalizzati con Luoghi di Prevenzione che prevedono l'invio al CAF (centri antifumo) di pazienti ed operatori intercettati rispettivamente da operatori sanitari e dal medico competente.
- predisposizione nuovo spazio internet ed intranet sul fumo con area dedicata agli aggiornamenti in materia, epidemiologia e spazio dedicato agli agenti accertatori
- questionario on line sull'abitudine al fumo di sigaretta: si tratta di un questionario anonimo ed auto-compilabile che ogni operatore di qualsiasi professione e ruolo può compilare. Il questionario può essere compilato da non fumatori, fumatori ed ex-fumatori ed è stato ideato e proposto grazie alla collaborazione tra Medico Competente, Luoghi di Prevenzione (LILT- Lega Italia per la Lotta contro i Tumori) e referente progetto OECl (accreditamento e classificazione IRCCS oncologico). I dati elaborati serviranno per valutare il fenomeno della diffusione dell'abitudine tabagica tra il personale della nostra Azienda e per implementare progetti di diminuzione dell'abitudine o disassuefazione dal fumo.

Per quanto riguarda gli interventi diretti agli utenti, ogni primavera, in occasione della giornata mondiale senza fumo, sono distribuiti bavaglini "Grazie non fumo" alle degenti del reparto di Ostetricia e Ginecologia; la distribuzione continua fino all'esaurimento dei bavaglini disponibili.

Inoltre, ai pazienti che manifestino volontà di cessare l'abitudine tabagica, sono forniti i recapiti dei centri antifumo di tutta la provincia.

L'azienda partecipa inoltre al gruppo interaziendale "Territorio senza fumo", per promuovere strategie condivise con l'azienda Usl.

Nel corso del 2013 è proseguita la collaborazione nel gruppo interaziendale "Territorio senz'alcol" ed al gruppo tecnico regionale alcol per potenziare le iniziative legate allo stile di vita libero dall'alcol.

Spostamenti casa-lavoro e mobilità sostenibile

È attivo dal 2013 un'articolata offerta di abbonamenti riservati ai dipendenti per la sosta a tariffe molto vantaggiose,

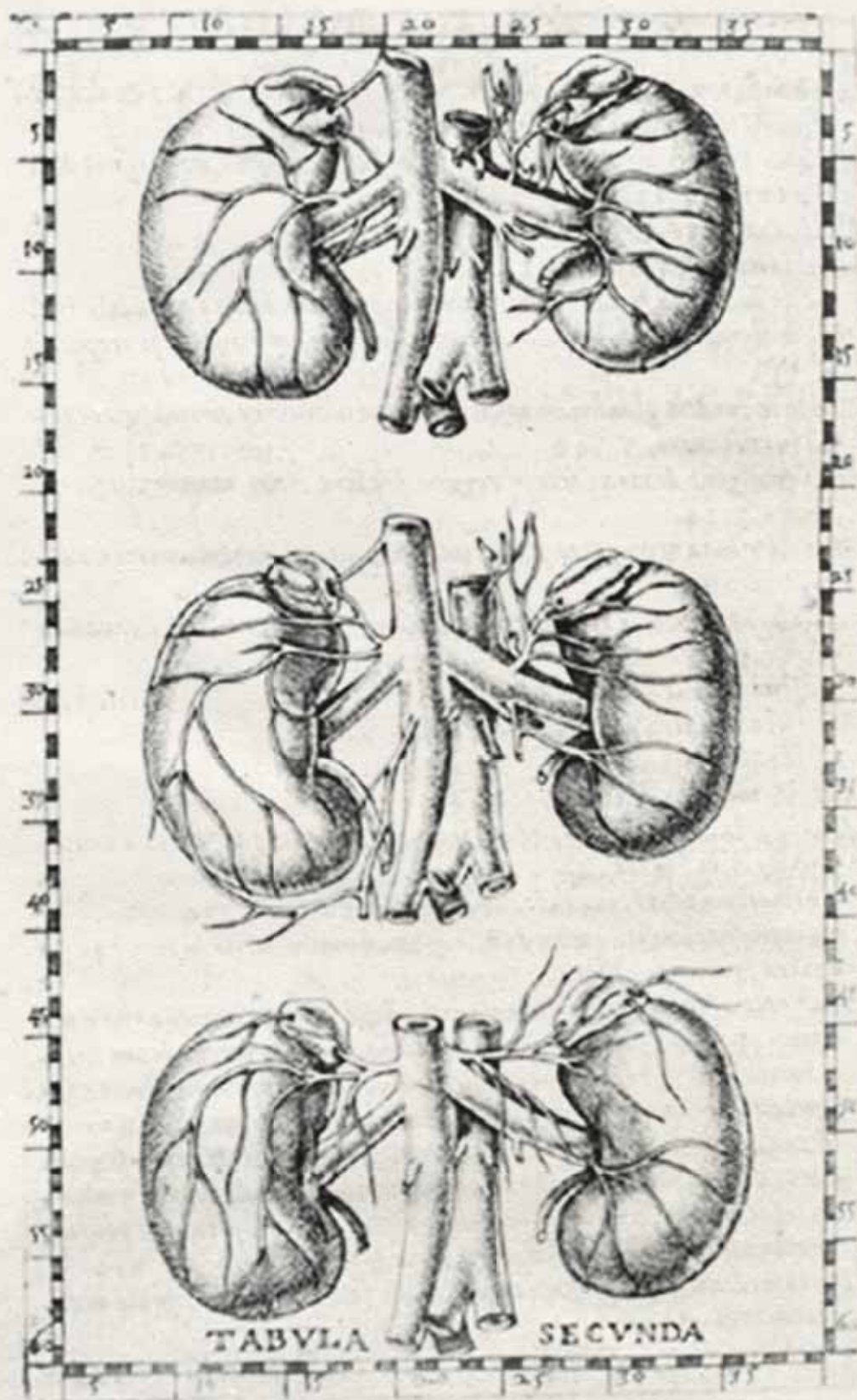
in aree con regolazione della sosta. All'interno di questa offerta, per superare il problema di sovraffollamento per la sovrapposizione dei turni e mensa delle ore 12.00-13.00, è stata confermata la possibilità di sostare nel parcheggio di p.le Galeno, antistante all'ospedale, per i dipendenti in servizio pomeridiano.

È stato ampliato il parcheggio dipendente per oltre 300 posti ed aumentato di 50 il numero di stalli per biciclette nei depositi protetti ed accessibile ai dipendenti.

Gli orari del minibus in servizio all'area ospedaliera sono stati prolungati alle 20.45, in modo strutturale per coprire con il servizio di TPL gli orari di chi smonta dal pomeriggio.

Si assicura così il collegamento con la stazione, il centro urbano, gli scambiatori e le altre linee di minibus.

**È STATO AMPLIATO IL PARCHEGGIO
DIPENDENTE PER OLTRE 300 POSTI E
AUMENTATO DI 50 IL NUMERO DI STALLI
PER BICICLETTE NEI DEPOSITI PROTETTI
E ACCESSIBILE AI DIPENDENTI.**

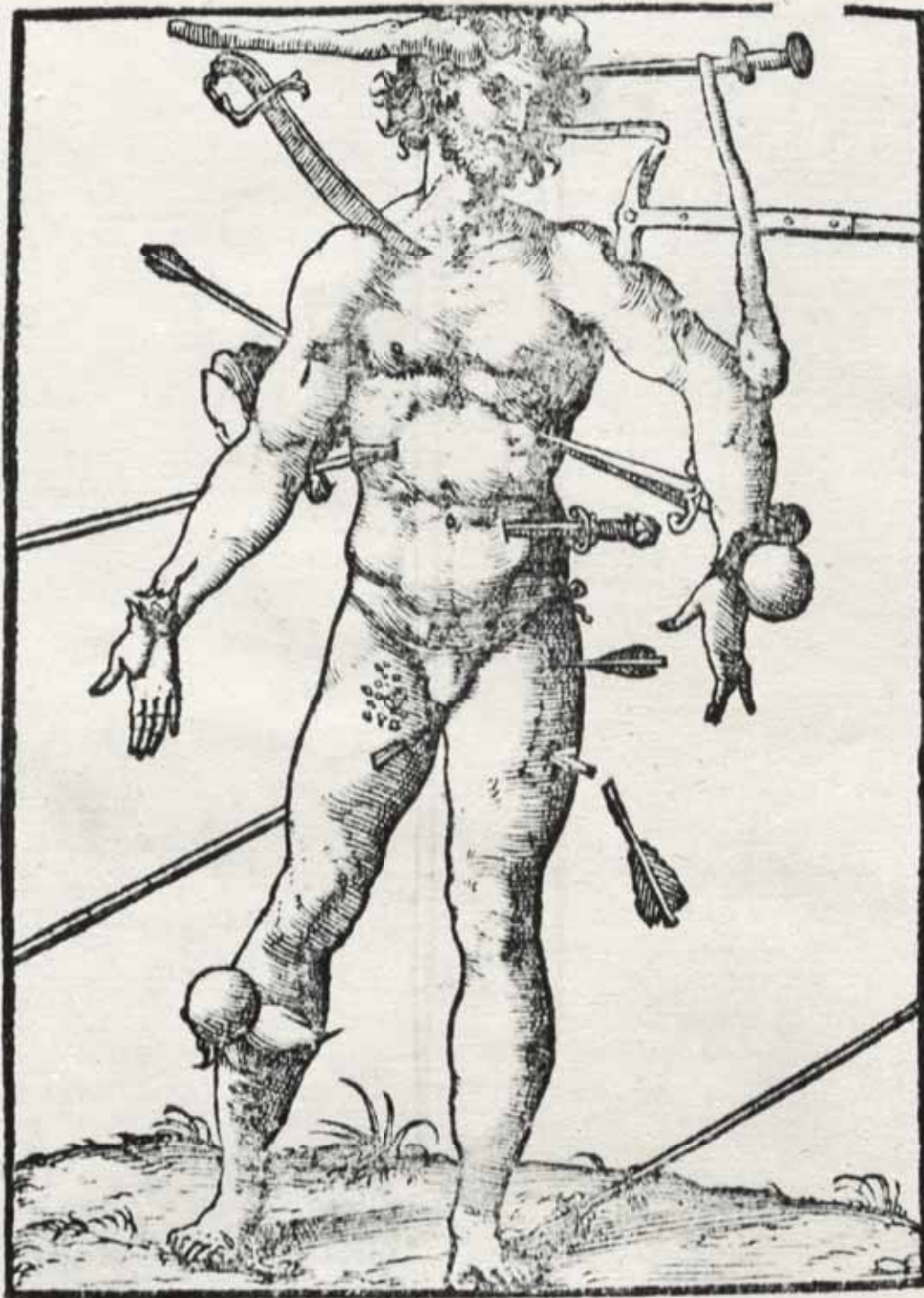


5

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

In questo capitolo vengono illustrate le logiche impiegate e le azioni attivate nell'ambito della comunicazione esterna ed interna. In particolare sono trattati i temi collegati alla comunicazione per l'accesso ai servizi rendicontando le iniziative sviluppate per facilitare l'accesso e migliorare le relazioni con il cittadino e quelle per sostenere le scelte di interesse per la comunità. Nell'ultimo paragrafo sono elencate le azioni collegate alla comunicazione interna focalizzate a sostenere le scelte organizzative ed il coinvolgimento del personale nella vita dell'azienda.

Corpus multis modis vulneratum.



Quomodo

5.1 LA COMUNICAZIONE PER L'ACCESSO AI SERVIZI

L'accesso ai servizi si realizza con una molteplicità di strumenti comunicativi; alcuni di questi sono attuati e in essere, altri sono in via di progettazione; tutti sono finalizzati a fornire agli operatori le informazioni necessarie per consentire il corretto indirizzo delle necessità individuali e il loro soddisfacimento.

L'URP HA REGISTRATO UN TOTALE DI 400.000 CONTATTI DIRETTI CON L'UTENZA, RACCOLTI E TRATTANDO 536 ATTI FORMALI, DEI QUALI 236 RECLAMI, 278 ELOGI O RINGRAZIAMENTI, 6 RILIEVI E 8 SUGGERIMENTI.

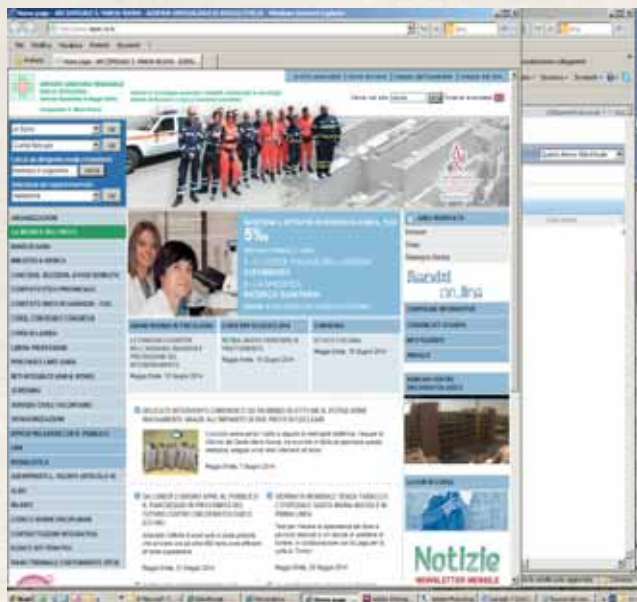
Uno dei progetti più indicativi è stata la definizione di IAP (Informazioni per l'Accesso alle Prestazioni) ovvero un sistema integrato delle diverse banche dati informative aziendali che gli operatori possono consultare e utilizzare correntemente. Prospettiva futura di IAP è la sua trasposizione in Rete a immediata disposizione dei cittadini. Il principale fruitore/manutentore di IAP, così come del Numero Verde della Sanità regionale, è l'URP aziendale che svolge le funzioni di ascolto, informazione, orientamento dei e per i cittadini che accedono all'Ospedale.

Anche nel corso dell'anno 2013 l'URP ha perseguito il consolidamento della funzione di mediazione dei conflitti nell'ambito della gestione delle segnalazioni dell'utenza, secondo le tecniche dell'ascolto profondo. Tale pratica ha incontrato il favore dei cittadini che hanno apprezzato la disponibilità degli operatori a dedicare a ogni singola esperienza un tempo adeguato e soprattutto uno "spazio comunicativo" del tutto nuovo giacché scevro da volontà di giudizio. Si sono affrontate con tecnica specifica le casistiche più complesse, quelle più direttamente legate alla fase relazionale e comunicativa tra la struttura e il pubblico sviluppando le capacità di ascolto finalizzato sia a risolvere gli eventuali problemi contingenti che a garantire ai cittadini uno "spazio emozionale speciale" che potesse rifondare fiducia nell'Istituzione e nei suoi professionisti o mantenerla inalterata. I cittadini hanno manifestato sempre con deciso favore di gradire tale modalità di comunicazione che non sempre ha sostituito, ma spesso ha accompagnato, la gestione formale delle segnalazioni di disservizio, facendo emergere le motivazioni più profonde dei reclami

e soprattutto proponendo ai cittadini una disponibilità ad accogliere le loro personali ragioni che ha portato molti di questi a conclusioni di segno certamente favorevole nei confronti dell'Istituzione. L'URP nel corso dell'anno 2013 ha registrato un totale di 400.000 contatti diretti con l'utenza, nello stesso periodo ha gestito la procedura formale per la raccolta e la trattazione delle segnalazioni avanzate dai cittadini: sono stati raccolti e trattati 536 atti formali, dei quali 236 reclami, 278 elogi o ringraziamenti, 6 rilievi, 8 suggerimenti e 8 segnalazioni improprie.

Nel corso dell'anno 2013 l'URP ha gestito il servizio di "wi-fi guest" ovvero la possibilità di autorizzare i pazienti e i loro visitatori alla connessione ad Internet tramite il computer personale. Tale progetto da sperimentale è stato messo a regime con pubblicazione sul sito web aziendale del relativo regolamento di attuazione. Tale iniziativa è stata portata avanti e implementata di concerto con il Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche. Ancora nel 2013 l'URP è divenuto punto di riferimento in Ospedale per l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico per i cittadini residenti nella provincia.

Sito internet



Oltre all'aggiornamento di tutte le sezioni che compongono il sito internet, l'attività dell'anno 2013 ha visto lo specifico sviluppo delle sezioni sottoelencate.

LA RICERCA DELL'IRCCS: si tratta di una nuova area del sito che ha l'obiettivo di informare sull'organizzazione e attività della Direzione Scientifica e del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica, nonché della complessiva attività di ricerca svolta all'interno

LA NUOVA AREA DEL SITO INTERNET DEDICATA ALLA RICERCA DELL'IRCCS HA L'OBIETTIVO DI INFORMARE SULL'ORGANIZZAZIONE E ATTIVITÀ DELLA DIREZIONE SCIENTIFICA E DEL DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURA RICERCA E STATISTICA, NONCHÉ DELLA COMPLESSIVA ATTIVITÀ DI RICERCA SVOLTA ALL'INTERNO DELL'ASMN-IRCCS.

dell'ASMN-IRCCS. Lo spazio è stato strutturato in tre aree tematiche (attività scientifica, laboratori di ricerca e formazione), descrizione organizzativa della Direzione Scientifica e del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica nonché contatti, *alliance*, news e varie.

La sezione sull'attività scientifica, oltre a contenere i documenti riguardanti il Riconoscimento IRCCS da parte del Ministero, prevede la pubblicazione dello stato della ricerca corrente (linee di ricerca, relazione scientifica consuntiva Anno 2012 e ricerca scientifica della ricerca corrente Anno 2013), della ricerca finalizzata (progetti finanziati bando 2010, 2011-2012), dei progetti di ricerca finanziati da enti esterni e il link alle pubblicazioni scientifiche presenti sul sito della Biblioteca dell'ASMN-IRCCS.

La sezione Laboratori di Ricerca fornisce informazioni relative al Laboratorio di Ricerca Traslazionale, alle collaborazioni, alla produzione scientifica, ai finanziamenti ricevuti e all'elenco annuale aggiornato dei ricercatori.

La sezione Formazione comprende l'attività formativa del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica che si esplica attraverso l'organizzazione di seminari multidisciplinari a carattere scientifico: dai temi della ricerca, della psicologia e del valore aggiunto delle associazioni di volontariato.

Le sezioni Direzione Scientifica e Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica illustrano gli obiettivi e l'organizzazione di ogni singola struttura in cui si articolano.

PERCORSI E LINEE GUIDA: in quest'area è possibile consultare i Percorsi Assistenziali (PDTA) sia oncologici che non oncologici, le Linee Guida Aziendali e Interaziendali e i Gruppi Multidisciplinari.

All'interno di ogni singolo PDTA sono consultabili gli obiettivi, la tipologia dei pazienti e i criteri d'inclusione/esclusione, il coordinatore del PDTA, il gruppo multidisciplinare e multi professionale nonché gli opuscoli informativi per pazienti. I PDTA rappresentano lo strumento più idoneo per un'a-

nalisi complessiva che comprenda sia aspetti clinici che organizzativi, sviluppando le dimensioni della qualità professionale, gestionale, relazionale e della qualità percepita e innovando l'approccio al paziente attraverso il coinvolgimento di ricercatori molecolari, traslazionali e clinici.

La sezione Linee Guida Aziendali e Interaziendali vede la pubblicazione di tre percorsi: diagnostico terapeutico dei pazienti affetti da epatocarcinoma (HCC), diagnostico terapeutico dei pazienti con mesotelioma maligno della pleura e l'appropriato uso delle emotrasfusioni e gestione del rischio.

La sezione Gruppi Multidisciplinari è uno spazio per informare sui gruppi di professionisti di discipline differenti (medici, infermieri, tecnici, fisioterapisti, data manager) che si riuniscono periodicamente per discutere i casi clinici. È possibile consultare per ogni gruppo la tipologia dei pazienti discussi, la periodicità degli incontri, il coinvolgimento del territorio, il responsabile /coordinatore nonché l'elenco dei partecipanti raggruppati per struttura di appartenenza.

INFO PAZIENTI: in questa sezione, pazienti e familiari possono accedere a diverse informazioni utili a comprendere le patologie, i percorsi di diagnosi e cura e gli aspetti organizzativi, consultando gli opuscoli informativi realizzati dal personale dell'ASMN-IRCCS. La sezione contiene opuscoli a valenza aziendale ed anche materiale prodotto dai singoli reparti su patologie e/o modalità di accesso.

TUTTA VITA NIENTE FUMO: in applicazione della normativa nazionale e regionale in materia di divieto di fumo è stata creata un'area con l'obiettivo di informare sui rischi correlati al fumo dei cittadini che accedono alla struttura sanitaria, nonché degli operatori che svolgono la loro attività in Azienda, salvaguardandone il diritto a respirare aria libera da fumo. A tal fine sono state inserite sezioni riguardanti: regolamento, centri antifumo, normativa, epidemiologia, contatti nonché opuscoli informativi e filmati.

MAPPA DELL'OSPEDALE: oltre agli aggiornamenti dei percorsi interni, conseguenti ai trasferimenti di alcune strutture del monoblocco ospedaliero, è stata attivata la mappa interattiva con il percorso per raggiungere le strutture esterne alla sede principale.

È continuata con cadenza mensile anche nel 2013 la pubblicazione della newsletter aziendale *Notizie*. *Notizie* è inviato attraverso la posta elettronica a tutti i dipendenti, alle redazioni giornalistiche, ai rappresentanti dell'Azienda

LE SCHEDE INFORMATIVE PER I PAZIENTI, CONSEGNATE AL MOMENTO DELL'ACCESSO ALLA STRUTTURA SONO REALIZZATE CON I COLORI DEL PERCORSO-COLORE CHE IL PAZIENTE DEVE SEGUIRE NEL MOMENTO D'INGRESSO ALL'OSPEDALE FINO AL RAGGIUNGIMENTO DEL REPARTO.

territoriale, alle associazioni di volontariato che gravitano intorno all'Ospedale, ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta. L'iscrizione gratuita è accessibile a tutti coloro che ne facciano richiesta.

Lo spazio internet dedicato alla pubblicazione prevede il modulo d'iscrizione e una sezione di archivio (presente anche sul sito intranet) dove è possibile consultare tutte le edizioni precedenti e realizzare qualsiasi tipo di ricerca sui contenuti pubblicati.

La sua redazione avviene con il contributo diretto e indiretto dei soggetti interessati alle notizie pubblicate.

Bacheche

Sono stati aggiornati i contenuti (informazioni di accesso) presenti nelle bacheche poste all'ingresso dei singoli reparti. Si è provveduto altresì all'aggiornamento del materiale informativo in esse contenuto:

- Opuscoli di presentazione del reparto;
- Opuscoli redatti in occasione di campagne informative locali e regionali;
- Opuscoli informativi per i pazienti.

Per i reparti interessati alla visita OECl, organizzazione che, a livello europeo, raggruppa i più importanti centri di ricerca sul cancro, sono state realizzate bacheche, poste all'ingresso dei singoli reparti, contenenti foto e nome di tutto il personale operante all'interno della struttura, previo consenso alla pubblicazione.

Schede informative per pazienti (schede di accoglienza)

Le schede informative per i pazienti, consegnate al momento dell'accesso alla struttura, vengono aggiornate periodicamente. Ogni scheda è stata realizzata con i colori del percorso-colore che il paziente deve seguire nel momento d'ingresso all'ospedale fino al raggiungimento del reparto.

È curato costantemente con i singoli reparti/servizi l'aggiornamento delle schede informative su attività, orari e altre informazioni utili.

Le schede sono consegnate al paziente, al momento dell'accoglienza in reparto, da parte dell'operatore sanitario ed anche esposte nelle bacheche posizionate all'ingresso di ogni singolo reparto/servizio.

Attività di supporto agli eventi formativi

È stata costante l'attività di supporto agli eventi formativi organizzati dalle strutture dell'azienda; tale supporto viene fornito sia per gli eventi che prevedono il coinvolgimento della segreteria organizzativa del Servizio Formazione, Qualità, Rapporti con Università e Terzo Settore sia per gli eventi in cui la segreteria organizzativa viene attivata all'interno della struttura organizzante.

Tale supporto si esplica in:

- Realizzazione grafica e stampa di depliant, locandine, attestati e scheda consultazione atti,
- Realizzazione di scheda d'iscrizione on line,
- Pubblicazione in intranet/internet dell'evento,
- Pubblicazione in intranet/internet delle relazioni presentate agli eventi in sezione riservata ai soli partecipanti.

Opuscoli e pieghevoli

L'Ufficio cura, di concerto con i reparti/servizi ospedalieri la stesura, la realizzazione grafica e la stampa di opuscoli e pieghevoli informativi rivolti all'utenza dell'Azienda.

Insieme ai servizi trasversali è curata anche la realizzazione di:

- Libretti per i nuovi assunti al fine di favorire l'inserimento del professionista in azienda fornendogli alcune informazioni che potranno essergli utili durante il suo rapporto di lavoro.
- Linee guida, materiale informativo per i professionisti su nuove procedure, tecniche, ecc.

È stato messo a punto nel corso del 2013 il progetto di definizione di una policy editoriale che sovrintenda alla genesi dei materiali informativi destinati ai pazienti sui temi della diagnosi e della cura delle patologie in termini di contenuti essenziali, livello semplificato del linguaggio secondo i principi della health literacy e caratteristiche grafiche.

5.2 LA COMUNICAZIONE PER LE SCELTE D'INTERESSE DELLA COMUNITÀ

Campagne informative

L'Azienda Ospedaliera partecipa, insieme a tutte le aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, al Gruppo di coordinamento regionale per la comunicazione e l'informazione in campo sanitario. In tale sede sono progettate e organizzate le campagne d'informazione alle quali le Aziende aderiscono, in maniera unitaria, con partecipazione locale e coinvolgimento attivo. Tali campagne mirano a favorire una migliore informazione su temi legati alla prevenzione e cura (screening, vaccinazioni, lotta al dolore, all'AIDS, uso dell'antibiotico, ecc.) e anche ad argomenti di natura sanitaria legati alla solidarietà sociale o a corretti comportamenti (donazione del sangue, donazione di organi, contracccezione, informazione per i genitori per la salute dei figli, donazione del sangue cordonale). Le campagne programmate a livello regionale oltre che nazionale trovano, in sede locale, un ulteriore livello d'impegno organizzativo per una più efficace trasmissione alla collettività locale di riferimento delle informazioni e dei messaggi ritenuti importanti. Il volontariato, tramite il Comitato Consultivo Misto, e la cittadinanza tutta, tramite la comunicazione istituzionale, sono sempre informati delle iniziative realizzate.

Rapporti con i media

Il livello informativo e comunicativo generale si realizza anche attraverso il rapporto costante con i mezzi di comunicazione di massa. L'Ufficio Comunicazione svolge la funzione di tramite con le redazioni locali, regionali e nazionali di stampa e televisione. Attraverso contatti diretti, comunicati, conferenze stampa, partecipazioni a rubriche radiofoniche e televisive è diffusa notizia su aspetti ed eventi

riguardanti l'attività ordinaria e straordinaria dell'Azienda. Nel corso dell'anno 2013 sono stati redatti 104 comunicati stampa e note di risposta e organizzate 7 conferenze stampa vertenti su iniziative e attività aziendali d'interesse generale.

Frequenti gli interventi dei professionisti a trasmissioni e rubriche in radio, in televisione e su carta stampata, relativi a temi d'interesse sanitario. La rubrica televisiva "Il Medico e il Cittadino", in onda sulla principale emittente locale con cadenza settimanale per nove mesi l'anno, è ormai storica e rappresenta un canale privilegiato per mantenere la cittadinanza al corrente dell'evoluzione e dello sviluppo della capacità di fare salute da parte dell'Ospedale e dei suoi Professionisti. L'Azienda inoltre, sempre nell'ottica di fornire alla cittadinanza un servizio d'informazione/divulgazione su temi d'interesse medico-clinico, sui percorsi di assistenza e cura e sui temi di educazione alla salute e all'uso appropriato della diagnostica e della terapia, ha modulato la propria presenza sui media locali rete televisiva locale tramite la predisposizione due volte al mese di spazi in diretta, della durata di 15 minuti ciascuno, nell'ambito della rubrica di

attualità "Buongiorno Reggio" e servizi "Primo Piano" in onda in fasce orarie di ascolto elevato. Ha programmato, inoltre, di concerto con l'Azienda Usl, la messa in onda di speciali di 15 minuti nella fascia oraria serale, dal titolo "Le Strade della Salute", interamente

registrati all'interno delle strutture e dedicati all'illustrazione di percorsi ospedalieri e servizi.

La semplificazione del linguaggio sui temi della salute - formazione in ambito di Health Literacy

Suddivisa in cinque edizioni, è proseguita nel 2013 la formazione di medici e operatori delle professioni sanitarie sui temi della Health Literacy. La formazione è parte del progetto regionale dedicato a quest'ambito con l'obiettivo di agevolare l'accesso dei cittadini alle informazioni che riguardano i servizi, le possibilità diagnostiche e assistenziali, in generale la cura del proprio stato di salute. Health Literacy è il livello in cui si colloca la capacità degli individui di ottenere e comprendere le informazioni per o sulla salute necessarie per accedere correttamente alle prestazioni sanitarie e/o adottare un sano stile di vita.

Ciascun'edizione del corso ha previsto due giornate formative strutturate in parti teoriche e di esercitazione pratica. I corsi sono stati curati da operatori della biblioteca medica interaziendale e operatori sanitari appositamente formati e rivolti, in questa fase, alle équipe dei reparti coinvolti nel percorso del paziente oncologico. Sono 75 i professionisti che hanno completato la formazione nel corso del 2013.

Attività progetto La biblioteca per i pazienti

L'anno 2013 ha visto il proseguimento delle attività del progetto *La Biblioteca per i Pazienti*, avviato dalla Biblioteca Medica "P. G. Corradini" nell'autunno 2005.

Per quanto riguarda le attività di *Cure leggere... Lèggere cura!* (biblioteca ricreativa per pazienti

e familiari), nel corso dell'anno 2013 sono stati realizzati 69 incontri di lettura ai quali hanno partecipato 398 persone, con una media di 5,8 persone per incontro.

Nel corso del 2013 è stato, quindi, oltrepassato il traguardo delle 3.000 presenze complessive ai 507 incontri realizzati dall'inizio delle attività (novembre 2005) a fine 2013. Questi dati, che confermano un costante incremento della partecipazione degli utenti alle attività del progetto, testimoniano il gradimento nei confronti dell'attività stessa.

L'attività di lettura ad alta voce ha visto il coinvolgimento dei reparti di Neurologia, Medicina 1, Medicina 3, Lungodegenza e Day Hospital oncologico. Inoltre, nel corso del 2013 è stata realizzata anche un'attività di prestito libri/audiolibri su richiesta che ha dato buoni risultati (14 richieste di prestito pervenute, per un totale di 22 libri/audiolibri presi a prestito da pazienti o familiari).

Come anche negli anni precedenti, tutte le attività di *Cure leggere... Lèggere cura!* sono state coordinate dalla Biblioteca Medica e sono state portate avanti grazie alla disponibilità dimostrata dal personale dei reparti coinvolti. Le attività sono state realizzate attraverso la collaborazione dei volontari dell'Associazione Vittorio Lodini per la ricerca in chirurgia, del progetto comunale Baobab/Spazio giovani scritte e, solo per il primo trimestre, dei volontari del Servizio Civile Nazionale.

Sempre nell'ambito del progetto *La Biblioteca per i Pazienti*, sono proseguite le attività del Punto Informativo per Pazienti e Familiari (uno spazio educativo e informativo al quale è possibile rivolgersi per richiedere materiale informativo di qualità sulla salute) ubicato presso il Day Hospital oncologico.

Le richieste d'informazioni raccolte nel corso dell'anno 2013 sono state 67: a tutte è stata fornita una risposta personalizzata, scientificamente corretta, aggiornata e comprensibile, attraverso la ricerca di materiale informativo accuratamente selezionato in base a rigorosi criteri di qualità. Tra le attività de *La Biblioteca per i Pazienti* rientrano anche il progetto "Community Health Literacy. Il materiale informativo per la comunità prodotto dalle Aziende Sanitarie della Provincia di Reggio Emilia e utilizzato all'interno dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova: raccolta, valutazione,

miglioramento", nonché alcune collaborazioni con il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (PN) sempre sul fronte dell'informazione di qualità sulla salute per pazienti e cittadini. Interesse particolare viene dedicato ai seguenti progetti:

• *"ETHIC - Evaluation Tool of Health Information for Consumers"* per lo sviluppo di uno strumento di valutazione della qualità linguistico-formale dei materiali informativi sulla salute; *"CIGNOweb"* per lo sviluppo e l'implementazione di una banca dati di materiale informativo divulgativo di argomento oncologico; *"Allargare la competenza degli istituti oncologici di ricovero e cura (IRCCS) nella Patient Education: il potere dell'alleanza con i rappresentanti dei pazienti"*.

LE RICHIESTE D'INFORMAZIONI RACCOLTE DURANTE IL PROGETTO "LA BIBLIOTECA DEI PAZIENTI" SONO STATE 67: A TUTTE È STATA FORNITA UNA RISPOSTA PERSONALIZZATA, SCIENTIFICAMENTE CORRETTA, AGGIORNATA E COMPRESIBILE.

ATTIVITÀ	2013
<i>Cure leggere... Lèggere cura!</i> Numero d'incontri di lettura ad alta voce realizzati	69
<i>Cure leggere... Lèggere cura!</i> Numero di utenti presenti agli incontri di lettura	398
<i>Cure leggere... Lèggere cura!</i> Numero richieste di prestito libri/audiolibri	14
<i>Cure leggere... Lèggere cura!</i> Numero di libri/audiolibri dati in prestito (prestito su richiesta)	22
<i>Punto Informativo per Pazienti</i> Numero accessi	67

5.3 LA COMUNICAZIONE INTERNA AZIENDALE

Il processo di comunicazione interna nell'ASMN è orientato al diretto coinvolgimento del professionista alla vita dell'azienda nella consapevolezza che solo la conoscenza di ciò che avviene e di come avviene porta in sé il valore del miglioramento continuo della qualità della prestazione.

La dotazione strumentale e le funzionalità tecnologiche di cui l'Ospedale si è dotato, unite al capillare lavoro di "organizzazione" del generale livello di utilizzazione degli strumenti stessi, hanno consentito di abbreviare le distanze anche professionali favorendo la creazione di reti interdisciplinari, impegnate a progettare, sperimentare e consolidare nuove conoscenze, buone pratiche, risultati e innovazioni positive. Ciò è raggiunto attraverso il portale intranet, che nel corso del tempo si è trasformato da vetrina informativa a vero e proprio strumento interattivo, tendente a una cultura di *web community*.



5.3.1 INTRANET - Arianna Line

Nell'anno 2013, è aumentato l'utilizzo della piattaforma dell'intranet sia da Servizi sanitari sia dai Servizi trasversali.

La piattaforma ha permesso di rendere più veloci le operazioni di aggiornamento dei contenuti, di semplificare il percorso di accesso alle informazioni e agli strumenti necessari per i compiti che i dipendenti devono svolgere quotidianamente. In particolare assumono sempre maggior rilievo le aree di lavoro all'interno delle singole strutture o fra strutture dello stesso dipartimento.

Fra le potenzialità del portale è stata maggiormente sfruttata la possibilità di condivisione, di revisione e aggiornamento di documenti direttamente dall'interfaccia web. Inoltre sono stati ampliati gli spazi di collaborazione, condivisione e discussione in linea fra professionisti delle stesse strutture ma anche fra strutture e dipartimenti diversi.

Le nuove sezioni di particolare interesse sono:

Programma Interaziendale Materno Infantile

P.I.A.M.I., area interaziendale (accessibile da ASMN e AUSL) nella quale è possibile accedere alla documentazione (linee guida, normativa, elaborati) prodotta dai Coordinamenti del Programma Interaziendale (salute infanzia, salute donna, diagnostica prenatale, pediatria ospedaliera, neuropsichiatria infantile e disabilità infantile, ostetricia e ginecologia ospedaliera, pediatria di comunità, consultori familiari).

OECI

Area contenente una sezione ad accesso riservato per i professionisti dei vari gruppi di lavoro (informazione/comunicazione, percorsi, ricerca, cure palliative, biobanche) utilizzata per la condivisione e l'elaborazione di documenti comuni da fare confluire in linee guida e procedure su una sezione ad accesso aperto. In tale sezione è possibile la consultazione dello stato di avanzamento della procedura di accreditamento OECI.

Nel corso dell'anno sono stati somministrati ai dipendenti sondaggi di vario genere:

- Valutazione della qualità delle prestazioni dei settori: Ecografia, RMN, TAC, Mammografia, Radiologia Tradizionale del Dipartimento Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio dell'ASMN-IRCCS;
- Valutazione della qualità delle prestazioni delle Radiologie degli ospedali di Scandiano, Montecchio, C. Monti, Correggio, Guastalla del Dipartimento Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio dell'ASMN-IRCCS;
- Fabbisogno formativo.

