Bilancio
di missione
2011

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

Bilancio
di missione 2011

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

Indice

Presentazione. 9

1. CONTESTO DI RIFERIMENTO 11
1.1 Quadro normativo e istituzionale 13
1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università 13
1.3 La rete integrata dell' offerta regionale 16
1.4 Osservazioni epidemiologiche 21
1.5 Accordo di fornitura 36

2. PROFILO AZIENDALE 41
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale 43
2.2 Impatto sul contesto territoriale 52
2.3 Contributo alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza 62
2.4 Ricerca e didattica 97
2.5 Assetto organizzativo 114

3. OBIETTIVI ISTITUZIONALI E STRATEGIE AZIENDALI 127
3.1 Partecipazione degli Enti Locali alla Programmazione Sanitaria 132
3.2 Universalità ed equità di accesso 133
3.3 Centralità del cittadino 145
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale 151
3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica ed organizzativa. 168

4. CONDIZIONI DI LAVORO, COMPETENZE DEL PERSONALE ED EFFICIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE 177
4.1 La "carta di identità" del personale 179
4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa 182
4.3 Gestione del rischio e sicurezza 185
4.4 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali 187
4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti 198
4.6 La formazione del Personale nell'ASMN 198
4.7 Sistema informativo del personale 208
4.8 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le loro rappresentanze 210

5. SISTEMA DI RELAZIONI E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE 213
5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi 215
5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità 216
5.3 La comunicazione interna aziendale 218

6. RICERCA E INNOVAZIONE 221
6.1 Attività dell'Infrastruttura locale per la Ricerca e Innovazione 223
6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole 228
6.3 Garanzie di Trasparenza 233

7. OBIETTIVI SPECIFICI DI PARTICOLARE RILEVANZA ISTITUZIONALE 235
IRCCS 237

SICUREZZA DELLE CURE 251

Conclusioni del Direttore Generale 263

Premessa

Riorganizzazione.
Con tutta probabilità, nel 2011, è stato questo il termine maggiormente menzionato in Ospedale. Non c'è stato incontro in cui non si sia fatto riferimento al progetto di rivisitazione dell'impianto organizzativo, ispirato al modello dell'intensità di cura e della complessità assistenziale, avviato, in accordo col Collegio di Direzione, nel corso del mese di febbraio. Un progetto che, in diverse tappe, si è sviluppato lungo tutto il 2011, con un'innovativa modalità di coinvolgimento dei professionisti "non apicali" nella fase propositiva delle possibili soluzioni e con un ruolo attivo del Collegio di Direzione, nei vari momenti di ratifica dell'impianto complessivo.

- 8 incontri del Collegio di Direzione,
- 20 incontri dei gruppi di lavoro,
- Numerosi confronti con i singoli Comitati di Dipartimento e gli Staff Dipartimentali,
- 4 Seminari formativi,

hanno portato all'approvazione di un progetto di riorganizzazione che intende modificare in modo sostanziale il modello di funzionamento del nostro ospedale, per conferirgli maggiore flessibilità, coerenza con l'evoluzione demografica ed epidemiologica, appropriatezza di "*setting*" di ricovero, integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, continuità delle cure: un ospedale non più rigidamente organizzato attorno alle Strutture (con le loro dotazioni di posti letto e di risorse professionali, tecnologiche e materiali), ma dotato di aree multidisciplinari a grado crescente di intensità, in grado di

- assicurare ad un paziente più complesso e fragile di 20 anni fa, una centralità nei percorsi clinico-assistenziali ed una risposta adeguata al bisogno che esprime;
- superare il modello di allocazione e gestione delle risorse strutturali centrato sulle unità organizzative a confini rigidi;
- garantire maggiore efficienza produttiva;
- consentire le integrazioni clinico-professionali, per erogare un processo di cura completo e privo di frammentazioni;
- continuare a sostenere lo sviluppo delle vocazioni e delle attività specialistiche.

Un altro termine diventato nel 2011, a pieno titolo, "protagonista" del lavoro quotidiano è RICERCA.
Alla fine di maggio è stato pubblicato il Decreto Ministeriale di riconoscimento dell'Arcispedale S. Maria Nuova quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia: un traguardo importantissimo, che costituisce motivo di orgoglio per un intera comunita professionale che ha visto riconosciuto un impegno pluriennale di consolidamento di un'offerta ospedaliera di qualita e coerente con le prerogative pubbliche ed universalistiche del Servizio Sanitario Nazionale.
Un traguardo, quindi, ma anche il punto di partenza di una nuova e più avvincente sfida: quella, appunto, di superare la dimensione spontaneistica della ricerca, per conferirle carattere istituzionale e confermare la reciprocità del binomio "buona ricerca=buona medicina". Il consolidamento dell'Infrastruttura aziendale, volta a promuovere e supportare le attività di ricerca, ha costituito un importante presupposto per la realizzazione di questo obiettivo, costantemente presidiato, progressivamente diffuso e caratterizzato, nel 2011, da confortanti risultati.
Anche l'ammissione, ottenuta nel mese di giugno, ad OECI (l'Organizzazione Europea che riunisce i più prestigiosi Istituti tumori), rappresenta una conferma che la strada intrapresa è sicuramente quella giusta ed aprirà al S. Maria Nuova nuove possibilità di collaborazioni cliniche e scientifiche ai più alti livelli. .

Riorganizzazione e ricerca: fili conduttori di un lavoro particolarmente impegnativo, che ha mantenuto, comunque e come è consuetudine, una costante attenzione anche alle attività cliniche/assistenziali ed ai relativi fattori produttivi.
In una situazione generalizzata di gravi difficoltà nel tenere sotto controllo i bilanci, il S. Maria Nuova ha raggiunto, per l'11° anno consecutivo, l'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario, nonostante un incremento di attività e di complessità della casistica trattata:

- incremento dello 0,9% delle attività di ricovero,
- tasso di ospedalizzazione inferiore alla media regionale,
- aumento del peso medio del DRG e dei ricoveri di tipo chirurgico,
- percentuale dei ricoveri inappropriati inferiore alla media regionale,
- concorso ad una delle migliori performance regionali nella percentuale di adesione agli screening di popolazione attivi,

costituiscono solo alcuni fra i numerosi dati riportati in questo Bilancio di Missione in grado di confermare il giudizio positivo su quanto realizzato nel corso del 2011.

E che dire, poi, degli investimenti strutturali e tecnologici: dall'inaugurazione dell'Ala Sud, all'avvio del cantiere del Centro Onco-Ematologico, dei collegamenti orizzontali fra i corpi A e B del monoblocco "storico", all'aggiudicazione della gara del Laboratorio Analisi Centralizzato ad alta automazione.

Nonostante le citate difficoltà ed in controtendenza rispetto una deriva diffusa del senso di appartenenza, alla disaffezione confronti dei valori di riferimento a cui la Sanità pubblica si ispi- alla crisi del significato sociale ed etico del lavoro, probabilmen- 2011 costituirà, anche per gli anni futuri, un riferimento permanen- in termini di capacità propulsiva e di diffusione della volontà di par- cipazione all'avvio di un nuovo corso per la sanità ospedaliera della no- provincia.

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 peculiarit•.
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.

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 ed integrarsi con i provvedimenti rilevanti agli effetti del funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale nonché del finanziamento nel rispetto dei vincoli economico-finanziari.
Vista la vastità dei contenuti abbiamo ritenuto di non sviluppare nel documento il quadro normativo nazionale e regionale, lasciando la facoltà , a chi lo ritenesse opportuno , di approfondire tali norme.

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 i livelli nazionale, regionale e locale: http://www.saluter.it/documentazione/leggi.

1.1.1 Quadro istituzionale locale ed aziendale

• PAL (Piano Attuativo Locale)

L'ultimo Piano Attuativo Locale della Provincia di Reggio Emilia è stato approvato il 18/2/2004 dalla Conferenza Socio- Sanitaria Territoriale e contiene come obiettivo strategico per il sistema sanitario provinciale quello di poter pervenire a un sistema di garanzia, con evidenza di cosa si offre, dei modi concreti dell'offerta con i relativi livelli di qualità dichiarati, un sistema basato sull'accreditamento e la ricerca dell'eccellenza. I valori di riferimento alla base del nuovo PAL sono:
• Centralità della persona che entra in relazione con il sistema sanitario
• Adeguamento dell'offerta di servizi ai reali bisogni dei cittadini e della comunità

• PIANI PER LA SALUTE

Il piano della salute è un documento programmatico che si pone il fine di coagulare intorno ad un bene fondamentale come quello della salute una pluralità di attori del pubblico, del privato, dei servizi, della partecipazione civile, della responsabilità istituzionale e sociale al fine di creare una convergenza d'intenti e di azioni intorno ai valori e alle problematiche emergenti per i cittadini del territorio provinciale.

- **PIANO DI ZONA**
- **PROGRAMMA DELLE ATTIVITà TERRITORIALI**
- **ACCORDO DI FORNITURA CON L'AZIENDA USL TERRITORIALE**
- **ATTO AZIENDALE DELIBERA 87 DEL 11/07/2011**

1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università

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

La collaborazione tra Sistema della Regione Emilia Romagna e Università degli Studi è prevista dalla L.R. 29/04, la quale, affermando che la promozione e lo sviluppo delle attività di formazione e di ricerca costituiscono principi fondamentali dell'organizzazione e del funzionamento del SSR, prevede norme specifiche per la loro promozione e il relativo sviluppo, attraverso la sottoscrizione di uno specifico protocollo d'intesa. Per tutte le Aziende sanitarie della regione, diventa, quindi dovere istituzionale 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 peraltro particolarmente avvertito, dall'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia quale IRCCS in "Oncologia: Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali".

L'importanza dell'acquisizione di competenze e abilità nella formazione al lavoro, in ambito sanitario, porta le Aziende Ospedaliere a essere un naturale laboratorio didattico per tutti gli studenti delle Facoltà Universitarie, che intendano completare, con tirocini, i percorsi di studi per la preparazione all'esercizio della professione di base e specialistica.
A Reggio Emilia sono ormai attivi, da anni, Corsi di Laurea e Corsi di Laurea Magistrale della Facoltà di Medicina e Chirurgia di UNIMORE (Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, Corso di Laurea in Fisioterapia, Corso di Laurea per Tecnici di Radiologia Medica), realizzati con ampio coinvolgimento e collaborazione delle due Aziende Sanitarie Provinciali (AUSL/ASMN), che concorrono, alla loro gestione, garantendo l'attività di tutoraggio e mettendo a disposizione le proprie Strutture per i tirocini.

Dal 2007 sono attive Convenzioni con l'AUSL, con l'Università di Modena e Reggio Emilia e con l'Università di Parma per la formazione specialistica dei medici e per la frequenza di master formativi.
Sono, inoltre, state stipulate convenzioni con altre Università regionali ed extra-regionali che individuano, presso l'ASMN, sedi di didattica integrativa per corsi di specializzazione e corsi formativi per psicologi, farmacisti, biologi, fisici, 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 di assistenza alla didattica

L'attività di tutoring, 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 entrambi i corsi di laurea (Infermieristica e Tecnici di radiologia medica) 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 spronare 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 *assessment*, di relazione col malato e l'impiego di tecniche assistenziali;
- il graduale contatto e inserimento dello studente nell'ambiente sanitario;
- la partnership 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 *document delivery* 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 viene dato corso con l'attivazione dei posti in scuola di specialità. Tutte le Strutture ASMN sono sedi collegate di UNIMORE, mentre con UNIPR la definizione dei singoli rapporti convenzionali viene 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 2012, riguardante l'Unità per la Riabilitazione delle Gravi Disabilità Infantili diretta dal Professor 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 formative 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 specifico, 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".

• 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 preliminare 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 famigliari, 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'attestato 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. Per l'anno 2011 sono stati realizzati due Corsi Base e sei *retraining* per guide infermieri, mentre il *retraining* previsto per le guide di tirocinio tecnici di radiologia, non è stato realizzato. 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.

Completa l'attenzione al percorso di tirocinio, la presenza di un gruppo di lavoro, composto dai tutor del Corso di laurea in Infermieristica e alcuni rappresentanti delle Aziende Sanitarie reggiane, con la finalità d'individuare e monitorare modelli di progettazione assistenziale, capaci di coniugare gli obiettivi formativi con quelli professionalizzanti; correlando necessità del Corso di Laurea e delle Direzioni Infermieristiche delle Aziende Sanitarie di Reggio Emilia.

• 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 consiglio 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 di 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 *debrifing* 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) piuttosto che progetti di ricerca finalizzati al riscontro delle abilità acquisite ed esercitate/riconosciute nell'ambito lavorativo (progetto di ricerca Formazione di base e organizzazione. Da studente a neo-assunto).

• Collaborazione con Università per e nella ricerca delle professioni sanitarie

Sono stati attivati quattro progetti di formazione sul campo con l'obiettivo di applicare il metodo scientifico nella pratica delle Professioni Sanitarie, sulla base dei quesiti emersi durante la formazione di base sul tema della ricerca applicata.

Tre di questi si sono completati e il quarto si è attivato, ma non si è concluso, proseguirà nel 2012.

i temi inerenti sono stati:

- errore di posizionamento nei pazienti con neoplasia testa-collo radiotrattati con tecnica IMRT
- dolore post-operatorio nelle donne operate a livello ginecologico
- fattori di rischio che aumentano la probabilità d'inserimento di un dispositivo centrale nei pazienti che all'inizio dei cicli di chemioterapia non hanno un dispositivo venoso centrale ai quali viene inserito in itinere
- le competenze del neo-assunto

  I progetti di ricerca hanno visto l'attivazione in qualità di tutor, della Responsabile della Ricerca della DPS e dei Coordinatori dei CdL per Infermiere e per Tecnico di Radiologia.

I gruppi di progetto si sono caratterizzati per l'attività strettamente connessa alla pratica quotidiana, per l'analisi di fonti documentarie spesso rappresentate da dati di attività e reportistiche di uso corrente, per la ricerca delle evidenze.

1.3 La rete integrata dell'offerta regionale

Nell'ambito della rete integrata dell'offerta regionale, l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia svolge la propria funzione su 2 livelli:

- costituisce il riferimento sia per le attività di primo che di secondo livello per i cittadini che risiedono nella provincia di Reggio Emilia nell'ambito dell'accordo di fornitura con l'Azienda territoriale di Reggio Emilia
- è nodo di riferimento Hub nella rete regionale per le attività di Riabilitazione delle gravi disabilità infantili (UDGEE), di Terapia Intensiva Neonatale, di Laboratorio di genetica medica e per il Trattamento dell'Ictus ischemico cerebrale. Parallelamente svolge funzioni di Spoke nell'ambito della Neurochirurgia d'urgenza, nella rete per la gestione dei pazienti GRACER, nella rete per emofilia e malattie emorragiche e malattie emolitiche congenite, nella rete per la sindrome di Morfan.

L'azienda Ospedaliera è dotata di tutte le alte specialità mediche e chirurgiche ad eccezione di: cardiochirurgia, 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 a cui fare riferimento; di converso **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.
Entrambi gli indicatori vengono esaminati di seguito sia per il livello della Specialistica Ambulatoriale che per il livello assistenziale della Degenza Ordinaria e Day Hospital.

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 numero 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 1.3.2 - Specialistica ambulatoriale - Indice dipendenza della popolazione

PROVINCIA REGGIO EMILIA	% PRESTAZ. EROGATE PRESSO I PRESIDI AUSL		% PRESTAZ. EROGATE AZIENDA OSPEDALIERA	% PRESTAZ. EROGATE ENTRO LA PROVINCIA	% PRESTAZ. EROGATE IN ALTRE AZIENDE R.E.R.	
	PUBBLICO	PRIVATO			PUBBLICO	PRIVATO
anno 2009	29,70%	12,70%	54,00%	96,40%	3,40%	0,20%
anno 2010	30,42%	12,70%	53,17%	96,29%	3,38%	0,33%
anno 2011	32,88%	12,45%	51,40%	96,73%	3,04%	0,22%
Prov. MO '11	81,20%	0,18%	15,84%	97,22%	2,76%	0,02%
Prov. PR '11	66,76%	0,61%	30,76%	98,13%	1,87%	-
Prov. FE '11	55,28%	1,33%	38,44%	95,05%	4,93%	0,02%

A. 2011 PROVINCIA REGGIO EMILIA	% PRESTAZ. EROGATE PRESSO I PRESIDI AUSL		% PRESTAZ. EROGATE AZIENDA OSPEDALIERA	% PRESTAZ. EROGATE ENTRO LA PROVINCIA	% PRESTAZ. EROGATE IN ALTRE AZIENDE R.E.R.	
	PUBBLICO	PRIVATO			PUBBLICO	PRIVATO
Diagnostica	45,9%	20,0%	28,4%	94,4%	5,0%	0,6%
Laboratorio	26,1%	9,8%	60,6%	96,4%	3,5%	0,1%
Riabilitazione	28,6%	27,2%	41,5%	97,4%	1,5%	1,1%
Prestaz. Terapeutiche	42,0%	1,9%	50,1%	94,0%	5,7%	0,3%
Visite	52,9%	6,0%	34,3%	93,1%	6,5%	0,4%

Analizzando tale fenomeno per il 2011 nel contesto territoriale della provincia di Reggio Emilia, Tabella 1.3.2, si osserva che la richiesta di prestazioni specialistiche espressa dalla popolazione residente è stata soddisfatta per il 96,73% dalle strutture provinciali: circa il 51% presso l'azienda ospedaliera provinciale (in lieve calo rispetto al 53% del 2010), il 33% presso le strutture pubbliche territoriali e il 13% presso le strutture private (stabili rispetto al 2010). Il restante 3% dei cittadini residenti si è rivolto a strutture extraprovinciali, prevalentemente pubbliche, anche in questo caso 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 (il 51% delle prestazioni erogate per residenti), in misura anche di molto superiore ad altre realtà ospedaliere universitarie di dimensioni simili come Parma (31%), Modena (16%) e Ferrara (38%).

Entrando nel dettaglio delle prestazioni offerte e raggruppate nelle seguenti tipologie principali:

- **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:

- Oltre il 60% dell'**attività Laboratoristica** è concentrata presso il S.M.N. in conseguenza dell'assorbimento dei laboratori di Scandiano, Montecchio e Castelnovo ne' Monti;
- L'attività Riabilitativa è erogata perlopiù presso l'azienda ospedaliera (41,5%, in aumento rispetto al 38% del 2010) e in maniera più contenuta presso strutture pubbliche (28,6%, stabile) e private (27,2% in lieve calo) territoriali;
- Le prestazioni di Visita sono erogate per quasi il 60% nei presidi territoriali pubblici, mentre l'Azienda ospedaliera eroga il 34,3% dell'attività (in crescita rispetto al 2010);
- Anche la **Diagnostica** è principalmente erogata nelle strutture pubbliche dell'AUSL (46%) e, per una parte consistente, dal privato locale (20%, in calo rispetto al 2010). L'ASMN concorre per una percentuale del 28% al totale dell'attività erogata a favore dei cittadini residenti nella provincia.

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 ciascuna 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

AZ. OSP. S.M.N.	% VAL.ECON. EROGATO - RESIDENTI NELLO STESSO DISTRETTO	% VAL.ECON. EROGATO - RESIDENTI ALTRO DISTRETTO DELLA STESSA AZIENDA TERRITORIALE	% VAL.ECON. EROGATO - RESIDENTI ALTRE AZIENDE R.E.R.	% VAL.ECON. EROGATO - FUORI R.E.R. ED ESTERO
anno 2009	58,50%	31,20%	5,70%	4,60%
anno 2010	58,70%	30,90%	5,50%	4,90%
anno 2011	58,10%	31,20%	5,50%	5,20%
A.O. Modena '11	39,80%	45,90%	6,70%	7,60%
A.O. Parma '11	51,80%	29,20%	8,10%	11,00%
A.O. Ferrara '11	57,30%	27,50%	5,60%	9,60%

Analizzando la tendenza mostrata nella Tab. 1.3.3, si osserva che negli ultimi anni, la % di attività erogata, espressa attraverso la valorizzazione economica correlata (importi €) dall'azienda ospedaliera a favore dei residenti nella provincia di Reggio Emilia è sostanzialmente stabile (pari a 89, di cui 58 per cittadini del distretto provinciale e 31 fuori distretto). Rispetto alle altre province su cui operano aziende ospedaliere, il Santa Maria Nuova 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 2011 si registra, rispetto al 2010, un andamento pressoché stabile % sia dell'attività erogata verso residenti del distretto di Reggio Emilia (76), sia dell'attività verso i residenti di altri distretti della provincia (20);
- **Prestazioni di Laboratorio**: la % di attività erogata verso residenti del distretto di Reggio Emilia è nel 2011 invariata rispetto al 2010 (68), mentre è leggermente decresciuta verso gli altri distretti provinciali (30 rispetto a 31);
- **Prestazioni di Visita**: la % di attività erogata è stabile nel 2011 rispetto all'anno precedente a livello del distretto di Reggio Emilia (82), a favore di un leggero incremento dell'attività per gli altri distretti provinciali (15 vs 14).

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 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 (*day hospital*), 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

PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	% RICOVERI PRESSO I PRESIDI AUSL		% RICOVERI AZIENDA OSPEDALIERA	% TOTALE RICOVERI ENTRO LA PROVINCIA	% RICOVERI IN ALTRE AZIENDE R.E.R.		% RICOVERI FUORI REGIONE
	PUBBLICO	PRIVATO			PUBBLICO	PRIVATO	
anno 2009	29,30%	5,80%	45,00%	80,10%	11,40%	2,30%	6,20%
anno 2010	28,60%	6,20%	45,40%	80,20%	11,10%	2,60%	6,00%
anno 2011	28,30%	6,40%	45,50%	80,20%	11,40%	2,70%	5,70%
Prov. MO '11	52,40%	5,80%	28,40%	86,60%	6,70%	1,50%	5,20%
Prov. PR '11	17,90%	18,70%	50,60%	87,20%	5,00%	0,60%	7,10%
Prov. FE '11	29,50%	6,70%	44,60%	80,80%	7,60%	3,00%	8,70%

Analizzando tale fenomeno per il 2011 nel contesto territoriale della Provincia di Reggio Emilia, Tabella 1.3.4, si osserva che oltre l'80% dei residenti con necessità di ricovero, sono stati accolti nelle strutture ospedaliere provinciali, e in particolare il 45,5% presso l'azienda ospedaliera S.M.N. (*vs* 45,4% nel 2010), il 28,3% presso i presidi territoriali della provincia (*vs* 28,6 nel 2010) e il 6,4% presso le strutture private locali (*vs* 6,2% nel 2011). Il restante 20% dei cittadini residenti si è rivolto a strutture extraprovinciali, con una tendenza stabile negli anni.
La fiducia dei cittadini residenti nel territorio reggiano verso l'Azienda Ospedaliera provinciale di riferimento, in continua crescita negli anni, è evidenziata dalla percentuale di ricoveri che è passata dal 45% del 2009 al 45,5% del 2011 e che 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 di una struttura ospedaliera (sono esclusi dal calcolo i neonati sani).
Il bacino d'utenza è principalmente provinciale (in lieve aumento la %

Tabella 1.3.5 - Assistenza Ospedaliera - Indice di dipendenza della struttura

INDICE DI DIPENDENZA DELLA STRUTTURA DALLA POPOLAZIONE AZ. OSP. S.M.N.	% RICOVERI EROGATI - RESIDENTI NELLO STESSO DISTRETTO	% RICOVERI EROGATI - RESIDENTI ALTRO DISTRETTO DELLA STESSA AZIENDA TERRITORIALE	% RICOVERI EROGATI - RESIDENTI ALTRE AZIENDE R.E.R.	% RICOVERI EROGATI - RESIDENTI FUORI R.E.R. ED ESTERO
anno 2009	57,40%	27,50%	7,50%	7,70%
anno 2010	56,60%	27,80%	7,80%	7,80%
anno 2011	56,50%	28,30%	7,70%	7,50%
A. Osp. Modena '11	37,40%	40,90%	8,90%	12,90%
A. Osp. Parma '11	47,80%	30,90%	10,60%	10,70%
A. Osp. Ferrara '11	58,00%	23,20%	5,50%	13,30%

La casistica extraregionale (7,5%), 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 (24% dei ricoveri extraregionali), in particolare il settore della procreazione medicalmente assistita, Medicina generale (7% dei ricoveri extraregionali), Neuro-riabilitazione infantile (7% dei ricoveri extraregionali), Medicina nucleare (7%), Chirurgia generale (5%) e Oculistica (7%).

Tra i cittadini extraregione che sono stati ricoveri presso le strutture dell'azienda ospedaliera, prevalgono i pazienti provenienti dalla Lombardia (21%), dalla Puglia (9%), Campania (8%), Calabria (8%) e i cittadini stranieri (12%).

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 od 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, a cui è stata affidata, sulla base di accordi presi preventivamente a livello di Direzioni Aziendali, anche la Responsabilità della Struttura Spoke di Reggio Emilia. La nuova organizzazione, ha coinciso con il rilancio ed 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 neuroradiologiche, possibili solo in presenza di uno stand by neurochirurgico.

• Terapia Intensiva Neonatale

Dal 2002 è stata riconosciuta dalla Regione al Santa 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 1000 grammi. Supporta il Centro di Medicina della Riproduzione aggregato all'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia che si caratterizza come polo di attrazione in particolare extra regionale.

• 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 2 milioni di abitanti e con compito di effettuare indagini diagnostiche volte alla identificazione delle anomalie cromosomiche, costituzionali, ad eccezione dell'attività di citogenetica oncologica e di mutagenesi. Effettua 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).

• 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 ed 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 ed aggiornamento del Protocollo di centralizzazione Dipartimentale;
- è attivo, all'interno dell'Ospedale, un tavolo di lavoro, coordinato dal Direttore del DEU, 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. I reparti di Medicina 1^ (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 di 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 anemie emolitiche congenite
Con delibera di Giunta n. 1708 del 2 novembre 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 vengono 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 dicembre 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 ed 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'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.