La piattaforma in uso favorisce la capacità degli utenti di creare e controllare proprie aree di lavoro comuni e di adattarle alle esigenze dei singoli progetti, nonché il coordinamento del lavoro di squadra con la possibilità di condividere calendari, avvisi e notifiche sia sugli eventi sia sui singoli documenti.

Nel portale è possibile:

- Condividere informazioni e documenti secondo target di utenti predefiniti;
- Gestire il controllo delle versioni dei documenti;
- Differenziare la notifica di nuovi documenti, la revisione e la cancellazione;
- Utilizzare in modo condiviso attività e progetti;
- Creare aree di discussione;
- Iscrivere a corsi, convegni e congressi;
- Condividere calendari, contatti, ecc.

- Acquisire modalità e strumenti condivisi tra le due aziende per la gestione documentale prevista dal modello regionale di accreditamento.

Il programma informatico è in grado di raccogliere i saperi organizzativi e professionali attraverso un sistema di gestione della documentazione che permetta di valorizzare i saperi e le competenze aziendali e in grado di soddisfare i requisiti regionali del modello di accreditamento.

**NEL CORSO DELL'ANNO SONO STATI
SOMMINISTRATI AI DIPENDENTI
SONDAGGI DI VARIO GENERE RELATIVI
ALLA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ
DELLE PRESTAZIONI E AL FABBISOGNO
FORMATIVO.**

5.3.2 Rassegna stampa

La rassegna stampa quotidiana consiste nella selezione di notizie concernenti la sanità e alla pubblica amministrazione dalla stampa locale e dalle principali testate nazionali. È pubblicata quotidianamente sul portale Intranet; la pubblicazione consente l'archivio per giornata e quindi la possibilità di ricerca di ogni articolo d'interesse.

5.3.3 Editoria aziendale

È continuata la redazione mensile della newsletter aziendale *Notizie*. Si rimanda al § 5.1 per l'approfondimento di tale strumento comunicativo.

5.3.4 Gestione della documentazione e condivisione dei saperi professionali e organizzativi

È continuata l'implementazione, avviata nel 2011 in collaborazione con l'azienda sanitaria locale, dello spazio virtuale dedicato alla diffusione di conoscenze, saperi e buone pratiche tra i professionisti delle due aziende sanitarie provinciali.

Il progetto ha tre obiettivi:

- Avere a disposizione un'area dove tutti i professionisti possono condividere la produzione clinica e organizzativa al fine di creare e sviluppare opportunità di confronto attraverso l'incrocio dei saperi (comunità di pratica e di apprendimento);
- Organizzare una banca dati informatizzata ove è possibile registrare e tracciare lo sviluppo organizzativo e professionale dell'azienda;

TABVLA. XXIX.

II



6

Ricerca e innovazione

In questo capitolo vengono prese in esame le azioni intraprese, i processi ed i prodotti dell'attività di promozione della ricerca e dell'innovazione. Nello specifico gli obiettivi su cui sta lavorando l'Azienda Ospedaliera ASMN sono: la creazione di una infrastruttura locale per la ricerca, innovazione, qualità, statistica e per la promozione di un clima culturale favorevole e la tutela delle garanzie di trasparenza. In questo quadro sono presentati i progetti di ricerca e le collaborazioni con le altre aziende, le iniziative formative volte a supportare l'attività di ricerca e l'accessibilità all'informazione e documentazione scientifica, i progetti multidisciplinari e multi-professionali volti al miglioramento della qualità clinico-assistenziale ed organizzativa. Ampio spazio viene infine dato alla valorizzazione del ruolo del Comitato Etico

TESTAMENTO

DEL SIG. ALESSANDRO MANTELLI.

Al Nome di Giesù Cristo Nostro Signore, l' Anno della sua Circoncisione mille seicento quaranta quattro, Indizione duodecima, Adì quattro Maggio.



Illustre Sig. Alessandro Mantelli, fu del Signor Tommaso Mantelli, altrimenti de' Musi, Cittadino Reggiano ivi presente, per l' Iddio grazia sano di mente, senso, vista, udito, & intelletto, considerando quanto sia bene, mentre s'ha tempo, ordinare, e disporre le cose di questo Mondo, acciocchè, sbrigato da quelle, possa nel punto della morte con cuore contrito rendere l' anima all' Onnipotente Signor Iddio; e conoscendosi mortale, e peccatore, e non volendo morire senza testamento, affine che dopo di lui non dia cagione di lite. Per tanto ha fatto, e fa il presente suo ultimo testamento senza scritto nuncupativo, nel quale ha disposto, e dispone de' suoi Beni, & Eredità, conforme all' intenzione, e gusto suo, in modo che, quando vorrà Sua Divina Maestà chiamarlo a se, non gli resti a pensare altro, che all' istesso Sig. Iddio, alla cui infinita clemenza, & alla Beatissima Vergine Maria, & à tutti li Santi del Paradiso, divotamente ha raccomandato, e raccomanda per sempre l' anima sua; ordinando, che, quando piacerà à Sua Divina Maestà, ch' egli muora, il suo corpo sia sepolto nella Chiesa di S. Gio: Evangelista di questa Città nella sepoltura de' suoi Predecessori, accompagnato alla sepoltura dalli Confratelli della Compagnia di Santa Maria del Consalone, detta del Carmine, & in somma in quel modo, e maniera, che stimeranno esser meglio il Mole' Illustrate Sig. Innocenzo Cremoni, e l' Illustrate Sig. Francesco Dugoni, a' quali in questo si rimette: vuole però, & ordina, che, oltre il settimo, trigesimo, & anniversario, soliti à celebrarsi, gli siano anche celebrate per salute dell' anima sua Messe da morto quattrocento agli Altari privilegiati di quelle Chiese di questa Città, & in quel tempo, che detti Signori Cremoni, e Dugoni giudicheranno bene, dando ad essi Signori per l' effettuazione di questo ogni autorità, e facoltà di spendere tutto quello sarà necessario de' danari, che si troveranno in cassa al tempo della sua morte; e, non ve n' essendo, di vendere qualche

Il
Sepolcra
ordinata.

6.1 ATTIVITÀ DELL'INFRA- STRUTTURA LOCALE PER LA RICERCA E L'INNOVAZIONE

Per la Ricerca e l'innovazione, anche nel corso dell'anno 2013, vi è stato un consolidamento e potenziamento delle attività del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica (I-RS), la cui direzione è stata affidata alla dott.ssa Adriana Albini a partire dall'anno 2012.

Dal punto di vista organizzativo, il dip. I-RS si avvale della collaborazione di due Uffici Amministrativi e una segreteria per l'espletamento delle seguenti funzioni:

- Segreteria di Dipartimento è l'ufficio che svolge i compiti legati alle attività segretariali dedicate alla Direzione del Dipartimento. La Segreteria del Dipartimento supporta anche l'organizzazione delle attività formative promosse dal Dipartimento stesso;
- Coordinamento Amministrativo è il riferimento per gli aspetti autorizzativi, contrattualistici normativo-regolatori, giuridici ed etici nell'ambito della ricerca e si occupa anche della gestione degli aspetti economico-contabili e di rendicontazione, oltre a mantenere i rapporti con il Ministero della Salute nell'ambito del WorkFlow della Ricerca per il riconoscimento di IRCCS.

Il Coordinamento Amministrativo collabora all'interno dell'Infrastruttura con il Grant Office e a livello aziendale con il Servizio Appalti.

Interagisce, altresì, con la Segreteria del Comitato Etico provinciale avente funzioni d'istruttoria dei protocolli di studio e di gestione complessiva degli stessi dalla loro attivazione fino alla conclusione, per esigenze di reportistica degli studi registrati anche ai fini di rendicontazione al Ministero della Salute.

L'Ufficio interagisce con il Comitato Etico Provinciale relativamente alle aree ricoperte dalle competenze sopra indicate e relativamente alle attività proprie all'interno di detto organismo, da parte del Responsabile della Segreteria del CE provinciale presente nell'Ufficio stesso.

È in fase di costituzione anche il Comitato Pre-Bioetico, cui sarà affidata la valutazione della coerenza e della fattibilità degli studi e progetti clinici prima che siano sottoposti all'approvazione da parte del Comitato Etico provinciale;

- Grant Office, è una struttura amministrativa con le seguenti principali funzioni: identificare le opportunità di finanziamento per i progetti di ricerca, supportare i Ricercatori e Clinici nella predisposizione tecnico-scientifica ed economica delle domande di finanziamento, assistere i Responsabili Scientifici in tutte le fasi di preparazione dei progetti di ricerca multicentrici con risposta a Bandi promossi da Enti di ricerca pubblici e privati, nazionali e internazionali fino alla sottomissione finale e gestire i rapporti con Unità Operative ed Enti. L'attività di quest'ufficio include anche il monitoraggio dei Budget di progetto a disposizione dei Responsabili Scientifici.

Il Grant Office collabora attivamente con il Coordinamento Amministrativo per le Rendicontazioni dei progetti di ricerca.

L'Ufficio ha anche un ruolo di supporto alla Direzione del Dipartimento e Scientifica nella preparazione della documentazione richiesta dal Ministero della Salute per le attività di IRCCS.

In stretta collaborazione con il Grant Office si colloca il gruppo di lavoro dedicato al mantenimento dell'Anagrafe della Ricerca I-RS che consente una visione completa dei progetti, protocolli di studi sia pre-clinici che di base in corso di svolgimento presso la struttura.

Il Grant Office segue anche le attività di Accreditamento, Qualità e Percorsi in ambito IRCCS, nella fase di presentazione del report delle attività al Ministero della Salute, funzioni che nel precedente organigramma erano seguite dal preesistente ufficio "Qualità Accreditamento" passato alla Direzione Sanitaria.

NEL 2013 È STATO COSTITUITO IL COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO (CTS) CHE HA FUNZIONI CONSULTIVE E DI SUPPORTO TECNICO-SCIENTIFICHE ALL'ATTIVITÀ DI RICERCA. IL RUOLO PRINCIPALE DEL CTS È DI FORMULARE PARERI E PROPOSTE SU PROGETTI, PROGRAMMI E OBIETTIVI SCIENTIFICI E DI RICERCA DEL DIPARTIMENTO, NONCHÉ, IN VIA PREVENTIVA, SU SINGOLE INIZIATIVE DI CARATTERE SCIENTIFICO O RILEVANTI AI FINI DELL'ATTIVITÀ SCIENTIFICA.

Per le funzioni d'indirizzo, nel corso del 2013 è stato costituito il Comitato Tecnico-Scientifico (CTS), le cui attività sono formalmente state avviate nello stesso anno.

Il CTS è un organismo con funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifiche all'attività di ricerca, come previsto dal Decreto Legislativo

229 del 19/6/99. Il ruolo principale del CTS è di formulare pareri consultivi e proposte su progetti, programmi e obiettivi scientifici e di ricerca del Dipartimento, nonché, in via preventiva, su singole iniziative di carattere scientifico o rilevanti ai fini dell'attività scientifica.

Il CTS è presieduto dal Direttore Scientifico ed è composto dai seguenti Membri: Direttore del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica, Direttore Sanitario, dal Direttore delle Professioni Sanitarie, Responsabili delle quattro Linee di Ricerca (Linea 1: Pazienti con patologia oncologica complessa; Linea 2: Tecnologie avanzate (diagnostiche e terapeutiche) imaging-modulate, tecnologie endoscopiche; Linea 3: Modelli assistenziali oncologici; Linea 4: Bersagli e strategie terapeutiche innovative in Oncologia e Oncoematologia: microambiente, infiammazione, angiogenesi e immunità), un rappresentante della Direzione Generale dell'Azienda USL di Reggio Emilia, due Clinici rappresentanti della ricerca ASMN, di cui uno appartenente a un Dipartimento medico e uno appartenente ad un Dipartimento chirurgico, due Ricercatori, di cui uno di area oncologica ed uno di area non oncologica.

Il coordinamento del CTS è stato affidato al Direttore della Struttura Complessa di Reumatologia, Dott. Carlo Salvarelli.

Al Dipartimento I-RS nel 2013 afferivano direttamente:

- 1) La Struttura Complessa Statistica e Qualità degli Studi Clinici;
- 2) La Struttura Complessa di Ricerca Traslazionale per le attività di laboratorio totalmente dedicate alla ricerca, secondo quanto richiesto nella relazione dei Membri della Commissione Ricerca del Ministero della Salute in occasione della Site Visit effettuata il 28 luglio 2010;
- 3) La Struttura Complessa Ricerca Epidemiologica a valenza provinciale, costituita dal servizio di Epidemiologia Descrittiva e Valutativa e dal Registro dei Tumori, gerarchicamente e organicamente afferente all'Azienda USL di Reggio Emilia.

6.1.1. Struttura Complessa di Statistica e Qualità degli Studi Clinici e relative attività

La Struttura Complessa "Statistica e Qualità degli Studi Clinici" (SQSC) fa parte del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica insieme alla Struttura Complessa di "Ricerca Traslazionale" e alla Struttura Complessa "Ricerca Epidemiologica" (interaziendale fra l'Arcispedale e l'Azienda AUSL di Reggio Emilia).

La Struttura Complessa Statistica e Qualità degli Studi Cli-

nici, il cui Direttore è anche Responsabile del Registro dei Tumori, comprende al suo interno le seguenti funzioni:

- Biblioteca Medica riorganizzata in modo tale da includere 3 funzioni principali: Editoria, Informazione e Comunicazione e quella di Formazione in EBM (Evidence Based Medicine), oltre a quelle esistenti;
- Studi Clinici e Statistica, generate dall'accorpamento delle due strutture preesistenti "Studi Clinici" e "Statistica".

La funzione principale riguarda prevalentemente il supporto al disegno degli studi e all'analisi dei risultati di sperimentazioni condotte dalle strutture di ricerca interne o esterne all'Istituto, con cui vi siano progetti collaborativi, mentre la funzione di ricerca metodologica produce modelli e metodologie per studi in ambito descrittivo, analitico

NEL CORSO DEL 2013 È STATO ISTITUITO IL PROGETTO "LUOGHI DI INCONTRO E CONDIVISIONE DONNA- LIC DONNA", UN LUOGO IN CUI LE PAZIENTI ONCOLOGICHE POSSONO INCONTRARE, OLTRE AL PERSONALE SANITARIO SPECIALIZZATO, ANCHE LE ASSOCIAZIONI PRESENTI SUL TERRITORIO E TUTTE LE FIGURE PROFESSIONALI CHE POSSONO OFFRIRE AIUTI SIGNIFICATIVI PER LA SALUTE E IL BENESSERE.

e sperimentale con particolare attenzione ai metodi relativi allo sviluppo e validazione di processi, tecnologie, percorsi assistenziali.

Più in dettaglio si riportano di seguito le principali funzioni:

- Supporto ai clinical trials e alla ricerca di base (non-clinica);
- Attività di ricerca nell'ambito delle metodologie innovative di analisi (studi di effectiveness, impatto);
- Progettazione ed effettuazione di ricerche in tema di descrizione e valutazione di processi, percorsi assistenziali e tecnologie innovative;
- Gestione del Registro Tumori: dati d'incidenza, sopravvivenza e prevalenza dei tumori, studi osservazionali di approfondimento.

Questa S.C., infatti, è in grado di fornire competenze di tipo specialistico (statistica, metodologia, data management, controllo di qualità dei dati) e comprende al suo interno anche lo Sportello Statistico che offre consulenza ai professionisti impegnati nella ricerca, l'ufficio Data Manager e Quality Control e l'Anagrafe della Ricerca Clinica.

La Struttura collabora in forma proattiva ed effettua il lavoro di data management e il controllo di qualità dei dati, in ordine al rispetto delle metodologie consolidate e delle norme etiche e di privacy, in ogni fase dello studio e fornisce strumenti operativi per il supporto metodologico e statistico, l'analisi e valutazioni d'indicatori di efficienza, di efficacia e di qualità clinico assistenziale;

- Osservatorio Salute Donna

Avvalendosi della competenza di psicologia presente all'interno del Dipartimento, questo organo ha proseguito la propria attività con l'obiettivo principale di promuovere una cultura della salute di genere intesa nel senso di creare la consapevolezza che l'appartenere al genere femminile o maschile influenza la salute e la percezione della salute, e che tutte le politiche di prevenzione delle malattie dovrebbero considerare attentamente queste differenze per realizzare equità e pari opportunità. L'Osservatorio sulla Salute della Donna intende inoltre stimolare la ricerca sulle principali patologie che colpiscono l'universo femminile, e sulle loro implicazioni economiche, politiche e sociali, contribuendo alla diffusione d'informazioni medico scientifiche e promuovendo culturalmente il ruolo sociale della donna nella valorizzazione della ricerca e della conoscenza scientifica.

Nel corso del 2013 è stato istituito, sotto il coordinamento scientifico del Direttore del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica e l'organizzazione dell'Osservatorio Salute Donna, il Progetto "Luoghi di Incontro e Condivisione Donna- LIC Donna", che consiste nell'organizzazione di uno spazio d'incontro in cui le pazienti e i familiari hanno la possibilità di confrontarsi tra loro o con gli specialisti sanitari e di aggiornarsi rispetto ai percorsi diagnostico-terapeutici, ai progetti di ricerca oncologici e di condividere l'esperienza della malattia.

LIC Donna è un luogo in cui le donne possono incontrare, oltre al personale sanitario specializzato, anche le Associazioni presenti sul territorio e tutte quelle figure professionali che possono offrire aiuti significativi per la salute e il benessere (es. esperti in attività sportive, in agopuntura, esperto in alimentazione, in diritto del lavoro, ma anche professionisti della cura dei capelli e del trucco).

Il progetto è svolto in collaborazione con l'Azienda USL e sotto il partenariato della Provincia di Reggio Emilia e di alcune Associazioni di Volontariato impegnate a sostenere pazienti colpiti dalla malattia oncologica e i loro familiari. LIC Donna propone un ciclo d'incontri il cui programma è stato pianificato nel corso del 2013, che si svolgeranno dall'anno 2014.

Il Direttore del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica, nel mese di Settembre 2013, è stato eletto Presidente del Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Nazionale della Salute della Donna (O.N.Da), di cui fanno parte medici e ricercatori eccellenti provenienti da tutta Italia, specializzati nelle tematiche correlate alla salute femminile. L'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, ha l'obiettivo di promuovere la cultura della salute di genere, pro-

ponendo strategie di prevenzione per le principali patologie che colpiscono l'universo femminile e sostenendo ricerche di base e cliniche.

La gestione del Registro Tumori (RT) di popolazione rientra nelle attività di ricerca proprie.

Inoltre la S. C di SQSC, in collaborazione con la Biblioteca Medica e i Sistemi Informativi Aziendali, ha prodotto un modello di valutazione della performance scientifica dei ricercatori, con relativa griglia valutativa e report. Il Report ha permesso la valutazione dell'impatto della Ricerca in termini di esito (numero di pubblicazioni per singolo ricercatore e per singola Unità operativa, IF grezzo delle pubblicazioni e IF Normalizzato).

6.1.2 Struttura Complessa di Ricerca Traslazionale e relative attività

La Struttura Complessa di Ricerca Traslazionale, è stata costituita, organizzata e implementata dal secondo semestre dell'anno 2012.

Afferisce direttamente alla Direzione del Dipartimento I-RS ed ha l'obiettivo di organizzare e razionalizzare le ricerche esistenti e promuovere nuove competitive attività di ricerca traslazionale nell'ambito delle malattie complesse attraverso l'allestimento di nuovi laboratori di medicina traslazionale, dotati di tecnologie innovative a supporto della diagnostica e della terapia.

La funzione principale della Struttura Complessa di Ricerca Traslazionale

è quindi lo sviluppo e il potenziamento di progetti di ricerca traslazionale in campo oncologico, anche attraverso l'implementazione di tecnologie innovative a supporto della diagnostica avanzata molecolare e di terapie sperimentali oncologiche.

All'interno della S.C. di Ricerca Traslazionale sono incluse le seguenti attività, realizzate dall'anno 2012, che sono state ampliate e completate nel corso dell'anno 2013:

- Laboratori di Ricerca Traslazionale che svolgono attività di ricerca utilizzando tecniche all'avanguardia di biologia molecolare per l'attività preclinica propedeutica all'attività di ricerca clinica già attiva presso l'Azienda Ospedaliera. La missione dei Laboratori di Ricerca Traslazionale può essere sintetizzata nei seguenti punti:

- Studiare i meccanismi che sono all'origine del tumore e/o responsabili della sua crescita, sia dal punto di vista della cellula neoplastica che del microambiente tumora-

L'AMPLIAMENTO DEI LABORATORI DI RICERCA È STATO QUASI COMPLETATO NEL CORSO DEL 2013, COSÌ CHE OCCUPERANNO UN'AREA DI 410 MQ, DOTATI DI STRUMENTAZIONI TECNOLOGICHE D'AVANGUARDIA, CON UNO SPAZIO DESTINATO ALLE COLTIVE CELLULARI E UNA STANZA CHE OSPITA LE GRANDI APPARECCHIATURE.

le, attraverso tecniche genomiche, di biologia cellulare/funzionale e biochimiche;

- Identificare nuovi composti per la prevenzione dello sviluppo e la progressione dei tumori (chemo/angio-prevenzione) e studiare le pathways molecolari attraverso cui agiscono;
- Analizzare i meccanismi di resistenza alle terapie convenzionali anti-neoplastiche caratteristici della patologia neoplastica;
- Identificare marcatori biologici (biomarkers), caratteristici della patologia neoplastica, che possano essere utilizzati per la diagnosi, prognosi e/o la predizione della risposta alla terapia;
- Caratterizzare i meccanismi molecolari che sono alla base dell'aggressività dei tumori solidi;
- Caratterizzare le molecole anti-neoplastiche in modelli sperimentali di tumori. Studiare i pathways che, nella cellula, sono coinvolti nella proliferazione e nella resistenza delle cellule tumorali alle terapie convenzionali o innovative. Caratterizzazione di marcatori presenti nei tessuti o secreti nel sangue per la definizione dei possibili bersagli molecolari di nuovi farmaci e per l'integrazione con i dati genetici e genomici ed epigenetici dei pazienti.

IL SERVIZIO "CORE FACILITIES E TECNOLOGIE AVANZATE" AVRÀ IL COMPITO DI METTERE IN CONDIVISIONE RISORSE E TECNOLOGIE AVANZATE PER IL LORO UTILIZZO COMUNE E MULTIDISCIPLINARE, UN SERVIZIO CIOÈ A SUPPORTO DELLA RICERCA PRECLINICA.

- Coordinamento dei Ricercatori, già prevista nell'organigramma sul sito, questa nuova funzione costituisce il punto di riferimento dei Ricercatori presenti nelle varie strutture e dipartimenti per garantire organicità al sistema ricerca e creare sinergia fra le diverse tematiche sviluppate all'interno dell'Azienda. Per garantire maggiore funzionalità sarà prevista l'apertura di uno Sportello Ricerca che raccoglierà le richieste dei Ricercatori afferenti ai vari Dipartimenti;

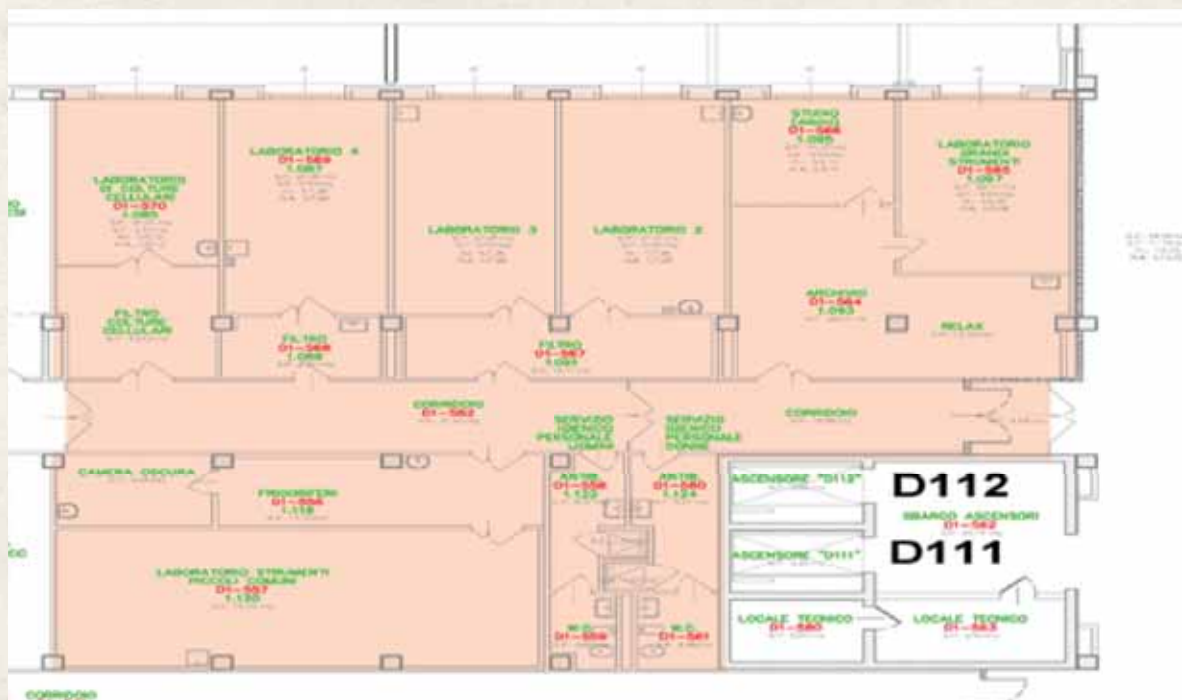
Spazi dedicati ai Laboratori di Ricerca Traslazionale

Con il supporto della Direzione Generale e la collaborazione della Direzione Medica Ospedaliera e del Servizio di Tecnologie Biomediche, nel corso del 2012 è stato avviato il processo di ampliamento dei Laboratori di Ricerca, continuato anche nel corso del 2013.

L'ampliamento dei Laboratori di Ricerca è stato quasi completato nel corso del 2013 e verrà definitivamente terminato a Giugno del 2014.

In particolare il trasferimento di tre gruppi di ricerca presso un'area di 410 mq, ha permesso lo spostamento delle attività di ricerca in Laboratori dedicati alla Ricerca Traslazionale, dotati di Strumentazioni tecnologiche e all'avanguardia, con uno spazio destinato alle colture cellulari ed una stanza che ospita le grandi strumentazioni.

Qui di seguito vengono riportate graficamente le aree destinate ai Laboratori di Ricerca Traslazionale:



- Ricerca in Biobanche

Le Biobanche sono unità di servizio finalizzate alla raccolta, alla conservazione, allo stoccaggio e alla distribuzione di materiale biologico umano a scopo di ricerca. Parallelamente le biobanche conservano i dati personali sanitari, di stili di vita e genealogici, che completano le informazioni del campione per il ricercatore. La ricerca, specie quella oncologica, dipende dalla disponibilità di materiale biologico di elevate qualità donato dai pazienti, che permettano la realizzazione di larghi studi che correlino i dati biologici con l'outcome clinico. Tuttavia, le potenzialità conoscitive che possono derivare dallo studio del prezioso materiale biologico conservato nelle singole biobanche si concretizza in tutto il suo potenziale solo dopo la costituzione delle Reti di Biobanche. Le reti pongono in un unico database tutte le informazioni necessarie al ricercatore per estrapolare in modo razionale e veloce i campioni più adatti agli obiettivi della ricerca.

Questo nuovo servizio permette di effettuare studi con materiali biologici umani e dati a essi collegati. Razionalizzazione di collezioni che rappresentano un'importante fonte di risorse per la diagnosi e per la ricerca e che possono costituire un valore aggiunto per la Struttura IRCCS riconosciuta;

- Consulenza Genetica in Oncologia- si tratterà di un nuovo processo specialistico di tipo preventivo con lo scopo di identificare soggetti ad alto rischio di tumore per la presenza di fattori di rischio genetici e la gestione delle problematiche conseguenti a tale diagnosi (come ridurre il rischio di cancro, come adattare alle proprie scelte personali le opzioni disponibili, come affrontare il peso psicologico di una situazione di "alto rischio"). Questa nuova attività accoglierà le richieste provenienti dai singoli utenti e dai medici sul territorio; concorderà, con i soggetti ad alto rischio e gli specialisti, un programma personalizzato d'interventi preventivi; prenderà in carico le problematiche conseguenti ad una diagnosi di alto rischio, direttamente o attraverso la collaborazione con altre strutture sul territorio.

Lo scopo principale della consulenza genetica è quindi quello di fornire informazioni riguardanti il rischio di tumore e i test a esso correlati ai pazienti che desiderano un supporto nella gestione delle proprie caratteristiche ereditarie e/o familiarità;

- Epidemiologia Molecolare- In stretta interazione con i Laboratori di Biologia Molecolare e Ricerca Molecolare, questo nuovo servizio studia il meccanismo di azione dei determinanti delle malattie complesse per cercare di identificare le modalità di prevenzione del rischio o la prognosi. Viene studiato il ruolo di variazioni genetiche qualitative (SNP, mutazioni), così come il ruolo di modificazioni epige-

netiche. Le attività si concentrano sull'analisi del ruolo della variabilità genetica ed epigenetica nella predisposizione costituzionale al cancro (epidemiologia molecolare) e sugli effetti dell'ambiente a livello genomico.

Strettamente collegati alla Ricerca Traslazionale si colloca il servizio di Core-Facilities e Tecnologie Avanzate, già previsto nell'organigramma iniziale, ma non ancora attivato, a supporto della ricerca pre-clinica. L'obiettivo è di mettere in condivisione risorse e tecnologie avanzate per l'utilizzo comune e multidisciplinare di queste risorse. Gli scopi del programma delle Core-Facilities possono essere così sintetizzati: effettuare il censimento delle attrezzature presenti, ampliare l'utilizzo delle tecnologie complesse a scopo di ricerca, favorire lo sviluppo di progetti di ricerca che si basino sull'utilizzo delle più recenti tecnologie presenti nelle varie divisioni cliniche e diagnostiche e svolti anche in collaborazioni con strutture esterne.

Il servizio di Bioinformatica, previsto anche nell'organigramma precedente, offrirà un supporto alla realizzazione dei progetti di ricerca e alla loro analisi, attraverso il supporto statistico e bioinformatico a tecnologie quali quella dei *microarray* del *Next Generation Sequencing* (o *deep sequencing*) che forniscono l'opportunità di analizzare il genoma e il trascrittoma di un organismo o di una cellula. Questi approcci hanno una diffusione sempre maggiore sia presso i laboratori di ricerca sia nella diagnostica, in quanto permettono di ottenere informazioni veloci e approfondite a livello di DNA (identificazione di aberrazioni cromosomiche, stato di metilazione) e di RNA (studio dei profili di espressione genica). Inoltre seguirà dal punto di vista bioinformatico gli studi molto attuali su RNA non-codificanti, quali i microRNA. Tali analisi complesse del *genoma*, del *trascrittoma* e del *metiloma* presentano non poche necessità di procedure e analisi, sia di tipo sperimentale, che relative all'interpretazione dei risultati. L'implementazione di questo nuovo servizio potrà supportare i Ricercatori dalla pianificazione degli esperimenti all'analisi statistica dei dati con software dedicati, attraverso gli aspetti più innovativi delle tecnologie oggi più diffuse in ambito biomedico.

6.1.3 Struttura Complessa di Ricerca Epidemiologica e relative attività

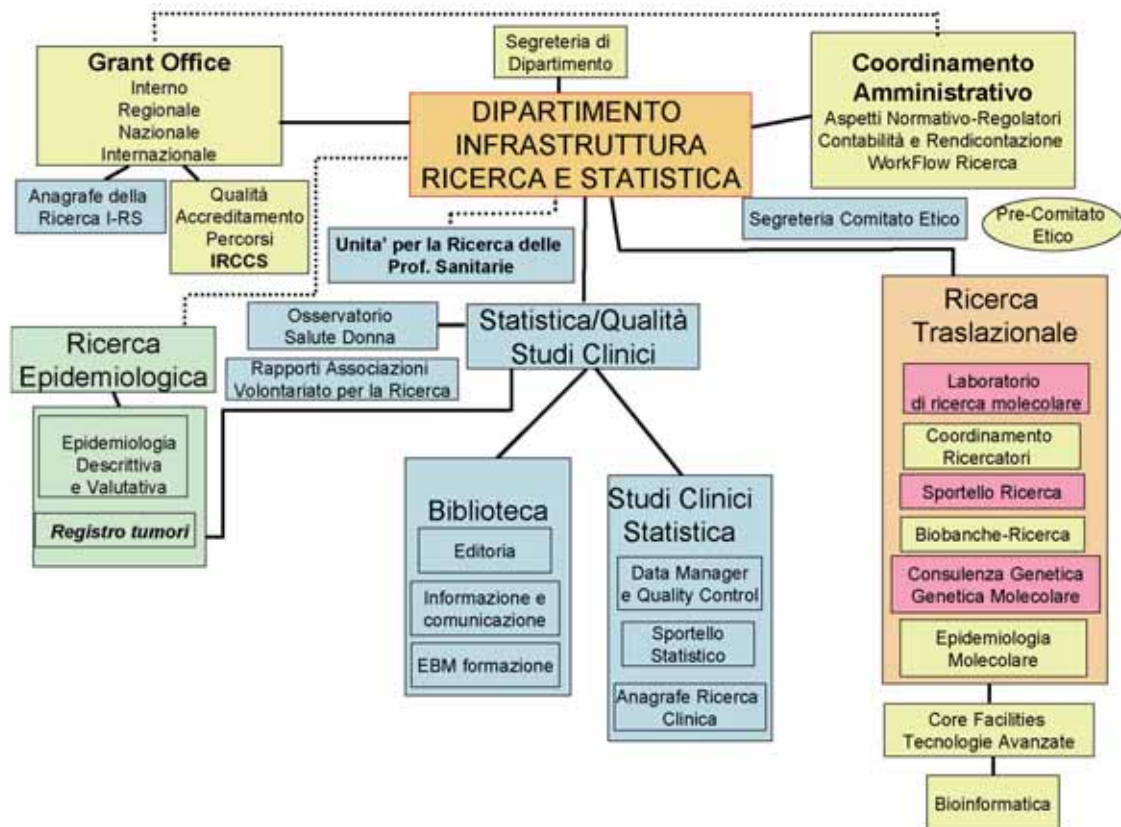
La Struttura Complessa di Ricerca Epidemiologica è una struttura a valenza provinciale, che è costituita dal servizio di Epidemiologia Descrittiva e Valutativa e dal Registro dei Tumori, gerarchicamente e organicamente afferente all'Azienda USL di Reggio Emilia.

La direzione della Struttura Complessa Ricerca Epidemiologica è stata affidata dal 9 marzo 2012 al Dott. Paolo Giorgi Rossi.

Il Servizio di Epidemiologia Descrittiva ha funzione interaziendale fra l'Azienda USL di Reggio Emilia e l'IRCCS-Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, e si pone i seguenti obiettivi principali:

- Garantire il coordinamento delle attività di ricerca epidemiologica fra l'AUSL e l'IRCCS-ASMN di Reggio Emilia;
- Favorire lo sviluppo della ricerca nell'ambito dei percorsi assistenziali, che è il focus centrale della ricerca del Servizio;
- Rafforzare la collaborazione fra strutture centrali e decentrate, fra ospedale e territorio;
- Implementare le competenze nell'ambito del governo clinico e in particolare nella valutazione delle tecnologie sanitarie.

6.1.4 Organigramma Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica



6.1.5 Integrazione tra i vari sottosistemi aziendali

Il Dipartimento I-RS si è integrato efficacemente con altre strutture presenti in Azienda, quali ad esempio la Segreteria del Comitato Etico e la Biblioteca Medica: ciò ha reso particolarmente agevolati percorsi di collaborazione e formazione tra il personale afferente a tali strutture. Inoltre il Dipartimento I-RS s'interfaccia con il Collegio di Direzione sia relazionando periodicamente le attività proprie dell'Infrastruttura sia presentando progetti di particolare rilievo.

Unità di Ricerca & EBP - Direzione Professioni Sanitarie

Nel corso del 2013, l'attività dell'Unità di Ricerca & EBP è stata orientata in 4 ambiti specifici:

- **FORMAZIONE** alla metodologia della ricerca di base e avanzata, rivolta ai professionisti interni all'Azienda e alla rete dipartimentale dei referenti per la Ricerca & EBP.
- **PROGETTAZIONE** e **CONDUZIONE** di **ricerche cliniche** in ambito infermieristico, tecnico, ostetrico e della riabilitazione, anche attraverso il supporto ai professionisti, garantito dall'EBP Help Service.
- Attivazione di **COLLABORAZIONI** e **NETWORK** con altre Aziende/Istituzioni per progettazione e conduzione ricerche multicentriche e altre attività correlate.
- **DIFFUSIONE DEGLI ESITI** delle ricerche realizzate, sia all'interno dell'Azienda, che attraverso pubblicazioni nelle principali riviste scientifiche, presentazioni in workshop e on web.

È CONTINUATA LA COLLABORAZIONE CON VARI RICERCATORI PROVENIENTI DA IMPORTANTI UNIVERSITÀ DELLA REGIONE E NAZIONALI PER IMPLEMENTARE PROGETTI DI RICERCA MULTICENTRICI SIA DI TIPO CLINICO CHE ORGANIZZATIVO.

Le principali iniziative di formative realizzate dall'Unità di Ricerca & EBP delle Professioni Sanitarie, nel corso del 2013, in sinergia con Formazione & Sviluppo della DPS, sono quattro:

1. Corsi di formazione residenziale accreditata "Il Metodo Scientifico nella pratica- livello base", per continuare a sensibilizzare i professionisti sanitari non medici alla ricerca.

Nella tabella seguente sono rappresentati i professionisti formati nelle 23 edizioni totali effettuate dal 2009 al 2013:

Professione	N° partecipanti
Responsabili Infermieristici e Tecnici Dipartimentali e Coordinatori Infermieristici e Tecnici	60
Infermieri	252
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	90
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	54
Fisioterapisti	31
Ostetriche	9
Tecnici della Prevenzione	30
Tecnici di Neurofisiopatologia	3
Logopediste	4
Dietista	2
Audiometrista	3
Totale ASMN	538 di cui
Presidio IRCCS	119

2. Corsi di formazione residenziale avanzata, accreditata per affinare le competenze target, rivolta ai Referenti dipartimentali Ricerca & EBP delle Professioni Sanitarie che svolgono la funzione di facilitatori per il resto del personale nei diversi ambiti.

Nel 2013, si è svolta la seconda edizione del corso avanzato di Evidence based Clinical Practice, cui è seguito il corso per l'approfondimento della lingua inglese per rafforzare tali competenze, secondo i bisogni espressi dai referenti stessi.

3. Eventi di formazione avanzata di Metodologia della Ricerca, che presuppongono il coinvolgimento dei discenti in un vero progetto di ricerca da svolgere nel loro ambito di appartenenza o su tematiche trasversali. Tali corsi vengono accreditati come formazione sul campo, non appena il protocollo è stato approvato dal Comitato Etico, normalmente durano un anno e possono essere

NEL CORSO DEL 2013 SONO STATI VISIONATI E VALUTATI CIRCA 229 PROTOCOLLI DI RICERCA, NEI QUALI PER OLTRE IL 40% È STATA RICHIESTA FORMALMENTE LA COLLABORAZIONE DEL PERSONALE DELL'ASSISTENZA.

rinnovati, coerentemente con la realizzazione del progetto di ricerca.

4. Eventi di formazione residenziale rivolta ai Coordinatori Infermieri e altre Professioni sanitarie, per sensibilizzare e dare consapevolezza in merito agli strumenti per dare visibilità ai risultati della propria prassi quotidiana, attraverso la lettura delle principali Riviste Scientifiche d'interesse, tenendo conto delle norme editoriali e dei principi della scrittura scientifica.

Nella tabella seguente sono elencati in sintesi i due eventi:

Data	Titolo del Corso	Destinatari	Edizioni	Ore per edizione	Totale partecipanti
2013	Leggere per Ricercare: la Rivista come strumento di divulgazione del sapere	- Staff DPS, - Coordinatori Infermieristici e Tecnici - Rete referenti Ricerca & EBP; - Tutor CdL	2	4	57
2013	Dar voce al nostro fare attraverso le pubblicazioni scientifiche	- Staff DPS, - Coordinatori Infermieristici e Tecnici - Rete referenti Ricerca & EBP; - Tutor CdL	2	4	47

Supporto ai Professionisti

Il servizio di consulenza "EBP help-service", anche nel 2013 ha garantito il supporto nella definizione di quesiti di ricerca e nella stesura di protocolli di ricerca, attraverso la richiesta on-line. Tramite questa modalità si contano 18 richieste totali, su tematiche varie e da diversi reparti. Si segnala che negli ultimi tempi, è stata progressivamente utilizzata anche la posta elettronica, per richiedere tale supporto.

Collaborazioni e Network

- Nel corso del 2013, è continuata la collaborazione con vari ricercatori provenienti da importanti Università della Regione e Nazionali per implementare progetti di ricerca multicentrici sia di tipo clinico che organizzativo.
- Inoltre si è instaurata una collaborazione con i centri ricerche delle professioni Sanitarie della Regione, in particolare Policlinico S. Orsola e Istituto Ortopedico Rizzoli e l'IRST di Meldola che si è concretizzata con la progettazione e la realizzazione di studi multicentrici. (uno concluso, attualmente in fase di elaborazione, due in corso).

Diffusione Risultati e Pubblicazioni

- Oltre alle iniziative di formazione per sensibilizzare sulla diffusione scientifica degli esiti delle ricerche attraverso le pubblicazioni su riviste scientifiche, elencate in precedenza, l'attività dell'Unità di Ricerca & EBP ha attivato

una collaborazione fra le DPS, in particolare tra i Centri Ricerche per le professioni sanitarie che si è ulteriormente consolidata a fine anno, con la partecipazione alla pubblicazione del periodico "Evidenze in Assistenza", al fine di stimolare i professionisti nella diffusione scientifica degli esiti e valorizzarne il contributo.

- Nel corso del 2013, ricercatori della DPS che hanno condotto e concluso ricerche, sono stati invitati a partecipare a RicercaRE, brevi incontri divulgativi (2 ore circa) organizzate dal Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica e rivolte a tutto il personale.

Altra attività

Collaborazione alle ricerche mediche

La collaborazione delle professioni sanitarie alla ricerca medica rappresenta un elemento di fondamentale importanza, anche nel corso del 2013 l'attività è stata garantita in tutta l'azienda.

Nel corso del 2013 sono stati visionati e valutati circa 229 protocolli di ricerca, nei quali per oltre il 40% è stata richiesta formalmente la collaborazione del personale dell'assistenza.

Indice delle ricerche delle Professioni Sanitarie concluse e in corso

Progetti di ricerca conclusi	Anno	n. pazienti / soggetti arruolati	Pubblicazione
La gestione degli accessi venosi: indagine descrittiva	Concluso (2009-2010)	290 inf.	SI
La collaborazione tra il personale infermieristico e di supporto	Concluso (2009-2010)	274 inf 129 OSS	SI
Il livello di motivazione ed applicazione del processo di assistenza prima e dopo il percorso formativo per l'implementazione delle Diagnosi infermieristiche (Progetto Iside)	Concluso (2009 - 2012)	111 inf Fase pre 45 inf fase post	
L'effettuazione dell'emocultura: implementazione delle linee guida per una corretta processazione nel laboratorio microbiologico della nostra Azienda.	Concluso (2010-2011)	18.078 campioni	In corso
Efficacia dell'uso di letti meccanici basculanti per la prevenzione della polmonite associata a ventilazione meccanica: revisione della letteratura	Concluso (2011)	57 cit. 13 art. valutati	SI
Implementazione di un sistema aziendale per la sorveglianza, la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione	Concluso (2012-2013)	606 pz	In corso

Progetti di ricerca in corso	Anno	Data Approvazione Comitato Etico	n. sogg. arr.ti maggio 2014
L'errore di set-up nei pazienti con neoplasia cervico-facciale trattati con tecnica IMRT	(2011-2013) In corso elaborazione dati	28/04/2011	40 pz
Studio osservazionale sull'incidenza e tipologia delle complicanze precoci nelle lesioni cutanee trattate e medicate in Pronto Soccorso.	In corso (2012)	16/04/2012	87
Sviluppo e validazione di uno strumento per la valutazione delle competenze infermieristiche BLSD negli infermieri operanti nei contesti di medicina interna e specialità mediche	In corso (2012)	Non presentato	Studio pilota 96 st Cdl 34 istr.
Indagine conoscitiva sull'appropriatezza delle informazioni fornite al portatore di stomia.	(2012-2013) In corso elaborazione dati	24/07/2012	15
La gestione del catetere venoso periferico a domicilio nei pazienti con ipoacusia acuta seguiti in Day Hospital ORL/Oculistico	(2012-2014) In corso elaborazione dati	24/07/2012	125 pz
Valutazione dell'impatto della formazione e del supporto alla ricerca infermieristica sulla produttività scientifica e sulla cultura infermieristica in diversi ospedali dell'Emilia Romagna: protocollo di ricerca organizzativa multicentrica.	(2011-2013) In corso elaborazione dati	10/12/2012	Interni 155
La pratica collaborativa tra personale medico e infermieristico nei setting assistenziali coinvolti nella riorganizzazione per intensità di cure: indagine descrittiva before/after	In corso (2012)	Non presentata	278 inf +99m fase before 237 inf+53 m fase after

Progetti di ricerca in corso	Anno	Data Approvazione Comitato Etico	n. sogg. arr.ti maggio 2014
Incidenza e tipologia delle mucositi del cavo orale nei pazienti chemio e/o radio trattati e/o sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche	In corso (2012)	17/06/2013	16
La pratica collaborativa tra personale in geriatria prima e dopo l'introduzione di modalità organizzative innovative: indagine descrittiva	In corso (2013)	Non presentato	18 inf 9 medici
Fattori Prognostici, complicanze e abilità motorie alla dimissione nella popolazione anziana ricoverata per frattura di femore	In corso (2013)	16/12/2013	99
La risonanza magnetica a basso campo della spalla: caratteristiche morfologiche e cliniche dei pazienti predittive della buona riuscita dell'immagine diagnostica.	In corso (2013)	16/12/2013	10
La qualità del sonno nel paziente sottoposto a trapianto di cellule staminali ematopoietiche	In corso (2014)	19/03/2014.	
L'influenza dei turni di lavoro degli infermieri e del personale di supporto in ambito oncologico	2014 In fase di progettazione		
Le attività del personale di supporto nei contesti assistenziali oncologici complessi.	2014 In fase di progettazione		

6.1.6 Collaborazioni con altre Aziende

Il Dipartimento I-RS nell'anno 2013 ha consolidato i seguenti Progetti di Ricerca interaziendali ed in collaborazione con Aziende Pubbliche e Private:

- **Consolidamento e promozione di Centri già esistenti:** Centro per le Malattie della Tiroide;
- **Creazione di nuove attività di ricerca traslazionale** (assistenza e ricerca) intra-aziendale: Dermatologia Oncologica (Skin Cancer Unit), Medicina Nucleare, Breast Unit;
- **Programma C.E.R.T.O., IRCCS RE, AOU Modena, IRST Meldola**
- *Creazione di una serie di bio-banche condivise per la raccolta prospettica e sistematica di informazioni e materiale biologico* in patologie tumorali identificate in base ai seguenti criteri: a) siano di particolare interesse per almeno 2 delle tre Istituzioni, b) siano disponibili dei biomarkers specifici per ogni patologia ma con caratteristiche, almeno potenziali, di trasversalità tra le varie patologie, c) si preveda l'arrivo di nuovi farmaci con notevole potenzialità clinica ma con un prevedibile alto costo per il sistema;
- *Attivazione di 3 attività coordinate per la validazione clinica (clinical utility) di alcuni bio-marker*, identificati come particolarmente promettenti e necessitanti di ulteriori momenti di ricerca "traslazionale": a) programmi di quality control/assurance a livello dei laboratori coinvolti, con la possibilità di condividere protocolli di esecuzione

e/o centralizzare alcuni esami, b) conduzione di studi per completare i gap informativi sulla resa finale dei vari biomarkers, c) verifica in campioni di popolazione eleggibile delle effettive epidemiologia del fenomeno;

- *Conduzione di studi di tipo traslazionale in alcuni campioni di pazienti in varie fasi di malattia*, per implementare nella ricerca clinica e nella pratica le evidenze derivate dalle fasi precedenti, nelle patologie pre-identificate.
- Cooperazione scientifica promossa dal Direttore del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica con l'IRCCS-Azienda Ospedaliero Universitaria San Martino-IST di Genova, che ha portato alla pubblicazione di articoli scientifici in campo oncologico su riviste internazionali.
- Cooperazione scientifica attivata dal Direttore del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica con l'IRCCS-MultiMedica di Milano, che ha portato alla presentazione di diversi progetti di ricerca in partecipazione a Bandi promossi da Enti privati ed alla pubblicazione di articoli scientifici su tematiche oncologiche. L'interazione prevede anche la condivisione di strumentazione e di facilities per lo svolgimento di esperimenti in vivo.
- Nel corso del 2013 si sono intensificati i rapporti di cooperazione scientifica fra l'IRCCS-ASMN e l'Università degli Studi di Varese, nell'ambito della partecipazione a progetti di ricerca in ambito oncologico e nella preparazione di articoli scientifici sottoposti a riviste internazionali.
- È stata inoltre potenziata nel corso del 2013 anche la

presentazione di progetti di ricerca e la pubblicazione di articoli scientifici con l'IRCCS-Istituto Europeo di Oncologia di Milano.

Protocollo di Intesa con Modena

Il 25 gennaio 2012 è stato siglato l'accordo di collaborazione per le attività di ricerca fra l'IRCCS-ASMN di Reggio Emilia, l'AOU di Modena e l'Università degli Studi di Modena e di Reggio Emilia.

IL PROGRAMMA DI COLLABORAZIONE SCIENTIFICA CON L'AOU DI MODENA E UNIMORE PREVEDE L'ORGANIZZAZIONE DI RIUNIONI PERIODICHE PER DEFINIRE LE AREE TEMATICHE SU CUI SVILUPPARE PROGETTI DI RICERCA SCIENTIFICA IN COLLABORAZIONE FRA LE TRE ISTITUZIONI E PREPARARE PROPOSTE PROGETTUALI DA SOTTOMETTERE NELL'AMBITO DI BANDI DI RICERCA.

I Punti chiave del programma sono:

- Realizzazione di una piattaforma comune di supporto alla ricerca
- Identificazione e ottimizzazione delle collaborazioni in corso
- Identificazione aree prioritarie (comuni)
- Preparazione di un piano di ricerca collaborativo comune su base triennale

In accordo tra le Direzioni aziendali il coordinamento del tavolo è stato affidato al Dottor Giovanni Apolone, nominato Direttore Scientifico dell'IRCCS di Reggio Emilia nel corso dell'anno 2013 e Coordinatore Scientifico dell'Arcispedale Santa Maria Nuova. Il Programma della collaborazione scientifica fra le due Aziende prevede l'organizzazione di riunioni periodiche per definire le aree tematiche su cui sviluppare progetti di ricerca scientifica in collaborazione fra le tre Istituzioni e preparare proposte progettuali da sottomettere nell'ambito di Bandi di Ricerca.

Collaborazioni con AUSL RE

Esistenza di un Servizio di Epidemiologia Inter-Aziendale dal 2002: con la creazione dell'IRCCS rafforza la sua natura di struttura inter-aziendale (è parte integrante del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica).

Fra le principali funzioni si possono evidenziare:

- Gestione dei Registri di popolazione e di patologia
- Collegamento fra le Aziende per la ricerca sui percorsi
- Partecipazione al disegno e progettazione di nuovi studi collaborativi

In data 22 Novembre 2013, è stata deliberata ed approvata la Convenzione che sancisce l'accordo di collaborazio-

ne fra l'IRCCS-ASMN e l'Azienda U.S.L. di Reggio Emilia riguardante l'attività di ricerca scientifica, clinica e sanitaria, nell'area generale della prevenzione secondaria e terziaria in oncologia, con particolare attenzione ai progetti inerenti la linea di Ricerca numero 3 dell'IRCCS (Modelli assistenziali e percorsi oncologici) e i progetti di ricerca in essere e futuri nell'ambito delle Cure Palliative in Oncologia.

6.1.7 Sviluppo della capacità di attrazione da parte dell'Azienda di risorse finanziarie

Il Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica fornisce ai professionisti un supporto metodologico, scientifico e normativo all'attività di ricerca, sia in corso che in fase di pianificazione, attraverso l'offerta di competenze di tipo specialistico (statistica, metodologia, data management, controllo di qualità dei dati, grant office). Presso il Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica è disponibile anche un supporto linguistico, per la traduzione e la revisione dei testi in inglese, qualora richiesto dai Professionisti. L'Ufficio Metodologico-Statistico, costituito da tre statistici e un biostatistico offre consulenza ai professionisti impegnati nella ricerca in tutta l'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia. L'Ufficio Metodologico Statistico dell'IRCCS-ASMN si avvale anche del supporto di uno statistico afferente all'Azienda USL di Reggio Emilia, con cui è attiva una forte collaborazione.

A partire dall'anno 2012, è stato istituito l'Ufficio del Grant Office per fornire supporto ai Ricercatori in tutte le fasi di presentazione dei progetti di ricerca fino alla sottomissione all'Ente finanziatore, inclusa la parte economico-amministrativa.

Tutte le proposte progettuali qui di seguito riportate sono state presentate grazie al supporto del Grant Office.

Nel corso dei primi mesi del 2013, nell'ambito del Bando Ricerca Finalizzata-Giovani Ricercatori 2011-2012, sono stati presentati 20 progetti completi, di cui 18 sono stati certificati dall'IRCCS-ASMN, in qualità di Destinatario Istituzionale, e sono stati inviati al Ministero della Salute. Il processo di valutazione da parte dei Referees incaricati dal Ministero della Salute ha valutato positivamente tre progetti, presentati dall'IRCCS-ASMN in qualità di Ente Capofila, e ne è stato approvato il finanziamento: due dei quali sono stati finanziati nell'ambito della sezione Giovani Ricercatori ed uno nell'ambito della sezione Progetti di Rete.

Un quarto progetto di ricerca è stato presentato da un Responsabile Scientifico afferente all'IRCCS-ASMN, in qualità di Unità Operativa.

Nel corso dell'anno 2013 sono stati presentati tre progetti di ricerca, di durata triennale, nell'ambito della Call Investigator Grant 2013, promosso dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro, uno dei quali è stato valutato positivamente dai Referees Internazionali ed approvato per il finanziamento.

Nel mese di Settembre 2013, sono stati presentati dai ricercatori dell'IRCCS-ASMN tre progetti come responsabili di Unità Operativa nell'ambito del Programma Regione Università 2013-Area 2-Governo Clinico, che sono stati

NEI PRIMI MESI DEL 2013, NELL'AMBITO DEL BANDO RICERCA FINALIZZATA-GIOVANI RICERCATORI 2011-2012, SONO STATI PRESENTATI 20 PROGETTI COMPLETI, DI CUI 18 SONO STATI CERTIFICATI DALL'IRCCS-ASMN, IN QUALITÀ DI DESTINATARIO ISTITUZIONALE, E SONO STATI INVIATI AL MINISTERO DELLA SALUTE.

tutti approvati a finanziamento da parte di Regione Emilia Romagna.

Sempre a Livello Nazionale, tre sono i progetti presentati dall'IRCCS-ASMN nell'ambito del Bando Giovani Ricercatori 2013 A. Liberati, di cui due sono stati valutati positivamente e quindi ammessi al finanziamento.

Importante è anche la partecipazione dell'IRCCS-ASMN al Bando AIFA 2012, il cui progetto di ricerca, nella forma di Full Proposal, è stato presentato dalla Struttura Complessa di Ricerca Traslazionale, come Centro Partecipante, in collaborazione con l'IRCCS-Istituto Clinico Humanitas, in qualità di Istituzione Capofila, nel mese di Giugno 2013.

Da sottolineare è anche la partecipazione nel mese di Novembre al Bando Conto Capitale, promosso da parte del Ministero della Salute per l'anno 2013. Il progetto di ricerca, presentato dalla Skin Cancer Unit in collaborazione con la Struttura Complessa di Ricerca Traslazionale dell'IRCCS-

ASMN, è stato approvato ed ha portato all'IRCCS-ASMN un finanziamento pari a 600.000 e, interamente dedicato all'acquisto di attrezzature di ultima generazione nell'ambito della microscopia confocale.

Al Bando per Post-Doctoral Fellowships promosso da Fondazione Veronesi per l'anno 2013 sono state presentate 6 candidature da parte di Giovani Ricercatori dell'IRCCS-ASMN, due delle quali sono state finanziate, ciascuna con una durata annuale. Una terza è stata assegnata ad un Ricercatore afferente all'IRCCS-ASMN per svolgere un progetto di ricerca in partnership con un'Azienda Ospedaliera con sede nella Regione Lazio.

Per quanto riguarda la capacità di attrarre risorse finanziarie nel triennio 2011-2013 l'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia ha ricevuto finanziamenti pubblici e privati indipendenti per un importo complessivo di circa 17.074.983 euro, quali contributi regionali e ministeriali relativi alla ricerca, quali studi finanziati da Università, Regione, Ministero, nonché finanziamenti relativi alla ricerca indipendente commissionata da privati (sperimentazioni/studi clinici).

PER QUANTO RIGUARDA LA CAPACITÀ DI ATTRARRE RISORSE FINANZIARIE, NEL TRIENNIO 2011-2013 L'AZIENDA OSPEDALIERA HA RICEVUTO FINANZIAMENTI PUBBLICI E PRIVATI INDIPENDENTI PER CIRCA 17 MILIONI DI EURO.

Nel triennio 2011-2013 si segnalano in particolare, per entità economica:

- il finanziamento regionale alla rete regionale degli IRCCS e dei centri di riferimento (2.250.000,00 e per l'anno 2011, 1.250.000 e per l'anno 2012 e 3.250.000 per l'anno 2013);
- il finanziamento della Fondazione Veronesi per l'anno 2012 (e 55.000) relativo al progetto "Genomic, morphological and functional diversity in elderly melanoma patients";

TIPOLOGIA	2011	2012	2013
Finanziamenti pubblici italiani (Atenei, Ministeri RER, ecc.)	300.294	2.083.340	2.626.077
Finanziamento RER a sostegno di attività di ricerca e innovazione	2.250.000	1.895.919	3.500.000
Finanziamenti privati italiani (Fondazioni, associati, ecc.)	567.470	155.482	527.284
Ricerca commissionata	1.045.000	1.073.870	1.050.246
TOTALE	4.162.764	5.208.611	7.703.608

- i progetti di ricerca Regione/Università 2010-2012 dal titolo:
 - Valutazione della efficacia di un intervento precoce di medicina palliativa in pazienti con cancro in diversi stadi di malattia - Az.Osp. Policlinico di Modena (e 158.350 biennale - due unità operative coinvolte);
 - Use of biomarkers and gene expression profiles to identify cancer patients with different prognosis and sensitivity to molecular targeted agents - Az.Osp. Policlinico di Modena (e 103.400 biennale - due unità operative coinvolte);
 - Recognition, diagnosis and therapy of mitochondrial disorders in neurological services of the Emilia Romagna region (ER-MITO) - Az.USL di Bologna IRCCS Istituto di Neuroscienze (e 161.700);
- il finanziamento da parte del Ministero della Salute nell'ambito del Programma CCM (Centro Nazionale Prevenzione e Controllo Malattie) dei seguenti progetti dal titolo:
 - Studio osservazionale prospettico sulla preservazione della fertilità nelle pazienti giovani con patologia oncologica - IRCCS Osp.San Martino di Genova (e 40.000 - biennale).
 - Il percorso della gestione del rischio individuale su base familiare del tumore del colon retto - ASSR Regione Marche (e 51.000 biennale).
- il finanziamento da parte del Ministero della Salute nell'ambito del Bando Ricerca Finalizzata 2011/2012 del seguente progetto dal titolo:
 - Rete IRCCS/ID per l'Europa: struttura e governance a supporto delle attività di internazionalizzazione in ambito UE del Ministero della salute (e 500.000 per 24 mesi) capofila;

Il finanziamento totale ottenuto da progetti di ricerca che sono stati approvati a livello regionale, nazionale ed europeo da parte di Enti finanziatori pubblici e privati è pari ad e: 3.674.593,00 e si riferisce al triennio 2011-2013.

Si precisa che i finanziamenti vengono erogati in tranches secondo le percentuali stabilite dell'Ente finanziatore e riportate nelle relative Convenzioni Economiche sottoscritte nella fase di avvio progetto. Per alcuni progetti approvati nel corso del 2013, la prima tranche di finanziamento viene erogata nell'anno 2014.

Per quanto riguarda la ricerca commissionata, le unità operative maggiormente coinvolte nell'anno 2013 sono state:

- U.O Oncologia per un totale pari a circa e 259.840,49;
- Cardiologie (U.O. Cardiologia Degenza +U.O. Cardiologia Interventistica per un totale pari a circa e 173.098,59;
- UO Angiologia per un totale pari a circa e 105.627;
- U.O. Ematologia per un totale pari a circa e 179.174,61.

Tabella 6.2.1: Progetti di ricerca approvati nell'anno 2013 ed in corso:

Denominazione Bando	Ente Finanziatore	Mese/Anno presentazione	Principal Investigator	Titolo Progetto
Bando Giovani Ricercatori Ricerca Finalizzata 2010	Ministero della Salute	28/11/2011	Dr Giuseppe Argenziano	An opportunistic screening strategy to improve the triage of skin cancer by primary care physicians-A randomized study
Bando Giovani Ricercatori Ricerca Finalizzata 2010	Ministero della Salute	28/11/2011	Dr Raffaele Frazzi	Characterization of the histone-deacetylase SIRT1 in human Non Hodgkin Lymphomas and lymph nodes
Bando Giovani Ricercatori Ricerca Finalizzata 2019	Ministero della Salute	11/05/2010	Dr Carlo Salvarani	Diagnosis and treatment of infiammatori arthropathies in Regione Emilia-Romagna: a prospective population-based study
Bando Giovani Ricercatori Ricerca Finalizzata 2010	Ministero della Salute	28/11/2011	Dr Carlo Salvarani	Prognostic value of a combined panel of soluble and genetic biomarkers in patients with early arthritis
Bando Giovani Ricercatori Ricerca Finalizzata 2010	Ministero della Salute	28/11/2011	Dr.ssa Adriana Albini	Biomarkers and functional imaging guided treatment decision making in recurrent prostate cancer
Bando Giovani Ricercatori Ricerca Finalizzata 2010	Ministero della Salute	28/11/2011	Dr Mattia Asti	Biomarkers and functional imaging guided treatment decision making in recurrent prostate cancer

Denominazione Bando	Ente Finanziatore	Mese/Anno presentazione	Principal Investigator	Titolo Progetto
Prog Reg-Univ 2011-Area 2	Regione Emilia Romagna	2011	Dr.ssa Sonia Pasquali	Controllo intensivo fosforemia, mediante dieta ipofosforica e chelanti del fosforo nei confronti di progressione del danno renale sopravvivenza, nei pazienti con malattia renale cronica (MRC)
Prog Reg-Univ 2011-Area 2	Regione Emilia Romagna	2011	Dr Giovanni Malferrari	Trial clinico randomizzato per valutare l'effetto di una strategia di educazione della comunità sui tempi di accesso ospedaliero in corso di ictus acuto
Prog Reg-Univ 2011-Area 1	Regione Emilia Romagna	19/04/2012	Dr Giorgio Gardini Dr.ssa Adriana Albini	Use of biomarkers and gene expression profiles to identify cancer patients with different prognosis and sensitivity to molecular target agents
Prog Reg-Univ 2011-Area 1	Regione Emilia Romagna	19/04/2012	Dr Bruno Casali	Use of biomarkers and gene expression profiles to identify cancer patients with different prognosis and sensitivity to molecular target agents
Prog Strategico Reg-Univ 2010-2012-Area 1	Regione Emilia Romagna	19/04/2012	Dr Elvio Della Giustina	Recognition, diagnosis and therapy of mitochondrial disorders in neurological services of the Emilia-Romagna region (ER-MITO)

Denominazione Bando	Ente Finanziatore	Mese/Anno presentazione	Principal Investigator	Titolo Progetto
Prog Reg-Univ 2011-Area 2	Regione Emilia Romagna	2011	Dr Corrado Boni	Metodologia di valutazione dell'appropriatezza dell'impiego dei farmaci oncologici ad alto costo nel trattamento del tumore del colon, del polmone e del rene
Prog Strategico Reg-Univ 2010-2012-Area 1	Regione Emilia Romagna	2011	Dr Giovanni Apolone	Valutazione della efficacia di un intervento precoce di medicina palliativa in pazienti con cancro in diversi stadi di malattia
Prog Reg-Univ 2011-Area 2	Regione Emilia Romagna	2011	Dr Francesco Merli	Valutazione della efficacia di un intervento precoce di medicina palliativa in pazienti con cancro in diversi stadi di malattia
Prog Reg-Univ 2011-Area 2	Regione Emilia Romagna	2011	Dr.ssa Cinzia Iotti	Valutazione di efficacia e sicurezza clinica della IGRT/IMRT (RT guidata dalle immagini/RT ad intensità modulata) ipofrazionata nel trattamento delle neoplasie prostatiche, polmonari, orofarinee e GBL.
Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM)	Ministero della Salute	2011	Dr Giovanni Battista La Sala	Il paziente oncologico lungo sopravvive. Ridurre il rischio di complicanze riproduttive: un modello per le pratiche assistenziali di preservazione della fertilità.
Bando Assegnazione Fondi per Progetti di Ricerca-Fondaz. Veronesi-Anno 2013	Fondazione Umberto Veronesi	14/09/2012	Dr.ssa Alessia Ciarrocchi	Genomic, morphological and functional diversity in elderly melanoma patients
Bando Conto Capitale 2010	Ministero della Salute	05/11/2012	Dr Mauro Iori	Valutazione di un programma di terapia combinata che include l'utilizzo di un innovativo acceleratore lineare ad alto rateo di dose (flattering filter free) per la terapia combinata di pazienti con tumore cerebrale in fase avanzata. Uno studio collaborativo di fattibilità, attività e tossicità
Bando RF 2011-2012 Internazionalizzazione	Ministero della Salute	09/12/2012	Dr Giovanni Apolone Dr Alfredo Cesario	Rete IRCCS/DI per l'Europa": struttura e governance a supporto delle attività di internazionalizzazione in ambito ricerca UE del Ministero della Salute

Denominazione Bando	Ente Finanziatore	Mese/Anno presentazione	Principal Investigator	Titolo Progetto
7th Frame Program European Community 2012	European Community	01/12/2012	Dr Stefano Savonitto	Prospective randomized multicenter study comparing immediate multivessel revascularization by PCI versus culprit lesion PCI with staged non-culprit lesion revascularization in patients with acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock-Acronym: Culprit-Shock
Prog Reg-Univ 2012-Area 2	Regione Emilia Romagna	27/08/2012	Dr.ssa Romana Rizzi	Effetti della terapia riabilitativa motoria sulla disabilità e qualità della vita nei pazienti con sclerosi laterale amiotrofica in ambito ospedaliero e domiciliare
Prog Reg-Univ 2012-Area 2	Regione Emilia Romagna	27/08/2012	Dr Giancarlo Gargano	Fattori che influenzano gli esiti perinatali e a distanza dei nati late preterm: studio multicentrico prospettico osservazionale di coorte
Bando Programma Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle malattie (CCM) 2012	Ministero della Salute	2012	Dr Romano Sassatelli	Il percorso per la gestione del rischio individuale su base familiare per il tumore del colon-retto
Bando Malattie Rare 2008 (AIFA)	Agenzia Italiana per la Ricerca sul Farmaco (AIFA) e Ministero della Salute	2008	Dr Cristiano Carbonelli	Fibrosi polmonare idiopatica: uno studio nazionale prospettico multicentrico per validare marcatori biologici non invasivi di attività e progressione di malattia
Prog Reg-Univ 2012-Area 2	Regione Emilia Romagna	02/09/2013	Dr Claudio Tedeschi	Efficacia di un programma di prevenzione multifattoriale e personalizzata delle cadute nell'anziano residente a domicilio in confronto al trattamento convenzionale: studio randomizzato controllato
Prog Reg-Univ 2012-Area 2	Regione Emilia Romagna	02/09/2013	Dr Giulio Pioli	Efficacia di un programma di prevenzione multifattoriale e personalizzata delle cadute nell'anziano residente a domicilio in confronto al trattamento convenzionale: studio randomizzato controllato
Prog Reg-Univ 2012-Area 2	Regione Emilia Romagna	02/09/2013	Dr.ssa Stefania Fugazzaro	L'educazione Terapeutica nel percorso riabilitativo del paziente con ictus: migliorare il self-management e favorire il passaggio dall'ospedale al territorio

Denominazione Bando	Ente Finanziatore	Mese/Anno presentazione	Principal Investigator	Titolo Progetto
Investigator Grant_IG-AIRC 2013	Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	18/03/2013	Dr.ssa Adriana Albini	Pathways in chemoprevention and angioprevention: energy and nutrient sensor AMPK as a molecular hub
Bando Fondaz. U. Veronesi Post-Doctoral Fellow-12 mesi	Fondazione Umberto Veronesi	08/09/2013	Dr.ssa Katuscia Dallaglio	Human melanoma stem cells: role of the microenvironment
Bando Fondaz. U. Veronesi Post-Doctoral Fellow-12 mesi	Fondazione Umberto Veronesi	08/09/2013	Dr.ssa Stefania Croci	Regulation of inflammation in chronic vascular diseases at the crossroad between rheumatology and cardiology
Bando Fondaz. U. Veronesi Post-Doctoral Fellow-6 mesi	Fondazione Umberto Veronesi	08/09/2013	Dr Filippo Lococo	Early detection of lung cancer in asymptomatic high risk population by low dose ct scan and molecular markers. Validation of a personalized risk-model to optimize the scanning interval
Bando Giovani Ricercatori Ricerca Finalizzata 2011-2012	Ministero della Salute	04/03/2013	Dr.ssa Alessia Ciarrocchi	Genetic And Genomic Alterations in Papillary Thyroid Carcinoma Progression
Bando Giovani Ricercatori Ricerca Finalizzata 2011-2012	Ministero della Salute	04/03/2013	Dr.ssa Sara Tenconi	Effects of early pulmonary rehabilitation and long-term exercise on lung function, quality of life and postoperative outcome in lung cancer patients
Bando Giovani Ricercatori Ricerca Finalizzata 2011-2012	Ministero della Salute	04/03/2013	Dr.ssa Caterina Longo	High Technology Skin Cancer Diagnosis Implemented In A Research Hospital Network in Emilia Romagna For Early Accurate Skin Cancer Detection And Cost Saving In A National Reimbursed Health System
Bando Giovani Ricercatori Ricerca Finalizzata 2011-2012	Ministero della Salute	04/03/2013	Dr Annibale Versari	Response oriented maintenance immunotherapy in patients with follicular lymphoma
Bando Conto Capitale 2013	Ministero della Salute	04/11/2013	Aziendale Dr Argenziano	Identificazione di fattori prognostici e predittivi nei pazienti con lesioni melanocitarie. Programma di ricerca per l'attuazione della Medicina Personalizzata

6.2 SVILUPPO DI UN AMBIENTE CULTURALE FAVOREVOLE

La creazione di un ambiente culturale favorevole alla interdisciplinarietà e alla multidisciplinarietà è stato tra gli obiettivi prioritari del Dipartimento I-RS. A partire dal 2012 il Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica ha ri-organizzato completamente la Formazione a livello Dipartimentale promuovendo eventi formativi, la maggior parte con cadenza bimensile destinati a tutti i Ricercatori, Clinici e figure professionali coinvolte nell'attività di ricerca e clinica all'interno dell'IRCCS-ASMN e a professionisti esterni.

6.2.1 Attività di formazione del personale

Qui di seguito vengono elencati i principali eventi formativi organizzati dal Dipartimento I-RS nel corso dell'anno 2013 e la descrizione relativa:

RicercaRE:

I Seminari nell'ambito di RicercaRE sono rivolti ai ricercatori dell'IRCCS-ASMN, che costituiscono il Coordinamento dei Ricercatori.

Tale coordinamento è costituito da oltre 100 nominativi rappresentati dai 107 inviati al Ministero come "ricercatori" 2012, un elenco provvisorio dei ricercatori 2013 e tutti i borsisti/contrattisti che lavorano in Azienda usufruendo di un contributo totale o parziale a carico del Dipartimento I-RS.

Gli obiettivi principali degli incontri sono la condivisione delle attività di ricerca in corso all'interno dell'IRCCS-ASMN allo scopo di porre le basi per avviare importanti progetti di ricerca nazionali ed internazionali in collaborazione.