1.4 Osservazioni epidemiologiche

1.4.1 Funzioni HUB e Centro di Eccellenza

Da un punto di vista demografico ed epidemiologico la provincia di Reggio Emilia si caratterizza per

- Popolazione in costante crescita anche se con livelli inferiori al passato (534.014 abitanti al 1.1.2012, +0,68% rispetto al 2010 vs +0,60% Regione E-R)
- Natalità più elevata di tutta la Regione, sostenuta soprattutto dalla popolazione straniera ed in costante crescita (11,07 Tasso di Natalità per 1000 ab. rispetto ad una media regionale di 9,47)
- Saldo migratorio e naturale positivo
- Netto invecchiamento della popolazione senza il contributo dell'immigrazione
- Concentrazione degli stranieri molto elevata in alcune zone
- Mortalità generale in ulteriore calo
- Incidenza in calo negli ultimi anni in entrambi i sessi per tutti i tumori

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.

Ci si riferisce cioè alle funzioni svolte dai Centri di riferimento regionale Hub&Spoke e dai Centri di Eccellenza.
I centri Hub che la regione ha attribuito all'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (D.G.R 1267/2002) sono due:

- la Neonatologia, per la terapia intensiva neonatale e del 1° anno di vita con valenza provinciale
- l'Unità di Riabilitazione delle Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva (UDGEE), unica sede in Emilia Romagna.

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'adeguatezza 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 01.01.2011 (ultimo anno disponibile), è stato pari a 5.758 neonati, entro il 1° anno di vita, residenti nel territorio di Reggio Emilia (+3% rispetto a gennaio 2008 e + 0,8% rispetto a gennaio 2009).
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 598.050 residenti in età pediatrica (0 - 14 anni) nella Regione Emilia Romagna al 01.01.2012, di cui 81.439 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, della 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 01.01.2012 era pari a 534.014 abitanti di cui 262.515 maschi (49,16%) e 271.499 (50,84%) femmine.

1.4.2a 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 Mission 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 - Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale

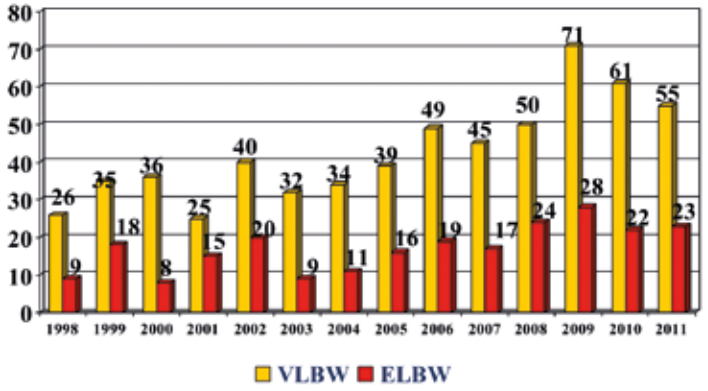
DIMESSI IN DEGENZA ORDINARIA				
	EXTRA RER		PROV. R.E.	TOT.
a. 2009	40	80	779	901
% attrazione	15,40%			
a. 2010	55	92	931	1078
% attrazione	13,64%			
a. 2011	36	60	884	980
% attrazione	9,80%			

Attrazione: esprime la quota % pazienti dimessi non residenti nella provincia di Reggio Emi-

L'assistenza neonatologica provinciale si caratterizza anche per l'assenza di centri di II livello, per cui anche le attività di competenza del II livello devono essere effettuate presso il SMN, con conseguente rischio di sovraffollamento e saturazione dei posti letto di terapia intensiva.
L'integrazione della Neonatologia dell'ASMN si è consolidata negli ultimi anni con la creazione di percorsi condivisi e procedurati, facilitanti il trasferimento delle gravidanze ad alto rischio e/o dei neonati "patologici" dalla periferia al SMN.

L'attività 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.

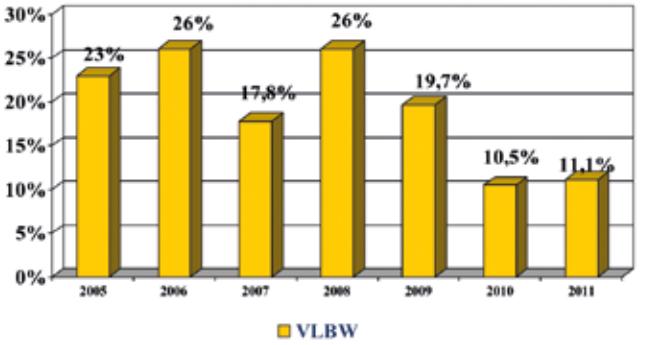
VLBW ed ELBW ALL' ASMN:



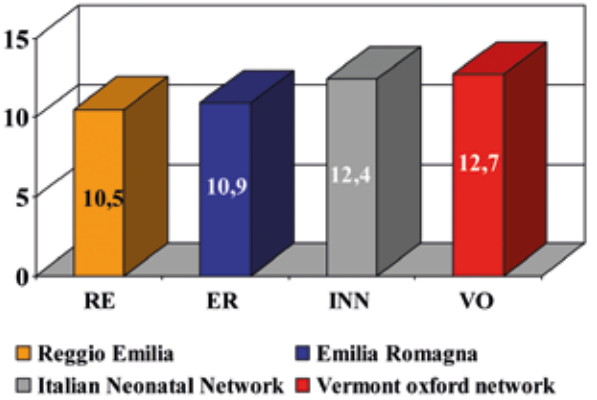
VLBW: neonati con peso alla nascita < 1500 g
ELBW: neonati con peso alla nascita < 1000 g

Come si evince dalla tabella 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.
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 di tali pazienti ed anche il confronto con i prinicipali network italiani ed internazionali mostrano ottime performance

Mortalità VLBW a Reggio Emilia



Mortalità nei VLBW: CONFRONTO 2010

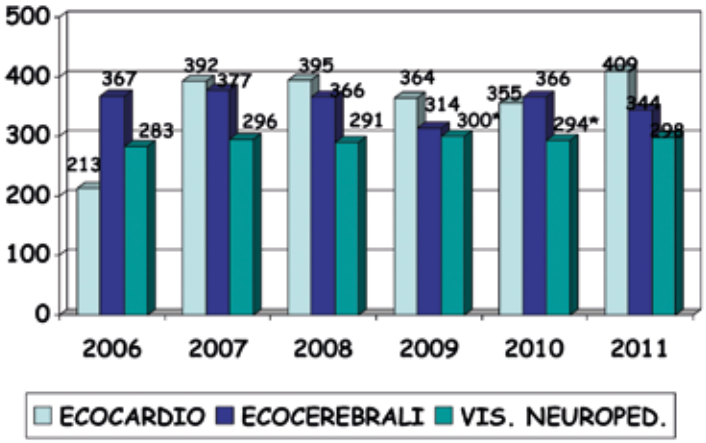


Le Neonatologie sono reparti con bassi volumi di utenza ma ad altissima tecnologia, che hanno vissuto, nel corso degli ultimi decenni, un processo di innovazione tecnologica straordinaria e repentina.
Recentemente la Neonatologia del S. Maria Nuova si è dotata di attrezzature moderne ed innovative che 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:

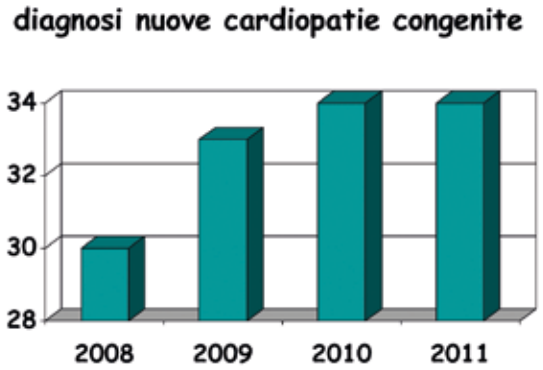
- centro di riferimento regionale per la oftalmologia neonatale: grazie alla acquisizione di uno strumento idoneo per la valutazione ottimale della retina dei prematuri (Retcam), ed alla professionalità e disponibilità dell'équipe oculistica;
- nuove tecniche di ventilazione meccanica (dalla ventilazione 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 follow-up Neurologico;
- ambulatorio di infettivologia neonatale;
- ambulatorio di cardiologia neonatale e pediatrica, costituendo il punto di riferimento anche del centro hub regionale cardiologico (Bologna)

- Banca del Latte;
- moderna tecnica di umanizzazione delle cure;

Visite ultra-specialistiche



Ambulatorio ecocardiografia



• Hub Unita' Riabilitativa per le Gravi Disabilita' Infantili (Udgee):
L'attività della UDGEE (2 posti letto in degenza ordinaria e 1 in day hospital) vede una elevata attrazione extraprovinciale (oltre il 90%) - tabella 1.4.2 - con particolare riguardo a quella extra-regione, la quale, negli ultimi tre anni, è responsabile di una quota che si attesta superiore al 70%.

Tabella 1.4.2 - Udgee

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra ER	Infra RER	Provincia R.E.	Totale
a. 2009	243	67	38	348
%attrazione	89,08%			
a. 2010	244	53	36	333
%attrazione	89,19%			
a. 2011	243	63	25	331
%attrazione	92,45%			

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 Scuola 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 natali 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).

1.4.2b Centri di Eccellenza e capacità attrattiva - S. Maria Nuova
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' A S.M.N, (6 posti letto in degenza ordinaria e 4 in day hospital) nel triennio si è essenzialmente stabilizzata, con più di 1.000 dimissioni/anno complessivamente dalla degenza ordinaria e dal day hospital. È, inoltre, meritevole di segnalazione, un positivo trend attrattivo nei confronti dei pazienti fuori provincia, passati dal 29,84% nel 2009 al 35,97% nel 2011, 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				
	Extra ER	InfraRER	Provincia R.E.	Totale
a. 2009	153	212	858	1223
% attrazione	29,84%			
a. 2010	147	235	812	1194
% attrazione	31,99%			
A 2011	148	247	703	1098
% attrazione	35,97%			

Attrazione: esprime la quota % pazienti dimessi non residenti nella pvincia 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 in seguito alle 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.

Tabella 1.4.4 - N° Day Surgery Struttura Complessa Oculistica

Dimessi in Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E.	Totale
a. 2009	55	133	567	755
% attrazione	24,90%			
a. 2010	60	132	597	789
% attrazione	24,33%			
a. 2011	132	153	781	1066
% attrazione	26,74%			

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.

• TRATTAMENTO DELLA STERILITA' 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

Dimesse in Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E.	Totale
a. 2009	482	456	434	1372
% attrazione	68,37%			
a. 2010	577	578	548	1703
% attrazione	67,82%			
a. 2011	493	587	514	1594
% attrazione	67,65%			

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

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".
Nel corso del 2010 l'attività del Centro si è mantenuta, rispetto agli anni precedenti, molto elevata: la struttura ha prenotato circa 180 coppie al mese candidate alla PMA e sono stati eseguiti 1.380 cicli con prelievo ovocitario che hanno esitato in 210 gravidanze cliniche (15,2% dei cicli eseguiti), di cui l'80% portate a termine con successo.
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 conser-

vare la loro fertilità.
L'attività della Banca del Seme è aumentata esponenzialmente negli ultimi anni: nel periodo 2007-2012 si sono avuti 274 accessi (di cui 65 solo nel 2010,71 nel 2011 e ben 70 nel primo semestre 2012) e 245 pazienti con uno o più campioni di liquido seminale crioconservato (di cui 62 nel 2010, 63 nel 2011 e ben 61 nel primo semestre 2012)).Se ne deduce che l'attività svolta dalla banca del Seme nel 2010 è stata superiore a quella svolta nel triennio precedente.
L'attività della Banca del Seme del'ASMN,che è l'unica in E-R ad essere disponibile per l'utenza 365 giorni su 365,
é cresciuta nel triennio 2010-2012 e,dai dati del primo semestre 2012,sembra destinata a crescere ulteriormente in futuro.

Dal mese di gennaio 2010 é stato attivato presso l'ASMN il "Progetto Multidisciplinare di Procreazione Medicalmente Assistita(PMA) e Genitorialità Responsabile per le Coppie con Infezione da HIV/HCV" che,come strutture.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,osetrici.ginecologi e psicologi.
Nel periodo gennaio 2010-giugno 2012 si sono avuti 123 accessi,sono stati eseguiti 134 cicli con prelievo ovocitario e sono già nati alcuni bambini che non hanno avuto alcuna sieroconversione e che godono di buona salute.

• NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
Per quanto riguarda l'attività del centro di eccellenza di Neuropsichiatria Infantile (NPI) dell' ASMN (2 posti letto di degenza ordinaria ed 1 di day hospital), si rileva nel triennio 2009-2011 una sostanziale stabilità nel numero dei dimessi totali con un aumento nella capacità attrattiva in regime di degenza ordinaria e diurna da extraprovincia, tabella 1.4.6.
La NPI effettua attività di ricovero ospedaliero e ambulatoriale, con ambulatori specialistici di Neuropsichiatria Infantile e specifici 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 competenze mediche e assistenziali specifiche che ne fanno un Centro di riferimento di dimensione regionale.

L'imminente avvio di una diagnostica di laboratorio per le malattie neurometaboliche completa l'elenco dei requisiti richiesti alle Strutture ospedaliere di Neuropsichiatria Infantile affinché la struttura possa essere considerata HUB regionale per le patologie indicate.

Tabella 1.4.6 - Ricoveri in Neuropsichiatria

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E	Totale
a. 2009	56	70	341	467
% attrazione	26,98%			
a. 2010	41	74	326	441
% attrazione	26,08%			
a. 2011	42	103	303	448
% attrazione	32,37%			

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

Al fianco dell'attività assistenziale della NPI vengono portate avanti intense attività di ricerca (pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali, partecipazione attiva a Congressi nazionali e internazionali, ecc..) e di formazione e didattica. Queste ultime portate avanti attraverso l'organizzazione di Workshops sui temi della neurologia infantile, di corsi di formazione trasversale e di ampiezza regionale, la docenza nella Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile E di pediatria dell'università di modena e reggio emilia e l'accoglienza di medici specializzandi della stessa scuola, oltre che di studenti frequentatori degli ultimi due anni della facolta' di medicina e chirurgia della stessa universita'

• GENETICA CLINICA
La Struttura Semplice Dipartimentale di Genetica Clinica 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 oltrechè 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 UDGEE, 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 viene riassunta nella tabella 13. Dall'inizio dell'attività hanno eseguito follow-up 960 bambini con malattia rara.

Tabella1.4.6.1 - Casistica trattata nel 2011 dalla Genetica Clinica

Tipologia attività	Numero casi
Ricoveri in Day hospital	105
Day service	73
Visite ambulatoriali	745

• 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 2011 il Servizio ha effettuato 9423 prestazioni ambulatoriali di cui 3066 PET/CT; tra queste, 630 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/TC) e di una PET/TC di ultima generazione; 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 sperimentali e tecniche di gating sofisticate, alla corretta 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, 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.

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 Regioni limitrofe (soprattutto Lombardia e Veneto).
La struttura è dotata di 8 posti letto in degenza protetta e nel corso del 2011 sono stati effettuati 590 trattamenti in regime di ricovero di cui 176 (30%) con radiofarmaci sperimentali.
La Medicina Nucleare si conferma specialità di riferimento, all'interno della regione e fuori regione, con una capacità attrattiva, nel 2011, stabile al 79%, 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				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E.	Totale
a. 2009	143	266	116	525
% attrazione	77,90%			
a.2010	213	279	126	618
% attrazione	79,61%			
a. 2011	231	234	125	590
% attrazione	78,81%			

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

Nel corso del 2011 sono stati effettuati 590 trattamenti in regime di ricovero, così suddivisi:

Terapia (in regime di ricovero)	Patologia	Totale = 590
^{131}I	Neoplasie tiroide diff.	410
^{177}Lu e ^{90}Y-DOTATOC	NET e neoplasie SSTR +	174
^{131}I-L19SIP	Metastasi cerebrali	2
^{90}Y-Zevalin	Linfomi NH refrattari	4

I trattamenti terapeutici ambulatoriali sono invece stati 156, quasi tutti per pazienti della provincia:

Terapia (in regime ambulatoriale)	Patologia	Totale = 147
^{131}I	Ipertiroidismo	113
^{90}Y colloidale	Artriti essudative	32
^{153}Sm-EDTMP e ^{89}Sr-cloruro	Metastasi ossee	2

• RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

La S.C. di **Radioterapia Oncologica** 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 2011 la S.C. di Radioterapia Oncologica ha eseguito 1364 corsi di radioterapia con alte energie (Acceleratori Lineari, Tomoterapia e IORT), 221 corsi di radioterapia con ortovoltaggio (Roentgenterapia)e 81 trattamenti con brachiterapia endocavitaria (High Dose Rate). 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 37% 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 2011

Macchina di terapia	Tecnica di trattamento	Complessità	Numero corsi di terapia
Acceleratore Lineare	3DCRT (conformazionale tri-dimensionale)	cat C	863
	con Acceleratori Lineari: IMRT e RT stereotassica	cat D	260
Tomoterapia	IMRT		233
IORT	campo diretto intra-operatorio		8
	totale		1364

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.

La SC di Radioterapia costituisce un polo di attrazione per i trattamenti con alte energie: nel 2011 i piani di trattamento eseguiti per pazienti provenienti da altre ASL della regione ed extra-regionali hanno rappresentato il 26% del totale. Se si considera la sola Tomoterapia, il 24.6 % dei trattamenti è stato erogato a pazienti di provenienza extra-regionale.

• 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 ha erogato nell'anno 2011 circa 14000 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 ed al trattamento della patologia neoplastica biliopancreatica, esofagea, gastrica e colorettale.

Le prestazioni endoscopiche eseguite sono così riassumibili:

- Colonscopie: 5429
- Gastroscopie: 4142
- ERCP (Colangiopancreatografie retrograde endoscopiche): 525
- Ecoendoscopie operative: 240
- Ecoendoscopie diagnostiche: 1015
- Ecografie addominali : 234
- phmanometrie: 97
- BT per intolleranze alimentari:560
- BT urea per H. Pylori :1478
- Visite gastroenterologiche ambulatoriali: 190

Nel corso dell'anno 2011 sono stati ricoverati 180 pazienti in regime di Day Hospital e 324 in regime di degenza ordinaria, prevalentemente breve.

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.

1. citogenetica classica - si incentra sulla 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);
2. citogenetica molecolare - si fonda sull'utilizzo della ibridazione a fluorescenza in situ (FISH) ed è principalmente rivolta (circa 60% dell'attività specifica) alla patologia oncoematologica; in questo ambito sonde molecolari commerciali o "home made", vengono 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 nelle 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);
3. genetica molecolare si rivolge alla diagnostica di specifiche condizioni costituzionali, molte di queste associate a ritardo mentale. In particolare con techiche 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 ed 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 imprintati (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 questo 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 viene 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 MENINA (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'A.S.M.N)

1.4.3.a) Incidenza e Mortalità
In questa paragrafo vengono messe in evidenza le principali neoplasie trattate in modo multidisciplinare e per le quali sono stati implementati percorsi diagnostici-terapeutici a valenza provinciale e aziendale. Il quadro epidemiologico della patologia oncologica fa riferimento all'anno 2009: 3824 persone si sono ammalate di tumore (2076 maschi, 54.2%, e 1748 femmine, 45.8%) delle quali 985 sono decedute nel corso dell'anno 2009 (579 maschi e 406 femmine).

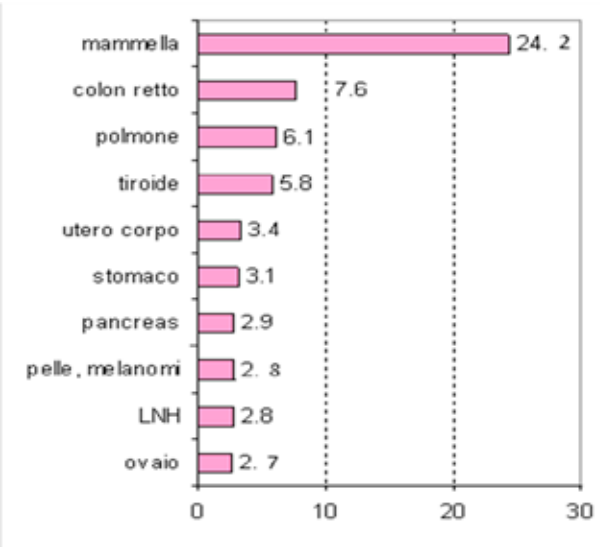
grafico 1.4.1. Incidenza delle principali neoplasie (esclusi carcinomi cutanei, malattie mieloproliferative e sindromi mielodisplastiche). Valori percentuali. Anno 2009

1.4.3.b) Sopravvivenza
I tumori a più lunga sopravvivenza, dopo 5 anni, sono risultati:
- 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.

Femmine



Maschi

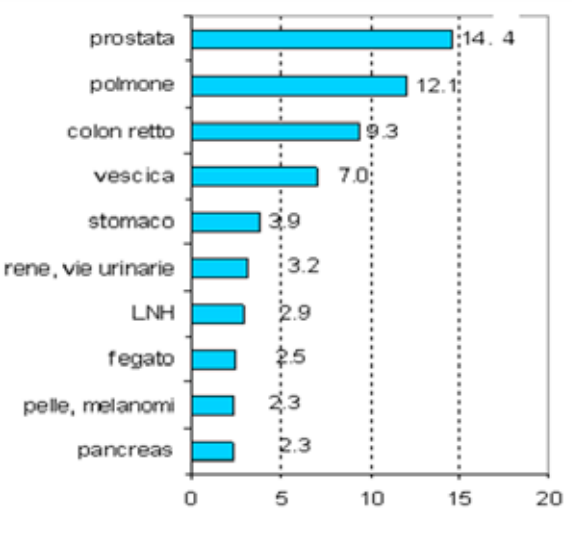
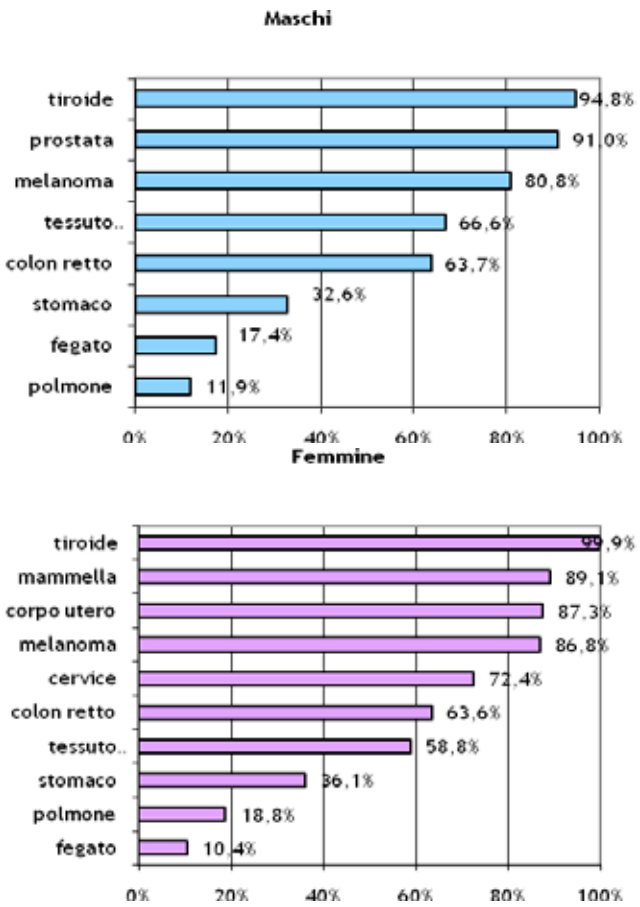


grafico 1.4.2: *Sopravvivenza relativa a 5 anni per le principali neoplasie per sesso (follow up al 31/12/2009) - Reggio Emilia*



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

Per quanto riguarda il dato di prevalenza, la tabella 1.4.9 fa riferimento agli ultimi dati disponibili pubblicati dal Registro Tumori Reggiano fino al 1 gennaio 2010.

Al 1/1/2010, i soggetti residenti nella provincia di Reggio Emilia con una pregressa diagnosi di tumore sono 24.138, con una proporzione di 4.595 soggetti ogni 100.000 residenti. Trattasi di un dato interessante poiché, negli ultimi anni, è fortemente aumentato il numero di persone affette da tumore con conseguente ripercussione sull'organizzazione dei servizi sanitari.