I seminari "RicercaRE", proposti dal Dipartimento I-RS, di cui è Responsabile Scientifico la Dr.ssa Adriana Albini, hanno lo scopo di far conoscere ai professionisti reggiani le attività di ciascun gruppo di ricerca dell'IRCCS-ASMN e

nel 2013 si sono svolti nelle seguenti date:

- 16 Gennaio
- 23 Gennaio
- 13 Febbraio
- 27 Febbraio
- 13 Marzo
- 27 Marzo
- 3 Aprile
- 2 Maggio
- 16 Maggio
- 29 Maggio
- 12 Giugno
- 26 Giugno
- 22 Ottobre
- 5 Novembre
- 26 Novembre
- 17 Dicembre

Durante i Seminari si è discusso di tematiche oncologiche, in particolare:

L'incontro del **26 Giugno** ha visto la partecipazione dei seguenti professionisti:

Prof Saverio Bettuzzi, Professore Ordinario di Biochimica e Biologia Molecolare, Facoltà di Medicina e COMT, Centro di Oncologia Molecolare e Traslazionale, Università di Parma, con una presentazione dal titolo "*Chemoprevention of prostate cancer by green tea catechins: a translational research story*"

Dr Bernardo Antonio Olivares Bermudez, Medico S.C. Endocrinologia ASMN- IRCCS, con una presentazione dal titolo "*Metastasi tiroidee da carcinoma renale a cellule chiare*"

Dr.ssa Sylvia Marchi, Medico S.C. Oculistica ASMN- IRCCS con una presentazione dal titolo "*Le uveiti: un approccio multidisciplinare*"

Dr. Claudio La Scola, Medico, S. C. Pediatria ASMN- IRCCS, con una presentazione dal titolo "*Different guidelines for imaging after first UTI in febrile infants: yield, cost and radiation*"

Dr.ssa Amelia Ceci, Sociologa S.C. Sviluppo e Risorse Umane, Azienda AUSL di Reggio Emilia con una presentazione dal titolo "*Gli indicatori di genere nella ricerca biomedica*"

Discussants:

Dr Franco Bergamaschi, Direttore S.C. Urologia, ASMN- IRCCS

Dr. Gianluigi Bajocchi, Responsabile S.S. Connettività e vasculiti, ASMN- IRCCS

A ciascun incontro 6 professionisti presentano, in 15 minuti, una sintesi della propria attività di ricerca: due discus-

sants-moderatori hanno la funzione di filo conduttore tra le varie relazioni e di stimolare la discussione.

Ai professionisti è richiesto anche (con il supporto dell'Ufficio Comunicazione presso l'IRCCS-ASMN) di preparare un poster secondo un formato standard che viene esposto nella sala conferenze ad ogni evento e che sarà poi destinato ad un display all'interno dell'Ospedale per rendere più visibili le attività di ricerca dell'Azienda.

I primi a descrivere la propria attività scientifica sono stati i Ricercatori più giovani ed i borsisti e contrattisti dell'Azienda.

Tutti i ricercatori e clinici hanno presentato la propria attività nel corso del biennio 2012-2013.

Gli eventi formativi sono stati accreditati ECM.

L'evento formativo RicercaRE è coordinato dal Direttore della Struttura Complessa Statistica, Qualità, Studi Clinici del Dipartimento I-RS, Responsabile della Formazione I-RS.

Gained in Traslation

I Seminari intitolati "Gained in translation" ovvero "Il valore aggiunto della ricerca traslazionale", hanno luogo presso le Aule di Rocca Saporiti dalle ore 15,00 alle 17,00.

Hanno avuto inizio, sotto la Responsabilità Scientifica della Dr.ssa Adriana Albini, a partire dal mese di Dicembre 2012 e sono continuati nel corso del 2013, con cadenza bimensile.

Ogni incontro prevede la partecipazione di due o tre relatori, uno impegnato nel campo della ricerca pre-clinica ed uno nel campo della clinica, di rilevanza

L'UFFICIO METODOLOGICO-STATISTICO HA ORGANIZZATO NEL 2013 UN CICLO DI SEMINARI DAL TITOLO "STATISTICA PER LA RICERCA", UNA GUIDA ALL'USO E ALL'INTERPRETAZIONE DELLA STATISTICA NELLA RICERCA CLINICA RIVOLTA AL PERSONALE SANITARIO ORIENTATO ALL'ATTIVITÀ DI RICERCA AZIENDALE.

nazionale o internazionale. I Seminari sono rivolti ai professionisti dell'IRCCS-ASMN ai ricercatori.

L'Obiettivo degli incontri è quello di affrontare, con diversi punti di vista, i temi della ricerca oncologica coinvolgendo i professionisti impegnati a vario titolo nel campo della ricerca pre-clinica, clinica e assistenziale e dare visibilità al nostro IRCCS. Ogni incontro prevede la moderazione di due Discussants afferenti all'IRCCS-ASMN, al fine di valorizzare anche le esperienze dell'ASMN-IRCCS ed avviare rapporti collaborativi.

Infatti i Seminari sono indirizzati oltre che agli operatori delle due aziende sanitarie reggiane (IRCCS-ASMN e AUSL di Reggio Emilia) anche ai professionisti che lavorano in altre strutture italiane, in primo luogo gli altri IRCCS.

I seminari "**Gained in Translation**", proposti dal Dipartimento I-RS, di cui è Responsabile Scientifico la Dr.ssa Adriana Albini, nel corso del 2013 si sono svolti nelle seguenti date:

- 10 Gennaio
- 31 Gennaio
- 7 Febbraio
- 7 Marzo
- 21 Marzo
- 18 Aprile
- 30 Aprile
- 9 Maggio
- 23 Maggio
- 6 Giugno
- 20 Giugno
- 4 Luglio
- 19 Settembre
- 10 Ottobre
- 17 Ottobre
- 30 Ottobre
- 14 Novembre
- 4 Dicembre
- 12 Dicembre

Durante i Seminari si è discusso di tematiche oncologiche, qui di seguito si riportano alcuni eventi significativi:

L'incontro del **31 Gennaio "Biologia Cellulare e marcatori: dalla ricerca alla clinica"** ha visto la partecipazione dei seguenti professionisti di fama internazionale:

Prof Dino Amadori, Direttore Scientifico dell'IRCCS IRST di Meldola- Forlì con una presentazione dal titolo "*Marcatore biologici del carcinoma mammario: dalla ricerca preclinica a quella clinica*"

Dr ssa Lisa Licitra, Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale Oncologia Medica Tumori Testa- Collo, INT Milano con una presentazione dal titolo "*HPV e Tumori Testa- Collo*"

Prof Stefano Cascinu, Professore Ordinario Oncologia Medica, Azienda Ospedaliero- Universitaria Ospedali Riuniti Umberto I- Salesi- Lancisi, Presidente Nazionale AIOM, con una presentazione dal titolo "*Infiammazione e Adenocarcinoma del Pancreas: nuove strategie terapeutiche*"

Discussants:

Dr Corrado Boni, Direttore S.C. Oncologia, ASMN-IRCCS, Reggio Emilia

Dr Romano Sassatelli, Direttore Gastroenterologia- Endoscopia Digestiva, ASMN- IRCCS, Reggio Emilia - Presidente Nazionale GISCoR.

L'incontro del **20 Giugno "Un paziente- una cura: attualità della medicina personalizzata"** ha visto la parte-

cipazione dei seguenti professionisti di fama internazionale:
Prof Lorenzo Moretta, Direttore Scientifico dell' Istituto Gaslini di Genova-IRCCS, Professore Ordinario di Patologia Generale, Università degli Studi di Genova, con una presentazione dal titolo *"Basi cellulari e molecolari del trapianto aploidentico delle cellule staminali ematopoietiche"*

Prof Pierfranco Conte, Direttore Oncologia Medica 2, Istituto Oncologico del Veneto (IOV), Professore Ordinario di Oncologia Medica, Università degli Studi di Padova, con una presentazione dal titolo *"La medicina oncologica personalizzata: l' esempio del carcinoma mammario"*

Dr Umberto Tirelli, Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica, Primario della Divisione di Oncologia Medica A presso il Centro di Riferimento Oncologico (CRO), Istituto Nazionale Tumori Aviano- IRCCS con una presentazione dal titolo *"I tumori dell' anziano"*

Discussants:

Dr Carlo Salvarani, Direttore S.C. Reumatologia, ASMN-IRCCS, Reggio Emilia

Dr.ssa Alessia Tieghi, Dirigente Medico presso S.C. di Ematologia, ASMN- IRCCS, Reggio Emilia.

l'incontro del **14 Novembre "Dall' oncologia molecolare alla clinica: genetica, immunologia e terapie a bersaglio"** ha visto la partecipazione dei seguenti professionisti di fama internazionale:

Dr Marco Pierotti, Direttore Scientifico - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano, con una presentazione dal titolo *"Medicina e terapie personalizzate in oncologia: un modello di interazione tra accademia e industria"*

Prof Paolo Comoglio, M.D. Ph.D., Direttore Scientifico-IRCCS Oncologico Candiolo (TO), Professore Ordinario di Istologia, Università degli Studi di Torino con una presentazione dal titolo *"L'oncogene MET: dalla genetica molecolare ai trials clinici"*

Dr.ssa Paola Allavena, Group Leader, Laboratory Cellular Immunology, Department of Immunology and Inflammation Clinical and Research Institute IRCCS Humanitas, Rozzano, Milano con una presentazione dal titolo *"Infiammazione associata ai tumori come bersaglio"*

Discussants:

Dr Adriana Albini, Direttore Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica, ASMN- IRCCS, Reggio Emilia

Dr Giovanni Apolone, Direttore Scientifico ASMN-IRCCS, Reggio Emilia.

Il Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica ed in particolare l'Ufficio Metodologico-Statistico ha organizzato nel corso dell'anno 2013 un ciclo di Seminari dal titolo **"Statistica per la Ricerca"**.

Si tratta di una guida all'uso e all'interpretazione della sta-

tistica nella ricerca clinica ed è rivolto a personale sanitario orientato all'attività di ricerca presso l'IRCCS-ASMN. Qui di seguito vengono riportate le date, nel corso del 2013, in cui si sono svolti gli eventi:

- 29 Gennaio
- 5 Febbraio
- 28 Marzo
- 21 Maggio

Il personale afferente al Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica ha partecipato a numerosi Convegni e Congressi inerenti i temi della Ricerca in ambito nazionale e internazionale, presentando i risultati della propria attività di ricerca.

Parte del personale del Dipartimento I-RS ha inoltre frequentato un percorso formativo dedicato ai temi della Comunicazione e della Health Literacy, diventando a sua volta formatore per ulteriori corsi che sono stati presentati in azienda nel corso dell'anno 2013.

Grand Rounds in Psicologia

Questo ciclo di seminari ha lo scopo di far conoscere ai professionisti reggiani, attraverso diversi punti di vista, i temi della psicologia come scienza calati nella realtà sanitaria, coinvolgendo i vari sanitari impegnati nel campo della ricerca, della clinica e dell'assistenza.

Ogni incontro prevede la partecipazione di due relatori, entrambi professionisti, e di due discussants, siano essi "interni" o "esterni". Al termine delle relazioni viene lasciato ampio spazio per un proficuo dibattito.

Alcuni degli incontri Grand Rounds sono dedicati al tema della salute femminile, della medicina e della questione di genere, grazie alla collaborazione con l'Osservatorio Salute Donna che è stato costituito all'interno del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica.

- 15 Gennaio
- 30 Gennaio
- 26 Febbraio
- 12 Marzo
- 26 Marzo
- 9 Aprile
- 19 Aprile
- 23 Aprile
- 22 Maggio
- 30 Novembre

Durante il ciclo dei seminari **Grand Rounds in Psicologia** si è affrontato, attraverso diversi punti di vista, i temi della

psicologia come scienza calati nella realtà sanitaria; coinvolgendo i vari professionisti impegnati nel campo della ricerca, della clinica e dell'assistenza.

In particolare nell'incontro del **22 Maggio 2013 "Comorbidità mediche e psichiatriche nell'Emergenza - Urgenza e in regime di ricovero"** ha visto la partecipazione dei seguenti professionisti:

Dr. Efrain Gonzalez, Direttore Psicologia Ospedaliera, Jackson Health System, Miami, USA con una presentazione dal titolo

"Psychiatric and Medical Comorbidities: Psychological and Psychophysiological Implications in Urgent Care and the General Hospital Setting"

Dr.ssa Anna Maria Ferrari, Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza, ASMN-IRCCS, Reggio Emilia con una presentazione dal titolo "La realtà del Dipartimento Emergenza-Urgenza di Reggio Emilia"

Dr.ssa Concetta Feo, Psicologa SC di Neurologia, ASMN- IRCCS, Reggio Emilia con una introduzione generale sull'argomento trattato.

Discussants:

Dr. Giorgio Mazzi, Direttore Sanitario, ASMN IRCCS, Reggio Emilia

Dr. Salvatore De Franco, Direttore Formazione e Innovazione Clinica, ASMN IRCCS, Reggio Emilia

DialogaRE con la Scienza

Nel corso dell'anno 2013 è stato organizzato, sotto la responsabilità della Dott.ssa Adriana Albini e coordinato dalla Dott.ssa Lucia Genovese, un ciclo di seminari intitolato "*DialogaRE con la Scienza. Le Associazioni non profit incontrano i Ricercatori*" dedicato ai rapporti tra la Ricerca e le Associazioni di Volontariato. Si tratta di seminari a carattere socio sanitario a cadenza mensile che si svolgono nel primo pomeriggio presso una delle Sale Riunioni dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia. Ogni incontro ha quattro relatori, due professionisti del seminario trattato e due rappresentanti dell'associazionismo. L'obiettivo è quello di affrontare, con il contributo di sguardi diversi, il

GLI INCONTRI DI DIALOGARE SONO ORGANIZZATI DA QUATTRO RELATORI, DUE PROFESSIONISTI E DUE RAPPRESENTANTI DELL'ASSOCIAZIONISMO. L'OBIETTIVO È AFFRONTARE, CON IL CONTRIBUTO DI SGUARDI DIVERSI, IL RAPPORTO TRA LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E IL MONDO DELLA RICERCA, CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALL'AMBITO ONCOLOGICO.

rapporto esistente tra le Associazioni di volontariato appartenenti al mondo del non profit e il mondo della Ricerca, con particolare attenzione all'ambito oncologico, coinvol-

gendo i vari professionisti impegnati nel campo della ricerca, della clinica e dell'assistenza. Per ogni incontro è prevista la presenza di due Discussant interni, perché possano essere valorizzate anche esperienze dell'IRCCS - Arcispedale Santa Maria Nuova e rafforzati i rapporti collaborativi interaziendali. Tutti i seminari sono aperti alla cittadinanza. Nel corso del 2013 i Seminari DialogaRE si sono svolti nelle seguenti date:

- 28 Febbraio
- 17 Aprile
- 19 Giugno
- 25 Settembre
- 9 Ottobre
- 6 Novembre
- 3 Dicembre

Durante i Seminari si è discusso di tematiche oncologiche, in particolare:

L'incontro del **19 Giugno "Le associazioni di volontariato per il progresso della Ricerca e della cura in oncologia"** ha visto la partecipazione dei seguenti professionisti:

Dr Giovanni Fornaciari, Presidente ASCMAD- PRORA, Associazione per lo Studio e la Cura delle malattie dell'Apparato, Dirigente - Progetti Radioterapia, Reggio Emilia con una presentazione dal titolo "*Storia ed attività di ASCMAD- PRORA: un flash sugli studi finanziati dall' associazione*"

Dr Luigi Tosi, Presidente Associazione Prevenzione tumori, Guastalla, Reggio Emilia con una presentazione dal titolo "*L'importanza della prossimità del volontariato all'attività ospedaliera*"

Dr ssa Cinzia Iotti, Direttore S.C. Radioterapia ASMN-IRCCS con una presentazione dal titolo "*Come potrà cambiare la radioterapia grazie alla ricerca*"

Dr Romano Sassatelli, Direttore S.C. Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva ASMN- IRCCS con una presentazione dal titolo "*Un' associazione di volontariato è uno stakeholder di un IRCCS?*"

Discussants:

Dr ssa Alessandra Bologna, Dirigente Medico S. C. Oncologia, ASMN- IRCCS

Dr ssa Laura Scaltriti, Responsabile DH Oncologico Guastalla

6.2.2 Accessibilità alla informazione e documentazione scientifica

Una importante funzione di supporto all'attività di ricerca è fornita dalla Biblioteca Medica.

La Biblioteca Medica dell'Arcispedale Santa Maria Nuova-IRCCS, infatti, è specializzata in biomedicina e non solo svolge la tradizionale funzione di raccolta e conservazione del materiale librario antico e moderno, ma anche le attività relative al trattamento e alla diffusione dell'informazione consultabile direttamente a terminale dall'utente locale oppure da utenti remoti via Internet.

Il patrimonio della Biblioteca Medica è accessibile mediante i seguenti cataloghi:

- SEBINA, il catalogo informatizzato (OPAC) su cui è possibile effettuare ricerche relative alle raccolte della biblioteca;

- TDNet, il sistema informatizzato che contiene l'elenco delle riviste attive, cartacee ed elettroniche, in dotazione alla Biblioteca e che permette di accedere direttamente al full text delle riviste online.

Il personale della Biblioteca Medica, in collaborazione con i Sistemi Informativi Aziendali, ha continuato anche nel 2013 l'implementazione della Banca Dati delle pubblicazioni che utilizza il modello ministeriale di valutazione della performance scientifica dei ricercatori. I Report che ne derivano permettono la valutazione dell'impatto della Ricerca (Impact Factor-IF) in termini di esito (numero di pubblicazioni per singolo ricercatore e per singola Unità operativa, IF Grezzo delle pubblicazioni e IF Normalizzato).

Scopo principale della Biblioteca è quello di facilitare l'accesso alle migliori conoscenze scientifiche disponibili e motivare i professionisti e i ricercatori ad una frequentazione costante e razionale della letteratura medico-scientifica autorevole, soprattutto grazie allo sviluppo di un luogo virtuale di confronto e di scambio.

PATRIMONIO DELLA BIBLIOTECA				
TIPOLOGIE DI RISORSE /ATTIVITÀ	INDICATORI	2013	2012	2011
Periodici in abbonamento	Cartacei	164	233	230
	Digitali	2.200	1.878	
Transito (richiesta e spedizione art.)	Articoli richiesti a biblioteche esterne	1.199	1.185	969
	Articoli spediti a biblioteche esterne	1.033	565	529
	Articoli forniti presenti in biblioteca	1.986	1.779	1.870
Libri, letteratura grigia	Monografie per specialisti	9.556	9.241	8.939
	Monografie d'infermieristica	1.435	1.435	1.435
	Monografie per terapisti	122	122	122
	Tesi su prof. sanitarie	1.851	1.494	1.247
Banche Dati (non gratuite)	Biomediche	16	10	10
	Infermieristiche	2	1	1
	Giuridiche, tecniche	2	2	2

VISITE ALLA BIBLIOTECA	Quantità 2011	Quantità 2012	Quantità 2013
Visite complessive	76.113	71.147	65.193

6.2.3 Creazione di database sulle opportunità di partecipazione a programmi di ricerca

Oltre al "Registro della Ricerca", che è in rete con altri sistemi di monitoraggio già implementati in Azienda (gestionale del Comitato Etico, Anagrafe Regionale della Ricerca e Biblioteca Medica), all'interno del quale vengono registrati tutti i progetti, trials, numero di pazienti arruolati, pubblicazioni, ricercatori e finanziamenti inerenti le attività dell'IRCCS e dell'intero ospedale; il Grant Office è responsabile dell'aggiornamento dei seguenti Data Base:

- Elenco progetti di ricerca presentati dai Ricercatori dell'IRCCS-ASMN nell'ambito della partecipazione a Bandi promossi da Enti pubblici e privati e Fondazioni, a livello regionale, nazionale ed europeo;
- Elenco progetti di ricerca approvati ed in corso di svolgimento con dettaglio delle scadenze delle attività di rendicontazione intermedia scientifica ed economica;
- Elenco delle Deadlines per la presentazione di progetti di ricerca nell'ambito di Bandi promossi da Enti pubblici e privati e Fondazioni.

6.2.4 Sviluppo di progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie della Provincia, della Regione, nazionali, europee ed extraeuropee

- Progetti di ricerca in corso nell'anno 2013 con l'IRCCS-Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri (IRCCS-IRFMN) di Milano:
 - Carcinomi della mammella con co-amplificazione di HER2/Neu e RARA gene: valutazione della espressione nella popolazione e della risposta ad una terapia combinata con retinoidi e inibitori della TK (in vitro e in animale);
 - Diagnosi molecolare (MiRNA) delle micrometastasi linfonodali nelle neoplasie polmonari;
 - Analisi della metilazione dei geni coinvolti nel riparo del DNA nel carcinoma del testicolo e correlazione con la risposta al trattamento con cisplatino;
 - Valutazione del gene regolatore della trascrizione ID1 nei carcinomi ovarici;
 - Caratterizzazione quantitativa di parametri biologici tumorali con imaging multimodale.
- Incremento partecipazione bandi da enti pubblici e privati (Ministero della Salute-Bando Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori, Ministero della Salute-Bando Conto Capitale, Programma Regione Università- Area 2 Governo Clinico e

Giovani Ricercatori A. Liberati, AIFA, Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)- Calls Investigator Grant e Fellowships, Fondazione Berlucci, Fondazione Veronesi, EMBO-Young Investigator Programme, 7 Programma Quadro, ERA-NET Transcan ed Euronanomed, AICR, Programma Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie-CCM).

- Collaborazione con UniMORE con progetti specifici (EPC) e con Protocollo di Intesa per Ricerca Collaborativa;
- Collaborazione con Industria Bio-Medica per la validazione (Clinical Utility) di nuove tecnologie diagnostiche e interventistiche (tecniche conservative di ablazione noduli tiroidei);
- Collaborazione con Industria Farmaceutica per conduzione di studi collaborativi in oncologia (in paziente oncologico complesso).

6.2.5 Sostegno dell'integrazione tra diverse discipline/professioni e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali

Numerosi sono i progetti attivati nel corso degli ultimi anni che hanno favorito il lavoro multidisciplinare ed interprofessionale per il miglioramento della qualità clinico-assistenziale ed organizzativa; si veda la tabella, già riportata al capitolo 3.4.1 relativa alla qualità dell'assistenza, contenente i principali percorsi clinico-assistenziali integrati a valenza provinciale ed aziendale. L'attenzione è posta, da un lato, alla qualità dell'assistenza erogata ed alla definizione di percorsi clinico assistenziali a garanzia di comportamenti omogenei nella diagnosi, trattamento e supporto; dall'altro, lo sforzo è profuso all'aspetto dell'integrazione tra professionisti e competenze professionali, valore cardine per la crescita qualitativa ed etico-culturale.

Nel 2013 tra i numerosi progetti approvati dal Comitato Etico Provinciale ed autorizzati, quelli proposti da strutture organizzative dell'ASMN/IRCCS si registrano in sensibile aumento. Tra questi, si possono evidenziare i seguenti in quanto particolarmente rilevanti dal punto di vista del quesito scientifico e finalizzati al miglioramento della pratica clinica. L'attività di ricerca è sempre connotata dall'impegno per la salvaguardia dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti ed è orientata a ricercare scelte terapeutiche ottimali per il Paziente nell'ottica dell'"evidence based".

1) Progetto di ricerca indipendente supportato da terzi: "DIAMOND - Detection of EGFR mutations in adenocarcinomas by selective monoclonal antibodies on cytology and biopsy routine materials: a retrospective and prospective

analysis with comparison of PCR-based direct sequencing and immunohistochemistry on conventional and uncommon EGFR mutations, KRAS mutations, ALK rearrangement, and primary versus the relevant metastatic tumors” proposto dalla S.C. di Anatomia Patologica.

2) Studio di fattibilità dal titolo: “Uno studio di fase 2 per valutare la fattibilità di un intervento di cure palliative precoci e della sua valutazione in pazienti con tumore metastatico” proposto dall’Unità di Cure Palliative, riferito allo studio clinico approvato nell’ambito del Programma Regione-Università 2011 - Area 2 “Valutazione dell’efficacia di un intervento precoce di medicina palliativa in pazienti con cancro in diversi stadi di malattia - Prot. PRUa2-2010-005”, proposto dal Prof. Mario Luppi, direttore della S.C. di Ematologia dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena.

3) Studio osservazionale indipendente: “Studio osservazionale prospettico controllato sull’efficacia dell’intervento riabilitativo nei pazienti oncologici in un reparto con team dedicato vs pazienti oncologici ricoverati in reparti di area medica non dedicati” proposto dalla S.C. di Medicina Fisica e Riabilitativa.

**TRA I NUMEROSI PROGETTI
APPROVATI DAL COMITATO
ETICO PROVINCIALE E
AUTORIZZATI, QUELLI
PROPOSTI DA STRUTTURE
ORGANIZZATIVE DELL’ASMN-
IRCCS SI REGISTRANO IN
SENSIBILE AUMENTO.**

4) Studio osservazionale indipendente: “L’approccio al dolore e la sua gestione all’interno dell’A.O./I.R.C.C.S. - Arcispedale “S. Maria Nuova” di Reggio Emilia” proposto dalla Direzione Scientifica I.R.C.C.S. in collaborazione con la S.C. Direzione Professioni Sanitarie e con il Servizio di Psicologia Clinica, rivolto al personale medico ed infermieristico afferente ai seguenti Dipartimenti: Emergenza Urgenza, Cardio-Toraco-Vascolare e Area Critica, Ostetrico Ginecologico Pediatrico, Chirurgia Generale e Specialistiche, Medicina Interna e Specialità Mediche, Neuro-Motorio, Oncologico e Tecnologie Avanzate.

5) Studio clinico indipendente supportato da terzi: “The Reggio Emilia study on bromfenac for patients with PseudoEXfoliation syndrome undergoing cataract surgery: the REPEX study (Effetto del bromfenac collirio in pazienti con pseudoesfolatio lentis sottoposti ad intervento di cataratta: lo studio REPEX)” - Codice EUDRACT: 2013-002066-39 proposto dalla S.C. di Oculistica.

6) Studio osservazionale indipendente con supporto economico da parte di terzi: “Age at menopause and severity of coronary artery disease among postmenopausal women with Acute Coronary Syndromes - The LADIES ACS study” proposto dalla S.C. di Cardiologia.

7) Studio sperimentale indipendente con dispositivo: “Utilizzo del microscopio confocale ex vivo nella diagnostica anatomo patologica” proposto dalla S.C. di Anatomia Patologica in collaborazione con la S.C. di Dermatologia.

6.3. GARANZIE DI TRASPARENZA

Progetto regionale "Anagrafe della ricerca"

Continua la registrazione nell'Anagrafe regionale della ricerca dell'attività di ricerca presente nelle aziende sanitarie regionali, che comprende gli studi approvati dal 2009.

Sempre nel perseguimento dell'obiettivo di conoscere la tipologia quali-quantitativa dell'attività di ricerca svolta, di individuare le aree di maggior o minor interesse e di avere una visione unitaria della ricerca preclinica, clinica, osservazionale nell'ambito dei servizi sanitari.

Le informazioni ricomprendono anche una parte ampia di carattere economico-finanziaria, con particolare attenzione ad una registrazione dettagliata delle risorse (umane e materiali) impegnate in ogni progetto ed è in fieri la previsione della scheda conclusiva a consuntivo.

I progetti vengono inseriti unicamente da un collaboratore della segreteria del CE individuato dal referente aziendale del progetto, Responsabile della segreteria stessa, che provvede, pertanto, al contestuale inserimento degli studi nel database del Comitato Etico provinciale e nell'Anagrafe regionale.

Relativamente ai costi della ricerca, la segreteria del Comitato Etico provinciale, per la parte di sua competenza, istruisce i costi indotti dalle prestazioni aggiuntive previste dai protocolli, mediante apposita modulistica, al fine di vigilare e monitorare che i costi extra-routine previsti dai protocolli non vadano a gravare sul SSN, come richiesto dall'art. 20, comma 2, del D.Lgs 211/2003 e dal D.M. 21.12.2007. Inoltre, la segreteria del Comitato, ha predisposto apposita modulistica per la presentazione di studi al Comitato Etico prov.le, implementandola di alcune informazioni amministrative, che riproducono esattamente la relativa sezione dell'Anagrafe regionale, in cui devono essere inserite tali informazioni, in collaborazione con il Servizio Controllo di Gestione. A tal proposito, sempre in sinergia con il Servizio Controllo di Gestione, la segreteria dell'organismo ha messo a punto un manuale operativo per l'acquisizione delle informazioni di carattere economico, necessarie per la compilazione del modulo relativamente alla parte costi/finanziamento. Tale stretta collaborazione viene costantemente mantenuta, così come il continuo supporto allo sperimentatore nella fase iniziale di reperimento dei dati richiesti dalla modulistica.

È stata avviata una valutazione dell'Anagrafe regionale al fine di un ancora più ottimale utilizzo finalizzato al monitoraggio costante dello stato di avanzamento degli studi stessi, valutazione che verrà approfondita nel corso del prossimo anno.

Valorizzazione del ruolo del CE

Relativamente alle trasformazioni che il Comitato Etico ha subito, a seguito delle diverse normative susseguitesesi negli anni, si rinvia al paragrafo 6.3 del Bilancio di Missione relativo al 2012.

Per alcune novità introdotte dal D.L. 158/2012, convertito in L. 189/2012, si è accennato al paragrafo 2.4.1 b), cui si rinvia. Occorre qui precisare, invece, che ai sensi del citato D.L. 158/2012, convertito con L. 189/2012, si è proceduto con delibera n. 8 del 21.01.2013 dell'ASMN/IRCCS e n. 9 del 24.01.2013 dell'AUSL di RE a prorogare il CE provinciale, inizialmente nominato per il triennio 01.03.2010-31.03.2013, fino al 30.06.2013 e comunque fino all'insediamento del nuovo organismo, interamente rinnovato e nominato con delibera n. 75 del 27.06.2013 dell'ASMN/IRCCS e n. 113 del 01.07.2013 dell'AUSL di RE per il triennio 01.07.2013/30.06.2016, anche in considerazione della Delibera di GR n. 996 del 15.07.2013, avente ad oggetto "Riorganizzazione dei Comitati Etici della Regione Emilia-Romagna".

La composizione del nuovo organismo è stata attuata in osservanza al D.M. 08.02.2013, emanato ai sensi dell'art. 12, comma 11, del D.L. 13 Settembre 2012, n. 158 (c.d. "Decreto Balduzzi") convertito in legge 8 Novembre 2012, n. 189.

In sintesi le novità di seguito rappresentate:

- Sono confermate le disposizioni di cui al D.M. 12.05.2006, per quanto non disciplinato e non modificato dal nuovo decreto (art. 9).

LA COMPOSIZIONE DEL COMITATO ETICO DEVE GARANTIRE QUALIFICHE ED ESPERIENZA NECESSARIE A VALUTARE ASPETTI ETICI, SCIENTIFICI E METODOLOGICI DEGLI STUDI. I SUOI COMPONENTI DEVONO ESSERE IN POSSESSO UNA DOCUMENTATA CONOSCENZA ED ESPERIENZA NELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE DEI MEDICINALI E DEI DISPOSITIVI MEDICI.

- All'art. 1 è stato ribadito che il CE è un organismo indipendente con le competenze di cui alla lettera a) del comma 10 del D.L. 13 Settembre 2012, n. 158, con la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela. Se non già attribuita a specifici organismi, i CE possono svolgere

anche funzioni consultive per questioni etiche legate ad attività scientifiche ed assistenziali. Inoltre, i CE possono avere iniziative di formazione su temi di bioetica.

- Secondo l'art. 2 i CE sono istituiti secondo i criteri di cui all'art. 12, comma 10, del D.L. 13.09.158, convertito con modificazioni dalla L. 08.11.2012, n. 189 e l'ambito è relativo a strutture sanitarie pubbliche o equiparate, compresi gli IRCCS.

Si precisa che nelle regioni con popolazione inferiore a un milione di abitanti deve essere previsto un CE.

Al D.M. è allegato un elenco riepilogativo del n. dei Pareri Unici rilasciati nell'ultimo triennio, sulla base del quale le Regioni e le prov. autonome di Trento e Bolzano avrebbero potuto operare la scelta di cui al citato decreto.

- Le Regioni disciplinano le modalità di nomina dei componenti, mentre secondo il D.M. 12.05.2006 i componenti del CE erano nominati dall'organo di amministrazione delle strutture sanitarie pubbliche o ad esse equiparate, e degli I.R.C.C.S. privati. La nostra Regione ha optato per delegare la nomina dei componenti ai rappresentanti legali delle strutture sanitarie.

- La composizione dei CE deve garantire qualifiche ed esperienza necessarie a valutare aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi, i componenti dei CE devono essere in possesso una documentata conoscenza ed esperienza nelle sperimentazioni cliniche dei medicinali e dei dispositivi medici e nelle altre materie di competenza del CE.

- Si può notare come la composizione minima prevista, di seguito elencata, oltre ai membri esperti già richiesti dal D.M. 12.05.2006, considera figure nuove, ma tutte oggetto di nomina e con diritto di voto:

- a) Tre clinici
- b) Un MMG
- c) Un pediatra
- d) Un biostatistico
- e) Un farmacologo
- f) Un farmacista del SSR
- g) In relazione agli studi nella propria sede, il Direttore Sanitario o sostituto permanente e per gli I.R.C.C.S. il Direttore Scientifico
- h) Un esperto in materia giuridica e assicurativa o un medico legale
- ii) Un esperto in bioetica
- ll) Un rappresentante dell'area delle profess. sanitarie interessata alla sperimentazione

- m) Un rappresentante del volontariato o dell'associazionismo di tutela dei pazienti
- n) Un esperto in dispositivi medici
- o) In relazione all'area medico-chirurgica oggetto dell'indagine con il d.m. in studio, un ingegnere clinico o altra figura professionale qualificata
- p) In relazione allo studio di prodotti alimentari sull'uomo, un esperto in nutrizione
- q) In relazione allo studio di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche, invasive e semi invasive, un esperto clinico del settore
- r) In relazione allo studio di genetica, un esperto in genetica.

A tal proposito è bene precisare che tutti i suddetti componenti sono a tutti gli effetti membri dell'organismo, da nominare *ab initio*, specificando, altresì, che qualora vi siano in esame studi necessitanti dei componenti di cui al su riportato elenco indicati come "in relazione a...", questi

dovranno essere necessariamente presenti, pena la nullità del parere. Per aree non coperte il CE convoca esperti esterni.

- Lo sperimentatore, il promotore o altro personale partecipante alla

sperimentazione fornisce, su richiesta del CE informazioni sullo studio, ma non partecipano alle decisioni, al parere e al voto.

- I componenti del CE restano in carica 3 anni. Il mandato non può essere rinnovato consecutivamente più di una volta. Il Presidente non può ricoprire tale carica per più di due mandati consecutivi. Le Regioni e le prov. autonome adottano idonee misure per assicurare la continuità di funzionamento dei CE alla scadenza dei mandati.
- Il Direttore generale della struttura sanitaria interessata ovvero un suo delegato con potere di firma, in caso di accettazione della sperimentazione, deve garantire la definizione dei contratti economici relativi agli studi contestualmente alle riunioni del CE o tassativamente entro 3 giorni dall'espressione del parere del CE.

- All'art. 3 viene declinata l'indipendenza del CE che viene garantita almeno da:

- *Mancanza di subordinazione gerarchica
- *Presenza di personale non dipendente
- *Estraneità e mancanza di conflitti di interesse dei votanti da certificare con dichiarazione relativa al coinvolgimento nella progettazione, nella conduzione o nella direzione dello studio; all'esistenza dei rapporti di dipendenza, consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo con lo sperimentatore o con l'azienda che conduce lo studio o

LA SPINTA E LA SOLLECITAZIONE ALLA RICERCA SONO STATE AVVERTITE TRASVERSALMENTE DAI PROFESSIONISTI DELL'INTERO ASMN, TANTO DA FAR OSSERVARE UN SENSIBILE AUMENTO DI STUDI E PROGETTI DI RICERCA PORTATI ALLA VALUTAZIONE DEL COMITATO ETICO.

produce il farmaco/il d.m. o il prodotto alimentare.

- * Mancanza di cointeressenze di tipo economico-finanziario tra i componenti del CE e le aziende del settore interessato.
- * Dalle ulteriori norme di garanzia e incompatibilità previste dal regolamento del CE.
 - Almeno un terzo dei componenti totali deve essere non dipendente dalla istituzione di cui si avvale il CE.
 - L'art. 4 riguarda l'organizzazione e specifica che il CE deve adottare un regolamento.
 - Conformemente alle disposizioni delle regioni e delle prov. autonome, il CE deve dotarsi di un ufficio di segreteria tecnico-scientifica qualificata in possesso di risorse umane, tecniche, amministrative, adeguate al numero di studi gestiti, nonché delle infrastrutture necessarie ad assicurare il collegamento alle banche dati nazionali ed internazionali.
 - Devono essere nominati un Presidente e un suo sostituto.
 - I componenti non possono delegare le proprie funzioni.
 - Sono pubblicamente disponibili le modalità di valutazione e di adozione dei pareri tra cui il *quorum* necessario che deve essere comunque superiore alla metà dei componenti: decisioni assunte dalla maggioranza dei presenti aventi diritto al voto.
 - Deve essere pubblicamente disponibile la composizione, il regolamento, i tempi per la valutazione, oneri a carico dei promotori, gli esiti delle riunioni, fermo restando il rispetto delle norme in materia di riservatezza e di tutela brevettuale.
 - L'attività di archiviazione è a cura della segreteria.
 - L'art. 5 riguarda il funzionamento.

Il CE svolge i compiti di cui al D.Lgs n. 211/2003 e secondo le norme di buona pratica clinica di cui all'Allegato 1 al D.M. 15 Luglio 1997

La valutazione etica, scientifica e metodologica degli studi clinici ha come riferimento i dettami del D.Lgs n. 211/2003 e quanto previsto dalla Dichiarazione di Helsinki nella sua versione più aggiornata (60th WMA General Assembly, Brazil, October 2013), dalla Convenzione di Oviedo (del 04.04.1997 - *Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano nell'applicazione della biologia e della medicina e successivo Protocollo addizionale del 12.01.1998, n. 168, sul divieto di clonazione di essere umani - ratificati con Legge 28.03.2001, n. 145*), dalle GCP e dalle linee guida aggiornate dell'EMA. In tale ambito i diritti, la sicurezza e il benessere dei soggetti in studio devono prevalere sugli interessi della scienza e della società (comma 2).

- Viene ribadito, come già indicato nel D.M. 12.05.2006, che il CE deve tenere conto dei seguenti elementi:

*utilizzo del placebo

* l'acquisizione del consenso informato non è garanzia suf-

ficiente di eticità, scientificità dello studio - > valutazione globale del rapporto rischio/beneficio

* diritto alla diffusione e pubblicazione dei dati da parte degli sperimentatori, nel rispetto della riservatezza dei dati sensibili e di tutela brevettuale e non devono sussistere vincoli di diffusione e pubblicazione dei risultati da parte del promotore.

- Come era previsto dal D.Lgs. n. 37/2010 è stata estesa la competenza dei CE anche agli studi con dispositivi medici. Infatti, in caso di Dispositivi medici il CE fa riferimento per la sua valutazione alla normativa speciale ivi citata (Decreto legislativo 507/92 e s.m.i., art. 7 commi da 1 a 6 e commi 8 e 9 e allegati 6 e 7 - *Attuazione della direttiva 90/385/CEE concernente il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi*; Decreto Legislativo 46/97 e s.m.i., art. 14 commi da 1 a 7 e commi 9 e 10 e allegati VIII e X. - *Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici*) e inoltre, a seconda della tipologia di d.m.:

a) ove esplicitate dai promotori dello studio, le pertinenti norme tecniche indicate dall'art. 3 del D.Lgs 507/1992 o dall'art. 6 del D.Lgs. 46/1997 e le norme tecniche UNI EN ISO 14155: 2011 (Buona Pratica Clinica)

b) le linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica (GCP) per gli studi farmacologici (D.M. 15.07.1997).

- In caso di studi su prodotti alimentari il CE verifica che il trattamento del gruppo di controllo sia definito in base alle caratteristiche del prodotto oggetto dello studio e delle finalità dello studio.

- L'art. 6 riguarda gli aspetti economici. Il CE verifica che siano coperte dal promotore dello studio tutte le spese aggiuntive, le attrezzature e altro materiale inventariabile non in possesso della struttura, tutto il materiale di consumo e i medicinali sperimentali, compreso il medicinale, il dispositivo e altro materiale di consumo, di confronto o l'eventuale placebo.

- Le regioni e le prov. autonome, anche previo accordo interregionale, stabiliscono l'importo del gettone di presenza per la partecipazione alle sedute e delle tariffe a carico del promotore per l'assolvimento dei compiti demandati dal CE.

Tali tariffe sono determinate in misura tale da garantire la completa copertura delle spese per i compensi dei membri dei CE al funzionamento degli stessi, nonché gli oneri relativi agli uffici di segreteria. (La Regione Emilia Romagna ha deliberato in materia con Delibera di GR n. 1668 del 18.11.2013.

- Le Regioni e le prov. autonome trasmettono per via telematica al Ministero della Salute e all'AIFA l'elenco e la composizione dei CE riorganizzati.

Alcune importanti considerazioni:

- Componenti: requisiti minimi e altri esperti/figure istituzionali necessari a seconda dell'oggetto di indagine o della sede in cui si svolgerà lo studio, da nominarsi al momento della costituzione del CE, i quali hanno diritto di voto e a prescindere dall'oggetto dell'indagine possono partecipare a tutte le sedute del CE. Il quorum si calcolerà in base alla necessità della presenza di tali figure esperte in base agli studi posti all'ordine del giorno della seduta.
- Non esistono più componenti "ex officio".
- Sono state ampliate le competenze dei CE ai dispositivi medici e ad altro.
- L'obbligo di definire i contratti contestualmente alle riunioni del CE o tassativamente entro 3 gg. dal parere, difficilmente si concilia con:
 - * il silenzio-assenso (termine di 60 gg) per l'AC (AIFA)
 - * con altri eventuali adempimenti regolatori (es. autorizzazione del Ministero della Salute ex L. 39/2002 in caso di studi che prevedono radiazioni ionizzanti ...).
 - * con il recente D.Lgs. 33/2013 sulla trasparenza delle P.A. che introduce l'efficacia dell'atto dal momento della sua pubblicazione e ogni studio che viene approvato dal CE deve essere anche autorizzato dalla direzione della struttura e se è previsto un contratto con il promotore deve essere contestualmente approvata la stipula del contratto stesso. Pertanto, si evince l'inapplicabilità del comma 9 dell'art. 2 del decreto in questione.

Si rileva, tuttavia, la necessità di organizzarsi in modo tale da giungere alla seduta se non con una versione concordata e definita del contratto, almeno con avviato l'iter di negoziazione per accelerare i tempi e anticipare le valutazioni.

L'attività del nuovo organismo, insediandosi il 5 Luglio 2013, è sensibilmente aumentata e ciò è in parte anche dovuto, come già evidenziato, al riconoscimento dell'Istituto in Oncologia per tecnologie avanzate e modelli assistenziali, quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico all'interno dell'ASMN, che persegue, in ambito oncologico, finalità di ricerca scientifica, innovazione e didattica, valorizzandone i contenuti nella trasferibilità alle attività di pratica clinica di assistenza e cura, anche nell'ambito dell'attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Infatti, si è avvertito nel 2013, come nell'anno precedente, un sensibile aumento di studi indipendenti o non-profit e di studi osservazionali.

La spinta e la sollecitazione alla ricerca non solo nell'area del riconoscimento avuto, ma anche in altri ambiti, sono state avvertite trasversalmente dai professionisti dell'intero ASMN, tanto da far osservare un sensibile aumento di studi e progetti di ricerca portati alla valutazione del CE.

Anche nel 2013 è proseguita la consueta vigilanza del

Comitato Etico provinciale sui documenti contenenti l'informativa delle proposte di studio per i Pazienti, sempre nell'ottica della salvaguardia del diritto dei Pazienti a ricevere una adeguata ed esauriente informazione al fine dell'ottenimento di un consenso consapevole, partecipato e autodeterminato. Ovviamente ciò non deve ridursi al solo aspetto formale della modulistica, ma deve essere associato soprattutto alla verifica dell'accompagnamento e veicolazione alla comprensione che il professionista deve attuare nei confronti del Paziente.

Infatti, l'attenzione posta agli aspetti etici che ne derivano soprattutto sul piano del rapporto medico-paziente, che nella fattispecie si concretizza nel processo della raccolta del consenso del paziente alla partecipazione allo studio, ha originato, nel 2009 la decisione del Comitato Etico provinciale di farsi promotore di un progetto volto alla ricognizione delle varie modalità di raccolta del consenso, di valutazione e di implementazione di nuovi modelli, nonché alla revisione dell'attuale procedura aziendale in collaborazione con l'Ufficio Sistemi Qualità dell'ASMN. La cui prima fase si è conclusa nel 2011 per proseguire con la seconda fase, limitata al solo ambito sperimentale. È in corso di pubblicazione la prima fase del progetto.

La collaborazione resa dall'organismo e dalla sua segreteria nei confronti degli sperimentatori/ricercatori sia nell'evidenziare criticità, sia nel proporre correttivi, che nel porre attenzione alla formulazione dei Fogli Informativi/Moduli di consenso relativi alla partecipazione a studi specifici, ma anche inerenti alla ricerca in generale, pur sempre declinata nelle sue finalità di indagine principali di interesse dell'intero ASMN/IRCCS, rappresenta il punto di forza di chi vuole essere uno strumento utile per la buona riuscita dei progetti e per la realizzazione condivisa degli stessi con i Pazienti cui vengono proposti.

Anche in occasione dell'Accreditamento OEI, il contributo della segreteria del CE prov. le si è focalizzato sul consenso informato dei soggetti alla partecipazione agli studi clinici, nonché alla messa a punto di materiale e brochure divulgativi ed esplicativi del significato di "studio clinico" e di "cosa significa "trovarsi in uno studio clinico".

Il Comitato Etico provinciale, infine, sempre di più intende entrare nel pubblico dibattito d'importanti temi etici e scientifici con l'intento di apportare un proficuo e stimolante contributo agli operatori e ai professionisti della sanità e all'utenza in generale, sia su argomenti più strettamente connessi alla ricerca clinica, sia su questioni etiche legate ad attività scientifiche e assistenziali.

7

IRCCS

Istituto in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia

In questo capitolo conclusivo viene presa in esame l'attività istituzionale svolta per il perseguimento di obiettivi specifici e di particolare rilevanza in accordo con i principali documenti aziendali. Il capitolo è interamente dedicato alla descrizione dell'attività dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e il suo status d'istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia.



PATRIS INSOMNIUM



GALENI DOCTORES



GALENI COGNITIO

GALENI OMNIA QVAE EXTANT OPERA

In Latinum sermonem conuersa.

*Pro quibus illustrandis quid actum sit, tum
ex Praefatione, tum ex librorum
Indice deprehendes.*

Ad Illustr. atq. Excell. D. Iacobū Boncompagnū
Generalem S. R. E. Gubernatorem.



QVINTA

EDITIO.

VENETIIS APVD IUNTAS,
M D LXXVI.



GALENI COGNITIO



GALENI DOCTORES



GALENI COGNITIO



Ad uiam Gasparis Talarotij et amicorum

7.1 PERCORSO DI RICONOSCIMENTO

Con l'istanza del 6 marzo 2009, l'Assessore alle politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna ha trasmesso al Ministero competente l'istanza per il riconoscimento del carattere scientifico dell'Azienda Ospedaliera di Reggio-Emilia «Arcispedale Santa Maria Nuova» in riferimento al citato presidio, nella disciplina di «Oncologia per tecnologie avanzate e modelli assistenziali». Con la delibera n. 61 del 26 giugno 2009, adottata dal Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera di Reggio-Emilia «Arcispedale Santa Maria Nuova», viene modificato l'Atto aziendale dell'Azienda con l'individuazione dell'«Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia», definendone la natura, le finalità, l'autonomia e la macrostruttura organizzativa dell'Istituto.

Con la nota prot. n. 177162 del 9 luglio 2010, l'Assessore alle politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna ha dichiarato, tra l'altro, che la configurazione complessiva dell'«Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia» assicura i profili di autonomia necessari per il riconoscimento in IRCCS ai sensi del citato comma 3, lettera b), dell'art. 12 L.R. n. 4/2008.

Conseguentemente alla visita in loco presso la citata Azienda, effettuata dagli esperti della Sottocommissione di valutazione (nominata dal Ministero della Salute ai sensi dell'art. 14, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288) in data 26 luglio 2010, con apposita relazione della medesima, si sono riconosciuti i caratteri della scientificità dell'Istituto.

Con la nota prot. n. 85480 dell'11 ottobre 2010, il Ministero dell'economia e delle finanze ha espresso il proprio parere favorevole in merito all'ulteriore corso dell'iter per il riconoscimento dell'Istituto in questione.

Infine, accertata la sussistenza dei requisiti previsti dall'art. 13, comma 3, lettere da a) ad h), del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 art. 13, comma 3, lettere da a) ad h), del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e visto il parere favorevole della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le

Province Autonome di Trento e Bolzano, il Ministero della Salute, con D.M. 12 aprile 2011, ha riconosciuto, per un periodo di tre anni, a decorrere dalla data di pubblicazione del presente decreto nella Gazzetta Ufficiale, il carattere scientifico, nella disciplina di «Oncologia per tecnologie avanzate e modelli assistenziali», dell'Azienda Ospedaliera «Arcispedale Santa Maria Nuova», ente con personalità giuridica di diritto pubblico, per l'«Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia».

Coerentemente ai decreti ministeriali d'istituzione e alla L.R. 4/2008, gli IRCCS, così istituiti, divengono una «struttura interna» dell'Azienda sanitaria individuata come idonea allo scopo, alla quale è assicurata autonomia scientifica, organizzativa e contabile all'interno del Bilancio aziendale, provvedendo alla destinazione dei beni, del personale e delle altre risorse necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali.

A conclusione del percorso di riconoscimento, il 23 luglio 2012 la Commissione del Ministero della Salute ha svolto presso l'IRCCS-Arcispedale Santa Maria Nuova la Site Visit per confermare il riconoscimento dell'Istituto in Isti-

tuto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia. La composizione della Commissione di valutazione del Ministero della Salute era formata dai seguenti membri:

- Dott. Massimo Casciello
- Prof. Gianfranco Gensini

- Prof. Giovanni Lucignani
- Prof. Andrea Lenzi
- Dott. Mauro Biffoni
- Dr.ssa Delia Cavallo

A conclusione della Site Visit svoltasi in data 23 luglio 2012, il Ministero della Salute ha inviato la comunicazione di conclusione dell'iter di riconoscimento del carattere scientifico, nella disciplina di «Oncologia per tecnologie avanzate e modelli assistenziali» (Ministero della Salute-Protocollo n. 0006933 del 23/11/2012).

**DAL 2009, L'AZIENDA È ISTITUTO
DI RICOVERO E CURA A
CARATTERE SCIENTIFICO
(IRCCS), SPECIALIZZATO IN
TECNOLOGIE AVANZATE E MODELLI
ASSISTENZIALI IN ONCOLOGIA.**

7.2

CONFIGURAZIONE E CONTESTO IRCCS

Con il Decreto del 12 aprile 2011, confermato nell'anno 2012 dalla comunicazione di conclusione dell'iter di riconoscimento del carattere scientifico, nella disciplina di "Oncologia per tecnologie avanzate e modelli assistenziali (Ministero della salute-Protocollo n. 0006933 del 23/11/2012), l'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova con sede in Reggio Emilia ha ottenuto il riconoscimento del carattere scientifico nella disciplina di Oncologia per Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali. Il nuovo Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ha la seguente denominazione: Istituto in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia.

L'IRCCS di Reggio Emilia è costituito da un Presidio Ospedaliero composto di un unico Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate, da una Rete Oncologica Aziendale, da Laboratori di Ricerca, da strutture per la gestione integrata della patologia oncologica e da un Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica.

Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate:

- Anatomia Patologica
- Ematologia
- Laboratorio di Genetica
- Medicina Trasfusionale
- Oncologia
- Laboratorio di Biologia Molecolare
- Screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero.
- Fisica Medica
- Endoscopia Digestiva
- Medicina Nucleare
- Radioterapia
- Medicina Oncologica

Alla **RETE ONCOLOGICA AZIENDALE** afferiscono tutte le attività di ricovero e le prestazioni ambulatoriali correlate a una patologia principale oncologica ed erogate in altre strutture aziendali non incluse nei due dipartimenti IRCCS (Dip. Oncologico e Tecnologie Avanzate + Dip. I-RS). Vengono comunque esclusi i casi riconducibili alle seguenti discipline:

- Cardiologia

- UTIC
- Chirurgia Vascolare
- Nido
- Neuropsichiatria Infantile
- Pediatria
- Terapia Intensiva
- Astanteria (Med. Urgenza)
- Neonatologia

Ai fini della rilevazione dei flussi informativi l'Azienda di Reggio Emilia, che mantiene la sua tipologia classica di Azienda Ospedaliera si articola in due stabilimenti:

- 1) Stabilimento IRCCS, in cui confluiscono il Presidio Ospedaliero IRCCS e la rete oncologica aziendale.
- 2) Stabilimento ASMN, in cui confluisce la restante parte delle attività.

LABORATORI

1. Laboratori di Ricerca Traslationale;
2. Laboratorio di Biologia Molecolare Oncologica dei tumori solidi;
3. Laboratorio di Biologia Molecolare Oncologica del sistema emolinfopoietico;
4. Laboratorio di Diagnostica Molecolare Oncologica avanzata;
5. Laboratorio di Biologia Molecolare dell'infiammazione;
6. Laboratorio di Medicina Trasfusionale;
7. Laboratorio di Tipizzazione Tissutale e Criobiologia;
8. Laboratorio d'identificazione, tipizzazione microbica e rilevazione molecolare genetica delle resistenze;
9. Laboratorio Isto-cito-patologia molecolare;
10. Laboratorio di diagnostica avanzata di Medicina;
11. Laboratorio di Biologia Molecolare e citopatologia delle malattie HPV correlate;
12. Laboratorio di Diagnostica array-CGH della patologia genetica costituzionale;
13. Laboratorio di Fisica Medica, Imaging e sistemi esperti;
14. Laboratorio Radio Chimica Molecolare;
15. Laboratorio Hi-Tech Imaging endoscopico;
16. Healthcare Information Systems Laboratory;
17. Laboratorio farmaceutico e centrale antitumorali.

Sono presenti 17 laboratori (affidenti a diversi Dipartimenti) che nel corso del 2013 hanno svolto attività di diagnostica e ricerca nell'ambito delle tematiche pertinenti l'IRCCS, così ripartiti:

- 10 svolgono attività mista di diagnostica e ricerca
- 4 svolgono esclusivamente attività di diagnostica
- 3 svolgono esclusivamente attività di ricerca in campo oncologico

L'Azienda Ospedaliera ha inoltre attivato una specifica convenzione con i laboratori di ricerca collocati esterna-

mente presso l'IRCCS-Istituto di Ricerca Farmacologica Mario Negri (IRFMN) di Milano a dimostrazione della stretta collaborazione fra le due Strutture.

Presso l'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova-IRCCS di Reggio Emilia sono stati attivati nove Percorsi Assistenziali (PDTA). Qui di seguito è riportata la descrizione dei principali Percorsi Assistenziali Oncologici.

PERCORSO ASSISTENZIALE PAZIENTI

AFFETTI DA CARCINOMA DELLA MAMMELLA

L'obiettivo principale è articolare un modello assistenziale oncologico provinciale per le pazienti con sospetto diagnostico di carcinoma mammario attraverso la strutturazione di un'unità aziendale interdisciplinare integrata con le strutture AUSL-RE, per l'organizzazione del percorso finalizzato a migliorare la qualità della vita e delle cure, l'appropriatezza dell'impiego delle tecnologie e delle risorse aziendali. Nello specifico:

**LA BREAST UNIT RACCOGLIE
LE COMPETENZE DI VARI
REPARTI PER ORGANIZZARE UN
PERCORSO DI TRATTAMENTO
ONCOLOGICO VERSO LE DONNE
AFFETTE DA TUMORE MAMMARIO.
PRIMARIA ATTENZIONE È POSTA
AL PROFILO DELLA QUALITÀ
DELL'ASSISTENZA E ALL'UMANITÀ
DELLE CURE.**

- Rendere omogenei i percorsi di diagnosi e terapia attraverso la stesura di protocolli che vengano applicati da tutti i professionisti.
- Facilitare l'approccio interdisciplinare alla patologia.
- Facilitare il percorso clinico della paziente attraverso la presa in carico da parte di un professionista lungo tutto il percorso diagnostico terapeutico.
- Migliorare l'accessibilità ai servizi sia di diagnosi che di cura.
- Migliorare l'appropriatezza delle indagini eseguite e l'accuratezza diagnostica anche attraverso l'implementazione tecnologica.
- Creare un riferimento nel territorio provinciale per la diagnosi e la terapia del tumore della mammella.
- Condividere con l'Azienda Territoriale percorsi terapeutici e protocolli in modo tale da garantire a tutte le pazienti un omogeneo percorso di cure.
- Migliorare la qualità dell'assistenza garantendo adeguato supporto psicologico e riabilitativo alle donne che entrano nel percorso terapeutico.
- Costituire un punto di crescita culturale nella gestione del carcinoma mammario predisponendo periodici aggiornamenti oltre ad essere sede di formazione per i giovani specialisti.
- Coinvolgere il gruppo nella ricerca garantendo la partecipazione massima agli studi clinici.

I pazienti oggetto del PDTA sono tutti i soggetti con sospetta neoplasia mammaria (tumori infiltranti e tumori in situ).

PERCORSO ASSISTENZIALE PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA TIROIDEO

Gli obiettivi del percorso sono:

- Facilitare l'approccio interdisciplinare alla patologia;
- Facilitare il percorso clinico del paziente attraverso la presa in carico da parte di un professionista lungo tutto il percorso diagnostico terapeutico;
- Migliorare l'accessibilità ai servizi sia di diagnosi che di cura;
- Migliorare l'appropriatezza delle indagini eseguite e l'accuratezza diagnostica anche attraverso l'implementazione tecnologica;
- Creare un riferimento nel territorio provinciale per la diagnosi e la terapia del tumore della tiroide;
- Partecipare a progetti di ricerca garantendo la partecipazione massima agli studi clinici.

I pazienti oggetto del PDTA sono affetti da carcinoma tiroideo differenziato (nodulo tiroideo classificato Tir3, Tir4 o Tir5 secondo la classificazione SIAPEC).

PERCORSO ASSISTENZIALE PAZIENTI AFFETTI DA LINFOMA

Scopo di questo PDTA è cercare di uniformare il più possibile il percorso diagnostico, con precisa definizione dei tempi di stadiazione e di fornire linee guida per l'approccio terapeutico sulla base del tipo di linfoma, dei fattori di rischio, dell'età e del performance status del paziente. Altro obiettivo importante è quello di rendere il più possibile omogeneo il percorso di follow-up a seconda del tipo di linfoma e dello stadio all'esordio. Infine, riteniamo che il PDTA contribuisca alla crescita culturale e allo sviluppo della capacità di collaborazione di tutte le figure professionali coinvolte nella diagnosi e nella terapia dei linfomi.

Anche per la parte relativa all'assistenza infermieristica, abbiamo condiviso un percorso per favorire l'accesso del paziente con linfoma, che inizia la terapia in DH, attraverso la procedura di "ACCOGLIENZA DEL PAZIENTE IN DAY HOSPITAL EMATOLOGIA".

Lo scopo è di uniformare i comportamenti di tutto il personale (*infermieristico, medico, oss, segretarie*) per migliorare la qualità assistenziale, mantenere una continuità di cure, conoscere maggiormente il paziente personalizzando il più possibile l'assistenza. Altro obiettivo importante del progetto è fare in modo che il paziente abbia non solo un medico, ma anche un infermiere di riferimento per tutta la durata del percorso terapeutico.

La tipologia di pazienti oggetto del PDTA devono rispondere ai seguenti criteri d'inclusione:

- Pazienti affetti da Linfoma di Hodgkin
- Pazienti affetti da Linfoma non Hodgkin diffuso a grandi cellule B
- Pazienti affetti da Linfoma non Hodgkin follicolare
- Pazienti affetti da Leucemia linfatica cronica B (B-CLL)
- Pazienti affetti da Linfoma non Hodgkin mantellare

PERCORSO ASSISTENZIALE PAZIENTI AFFETTI DA MELANOMA

L'implementazione di un percorso multidisciplinare e multilivello dei pazienti affetti da tumori cutanei (melanoma e non-melanoma) con obiettivo la prevenzione e la cura ha lo scopo di:

- Incrementare le diagnosi di melanoma (stadi precoci);
- Ridurre il numero di asportazioni inutili;
- Ridurre le liste di attesa negli ambulatori diagnostici e chirurgici;
- Incrementare la qualità del servizio assistenziale ai pazienti;
- Garantire un modello assistenziale oncologico provinciale finalizzato a migliorare la qualità della vita e delle cure, l'appropriatezza dell'impiego delle tecnologie e delle risorse aziendali.

La modalità organizzativa adottata dall'Azienda Ospedaliera per la diagnosi, il

trattamento e follow up del melanoma è in carico alla SKIN CANCER UNIT, che ha come obiettivi:

- Collegamento costante col territorio (medici medicina

generale e dermatologi ambulatoriali di tutta la regione);

- Incremento del numero di neoplasie cutanee diagnosticate precocemente;
- Ottimizzazione del percorso diagnostico e terapeutico del paziente;
- Espansione dell'attività della SCU
 - assistenziale,
 - didattica,
 - scientifica.

La tipologia di pazienti oggetto del PDTA sono affetti da tumore maligno cutaneo - melanoma.

DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURA RICERCA E STATISTICA (I-RS)

Anche nel corso dell'anno 2013, vi è stato un consolidamento e potenziamento delle attività del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica, la cui direzione è stata affidata alla Dottoressa Adriana Albini dall'anno 2012 (Atto del 26 giugno 2012, delibera n. 74).

Il Dipartimento (I-RS) è una struttura dedicata sia al supporto metodologico, scientifico e normativo dell'attività di ricerca dei professionisti,

sia allo sviluppo di progetti di ricerca traslazionale in campo oncologico attraverso la nuova Struttura Complessa di Ricerca Traslazionale.

Al Dipartimento I-RS infatti afferiscono direttamente:

- 1) La Struttura Complessa Statistica e Qualità degli Studi Clinici;
- 2) La Struttura Complessa di Ricerca Traslazionale, (attivata nell'anno 2012) per le attività di laboratorio totalmente dedicate alla ricerca;
- 3) La Struttura Complessa Ricerca Epidemiologica a valenza provinciale, costituita dal servizio di Epidemiologia Descrittiva e Valutativa e dal Registro dei Tumori, afferente all'Azienda USL di Reggio Emilia da un punto di vista gerarchico e organico.

La funzione di supporto del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica è stata svolta attraverso l'offerta di competenze di tipo specialistico (statistica, metodologia, data management, controllo di qualità dei dati, grant office) e attraverso la creazione di collaborazioni e condivisioni tra i professionisti dell'Ospedale.

Le attività del Dipartimento I-RS a sostegno dell'IRCCS sono svolte anche a livello extra-ospedaliero, sia con l'AUSL di Reggio Emilia che con altre Istituzioni e organizzazioni attive negli ambiti d'interesse.

Fra gli obiettivi più significativi del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica si possono riconoscere la promozione di nuove attività di ricerca traslazionale in ambito oncologico e l'allestimento di un laboratorio di medicina traslazionale multidisciplinare, dotato di tecnologie innovative a supporto della diagnostica e della terapia oncologica di patologie complesse, l'organizzazione e la promozione di eventi formativi, dall'anno 2012 e che sono proseguiti anche nell'anno 2013, rivolti a tutti i ricercatori e professionisti dell'IRCCS-ASMN, dell'Azienda AUSL e aperti anche a partecipanti esterni alle due Aziende.

**GLI OBIETTIVI PRINCIPALI DEL
DIP. I-RS NEL 2013 SONO STATI:
PROMOZIONE DI NUOVE ATTIVITÀ
DI RICERCA TRASLAZIONALE
IN AMBITO ONCOLOGICO,
ALLESTIMENTO DI UN LABORATORIO
DI MEDICINA TRASLAZIONALE
MULTIDISCIPLINARE E
ORGANIZZAZIONE E PROMOZIONE DI
EVENTI FORMATIVI.**

**LA SKIN CANCER UNIT
PREVEDE UN PERCORSO
MULTIDISCIPLINARE PER I
PAZIENTI AFFETTI DA TUMORI
CUTANEI SU TRE LIVELLI
DISTINTI: SCREENING DI PRIMO
LIVELLO, DIAGNOSI DELLE
NEOPLASIE E TRATTAMENTO +
CONTROLLO.**

Altri Servizi, interni all'Azienda Ospedaliera, che svolgono un ruolo fondamentale a supporto della ricerca e che sono caratterizzati da una prevalente attività a favore dei progetti e prodotti di ricerca, sono di seguito elencati:

1. Unità di Epidemiologia Clinica;
2. Tecnologie Biomediche per la Ricerca;
3. Biblioteca Medica - Ricerca Documentale;
4. Segreteria Scientifica Studi Clinici e Comitato Etico;
5. Settore Metodologia Studi Clinici e Ricerca;
6. Grant Office-afferente al Dipartimento I-RS e costituito nell'anno 2012.

7.3. ATTIVITÀ DI RICERCA DELL'IRCCS

7.3.1 Linee di Ricerca

L'attività di Ricerca dell'IRCCS, nell'anno 2013, può essere ricondotta in tre principali Linee di Ricerca:

Linea di Ricerca 1:

Patologia oncologica complessaDescrizione:

La capacità di tradurre in pratica le scoperte della scienza nel campo della genetica, della biologia molecolare e dell'oncologia, rappresenta uno dei focus più innovativi e importanti per un centro di ricerca che si occupa di pazienti oncologici. "Ogni paziente è diverso da un altro e ogni tumore è diverso da un altro". La complessità del paziente neoplastico e la necessità di affrontare tale complessità sviluppando percorsi che siano plasmati in base alle esigenze e alle caratteristiche cliniche, biologiche, genetiche e personali del paziente, rappresenta a oggi l'obiettivo che i clinici e i ricercatori si sono prefissati per curare in modo sempre più specifico ed efficace i pazienti. In questo contesto, quindi, il termine "complesso" veicola più di un significato ma comunque nell'insieme identifica un caso speciale da trattare con attenzione particolare. D'altra parte la lingua italiana conferisce al termine complesso almeno due significati: difficile e/o dotato di molteplici aspetti. Possiamo quindi utilizzare questo spunto (complessità come sinonimo di difficoltà e di molteplicità) come base di partenza per una riflessione sul suo significato quando declinato in ambiente sanitario. L'interesse sulla complessità in medicina e in sanità deriva dalla necessità di poter distinguere (identificare e classificare) i vari casi (individui) in base alla loro intrinseca difficoltà/molteplicità in quanto da essa ne può derivare un conseguente maggiore difficoltà/molteplicità in termini di cure e anche una diversa prognosi quoad vitam o valitudinem. Un caso complesso richiederà infatti una cura e assistenza diversa, più intensa e, talvolta, più costosa.

Nello stesso tempo, in ambito di ricerca un tema/caso complesso merita un'attenzione particolare e quindi una linea di ricerca dedicata. Riconosciamo quindi almeno due aspetti che possono creare/aumentare la complessità di un caso: la rarità (peculiarità) del problema che richiede la necessità di affrontarlo con specifici approcci non previsti

nei percorsi usuali di ricerca o assistenza che sono pensati per casi frequenti e la presenza di alcune condizioni non biologiche (talvolta definite assistenziali o sociali) che aumentando al complessità fanno diventare il caso, per quanto noto e normale dal punto di vista genetico, biologico, particolarmente complesso dal punto di vista assistenziale.

La ricerca traslazionale, che funge da ponte tra la ricerca di base e la clinica rappresenta il modo migliore per trasferire le scoperte dei ricercatori in ambito clinico e per fornire alla ricerca di base spunti di riflessione per nuove ricerche di laboratorio che derivano dalla pratica clinica e dall'osservazione dei pazienti. La capacità di affacciarsi, grazie ad un approccio integrato tra clinica e ricerca, al mondo della medicina personalizzata e alla farmacogenomica, consente di classificare la malattia non più solo in base al distretto colpito, ma secondo sue precise peculiarità e di identificare parametri biologici e molecolari che consentono talvolta di predire la risposta del tumore al trattamento o segnalare la presenza nel paziente di specifici fattori di rischio per lo sviluppo di tossicità.

Proprio in ambito di tossicità, l'IRCCS Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, si propone di valutare grazie ad un approccio integrato multidisciplinare con i vari professionisti dell'Istituto, l'impatto dei chemioterapici, delle nuove target therapy e dell'associazione di alcuni dei più utilizzati farmaci antineoplastici in termini di reazioni avverse. La cardiotossicità e la tossicità cerebrovascolare, in particolare, rappresentano ad oggi uno dei fattori che più limitano l'uso dei farmaci antitumorali con un forte impatto sulla qualità della vita del paziente. La nostra ricerca in quest'ambito ha l'obiettivo di studiare i meccanismi della tossicità cardio e cerebrovascolare dei farmaci anticancro e di verificare la fattibilità dell'utilizzo di approcci diagnostici e chemopreventivi per ridurre il danno al sistema cardiovascolare e cerebrale. Parallelamente all'osservazione clinica, i nostri studi si focalizzano sull'analisi dei meccanismi cellulari e molecolari coinvolti nel danno indotto da farmaci allo scopo sia di conoscere l'effetto in vitro dei chemioterapici sulle popolazioni cellulari, sia di identificare biomarkers capaci di definire uno score risk predittivo di rischio di tossicità

Linea di ricerca 2: Tecnologie avanzate diagnostiche e terapeutiche

Descrizione:

Progetti per lo studio/valutazione di Health Technologies (farmaci, diagnostici, devices, algoritmi, sistemi classificativi) caratterizzati da innovatività (recenti/nuovi, promettenti ma non validati, in uso ma non studiati, promettenti ma privi di formale valutazione di clinical utility). Tipo di progetti/studi: 1) diagnostica (imaging-modulata e tecnologie avanzate) e 2) terapia innovativa (farmacologica e non).

Linea di Ricerca 3: Modelli assistenziali e percorsi oncologici

Descrizione:

La Ricerca Sanitaria è quel tipo di Ricerca Traslazionale condotta all'interno del SSN con l'obiettivo di identificare i debiti informativi di tipo bio-medico e assistenziale, attraverso ricerche scientifiche per colmare gap conoscitivi e verificare quanto la loro applicazione ed implementazione si rifletta in termini di miglioramento economicamente sostenibile. La sua applicazione sistematica permetterebbe di produrre evidenze che documentano il reale valore e il potenziale impatto di questi interventi in sanità prima e dopo la loro effettiva implementazione. I progetti e gli studi sono indirizzati allo sviluppo, valutazione e validazione d'interventi clinico-organizzativo-sanitari di tipo complesso. Tipo di progetti/studi: Progetti per sviluppare/validare nuovi PDTA (Protocolli Diagnostici Terapeutici e Assistenziali) e studi epidemiologico/valutativi e sperimentali per verificare impatto, efficacy/effectiveness d'interventi complessi (nuove strategie clinico-assistenziali) per i tumori della mammella, polmone, colon-retto e linfomi. Progetti per verificare gli aspetti organizzativi e comunicativi dei percorsi assistenziali e attenzione anche agli aspetti riguardanti la qualità di vita dei pazienti seguiti nei percorsi. Saranno inoltre implementati nuovi percorsi per i tumori della tiroide, melanoma, endometrio, ovaio e mesoteliomi e progetti che riguardano in generale la qualità di vita dei pazienti oncologici: età, genere, cure palliative, fertilità, applicazione di approcci integrati di trattamento (fisioterapia). Infine verranno implementati due aspetti cruciali dell'assistenza: uno riguarda la comunicazione e relazione tra pari e con il paziente e l'altro riguarda la valorizzazione di personale femminile in ambito di ricerca ed assistenza.

Linea di Ricerca 4: Bersagli e strategie terapeutiche innovative in Oncologia e Oncoematologia: microambiente, infiammazione, angiogenesi e immunità

Descrizione:

Progetti ed attività volte allo studio/valutazione di protocolli diretti al microambiente in oncologia e oncoematologia. In vivo la crescita tumorale è influenzata in modo determinante dalle cellule del microambiente (cellule della rete vascolare e linfatica nell'angiogenesi, cellule del sistema immunitario innato e adattativo nell'infiammazione e difetti di risposta immune, fibroblasti nello stroma maligno) e da componenti della matrice extracellulare (collageni, fibronectina, laminina e altre componenti dello stroma, proteoglicani, proteasi).

Negli ultimi anni si è verificata una grande diffusione dei cosiddetti farmaci "biologici" che presentano meccanismi di azione e bersagli differenti dalle tradizionali chemioterapie e che, in alcuni casi, hanno radicalmente modificato la

prognosi di alcune malattie (ad es. il Rituximab nei Linfomi non Hodgkin a linfociti B, gli inibitori della tirosin-chinasi nella Leucemia Mieloide Cronica, il Bortezomib nel Mieloma Multiplo).

In molti casi, a fronte di ottimi risultati prodotti in corso di trials clinici, i meccanismi di azione di queste nuove molecole sono plurimi e non del tutto conosciuti. Ad esempio, è noto l'effetto antiangiogenico della lenalidomide, ma non è del tutto chiarita la sua attività d'immunomodulazione che pare essere la principale responsabile della sua efficacia nella terapia del mieloma multiplo. Oggetto d'indagine sono pure le interazioni tra le cellule neoplastiche e quelle infiammatorie. In taluni casi queste ultime possono divenire bersagli farmacologici con lo scopo di condizionare negativamente la crescita della componente neoplastica (in tal senso le esperienze terapeutiche con Rituximab nel linfoma di Hodgkin o l'impiego preventivo di farmaci anti-infiammatori nei tumori del colon-retto).

A questo proposito infatti, le cellule del sistema immunitario possono da un lato ostacolare lo sviluppo di tumori, dall'altro favorirlo. Le due funzioni, apparentemente opposte, sono in realtà legate principalmente alla polarizzazione delle cellule immunitarie verso un fenotipo pro- o anti-tumorale, alla modulazione del microambiente tumorale ed all'immuno-soppressione. Ad esempio, nel caso dei macrofagi, la polarizzazione cellulare è stata ampiamente studiata ed è legata alla variazione dei fattori che favoriscono la crescita tumorale ed il suo nutrimento attraverso l'angiogenesi.