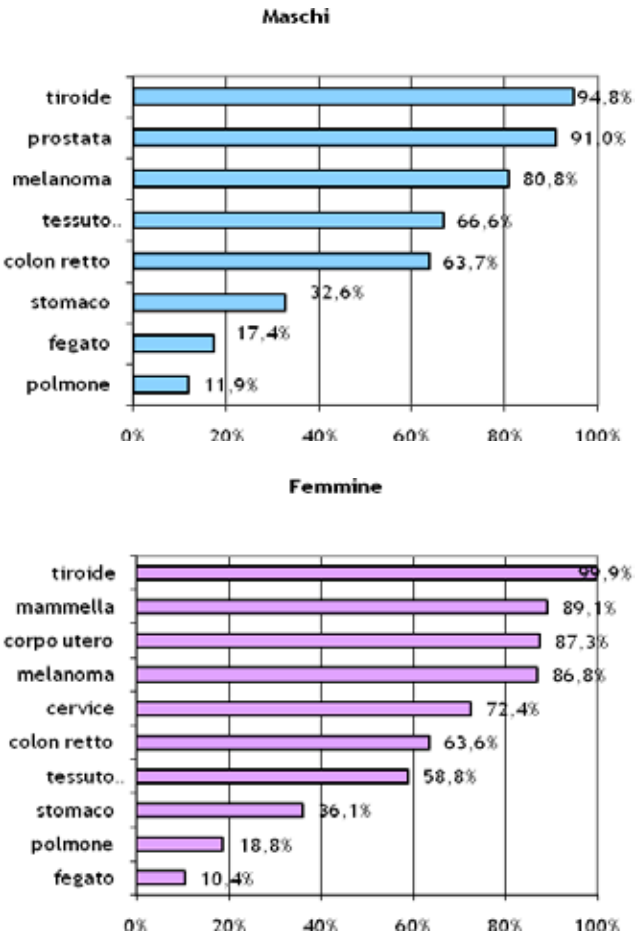
Tabella 1.4.9 - Casi prevalenti al 1/1/2010

Anni della diagnosi	N. casi prevalenti (maschi)	N. casi prevalenti (femmine)	N. casi prevalenti (totale)
<= 2 anni	959	954	1.913
<= 5 anni	3.494	3.493	6.987
<= 10 anni *	6.290	6.675	12.965
<= 15 anni	9.085	10.488	19.573
<= 20 anni	9.773	11.751	21.524
Completa	10.531	13.607	24.138

* 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

grafico 1.4.1: *Sopravvivenza relativa a 5 anni per le principali neoplasie per sesso (follow up al 31/12/2009) - Reggio Emilia*



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

Per quanto riguarda il dato di prevalenza, la tabella 1.4.10 fa riferimento agli ultimi dati disponibili pubblicati nel Rapporto dell'AIRTUM 2010 ripresi anche dal Registro Tumori Reggiano.

Al 1/1/2006, 5338 donne residenti vivevano con una precedente diagnosi di tumore della mammella, seguite dalle donne con tumore del colon-retto (1370), del tessuto ematolinfopoietico (993) e del corpo dell'utero (895). Tra gli uomini 2038 casi prevalenti di tumore alla prostata, seguiti dai 1473 del colon-retto e 1123 del tessuto ematolinfopoietico.

Il tumore del polmone che presenta una incidenza elevata, mostra una bassa prevalenza (543 tra gli uomini e 182 tra le donne) a causa della sua elevata mortalità.

Tabella 1.4.10 - Casi prevalenti al 1/1/2006

Sede	N. casi prevalenti (maschi)	N. casi prevalenti (femmine)
mammella		5.338
colon retto	1.473	1.370
prostata	2.038	
tessuto ematolinfopoietico	1.123	993
tiroide	225	771
polmone	543	182
corpo utero		895
stomaco	431	361
melanoma	260	390
cervice		431
fegato	102	41
Totale	6.195	10.772

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

1.4.3.d) CAPACITA' ATTRATTIVA

La mobilità attiva prende in considerazione la capacità di attrarre pazienti con residenza in altre regioni. Viene considerato uno degli indicatori aziendali di efficacia ed efficienza.

Le seguenti tabelle forniscono un quadro d'insieme di quello che è la capacità attrattiva dell'Azienda ASMN, per i pazienti affetti da patologie neoplastiche, che risultano già oggetto di indagine epidemiologica sul territorio di Reggio Emilia e che trovano assistenza e cura nei centri di eccellenza aziendali. I dati relativi ai dimessi sono stati suddivisi in base alla residenza.

Le principali neoplasie per numerosità, sono quelle che colpiscono i tessuti ematolinfopoietici 584 dimessi nel 2011, seguite dalla neoplasia della mammella 511 dimesse nel 2011 vs 559 nel 2008) e da quella polmonare, 414 dimessi nel 2011).

Riportiamo le tabelle della mobilità attiva delle principali neoplasie trattate

nell'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia, anticipando che, l'analisi della casistica evidenzia alcune patologie oggetto di una maggiore attrattiva da parte dell'utenza non residente in provincia di Reggio Emilia: la patologia della tiroide (neoplastica o benigna) e la chemioterapia ed immunoterapia.

Tabella 1.4.11 - diagnosi Neoplasia Mammella (compreso il carcinoma in situ)

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E.	Totale
a. 2009	8	19	358	385
a. 2010	16	9	444	469
% attrazione	5,33%			
2011	19	16	476	511
% attrazione	6,85%			

TIPO DI RICOVERO			
	2009	2010	2011
totale dimissioni	385	469	511
re-ricoveri nello stesso anno	34	46	82
% re-ricoveri	9%	10%	16%
numero pazienti	349	422	429
% do	94%	91%	81%
%dh	6%	9%	17%
% drg ch	87%	90%	84%

Tabella 1.4.12 - diagnosi di neoplasia dell'utero (compreso il carcinoma in situ)

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E	Totale
a. 2009	1	9	57	67
% attrazione	14,93%			
a. 2010	9	12	49	70
% attrazione	30,00%			
a. 2011	6	3	37	46
% attrazione	19,57%			

Tabella 1.4.13 - diagnosi di neoplasia della cervice (compreso il carcinoma in situ)

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E	Totale
a. 2009	1	9	57	67
% attrazione	14,93%			
a. 2010	9	12	49	70
% attrazione	30,00%			
a. 2011	6	3	37	46
% attrazione	19,57%			

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E	Totale
a. 2009	13	7	41	61
% attrazione	32,79%			
a. 2010	4	5	39	48
% attrazione	18,75%			
a. 2011	6	3	34	43
% attrazione	20,93%			

Tabella 1.4.14 - diagnosi neoplasia colon retto

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E	Totale
a. 2009	19	32	267	318
% attrazione	16,04%			
a. 2010	19	16	235	270
% attrazione	12,96%			
a. 2011	15	25	273	313
% attrazione	12,78%			

TIPO DI RICOVERO			
	318	270	313
totale dimissioni	40	26	30
re-ricoveri nello stesso anno	13%	10%	10%
% re-ricoveri	272	243	283
numero pazienti	92%	97%	98%
% do	8%	3%	2%
%dh	69%	77%	77%
% drg ch	87%	90%	84%

Tabella 1.4.15 - diagnosi neoplasia polmone

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E	Totale
a. 2009	20	7	402	429
% attrazione	6,29%			
a. 2010	24	12	346	382
% attrazione	9,42%			
a. 2011	16	11	387	414
% attrazione	6,52%			

Tabella 1.4.16 - diagnosi neoplasia fegato

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E.	Totale
a. 2009	10	0	117	127
% attrazione	7,87%			
a. 2010	9	7	126	142
% attrazione	11,27%			
a. 2011	8	1	174	183
% attrazione	4,92%			

Tabella 1.4.17 - diagnosi neoplasia tiroide

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E.	Totale
a. 2009	28	41	168	237
% attrazione	29,11%			
a. 2010	38	30	145	213
% attrazione	31,92%			
a. 2011	29	35	134	198
% attrazione	32,32%			

Tabella 1.4.18 - interventi sulla tiroide

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E.	Totale
a. 2009	71	98	291	460
% attrazione	36,74%			
a. 2010	93	89	316	498
% attrazione	36,55%			
a. 2011	86	85	309	480
% attrazione	35,63%			

Tabella 1.4.19 - diagnosi neoplasia prostata

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E.	Totale
a.2009	8	11	216	235
% attrazione	8,09%			
a. 2010	9	3	168	180
% attrazione	6,67%			
a. 2011	9	10	153	172
% attrazione	11,05%			

TIPO DI RICOVERO			
	2009	2010	2011
totale dimissioni	235	180	172
re-ricoveri nello stesso anno	53	30	34
% re-ricoveri	23%	17%	20%
numero pazienti	179	150	138
% do	46%	47%	47%
%dh	54%	53%	53%
% drg ch	82%	90%	82%

Tabella 1.4.20 - diagnosi neoplasia stomaco

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E.	Totale
a. 2009	6	6	108	120
% attrazione	10,00%			
a. 2010	6	9	114	129
% attrazione	11,63%			
a. 2011	12	4	113	129
% attrazione	12,40%			

Tabella 1.4.21 - Melanoma

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E.	Totale
a. 2009	3	6	139	148
% attrazione	6,08%			
a. 2010	5	9	146	160
% attrazione	8,75%			
a. 2011	3	4	124	131
% attrazione	5,34%			

Tabella 1.4.22 diagnosi neoplasie del tessuto

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E	Totale
a. 2009	50	44	548	642
% attrazione	14,64%			
a. 2010	41	33	520	594
% attrazione	12,47%			
a. 2011	36	41	507	584
% attrazione	13,18%			

Tabella 1.4.23 chemioterapia ed immunoterapia Ematolinfopoietico

Dimessi in Degenza Ordinaria e Day Hospital				
	Extra RER	Infra RER	Provincia R.E	Totale
a. 2009	227	373	1434	2034
% attrazione	29,50%			
a. 2010	295	384	1504	2183
% attrazione	31,10%			
a. 2011	320	361	1527	2208
% attrazione	30,84%			

1.5 - Accordo di fornitura

L'Azienda USL di Reggio Emilia svolge nei confronti dell'Azienda Ospedaliera ASMN la propria funzione di committenza nell'ambito di un disegno condiviso e coordinato del sistema curante inteso come offerta integrata di servizi a livello provinciale. Tale disegno trova la sua declinazione annuale nell'accordo di fornitura che definisce annualmente gli obiettivi delle due aziende sanitarie provinciali (territoriale ed ospedaliera) ed il quadro economico di riferimento.

Nello specifico dell'anno 2011, l'accordo congiunto ha previsto la definizione di obiettivi su più livelli, di seguito esplicitati meglio negli obiettivi e azioni attese:

- assistenza ospedaliera
- assistenza farmaceutica
- assistenza specialistica

1.5.1.a) 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 ed 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;
- stroke ischemico eleggibile alla trombolisi;
- rianimazione;
- riabilitazione estensiva ortopedica.

- **Gestione Integrata di strutture e servizi**

La storia della realtà ospedaliera di Cast. Monti, collocata in area montana, è la rappresentazione di una gestione integrata tra Azienda Ospedaliera e Azienda Territoriale che nel corso del 2011 si è consolidata per le seguenti discipline presenti presso il presidio ospedaliero montano con le seguenti azioni.

Anestesia e Rianimazione:

- trasferimento alla pianta organica dell'azienda ospedaliera dei due dirigenti medici tutt'ora dipendenti dell'Azienda USL con riconoscimento dei costi conseguenti
- trasferimento dei PL di rianimazione e della relativa attività alla gestione diretta dell'Azienda Ospedaliera.

Cardiologia:

- assegnazione della responsabilità di Struttura Operativa Semplice (SOS), denominata "Cardiologia Castelnovo Monti", afferente all'ASMN;
- valorizzazione in ambito provinciale della funzione di riabilitazione;
- attivazione della Osservazione Breve Intensiva (OBI) per dare attuazione, in prima istanza, in stretta collaborazione con il Dipartimento di Emergenza Urgenza (DEU) e il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Castelnovo Monti, alla procedura provinciale di gestione del dolore toracico già condivisa tra DEU e Programma Interaziendale Cardiologico, ed attualmente adottata in tutti gli ospedali della provincia. Tale modalità assistenziale dovrà successivamente essere adottata per altre patologie cardiologiche quali le aritmie minori per le quali vi siano indicazioni;
- formazione e re training del personale operante in cardiologia, oltre alla formazione sulla sicurezza.

Urologia:

- l'istituzione di una struttura operativa semplice (SOS) di Urologia a Castelnovo Monti operante a tempo pieno presso l'ospedale di Castelnovo Monti, afferente alla SOC di Urologia dell'ASMN, con impegno di quest'ultima a garantire la continuità di servizio, funzionalmente integrata nel Dipartimento Chirurgico di Castelnovo Monti.
- Detta SOS ha garantito l'attività di chirurgia urologica erogabile in sicurezza nel setting assistenziale dell'ospedale, oltre alle attività ambulatoriali secondo un progetto elaborato e condiviso tra le due Aziende, che ha definito l'organizzazione delle attività ed i livelli di responsabilità nelle diverse fasi del processo clinico-assistenziale.

Ostetricia e Ginecologia:

- evoluzione del modello di organizzazione integrata che garantisca una più completa e strutturata presa in carico del personale medico e delle attività da garantire a Castelnovo Monti.
- attribuzione, tramite comando funzionale, del personale medico all'ASMN, la cui direzione e gestione è riconducibile ad una nuova SOS dipartimentale denominata "Ostetricia Ginecologia Castelnovo Monti", dell'azienda ospedaliera
- elaborazione di un progetto di riorganizzazione che consenta di garantire con efficacia, efficienza, qualità e sicurezza le attività ostetriche di base in regime ambulatoriale, in integrazione con il distretto per le attività da ero-

garsi nei consultori, e di ricovero con garanzia di continuità dell'assistenza h 24. Detta organizzazione è volta a garantire lo sviluppo e il mantenimento di adeguate competenze cliniche, sia per il personale medico che per quello ostetrico, tramite modalità formative strutturate e la rotazione del personale presso la sede dell'Azienda Ospedaliera.

• Laboratori

L'attività di patologia clinica per l'area sud montana (Montecchio, Scandiano, Castelnovo Monti), è garantita dall'Azienda Ospedaliera. Negli Ospedali e nei Distretti di riferimento sono garantite modalità organizzative adeguate a rispondere con qualità, sicurezza ed efficienza gestionale alla domanda di prestazioni di laboratorio garantendo altresì un miglioramento dell'appropriatezza nel ricorso alla diagnostica di laboratorio secondo gli obiettivi di governo clinico previsti nell'ambito del "Programma di Coordinamento della rete provinciale di Medicina di Laboratorio" .
Nel corso del 2011 si sono definite le condizioni necessarie per attivare entro il 2012 un Laboratorio Unico Virtuale (LUV) o Laboratorio Unico Logico quale presupposto del progetto di integrazione in rete provinciale.

• Emergenza-Urgenza

Per il 2011 l'obiettivo è stato il consolidamento ulteriore in tutte le sedi ospedaliere dell'utilizzo sistematico del protocollo che prevede in tutti i PS una stratificazione dei pazienti in base al rischio e percorsi diagnostico-terapeutici conseguenti differenziati (dimissione a domicilio, OBI, ricovero, centralizzazione per PTCA) in collaborazione con le unità operative di cardiologia dei dipartimenti internistici.

• Rapporti di collaborazione tra specialità delle due azienda sanitarie provinciali

Chirurgia presso Ospedale di Scandiano: si conferma il mantenimento della collaborazione già in essere relativamente alla senologia ed alla chirurgia mammaria (oncologica e ricostruttiva) e per interventi di chirurgia dei tessuti molli e dell'apparato linfatico; il mantenimento della collaborazione per la centralizzazione delle urgenze chirurgiche notturne e festive secondo il protocollo condiviso già operativo dal 2008; il mantenimento della collaborazione per la centralizzazione della chirurgica complessa che per criteri di appropriatezza di setting e sicurezza sia opportuno gestire presso l'Azienda Ospedaliera.

Diagnostica Radiologica: obiettivo prioritario per il 2011 è stato l'adozione del nuovo sistema di mammografia digitale secondo un percorso condiviso che garantisca la continuità del servizio con particolare riferimento all'attività di screening, prevedendo un ampliamento del sistema RIS PACS POLARIS dell'ASMN da utilizzare prioritariamente per la diagnostica senologica, sia clinica, che di screening.

Anestesia: consolidamento della rete funzionale interaziendale dell'anestesia e rianimazione con gli obiettivi di uniformare procedure e protocolli assistenziali; gestire in rete i PL di terapia intensiva; sviluppare un'organizzazione in rete della terapia antalgica prevedendo una pianificazione delle attività e degli interventi nelle diverse sedi. In tale ambito si propone l'attivazione da parte dell'Azienda Ospedaliera di un centro hub di primo livello per l'attività di terapia antalgica, secondo le indicazioni regionali, da concordare in corso d'anno.

Percorso nascita e controllo del dolore in travaglio di parto: l'Azienda USL ha individuato i locali dedicati ad ospitare il centro ecografico dove verranno eseguiti gi esami di translucenza nucale presso il Padiglione Bertolani ed ha reso disponibile un ecografo dedicato a tale attività. Per quanto riguarda l'azienda ospedaliera è stato previsto l'implementazione presso il laboratorio dei test ematici (bi-test) e del relativo software di calcolo dello score di rischio; la costituzione di un pool di professionisti certificati per l'esecuzione di questi esami; la formazione degli operatori coinvolti nella gestione della donna in gravidanza sugli aspetti comunicativi legati allo screening;

Pediatria: nell'aprile 2011 è stato attivato un ambulatorio presso l'unità operativa di oculistica dell'ASMN per la diagnosi precoce della cataratta congenita (riflesso rosso). Prosegue la collaborazione tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera per lo screening uditivo neonatale.
E' proseguito l'attività dell'"ambulatorio codici bianchi pediatrici" gestito da pediatri dell'Azienda USL, Pediatri di Libera Scelta (PLS) e/o medici di continuità assistenziale, nelle 12 ore diurne dei giorni festivi (domeniche e festività infrasettimanali) e pomeriggi prefestivi, al fine di creare un percorso agevole per i piccoli pazienti che presentano patologie minori con miglioramento dei tempi di attesa.

Oncologia: a fronte del riconoscimento dell' IRCCS nell'area "Oncologia per Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali", si è attivata una rete funzionale interaziendale di oncologia collegata al coordinamento delle oncologie mediche del Presidio ospedaliero provinciale. Partecipazione delle due aziende sanitarie allo studio coordinato dall'istituto Mario Negri sul follow up delle pazienti affette da tumore della mammella a basso-medio rischio.

Breast Unit: consolidamento della collaborazione messa in atto a seguito della costituzione della Struttura semplice presso l'Azienda Ospedaliera con la realizzazione di una funzione interaziendale, che, attraverso l'individuazione dell'equipe, virtualmente unica, dei chirurghi e degli specialisti coinvolti nel percorso diagnostico-terapeutico del tumore della mammella, metta a punto il modello assistenziale di riferimento territoriale.

Traumatologia: viene confermato il ruolo dell'Azienda Ospedaliera quale hub di riferimento per la casistica complessa e in particolare per i politraumi, con la necessità di rispettare appieno, il protocollo per pazienti traumatizzati cranici.
Di seguito, in sintesi l'elenco delle collaborazioni ormai consolidate in termini di consulenze attive verso i Presidi Ospedalieri dell'Azienda territoriale:

- Chirurgia Generale
- Urologia
- Neuroradiologia
- Anatomia Patologica
- Chirurgia toracica
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Gastroenterologia
- Emofilia e malattie emorragiche
- Radioterapia

• Programmi interaziendali

I Programmi Interaziendali che afferiscono alle Direzioni Strategiche, costituiscono la forma di 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 ad elevata complessità e/o ad assorbimento rilevante di risorse.
È compito del Responsabile di Programma presentare un piano di lavoro complessivo da condividere con le direzioni aziendali, nel quale siano anche definite le strutture ed i professionisti coinvolti, la cui attività rientra comunque nei rispettivi compiti di istituto.
Le Direzioni Sanitarie delle Aziende definiscono congiuntamente, e di concerto con il Responsabile di Programma, gli obiettivi annuali, parte integrante dell'Accordo di fornitura definito dalle Aziende.
Nell'anno 2011 sono stati attivi i seguenti Programmi:

- programma speciale sangue;
- programma di gastroenterologia ed endoscopia digestiva;
- programma materno-infantile;
- programma assistenza dialitica e nefrologia;
- programma cardiologico;
- programma screening oncologici
- programma di riabilitazione;
- programma di coordinamento Rete provinciale Medicina di Laboratorio.

• Reti Funzionali Interaziendali

Costituiscono una modalità di relazione fra funzioni omogenee, che riguardano componenti specialistiche ospedaliere e territoriali delle due Aziende, finalizzata a definire azioni o progetti integrati riconducibili al governo clinico (audit clinici, gestione del rischio, HTA, buone pratiche cliniche, qualità ..)
Su mandato delle due Direzioni Sanitarie, possono essere obiettivi delle reti:

- integrare professionisti e attività secondo le logiche del modello hub & spoke;
- definire i percorsi clinico assistenziali nell'ambito della cornice provinciale dei servizi, identificandone i livelli;
- contestualizzare, applicare e valutare l'efficacia delle linee guida;
- uniformare i comportamenti professionali ispirati alle best practices;
- definire una lista di indicatori di buona pratica clinica e promuovere audit periodici per la valutazione dell'appropriatezza delle attività;
- realizzare iniziative formative interprofessionali negli ambiti di specifica competenza o interesse;
- proporre e condividere protocolli diagnostico - terapeutici e assistenziali, avendo cura di identificare gli indicatori oggetto di monitoraggio;
- supportare le Direzioni Sanitarie nella valutazione, programmazione ed implementazione delle tecnologie sanitarie.

Alle attuali reti già consolidate negli anni passati

1. rete funzionale delle ortopedie e traumatologie;
2. pneumologia;
3. anestesie e rianimazione;
4. diabetologia,

nel 2011 è stata prevista l'attivazione della rete interaziendale di Oncologia.

• percorsi del paziente

Da anni 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;
- percorso di cura per il paziente affetto da malattia oncologica;
- percorso di cura per il paziente affetto da insufficienza respiratoria cronica;
- gestione integrata del paziente affetto da insufficienza renale progressiva.

È stato definito il management sanitario di questi pazienti privilegiando un'ottica di integrazione tra ospedale e territorio, la centralità del paziente nella gestione della malattia, la continuità assistenziale.

1.5.1.b) Assistenza Farmaceutica

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

Tra gli obiettivi perseguiti nel corso del 2011 dall'Azienda Ospedaliera e rientranti nell'accordo 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, PPI
- continuità al Progetto Interaziendale di prescrizione e somministrazione informatizzata dei farmaci
- contenimento dell'incremento della spesa per i farmaci ex H-Osp2 ed H-Osp1 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 ad incontri dei NCP del distretto di Reggio Emilia, centrati sull'appropriatezza prescrittiva
- applicazione dei percorsi condivisi e previsti da apposita procedura per la dimissione protetta di assistiti in ossigenoterapia e ventiloterapia e di assistiti che necessitano di presidi per problemi respiratori;
- applicazione dei percorsi condivisi e previsti da apposita procedura per la dimissione

1.5.1.c) Assistenza Specialistica

L'accordo di fornitura ha previsto un livello di produzione concordata di specialistica ambulatoriale orientato a consentire all'Azienda territoriale il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla DGR 1532/06 avente ad oggetto il Piano Regionale sul contenimento dei tempi di attesa, esplicitati nel Programma Attuativo Aziendale per il contenimento dei TdA, predisposto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera, secondo quanto previsto dalla DGR 1035/2009.

Fermo restando quanto previsto dai LEA, è stata consolidata l'offerta settimanale delle prestazioni critiche oggetto di rilevazione trimestrale regionale concordata nell'accordo 2010.

Per alcune prestazioni, in relazione all'analisi dei tempi d'attesa, degli indici di consumo e della mobilità relativa al 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.

Inoltre, nell'anno 2011 l'Azienda Ospedaliera si è impegnata a:

- garantire la funzione di Centro di riferimento della Rete interaziendale di Reumatologia,
- utilizzare il programma informatizzato di prescrizione/refertazione negli ambulatori specialistici in sostituzione della modulistica MPA/deburo.
- condividere con i professionisti fisiatri, ortopedici, neuropsichiatri e otorinolaringoiatri i protocolli relativi alla corretta prescrizione e autorizzazione di protesi e ausili, in particolare presidi per i minori (plantari, calzature, busti), presidi per adulti e protesi acustiche.
- partecipare al tavolo di lavoro interaziendale e multidisciplinare per la condivisione di protocolli di accesso differenziato alle prestazioni di Ecocolordopplergrafia ed ecografia;

1.5.1.d) Programma interaziendale screening oncologici

Sul territorio provinciale i tre screening oncologici previsti dalla pianificazione regionale e nazionale ormai avviati sono:

- screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella. Il programma è partito nel 1995 e con il 2000 l'estensione è stata completata a tutto il territorio provinciale; con il marzo 2010 il programma inizialmente rivolto alle donne di età 50-69 anni è stato ampliato coinvolgendo anche le donne di età 45-49 e 70-74 anni;
- screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero
- screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del colon retto.

Tutti i programmi di screening sono stati attivati mediante la collaborazione tra i servizi dell'Azienda AUSL e dell'Azienda Ospedaliera.

Il Programma interaziendale esercita le funzioni di governo clinico e di programmazione a valenza provinciale e garantisce per l'Azienda USL, come richiesto dalla Regione, il coordinamento organizzativo dei tre programmi di screening.

Tra gli sviluppi concordati a livello provinciale negli ultimi anni si evidenzia in particolare:

- partecipazione al progetto multicentrico "Progetto pilota di utilizzo del test per il DNA di papillomavirus umano come test primario di screening per i precursori del cancro cervicale"; coinvolge i distretti di Reggio Emilia, Correggio, Scandiano e dalla fine del 2010 anche Castelnovo Monti. L'avvio della sperimentazione a giugno 2010 non ha avuto ricadute sul regolare avanzamento del programma; tale garanzia vale anche per l'anno 2011.
- ampliamento dello screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella alle fasce 45-49 e 70-74 come da DGR 1035/2009: la gestione dell'organizzazione nel suo complesso, la ridefinizione delle risorse dedicate e l'intero coinvolgimento della rete dei servizi coinvolti ha permesso nel 2010 il pieno mantenimento degli impegni assunti. Il monitoraggio costante dell'attività e dei risultati permetterà eventuali ulteriori riaggiustamenti, se necessari;
- per il tumore della mammella e collo utero: gestione adeguata sia delle ricadute organizzative (mammografia digitale, sperimentazione HPV) sia dell'eventuale debito informativo a record individuale da attivarsi nel 2011, verosimilmente almeno per lo screening per il tumore della mammella;
- rivalutazione dell'attuale organizzazione (due centri screening separati) al fine di definire un progetto di fattibilità per l'ottimizzazione delle risorse a livello provinciale.

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.