Lo studio delle componenti immunitarie e la loro azione sul microambiente sarà quindi uno degli argomenti oggetto d'indagine. Lo studio dei pathways immunologici di malattie di natura esclusivamente infiammatoria, oggetto d'interesse da tempo del Laboratorio di Immunologia, Laboratorio di Biologia Molecolare e Laboratorio di Ricerca Traslationale dell'ASMN-IRCCS di Reggio Emilia, potrebbe favorire una maggiore conoscenza dei meccanismi dell'infiammazione che supportano la crescita dei cloni neoplastici. Altro campo d'indagine che s'inserisce in questa linea di ricerca è lo studio dei meccanismi di chemo- e angioprevenzione, cioè la prevenzione farmacologica del cancro e dell'angiogenesi. Quest'ultima infatti favorisce la crescita tumorale fornendo nutrimento alle cellule neoplastiche. È sempre attuale l'identificazione e la valutazione di marcatori utili alla diagnosi, al monitoraggio in corso di follow up ed alla definizione prognostica di malattie neoplastiche ed infiammatorie, possibilmente mediante indagini facilmente replicabili nella pratica clinica. Infine, l'analisi della relazione che intercorre tra metabolismo e sviluppo/progressione della malattia e risposta a terapie è di grande interesse negli ultimi tempi e sarà perciò oggetto di studio.

7.3.2 Il Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica (I-RS)

Dall'anno 2012 vi è stato un consolidamento e potenziamento dell'attività

IL PROGRAMMA ERA-NET HA INCREMENTATO, NEL 2013, LA QUALITÀ E LA QUANTITÀ DEGLI STUDI E DEI PROGETTI CLINICI PROMOSSI DALL'IRCCS.

dell'Infrastruttura Ricerca Qualità e Statistica (I-RQS) che è stata riorganizzata dal punto di vista funzionale ed è stata trasformata in organizzazione di tipo Dipartimentale.

Si rimanda al § 6.1 per l'approfondimento sull'attività e le competenze del Dip. I-RS.

7.3.3 Promozione della Ricerca

Nel corso del 2013 è aumentata la qualità e la quantità degli Studi Clinici e dei Progetti di Ricerca dei professionisti dell'IRCCS e si è implementata anche la partecipazione dei professionisti dell'Azienda a Bandi di Ricerca Nazionali ed Internazionali nell'ambito del Programma ERA-NET (programma con lo scopo di favorire la cooperazione e il coordinamento di attività di ricerca su determinate aree tematiche tra Stati membri e associati nell'ambito del 7° Programma Quadro a livello internazionale).

Per un approfondimento sui bandi di ricerca finalizzata, si rimanda al § 6.1.7.

Di seguito la rappresentazione sintetica dei progetti di ricerca in corso nel 2013, suddivisi per Linea di Ricerca e presentati al Ministero della Salute nell'ambito della Rendicontazione Scientifica della Ricerca Corrente 2014:

Rendicontazione Scientifica Ricerca Corrente 2014 Riepilogo Linee IRCCS-ASMN e Progetti di Ricerca presentati		
Titolo Linea	Numero Linea	Totale Progetti attivi nel 2013
Patologia Oncologica Complessa	1	22
Tecnologie Avanzate Diagnostiche e Terapeutiche	2	31
Modelli assistenziali e percorsi oncologici	3	27
Bersagli e strategie terapeutiche innovative in Oncologia e Oncoematologia: microambiente, infiammazione, angiogenesi, immunità	4	14
Totale Numero Progetti		94

7.3.4 La produzione scientifica

Nel 2013 è proseguita l'attività di ricerca dei professionisti dal punto di vista della produttività scientifica: il numero di pubblicazioni è passato da 179 nel 2011 a 267 nel 2012, e nel 2013 ha raggiunto il numero totale di 322, che ha portato l'IF grezzo ad un incremento costante, da 561.23 punti nell'anno 2011, a 1112.8 punti nell'anno 2012 ed a 1.387,6 punti nell'anno 2013. Anche numero delle pubblicazioni di pertinenza IRCCS ha subito un incremento, passando da 81 nel 2011, a 143 nel 2012 ed infine a 153 nel 2013 e l'IFg è stato rispettivamente pari a 272.90, 530.79 e 720,77.

Nella tabella sottostante è riportato il dettaglio delle pubblicazioni, suddivise per anno, con il relativo IF grezzo e normalizzato:

	2011	2012	2013
N° pubblicazioni ASMN + IRCCS	179	267	322
IFg ASMN (media; mediana)	561.23 (3.13;2.49)	1.112,8 (4.17;2.84)	1.387,6 (4.31;2.66)
N° pubblicazioni IRCCS	81	143	153
IFg IRCCS (media; mediana)	272.90 (3.36;2.62)	530.79 (3.71;2.84)	720.77 (4.71;2.69)
IFn IRCCS (media; mediana)	285.0 (3.52;3.0)	464.80 (3.25;3.0)	601.5 (3.93;4.0)

PUBBLICAZIONI IRCCS 2013

con il dettaglio della suddivisione per Dipartimento - 153 pubblicazioni

DIPARTIMENTI	N. Pubblic. 2013
CARDIO TORACO VASCOLARE E DI AREA CRITICA	
Chirurgia Toracica	10
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICHE	
Chirurgia 1 a prevalente Indirizzo Oncologico e Ricostruttivo	3
Endocrinologia	8
Otorinolaringoiatria	2
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MEDICINA DI LABORATORIO	
Autoimmunità, Allergologia e Biotecnologie Innovative	1

DIPARTIMENTI	N. Pubblic. 2013
INFRASTRUTTURA RICERCA E STATISTICA	
Infrastruttura Ricerca Qualità e Statistica	5
Statistica Qualità e Studi Clinici	21
MEDICINA INTERNA E SPECIALITA' MEDICHE	
Dermatologia	42
Medicina II	1
Reumatologia	1
NEUROMOTORIO	
Neurochirurgia d'urgenza	1
Neurologia	3
ONCOLOGICO E TECNOLOGIE AVANZATE	
Anatomia Patologica	44
Centro di Citologia Cervicovaginale di Screening	2
Ematologia	10
Fisica Medica	5
Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva	1
Laboratorio di Biologia Molecolare	9
Laboratorio di Genetica	1
Medicina ad indirizzo Oncologico	1
Medicina Nucleare	8
Oncologia	12
Radioterapia	9
OSTERICO GINECOLOGICO PEDIATRICO	
Genetica Clinica	1
Ginecologia Chirurgica Oncologica	2
DIREZIONE SANITARIA	
Direzione Sanitaria	1
DIREZIONE SCIENTIFICA	
Direzione Scientifica	7
SERVIZI INTERAZIENDALI	
Epidemiologia	13
Sanità Pubblica	2

PUBBLICAZIONI ASMN 2013

con il dettaglio della suddivisione per Dipartimento - 140 pubblicazioni

DIPARTIMENTI	N. Pubblic. 2013
CARDIO TORACO VASCOLARE E DI AREA CRITICA	
Cardiologia Degenza	8
Cardiologia Interventistica	9
Chirurgia Toracica	3
Pneumologia	2
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICHE	
Chirurgia Generale 2	1
Endocrinologia	1
Otorinolaringoiatria	3
Urologia	1
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MEDICINA DI LABORATORIO	
Autoimmunità, Allergologia e Biotecnologie Innovative	1
Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e di Endocrinologia	3
Laboratorio Microbiologia	7
Radiologia	7
EMERGENZA URGENZA	
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	15
INFRASTRUTTURA RICERCA E STATISTICA	
Infrastruttura Ricerca Qualità e Statistica	3
MEDICINA INTERNA E SPECIALITA' MEDICHE	
Angiologia	3
Dermatologia	18
Malattie infettive	5
Medicina I	1
Medicina II	2
Medicina III	1
Nefrologia e Dialisi	2
Reumatologia	33
NEUROMOTORIO	
Geriatrica	2
Neurologia	1
ONCOLOGICO E TECNOLOGIE AVANZATE	
Anatomia Patologica	13
Centro di Citologia Cervicovaginale di Screening	1

DIPARTIMENTI	N. Pubblic. 2013
Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva	2
Medicina Nucleare	8
Radioterapia	1
OSTERICO GINECOLOGICO PEDIATRICO	
Genetica Clinica	7
Ginecologia Chirurgica Oncologica	8
Neonatologia	8
Neuropsichiatria Infantile	3
Ostetricia e Ginecologia	12
Pediatria	4
Unità di Riabilitazione delle Gravi Disabilità Infantili dell'Età Evolutiva	1
DIREZIONE SCIENTIFICA	
Direzione Scientifica	5

7.3.5 Formazione per la ricerca

Nel corso del 2013 sono stati promossi e organizzati dal Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica nuovi eventi formativi destinati a Ricercatori, Clinici e Professionisti afferenti all'IRCCS-ASMN, all'Azienda AUSL e destinati anche a partecipanti esterni.

L'elenco dei principali eventi formativi organizzati dal dip. I-RS nel corso del 2013 è consultabile nel § 6.2.

7.3.6 Rendicontazione della Ricerca al Ministero della Salute

In seguito al riconoscimento di IRCCS è stato avviato a carico del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica (I-RS) un accurato sistema di rilevazione e monitoraggio delle attività interne all'Ospedale per garantire la corretta rendicontazione economico-amministrativa dovuta a fronte dei finanziamenti ministeriali che saranno riconosciuti in qualità di IRCCS sia per progetti di ricerca sia per le risorse annuali nell'ambito della Ricerca Corrente su presentazioni, all'interno del Work Flow della Ricerca, della produttività scientifica e del rispetto di specifici requisiti economici, strutturali e umani dell'Istituto.

È stato inoltre predisposto, con il supporto e la collaborazione del Sistema Informatico dell'Azienda, un sistema informatizzato denominato "Registro della Ricerca" all'interno del quale sono registrati tutti i progetti, trials clinici,

numero di pazienti arruolati, pubblicazioni, ricercatori e finanziamenti inerenti alle attività dell'IRCCS.

Il Registro della Ricerca è in Rete con altri sistemi di monitoraggio già implementati in Azienda (gestionale del Comitato Etico, Anagrafe Regionale della Ricerca e Biblioteca Medica). Tale gestionale contiene tutte le informazioni utilizzabili per il Work-Flow della Ricerca Ministeriale e informazioni aggiuntive utili al monitoraggio interno dell'Azienda.

Nelle tabelle sottostanti sono sintetizzati i risultati più significativi raggiunti dall'Azienda Ospedaliera nell'ambito della Ricerca sviluppata come IRCCS, presentati nell'ambito della Rendicontazione economica e scientifica della Ricerca Corrente al Ministero della Salute relativa all'anno 2013:

Dati presentati nell'ambito del Work Flow della Ricerca (anno 2013)

Finanziamenti per Progetti di Ricerca	Volume Totale (E)
da Enti Pubblici (non minister.) da Enti Privati e da Fondazioni	532.150,00
da privati per progetti di ricerca dell'IRCCS	530.438,75
Trial Clinici	
Numero Trial Clinici Attivi	160
Numero pazienti reclutati	5.325

7.4 LA COMUNICAZIONE

I Convegni, Congressi e Seminari promossi dal Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica sono stati diffusi ai Ricercatori e Professionisti afferenti all'IRCCS-ASMN, all'Azienda AUSL e alle Segreterie delle Direzioni Scientifiche degli IRCCS nazionali, attraverso comunicazioni via e-mail a specifiche mailing lists e attraverso segnalazione sul sito Intranet e Internet delle due Aziende, con invio del Programma dettagliato degli eventi formativi e alla Scheda di Iscrizione.

Nel sito internet dell'ASMN una sezione è stata dedicata all'IRCCS, in cui vengono pubblicati i programmi, le schede di iscrizione ed i dettagli degli Eventi Formativi organizzati e promossi dal Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica.

Presso l'Aula "Evidence-based medicine-EBM" della Biblioteca Medica si sono tenuti periodicamente corsi di formazione. La Biblioteca, infatti, cura la formazione e diffusione della cultura tra gli operatori della sanità, promuovendo la traslazione delle conoscenze scientifiche per la clinica basata sulle evidenze e la buona pratica professionale in tutte le strutture del Servizio Sanitario Regionale della provincia. Una sezione del sito internet della Biblioteca è dedicata alla presentazione e descrizione in modo articolato dei Corsi in programma, con la possibilità di iscriversi all'evento formativo tramite l'apposito modulo interattivo.

Inoltre, all'interno del sito intranet aziendale, è stato costruito un Portale dedicato alla ricerca, con la possibilità da parte dei professionisti di accedere direttamente per richiedere una consulenza statistico-metodologica tramite un'a-

IL PORTALE DEDICATO ALLA RICERCA PERMETTE AI PROFESSIONISTI DI RICHIEDERE DIRETTAMENTE DA UN'AGENDA IN LINEA, UNA CONSULENZA STATISTICO-METODOLOGICA E ASSISTENZA SPECIFICA NELLA PREPARAZIONE PIANIFICAZIONE DI UNO STUDIO CLINICO.

genda online e di ricevere assistenza specifica e qualificata sia durante la fase di preparazione e pianificazione

dell'analisi statistica, di un progetto o studio clinico sia nella successiva analisi dei dati a completamento del progetto/studio.

Ai professionisti è stata data la possibilità di inserire, tramite una scheda pre-impostata chiamata "proposta progetto", direttamente nuovi progetti, i quali, dopo validazione da

parte del personale dell'Infrastruttura, vanno a implementare in automatico il Registro della Ricerca.

Infine anche nel corso dell'anno 2013, la Direzione del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica e il Grant Office, hanno sensibilizzato e stimolato i Ricercatori e i Professionisti afferenti all'IRCCS-ASMN alla partecipazione ai Bandi di Ricerca promossi da Enti pubblici, privati, nazionali e internazionali. Per ogni Bando di Ricerca è stata preparata, una comunicazione con il testo del Bando, le Linee Guida dell'Ente finanziatore, una Sintesi dei punti salienti del Bando ed è stato fornito il Modulo in formato word per la presentazione del progetto, secondo lo Schema previsto dal Bando (Application Form), con indicazione delle regole per la preparazione dei progetti, dei limiti massimi di lunghezza delle varie sezioni del progetto, nel rispetto delle norme previste dal Bando.

Nel corso dell'anno 2013 sono state predisposte anche le Istruzioni Operative dell'Ufficio Grant Office, che descrivono la missione e le funzioni. Inoltre nel documento sono state dettagliate le diverse fasi della partecipazione ai Bandi di Ricerca, dalla presentazione della domanda di finanziamento, all'avvio dei progetti finanziati, al monitoraggio, fino alla rendicontazione finale.

7.5 ATTIVITÀ DI NETWORKING

Nel corso del 2013 si sono consolidati e avviati nuovi progetti collaborativi a diversi livelli:

Regionale:

- È stato avviato un rapporto di collaborazione per le attività di Ricerca tra l'Azienda Ospedaliera, l'Azienda Policlinico di Modena e UNIMORE: in particolare si è avviata una stretta collaborazione tra le strutture dedicate al supporto della ricerca nelle rispettive aziende.

Il Dip. I-RS ha partecipato al gruppo di lavoro dell'Area Vasta comprendenti le Province di Piacenza, Parma, Modena e Reggio Emilia.

Nazionale:

- Nel corso del 2013 sono state confermate le collaborazioni con l'IRCCS-Istituto di Ricerca Farmacologica Mario Negri, con il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano e attivate collaborazioni con l'Università degli Studi di Modena e di Reggio Emilia.

È stata inoltre attivata una Convenzione fra l'IRCCS-Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia e la Fondazione MultiMedica Onlus di Milano nell'ambito dei progetti di ricerca traslazionali nel campo oncologico.

- Cooperazione scientifica promossa dal Direttore del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica con l'IRCCS-Azienda Ospedaliero Universitaria San Martino-IST di Genova, che ha portato alla pubblicazione di articoli scientifici in campo oncologico su riviste internazionali.

- Cooperazione scientifica attivata dal Direttore del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica con l'IRCCS-MultiMedica di Milano, che ha portato alla presentazione di diversi progetti di ricerca in partecipazione a Bandi promossi da Enti privati e alla pubblicazione di articoli scientifici su tematiche oncologiche. L'interazione prevede anche la condivisione di strumentazione e di facilities per lo svolgimento di esperimenti in vivo.

- Nel corso del 2013 si sono intensificati i rapporti di cooperazione scientifica fra l'IRCCS-ASMN e l'Università degli Studi di Varese, nell'ambito della partecipazione a progetti di ricerca in ambito oncologico e nella preparazione di articoli scientifici sottoposti a riviste internazionali.

- È stata inoltre potenziata nel corso del 2013 anche la presentazione di progetti di ricerca e la pubblicazione di articoli scientifici con l'IRCCS-Istituto Europeo di Oncologia di Milano.

Internazionale:

- Sono state avviate attività collaborative con iniziative in ambito europeo concretizzatesi nella partecipazione ai Progetti Europei nell'ambito del 7° Programma Quadro e in particolare con il Coordinatore e le Unità Operative coinvolte nell'ambito del progetto di ricerca dal titolo: "Prospective randomized multicenter study comparing immediate multivessel revascularization by PCI versus culprit lesion PCI with staged non-culprit lesion revascularization in patients with acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock-Acronym: Culprit-Shock".

- L'IRCCS di Reggio Emilia ha formalizzato la propria adesione all'OECI (Organisation of European Cancer Institutes) e nel corso dell'anno 2013 è stata sottomessa la procedura di accreditamento a OECI come Comprehensive Cancer Center (CCC), con la compilazione di due questionari di autovalutazione, sia dal punto di vista qualitativo, che quantitativo.

Nei primi mesi dell'anno 2014 è fissata la Site Visit da parte di quattro Commissari europei di OECI, che avrà luogo presso l'IRCCS-ASMN e si svolgerà per due intere giornate.

Infine nel 2013 si sono consolidati progetti già imposti nel periodo 2010-2012.

**SI RIMANDA AL § 3.4.4 PER
L'APPROFONDIMENTO
SUL PROCESSO DI
ACCREDITAMENTO OECI CHE
HA INTERESSATO L'ASMN-
IRCCS.**

In particolare sono stati raggiunti i seguenti obiettivi:

- La creazione di nuove attività di Ricerca Traslazionale (assistenza e ricerca) intra-aziendale: dermatologia oncologica, radiologia interventistica oncologica ed ematologia;
- La collaborazione con Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia in ambito palliativistico: early vs late palliative care in non small cell lung cancer, tumore del pancreas e leucemia acuta;
- Il lancio di un Programma multi-annuale di ricerca in Oncologia (tumori solidi) con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e l'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (I.R.S.T) di Meldola (FC) (Programma CERTO), supportato dalla Regione Emilia Romagna;
- la collaborazione con l'Industria Bio-Medica per la validazione (clinical utility) di nuove tecnologie diagnostiche e interventistiche;
- la collaborazione con l'Industria farmaceutica per la conduzione di studi collaborativi in Oncologia (in pazienti oncologico complesso).

7.6 PERSONALE COINVOLTO NELLA RICERCA

A Dicembre 2013, la rendicontazione presentata al Ministero della Salute relativa all'attività dell'anno 2013 (Gennaio-Dicembre) evidenziava la presenza di 122 ricercatori attivi presso l'Azienda Ospedaliera-IRCCS di Reggio Emilia.

- Le più significative acquisizioni, dal punto di vista del Personale impegnato in attività di ricerca, nel corso dell'anno 2013, sono state:
- Incremento del numero dei Ricercatori afferenti alla Struttura Complessa di Ricerca Traslazionale, anche grazie ai nuovi progetti di ricerca approvati a finanziamento;
- Numerose consulenze in ambiti scientifici (medicina nucleare, malattie tiroide, progetti internazionali).

7.7 BILANCIO DI ESERCIZIO 2013 IRCCS

Rendiconto Economico, Attività Erogata e Finanziamenti

Ai fini del comma 3, lettera b), dell'art. 12 della L.R. 4/2004, agli Istituti è riconosciuta autonomia economico - finanziaria e gestionale sulle complessive risorse assegnate (immobilizzazioni, personale, beni) per lo svolgimento delle funzioni e il conseguimento degli obiettivi, nell'ambito della complessiva programmazione e gestione economico - finanziaria dell'Azienda sanitaria al cui interno sono costituiti. Al fine di rendere possibile la predisposizione degli strumenti fondamentali quali il Bilancio di Previsione e il Bilancio Consuntivo, conformemente a quanto prescritto dalla L.R. 19/1994, l'autonomia contabile dell'Istituto è garantita attraverso un "sistema di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale", utilizzando, allo scopo, la Contabilità analitica aziendale, con creazione di specifici Centri di costo e di responsabilità, integrata dalle voci della contabilità generale che la contabilità analitica, per sua natura, non rileva.

	Ricavi	Costi	Risultato d'esercizio
Presidio Ospedaliero IRCCS + Infrastruttura Ricerca	50.888.000	46.835.000	4.053.000
Rete Oncologica Aziendale	25.371.000	29.423.000	4.052.000
Totale	76.259.000	76.258.000	1.000

Valorizzazione economica dell'attività erogata dall'IRCCS

La quantificazione economica dei ricavi ascrivibili all'IRCCS nasce dalla valorizzazione delle attività sanitarie erogate e rendicontate attraverso i flussi contabili (principalmente SDO e ASA) previsti da Regione e Ministero.

Per quanto riguarda l'attività in regime di ricovero (ordinario e day hospital) vengono ricondotti all'IRCCS tutti i ricavi da DRG correlati ai pazienti dimessi da strutture del Presidio IRCCS e i ricoveri per patologia oncologica principale collegati alla rete oncologica aziendale.

In analogia, per quanto riguarda l'attività erogata in regime di specialistica ambulatoriale (ASA) vengono attribuite all'IRCCS tutte le prestazioni erogate dai dipartimenti Oncologico e Tecnologie Avanzate e le prestazioni correlate a un'esenzione per patologia oncologica (codice 048).

Sono valorizzate come attività dell'IRCCS anche le prestazioni diagnostiche e di consulenza erogate dal Presidio IRCCS a favore dei ricoverati degli altri dipartimenti aziendali, come pure l'attività da essi prestata in Pronto Soccorso, in Libera Professione, in fatturazione diretta e quelle nell'ambito degli screening.

Per l'anno 2013, la valorizzazione complessiva dell'attività sanitaria erogata dall'IRCCS (presidio + rete) ammonta a oltre 76.000.000 E, rappresentando con ciò il 32,5% dell'intero valore della produzione aziendale.

**L'ATTIVITÀ SANITARIA
EROGATA DALL'IRCCS
RAPPRESENTA CIRCA
IL 32,5% DELL'INTERO
VALORE DELLA
PRODUZIONE AZIENDALE.**

	2013	
	n° dimessi/ prestazioni	valore economico
RICOVERI		
Ricovero Day Hospital		
Ricovero Ordinario		
Totale Presidio IRCCS		
Rete Oncologica		
Totale presidio + rete		40.142.857,00
SPECIALISTICA		
Ambulatoriale		11.529.965,00
Fatturazione Diretta		4.620.107,00
Libera Professione		504.847,00
Pronto Soccorso		10.120,00
Consulenze per interni		6.835.903,00
Screening		1.027.379,00

Totale Presidio IRCCS	0	24.528.321,00
Rete Oncologica		
specialistica per esterni		3.704.540,00
screening mammografico		1.275.665,00
Totale presidio + rete		29.508.526,00
RIMBORSO FARMACI (FLUSSO FED-ex file F)		
Ambulatoriale		3.415.228
TOTALE VALORIZZAZIONE ATTIVITA'		73.066.611,00

Attività Assistenziale: Posti Letto in Degenza Ordinaria e Day Hospital

La gestione integrata della patologia oncologica si avvale, nell'azienda ospedaliera, della disponibilità dei posti letto afferenti alle strutture della Rete Oncologica aziendale, riconducibili sulla base della casistica oncologica trattata nell'anno 2013 a n. 148 posti letto cui va aggiunta la dotazione delle strutture afferenti al Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate del Presidio IRCCS pari a n. 67 posti letto di cui: 18 pl in Ematologia (12 in DO +6 in DH), 4 pl in Gastroenterologia (3 in DO +1 in DH), 8 pl in Medicina Nucleare (tutti in DO), 17 pl in Oncologia (tutti in DH) e dal mese di aprile 2013, 20 pl in Medicina Oncologica (tutti in DO).

Anno 2013			
Degenza Ordinaria		Day Hospital	Totale
Presidio Ospedaliero IRCCS	43	24	67
Rete Oncologica Aziendale	124	24	148
Presidio + Rete	167	48	215

Case-Mix dei pazienti in regime di ricovero

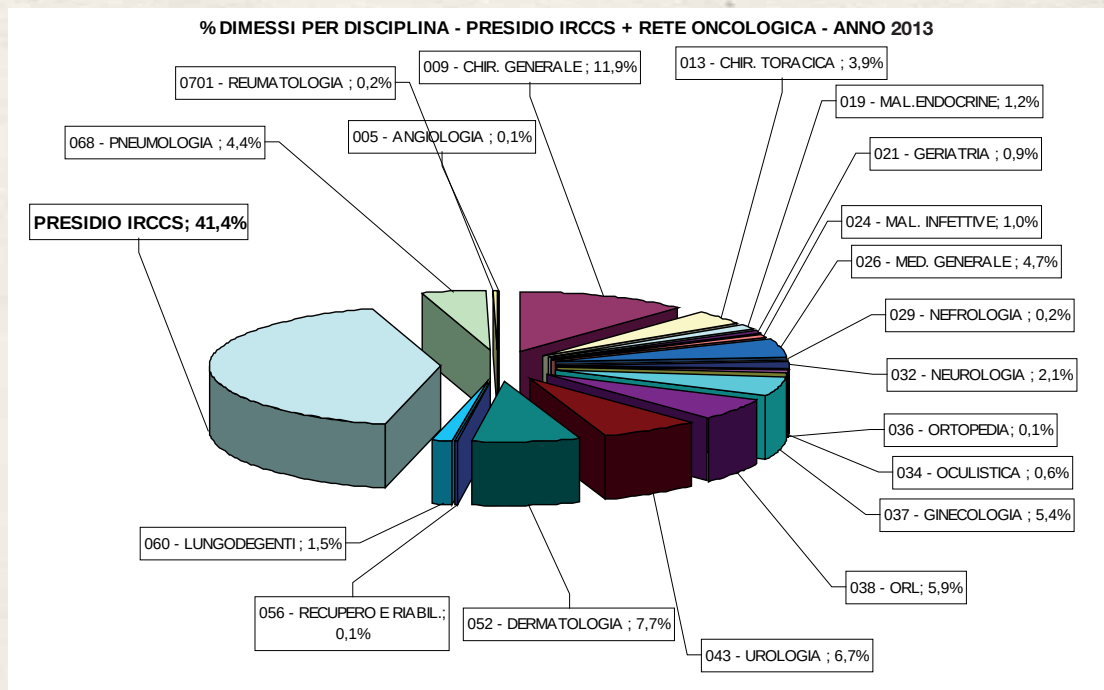
La gestione della patologia oncologica nell'IRCCS, costituito dal Dipartimento Oncologico e dal Dipartimento Tecnologie Avanzate, è strettamente integrata con l'attività oncologica che si sviluppa in altre strutture interne all'Azienda (rete oncologica aziendale). Tali strutture, pur nella loro autonomia clinica e gestionale, s'integrano in percorsi assistenziali e progetti di ricerca condivisi con le strutture

appartenenti all'IRCCS, con cui collaborano nella stesura dei percorsi clinico-assistenziali e linee guida nonché nell'erogazione di prestazioni in ambito diagnostico (esami strumentali e di laboratorio) e terapeutico. Tali strutture sono riconducibili alla maggior parte dei dipartimenti presenti nell'organizzazione dell'Azienda Ospedaliera.

**LA CASISTICA ONCOLOGICA
TROVA RISPOSTA ASSISTENZIALE
PRINCIPALMENTE ALL'INTERNO
DEL PRESIDIO IRCCS (42%) E PER
IL RESTANTE 58% ALL'INTERNO
DELLA RETE AZIENDALE.**

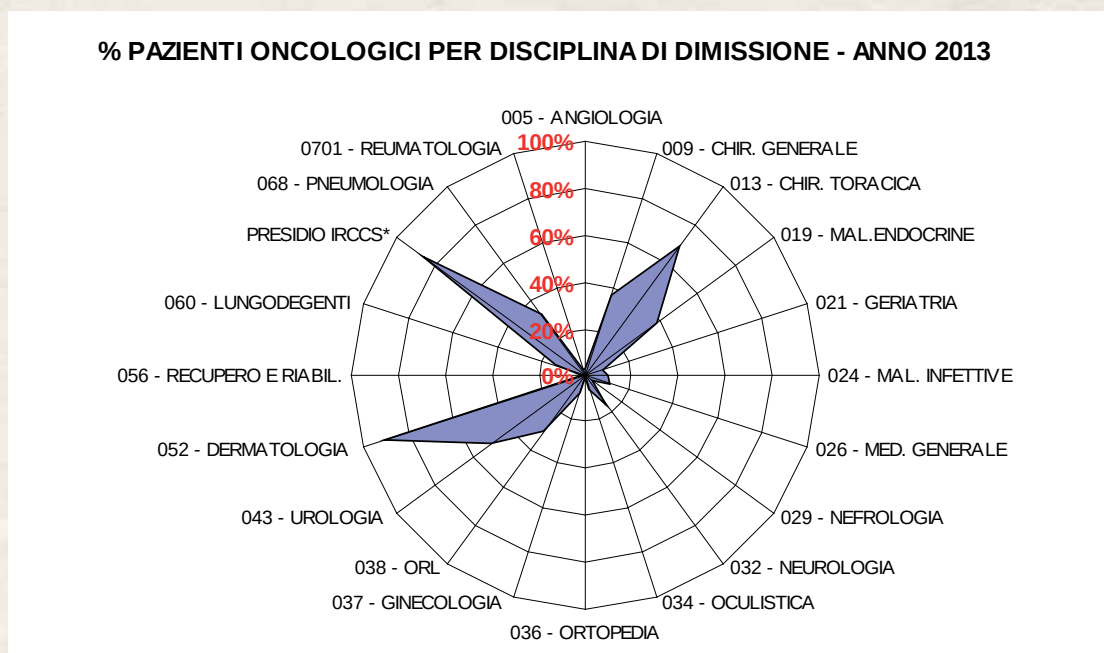
Nel primo grafico successivo è riportata la distribuzione percentuale dei ricoveri per patologia oncologica tra le varie strutture aziendali del presidio IRCCS e della rete oncologica aziendale. Da esso si evince che la casistica onco-

gica trova risposta assistenziale principalmente all'interno del presidio IRCCS (42%) e per il restante 58% all'interno della rete oncologica, dove sono collocate principalmente le strutture chirurgiche.



La vocazione delle strutture interne alla gestione assistenziale del paziente oncologico in regime di ricovero viene rappresentata nel secondo grafico che segue, da cui emerge come la casistica di riferimento del presidio IRCCS (86%) sia ovviamente quasi totalmente di tipo oncologico (ad eccezione di casistica residua non oncologica trattata

dalle strutture del presidio). Risulta prevalente anche per le discipline di Dermatologia (91%), Chirurgia Toracica (69%), Urologia (50%) e in misura minore in Endocrinologia (38%), Chirurgia generale (36%), Pneumologia (32%) e Otorinolaringoiatria (30%).



Capacità attrattiva pazienti oncologici

L'attività assistenziale e di ricerca correlata all'IRCCS è diventata un importante veicolo di attrazione per l'azienda ospedaliera dalle altre province infraregionali ed extra-regionali. L'indice di attrazione 2013 per la gestione della patologia oncologica di pazienti residenti al di fuori di Reggio Emilia si posiziona al 10% nei confronti delle aziende territoriali infraregionali ed è superiore al 9% per quelle extraregionali, con valori superiori agli indici medi calcolati sull'intera attività erogata dal SMN (7,91% attrazione infraregione e 7,53% attrazione extraregione).

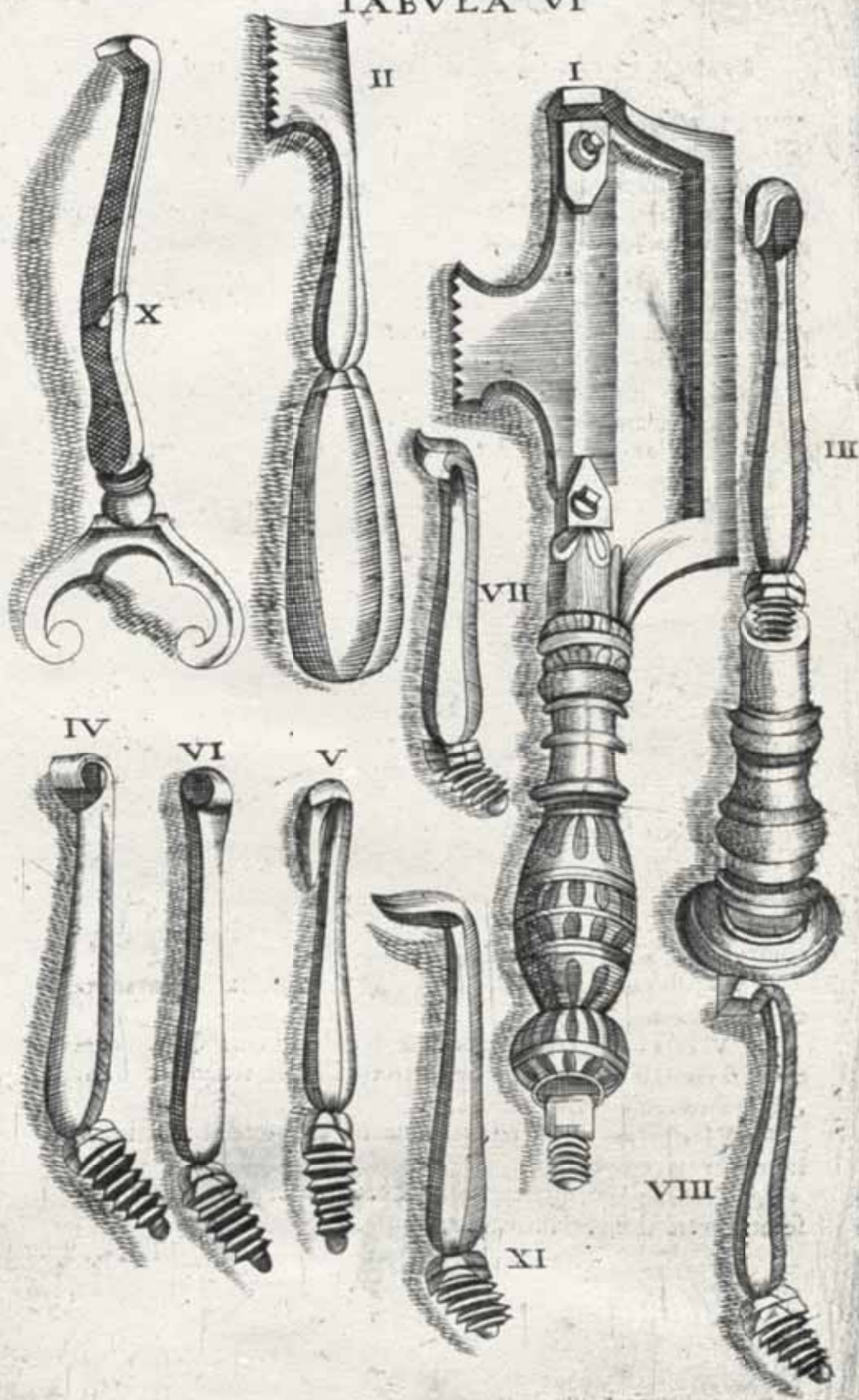
Mobilità attiva IRCSS (Presidio+ Rete Oncol.)	2011	2012	2013
Infraregione	8,81%	9,71%	10,03%
Extraregione	7,98%	8,81%	9,29%
Provincia RE	83,20%	81,48%	80,67%

Dalla tabella si evince nel triennio 2011-2013 un trend crescente per capacità attrattiva di pazienti residenti sia in infraregione E.R. che extraregione da parte dell'IRCCS dell'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia.

I Finanziamenti alla Ricerca

TIPOLOGIA	2011	2012	2013
Finanziamenti pubblici italiani (Atenei, Ministeri, RER, ecc.)	300.294	2.083.340	2.626.077
Finanziamento RER a sostegno di attività di ricerca e innovazione	2.250.000	1.895.919	3.500.000
Finanziamenti privati italiani (Fondazioni, Associazioni, ecc.)	567.470	155.482	527.284
Ricerca commissionata	1.045.000	1.073.870	1.050.246
Erogazioni liberali da privati	50.090	78.506	46.336
TOTALE	4.212.854	5.287.117	7.749.943

Sicurezza delle cure



ASSETTO ORGANIZZATIVO PER RISCHIO E SICUREZZA

del rischio clinico, i Dipartimenti si avvalgono di una rete di referenti. In particolare, i referenti del sistema qualità e accreditamento, forti anche delle competenze fino ad oggi acquisite, sono stati individuati come i facilitatori ideali per favorire in ambito dipartimentale l'attuazione di programmi di rischio clinico, la successiva predisposizione di piani di miglioramento, l'individuazione d'indicatori idonei a misurare i risultati ottenuti.