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

2.1.1 Sostenibilità economica

Le dinamiche economiche che caratterizzano l' Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia sono rappresentate mediante una serie di indici volti ad apprezzare le cause gestionali che hanno portato ad un dato risultato economico di periodo, a valutare il grado di 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 2009-2011.

Tabella 2.1.1 Risultati economici di esercizio

Anno 2009	- 5.778
Anno 2010	- 4.219
Anno 2011	-4.318

Gli esercizi 2009-2011 presentano una perdita di esercizio, Tabella 2.1.1, più contenuta negli anni 2010 e 2011, per effetto delle nuove condizioni di equilibrio introdotte dal 2008 dalla Regione Emilia-Romagna, che prevedono il recupero, all'interno del risultato di equilibrio, delle quote di ammortamento dei beni entrati in produzione dall'1/1/2008.
Per l'anno 2011 le condizioni di equilibrio sono definite dalla D.G.R. 1782/2011 avente ad oggetto "Finanziamento del Servizio del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2011", rideterminate dalla Delibera 1505/2011 "Provvedimenti in ordine al finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2011, in relazione alle misure ex art. 17, comma 6, Legge n. 111/2011 di cui alla DGR 1190/2011". Le quote di ammortamento dei beni mobili ed immobili già presenti in inventario al 31/12/2007 e non coperti da finanziamento pubblico, ossia non oggetto di sterilizzazione (€ 3.827.000), unitamente al minor gettito ticket derivante dall'applicazione della DGR 1190 (509.767), hanno determinato l'obiettivo economico da raggiungere nell'esercizio 2011 (pari a € - 4.336.767).

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.
Nell'arco temporale preso in esame il ROC (Risultato Operativo Caratteristico), pur mantenendo segno negativo, registra un andamento oscillante con un miglioramento nel 2010. Nel triennio si evidenzia un incremento dei contributi in conto esercizio e dei ricavi disponibili dovuto in particolare all'aumento dei ricavi da prestazioni tariffate e all'incremento della compartecipazione alla spesa pubblica (per effetto dei maggiori gettiti tickets); tra i costi, le voci che hanno subito la crescita più consistente sono i servizi sanitari e non sanitari e il costo del lavoro.
La gestione non caratteristica rappresenta, invece, il contributo a carattere episodico alla formazione del bilancio di esercizio: in particolare ricomprende l' area straordinaria (sopravvenienze attive e passive), finanziaria e fiscale.
Il risultato migliore si evidenzia nel 2009 (-14%), per effetto, tra l'altro, della contrazione dei tassi di interesse sui mutui a tasso variabile e nel 2011 (-15%) per la diminuzione degli interessi verso i fornitori.

Tabella 2.1.2 – Risultati di gestione

ANNO 2009	
Risultato Operativo Caratteristico	0
Risultato Netto	-5.778
Incidenza gestione caratteristica sul risultato netto	-86%
Incidenza gestione non caratteristica sul risultato netto	-14%
ANNO 2010	
Risultato Operativo Caratteristico	-3.060
Risultato Netto	-4.219
Incidenza gestione caratteristica sul risultato netto	-73%
Incidenza gestione non caratteristica sul risultato netto	-27%
ANNO 2011	
Risultato Operativo Caratteristico	-3.674
Risultato Netto	-4.318
Incidenza gestione caratteristica sul risultato netto	-85%
Incidenza gestione non caratteristica sul risultato netto	-15%

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.

• **Gestione caratteristica:** nell'anno 2009, il valore è percentualmente allineato alla media regionale; nell'esercizio 2010 l'incidenza della

gestione caratteristica aziendale è inferiore alla media regionale, mentre è superiore nel 2011.

Grafico 2.1.1

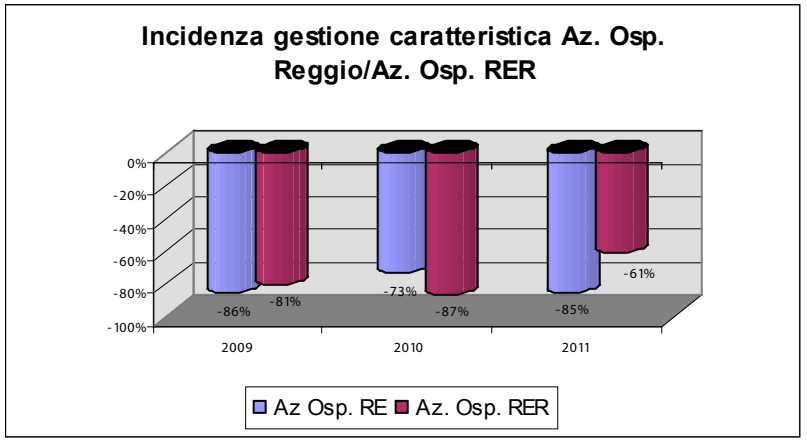


Tabella 2.1.3 Incidenza gestione caratteristica – confronto regionale

	2009	2010	2011
Aosp di Reggio E.	-86%	-73%	-85%
Aosp. R.E.R	-81%	-87%	-61%

Gestione non caratteristica: su base annuale l'incidenza della gestione non caratteristica dell'azienda rispetto alla media delle Aziende Ospedaliere regionali presenta un andamento oscillante. Nel confronto tra l'esercizio 2009 e l'esercizio 2011 si evidenzia un progressivo aumento della percentuale di incidenza, più contenuto a livello aziendale (da -14% a – 15%) più marcato a livello regionale (da -19% a -39%).

Grafico 2.1.2

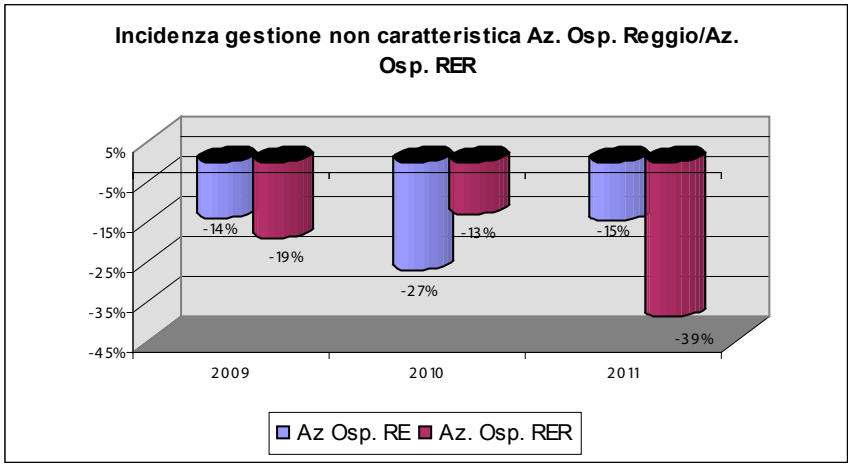


Tabella 2.1.4 Incidenza gestione non caratteristica – confronto regionale

	2009	2010	2011
Aosp di Reggio E.	-14%	-27%	-15%
Aosp. R.E.R	-19%	-13%	-39%

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 (il dato del risultato complessivo RER per gli anni 2009 e 2010 è stato rideterminato).

Si sottolinea come il risultato economico aziendale nell'arco del triennio abbia seguito il trend regionale: un incremento delle perdite nell'anno 2009, ma un miglioramento nel biennio successivo (nel 2010 la riduzione della perdita a livello aziendale è stata piu' evidente che in ambito regionale).

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

Tabella 2.1.5 – Risultati netti di esercizio

	2009	2010	2011
Risultato netto aziendale ASMN	-5.778	-4.219	-4.318
Risultato complessivo R.E.R.	-38.531	-35.041	-34.114
Risultati netti di esercizio ASMN/risultati complessivi RER	15,00%	12,04%	12,66%

Grafico 2.1.3

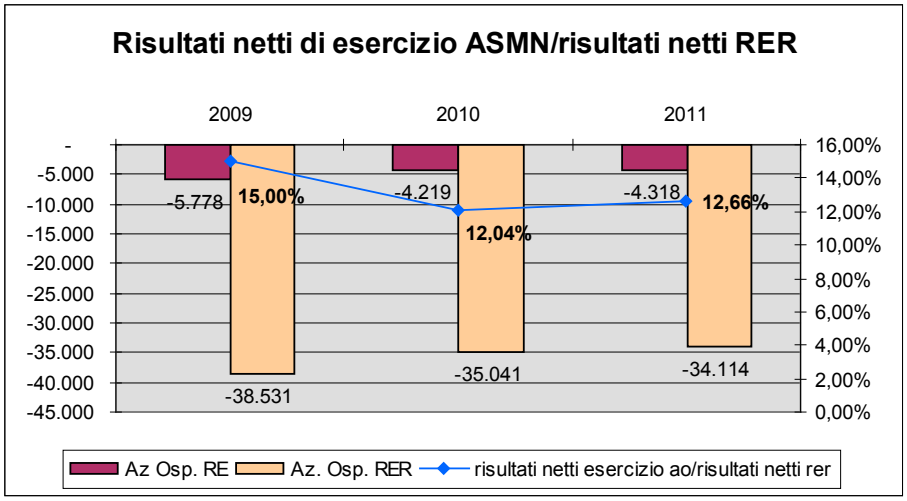
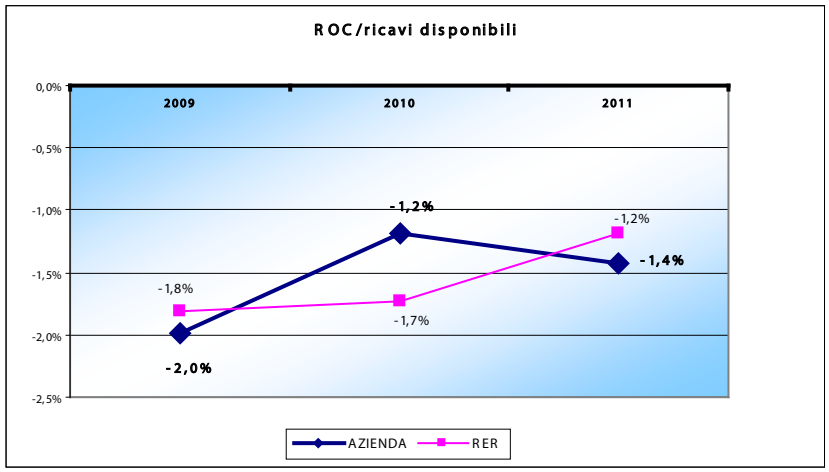


Grafico 2.1.4



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 derivanti 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; si evidenzia nell'esercizio 2010 un risultato decisamente migliore rispetto alla media regionale soprattutto per effetto dell'incremento dei ricavi disponibili aziendali pari al 3,33% contro un aumento a livello regionale dello 0,84%.

Tabella 2.1.6 – ROC/Ricavi disponibili

	2009		2010		2011	
	AO RE	AO RER	AO RE	AO RER	AO RE	AO RER
ROC	-4.951	-31.389	-3.060	-30.434	-3.674	-20.870
Ricavi disponibili	249.527	1.736.707	257.847	1.751.380	257.368	1.760.794
ROC/Ricavi disponibili	-2,0%	-1,8%	-1,2%	-1,7%	-1,4%	-1,2%

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

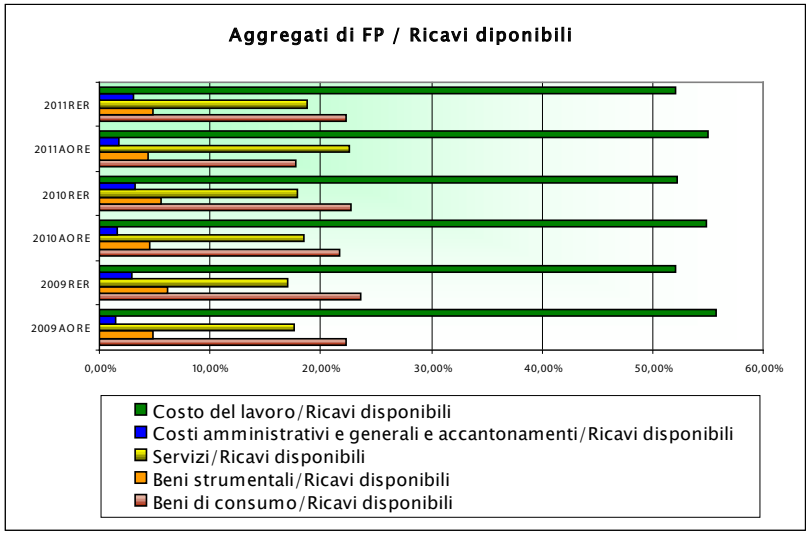
Questo indicatore misura il grado di assorbimento delle risorse articolate per aggregazione di fattori produttivi impiegati nel processo di produzione, rispetto ai ricavi disponibili ed ai corrispondenti valori medi regionali.
Come si evidenzia dai dati e dal grafico, le risorse aziendali impiegate sono 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, avvenuto nell'esercizio 2011, tra le voci beni di consumo (in decremento) e servizi (in incremento).
Questo per effetto dell'imputazione da beni a servizi sanitari, a partire dall'esercizio 2011, dei beni di consumo per i contratti di service, come da indicazioni regionali (vedi documento prot. 244682 del 7/10/2010: "Bilancio aggregato delle aziende sanitarie regionali").

Ciò premesso e neutralizzando l'effetto del passaggio dei beni in service da una categoria all'altra, si registrano lievi scostamenti rispetto alla media regionale.
Il dato relativo ai beni strumentali è in decremento sia a livello aziendale che, soprattutto, a livello regionale; il dato relativo ai costi amministrativi generali e accantonamento è in incremento ma rimane basso percentualmente per l'azienda rispetto alla media regione.
Il costo del lavoro,rispetto ad una media regionale stabile nel triennio, vede la percentuale di incidenza aziendale diminuire nettamente nel 2010 per registrare un leggero incremento nel 2011.

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

		2009	2010	2011
Beni di consumo/Ricavi disponibili	OSP.RE	22,33%	21,77%	17,76%
	R.E.R	23,57%	22,72%	22,36%
Beni strumentali/Ricavi disponibili	OSP.RE	4,85%	4,53%	4,42%
	R.E.R	6,16%	5,55%	4,87%
Servizi/Ricavi disponibili	OSP.RE	17,59%	18,43%	22,56%
	R.E.R	17,08%	17,95%	18,78%
Costi amministrativi generali e accantonamento/Ricavi disponibili	OSP.RE	1,51%	1,64%	1,75%
	R.E.R	2,91%	3,29%	3,05%
Costo del lavoro/Ricavi disponibili	OSP.RE	55,71%	54,81%	54,94%
	R.E.R	52,08%	52,22%	52,13%

Grafico 2.1.5



2.1.1.f) Struttura dei costi aziendali

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

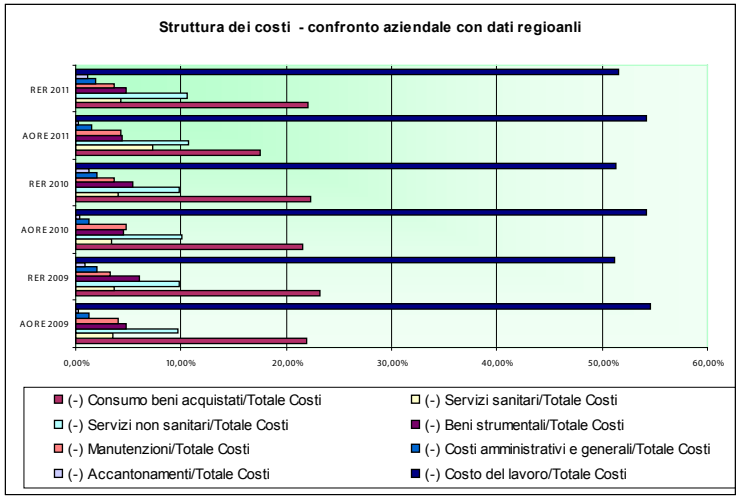
Nel triennio 2009/2011 l'incidenza dei vari fattori produttivi sul totale dei costi aziendali è sostanzialmente allineata coi dati regionali. Si osserva un lieve incremento alla voce "manutenzioni" nell'anno 2010 e una sua riduzione nel 2011.

Nel corso del 2011 l'incidenza dei beni acquistati è diminuita maggiormente a livello aziendale (- 4,4%) che regionale (-1,1%), mentre la voce "servizi sanitari" è cresciuta del 3,7% rispetto allo 0,6% regionale, questo per i motivi esposti nel paragrafo precedente. Si osserva che il dato aziendale relativo ai beni acquistati, ai beni strumentali e ai costi amministrativi è inferiore alla media su tutto il periodo, mentre il costo del lavoro è costantemente superiore. La differente percentuale di 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 subisce una moderata diminuzione nel 2010 per assestarsi su identica percentuale nel 2011.

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

		2009	2010	2011
TOTALE COSTI	OSP.RE	254.478	260.907	261.042
	R.E.R	1.768.096	1.781.814	1.781.663
Consumo beni acquistati/Totale Costi	OSP.RE	21,89%	21,52%	17,51%
	R.E.R	23,15%	22,33%	22,10%
Servizi sanitari/Totale Costi	OSP.RE	3,53%	3,44%	7,26%
	R.E.R	3,67%	4,06%	4,30%
Servizi non sanitari/Totale Costi	OSP.RE	9,65%	10,04%	10,75%
	R.E.R	9,86%	9,89%	10,58%
Beni strumentali/Totale Costi	OSP.RE	4,76%	4,48%	4,35%
	R.E.R	6,05%	5,46%	4,82%
Manutenzioni/Totale Costi	OSP.RE	4,07%	4,73%	4,23%
	R.E.R	3,26%	3,70%	3,68%
Costi amministrativi e generali/ Totale Costi	OSP.RE	1,25%	1,20%	1,51%
	R.E.R	2,00%	1,96%	1,94%
Accantonamenti/Totale Costi	OSP.RE	0,23%	0,42%	0,22%
	R.E.R	0,86%	1,27%	1,08%
Costo del lavoro/Totale Costi	OSP.RE	54,62%	54,17%	54,17%
	R.E.R	51,16%	51,33%	51.52%

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 esprime la dinamica finanziaria dell'azienda nell'anno di riferimento e ha l'obiettivo di rappresentare i movimenti in entrata ed in uscita intervenuti nelle risorse finanziarie aziendali, così da evidenziarne la variazione intervenuta nel periodo di riferimento.

Tabella 2.1.9 – Rendiconto finanziario liquidità

TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI	-7.470.197
TOTALE NET CASH GESTIONE CORRENTE	-9.118.571
TOTALE FONTI DA GESTIONE EXTRACORRENTE	23.291.208
TOTALE IMPIEGHI DA GESTIONE EXTRACORRENTE	-17.933.583
CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE	0
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI	-11.231.143

Analizzando i flussi di cassa generati nell'esercizio, si evidenzia un saldo tra disponibilità liquide iniziali e disponibilità liquide finali pari a - 3.760.946 €, corrispondente a un maggiore utilizzo dell'anticipazione di tesoreria per mantenere costanti i tempi di pagamento ai fornitori.

La gestione corrente ha incrementato il fabbisogno finanziario di circa 9 milioni di €, per effetto del saldo tra variazione crediti e variazione debiti.

Si è registrato infatti nel corso dell'esercizio una variazione negativa dei crediti e dei ratei e risconti attivi di complessivi 28 milioni di € circa, parzialmente controbilanciati da un incremento dei debiti per 17 milioni di € circa.

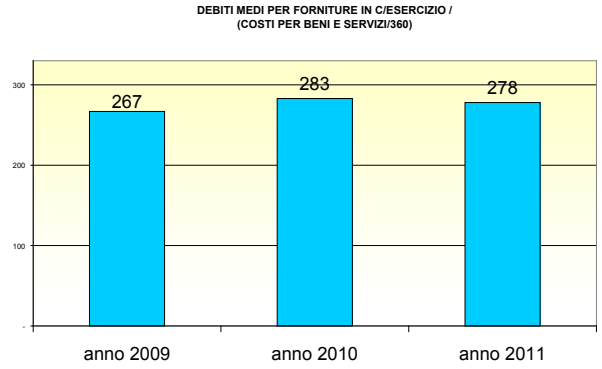
La restante differenza, pari a 2.000.000 € circa, è dovuta al saldo positivo tra risultato di esercizio e ammortamenti netto sterilizzazione, agli accantonamenti, alle minusvalenze e alla variazione delle scorte.

La gestione extracorrente evidenzia, invece, un risultato positivo pari a 5,4 milioni di €, dovuto al saldo tra fonti (23,3 milioni di €) e impieghi (17,9 milioni di €).

L'indicatore del grafico 2.1.7 esprime il tempo che intercorre, in giorni, tra il sorgere del debito ed il suo effettivo pagamento. La durata media dell'esposizione verso i fornitori mostra un andamento pressoché costante nel triennio 2009/2011 intorno ai 9 mesi, con una riduzione dei tempi medi pari a 11 giorni nel 2011 rispetto all'anno precedente; questo sensibile contenimento nei tempi di pagamento ha consentito, peraltro, di contrarre il dato relativo agli interessi passivi v/fornitori.

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; tra i costi per l'acquisto di beni sono stati esclusi quelli acquistati dalla AUSL di Reggio Emilia (beni sanitari in prevalenza) in quanto l'esposizione debitoria verso la AUSL non segue la stessa tempistica riservata ai fornitori privati.

Grafico 2.1.7



2.1.3 Sostenibilità patrimoniale

Gli indicatori per l'analisi della sostenibilità patrimoniale sono volti ad 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 di investimento in atto, con particolare riferimento ai tassi di rinnovamento ed 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 di investimento o finanziamento negli esercizi 2009-2011 è la seguente:

Tabella 2.1.10 – Riclassificazione poste attivo e passivo

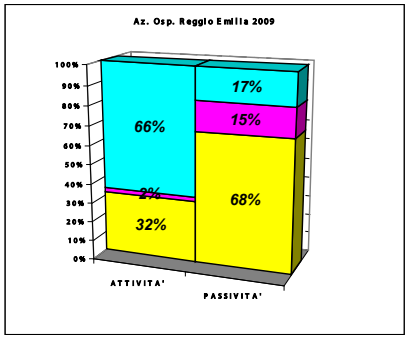
Azienda Ospedaliera Reggio E. 2009			
ATTIVITA'		PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	32%	68%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	15%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	66%	17%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

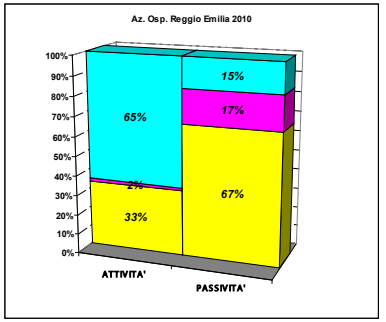
Azienda Ospedaliera Reggio E. 2010			
ATTIVITA'		PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	33%	67%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	17%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	65%	15%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

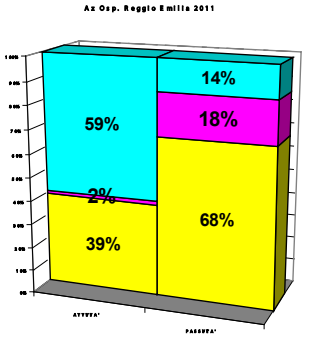
Azienda Ospedaliera Reggio E. 2011			
ATTIVITA'		PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	39%	68%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	18%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	59%	14%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

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

Grafico 2.1.8







Il passivo è rappresentato per il 68% da finanziamenti a breve termine, composti in gran parte da debiti verso fornitori per beni e servizi: nel trend triennale si osserva un andamento sostanzialmente stabile. I finanziamenti a medio-lungo termine rappresentano una percentuale bassa sul complesso dei finanziamenti, con un incremento nel triennio per la contrazione di mutui avvenuta nel periodo in esame (da 15 a 18%).
Si registra poi una contrazione del patrimonio netto per effetto delle perdite di esercizio registrate nel triennio.
L'attivo è rappresentato principalmente dalle immobilizzazioni, con un andamento decrescente nel triennio; le liquidità immediate e differite registrano una leggera crescita, passando dal 32% al 39% (l'ammontare dei crediti è cresciuto di circa 34 milioni di Euro).
In una situazione di equilibrio l'attivo immobilizzato dovrebbe essere finanziato principalmente con patrimonio netto e finanziamenti di medio lungo periodo (es. mutui), mentre i dati relativi all'Azienda mostrano che una parte rilevante degli impieghi in immobilizzazioni risultano finanziati da passività a breve (fornitori di beni e servizi, aziende sanitarie, AUSL di Reggio Emilia in particolare, il cui stock di debito peraltro è in progressiva diminuzione).

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 un conseguente miglioramento nel grado di copertura degli investimenti annuali, passando da un 7% nel 2009 a un 54% nel 2011, risultato dell'incremento dei contributi in conto capitale registrati nell'ultimo anno. Nel corso del 2011 la voce dei contributi in conto capitale vincolati ad investimenti futuri è incrementata di circa 5 milioni di € per la vendita, autorizzata dalle regione, di un fabbricato strumentale. A sostegno della politica degli investimenti, a fronte di contributi pubblici comunque insufficienti a sostenere la dinamica degli investimenti, nel corso del 2006 e del 2009 si è provveduto all'accensione di due mutui.

Tabella 2.1.11 Copertura degli investimenti

Copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici			
	2009	2010	2011
contributi c/capitale dell'anno	1.584.408	4.771.676	9.412.993
	2009	2010	2011
Investim. In immob. Immateriali nette annuo	446.994	215.090	352.732
investim. in immom. materiali nette annuo	2009	2010	2011
terreni	0	1.101.321	1.304.099
fabbricati indisponibili	4.317.857	6.647.972	201.003
impianti e macchinari	1.372.792	615.828	277.546
attrezzature sanit.	5.897.636	1.720.737	2.683.876
mobili e arredi	984.006	572.670	659.592
beni strumentali diversi	56.957	20.228	73.335
immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	11.495.522	4.854.965	12.155.750
totale acquisizioni nell'anno di immob.materiali al netto delle quote amm.to	24.124.770	15.533.722	17.355.202
contributi in c/capitale/inv. in imm. mat.nette annuo	7%	31%	54%

Grafico 2.1.9

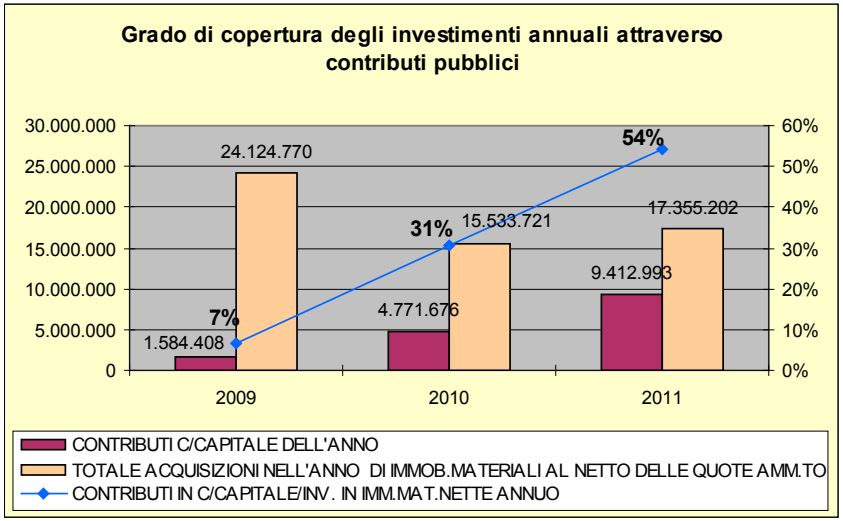
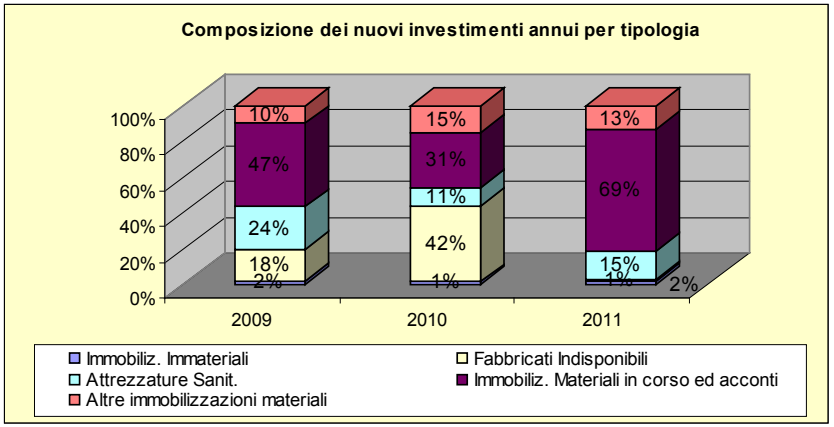


Grafico 2.1.10



Nell'arco temporale considerato il maggior incremento delle acquisizioni annuali di immobilizzazioni materiali al netto delle quote di ammortamento si rileva nel 2009. In questo esercizio, infatti, sono stati completati i lavori dell'Ala Nord del fabbricato di Ampliamento dell'Arcispedale, sono proseguite le opere relative all'Ala Sud, sono stati eseguiti interventi di ristrutturazione, adeguamento normativo e miglioramento funzionale su strutture ed impianti del Complesso Ospedaliero.
Nell'esercizio 2011 il valore degli investimenti aziendali è pari a complessivi 17,3 milioni di Euro; in particolare, i maggiori aumenti rispetto

all'anno precedente hanno interessato le attrezzature sanitarie (incrementate di oltre 1 milione di € per acquisizioni di tecnologie sofisticate anche derivanti da donazioni in natura e sconti merci) e le immobilizzazioni materiali in corso ed acconti (incrementate di 7,3 milioni di € per effetto di acconti per la costruzione del magazzino centralizzato AVEN e per i SAL relativi ai lavori nell'Ala Sud).

2.1.3.c) Rinnovo Patrimonio Aziendale

I nuovi investimenti in immobilizzazioni rapportati al totale del patrimonio aziendale, immobiliare e mobiliare, mettono in evidenza il grado di rinnovo del patrimonio stesso. Maggiore è il valore dell'indicatore, maggiore è il grado di rinnovo del patrimonio. Come si può notare, il grado di rinnovo nell'anno 2009 è piu' elevato rispetto agli anni 2010 e 2011, per effetto del completamento dei lavori dell'Ala Nord del fabbricato di Ampliamento Ospedaliero.

Grafico 2.1.11

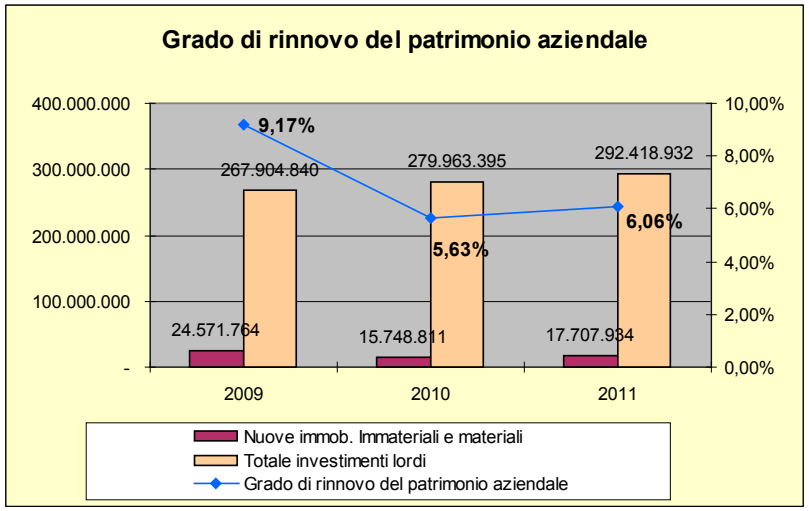


Tabella 2.1.12 Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

Anno	2009	2010	2011
Nuove immob. immateriali e materiali	24.571.763	15.748.811	17.707.934
Investimenti lordi (31/12 al lordo dei fondi ammortamento)			
immobilizzazioni immat.	11.527.441	11.644.071	11.725.226
terreni	2.006.565	3.107.886	3.803.985
fabbricati indisponibili	171.556.410	178.204.383	175.594.074
fabbricati da reddito	118.358	118.358	118.358
impianti e macchinari	7.093.733	7.709.562	7.987.109
attrezzature sanitarie	57.330.109	55.459.154	56.622.238
mobili e arredi	11.871.425	12.423.784	12.935.629
mobili e arredi di valore artistico	512.611	533.901	637.821
beni strumentali diversi	1.603.484	1.622.626	1.699.073
immobilizz.materiali in corso ed acconti	4.284.704	9.139.670	21.295.419
totale investimenti lordi	267.904.840	279.963.395	292.418.932
nuovi inv.imm./tot.inv.lordi	9,17%	5,63%	6,06%

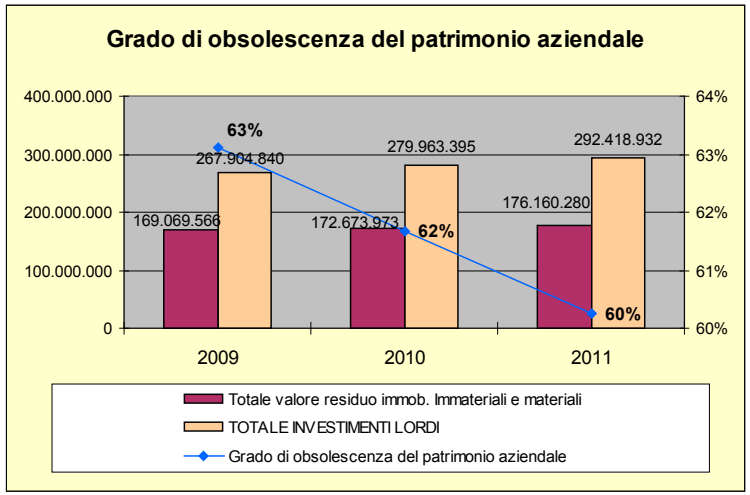
2.1.3.d) Obsolescenza Patrimonio Aziendale

Questo ultimo indicatore patrimoniale riguarda il grado di obsolescenza del patrimonio dell'Azienda, anche in considerazione del fatto che i nuovi investimenti rispondono alla necessità di garantire la sostituzione del patrimonio infrastrutturale e tecnologico. L'indicatore, che è il rapporto percentuale tra il valore residuo dei beni durevoli ed il totale degli investimenti lordi, è in leggera flessione nel triennio, ma 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.

Tabella 2.1.13 Grado di Obsolescenza del Patrimonio Aziendale

Grado Di Obsolescenza Del Patrimonio Aziendale			
Valore Residuo	2009	2010	2011
Immobilizzazioni Immat.	1.223.898	615.484	256.174
Terreni	2.006.565	3.107.886	3.803.985
Fabbricati Indisponibili	133.418.654	134.720.495	128.101.497
Fabbricati da Reddito	118.358	118.358	118.358
Impianti e Macchinari	3.528.309	3.466.911	3.047.490
Attrezzature Sanitarie	20.558.032	17.960.730	16.167.898
Mobili e Arredi	2.977.141	2.696.895	2.442.385
Mobili e Arredi Di Valore Artistico	512.611	533.901	637.821
Beni Strumentali Diversi	441.294	313.643	289.253
Immobilizz.Materiali In Corso Ed Acconti	4.284.704	9.139.670	21.295.419
Totale Valore Residuo Immob. Immateriali E Materiali	169.069.566	172.673.973	176.160.280
Totale Investimenti Lordi	267.904.840	279.963.395	292.418.932
Nuovi Inv.Imm./Tot.Inv.Lordi	63%	62%	60%

Grafico 2.1.12



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 ed indeterminato distinto per ruolo
I dipendenti che, alla data del 31.12.2011, operano all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia sia con contratto di lavoro a tempo indeterminato che a tempo determinato risultano essere pari a **2841** unità, con un incremento di 17 unità rispetto alle stesse date del 2010 e del 2009.
Il confronto dei dati 2011/2010 evidenzia per tutta la Dirigenza una situazione di sostanziale stabilità numerica essendosi conclusi i processi di stabilizzazione e valorizzazione delle posizioni di lavoro precario avviati nel 2007 che hanno comportato per la Dirigenza Medico Sanitaria un incremento di 17 unità dal 2010

Per quanto concerne il personale sanitario e tecnico del comparto si registra un leggero incremento nel 2011 sul 2010 a seguito del quale risulta ricostituita la dotazione organica esistente nel 2009 nei profili ove si era registrato un maggior turnover.
Il personale amministrativo non presenta variazioni di particolare rilievo.

Tabella 2.2.1 – N° dipendenti per ruolo al 31.12
(a tempo determinato ed indeterminato)

RUOLO		2009	2010	2011
SANITARIO	Dirigenza	492	510	509
	Comparto	1.461	1.449	1.460
PROFESSIONALE	Dirigenza	8	9	
	Comparto			
TECNICO	Dirigenza	3	3	3
	Comparto	623	619	624
AMMINISTRATIVO	Dirigenza	7	7	8
	Comparto	230	227	228
TOTALE		2.824	2.824	2.841

• Lavoratori Stranieri
Il numero di dipendenti stranieri (comunitari ed extra UE), Tabella 2.2.2, risulta in crescita nel triennio (7 unità in più rispetto nel 2011 rispetto al 2009) . La provenienza rimane quella dei Paesi dell'Unione Europea (Spagna, Germania, Romania, ecc) con la presenza anche di alcuni operatori di nazionalità extraeuropea (es. Albania).

Tabella 2.2.2 - N° lavoratori stranieri

2009	10	9 figure infermieristiche, 1 figura di supporto
2010	14	12 figure infermieristiche,1 figura di tecnico sanitario, 1 Dirigente Medico
2011	17	14 figure infermieristiche, 1 figura di tecnico sanitario, 2 Dirigenti Medici

• Occupati nell'ambito delle categorie protette
Il numero dei dipendenti appartenenti alle categorie protette (disabili e altre figure), ai sensi degli artt. 8 e 18 della L. n.68/99, risulta in leggera crescita nel 2011 rispetto al 2009 sia per il riconoscimento della disabilità di personale già dipendente sia per alcune assunzioni mirate (ex art. 18) effettuate in base ad accordo con la Provincia di Reggio Emilia ex art. 11 L. 68/99.

Tabella 2.2.3 - N° dipendenti nell'ambito delle categorie protette

Anni	Dipendenti ASMN
2009	88
2010	84
2011	90

• Occupazione provinciale
Gli oltre 2800 dipendenti dell'Arcispedale S. Maria Nuova pongono l'ente tra le maggiori realtà aziendali presenti sul territorio. I dati della Tabella 2.2.4 evidenziano un lieve trend in aumento della percentuale dei dipendenti dell'Asmn rispetto alla media annuale degli occupati nella Provincia di Reggio Emilia

Tabella 2.2.4 - N° dipendenti ASMN sul totale occupati della provincia

Anni	Dipendenti Azienda Ospedaliera	Media Annuale occupati provincia RE	%
2009	2824	242.000	1,17%
2010	2824	234.040	1,20%
2011	2841	237.000	1,20%

• Residenza dei dipendenti nella provincia

Il numero dei dipendenti che risultano avere la propria residenza nell'ambito territoriale della Provincia di Reggio Emilia si mantiene pressochè costante con una percentuale superiore al 84% sul totale, come si evince dai dati riportati nella tabella 2.2.5

Tabella 2.2.5 - N° dipendenti dell'Azienda residenti nell'ambito territoriale

Anni	Azienda Ospedaliera	di cui residenti in provincia RE	%
2009	2824	2375	84,07%
2010	2824	2374	84,06%
2011	2841	2404	84,62%

2.2.1.b) Impatto economico sul territorio in cifre

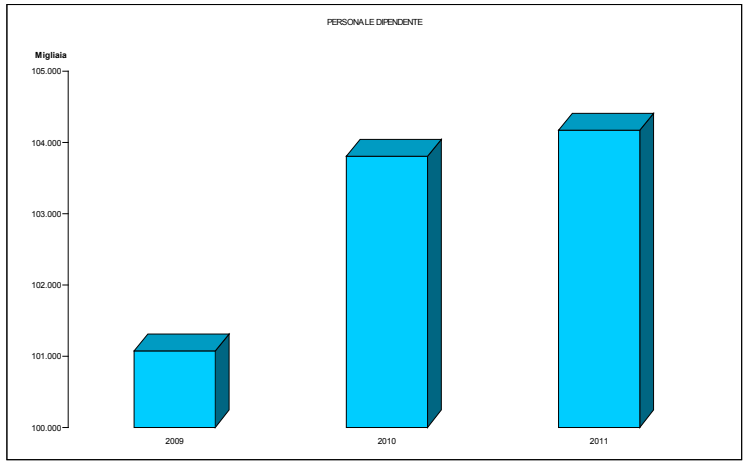
• VOLUME DEGLI EMOLUMENTI PER IL PERSONALE DIPENDENTE

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 2010/2009, Tabella 2.2.6. Nel dettaglio, l'incremento che si registra nel 2010 è principalmente ascrivibile alla corresponsione degli oneri contrattuali relativi al biennio economico 2008/2009 della dirigenza, a cui si aggiunge lo 0,4% di indennità di vacanza contrattuale per comparto e dirigenza, erogato a partire da aprile 2010, per un totale di € 1.814.000. Il restante incremento è coerente con il numero di assunzioni fatte nell'anno. Nel corso del 2011 sono stati corrisposti oneri per rinnovi contrattuali per un importo corrispondente a quanto erogato a partire da luglio 2010. L'indennità di vacanza contrattuale per l'anno 2011, rispetto a quella erogata nell'anno 2010, risulta incrementata di € 180.088 (nessuna somma era dovuta per le mensilita' da gennaio a marzo 2010 e per i mesi da aprile a giugno 2010 risultava di importo inferiore). Il residuo lieve incremento è dovuto alle nuove assunzioni.

Tabella 2.2.6 – Valore emolumenti al personale dipendente

ANNI	IMPORTO
2009	101.072.000
2010	103.798.884
2011	104.165.755

Grafico 2.2.1. – Trend emolumenti 2009-2011



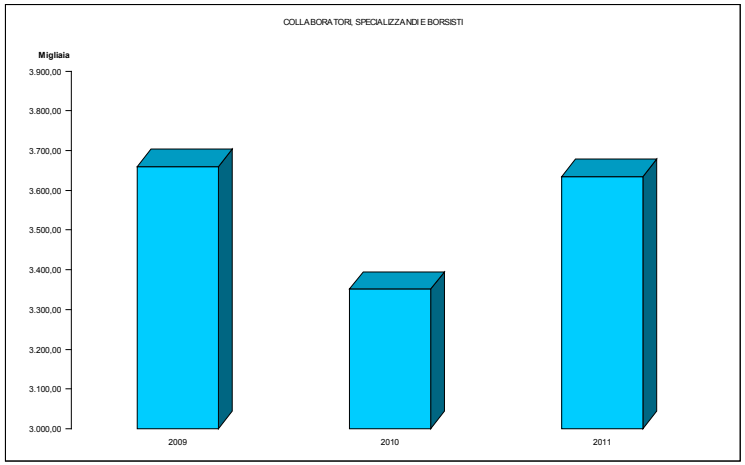
• COMPENSI A COLLABORATORI, SPECIALIZZANDI E BORSISTI

L' andamento nel triennio preso in esame evidenzia un progressivo decremento dei compensi relativi a borse di studio, medici in formazione specialistica, collaborazioni coordinate e continuative e rapporti libero-professionali, Tabella 2.2.7. La contrazione registrata nel 2010 è da leggere principalmente nell'ottica della prosecuzione dei processi di stabilizzazione e valorizzazione delle posizioni di lavoro precario, avviati nel 2007 e proseguiti nel periodo.
Al contrario, l'incremento che si registra nel 2011 rispetto all'anno precedente, e che riporta il valore complessivo del mastro a quello del 2009, è dovuto ai costi sostenuti per contratti libero professionaoli 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

ANNI	IMPORTO
2009	3.660.000
2010	3.351.480
2011	3.634.475

Grafico 2.2.2. – Trend economico contratti 2009-2011



• 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 sia provinciali che extraprovinciali sono stati caratterizzati da una crescita nel triennio con una leggera diminuzione, in termini di variazione, nell'anno 2011. La categoria piu' rappresentativa, come volume economico, è quella relativa ai servizi, in particolare ai servizi logistico-alberghiero aziendali legati a ditte operanti in ambito provinciale.

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 stabile (Tabella 2.2.9).

Tabella 2.2.8 – valore acquisti da ditte con sede legale nella provincia

Tipologia fornitura	2009	2010	2011
Beni sanitari	1.534.738	1.771.112	1.299.322
Beni economali	494.629	526.581	437.112
Manutenzioni	2.179.261	2.802.372	2.168.510
Canoni	219.747	228.419	225.066
Servizi	12.382.822	14.481.312	14.782.265
Totale	16.811.197	19.809.796	18.912.275

Tabella 2.2.9 – valore acquisti da magazzino farmaceutico USL RE

Tipologia fornitura	2009	2010	2011
Beni sanitari	20.600.389	20.617.820	21.175.884

Tabella 2.2.10 – valore acquisti da ditte con sede legale fuori provincia

Tipologia fornitura	2009	2010	2011
Beni sanitari	3.560.399	3.644.877	2.496.679
Beni economali	1.903.151	1.916.505	1.644.451
Manutenzioni	1.171.443	1.195.454	1.112.716
Canoni	167.047	167.511	118.299
Servizi	8.524.813	9.487.617	10.018.507
Totale	15.326.853	16.411.964	15.390.652

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. 552) 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 contribuente sono le convenzioni stipulate con altri atenei per l'effettuazione dei loro tirocini presso la nostra sede; l'Azienda 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, Firenze. L'impatto derivante dalla frequenza di questi tirocini è più legato ad un discorso di visibilità Aziendale e confronto istituzionale che a valori strettamente quantitativi.
Per ciò che concerne le iscrizioni nel triennio 2010/2012, i dati del nostro ateneo, sono riportati nella tabella 2.2.11

Tabella 2.2.11 – iscrizioni triennio

Corso di laurea	Iscrizioni al 1° anno	Iscrizioni al 2° anno	Iscrizioni al 3° anno	Totale iscritti
Infermieristica	175	119	124	418
Tecnico di radiologia	31	34	30	95
Laurea magistrale	18	21	-	39

Corso di laurea per Tecnico di Radiologia Medica:
La riduzione a 30 posti, programmata dall'anno accademico 2010/2011, ha stabilizzato il numero degli iscritti negli ultimi anni. Analizzando il dato totale, osserviamo che gli studenti provengono per un 84% dalla regione Emilia Romagna con punte significative da Reggio Emilia e Provincia (23 iscritti pari a un 24%) e da Modena e Provincia (56 iscritti pari a un 45%); un ulteriore 15% proviene da fuori regione (in particolare Campania e Sicilia).

Corso di laurea in Infermieristica:
Tendenzialmente stabile il numero degli iscritti totali negli ultimi anni; la prevalenza degli iscritti è regionale (Emilia Romagna 66%) con Reggio Emilia che fornisce la maggior parte degli intra-regionali (78% pari a 218 studenti). Il restante 34% delle iscrizioni, specifiche al corso di laurea, proviene da tutte le regioni con numeri significativi soprattutto dalle Regioni Campania, Puglia e Sicilia (26.5%).

Corsi di Laurea Magistrale:
Il bacino d'utenza è legato fondamentalmente alle città di Modena e Reggio Emilia (41%), con qualche studente da Bologna, Ferrara, Ravenna e Cesena. Gli studenti extra-regione sono solo 6 sul totale.

• Specializzandi dell'area medico chirurgica
Per rispondere ai cambiamenti intervenuti sul piano normativo-istituzionale ed 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 di intesa tra Regione-Università di ottobre 2005 e sulle intese conseguentemente definite nel 2007 in sede di approvazione, delle due convenzioni quadro, con l'università degli studi di Parma e di Modena-Reggio. 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 29.3.2006 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 che presso le Scuole di Specializzazione. Tra il proprio corpo docente, le Scuole di Specializzazione, annoverano anche docenti non universitari; sono oltre 20 i dipendenti ospedalieri ASMN che, su richiesta delle Università interessate, sono attualmente autorizzati dalla direzione aziendale a svolgere attività didattica presso le sedi universitarie per l'anno accademico.
Nell'anno 2011 hanno frequentato le strutture ospedaliere dell'ASMN 77 specializzandi medici, iscritti a corsi di specializzazione ed uno specializzando della corso di Farmacia; le principali sedi di provenienza degli studenti sono l'Università di Modena-Reggio e l'Università di Parma.
L'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia continua ad 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 abilitazione all'esercizio della professione. Allo scopo, l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda USL di Reggio Emilia, unitamente all'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi ed 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 a ASMN è garantita da professionisti ospedalieri strutturati, che sono stati incaricati tutor con specifico decreto rettorale.
Vengono 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.

Tabella 2.2.12 – sede universitaria di provenienza degli specializzandi

Specializzandi						
facoltà Sede Università	biologia	fisica sanitaria	farmacia	medicina	psicologia	Totale
Modena			1	53		54
Parma				16		16
Bologna				2		2
Firenze				1		1
Cagliari				1		1
Sassari				4		3
Catania				1		1
Totale			1	77		78

Le strutture operative presso le quali viene effettuata la specializzazione sono evidenziate nella tabella 2.2.12 seguente:

Tabella 2.2.13 – sede di tirocinio

Specializzandi						
facoltà *sede tirocinio*	biologia	fisica sanitaria	farmacia	medicina	psicologia	Totale
Cardiologia				2		2
Medicina 3 - Gastroenterologia				10		10
Neonatologia				5		5
ORL				3		3
UDGEE				3		3
NPI				1		1
Pediatria				14		14
Radiologia				1		1
Medicina Nucleare				1		1
PS				9		9
Neurochirurgia d'Urgenza				1		1
Oncologia				1		1
Neurologia				1		1
Reumoatologia				2		2
Farmacia			1			1
Anestesia				10		10
Chirurgia Vascolare				1		1
Chir:Oncologica				2		2
Chirurgia 2				1		1
Lab. Microbiologia				1		1
DMO				3		3
Pneumologia				1		1
Radioterapia				3		3
Tecnol. Biomediche				1		1
Totale			1	77		78

2.2.2. Impatto sociale

• Lasciti e Donazioni

Nel triennio 2009-2011 le donazioni e i contributi hanno registrato variazioni sia in termini numerici che di valore, evidenziando un incremento positivo del 9,2% nel primo biennio e del 32% nel secondo periodo, dovuto soprattutto alla crescita delle erogazioni liberali.

Per quanto concerne l'esercizio 2011 si segnalano, tra i contributi in denaro:

- contributi Fondazione Manodori per un totale di € 400.000 per acquisto di Gammacamera Spect-CT presso la Medicina Nucleare (€ 250.000) e per finanziare un progetto di ricerca (€ 150.000);
- contributi associazione GRADE per un totale di € 390.000 per finanziare il Nuovo Polo Oncoematologico (€ 300.000) e contratti libero professionali (€ 90.000);
- contributo Fondazione Guido Berlucchi per € 50.000 per un progetto di ricerca;
- contributo AIRC di € 50.000 per finanziamento borsa di studio;
- contributi Onlus Progetto Pulcino per totali € 40.500 per acquisto di attrezzature sanitarie;
- contributo Associazione Vittorio Lodini per un totale di € 35.000 per finanziare un contratto libero professionale;
- contributi associazione ASCMAD-PRORA, per un totale di € 33.175, destinati a finanziare contratti libero professionali;
- contributo associazione ALICE di € 25.000 per finanziamento di un progetto di ricerca.