Rischio clinico

Le strategie del Governo Clinico aziendale all'interno dell'Arcispedale S. Maria Nuova hanno portato alla predisposizione di un Piano Programma di Gestione del Rischio che, utilizzando gli strumenti del risk management, si pone l'obiettivo di innalzare i livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza e delle prestazioni sanitarie, attraverso la prevenzione, la formazione, la promozione di azioni finalizzate a contenere i rischi, la comunicazione con gli operatori e i cittadini.

**IL COLLEGIO DI DIREZIONE HA
IL COMPITO DI PROPORRE AL
DIRETTORE GENERALE GLI OBIETTIVI,
GLI INTERVENTI PRIORITARI E GLI
INDICATORI RELATIVI ALLA GESTIONE
DEL RISCHIO CLINICO E DELLA
SICUREZZA E DI PRESIDIANE LE
ATTIVITÀ.**

Il Piano Programma, volto principalmente alla promozione di una cultura della sicurezza e, soprattutto, dell'apprendimento dagli errori, è stato formalmente adottato dall'Azienda con Delibera del Direttore Generale n. 118 del 28/12/2007. Con lo stesso atto è stata formalizzata la costituzione di un'**Unità per la Gestione del Rischio**, struttura aziendale interprofessionale, che ha il compito di supportare la Direzione Aziendale e il Collegio di Direzione nel coordinamento e nell'implementazione dei piani per il miglioramento della sicurezza dei pazienti.

Con l'adozione dell'ultimo Atto Aziendale con Delibera del Direttore Generale n. 74 del 26 giugno 2012, che ha ridisegnato l'organizzazione aziendale alla luce del prestigioso riconoscimento in IRCCS in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia, è stato ribadito il ruolo determinante del Collegio di Direzione nel coordinamento delle iniziative e degli strumenti inerenti al Governo Clinico, tra cui la realizzazione degli obiettivi individuati nel Piano Programma.

In particolare, il Collegio di Direzione ha il compito di proporre al Direttore Generale gli obiettivi, gli interventi prioritari e gli indicatori relativi alla gestione del rischio clinico e della sicurezza e di presidiarne le attività, affidandone il governo al Direttore Sanitario che, all'uopo, si avvale delle strutture in capo al Risk Manager, individuato dall'Alta Direzione. Per la realizzazione delle iniziative volte alla minimizzazione

Piano programma

Nel corso del 2013 l'Unità aziendale per la gestione del rischio clinico ha supportato il Collegio di Direzione nella predisposizione del nuovo Piano Programma di gestione del rischio, con validità triennale (2013-2015), che riporta i principali obiettivi da perseguire al fine di continuare nel processo di diffusione della cultura di gestione del rischio e nel processo d'identificazione, analisi, trattamento e mo-

onitoraggio dei rischi aziendali. Accanto a questi, il Piano Programma riprende anche tutti gli obiettivi previsti dalla DGR n. 1706/2009 e le azioni da mettere progressivamente in campo per migliorare i percorsi che la stessa DGR identifica come critici. Il Piano Programma comprende, infine, gli obiettivi e strategie d'intervento per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle ICA (Infezioni correlate all'assistenza) e l'uso responsabile degli antibiotici.



Rischio infettivo

Governo del rischio infettivo

Come richiesto dalla Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 318 del 25 marzo 2013 "Linee d'indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici", che prevede l'istituzione in ogni Azienda Sanitaria di un "nucleo strategico" nonché di due gruppi operativi, il "gruppo operativo per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza" e il "gruppo operativo per l'uso responsabile di antibiotici", le Aziende Sanitarie della Provincia di Reggio Emilia hanno provveduto a definire un'organizzazione congiunta per la gestione del rischio infettivo, in modo tale da rendere coerenti e maggiormente qualificati gli interventi nelle strutture ospedaliere e sul territorio, nonché razionalizzare l'impiego di risorse dedicate.

La logica di modello interaziendale riprende inoltre altri percorsi virtuosi già in essere tra le due Aziende.

L'assetto organizzativo per la pianificazione e il monitoraggio delle azioni finalizzate al controllo delle infezioni e all'uso responsabile degli antibiotici dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera -IRCCS Santa Maria Nuova è definito nelle seguenti componenti:

IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI E L'USO RESPONSABILE DEGLI ANTIBIOTICI DELL'AZIENDA USL E DELL'AZIENDA OSPEDALIERA È SVOLTO DA CINQUE ORGANI:

1. COMITATO RISCHIO INFETTIVO INTERAZIENDALE;
2. ESECUTIVO DEL COMITATO RISCHIO INFETTIVO;
3. GRUPPO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PROGRAMMI DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI;
4. GRUPPO OPERATIVO PER L'USO RESPONSABILE DEGLI ANTIBIOTICI;
5. REFERENTI MEDICI E INFERMIERISTICO-TECNICI.

- a) Comitato rischio infettivo interaziendale (corrispondente a quanto indicato nella DGR 318/2013 come "Nucleo strategico");
- b) Esecutivo del Comitato rischio infettivo;
- c) I due Gruppi operativi:
 - Gruppo operativo per la gestione dei programmi di

- controllo delle infezioni;
- Gruppo operativo per l'uso responsabile degli antibiotici;
- d) Referenti medici e infermieristico-tecnici.

a) Comitato rischio infettivo interaziendale (CIO)

Il Comitato è composto di:

- Direttore Sanitario dell'Azienda USL o suo delegato
- Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera -IRCCS Santa Maria Nuova o suo delegato
- I Risk manager delle due Aziende Sanitarie
- Il referente di ciascuna delle due Direzioni Sanitarie aziendali in tema di controllo del rischio infettivo
- Un rappresentante del Dipartimento Farmaceutico
- Un rappresentante del Dipartimento Sanità pubblica
- Un rappresentante del Dipartimento Cure Primarie
- Un rappresentante della Direzione Professioni Sanitarie/ Direzione Infermieristica e tecnica di ciascuna delle due Aziende Sanitarie
- Un medico della Struttura Malattie Infettive
- Un microbiologo per ciascuna delle due Aziende Sanitarie
- Un Direttore di dipartimento per ciascuna delle due Aziende Sanitarie (qualora non sia già delegato del Direttore Sanitario);
- I Coordinatori ICI (Infermiere addetto al controllo infezioni) di ciascuna delle due Aziende Sanitarie.

I due Direttori Sanitari (o loro delegati) presiedono il Comitato e nominano congiuntamente un Coordinatore.

Alle riunioni del Comitato sono invitati inoltre i Direttori Sanitari (o loro delegati) delle Case di Cura "Salus Hospital" e "Villa Verde", nonché altri professionisti, a discrezione del Comitato stesso.

Le funzioni del Comitato sono:

- a) Proporre congiuntamente ai Direttori Sanitari annualmente priorità, linee d'indirizzo e strategie d'intervento per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle ICA (Infezioni correlate all'assistenza) e l'uso responsabile degli antibiotici;
- b) Garantire uno stretto rapporto bidirezionale con i Collegi di Direzione - attraverso i Direttori Sanitari e/o i rappresentanti dei Collegi stessi - che permetta al Comitato di recepire le indicazioni dei Collegi di Direzioni e a questi di condividere e sostenere il programma di attività proposto;
- c) Promuovere attività coordinate e integrate tra Dipartimenti ospedalieri e territoriali;
- d) Facilitare il coordinamento tra i due Gruppi operativi per la gestione dei programmi di controllo delle infezioni e per l'uso responsabile degli antibiotici;
- e) Validare e diffondere la relazione consuntiva annuale.

Il Comitato è convocato dal Coordinatore, almeno quattro volte l'anno, di cui:

- almeno due in forma plenaria, per discutere e validare le linee programmatiche annuali e per la validazione consuntiva;
- almeno due in sottogruppi, individuati durante la plenaria o dall'Esecutivo, per approfondire i temi programmati dal Comitato stesso, o problematiche emergenti di particolare interesse o gravità. A tali sottogruppi potranno essere invitati anche professionisti di Aree non incluse nel Comitato (ad es. Staff Comunicazione, Area Accreditamento e qualità, Aree cliniche).

b) Esecutivo del Comitato rischio infettivo

È composto di:

- Coordinatore del CIO
- I referenti di Direzione Sanitaria aziendale in tema di controllo del rischio infettivo
- I Coordinatori ICI (Infermiere addetto al controllo infezioni) di ciascuna delle due Aziende Sanitarie
- Un medico della Struttura Malattie Infettive

Sostiene l'operatività del CIO, curandone convocazioni, istruttorie, verbali, redazione di altri documenti, rapporti con la Regione e con le Case di cura Salus Hospital e Villa Verde.

c) Gruppi operativi

• Gruppo operativo per la gestione dei programmi di controllo delle infezioni

È composto di:

- Coordinatore del CIO
- Un medico rappresentante della Direzione di Presidio Ospedaliero di ciascuna delle due Aziende Sanitarie
- Gli ICI di ciascuna delle due Aziende Sanitarie
- Un medico della Struttura Malattie Infettive
- Un farmacista esperto in dispositivi medici
- Un rappresentante del Dipartimento Sanità pubblica
- Un rappresentante del Dipartimento Cure Primarie
- Un microbiologo per ciascuna delle due Aziende Sanitarie.

Il Gruppo operativo può inoltre richiedere la presenza dei Direttori di stabilimento ospedaliero, nonché componenti del Comitato rischio infettivo o rappresentanti di altre Aree (ad es. Dipartimenti clinici, Servizio Tecnico, Servizio Approvvigionamenti, Staff Comunicazione, Servizio Logistico Alberghiero, Servizio Informatico), in funzione degli argomenti di volta in volta affrontati.

I coordinatori ICI hanno autonomia nel convocare incontri specifici con gli ICI, all'occorrenza allargati ad altri componenti del Gruppo operativo.

Le funzioni del gruppo sono:

- a) Redazione del Piano-programma e svolgimento delle attività di controllo delle ICA, secondo le linee di indirizzo definite dalla Regione e dal CIO;
- b) Predisposizione degli interventi e degli strumenti formativi in materia di ICA, coordinati per le due Aziende Sanitarie;
- c) Diffusione della relazione annuale sull'attività svolta e sul monitoraggio delle ICA;
- d) Coordinamento delle attività e integrazione con il Gruppo operativo per l'uso responsabile degli antibiotici;
- e) Analisi di eventi avversi relativi alle infezioni, ritenuti più significativi per potenziale gravità e/o frequenza;
- f) Coordinamento con altre Aziende e con il livello regionale in tema di controllo delle ICA.

Il Gruppo operativo (in toto o in alcune sue componenti) si riunisce di norma mensilmente e inoltre in occasione di problematiche emergenti di particolare gravità e/o interesse.

• Gruppo operativo per l'uso responsabile degli antibiotici

È composto da:

- Un medico della Struttura Malattie Infettive
- un medico rappresentante della Direzione Sanitaria di ciascuna delle due Aziende Sanitarie
- I medici referenti di ciascun Dipartimento internistico per ogni Azienda Sanitaria
- Un medico del Dipartimento riabilitativo dell'Azienda USL
- Un medico rianimatore dell'Azienda ospedaliera
- Un farmacista esperto in materia di politiche di utilizzo degli antibiotici
- Un medico rappresentante del Dipartimento Cure Primarie
- Un microbiologo per ciascuna delle due Aziende Sanitarie.

Il Gruppo operativo potrà inoltre richiedere la presenza di altri professionisti, in funzione degli argomenti di volta in volta affrontati.

Le funzioni del gruppo sono:

- a) Formulazione annuale degli obiettivi e del Piano-programma, in accordo con le linee d'indirizzo definite dalla Regione e dal CIO;
- b) Produzione di linee d'indirizzo sull'appropriatezza degli accertamenti microbiologici e, più in generale, di carattere laboratoristico o strumentale in materia di patologie infettive;
- c) Produzione di linee d'indirizzo in tema di antibioticoterapia;

- d) Proposte di audit, sia in ambito diagnostico sia in ambito terapeutico;
- e) predisposizione del report annuale integrato sull'uso degli antibiotici e sulle resistenze microbiche;
- f) Promozione della diffusione e della discussione del report suddetto, anche tramite le reti di referenti ospedalieri e territoriali di ciascuna Azienda;
- g) Proposta d'interventi formativi, anche con la predisposizione di materiale comune.

Il Gruppo operativo (in toto o in alcune sue componenti) si riunisce di norma almeno ogni due mesi e inoltre in occasione di problematiche emergenti di particolare gravità e/o interesse.

d) Reti dei referenti

Ciascun'Azienda individua e forma una rete di referenti medici e infermieristici in tema di rischio infettivo e uso responsabile degli antibiotici.

Le funzioni della rete sono le seguenti:

- Promuovere l'attenzione al problema del rischio infettivo;
- Collaborare alla stesura di progetti di miglioramento;
- collaborare alla stesura di protocolli, anche secondo le indicazioni dipartimentali e aziendali;
- Promuovere e realizzare interventi formativi;
- Promuovere la collaborazione dell'unità operativa/nucleo cure primarie negli interventi richiesti dai livelli organizzativi superiori finalizzati a:
 - La sorveglianza: monitoraggio delle infezioni;
 - L'applicazione e la verifica dei comportamenti atti a contenere il rischio infettivo: igiene delle mani e le altre precauzioni standard, precauzioni aggiuntive per l'isolamento, notifica dei casi;
 - L'appropriatezza degli accertamenti microbiologici;
 - l'uso razionale degli antibiotici: applicazione dei documenti di indirizzo dipartimentali e aziendali.

Per garantire il necessario coordinamento a livello di singola Azienda delle proposte e decisioni prese dal comitato e dai gruppi operativi, saranno inoltre mantenuti i comitati infezioni ospedaliere, sebbene con un ruolo diverso da quello rivestito in precedenza.

Gestione del contenzioso

La valutazione dei sinistri di tipo sanitario e la realizzazione di attività finalizzate alla gestione comune del contenzioso con la Compagnia Assicuratrice, sono affidate al **Comitato Valutazione Sinistri**, organismo aziendale formalizzato con Delibera del Direttore Generale n. 146/2011.

Il Comitato Valutazione Sinistri, composto di professionalità con competenze giuridico-assicurative e medico-legali,

ha il mandato di collaborazione alla gestione dei sinistri, valutando congiuntamente la fondatezza delle richieste risarcitorie, esprimendo parere sugli importi posti a riserva e convenendo le eventuali tesi difensive per giungere in tempi equi e ragionevoli a una corretta definizione dei sinistri, secondo modalità confacenti alla natura e alla complessità di ciascun evento e nel rispetto dei principi di buona pratica liquidativa.

SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO

Infezioni correlate all'assistenza (ICA)

Di seguito le principali azioni e progetti messi in atto in tema di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza:

Progetto aziendale sul "lavaggio alcolico delle mani": formazione del personale

La mancata adozione, nella quotidiana pratica clinica, di comportamenti corretti da parte degli operatori sanitari (non corretto lavaggio delle mani, parziale adozione delle precauzioni da contatto, scorretta pulizia/disinfezione/sterilizzazione dei presidi medico-chirurgici), rappresenta uno dei principali fattori favorenti la diffusione delle infezioni ospedaliere (IO).

È, infatti, ormai ampiamente dimostrato che l'insorgenza delle IO è correlata soprattutto a specifici comportamenti/pratiche professionali ed è quindi prevenibile attraverso interventi volti a modificare il comportamento dei professionisti coinvolti a vario titolo nell'assistenza dei pazienti, tant'è che oggi si preferisce parlare di "Infezioni associate all'assistenza" piuttosto che di Infezioni nosocomiali.

La principale fonte di queste infezioni risultano essere le mani degli operatori (CDC Atlanta Guidelines 2002) e, infatti, un corretto lavaggio delle mani può prevenire fino al 40% di tutte le infezioni ospedaliere.

**SECONDO RECENTI RICERCHE,
UN CORRETTO LAVAGGIO
DELLE MANI DA PARTE DEGLI
OPERATORI SANITARI PUÒ
PREVENIRE FINO AL 40%
L'INSORGENZA DELLE INFEZIONI
OSPEDALIERE.**

Anche nel corso del 2013, sul tema del lavaggio delle mani, sono stati formati diversi operatori, grazie ad un apposito corso sul controllo della trasmissione delle infezioni correlate all'assistenza, in cui si è parlato non solo di lavaggio alcolico, ma più in generale delle varie modalità di trasmissione delle patologie infettive e delle precauzioni standard e aggiuntive. Durante il corso sono stati anche presentati i dati di adesione al lavaggio delle mani da parte degli operatori sanitari ottenuti grazie ad uno studio osservazionale condotto nel corso del 2009 nel Dipartimento di Medicina Interna e Specialità mediche.

Sono inoltre stati organizzati dei corsi specifici per alcune strutture con necessità formative peculiari.

Igiene delle mani: consumo globale di prodotti idroalcolici

Nel corso del 2013 il consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia, con riferimento ai reparti di degenza, è stato di 2557 litri. Complessivamente sono invece stati consumati 3177 litri di prodotti idroalcolici, in linea con i consumi rilevati nel 2012.

Igiene delle mani: punteggio riportato alla griglia di autovalutazione dell'OMS per l'adesione a una corretta igiene delle mani

Il quadro (cd. *framework*) per la valutazione dell'igiene delle mani è uno strumento ideato dall'OMS utile ad analizzare, all'interno di una struttura sanitaria, la situazione in merito alla promozione e alla pratica dell'igiene delle mani; consente inoltre la valutazione delle risorse disponibili e dei progetti ancora da sviluppare o aspetti da incrementare.

È strutturato in cinque sezioni per un totale di 27 indicatori, che riflettono la strategia multimodale OMS per il miglioramento dell'igiene delle mani.

Il punteggio massimo raggiungibile è di 500 punti, l'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia ha raggiunto nel 2013 il punteggio di 375 punti, corrispondente al livello d'igiene delle mani intermedio/consolidato: è stata sviluppata un'adeguata strategia di promozione e la pratica d'igiene delle mani è migliorata. Devono essere sviluppati programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo.

Sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico

Nel corso del 2013 l'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia ha implementato la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, inserendo tutti gli interventi previsti dal protocollo regionale e nazionale.

Sono stati sorvegliati complessivamente circa 6740 interventi.

Sistema di Sorveglianza delle Infezioni ospedaliere e sistema regionale di sorveglianza rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nelle strutture sanitarie

L'attività del CIO, in particolare, è volta ad assicurare la sorveglianza delle malattie infettive e gli interventi di controllo conseguenti, partecipando anche al sistema regionale di sorveglianza rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale e al

sistema di sorveglianza regionale dell'antibioticoresistenza basato sui dati di laboratorio.

Già da anni, presso l'Azienda Ospedaliera ASMN di Reggio Emilia, è attivo

un sistema di sorveglianza (attività di raccolta, analisi e interpretazione dei dati continua e orientata all'intervento), che comprende:

- Sorveglianza passiva attraverso il sistema di notifica delle malattie infettive ai sensi del DM 15 dicembre 1990.
- Sorveglianza attiva studi *ad hoc* d'incidenza/prevalenza.
- Segnalazione rapida di germi sentinella, cluster epidemici, epidemie o microrganismi a resistenza inusuale, coerentemente con il sistema regionale attivo dal 2006. Dal 1° luglio 2012 l'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia segnala i cluster/focolai epidemici e i profili di resistenza inusuale mediante il nuovo sistema informatico regionale SMI. Il referente medico e il referente infermieristico del Comitato Infezioni Ospedaliere hanno partecipato alle iniziative di formazione dedicate, organizzate dalla Regione e in seguito hanno curato la formazione a cascata in Azienda degli operatori interessati. Nel corso del 2013 sono stati segnalati quattro cluster epidemici e un profilo inusuale di resistenza.
- Segnalazione dei germi sentinella, avviene grazie ad una procedura aziendale, redatta nel 2007 e aggiornata successivamente, che prevede uno scambio rapido d'informazioni su isolamenti tra laboratorio di microbiologia, ICI, direzione sanitaria, infettivologo e reparto coinvolto dall'isolamento.
- Trasmissione periodica dei dati relativi alle nuove diagnosi di positività all'HIV da parte del reparto di Malattie Infettive e del Laboratorio di Microbiologia.
- Invio al Servizio di Igiene Pubblica dei dati concernenti lo screening per epatite B e rosolia al fine di promuovere efficaci interventi di prevenzione della salute della popolazione come ad esempio la vaccinazione antirosolia nelle donne in età fertile.
- Segnalazione all'Igiene Pubblica competente per territorio, mediante la scheda SSCMI/2006 di sospette malattie trasmesse da alimenti per permettere l'attivazione dei servizi competenti.
- Sorveglianza dell'antibioticoresistenza: il sistema prevede l'invio di tutti i dati di batteriologia secondo codifiche concordate, il collegamento con i dati degli altri flussi informativi regionali (consumi farmaceutici, SDO, assistenza domiciliare integrata ecc.) e la loro analisi utilizzando indicatori assoluti o variamente stratificati.

DA LUGLIO 2012 L'AZIENDA SEGNALE I FOCOLAI EPIDEMICI E I PROFILI DI RESISTENZA INUSUALE MEDIANTE IL SISTEMA INFORMATICO REGIONALE SMI. NEL 2013 SONO STATI SEGNALATI 4 FOCOLAI EPIDEMICI E UN PROFILO INUSUALE DI RESISTENZA.

Inoltre è consolidato un rapporto di proficua collaborazione con l'Igiene Pubblica per la tempestiva comunicazione in caso di cluster/epidemie o casi peculiari e per l'effettuazione d'indagini epidemiologiche.

Sistema di Sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori

Per quanto riguarda la sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori ovvero la Chikungunya e Dengue e il virus West-Nile, sono state recepite le indicazioni contenute nei Piani Regionali rispettivamente su sorveglianza e controllo di West-Nile Disease e su lotta alla zanzara tigre e prevenzione e controllo della Chikungunya e della Dengue. In particolare le azioni connesse al controllo di queste due patologie si riconducono alle seguenti attività:

- la lotta al vettore attraverso l'effettuazione dei trattamenti larvicidi periodici su tutta l'area ospedaliera, con modalità e prodotti coerenti con le indicazioni del piano regionale e attraverso la messa in atto di comportamenti che evitino la presenza di ambienti che possano favorire la sopravvivenza e riproduzione delle zanzare (spazi verdi tenuti ordinati e con erba bassa, eliminazione di contenitori abbandonati in cui possa ristagnare l'acqua piovana, ecc..).
- La sorveglianza attiva delle patologie trasmesse (Dengue, Chikungunya e West-Nile disease) attraverso l'informazione e sensibilizzazione di tutti i clinici e la messa in atto di un percorso per la segnalazione e conferma virologica dei casi sospetti. Per ogni caso che rientri nei criteri diagnostici di una delle tre patologie, il clinico compila la scheda di notifica di malattia infettiva e diffusiva, allerta la Direzione Sanitaria e provvede, ai fini della conferma virologica, all'invio rapido dei campioni raccolti al laboratorio di riferimento regionale, CREMM di Bologna.

Sorveglianza della Tubercolosi e dei micobatteri multiresistenti

Per quanto riguarda il controllo e la prevenzione della trasmissione della TB in ambiente ospedaliero, nel corso del 2013 sono proseguiti gli incontri del gruppo di lavoro inte-

OGNI CASO DI TUBERCOLOSI CHE È ISOLATO IN AMBIENTE OSPEDALIERO È OPPORTUNAMENTE SEGNALATO ALLA DIREZIONE SANITARIA E ALLE ASSISTENTI SANITARIE CHE, IN COLLABORAZIONE CON IL MEDICO COMPETENTE, PROVVEDONO ALLA VERIFICA DEI CONTATTI A RISCHIO E AL TRATTAMENTO DI CURA.

raziendale ASMN-AUSL di Reggio Emilia, che ha visto la partecipazione delle direzioni sanitarie, dei medici compe-

tenti, dei MMG, dei PDLS, degli infettivologi, degli pneumologi e dei pediatri ospedalieri per l'aggiornamento e condizione dei protocolli e percorsi di prevenzione e cura della tubercolosi.

Ogni caso di Tubercolosi che è isolato in ambiente ospedaliero è opportunamente segnalato alla Direzione Sanitaria e alle Assistenti sanitarie che, in collaborazione con il medico competente, provvedono alla verifica dei contatti a rischio tra pazienti e operatori e alla loro sorveglianza ed eventuale trattamento.

Inoltre ogni anno sono inviati, a cura della Direzione Sanitaria, i report previsti dal flusso informativo regionale:

- dati sugli isolamenti e resistenze TB: laboratorio di microbiologia e anatomia patologica;
- dati sulla sorveglianza dei contatti a rischio ed eventuali diagnosi e trattamenti: assistenti sanitarie con la collaborazione di pneumologo e/o infettivologo.

Adesione alle Linee Guida regionali sulla prevenzione e controllo della legionellosi

Nel corso del 2010, in coerenza con le Linee Guida Regionali, è stato elaborato in aprile e poi aggiornato in dicembre il protocollo aziendale di "Prevenzione e controllo della Legionellosi". Tale documento è stato redatto da un gruppo multidisciplinare costituito da professionisti della Direzione sanitaria, del servizio Tecnico, del Servizio di Prevenzione e Protezione e del CIO ed è articolato nei seguenti capitoli:

- microbiologia e clinica;
- epidemiologia e sorveglianza della legionellosi;
- programma aziendale di prevenzione e controllo della legionellosi che prevede i controlli periodici da effettuare, le modalità di effettuazione di eventuali bonifiche;
- valutazione del rischio delle diverse strutture ospedaliere per tipologia di ambienti, di prestazioni e di pazienti ricoverati.

Tale documento è stato diffuso a tutti i reparti, tramite presentazione in Collegio di Direzione e Comitati di Dipartimento.

Nel corso del 2013 è proseguita l'adesione al programma di sorveglianza definito dal protocollo aziendale. Inoltre, l'Azienda partecipa a due gruppi di lavoro regionali per la valutazione del rischio da Legionella correlato all'assistenza sanitaria:

- Il primo con finalità di definire una metodologia condivisa per la valutazione del rischio, in particolare di quello impiantistico;
- Il secondo con l'obiettivo di definire le attività appaltabili e predisporre raccomandazioni a riguardo.

Appropriatezza della prescrizione antibiotica ed epidemiologia delle multiresistenze batteriche

Presso l'Azienda ASMN di Reggio Emilia è rivolta, da anni,

grande attenzione all'informazione/formazione del personale sul tema dell'appropriatezza della prescrizione antibiotica (sovra prescrizione, dosaggi sub ottimali, insufficiente durata del trattamento ed errori di diagnosi), con lo scopo di ridurre l'abuso e l'uso inappropriato degli antibiotici nella pratica clinica, sia in terapia sia in profilassi. L'utilizzo inappropriato degli antibiotici in terapia e profilassi è, infatti, una delle cause dell'insorgenza d'infezioni resistenti ad alcuni farmaci. L'Azienda ASMN si colloca tra quelle che in Regione Emilia Romagna utilizzano meno antibiotici per paziente ricoverato.

Nel 2013 è proseguito il progetto di miglioramento dell'utilizzo degli antibiotici in Azienda con pianificazione d'interventi di formazione, informazione su consumi e costi, definizione delle limitazioni della richiesta (RMP, richiesta dell'Infettivologo).

Predisposizione di nuove procedure sul controllo e sorveglianza delle infezioni ospedaliere e aggiornamento delle esistenti

Nel corso del 2013 sono state redatte/aggiornate da sottogruppi di lavoro le procedure concernenti:

- Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico
- Individuazione, segnalazione e controllo dei germi sentinella
- Reprocessing degli strumenti endoscopici flessibili
- Comportamenti comparto operatorio V piano
- Preparazione e ritiro del materiale da inviare a sterilizzazione
- Stoccaggio dei dispositivi medici nei comparti operatori
- Gestione scadenze articoli semi-critici per anestesia
- Pulizia degli ecografi

È stata monitorata, inoltre, da parte delle ICI dell'Ufficio epidemiologico, l'applicazione delle seguenti procedure in tutti i reparti dell'ASMN:

- Gestione dei rifiuti sanitari pericolosi;
- Individuazione, segnalazione e controllo dei germi sentinella.

Predisposizione bollettino statistiche e trasmissione report del Laboratorio di Microbiologia ai reparti con rischio infettivo

Nel corso del 2013 è stato predisposto il bollettino delle statistiche epidemiologiche dell'ASMN relativo all'anno 2012. Il bollettino contiene informazioni utili ai reparti e al CIO relative all'utilizzo di antibiotici presso le strutture dell'ospedale, alla prevalenza di alcuni microrganismi d'interesse e alle resistenze (MRSA, VRE, ESBL+, Cl. difficile, *Pseudomonas aeruginosa*, ecc.), all'utilizzo dell'emocoltura e all'utilizzo di gel alcolico (indicatore indiretto della responsabilità degli operatori al lavaggio alcolico delle mani). Tale bollettino è diffuso ai reparti e pubblicato nell'intranet aziendale.

Inoltre, come ogni anno, il Laboratorio di Microbiologia ha inviato report mensili contenenti dati d'interesse (n. esami per tipologia microrganismo e tipologia materiale, resistenze, ecc.) ai reparti che, per la tipologia di pazienti trattati e di prestazioni effettuate, presentano un rischio infettivo maggiore, in particolare la Rianimazione, l'Ematologia, la Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale.

Inoltre, viene inviato mensilmente un report sui germi sentinella inviato a tutti i Direttori/Responsabili e Coordinatori dei Reparti.

Sito intranet aziendale del CIO

Il sito dedicato al CIO sull'intranet aziendale, nato nella sua forma aggiornata nel 2007, è stato implementato nel corso del 2013: è stato pubblicato diverso materiale didattico e formativo, bibliografico e normativo. Nel sito sono stati inoltre inseriti e messi a disposizione di tutti gli operatori le procedure aziendali validate dal CIO e i verbali degli incontri del Comitato stesso. È stato predisposto anche uno spazio dedicato agli approfondimenti per argomento (zanzara tigre e malattie veicolate, Legionella, Influenza, West-Nile, Cl.difficile, Chickungunia e Dengue, Enterobatteri resistenti ai carbapenemici, *Acinetobacter Baumannii* ecc...).

Vaccinazione antinfluenzale

Nel corso della stagione invernale 2013, come ogni anno, è stata condotta la campagna di vaccinazione antinfluenzale che prevede l'offerta gratuita del vaccino ai dipendenti.

Sono inoltre stati vaccinati degenti appartenenti alle specifiche categorie di rischio previste dal Ministero.

La vaccinazione è stata somministrata nel periodo novembre - gennaio. Per

favorire l'aderenza del personale alla campagna vaccinale, la direzione aziendale ha messo a disposizione un ambulatorio ad

hoc presso i Poliambulatori nel mese di Novembre, a fasce orarie fruibili (a scavalco tra un turno e quello successivo). Successivamente la campagna vaccinale è proseguita presso gli ambulatori del servizio di sorveglianza sanitaria e direttamente all'interno delle unità operative.

I dati relativi alle vaccinazioni eseguite sono stati caricati sul Portale Sole nella specifica sezione dedicata.

ANCHE PER LA STAGIONE INVERNALE 2013-14 È STATA CONDOTTA LA CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE E I DATI RIFERITI ALLE VACCINAZIONI ESEGUITE SONO STATI CARICATI SUL PORTALE SOLE.

Coinvolgimento delle associazioni d'immigrati e mediatori culturali

Da anni è consolidata in Azienda l'attività del Servizio di Mediazione Linguistica - Culturale; i mediatori possono essere attivati secondo diverse modalità in base all'urgenza del caso, anche in supporto ai professionisti impegnati a

vario titolo nella prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili.

Presso la S.C. di Malattie Infettive è attivo un percorso di presenza programmata del mediatore linguistico - culturale di lingua cinese presso l'ambulatorio TBC.

Sinistri/Contenzioso

Il database regionale sinistri

La capacità delle organizzazioni sanitarie di rilevare, analizzare e gestire le conseguenze di eventi avversi/indesiderati rappresenta un elemento di attendibilità e affidabilità nei confronti dei pazienti e della comunità di riferimento.

In particolare, la capacità di gestire correttamente gli eventuali danni subiti (o percepiti) dai pazienti ha rilevanza etica, clinica ed economica. Una parte importante di questa capacità consiste nella sistematica registrazione delle informazioni riguardanti i sinistri, intesi come eventi avversi che colpiscono la persona, i beni o il patrimonio di un soggetto, cagionando un danno (Fonte: Manuale d'uso per operatori - Banca dati del contenzioso RER).

In Emilia-Romagna queste informazioni sono raccolte e periodicamente analizzate, a livello regionale, in un database dedicato, presso l'Agenzia Sanitaria e Sociale. La casistica inserita in questa banca dati è inoltre utilizzata per assolvere il debito informativo nei confronti del Ministero della Salute, mediante il flusso informativo SIMES (Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità) che rileva i sinistri su scala nazionale.

La capacità dell'Azienda di garantire la buona qualità dei dati inseriti nel database regionale dei sinistri può essere descritta, sia pure in modo indiretto e approssimato, attraverso due semplici indicatori:

- % d'informazioni mancanti per quattro variabili rilevanti nella descrizione del singolo sinistro: a) danno lamentato; b) tipo di prestazione; c) anno di nascita della persona danneggiata; d) codice ministeriale;
- % di procedimenti ancora aperti rispetto al numero totale atteso di procedimenti chiusi.

1) Percentuale di valori mancanti relativi alle variabili: danno lamentato, tipo prestazione, anno di nascita, codice ministeriale. Anni 2009-2011 (estrazione banca dati regionale: 01/03/2012)

Azienda sanitaria	INDICATORE			Sinistri aperti nel triennio
	Num.**	Den.***	Val. (%)	
AO Reggio Emilia	24	1072	2,2	268

** Num.: numero di variabili d'interesse non compilate nei sinistri aperti durante il periodo di osservazione

*** Den.: numero totale di variabili d'interesse da compilare nei sinistri aperti durante il periodo di osservazione

2) Percentuale di sinistri idonei per la chiusura ma non ancora chiusi. Anni 2009-2011 (estrazione banca dati regionale: 01/03/2012)

Azienda sanitaria	INDICATORE			Sinistri aperti nel triennio
	Num.**	Den.***	Val. (%)	
AO Reggio Emilia	4	84	4,8	268

**Num.: numero di procedimenti non formalmente chiusi (ovvero quelli per cui non sono compilate le variabili "data chiusura pratica" e "esito definizione") nell'anno osservato, pur essendo idonei per la chiusura.

**Den.: numero di sinistri chiusi atteso

Gli indicatori monitorati evidenziano l'attenzione dell'Azienda nella registrazione delle informazioni relative ai sinistri e nell'implementazione del Database regionale. La % di valori mancanti è risultata, infatti, pari a 2,4%, valore sensibilmente inferiore alla media regionale, pari a 7,6%. Per quanto riguarda, invece, la % di procedimenti non formalmente chiusi nell'anno osservato pur essendo idonei per la chiusura, il valore registrato è in linea con la media regionale (4,8% Azienda Ospedaliera vs 4,6% media regionale).

Nel corso dell'anno 2013 l'AO-IRCCS ha consolidato l'attività del Comitato Valutazione Sinistri registrandone il pieno regime sia ai fini della gestione del contratto assicurativo RCT/O sia ai fini della gestione del Fallimento, sia ai fini della sperimentazione regionale di cui alla L.R. 13/2012 di Gestione Diretta del rischio da RCT/O. Tali tre forme di gestione del contenzioso, pur tra loro molto diverse nelle modalità procedurali, riguardano comunque un'esposizione economica aziendale, sia indiretta che diretta, ed atten-

gono ad un complesso di posizioni di danno o presunto tale ammontanti a circa 266. Ogni posizione ha anche trovato la sua registrazione nel DB regionale di cui si dice più sopra.

Sicurezza in sala operatoria

Nel 2008 l'OMS ha pubblicato e diffuso le linee guida "Guidelines for Safe Surgery" per la sicurezza in sala opera-

toria. Sulla base di queste raccomandazioni, è stata costruita una checklist per la sicurezza in sala operatoria, a supporto delle équipes operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'adesione a standard di sicurezza per la prevenzione degli eventi avversi evitabili. I risultati emersi dalla sperimentazione condotta in ospedali di diversi Paesi suggeriscono che l'utilizzo della checklist può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie.