Tra le donazioni in natura si evidenziano:

- la donazione di ASCMAD-PRORA di laser per trattamento chirurgico (€ 120.000);
- la donazione dell' Associazione Vittorio Lodini di ecotomografo portatile (€ 47.400);
- le donazioni dell' Onlus Progetto Pulcino di materiale vario per la neonatologia (€ 43.468).

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

Tabella 2.2.14 – Lasciti e donazioni

	ANNO 2009		ANNO 2010		ANNO 2011	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
lasciti (eredità)			1	10.500		
donazioni da privati	338	148.521	290	72.201	259	84.191
donazioni in natura da privati	19	7.999	3	1.300	17	48.495
totale	156.520		84.001		132.686	

Tabella 2.2.15 – Contributi e donazioni da altri soggetti privati

	ANNO 2009		ANNO 2010		ANNO 2011	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
contributi da fondazioni	3	129.980	3	281.590	3	450.000
contributi da ditte diverse	19	370.060	38	345.805	30	284.620
contributi da altri soggetti	20	208.389	30	443.361	38	616.530
contributo da istituto tesoriere	1	25.000	1	25.000	1	25.000
donazioni in natura da associazioni	10	238.973	17	35.776	34	322.612
totale	1.166.477		1.360.913		1.776.454	

2.2.3. Impatto Culturale

Il patrimonio culturale, storico ed artistico di questa 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 sottoposti a stima di valore.

Il patrimonio artistico dell'azienda ASMN si compone di Beni artistici (quadri, mobili, linoleumgrafie, litografie, stemmi,vasi, capitelli ecc.), beni storici di natura archivistica (documenti d'archivio dal XIV sec in avanti), beni librari, beni architettonici ed ambientali.

Con il restauro del complesso palaziale Rocca Saporiti -definito il "Casi-

nazzo" 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 attenta guida della Sopraintendenza ai Beni Ambientali ed Architettonici, avvenne nel dicembre 2001. Nella primavera dell'anno 2003 il palazzo è stato oggetto di valorizzazione pubblica in occasione della " XI Giornata Fai di Primavera" quando il complesso è stato aperto al pubblico con visite guidate mirate ad illustrarne la storia, a valorizzarne la bellezza architettonica ed artistica ed il sapiente restauro.
Dalla sua inaugurazione, il Palazzo Rocca Saporiti, con la sua pertinenza principale destinata ad 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'Ospitale 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 ed 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 ed artisti reggiani hanno donato opere ai soli fini di abbellimento ed umanizzazione degli ambienti di degenza. Nel complesso si parla di 262 opere.
Il padiglione Lazzaro Spallanzani – ex Sanatorio dell' inizio del xx sec.- bellissimo esempio di architettura pubblica degli anni venti-trenta, è bene sottoposto all'attenzione della Sopraintendenza per i Beni Ambientali ed 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. Nel corso del 2011 sono stati allestiti anche gli spazi che accolgono la struttura dell'IRCCS.

2.2.4. Impatto ambientale
La Regione Emilia Romagna e la nostra Azienda hanno posto grande attenzione alla tematica ambientale, attivando dal 2007 il Programma "Il sistema sanitario per uno sviluppo sostenibile" con la costituzione, tra le altre cose, del gruppo di lavoro a valenza multiprofessionale e multidisciplinare denominato "Gruppo regionale gestione ambientale".
Nel corso del 2011, in collaborazione con l'Azienda USL di RE e con l'Assessorato Regionale, sono state organizzate a Reggio Emilia 2 giornate di formazione/informazione, rivolte a tutti i dipendenti di entrambe le Aziende, dal titolo "Sviluppo sostenibile e Sistemi complessi: il Ruolo del Sistema Sanitario". In queste edizioni sono stati affrontati i temi dello sviluppo sostenibile, dei cambiamenti climatici, del programma regionale ed aziendale per uno sviluppo sostenibile e delle diverse azioni intraprese da parte dell'ASMN e degli operatori nelle aree della gestione dei rifiuti, dell'uso razionale dell'energia e della mobilità sostenibile.

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.
Gli anni 2010 e 2011 hanno visto, grazie alla sensibilizzazione degli operatori, ottenuta con i corsi di formazione, con l'informazione e coi sopralluoghi nei reparti, un graduale ma costante decremento della produzione dei rifiuti sanitari a rischio infettivo prodotti, a favore di un aumento della produzione di rifiuti urbani e raccolta differenziata, con conseguenti vantaggi in termini di salvaguardia per l'ambiente oltre che a notevole riduzione dei costi per l'Azienda.
Nel corso del 2010 i Kg di rifiuti a rischio infettivo prodotti sono diminuiti passando da 619.163 nel 2009 a 542.405, con un risparmio di circa 40.000 Euro. L'anno 2011 ha confermato tale andamento: sono infatti stati prodotti 472.274 kg, con un risparmio complessivo di circa 100.000 Euro.
Inoltre è diminuito il rapporto tra kg di rifiuti a rischio infettivo prodotti e giornate di degenza, passando da 1,59 nel 2010 a 1,35 nel 2011.
Altre azioni intraprese dall'azienda nel corso del 2011:

1. **definizione dei percorsi e dei processi di gestione, esplicitati anche nelle procedure aziendali:**
   - redazione di un'istruzione operativa per il conferimento dei rifiuti speciali pericolosi presso il deposito temporaneo c/o padiglione Spallanzani, condivisa insieme agli operatori coinvolti in tale percorso.

- predisposizione di un'istruzione operativa per la gestione degli imballaggi che hanno contenuto sostanze chimiche, che è stata diffusa ai reparti e servizi interessati e resa accessibile a tutti gli operatori grazie alla pubblicazione nello spazio intranet aziendale dedicato all'Ambiente.

2. **informazione, formazione e sensibilizzazione dei dipendenti ed utenti e pazienti**:

- nel corso del 2011 è stato condotto, grazie alla collaborazione tra direzione sanitaria, servizio di prevenzione e protezione e servizio tecnico aziendale, un corso interno sulla gestione dei rifiuti e sull'uso razionale dell'energia, ripetuto per ben 11 edizioni. Tale corso, già realizzato anche nel 2010, rivolto agli operatori sanitari, ha coinvolto più di 400 professionisti tra infermieri, medici, OSS ed altro personale sanitario del nostro ospedale. Durante il corso sono state presentate le procedure su rifiuti sanitari e rifiuti urbani, sono stati discussi i dubbi e le domande poste in aula dai presenti, è stato dedicato spazio alla presentazione dell'energy manager ed infine è stato presentato lo spazio intranet dedicato all'Ambiente, realizzato nel 2010 per favorire la diffusione dell'informazione e dei documenti di interesse per i dipendenti (procedure, regolamenti, materiale per la formazione, normativa, ecc..), e che si articola nei diversi temi di "gestione dei rifiuti", "uso razionale dell'energia" e "mobilità sostenibile".
  Infine, sono stati predisposti diversi poster 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 ed aumentando i rifiuti destinati a recupero di materie e/o energia quali carta, plastica, vetro, pile, legno, ecc…
  - nel corso del 2011 è stato organizzato in 2 edizioni ripetitive il corso "Sviluppo sostenibile e Sistemi complessi: il Ruolo del Sistema Sanitario", che ha affrontato i seguenti argomenti:
- risultati del programma regionale sullo sviluppo sostenibile;
- gestione ambientale nelle aziende sanitarie di Reggio Emilia;
- acquisti verdi;
- bilancio ambiente e salute nei servizi della prevenzione: Dipartimento Sanità Pubblica e ARPA;
- mobilità sostenibile;
- uso razionale dell'energia.

3. **il monitoraggio delle tipologie e quantità di rifiuti prodotti e la verifica delle corrette modalità di gestione dei rifiuti stessi da parte di tutti gli operatori:**
Vengono effettuati da parte della Direzione sanitaria, a cura del personale infermieristico dell'Ufficio Epidemiologico, periodici controlli in tutti i reparti e servizi dell'ospedale sulle corrette modalità di gestione dei rifiuti da parte degli operatori.
I risultati delle verifiche vengono regolarmente trasmessi a Coordinatore Infermieristico e Direttore/Responsabile dell'Unità Operativa interessata.
Inoltre vengono elaborati i dati di produzione dei rifiuti speciali ed urbani, suddivisi per singola unità di produzione, grazie ad un codice identificativo *barcode* posto sul coperchio dei contenitori.

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)* si 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 partecipa ai lavori del gruppo regionale "Acquisti verdi" ed 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 prevede diversi requisiti di sostenibilità ambientale, quali ad esempio l'utilizzo di carta riciclata;
- 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 ed IGP.
Si è inoltre aderito 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 di imballaggi in materiale riciclato, misure per il recupero di mercurio ed altre sostanze pericolose.
Infine si è lavorato sui servizi operativi informatici e nolo attrezzature informatiche prevedendo l'introduzione di nuove macchine multifunzione che integrano diversi devices (fotocopiatori, stampanti, scanner, fax) con soluzioni integrate e complete per la gestione dei processi operativi di stampa, fax, copia, al fine di consentire 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 ottenibili tramite il controllo dei medesimi.

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 di iniziative 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: All'interno dei programmi di qualificazione edilizia dell'Ospedale si sono migliorati l'assetto della viabilità interna, della segnaletica di indirizzamento al fine della riduzione dei percorsi all'interno dell'area ospedaliera. Si è proceduto alla qualificazione dei percorsi e delle aree per l'accesso dei pedoni.
- punto 2 (gestione e regolazione della sosta del comparto ospedaliero): redazione ed approvazione del piano della sosta, appalto di gestione del sistema della sosta condotto con il Comune di RE. Si è avviata la fase sperimentale per la gestione della sosta promiscua dei dipendenti e degli utenti, finalizzata all'ottimizzazione dell'uso della risorsa parcheggio ed evitare la necessità di nuove realizzazioni.
- punto 3 - sono state riqualificate le fermate della viabilità al contorno dell'area ospedaliera.
- punto 4 – sono stati aumentati i depositi per biciclette sia per i dipendenti che per il pubblico, curandone la collocazione e la qualità, sono in corso di riqualificazione altri depositi.
- punto 5 – Partecipazione ai gruppi regionali per la formazione degli indicatori di efficacia. Partecipazione con una relazione all'iniziativa formativa (2 date) " LO SVILUPPO SOSTENIBILE: I SISTEMI COMPLESSI" . Comunicazione ai dipendenti per blocchi del traffico, abbonamenti e altre iniziative di mobilità sostenibile tramite sito sulla rete Intranet aziendale.
- punto 6 - mantenimento delle quote raggiunte di mezzi elettrici sul parco aziendale.

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 ed 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 condizionamento 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 annoverare varie attività compiute sui sistemi elettrici e termici aziendali e/o sulle strutture, fra le quali si citano principalmente le seguenti:

- prosecuzione nella 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 di innovazioni tecnologiche in ambito ospedaliero, individuazione delle formule tariffarie di maggior convenienza;
- prosecuzione della campagne di sensibilizzazione rivolte agli operatori sanitari nell'ambito del progetto "Io spengo lo spreco"
- adozione di apparecchi illuminanti di tipo fluorescente dotati di reattori elettronici dimmerabili e non ad alto rendimento per la riduzione del consumo elettrico a parità di effetto utile e per la parzializzazione del livello di illuminazione (rif.to: intervento di ristrutturazione di aree quali piano I corpo A per ricollocazione di Studi ed Ambulatori afferenti a vari Servizi e S.C. Aziendali, riqualificazione di n° 4 locali posti al piano rialzato del padiglione Spallanzani per uffici/aula Formazione del Servizio di Formazione e Innovazione Clinica, completamento della riqualificazione di parte dei locali dell'edificio N per nuovi uffici del Servizio Logistico Alberghiero, riqualificazione di locali dell'ex DH Ematologico per ricollocazione del Servizio di Fisica Medica, riqualificazione di n° 8 locali presso corpo C piano IV per ricollocazione di S.C. Aziendali, riqualificazione di locali presso corpo C piano V area Nord per ricollocazione di Studi/Ambulatori di varie S.C. Aziendali);
- adozione di sistemi per l'accensione automatica degli impianti di illuminazione, in funzione della presenza di persone, in corrispondenza di locali ad uso servizi igienici (rif.to: servizi igienici nell'ambito delle attività di cui al punto precedente, servizi ad uso comune presso diversi edifici del patrimonio Aziendale);

- sostituzione di vecchi infissi con altri di nuova installazione di tipo con vetro camera e telaio a taglio termico e riqualificazione di infissi esistenti nell'ambito degli interventi di ristrutturazione e/o di manutenzione ordinaria degli stessi (rif.to: intervento di ristrutturazione di aree quali I piano corpo C per ricollocazione studi/ambulatori della S.C. di Endocrinologia);
- rifacimento di parte della coibentazione delle tubazioni idriche per la distribuzione di fluidi caldi e freddi al fine del contenimento delle dispersioni termiche (sotto centrali termiche);
- estensione del sistema di supervisione e controllo centralizzato degli impianti di climatizzazione dei nuovi fabbricati e di parte di quelli soggetti a ristrutturazione, finalizzato ad una gestione razionale dei fabbisogni.

Per il prossimo futuro la riduzione ed ottimizzazione dei consumi energetici verrà perseguita adottando una serie di misure che possono essere riassunte come segue:

- 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 "Io spengo lo spreco";
- attivazione di un procedimento centralizzato di "spegnimento" automatico dei Personal Computer Aziendali in caso di superamento di un tempo di non utilizzo;
- estensione del sistema di supervisione e controllo centralizzato agli impianti di climatizzazione esistenti;
- monitoraggio dei consumi energetici dei fabbricati, con cadenza mensile, finalizzato ad una gestione razionale degli impianti termici in relazione ai fabbisogni;
- effettuazione di una diagnosi energetica degli edifici aziendali volta a determinare i relativi gradi di efficienza al fine di prevedere eventuali, possibili interventi di riqualificazione;
- adozione di sistemi per l'accensione automatica degli impianti di illuminazione, in funzione della presenza di persone, in corrispondenza di locali ad uso comune e servizi igienici in aree soggette a ristrutturazione (rif.to: piano III corpo A per rimodulazione locali D.H. e Degenze del Servizio di Pediatria, servizi igienici ad uso comune e presso vari reparti);
- sostituzione di vecchi infissi con altri di nuova installazione di tipo con vetro camera e telaio a taglio termico nell'ambito degli interventi di ristrutturazione e/o di manutenzione ordinaria degli stessi (rif.to: III corpo A per rimodulazione locali D.H. e Degenze del Servizio di Pediatria);
- previsione di un impianto di generazione di energia elettrica con l'impiego di pannelli fotovoltaici presso strutture edilizie (esistenti e/o nuove);
- prosecuzione del rifacimento di parte della coibentazione delle tubazioni idriche per la distribuzione di fluidi caldi e freddi al fine del contenimento delle dispersioni termiche.

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 viene offerto con periodicità triennale il pap-test, quale esame di primo livello; qualora quest'ultimo risulti positivo, viene 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 mesi 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 effettuarsi con periodicità biennale; qualora positiva, l'utenza viene invitata ad eseguire una colonscopia di approfondimento e indirizzata al percorso terapeutico successivo qualora necessario.

2.3.1.a) Lo screening per il tumore della mammella

La popolazione interessata è rappresentata da oltre 98.000 donne tra domiciliate e residenti; nel corso del 2011 si è avuta una adesione pari al 78,3 % per le donne residenti di età 50-69 anni e 72% per le fasce 45-49 e 70-74, mentre per le donne domiciliate l'adesione è risultata del 57,3% per la fascia di età 50-69. Le prestazioni eseguite sono state 42.225. L'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia assorbe più del 40% delle mammografie complessivamente erogate nel territorio, stabilmente nel triennio.

Nel 2011 la quota di donne inviate al 2° livello di approfondimento perché con esito positivo della mammografia, è stata del 3,3% pari a 1.395, in linea con gli indicatori di riferimento.

Tabella 2.3.1. – N° mammografie eseguite - test di primo livello

Radiologia	Mx al 31/12/2007	Mx al 31/12/2008	Mx al 31/12/2009	Mx al 31/12/2010	Mx al 31/12/2011
ASMN	9.124	10.353	10.074	16.854	18.581
Correggio	2.254	2.346	2.437	3.713	3.597
Montecchio	2.537	2.587	2.760	4.192	4.032
Scandiano	3.218	3.451	3.557	5.790	7.032
C. Monti	1.553	1.552	1.596	2.663	2.916
Guastalla	3.098	3.212	3.186	5.320	6.067
Totale	**21.784**	**23.501**	**23.610**	**38.532**	**42.225**

Tabella 2.3.2- % Mammografie ASMN sul totale del programma provinciale

Anno	2007	2008	2009	2010	2011
% mammografie ASMN	41,88%	44,05%	42,6%	43,74%	44,0%

Tabella 2.3.3- Esami di 2° livello ASMN

Anno	2007	2008	2009	2010	2011
ASMN*	351	392	372	721	610
Totale programma	**783**	**891**	**876**	**1.567**	**1.395**

** non comprendono le prestazioni Mammotome*

Oltre il 43% (610/1.395) degli esami di secondo livello sono stati eseguiti nel 2011 presso il S.M.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 inferiore ai 2 cm.

2.3.1.b) LO SCREENING PER IL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO

La popolazione interessata è rappresentata di **151.251** donne tra i 25 e 64 anni tra domiciliate e residenti nella provincia di Reggio Emilia al 31 dicembre 2011.

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 2011 sono stati letti un totale di **35.341** pap-test, la cui valutazione è affidata, per tutti i prelievi eseguiti a livello provinciale, al Centro di Citologia cervico-vaginale dell'Azienda Ospedaliera.

All'ASMN di Reggio Emilia è affidato anche il coordinamento del Centro Scre-

ening per l'intera Provincia nella funzione di organizzazione dei calendari d'invito con trasmissione delle lettere alle donne e di call center per informazioni e cambio appuntamenti nei consultori per l'attività di citologia cervico-vaginale di 1° livello e di gestione provinciale del 2° livello nei 5 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, che viene offerto alle donne con patologia cervicale nel programma di screening per migliorare il percorso diagnostico e terapeutico. Il numero di test HPV nel 2011 rispetto al 2010 è numericamente stabile sia per una razionalizzazione delle colposcopie di follow up che si traduce in un risparmio dei controlli per le donne con categoria citologica ASC US /HPV test negativo e per le donne con CIN II-CIN III post-trattamento ed HPV test negativo, ma anche per una quota di test HPV già effettuata al consultorio nell'ambito dello studio pilota del test HPV quale test primario che ha fatto risparmiare test nel secondo livello. Nell'anno 2011 sono stati fatti 1402 HPV test di secondo livello nello screening e 116 HPV test non di screening.

Tabella 2.3.4 - Attività citologia vaginale

	2007	2008	2009	2010	2011	2011 Vs 2007
Pap test	36.331	38.147	37.935	38.340	35.341	**-2.7%**
Hpv test	904	1.223	1206	1326 screening+ 156 Non scr	1402 screening+ 116 Non scr (non dello studio pilota)	**67.9%**

In caso di test patologico, viene attivato un percorso differenziato con presa a carico della paziente che viene convocata direttamente, previa telefonata o lettera, da parte di personale sanitario specificatamente addestrato.
Qualora il test di 1° livello risulti positivo o sospetto per patologia cervicale, alla paziente viene proposto gratuitamente un approfondimento diagnostico, chiamato colposcopia, e tutto il percorso diagnostico-terapeutico fino a completa guarigione.
Presso la struttura di Citologia cervico vaginale dell'azienda ospedaliera è posto 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.

Tabella 2.3.5 - Attività citologia vaginale di 2° livello
Distretto di Reggio Emilia e Correggio

	2007	2008	2009	2010	2011	2011 Vs 2007
Colposcopie	1.771	1.778	2085	2456	**2615**	**47.6%**
Interventi con ansa diatermica	147	143	153	207	**166**	**12.9%**
Elettrocoagulazioni	19	16	57	87	**86**	**352.6%**
Pap test in colposcopia	933	873+346 altri ambul. colposc. screening	1117+ 504 altri ambul. colposc. screening	1226+734 altri ambul. colposc. Screening Tot 1960	1448 amb colposcopico +722 altri amb. Tot **2170**	**132.6%**

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 del ASMN nell'anno 2011 sono state **2.615** e sono state effettuate **1500** biopsie di cui **1052** a sede unica e **448** in sedi multiple.
Le colposcopie sono generalmente 5 -6 volte alla settimana e sono presenti 6 ginecologi colposcopisti per mantenere il limite temporale richiesto dagli standard Regionali.

2.3.1.c) Lo screening per il tumore del colon-retto
Nella primavera del 2005 è iniziato il primo round del programma di

prevenzione dei tumori del colon-retto rivolto alla popolazione di età compresa tra i 50 ed i 69 anni e si è concluso nella primavera del 2007.
Le due Aziende hanno partecipato al coordinamento e responsabilità del programma (Azienda S. Maria Nuova) ed alla funzione organizzativa (Azienda USL). L'attività di I livello (Sangue occulto fecale - SOF) e di II livello (colonscopia), in riferimento al periodo 2005-2011, è riportata nelle seguenti tabelle.

Nel 2011 l'adesione complessiva al programma è stata del 63,4% (60,8% uomini, 65,8% donne), così suddivisa:

- Primi inviti al programma di screening: 55,9% (52,7% uomini e 59,9% donne)
- Inviti successivi a persone che non avevano aderito al 1° round: 14,5% (14,3% uomini e 14,7% donne)
- Inviti successivi a persone che avevano aderito al 1° round: 88,1% (88,3% uomini e 88% donne).

Nello stesso anno, l'adesione complessiva registrata a livello nazionale è stata pari al 47,6% mentre quella dell'Emilia Romagna del 53,1%,

Per quanto riguarda la positività al SOF, si sono registrati le seguenti percentuali:

- Già aderenti in precedenza al SOF (esami successivi): 4,1% (4,8% uomini e 3,5% donne)
- Neo-invitati e non aderenti al 1° round (primi esami): 4,5% (5,6% uomini e 3,4% donne)

Mentre in relazione all'adesione alla colonscopia:

- Già aderenti in precedenza (esami successivi): 91,5%

Nella corte di invito 2005-2010 sono state complessivamente rilevati:

- 341 tumori maligni (il 3,7% dei soggetti positivi che hanno eseguito la colonscopia), 214 nei maschi e 127 nelle donne
- 120 polipi cancerizzati (1,3% dei soggetti positivi che hanno eseguito la colonscopia)
- 3.298 adenomi ad alto rischio (presenti nel 35,8% 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 2011, in termini di esami eseguiti per ambito territoriale, è il seguente:

- il laboratorio ASMN ha processato complessivamente il 76% dei SOF;
- l'endoscopia ASMN ha eseguito complessivamente il 34,5% delle colonscopie 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)

	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Laboratorio ASMN	28.600	74%	26.641	76%	25.575	74%	28.172	77%	24.694	74%	29.274	76%
Laboratorio Guastalla	10.104	26%	8.262	24%	9.092	26%	8.373	23%	8.795	26%	9.480	24%

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

	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Endoscopia ASMN	921	37%	822	46%	808	36,1%	1005	37,9%	900	37,1%	921	34,5%
Castelnovo Monti	201	8%	121	7%	152	6,8%	183	6,9%	162	6,8%	171	6,4%
Correggio	238	9%	169	9%	287	12,8%	277	10,5%	282	10,8%	325	12,2%
Guastalla	379	15%	238	13%	346	15,5%	399	15,1%	379	15%	424	15,9%
Montecchio	374	15%	209	12%	275	12,3%	320	12,1%	264	12,1%	337	12,6%
Scandiano	408	16%	225	13%	369	16,5%	465	17,6%	441	16,4%	488	18,3%
Totale	2.521		1.784		2.237		2.649		2428		2.666	

Fonte dei dati: Centro Screening dell'Az. USL di RE

Prosegue il percorso di offerta attiva di colonscopia ai familiari di 1° grado dei casi di cancro diagnosticati nel percorso di screening. Di seguito si riportano i dati relativi al periodo 2005-2010:

- N° casi di cancro diagnosticato da screening: 433
- N° casi contattati: 420
- N° casi che hanno dato consenso: 393
- N° familiari raccolti in totale: 2.009
- N° familiari elegibili: 538
- N° familiari per i quali è stata programmata/eseguita colonscopia: 180

Nei 173 casi in cui la colonscopia è stata attivamente proposta ed eseguita all'interno del percorso familiarità si sono registrati 1 caso di cancro, 22 adenomi ad alto rischio e 46 adenomi a basso rischio.

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 1000 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 viene 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 Commette 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 5000 neonati, dei quali circa la metà nascono presso l'Ostetricia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

Per i punti-nascita di Castelnovo ne'Monti, Guastalla, Scandiano e Montecchio Emilia l'esame di primo livello viene effettuato 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 ad eseguire lo screening a tutti i bimbi di Correggio che nascono a Carpi.

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, viene effettuato il test di screening ai bimbi iscritti all'Anagrafe Sanitaria provinciale ma che sono nati presso altre strutture dove non viene eseguito lo screening.

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 1 settimana dal primo test per evitare il più possibile ansia ai genitori.

L'esame è svolto presso il Servizio di Audiologia.

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, feed back con il territorio e retest di tutti i casi identificati al primo livello;
- esecuzione esami terzo livello;
- presa in carico e gestione dei soggetti ipoacusici identificati con lo screening.

Attualmente sono attivi tutti i punti-nascita della provincia e anche Correggio con la pediatria di comunità. Il protocollo viene già applicato secondo le modalità e con le tempistiche descritte. Dall'inizio dell'attività sono già stati identificati 19 casi di ipoacusia bilaterale neonatale di cui 8 bimbi già sottoposti ad intervento di *Impianto cocleare*, altri casi sono stati identificati come monolaterali e vengono seguiti nel tempo ed altri ancora in corso di definizione diagnostica.

Tabella 2.3.8 – n° otoemissioni eseguite nel 2011

Otoemissioni anno 2011	1 livello
Nido + neonatologia ASMN	2709
Castelnovo né Monti	205
Guastalla	897
Scandiano	700
Montecchio	709
Correggio	337
Nati in altre sedi	244

2.3.3 Assistenza specialistica

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

L'attività erogata dal S. M. Nuova in termini di prestazioni sia in urgenza che ad accesso programmato mostra nel triennio 2009-2011 un andamento pressoché invariato sia nei volumi prestazionali (-2%), sia nella valorizzazione economica (+2%), a conferma di un'attività più appropriata ma più complessa.
Analizzando la modalità di accesso, Tabella 2.3.11, si osserva un mantenimento dell'attività ordinaria programmata ed in accesso diretto; il calo delle urgenze nelle 24/h è riconducile essenzialmente alla ricodifica di tale attività come prestazioni di accesso diretto (tipologia ricomprese nella modalità di accesso "ordinario"); il notevole incremento dell'attività di *day service* (+24% delle prestazioni erogate) è stata favorita dall'implementazione di percorsi informatizzati e dal costante impegno all'appropriatezza del *setting* assistenziale. Si conferma il trend in calo degli accessi in PS già evidenziata dal 2010 anche a seguito dell'applicazione della normativa sulla compartecipazione alla spesa per il cittadino (ticket). Il calo dell'attività in pronto soccorso per i pazienti dimessi a domicilio nel triennio 2009-2011 è stata del -14%; analogamente in calo anche i casi di osservazione breve intensiva (OBI), -18%.

Tabella 2.3.11 – Prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni

Modalità di accesso	2009		2010		2011		Diff. % 2011-2009	
	N. prestazioni erogate	valore economico €	N. prestazioni erogate	valore economico €	N. prestazioni erogate	valore economico €	N. prestazioni erogate	valore economico €
Ordinario	3.854.582	35.067.426	3.736.714	34.296.464	3.739.569	34.897.746	-3%	0%
Urgente (24 H)	13.284	175.687	12.534	153.726	11.079	108.347	-17%	-38%
Urgente Differibile (7 Giorni)	1.244	36.819	1.052	35.063	892	29.456	-28%	-20%
Day Service	287.896	7.148.255	319.669	8.135.391	356.898	8.950.667	24%	25%
Pronto Soccorso Non Seguito Da Ricovero	383.371	4.762.037	352.454	4.584.858	329.640	4.283.751	-14%	-10%
Osservazione Breve Intensiva (Obi)	55.392	518.760	51.379	493.680	45.509	467.940	-18%	-10%
Totale Complessivo	4.595.769	47.708.984	4.473.802	47.699.182	4.483.587	48.737.907	-2%	2%

2.3.3.b) Tipologia di prestazioni erogate

Nel triennio 2009-2011, Tabella 2.3.12, si è assistito ad un ridimensionamento degli accessi, soprattutto nella seconda fase dell'anno e di conseguenza una contrazione delle prestazioni erogate in termini puramente quantitativo/numerici (-2%) ma un aumento della complessità così come rappresentata dai volumi economici in crescita (+2%).

Le motivazioni dell'andamento devono essere ricercate non tanto in una contrazione dell'offerta od in un peggioramento dei tempi di attesa quanto nel quanto sociale ed economico che hanno dovuto affrontare le famiglie nel corso del 2011, unitamente alla modifica delle forme di partecipazione alla spesa che ha interessato alcune fasce di reddito (introduzione della quota ricetta).

Nell'area dei Laboratori si conferma la riduzione delle prestazioni effettuate (-2%) ma una crescita dei valori economici dell'attività prodotta (+6,4%). La crescita in termini economici più che prestazionali si è evidenziata anche nell'area Diagnostica (+0% delle prestazioni, +8,5% dei volumi economici), sia nella diagnostica strumentale con radiazioni che in quella senza.

Nell'area della Riabilitazione si è invece osservato un aumento sia nel numero

Tabella 2.3.12– Prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di aggregazione

Prestazione: Aggregazione I° livello	Prestazione: Aggregazione II° livello	2008		2009		2010		Diff. 2010-2008	
		N. di prestazioni erogate	Importo della prestazione	N. di prestazioni erogate	Importo della prestazione	N. di prestazioni erogate	Importo della prestazione	N. di prestazioni erogate	Importo della prestazione
DIAGNOSTICA	D1-D.STRUMENT. CON RADIAZ.	101.193	4.902.551	104.285	5.340.525	104.864	6.011.656		
	D2-D.STRUMENT. NO RADIAZ.	140.038	5.225.291	144.691	5.438.800	142.503	5.420.283		
	D3-BIOPSIA	6.873	547.176	7.580	580.064	2.576	145.776		
	D9-ALTRA DIAGNOSTICA	16.229	272.268	14.424	275.727	14.639	296.648		
	Totale	264.333	10.947.286	270.980	11.635.116	264.582	11.874.363	0%	8%
LABORATORIO	L1-PRELIEVI	355.202	920.624	361.055	935.595	357.999	927.585		
	L2-CHIMICA CLINICA	2.665.195	8.301.049	2.553.437	8.483.231	2.575.632	8.611.874		
	L3-EMATOLOGIA/ COAGULAZ.	442.856	1.533.921	443.946	1.573.492	458.631	1.939.185		
	L4-IMMUNO EMAT e TRASFUSION.	3.934	36.712	3.651	38.688	3.511	38.681		
	L5-MICROBIOLOGIA/ VIROLOGIA	154.940	1.543.498	155.524	1.519.265	152.888	1.501.558		
	L6-ANATOMIA ED IST.PATOL.	28.993	1.145.856	31.064	1.197.314	30.472	1.181.327		
	L7-GENETICA/ CITOGEN.	10.380	889.966	12.449	1.005.174	13.793	1.095.464		
	Totale	3.661.500	14.371.626	3.561.126	14.752.759	3.592.926	15.295.674	-2%	6%

RIABILITAZIONE	R1-RIAB.DIAGNO-STICA	5.413	173.010	5.351	187.823	6.681	211.090		
	R2-RRF	88.074	792.772	89.361	807.547	87.486	790.375		
	R3-TERAPIA FISICA	11.009	46.891	10.797	46.228	11.966	49.267		
	R9-ALTRA RIABILITAZIONE	9.117	118.038	9.240	117.970	10.218	130.778		
	Totale	113.613	1.130.711	114.749	1.159.568	116.351	1.181.510	2%	4%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	T1-RADIOTERAPIA	71.565	6.061.655	45.807	4.987.490	52.507	5.660.138		
	T2-DIALISI	30.068	3.868.489	29.773	3.947.403	30.886	4.055.013		
	T4-TRASFUSIONI	1.837	222.444	999	210.636	1.018	189.108		
	T5-CHIRURGIA AMBULATORIALE	25.952	2.293.672	23.015	2.211.322	21.077	2.181.542		
	T9-ALTRE PRESTAZ. TERAPEUTICHE	65.219	707.480	60.665	703.595	58.463	679.066		
	Totale	194.641	13.153.740	160.259	12.060.446	163.951	12.764.867	-16%	-3%
VISITE	V1-PRIMA VISITA	241.149	5.459.730	224.284	5.074.768	208.974	4.729.114		
	V2-VISITA DI CONTROLLO	118.175	2.127.132	140.160	2.522.844	134.676	2.424.114		
	V3-OSSERVAZ. BREVE INTENSIVA	2.358	518.760	2.244	493.680	2.127	467.940		
	Totale	361.682	8.105.622	366.688	8.091.292	345.777	7.621.168	-4%	-6%
TOTALE		4.595.769	47.708.985	4.473.802	47.699.181	4.483.587	48.737.582	-2%	2%

di prestazioni erogate (+2,4%) che dei volumi economici (+4,4%), con andamento diverso rispetto al triennio 2008-2010; in forte calo il numero di Prestazioni Terapeutiche (-16%), spiegato dall'aggiornamento del nuovo sistema di codifica associato al nomenclatore tariffario della Radioterpia ed in parte recuperato dall'incremento dell'attività dialitica. Un calo di alcuni punti percentuali si è avuto anche nell'area delle Visite (-5% di prestazioni erogate e -6% di volumi economici), dove la contrazione delle prime visite e degli accessi in OBI ha neutralizzato il margine positivo delle visite di controllo.

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

Le prestazioni erogate presso l'azienda ospedaliera cittadina, rappresentano il 55% dell'attività specialistica complessivamente erogata a livello provinciale presso tutte le strutture pubbliche e private accreditate (tale quota si mantiene stabile fin dal 2009).

Tabella 2.3.13– Prestazioni erogate per struttura provinciale erogante

Prestazioni specialistiche erogate												
	2009				2010				2011			
	N. prestaz.	%	valore economico	%	N. prestaz.	%	valore economico	%	N. prestaz.	%	valore economico	%
AUSL-REGGIO EMILIA (STRUTTURE PUBBLICHE)	2.781.735	33%	40.280.932	39%	2.742.360	34%	40.036.010	39%	2.719.810	34%	40.225.357	39%
AUSL-REGGIO EMILIA (STRUTTURE PRIVATE)	951.936	11%	15.001.602	15%	948.859	12%	15.217.383	15%	878.893	11%	15.150.755	15%
AO-REGGIO EMILIA	4.595.769	55%	47.708.983	46%	4.473.802	55%	47.699.181	46%	4.483.587	55%	48.737.908	47%
Totale	8.329.440		102.991.517		8.165.021		102.952.574		8.082.290		104.114.020	

Scendendo nella tipologia di attività, le prestazioni erogate presso il S.M.N. prevalgono a livello complessivo provinciale nel settore della Laboratoristica (63% del totale provinciale, 62% nel 2009) e delle Prestazioni Terapeutiche (55% del totale provinciale nel 2011, 58% nel 2009), 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 (31% del totale provinciale, 30% nel 2009). L'attività di Visita è concentrata presso l'azienda ospedaliera nel 37% dei casi: in particolare prevalgono le visite di medicina generale (90% del totale provinciale), le visite pediatriche (84%), quelle angiologiche (69%), reumatologiche (59%), ematologiche (88%), nefrologiche (78%) e neurochirurgiche (71%).

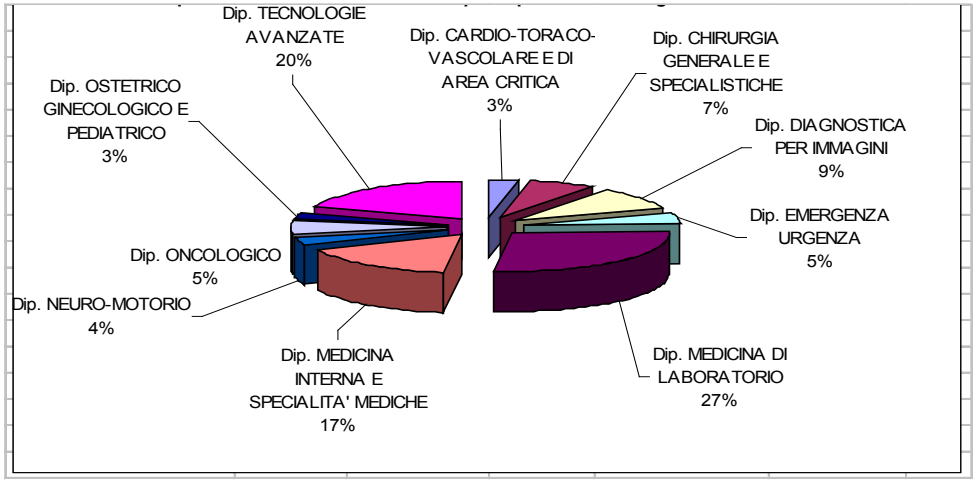
Tabella 2.3.14 – Prestazioni per tipologia e struttura erogante - anno 2011

		103-REGGIO EMILIA				903-AOSP REGGIO E.	
Aggregazione I° livello	Aggregazione II° livello	STRUTTURE PUBBLICHE	% sul Totale Provinciale	STRUTTURE PRIVATE	% sul Totale Provinciale	STRUTTURE PUBBLICHE	% sul Totale Provinciale
DIAGNOSTICA	D.STRUMENT.CON RADIAZ.	159.422	52%	43.892	14%	104.864	34%
	D.STRUMENT. NO RADIAZ.	243.745	47%	133.195	26%	142.503	27%
	BIOPSIA	2.296	47%	8	0%	2.576	53%
	ALTRA DIAGNOSTICA	16.461	47%	3.843	11%	14.639	42%
	Totale	421.924	49%	180.938	21%	264.582	31%
LABORATORIO	PRELIEVI	167.347	29%	45.154	8%	357.999	63%
	CHIMICA CLINICA	1.138.168	27%	427.710	10%	2.575.632	62%
	EMATOLOGIA/COAG.	180.758	26%	60.652	9%	458.631	66%
	IMMUNOEMAT.E TRASF.	2.132	33%	856	13%	3.511	54%
	MICROBIOLOGIA	62.482	26%	23.363	10%	152.888	64%
	ANATOMIA ED IST.PATOL.	215	1%	2.962	9%	30.472	91%
	GENETICA/CITOGEN.	291	2%	0	0%	13.793	98%
	Totale	1.551.393	27%	560.697	10%	3.592.926	63%
RIABILITAZIONE	RIAB.DIAGNOSTICA	1.634	20%	0	0%	6.681	80%
	RRF	66.896	31%	58.429	27%	87.486	41%
	TERAPIA FISICA	8.493	24%	14.530	42%	11.966	34%
	ALTRA RIABILITAZIONE	3.339	25%	10	0%	10.218	75%
	Totale	80.362	30%	72.969	27%	116.351	43%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	RADIOTERAPIA	3	0%	0	0%	52.507	100%
	DIALISI	22.016	42%	0	0%	30.886	58%
	ODONTOIATRIA	23.755	96%	871	4%	0	0%
	TRASFUSIONI	783	43%	0	0%	1.018	57%
	CHIR. AMBULAT.LE	16.120	40%	3.215	8%	21.077	52%
	ALTRE PRESTAZ. TERAPEUTICHE	67.631	53%	2.148	2%	58.463	46%
	Totale	130.308	43%	6.234	2%	163.951	55%
VISITE	PRIMA VISITA	339.175	58%	41.692	7%	208.974	35%
	VISITA DI CONTROL.	194.045	56%	16.363	5%	134.676	39%
	O.B.I	2.603	55%	0	0%	2.127	45%
	Totale	535.823	57%	58.055	6%	345.777	37%
TOTALE COMPLESSIVO		2.719.810	34%	878.893	11%	4.483.587	55%

2.3.3.d) Produzione erogata presso il S. M. Nuova per Dipartimento di erogazione

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 Medicina di Laboratorio (27% della produzione aziendale), che include le strutture laboratoristiche, seguito dal Dip. di Tecnologie avanzate (20%, in particolare Radioterapia, Medicina Nucleare e Gastroenterologia) e dal Dip. di Area medica (17%, in particolare Emodialisi), entrambi in crescita rispetto al 2010. Le discipline del Dip. Chirurgia generale e specialistiche erogano il 7% dell'attività di ambito ospedaliero, principalmente di tipo oculistico e otorino. Il Dip. diagnostica per immagini, identificato dalla struttura di Radiologia, rappresenta il 9% dei volumi economici prodotti.

Grafico 2.3.1

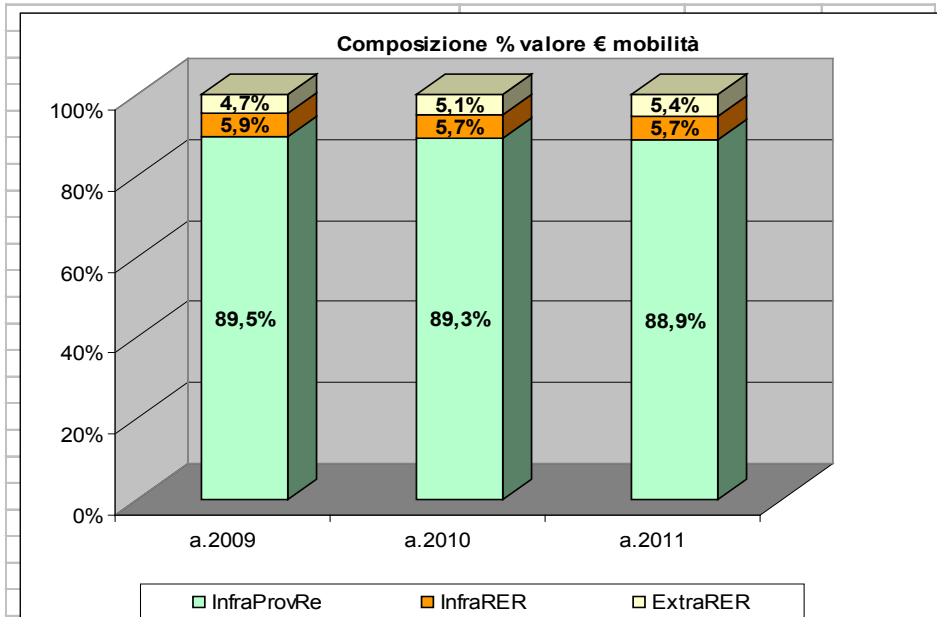


Il Dip. Cardio-toraco-vascolare e di area critica è rappresentato principalmente dalle prestazioni ambulatoriali cardiologiche e assorbe il 3% dell'attività aziendale, così pure il Dip. Ostetrico-ginecologico e pediatrico. Infine la struttura di Pronto Soccorso generale, produce il 5% dell'attività specialistica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

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, viene erogata principalmente verso i cittadini residenti nella provincia di Reggio Emilia. Quasi il 90% dei volumi economici infatti sono riconducibili al bacino d'utenza provinciale, la restante quota di attività è ripartita tra residenti in altre province della regione (5,7% nel 2011 e nel 2010, 5,9% nel 2009) o extraregionali (5,4% nel 2011, 5,1% nel 2010, 4,7% nel 2009), rispetto ai quali si sta assistendo ad una crescita progressiva della domanda.

Grafico 2.3.2



Nel triennio 2009-2011 in esame, l'attività specialistica per esterni ha avuto, in termini economici, un incremento percentuale del +2,16%, correlata ad un offerta diagnostica di complessità sempre più elevata e allo sviluppo ulteriore dei percorsi ambulatoriali di day service in alternativa ai cicli di DH.

Tabella 2.3.16 – Valore economico produzione

Attività per esterni (programmato, urgenze e PS)				
Anno	InfraProvRe	InfraRER	ExtraRER	Totale
a.2009	42.677.861	2.809.242	2.221.880	47.708.983
a.2010	42.577.719	2.702.872	2.418.590	47.699.181
a.2011	43.337.480	2.773.765	2.626.663	48.737.908

Analizzando gli scostamenti in termini percentuali per aree di provenienza, si evidenzia un notevole incremento a livello extraregionale (+18,2%), a livello delle discipline eroganti di Emodialisi (+74%), Medicina Nucleare (+29%), Radiologia (+32%), Radioterapia (+24%), Neurorabilitazione (+27%); mentre si è ridotta l'attrazione a livello infraregionale (-1,3%).

Grafico 2.3.3

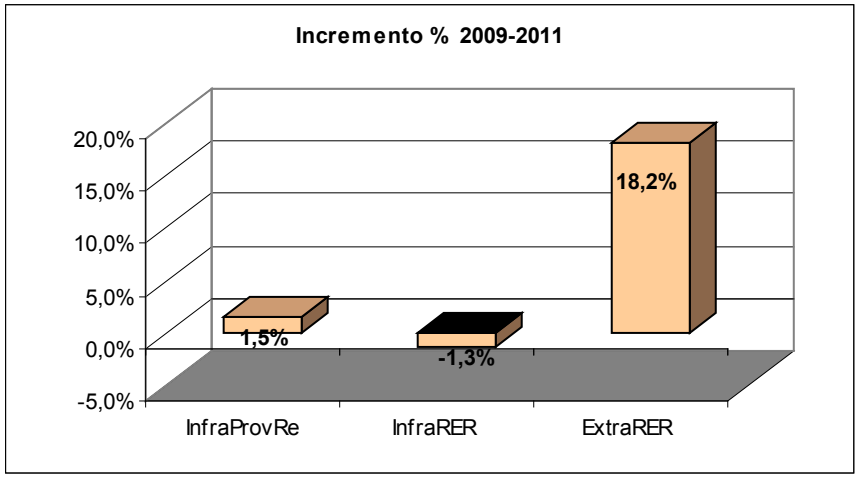


Tabella 2.3.17 – variazione produzione 2008-2010

	InfraProvRe	InfraRER	ExtraRER
Incremento % 2009-2011	1,5%	-1,3%	18,2%
Incremento assoluto 2001-2011	659.619	-35.477	404.783

Il richiamo da altre regioni avviene soprattutto dalle province della Lombardia (20% delle prestazioni verso utenti con residenza extraregionale vs 19% del 2009), del Veneto (4% nel 2011 vs 5% del 2009) e della Liguria (4% nel 2011 vs 6% nel 2009) per il nord, stabile dalla Toscana (13%), ma in calo da Marche (4% vs 5%) e Lazio (5% vs 3%) per l'Italia centrale. Per il Sud e le isole, l'attrazione è stabile anche verso la Puglia (9%), la Sicilia (7%) e la Calabria (7%), mentre è in calo per la regione Campania (12% vs 14%).
All'interno dell'Emilia-Romagna il maggior flusso verso l'azienda ospedaliera si è avuto dalle limitrofe province di Modena, in abbassamento rispetto agli anni precedenti (51% del 2011 vs 53% del 2009 per le prestazioni a utenti con residenza infraregionale, escluso provincia di Reggio) e Parma invece in crescita (34% del 2011 vs 30% del 2009).

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.

L'analisi dei volumi delle prestazioni, individuate nell'allegato 4 alla Delibera 1035 e definite "prestazioni critiche", erogati dall'azienda ospedaliera nel triennio 2009-2011 mostra un andamento sostanzialmente stabile (-1%). In riferimento alla Diagnostica strumentale ad alta complessità, rispetto al 2009 si evidenzia un evidente calo delle prestazioni di TAC (TAC addominale -15%, TAC cerebrale -30%), ma un leggero aumento delle Ecografie addominali (+2%) ed Ecocolordoppler (+6%). A livello di Risonanza magnetica si assiste ad un leggero abbassamento delle RM cerebrali (-6%), ma anche a un apprezzabile incremento delle RM addominali (+20%).
Per quanto riguarda i primi accessi delle cosiddette Visite Specialistiche "critiche", i volumi complessivi di attività erogata dall'ASMN nel 2011 (rispetto al 2009) hanno visto una consistente diminuzione (-26%) 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. I volumi di attività erogata sono bensì molto più rilevanti.
Considerando il contributo dell'azienda ospedaliera SMN all'erogazione delle prestazioni, oggetto di monitoraggio, nell'ambito provinciale, si evidenzia come l'azienda ospedaliera di Reggio Emilia abbia assorbito, nell'anno 2011, circa il 27% dell'attività di diagnostica strumentale complessivamente erogata (31% nel 2009) ed il 18% delle prime visite specialistiche erogate.
Per le prestazioni che presentano tempi di attesa superiori ai 30-60 giorni standard, l'ASMN ha provveduto a incrementare le disponibilità degli ambulatori attraverso l'apertura di agende "aggiuntive", riconosciute al personale medico attraverso la libera professione aziendale

Tabella 2.3.18 – prestazioni di Diagnostica Strumentale erogate a livello provinciale

Prestazioni critiche oggetto di monitoraggio									
	2009			2010			2011		
D. STRUMENTALE	AUSL RE	ASMN	% ASMN su totale	AUSL RE	ASMN	% ASMN su totale	AUSL RE	ASMN	% ASMN su totale
TAC CEREBRALE	4.033	1.695	32%	3.516	1.383	28%	3.497	1.182	25%
TAC ADDOME	3.484	2.338	49%	3.462	1.850	35%	4.069	1.984	33%
ECOGRAFIA ADDOMINALE	26.620	7.005	24%	24.702	6.667	21%	26.182	7.170	21%
ECOCOLORDOPPLER	36.639	16.978	34%	36.044	16.327	31%	41.814	17.942	30%
RMN CEREBRALE	4.068	1.254	23%	5.133	1.347	21%	5.440	1.185	18%
RMN ADDOMINALE	411	210	23%	398	313	44%	496	252	34%
Totale	66.960	30.054	31%	73.255	27.887	28%	81.498	29.715	27%

Tabella 2.3.19 – Visite erogate a livello provinciale

Prestazioni critiche oggetto di monitoraggio									
	2008			2009			2010		
VISITA SPECIALISTICA (*)	AUSL RE	ASMN	% ASMN su totale	AUSL RE	ASMN	% ASMN su totale	AUSL RE	ASMN	% ASMN su totale
CARDIOLOGIA	27.316	9.846	29%	26.203	8.386	24%	24.490	8.384	26%
MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	8.691	2.716	27%	7.478	1.709	19%	7.618	1.679	18%
NEUROLOGIA	6.405	6.374	44%	5.992	5.145	46%	5.516	4.560	45%
OCULISTICA	57.747	7.790	12%	50.734	5.889	10%	46.948	4.499	9%
ONCOLOGIA	3.892	598	18%	3.561	76	2%	3.359	426	11%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	23.067	5.226	19%	20.763	4.769	19%	19.850	4.550	19%
RECUPERO E RIABILITAZIONE	22.655	4.036	17%	22.068	3.691	14%	22.534	3.364	13%
UROLOGIA	8.367	3.377	26%	8.306	2.542	23%	8.288	2.256	21%
Totale	152.564	40.117	21%	145.105	32.207	18%	138.603	29.718	18%

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 sotto al 2%: 1,67% nel 2011 significa che in LP non sono erogate neanche 2 prestazioni ogni 100 prestazioni erogate in regime SSN.