MODULO 776 - CHECK LIST - SIGN-IN

1. Il paziente ha confermato l'IDENTITÀ

Non conformità: ☐ assenza di braccialetto ☒ assenza di barcode nosologico ☐ assenza della cartella clinica

2. Il paziente ha confermato la SEDE dell'INTERVENTO

Non conformità: ☐ non confermate la sede di intervento

3. Il paziente ha confermato la PROCEDURA CHIRURGICA

Non conformità: ☒ non confermate la procedura chirurgica

4. Il paziente ha confermato (o è stato verificato) il rilascio del CONSENSO

Non conformità: ☐ mancata firma del consenso chirurgico

ESCI SENZA MODIFICARE F1 STAMPA ESC CONFERMA >> F12

Nel 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato un Manuale per la sicurezza in sala operatoria, adattando le raccomandazioni dell'OMS al contesto nazionale.

Nel 2010 l'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna ha curato l'adattamento delle raccomandazioni del Ministero e la loro diffusione tra le Aziende Sanitarie, avviando il progetto collaborativo SOS.net (Sale Operatorie Sicure).

Il progetto SOS.net si propone di promuovere l'uso della checklist nella pratica chirurgica, documentandone la compilazione attraverso un database dedicato. A far tempo dal 2011, presso l'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia, lo strumento è stato adottato da tutte le discipline chirurgiche operanti presso il Comparto Operatorio "V piano" dell'Azienda Ospedaliera, ovvero:

- Chirurgia 1 a prevalente indirizzo oncologico;

- Chirurgia generale 2
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Vascolare
- Urologia
- Neurochirurgia.

A distanza di alcuni mesi dall'introduzione dello strumento nel Comparto Operatorio "V piano", è stato inoltre somministrato un questionario a tutto il personale infermieristico (infermieri di sala e strumentisti) per valutarne l'opinione rispetto all'efficacia nel migliorare la sicurezza del paziente chirurgico.

Oltre l'80% degli operatori, che hanno risposto al questionario, ritiene che la checklist sia uno strumento utile per migliorare la sicurezza del paziente chirurgico e oltre il 50% ha dichiarato che lo strumento ha permesso concretamente di intercettare errori evitando l'accadimento d'incidenti; tuttavia, circa il 38% degli operatori ha risposto che la checklist non è uno strumento di

IL 38% DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE NEI REPARTI INTERESSATI HA FATTO RICORSO ALLA NUOVA CHECK LIST INFORMATIZZATA IN GRADO DI FAVORIRE L'ADESIONE A STANDARD DI SICUREZZA MIGLIORI.

facile utilizzo e il 50% ritiene che la compilazione richieda un tempo eccessivo.

Al fine di superare queste criticità, nel corso del 2012 è stata implementata una checklist informatizzata nell'ambito dell'attuale software di gestione delle sale operatorie.

Nel corso del 2013 si è provveduto a coinvolgere nella formazione sul tema della sicurezza nelle sale operatorie anche gli operatori (medici, infermieri e anestesisti) delle U.O. afferenti al Comparto Operatorio Ala Nord, ovvero:

- Otorinolaringoiatria
- Oculistica
- Ortopedia
- Chirurgia Senologica.

A far tempo dalla fine del mese di novembre del 2013, pertanto, anche le U.O. del C.O. Ala Nord hanno iniziato ad utilizzare la safety surgery checklist, nella versione informatizzata aziendale, per migliorare la sicurezza del paziente chirurgico. Nel corso del 2013 la nuova checklist informatizzata è stata utilizzata in 2.149 procedure (ovvero in circa il 15% del totale delle procedure chirurgiche effettuate in Ospedale e in circa il 30% delle procedure chirurgiche effettuate dalle U.O. in cui lo strumento è stato implementato).

Anno 2011			Anno 2012			Anno 2013		
INDICATORE			INDICATORE			INDICATORE		
Den.*	Num.**	Val. (%)	Den.*	Num.**	Val. (%)	Den.*	Num.**	Val. (%)
15696	518	3,3	15060	1240	8,2	14637	2149	14,7

Uso appropriato e sicuro del farmaco

Gestione del rischio clinico e sicurezza sull'uso dei farmaci

Nel 2013 si è data regolare prosecuzione al progetto estendendo il programma ad altre 8 UU.OO. Nello specifico il programma è stato ulteriormente sviluppato con l'inserimento delle seguenti Strutture/Unità Operative:

- Degenza Breve
- Endoscopia Digestiva
- Chirurgia Senologica
- Medicina Oncologica
- Alta Intensità Medica
- Week Hospital
- Pneumologia degenza e UTSIR
- Neurochirurgia d'urgenza

**NEL 2013 SONO STATE
ESEGUITE 450.607
PRESCRIZIONI
INFORMATIZZATE CON
UN INCREMENTO DEL 19%
RISPETTO AL 2012.**

Il sistema informatizzato di gestione della terapia risulta, quindi, essere completamente implementato sui dipartimenti Medico, Neuromotorio e Chirurgico, e in modo parziale sugli altri dipartimenti, per un totale complessivo di 669 posti letto su 767 informatizzabili (87%). Il sistema si conferma essere di supporto e ampiamente utilizzato sia dal personale medico che infermieristico.

Nell'anno 2013 sono state eseguite 450.607 prescrizioni informatizzate con un incremento del 19% rispetto al 2012.

Nell'anno 2013 i nuovi utenti formati all'utilizzo del Sistema sono stati 291 (208 Infermieri, 83 Medici), di cui 192 di nuovo inserimento in reparti già avviati all'utilizzo del sistema. In totale gli utenti attivi per l'utilizzo del sistema sono circa 1339, mentre quelli abilitati negli anni sono stati 1807.

Ciò ha richiesto circa 480 ore di formazione teorica (Formazione Trasversale Obbligatoria) e circa 742 ore di affiancamento sul campo.

Inoltre, sono stati prodotti 6 video informativi in collaborazione con il Centro di Formazione ECM in merito alle modalità di utilizzo del sistema, che si aggiungono ai 10 già disponibili.

La manutenzione del DB farmaco prevede, per i farmaci prescrivibili, l'aggiornamento costante delle informazioni rispetto ad alcuni parametri (descrizione secondo standard di sicurezza "look-alike screen", vie di somministrazione autorizzate, unità posologiche), che consentono al sistema di operare in sicurezza. Nel programma sono regolarmente inseriti vari protocolli terapeutici condivisi e supportati da evidenze di letteratura, sono disponibili tutte le informazioni riguardanti le interazioni tra farmaci documentate e i collegamenti a banche dati e al PTO.

Nell'anno 2013 sono stati:

- Aggiornati un totale di 1248 farmaci (+39% in più rispetto al 2012);
- Aggiornati 343 profili farmacologici e inseriti 159 profili ex novo su 596 complessivi (comprensivo di relative schede farmaco);
- Aggiornati 185 protocolli terapeutici e inseriti 45 protocolli ex novo su 263 complessivi in funzione di segnalazioni di farmacovigilanza e/o modifiche cliniche/organizzative;
- Inseriti 26 schemi di calcolo del dosaggio per farmaci specifici (dosaggio degli antibiotici nei pazienti obesi, farmaci cardiologici e terapia insulinica);
- Effettuati 2991 controlli su prescrizioni farmacologiche a seguito di avviso automatico del sistema, di cui 465 hanno dato luogo a interventi da parte del farmacista, notificati al medico a fronte di una prescrizione di un prodotto disponibile in Ospedale in termini di specialità equivalente, lasciando inalterato il contenuto della prescrizione;
- Aggiornati mensilmente gli elenchi di farmaci "preferiti" (di utilizzo routinario) per i servizi di area chirurgica, medica e ostetrica; tali aggiornamenti vengono eseguiti in considerazione dello stato di magazzino e aggiornamento del Prontuario Terapeutico di Area Vasta;
- Redatti per le singole équipe infermieristiche report semestrali di rilevazione del dolore secondo scala NRS; tali analisi vengono periodicamente inviate ai coordinatori infermieristici, RID e referenti IRCCS - DPS per l'accreditamento OECl.

Attraverso la collaborazione di medici, infermieri, informatici e farmacisti, il programma è implementato e adattato, di volta in volta, alle singole realtà, per rispondere alle necessità dei diversi reparti utilizzatori.

Anche per l'allestimento delle terapie c/o la Centrale Antiblastici è stato adottato da tutte le Strutture coinvolte un programma di prescrizione informatizzata personalizzata.

Il programma consente di gestire tutto il processo terapeutico, la standardizzazione delle modalità operative, il monitoraggio dell'uso dei protocolli definiti e dei nuovi prodotti e il controllo dell'appropriatezza prescrittiva.

Il "foglio terapia", elaborato dal programma di prescrizione, è utilizzato per l'allestimento e la successiva somministrazione delle terapie e rappresenta uno strumento importante nell'ambito del governo del rischio clinico.

Sviluppo della Farmacovigilanza (FV)

Nel corso del 2013 sono proseguiti i due progetti multicentrici regionali, per ciascuno dei quali è stato individuato un farmacista che segue la parte operativa, a sua volta coordinato dal farmacista responsabile di progetto.

1) Monitoraggio epidemiologico di reazioni ed eventi avversi da farmaci in PS

Per l'attuazione del progetto sono stati coinvolti tutti i clinici del PS per illustrare le finalità e condividere le modalità operative. È stato inoltre implementato il software di gestione degli accessi in PS in modo da consentire la rapida identificazione degli accessi riconducibili a una reazione avversa a un farmaco. Durante la fase di raccolta delle ADR, il farmacista dedicato al progetto ha coadiuvato il clinico nella compilazione di tutte le schede di ADR all'interno del database.

Nel corso dell'anno 2013 sono state compilate e inserite nella rete nazionale di FV n. 87 schede ADR provenienti dal PS.

2) Sviluppo di una rete integrata di FV finalizzata a migliorare la sicurezza del paziente oncologico

Preventivamente alla fase di avvio, si è proceduto alla formazione del farmacista dedicato al progetto in ordine ai temi della Farmacovigilanza e alla terapia oncologica.

Sulla base di segnali di possibili reazioni avverse individuati dai farmacisti in fase di controllo delle prescrizioni, in collaborazione con i clinici sono stati definiti poi degli strumenti utili a individuare le principali ADR con i relativi gradi da segnalare.

Il progetto ha prodotto notevoli risultati con la registrazione di n° 189 segnalazioni di ADR nel 2013.

Nel 2013 è stato inoltre sviluppato un terzo progetto che riguarda in particolare l'area pediatrica:

Vigilanza attiva nell'uso di preparazioni galeniche in ambito pediatrico, con particolare attenzione alla valutazione del rischio-beneficio dei trattamenti.

Ai fini di valutare l'appropriatezza prescrittiva, sono state

create schede di richiesta specifiche per la prescrizione di preparazioni magistrali allestite presso il laboratorio di galenica della Farmacia.

Per ogni farmaco sono stati valutati, oltre alla formulazione, l'indicazione terapeutica, il dosaggio e la posologia in base all'età e al peso del paziente. Per ogni principio attivo è stato creato un modello di richiesta con tutte le informazioni necessarie in fase di compilazione, accessibile sull'Intranet aziendale.

La creazione di fogli di prescrizione per singolo principio attivo, in cui sono riportate le indicazioni terapeutiche e le note bibliografiche per dosaggio e posologia, costituisce uno strumento utile per il medico in fase di prescrizione e per il farmacista per valutare l'appropriatezza prescrittiva. Ad oggi sono state create n° 17 schede condivise con i Pediatri.

Dispositivi medici

Governo dei Dispositivi Medici

La rete regionale delle Commissioni Aziendali DM (CADM), coordinata dalla Commissione Regionale DM (CRDM), programma le proprie attività, monitora i consumi e la spesa dei DM innovativi e di costo elevato, persegue l'appropriatezza d'uso e svolge attività di vigilanza.

In particolare la CADM persegue il raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici:

- Definire il Repertorio aziendale dei DM a partire dai DM di uso consolidato e diffuso nelle singole realtà;
- Esaminare le richieste d'inserimento nel Repertorio di nuovi DM;
- Esprimere parere sull'inserimento o l'esclusione di DM dal Repertorio aziendale tenendo conto dell'efficienza e della sicurezza documentate, nonché del costo del nuovo DM a confronto con i prodotti e/o le tecniche già utilizzate per la prestazione sanitaria considerata;
- Analizzare i consumi e la spesa per le aree omogenee di utilizzo al fine di un impiego più razionale;
- Assicurare l'adozione e l'alimentazione del flusso informativo di monitoraggio ministeriale dei dati d'impiego dei DM e l'adozione della CND e dei suoi periodici aggiornamenti;
- Promuovere e sviluppare la vigilanza su DM con particolare riferimento alla sorveglianza degli incidenti e mancati incidenti, al ritorno informativo ai segnalatori e alla diffusione di comunicazioni inerenti alla sicurezza.

Presso l'Azienda Ospedaliera ASMN di Reggio Emilia è stato istituito, nel 2010, il Repertorio locale e sono state realizzate le anagrafiche dei prodotti, in sintonia con la

normativa del settore, complete delle informazioni relative alla CND e al codice attribuito ai dispositivi dal Repertorio Nazionale/Banca Dati del Ministero della Salute, laddove previsto.

La CADM ha recepito e implementato i documenti d'indirizzo elaborati a livello regionale e provvede, periodicamente, al monitoraggio dell'utilizzo appropriato verificando, inoltre, l'andamento dei consumi dei dispositivi correlati, a livello locale.

In particolare, nel 2013 la Commissione Aziendale sui Dispositivi Medici (CADM) si è riunita 8 volte. L'attività è stata prevalentemente orientata all'analisi delle richieste d'inserimento nuovi prodotti in Repertorio, all'implementazione dei dati riguardanti CND e RDM, all'analisi dei consumi su specifiche classi CND e alla vigilanza.

Nel 2013 sono state valutate 55 richieste d'inserimento di nuovi dispositivi:

- 32 richieste approvate
- 17 richieste non approvate
- 6 richieste in corso di valutazione.

In ordine alla Dispositivo-Vigilanza, si è dato seguito al recepimento delle indicazioni regionali relative alla gestione dei DM ortopedici espantati e all'istituzione del Registro Aziendale dei Campioni gratuiti di Dispositivi Medici. Nel corso del **2013** il Registro è stato implementato con **73 nuove richieste**, di cui il 28.8% con dispositivi di classe III.

Sistemi RIS/PACS

Con la Deliberazione di Giunta Regionale del 9 novembre 2009, n. 1706 "Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio" vengono fornite indicazioni per implementare la sicurezza dei Sistemi RIS-PACS installati nelle aziende sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna.

NEL CORSO DEL 2013 IL REGISTRO È STATO IMPLEMENTATO CON 73 NUOVE RICHIESTE DI CAMPIONI GRATUITI DI DISPOSITIVI MEDICI, DI CUI IL 28.8% CON DISPOSITIVI DI CLASSE III.

Di seguito è riportato lo stato di avanzamento delle raccomandazioni riportate nella DGR 1706/09:

ID	Raccomandazioni DGR 1706/09	Stato di avanzamento Azienda
IO_0.1	Identificativo univoco paziente a livello aziendale, ovvero al livello provinciale nelle realtà in cui convivono un'Azienda Ospedaliera (AO) e un'Azienda territoriale (AUSL)	Realizzata l'anagrafica centralizzata SAC interaziendale (provinciale).
IO_0.1°	Identificativo univoco paziente a livello sovra-aziendale	Realizzata l'anagrafica centralizzata SAC interaziendale (provinciale).
IO_1.1°	Procedure di riconoscimento anagrafico al momento della prenotazione	Istruzione operativa predisposta dal Dipartimento per gli accessi ai Servizi di Radiologia della Provincia di Reggio Emilia
IO_2.1Ba	Procedure di riconoscimento anagrafico al momento dell'accettazione nella struttura erogante	Istruzione operativa per l'identificazione in accettazione.
IO_2.1Bb	Procedura a livello aziendale per l'identificazione del paziente al momento dell'accettazione nell'ambito della struttura erogante	Istruzione operativa aziendale.
IO_3.1C	Procedura di verifica dell'identità in diagnostica	Istruzione operativa aziendale.
IO_3.1.Ca	Utilizzo dei sistemi d'identificazione paziente basati su codici a barre per pazienti esterni	Attività in studio a livello Aziendale e Interaziendale. In fase d'implementazione per i pazienti ricoverati.
IO_3.1.Cb	Implementazione di sistemi di allerta automatica sul RIS in caso di pazienti omonimi afferenti alla stessa modalità diagnostica	Attivi da novembre 2012.
IO_4.2	Istruzione Operativa prevista nella procedura di accettazione presso la struttura erogante (es. "accettato" su R.I.S.)	Gli esami sono inviati alla Worklist solo dopo che il paziente è stato accettato.
IO_5.2	Implementazione transazione [RAD5] profilo SWF IHE	Tutte le apparecchiature collegate al PACS sono dotate di Worklist
IO_6a.2	Configurazione "ricaricamento automatico"	L'aggiornamento della Worklist è automatico. Alle modalità arrivano solo i pazienti accettati. Nella Worklist sono presenti i soli esami da eseguire / non completati.
IO_6b.2	Istruzione Operativa "ricaricamento manuale"	L'aggiornamento della Worklist è anche manuale per avere un aggiornamento istantaneo della lista di lavoro. Si fa riferimento ai manuali delle singole modalità.

ID	Raccomandazioni DGR 1706/09	Stato di avanzamento Azienda
IO_7a.2	Implementazione classe di servizio DICOM Modality Performed Procedure Step sulle modalità collegate al P.A.C.S.	Il profilo MPPS è in fase d'implementazione per gestire esami archiviati ma non completati su RIS. Infatti, il flusso di lavoro prevede che prima della refertazione il TSRM incaricato dell'esecuzione dell'esame si attribuisca la responsabilità della corretta esecuzione dell'esame (con eventuali proiezioni a completamento su indicazione del Medico di riferimento) dichiarandone l'effettivo completamento mediante apposizione firma elettronica leggera sull'applicativo RIS, insieme all'attribuzione del medico refertante. I broker per la gestione della Worklist sono aggiornati per la cancellazione degli studi eseguiti dalla lista di lavoro. Le modalità sono state configurate (dove già possibile) con selezione della Worklist relativa ai soli esami ancora da eseguire/completare.
IO_7b.2	Implementazione attore IHE Performed Procedure Step Manager	Si veda punto IO_7a.2.
IO_8.2	Procedura di cancellazione dalla Worklist dei pazienti sui quali l'esame è già stato eseguito	I broker sono configurati in modo da presentare alle modalità i soli esami ancora da eseguire. In aggiunta le modalità sono state configurate con selezione della Worklist relativa ai soli esami ancora da eseguire/completare.
IO_9.3	Implementazione della gestione dell'anagrafica secondo il profilo SWF IHE e [RAD12]	Il sistema RIS e il broker che gestisce l'invio delle Worklist aggiornano i dati anagrafici nelle varie fasi del processo di esecuzione dell'esame, trasferendo l'informazione alle diverse procedure integrate (HIS, PS, PACS, ADT, Datawarehouse, ...).
IO_10a.3	Implementazione transazioni che aggiornino i dati della prenotazione.	Si veda punto IO_9.3.
IO_10b.3	Implementazione aggiornamento Worklist in caso di modifica/cancellazione su R.I.S.	Si veda punto IO_9,3.
IO_10c.3	Implementazione notifica aggiornamento dati da R.I.S. vs Order Placer	Si veda punto IO_9,3.
IO_11.3	Procedure documentate per la gestione dei pazienti non identificati	La gestione del paziente è affidata a procedure aziendali; è attiva un'integrazione tra il RIS, il SAC, l'OE, il DWH e le procedure di PS e ADT.
IO_11a.3	Istruzione Operativa della procedura di cui sopra	Si veda punto IO_11.3.
IO_12.3	Identificabilità univoca di pazienti sconosciuti	Manuale Accettazione PS "Paziente Sconosciuto".
IO_13a.3	Procedura per la gestione degli errori	Istruzione operativa "Gestione informatica riconciliazioni anagrafiche/correzioni".
IO_13b.3	Istruzione Operativa presente nella procedura di cui sopra relativa al divieto da parte del personale tecnico di inviare più volte al P.A.C.S. lo stesso studio assegnato a pazienti diversi sulla modalità.	Istruzione operativa "Gestione informatica riconciliazioni anagrafiche/correzioni".

ID	Raccomandazioni DGR 1706/09	Stato di avanzamento Azienda
IO_13c.3	Implementazione sul sistema di una funzionalità che renda evidente al medico che le immagini relative al paziente considerato sono state riconciliate	Eseguita nell'aggiornamento RIS-PACS.
IO_13d.3	Impossibilità sul sistema di cancellazione fisica dei dati.	Eseguita nell'aggiornamento RIS-PACS -Istruzione operativa "Gestione informatica riconciliazioni anagrafiche/correzioni".
IO_14	Procedura relativa alla refertazione	Istruzione operativa (che riporta anche gli standard della delibera regionale in termini di tempi di disponibilità dei referti).
IO_14a	Presenza di casi d'uso nella procedura di cui sopra	Si veda punto IO_13d.3.
IO_14b	Determinazione degli attori coinvolti e le responsabilità attribuite nella procedura di cui sopra	Si veda punto IO_13d.3.
IO_14c	Istruzione operativa per la tracciabilità e condivisione tra gli attori delle modifiche apportate.	Eseguito nel nuovo RIS Polaris e presente nell'applicativo "Gestione Richieste Di Adeguamento Dati Anagrafici e Clinici".
IO_15	Procedura per l'assegnazione delle credenziali utente.	Procedura aziendale e Documento programmatico della sicurezza.
IO_16	Istituzione procedura per la gestione aziendale dei certificati di firma digitale	Firma digitale e conservazione referti attive da novembre 2012.
IO_17	Implementazione sul RIS dell'apposizione automatica della marcatura temporale sul referto	Non applicabile. I referti firmati digitalmente vengono immediatamente sottoposti a conservazione sostitutiva da novembre 2012.
IO_18	Implementazione profilo IHE "Consistent Time"	I Server PACS e RIS sono allineati ai Time server aziendali.

Accanto alle attività d'implementazione delle raccomandazioni previste dalla DGR 1706/2009 in merito alla sicurezza del sistema PACS attraverso la redazione e/o revisione delle specifiche procedure, nel corso del 2013 si è consolidato l'utilizzo della specifica scheda informatizzata predisposta per la segnalazione spontanea di eventi, quasi/eventi e non conformità. La scheda semistrutturata è stata realizzata sulla base degli esiti di un'analisi di processo, condotta con la tecnica FMEA/FMECA, dei percorsi relativi all'effettuazione d'indagini radiografiche, ecografiche, TC e RM, che ha portato all'identificazione di pericoli, al calcolo dell'Indice di Priorità del Rischio e alla proposta di possibili "barriere". La nuova scheda informatizzata, resa disponibile sull'intranet aziendale, ha favorito la sensibilizzazione degli operatori rispetto alla tematica del rischio clinico e ha determinato un incremento considerevole delle segnalazioni di eventi/quasi eventi, che saranno oggetto di nuove analisi al fine di individuare dei percorsi di miglioramento.

Tracciabilità pazienti e prevenzione errori d'identificazione

L'Azienda Ospedaliera ha introdotto in via sperimentale in alcuni reparti una nuova procedura d'identificazione del paziente: in particolare, all'atto del ricovero ospedaliero, l'operatore sanitario esegue il riconoscimento attraverso la lettura del codice fiscale o tessera sanitaria e, in seguito, stampa su un braccialetto autoadesivo l'anagrafica dell'utente e il relativo codice a barre identificativo. Il braccialetto, di colore bianco, privo di lattice e protetto da un rivestimento impermeabile, riporta in chiaro il codice fiscale (o il codice STP per pazienti stranieri), il numero che si riferisce all'episodio di ricovero, il reparto di degenza, il cognome, il nome, la data e il luogo di nascita; accanto a queste informazioni, inoltre, per tutta la lunghezza del braccialetto è stampato il codice a barre identificativo.

Le caratteristiche e il contenuto informativo del braccialetto

derivano dalle indicazioni riportate nella Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 1706 del 2009.

Il braccialetto rappresenta un valido dispositivo per facilitare la corretta identificazione durante l'intero arco della degenza e, a regime, grazie all'abbinamento con l'applicativo informatico per la gestione delle sale operatorie, consentirà di innalzare i livelli di sicurezza del paziente candidato a

**È STATA INOLTRE AVVIATA LA
PROCEDURA DI TRACCIABILITÀ DEI
PAZIENTI ANCHE SUI POSTI LETTO
DI DH, IN LINEA ANCHE CON GLI
OBIETTIVI PREVISTI NEL PROGETTO
DI MODERNIZZAZIONE "ADOZIONE DI
STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE
DEL PAZIENTE".**

intervento chirurgico, anche all'interno del blocco operatorio. Infatti, nell'area antistante alle sale operatorie è in via d'implementazione il check-in informatizzato attraverso la lettura del codice a barre stampato sul braccialetto, senza la quale non sarà possibile accedere, in sala operatoria, alla scheda informatica del paziente, anche se presente in lista operatoria.

Il nuovo braccialetto, nel corso degli ultimi anni, è stato progressivamente introdotto nei reparti che utilizzano il software per la prescrizione informatizzata; a far tempo dal 2012, tuttavia, si è ritenuto opportuno estendere l'utilizzo del braccialetto a tutte le U.O. di degenza ordinaria, anche a quelle in cui il software di prescrizione non è stato ancora introdotto, arrivando a coprire la quasi totalità dei posti letto di degenza ordinaria (96% dei posti letto di degenza ordinaria). Nel corso del 2013, inoltre, è stata avviata l'implementazione della procedura anche sui posti letto di Day Hospital, in linea anche con gli obiettivi previsti nel progetto di modernizzazione "Adozione di strumenti per l'identificazione del paziente", a cui l'Azienda Ospedaliera partecipa.

Altre iniziative finalizzate a migliorare la sicurezza dei pazienti e obiettivi DGR 1706/09

PIANO FORMATIVO

Il progetto formativo finalizzato a diffondere una nuova cultura di approccio all'errore e di gestione del rischio è stato avviato nell'autunno del 2007 in stretta collaborazione con i referenti dell'Unità gestione del rischio e sicurezza dell'Azienda USL: nei primi 4 mesi (da ottobre 2007 a gennaio 2008) sono stati coinvolti nella formazione Direttori/Responsabili di U.O., Coordinatori Tecnici e Infermieristici, Referenti delle reti aziendali, per un totale di 269 operatori. Nel mese di maggio 2008 è stato avviato il livello base rivolto a tutti gli operatori (medici, infermieri, tecnici e operatori socio sanitari) e da maggio 2008 a dicembre 2013 sono state condotte 42 edizioni (3 edizioni nel corso del 2013),

che hanno visto il coinvolgimento di 1329 operatori.

L'interesse per il corso è stato molto elevato e oltre il 95% dei partecipanti ha riportato nei questionari di gradimento che i contenuti del corso sono utili nello svolgimento della propria attività lavorativa.

Nel corso del 2013, inoltre, sono state condotte due edizioni del corso "Sale Operatorie Sicure", finalizzato all'implementazione della *safety surgery checklist* all'interno del Comparto Operatorio Ala Nord. Il corso ha visto la partecipazione di 40 operatori, tra chirurghi, anestesisti, infermieri di sala, strumentisti e operatori socio-sanitari.

PROFILASSI ANTITROMBOEMBOLICA N CHIRURGIA

Nel corso del 2011 si è lavorato soprattutto sul tema della profilassi antitromboembolica, attraverso la predisposizione di linee d'indirizzo aziendali specifiche per la profilassi del TEV in chirurgia ortopedica e con la predisposizione di algoritmi per la definizione del rischio. Nel novembre del 2011 è stato organizzato un evento formativo sul tema, accreditato ECM, in cui è stato anche presentato il documento aziendale. Nel corso del biennio 2012 - 2013 sono continuati i lavori per la progressiva revisione dei protocolli di profilassi antitromboembolica anche negli altri settori chirurgici.

CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Sulla base delle indicazioni contenute nella DGR 1706/2009 e, in particolare, nella sezione riguardante la tenuta della documentazione sanitaria, sono state predisposte le Linee d'indirizzo aziendali per la corretta tenuta della documentazione sanitaria, che riportano i requisiti minimi di qualità della cartella clinica e infermieristica.

Incontri di formazione sulla corretta tenuta della documentazione sanitaria, rivolti sia al personale medico che infermieristico, si sono svolti anche biennio 2012-2013, così com'è proseguito il processo di controlli di qualità sulla compilazione della cartella clinica attraverso l'utilizzo della scheda di monitoraggio prevista dalla stessa DGR 1706. In particolare, nel corso del 2013, il numero di cartelle cliniche sottoposte a controllo sono state 1.135 cartelle (788 di degenza ordinaria e 347 di day hospital).

CONSENSO INFORMATO, COMUNICAZIONE AI PAZIENTI E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE PUBBLICA

In seguito alla costituzione del nuovo Servizio aziendale di Medicina Legale, sono stati organizzati e realizzati una serie di eventi formativi sui temi della responsabilità professionale, del consenso informato, della tenuta della documentazione sanitaria (8 edizioni nel corso del 2011, 5 nel 2012

e 4 nel 2013). In particolare, nel 2013 è stato realizzato un evento formativo dal titolo “Il consenso informato e la responsabilità professionale”, in cui è stato approfondito il tema del consenso informato all'intervento e alle procedure invasive ed è stata anche l'occasione per discutere con i clinici la nuova procedura aziendale sul consenso informato (PR 29 - Informazione e consenso ad atto diagnostico e/o terapeutico), aggiornata alla luce delle indicazioni riportate nella DGR 1706.

Per quanto riguarda gli aspetti che si riferiscono alla comunicazione, anche nel corso del 2013 è stato realizzato il corso interprofessionale (4 edizioni da 14 ore ciascuna) per il miglioramento della comunicazione tra professionisti sanitari, pazienti e familiari, che ha visto una buona partecipazione degli operatori così come negli anni precedenti.

Conclusioni



CONCLUSIONI

Bilancio di Missione 2013

Richiamato dalle conclusioni del Bilancio di Missione 2012 (ultimo periodo):

"Il 2012 è stato un anno di transizione e di assestamento che ha tenuto conto della diminuzione dei finanziamenti ottenendo comunque un miglioramento dei servizi e senza pregiudicare gli obiettivi futuri, di cui alcuni già importanti per il 2013".

Sin dall'inizio il 2013 era preannunciato come l'annus horribilis del SSN (vedi la premessa del BdM) e di conseguenza del SSR: la riduzione del finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale ha determinato, di necessità, una riduzione del finanziamento alle aziende sanitarie regionali. Le previsioni erano, pertanto, estremamente negative, in particolare per aziende come L'ASMN-IRCCS che negli ultimi anni erano cresciute significativamente nel contesto nazionale, in controtendenza rispetto a quasi tutte le altre realtà sanitarie. Vi erano fortissime preoccupazioni circa la sostenibilità del bilancio aziendale non solo per i programmati processi di sviluppo, ma anche rispetto alla recente crescita di fattori produttivi, come il costo del personale, per i quali all'inizio del 2013 era incerta anche solo la possibilità di mantenimento. Quando è iniziato il processo di programmazione 2013 non solo era in dubbio il miglioramento dei servizi, ma non vi erano certezze neppure sul mantenimento del livello 2012 degli stessi servizi.

Oggi possiamo affermare che, a differenza delle previsioni, per l'ASMN IRCCS il 2013 è stato il migliore anno dell'ultimo decennio per i risultati ottenuti; questo, ovviamente, grazie anche al lavoro degli anni precedenti.

Prima di sintetizzare gli obiettivi raggiunti, è doveroso precisare chi ha permesso di "ribaltare" completamente la congiuntura negativa. Innanzi tutto la Regione Emilia-Romagna, che ha il merito di aver sostenuto l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia attribuendo alle aziende sanitarie reggiane, alla fine dell'esercizio 2013, le risorse necessarie per assicurare loro il risultato di equilibrio. Infatti, entrambe le aziende del territorio hanno chiuso il 2013 in pareggio, raggiungendo così il risultato programmato dalla Regione. Peraltro, l'obiettivo regionale di bilancio è conquistato dal 2000: sono 14 anni che le aziende reggiane lo raggiungono!

Altro elemento determinante è il rapporto di collaborazione instaurato, e rafforzatosi nelle recenti difficoltà, con l'Azienda USL di RE. Grazie all'integrazione di funzioni e alle "reti" di servizi ospedalieri comuni si è ottenuto il miglioramento degli stessi e una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Inoltre, nel 2013 hanno funzionato efficacemente gli organi aziendali con il massimo della collaborazione tra di loro a garanzia dei risultati da condividere. Mi riferisco in particolare:

- al ruolo svolto dal Collegio di Direzione, per quel che riguarda la completata riorganizzazione dell'Ospedale e per tutte le innovazioni proposte e implementate nel corso dell'anno
- alla costituzione del Consiglio di Indirizzo e Verifica dell'IRCCS che ha consentito la messa a regime della programmazione della ricerca aziendale.

Insieme agli organi aziendali sopra richiamati, hanno avuto grande merito nella gestione della difficile situazione 2013: la Direzione Sanitaria, la Direzione Scientifica, la Direzione Amministrativa, la Direzione della Professioni Sanitarie e la Direzione Medica Ospedaliera. E infine, ultimi ma primi per merito, tutti i professionisti e dipendenti che hanno fatto meritoriamente la propria parte, consentendo di trasformare l'anno più difficile nell'anno migliore per la nostra Azienda.

Il conseguimento del pareggio di bilancio è stato uno degli importanti obiettivi raggiunti nel 2013 cui si sono affiancati, su diversi fronti aziendali, altri risultati dei quali riportiamo i più significativi:

- è stata avviata la riorganizzazione per intensità di cura e complessità assistenziale e sono stati migliorati i percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali;
- sono state completate opere i cui cantieri erano avviati da tempo: i collegamenti orizzontali tra tutti i piani dei corpi "a" e "b" del monoblocco ospedaliero, la nuova sede della Neonatologia, le aree di ammissione e dimissione ospedaliera, la nuova sede delle segreterie unificate delle chirurgie, la nuova camera calda per il trasferimento dei pazienti, l'ampliamento della sede del DH oncologico e la riqualificazione del piano rialzato dell'ex ospedale Spallanzani con collocazione definitiva delle direzioni generale, sanitaria, amministrativa, medico-ospedaliera e delle professioni sanitarie;
- è stata incrementata e consolidata la produzione scientifica della componente IRCCS e di tutta l'Azienda, grazie anche a un eccellente lavoro di stimolo e di coordinamento da parte della Direzione Scientifica e

dell'Infrastruttura (IRS) a disposizione di tutti i ricercatori dell'Azienda;

- è stata avviata l'attività di routine del laboratorio chimico-clinico automatizzato su piattaforma centralizzata (Corelab);
- è iniziato l'allestimento tecnologico dei laboratori di ricerca;
- è stata attivata la nuova Struttura Semplice Dipartimentale di Medicina Oncologica e la Struttura Interaziendale di Cure Palliative

È del tutto evidente che il 2013 si caratterizza come un anno in cui si sono completati numerosi e importanti obiettivi.

Nel 2014, oltre a dover affrontare i "soliti" problemi di bilancio, si dovranno consolidare e migliorare gli obiettivi raggiunti nel 2013 (con particolare riferimento alla riorganizzazione ospedaliera per intensità e complessità, nonché all'implementazione dell'attività di ricerca su tutta l'azienda); ma ci sono altri obiettivi che ci impegneremo a raggiungere: il completamento del progetto Corelab, l'acquisizione e messa in funzione del nuovo acceleratore lineare per la Radioterapia, l'accreditamento OECl e la preparazione della site visit per la conferma del riconoscimento IRCCS.

Dovranno, soprattutto, essere valutati ed esaminati tutti gli aspetti preliminari all'apertura del Centro Oncoematologico (CORE), il cui parcheggio è tra le opere realizzate nel corso del 2013, per il quale si prevede il completamento dei lavori entro il 2015.

Pertanto il 2014 sarà, com'è stato il 2012, un anno di assestamento e transizione verso un 2015 d'importanti realizzazioni aziendali.

Il 2015 sarà anche l'anno in cui la sede attuale dell'Ospedale S. Maria Nuova festeggerà i 50 anni: un'importante occasione da cogliere per la nostra azienda e la nostra città.

Ivan Trenti
Direttore Generale

RINGRAZIAMENTI

Il presente documento è frutto del prezioso contributo dei seguenti servizi e strutture:

- Controllo di gestione e Marketing
- Direzione Medica Ospedaliera
- Direzione Professioni Sanitarie
- Infrastruttura Ricerca e Statistica
- Formazione e Innovazione Clinica
- Bilancio e Finanza
- Gestione del personale
- Affari Istituzionali e Legali
- Farmacia
- Tecnologie Informatiche e Telematiche
- Tecnologie Biomediche
- Appalti
- Logistico Alberghiero
- Prevenzione e Protezione
- Comunicazione Relazioni Esterne Informazione

La Direzione Aziendale dell'Arcispedale Santa Maria Nuova ringrazia tutti coloro che hanno contribuito alla stesura di questo Bilancio di Missione.

Progetto a cura del Servizio Controllo Gestione e Marketing

Redatto: Agosto 2014

Stampa a cura di: Tipografia San Martino - San Martino in Rio (RE)

Stampato su carta proveniente da foreste controllate