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 (17%) non rientranti nei LEA (massoterapia per drenaggio linfatico, magnetoterapia, elettroterapia antalgica, ultrasonoterapia e laserterapia antalgica), le prime visite (10%) e le prestazioni di diagnostica (5%).

Tra le prime visite l'incidenza maggiore, anche se ben inferiore all'offerta istituzionale, è riconducibile alle visite di: Chirurgia vascolare (32%), Geriatria (40%), Neurochirurgia (31%), Ostetricia e Ginecologia (23%), Recupero e Riabilitazione fisica (33%), Gastroenterologia (35%), Radiologia (61%) e Neuroriabilitazione (25%).

Tabella 2.3.20 – N. prestazioni SSN e LP

Prestazione: Aggregazione I° livello	a. 2009		% LP/SSN	a. 2010		% LP/SSN	a. 2011		% LP/SSN
	SSN	LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA		SSN	LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA		SSN	LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA	
DIAGNOSTICA	264.333	11.547	4,37%	270.980	13.736	5,07%	264.582	12.832	4,85%
LABORATORIO	3.661.500	5.629	0,15%	3.561.126	9.955	0,28%	3.592.926	7.025	0,20%
RIABILITAZIONE	113.613	16.174	14,24%	114.749	19.630	17,11%	116.351	20.131	17,30%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	194.641	1.703	0,87%	160.259	1.839	1,15%	163.951	1.631	0,99%
VISITE	361.682	38.246	10,57%	366.688	37.337	10,18%	345.777	33.094	9,57%
TOTALE COMPLESSIVO	4.595.769	73.299	1,59%	4.473.802	82.497	1,84%	4.483.587	74.713	1,67%

2.3.3.h) Prenotazioni CUP

Le prestazioni non prenotabili a CUP rappresentano il 15,6% e sono per la maggior parte prestazioni di 2° livello che vengono prenotate al momento dell'effettuazione della 1° visita direttamente dal professionista, oppure prestazioni in accesso diretto che non prevedono una lista di prenotazione a CUP.

Tabella 2.3.21 – N° prestazioni prenotabili a CUP

N. di prest. prenotabili a CUP	N. di prest. non prenotabili a CUP	N. di prest. a catalogo aziendale	% di prest. prenotabili a CUP sul totale erogabile
2190	405	2595	84%

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 2009-2011.

La rendicontazione dell'attività include da quest'anno (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). L'incremento registrato nel triennio 2009-2011 relativamente ai volumi di prestazioni è stato pari a + 24%, pari a +25% per la corrispondente valorizzazione economica.

Rispetto al totale della produzione specialistica, l'attività di Day Service assorbe il 18% dei volumi prodotti, in continua crescita rispetto agli anni precedenti.

2.3.3.l) Indice di performance effettivo per visite e diagnostica – prestazioni programmabili

I tempi di attesa rilevati all'interno dell'ASMN 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 (92%: ormai ad accesso diretto). L'attività diagnostica (62%) 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, pur in presenza di una flessione dell'attività erogata (-5% rispetto al 2009), l'obiettivo dei 30 giorni è raggiunto solo dal 48% delle prestazioni prenotate ma in miglioramento rispetto al 2009.

Tabella 2.3.22 – Attività in Day Service

	2009			2010			2011		
	prestazioni erogate	Valore (€)	% sul totale	prestazioni erogate	Valore (€)	% sul totale	prestazioni erogate	Valore (€)	% sul totale
Regime DSA	287.896	7.148.255	7%	319.669	8.135.391	17%	356.898	8.950.667	18%
Altri regimi SSN	4.307.873	40.560.729	93%	4.154.133	39.563.791	83%	4.126.689	39.787.240	82%
Totale	4.595.769	47.708.984		4.473.802	47.699.182		4.483.587	48.737.907	

Tabella 2.3.23 – Indice di Performance ASMN per tipologie di prestazioni

Anno 2011						
Aggregazione I° livello	Giorni di attesa (in classi)					
	1-30	entro 45	entro 60	entro 75	entro 90	> 90
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 2010						
Aggregazione I° livello	Giorni di attesa (in classi)					
	1-30	entro 45	entro 60	entro 75	entro 90	> 90
DIAGNOSTICA	45,55%	56,25%	63,44%	69,67%	73,93%	26,07%
LABORATORIO	84,72%	88,99%	91,08%	92,63%	93,77%	6,23%
RIABILITAZIONE	80,18%	89,37%	93,33%	95,38	96,41%	3,59%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	49,22%	60,40%	67,06%	75,55%	81,01%	18,99%
VISITE	48,39%	63,15%	70,46%	77,11%	81,67%	18,33%

anno 2009						
Aggregazione I° livello	Giorni di attesa (in classi)					
	1-30	entro 45	entro 60	entro 75	entro 90	> 90
DIAGNOSTICA	50,59%	60,93%	67,89%	72,63%	77,35%	22,65%
LABORATORIO	87,17%	90,52%	92,57%	94,19%	95,33%	4,67%
RIABILITAZIONE	79,90%	89,54%	93,51%	95,51%	96,67%	3,33%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	31,53%	41,24%	57,28%	71,06%	83,36%	16,64%
VISITE	46,42%	61,28%	71,31%	77,79%	82,69%	17,31%

Sia per l'attività Riabilitativa che di Visita, le percentuali di prenotazioni entro le varie classi di attesa sono migliori delle media rilevata per le aziende ospedaliere della Regione: nell'anno 2011 le aziende sanitarie regionali hanno risposto all'obiettivo dei 30 giorni per le visite e 60 giorni per tutta la diagnostica strumentale con le seguenti percentuali di prestazioni prenotate:

Tabella 2.3.24 – Indice di Performance – Confronto come medie regionali

anno 2010	media R.E.R.	ASMN di RE
DIAGNOSTICA	69,44%	62,15%
LABORATORIO	96,33%	91,74%
RIABILITAZIONE	87,68%	91,69%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	75,72%	51,82%
VISITE	47,50%	48,16%

2.3.3.m) Attività di governo clinico in collaborazione con Ausl per qualificazione consumi specialistica

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

Una politica settoriale sulle liste di attesa non può dare soluzioni a questo problema, tanto che la RER (DGR 1532/2006 e DGR 1035/2009) richiede alle Aziende Ospedaliere e le Aziende USL, la definizione di Programmi attuativi aziendali, con l'indicazione delle prestazioni di base per le quali il 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 viene annualmente declinata nell'accordo di fornitura con l'azienda USL di Reggio Emilia.

Per l'anno 2011 all'azienda ospedaliera di Reggio Emilia era richiesto di consolidare l'offerta settimanale delle prestazioni critiche oggetto di rilevazione trimestrale regionale concordata nell'accordo 2010, fermo restando quanto previsto dai LEA.

Per alcune prestazioni, in relazione all'analisi dei tempi d'attesa, degli indici di consumo e della mobilità relativa al 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.

Inoltre, anche nell'anno 2011 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.
- gli incontri formativi per la diffusione in tutti i Distretti dei protocolli elaborati per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle visite oculistiche, allergologiche e della diagnostica senologica.
- Attivazione di audit di verifica dell'applicazione del documento sull'appropriatezza nella diagnostica per immagini della spalla, rachide lombo-sacrale, e ginocchio
- Definizione di protocolli condivisi anche con le strutture private accreditate riguardanti l' ottimizzazione della qualità nell' esecuzione di TC e RMN

Durante gli incontri per la definizione dell'accordo di fornitura con l'Azienda USL, si è deciso di avviare un "Board distrettuale per l' integrazione Ospedale/Territorio e per l'appropriatezza clinica". In tutti i distretti, infatti, sono stati rilevati problemi di 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).

I principali obiettivi del Board Distrettuale saranno, nello specifico, di individuare le priorità aziendali sui consumi di alcune categorie di farmaci, ma anche sulla 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.

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

	Offerta CUP richiesta nell'accordo 2010	Offerta CUP prevista da Accordo 2011
Elettrocardiogramma Holter	1540	1600
Ecocolordoppler generico	1186	2000
Ecocolor Doppler Cardiaco	4625	4200
Ecocolor Doppler TSA	5023	6000
Ecocolor Doppler B	372	400
Ecografia Addome	1250	1850
Ecografia B	3553	3550
Ecografia Mammella (1)	2821	2200
Ecografia generica (2)	4805	5750
Ecografia Ostetrica (3)	1522	2000
Ecografia Transrettale	121	100
Mammografia 1° esame	3757	3400
Mammografia di controllo	2453	2500
Risonanza Magnetica	2122	2300
Risonanza Magnetica B	266	500
TAC	3919	4500
Colonscopia	2078	2080
Colonscopia B	910	1500
EGDS	806	805
EGDS B	539	1000
Cistoscopia	183	180
Esami audiometrici	3248	3565
Elettromiografia	1250	1250
Elettromiografia B	100	100
Colposcopia	290	290
Spirometria	1922	2100
Visita Cardiologica con ECG	10128	10100
Visita Dermatologica	6563	6560
Visita Dermatologica B	753	750
Visita Endocrinologica	2633	2630
Visita Fisiatrica	2084	2080
Visita Fisiatrica B	310	310
Visita Neurologica	2740	3000
Visita Oculistica	4744	6000
Visita Ortopedica	3299	4000
Visita Ginecologica	1965	2200
Visita Otorinolaringoiatrica	4900	4900
Visita Pneumologica		2500
Visita Urologica	2290	2300

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, dopo una discreta crescita (+1,12 %) tra il 2009 ed il 2010, mostra un leggero rallentamento a partire dal 2011 (+ 0.97% tra 2010 e 2011 e +0.61% tra 2011 e 2012). Lo stesso si rileva per le altre provincia e di conseguenza anche a livello regionale: tra il 2012 e 2011 la crescita si è dimezzata in termini percentuali rispetto a quella del 2010 e 2009 (0.6% vs 1.33%): infatti si è passati da una crescita di +57.640 abitanti nel 2009 a +26.807 abitanti nel 2011.

La domanda di ricovero da essa generata, trova una 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 ed accreditate.

Tabella 2.3.26 – Popolazione residente nella provincia di Reggio Emilia e confronto regionale

al 1° gennaio dell'anno	2010	2011	2012
Popolaz. residente in Prov. di RE	525.297	530.388	534.014
variazione % anno precedente	1,12%	0,97%	0,68%
Popolaz. residente in Prov. di MO	694.580	700.914	705.164
variazione % anno precedente	0,91%	0,91%	0,61%
Popolaz. residente in Prov. di PR	437.308	442.070	445.283
variazione % anno precedente	0,97%	1,09%	0,73%
Popolaz. residente in Regione E.R.	4.395.606	4.432.439	4.459.246
variazione % anno precedente	1,33%	0,84%	0,60%

Complessivamente i posti letto pubblici e privati accreditati messi a disposizione nell'anno 2011 da tutti i presidi della provincia di Reggio Emilia, sono stati 1.951, Tabella 2.3.27 a, di cui 1.581 posti letto per acuti (pari all' 81,04%), 102 per riabilitazione (pari al 5,23%) e 268 di lungodegenza (pari al 13,74%).

Il contributo dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia è rimasto sostanzialmente invariato in valori assoluti negli ultimi due anni, passando da un'offerta di 921 posti letto nel 2010, ai 923 posti letto del 2011. Tuttavia, per effetto dell'incremento della totalità dei posti letto nei presidi AUSL, avvenuta nel corso del 2011 rispetto al 2010 e pari a +113 posti letto, l'apporto percentuale del SMN scende ad un 47,31% rispetto al 50,16% registrato nel 2010. Sempre per effetto del potenziamento dei posti letto nel 2011 da parte della AUSL della provincia di Reggio Emilia, il flesso si evidenzia anche nell'analisi per tipologia di posti letto; infatti il contributo percentuale del SMN per i posti letto per acuti passa dal 55,20% nel 2010 al 53,13% nel 2011, quello per i posti letto di riabilitazione dal 42,68% al 34,31% e quello per la lungodegenza dal 20,34% al 17,91%.

Se si considerano solamente i posti letto dei presidi pubblici della Provincia di Reggio Emilia, Tabella 2.3.27 b, si osserva che il contributo percentuale del SMN, mantiene una posizione pressoché invariata dal 2010 (56,23%) al 2011 (55,01%) per la totalità dei posti letto, mentre per tipologia di posto letto, il flesso tra gli anni 2010-2011 si evidenzia soprattutto sulla lungodegenza, che vede il SMN contribuire con un 28,24% nel 2010 ed un 23,76% nel 2011, per effetto dell'incremento di ben 32 posti letto di lungodegenza nei presidi USL di RE.

Tabella 2.3.27 a – struttura dell'offerta ospedaliera: posti letto pubblici e privati totali

	PL 2009 (Pubblici e Privati accreditati)			
AZIENDE	Acuti	Riab.	LD	Totale accreditati
REGGIO EMILIA	691	49	184	924
OSP. REGGIO EMILIA	833	35	48	916
REGGIO EMILIA	1.524	84	232	1.840
in % REGGIO EMILIA	45,34%	58,33%	79,31%	50,22%
in % OSP. REGGIO EMILIA	54,66%	41,67%	20,69%	49,78%
	PL 2010 (Pubblici e Privati accreditati)			
AZIENDE	Acuti	Riab.	LD	Totale accreditati
REGGIO EMILIA	680	47	188	915
OSP. REGGIO EMILIA	838	35	48	921
REGGIO EMILIA	1.518	82	236	1.836
in % REGGIO EMILIA	44,80%	57,32%	79,66%	49,84%
in % OSP. REGGIO EMILIA	55,20%	42,68%	20,34%	50,16%
	PL 2011 (Pubblici e Privati accreditati)			
AZIENDE	Acuti	Riab.	LD	Totale accreditati
REGGIO EMILIA	741	67	220	1.028
OSP. REGGIO EMILIA	840	35	48	923
REGGIO EMILIA	1.581	102	268	1.951
in % REGGIO EMILIA	46,87%	65,69%	82,09%	52,69%
in % OSP. REGGIO EMILIA	53,13%	34,31%	17,91%	47,31%

Tabella 2.3.27 b – struttura dell'offerta ospedaliera: posti letto pubblici e privati in dettaglio

AZIENDE 2009	Posti letto pubblici				Posti letto privati					
					Acuti(**)		Post-acuti			
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione	LD	riabilitazione non accreditati	Totale accreditati
REGGIO EMILIA	561	49	119	729	130	77	-	65	-	195
OSP. REGGIO EMILIA	833	35	48	916	-	-	-	-	-	-
REGGIO EMILIA	1.394	84	167	1.645	130	77	-	65	-	195
in % REGGIO EMILIA	40,24%	58,33%	71,26%	44,32%	100,00%	100,00%		100,00%		100,00%
in % OSP. REGGIO EMILIA	59,76%	41,67%	28,74%	55,68%						

AZIENDE 2010	Posti letto pubblici				Posti letto privati					
					Acuti(**)		Post-acuti			
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione	LD	riabilitazione non accreditati	Totale accreditati
REGGIO EMILIA	548	47	122	717	132	75	-	66	-	198
OSP. REGGIO EMILIA	838	35	48	921	-	-	-	-	-	-
REGGIO EMILIA	1.386	82	170	1.638	132	75	-	66	-	198
in % REGGIO EMILIA	39,54%	57,32%	71,76%	43,77%	100,00%	100,00%		100,00%		100,00%
in % OSP. REGGIO EMILIA	60,46%	42,68%	28,24%	56,23%						

AZIENDE 2011	Posti letto pubblici				Posti letto privati					
					Acuti		Post-acuti			
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione accreditati	LD accr.	riabilitazione non accreditati	Totale accreditati
REGGIO EMILIA	554	47	154	755	187		20	66	-	273
OSP. REGGIO EMILIA	840	35	48	923	-	-	-	-	-	-
REGGIO EMILIA	1.394	82	202	1.678	187	-	20	66	-	273
in % REGGIO EMILIA	39,74%	57,32%	76,24%	44,99%	100,00%		100,00%	100,00%		100,00%
in % OSP. REGGIO EMILIA	60,26%	42,68%	23,76%	55,01%						

L' indicatore dei PL X 1000 abitanti, Tab. 2.3.28, evidenzia che il contributo del SMN rimane sostanzialmente costante tra il 2009 ed il 2011 sia sui posti letto per acuti (1,6%) che su quelli totali (1,7%).

Tabella 2.3.28 – Posti letto (x 1.000 abitanti) nella provincia di Reggio Emilia

	Acuti	LD+ Riab.	Riabilita-zione	LD	Totale
Totale Reggio Emilia 2009	2,93	0,61	0,16	0,45	3,54
contributo Az.Osp. 903-RE	1,6	0,16	0,07	0,09	1,76
Totale Reggio Emilia 2010	2,89	0,61	0,16	0,45	3,5
contributo Az.Osp. 903-RE	1,6	0,16	0,07	0,09	1,75
Totale Reggio Emilia 2011	2,98	0,7	0,19	0,51	3,68
contributo Az.Osp. 903-RE	1,58	0,16	0,07	0,09	1,74

• 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 1000 abitanti. Poiché l'ospedalizzazione è fortemente correlata con l'età, si ricorre ai tassi standardizzati al fine di eliminare l'effetto di variazione dell'età nella popolazione nel corso degli anni esaminati. Valutando questo indicatore sulla Provincia di Reggio Emilia, Tabella 2.3.29, si osserva, nell'anno 2011 un tasso di ospedalizzazione in regime ordinario pari al 122,38 per mille, in calo rispetto ai due anni precedenti, nei quali oscillava attorno ad un 126 per mille e comunque al di sotto del valore medio regionale che si posiziona al 128 per mille nel 2011. Sostanzialmente invariato nel triennio esaminato, il contributo sulla Provincia di RE da parte dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova (poco superiore al 46%), ma comunque più elevato rispetto a quanto osservato nel 2011, su scala regionale, da parte di tutte le aziende ospedaliere (40,9%). Per quanto riguarda il day hospital, il tasso di ospedalizzazione in Provincia di Reggio Emilia, dal 2009 al 2011, mostra un calo assai modesto per quello di tipo medico, (22,45 per mille nel 2011), mentre più incisivo è quello del day-surgery, che arriva nell'ultimo anno al 25,37 per mille. L'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova nel 2011 ha contribuito, in termini percentuali, nella misura del 65,6% per l'ospedalizzazione in day hospital di tipo medico (soprattutto con dh di tipo oncologico) percentuale in calo rispetto all'anno 2009 (67%) e 2010 (66,3%) e con un 43,2% sul tasso di ospedalizzazione provinciale 2011, per quanto riguarda il day hospital chirurgico, evidenziando un incremento del 2,7% di crescita rispetto al 2010.

Tabella 2.3.29 – Tasso di ospedalizzazione

	PROVINCIA di REGGIO EMILIA		
	REGIME ORDINARIO	DH MEDICI	DH CHIRURGICI
anno 2009 (tasso x 1000)	124,75	23,36	27,86
contributo % Az. Osp. RE	46,4%	67%	40,2%
anno 2010(tasso x 1000)	125,87	23,31	26,95
contributo % Az. Osp. RE	47,0%	66,3%	40,5%
anno 2011 (tasso x 1000)	122.38	22.45	25.37
contributo % Az. Osp. RE	46.5%	65.6%	43.2%
	MEDIA REGIONE EMILIA ROMAGNA		
	REGIME ORDINARIO	DH MEDICI	DH CHIRURGICI
anno 2009 (tasso x 1000)	131,48	20,35	23,21
contributo % delle Az. Osp.	40,6%	53,8%	33,9%
anno 2010(tasso x 1000)	130,21	20,35	22,54
contributo % delle Az. Osp.	40,6%	53,3%	34,3%
anno 2011 (tasso x 1000)	128.02	20.1	21.95
contributo % delle Az. Osp.	40.9%	52.6%	35.5%

L'ospedalizzazione della Regione Emilia Romagna, Tabella 2.3.29, mostra nel triennio 2009-2011 in degenza ordinaria , valori mediamente più alti rispetto a quanto riscontrato in Provincia di Reggio Emilia (valore minimo regionale nel 2011 con un 128 per mille), mentre in day hospital, sia medico che chirurgico, il tasso di ospedalizzazione regionale registra valori mediamente inferiori.

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 ad 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 dal S.M.N. mostra nel triennio 2009-2011, un aumento dei volumi economici espressi in euro, Tabella 2.3.30, conseguenza della crescente complessità della casistica trattata. Sempre dal punto di vista finanziario, l'attività di ricovero erogata nel 2011 presso l'azienda ospedaliera cittadina, rappresenta il 58,70% della produzione di tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate provinciali, percentuale che sostanzialmente conferma quella dell'anno precedente pari ad un 58,14%.

2.3.4.c) Tipologia di dimessi

• Regime di Ricovero

Leggendo l'attività delle strutture pubbliche ospedalieri della Provincia di Reggio Emilia, attraverso i volumi dei pazienti dimessi, Tabella 2.3.31, si osserva tra il 2010 ed il 2011, un consistente calo sia nell' A.S.M.N. -2,46% che nei presidi dell'A.U.S.L –3,64% . Analizzando poi l'attività in funzione del regime di ricovero, Tabella 2.3.32, si evidenzia che per l'A.S.M.N , nel triennio 2009-2011, il rapporto tra i due regimi è comunque rimasto costante e pari al 66% per la degenza ed al 34% per il day hospital. In valori assoluti per l'A.S.M.N. la differenza del numero di pazienti dimessi tra il 2010 ed il 2011 ha coinciso con –877 pazienti per la degenza ordinaria e con –300 pazienti per il regime diurno.

Tabella 2.3.30 – Valore economico (in euro) produzione Az.Osp. R.E. ed ASL di RE

VALORE DELLA PRODUZIONE (IN EURO)	anno 2011		
	deg. ordinaria	day hospital	Totale
produzione € Az.Osp. R.E.	122.242.140	30.682.699	152.924.838
Produzione € ASL di R.E.	92.866.446	14.742.845	107.609.291
% produz. Az. Osp. sul tot. provinciale	56.83%	67.55%	58.70%
% produz. ASL sul tot. provinciale	43.17%	32.45%	41.30%
VALORE DELLA PRODUZIONE	anno 2010		
	deg. ordinaria	day hospital	Totale
produzione €Az.Osp. R.E.	121.442.007	30.591.852	152.033.859
produzione €ASL di R.E.	93.478.069	15.987.833	109.465.902
% produz. Az. Osp. sul tot. provinciale	56,51%	65,68%	58,14%
% produz. ASL sul tot. provinciale	43,49%	34,32%	41,86%
VALORE DELLA PRODUZIONE	anno 2009		
	deg. ordinaria	day hospital	Totale
produzione € Az.Osp. R.E.	118.529.500	32.900.695	151.430.195
produzione € ASL di R.E.	92.370.953	18.202.394	110.573.347
% produz. Az. Osp. sul tot. provinciale	56,20%	64,38%	57,80%
% produz. ASL sul tot. provinciale	43,80%	35,62%	42,20%

Tabella 2.3.31 – Dimessi da ASMN e AUSL (strutture pubbliche) di Reggio Emilia *(esclusi neonati sani)*

ANNI	A.S.M.N	trend %	A.U.S.L	trend %	diff. Az.Osp.- Az.USL
2009	46.830		30.053		16.777
2010	47.773	2,01%	29.228	-2,75%	18.545
2011	46.596	-2,46%	28.164	-3,64%	18.432

Tabella 2.3.32– Dimessi per Regime di Ricovero
(esclusi neonati sani e strutture private USL)

ANNI	AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO EMILIA		AZIENDA SANITARIA LOCALE DI REGGIO EMILIA		differenza Az.Osp.- Az.USL	
	deg. ordinaria	day hospital	deg. ordinaria	day hospital	deg. ordinaria	day hospital
2009	30.894	15.936	21.218	8.835	9.676	7.101
%	66%	34%	71%	29%		
2010	31.738	16.035	20.987	8.241	10.751	7.794
%	66%	34%	72%	28%		
2011	30.861	15.735	20.594	7.570	10.267	8.165
%	66%	34%	73%	27%		

• Onere della Degenza

Per quanto riguarda l'attività in Libera Professione, in entrambi i regimi di ricovero, svolta presso il S.M.N. , il 2011 evidenzia una modestissima diminuzione percentuale dal valore dello 0,4% registrato negli anni 2009 e 2010 . In numero assoluto si tratta di 175 pazienti che hanno scelto la libera professione presso il SMN nel 2011, con una differenza di –22 pazienti rispetto all'anno precedente. Contestualmente si segnala un incremento di tale attività presso i presidi pubblici dell'Azienda USL territoriale, nei quali, nell'ultimo anno, sono stati registrati 57 pazienti pari allo 0,20%. Tabella 2.3.33.

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.
2009	46.630	200	30.018	35	16.665	158
%	99,57%	0,43%	99,88%	0,12%		
2010	47.576	197	29.196	32	18.380	165
%	99,59%	0,41%	99,89%	0,11%		
2011	46.421	175	28.107	57	18.314	118
%	99,62%	0,38%	99,80%	0,20%		

• 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, si osserva che per l'A.S.M.N. il 2011, rispetto agli anni precedenti, ha registrato un incremento della degenza ordinaria chirurgica, che si posiziona attorno al 38% -Tabella 2.3.34. mentre quella medica flette lievemente verso un 62 %. Per quanto riguarda il day hospital, si rafforza nel 2011 la day surgery , rappresentata con un 45,30% ; , mentre rimane sostanzialmente invariato il day hospital medico, suddiviso tra un 17% di tipo oncologico ed un 38% di altre specialità.

Tabella 2.3.34 – Dimessi ASMN per tipo DRG Medico/Chirurgico (esclusi neonati sani)

ANNI	DEGENZA ORDINARIA			DAY HOSPITAL			
					M		
	non M/C	M	C	non M/C	Oncologia-Ematologia Pneumologia	altre discipline	C
2009	0	19.642	11.252	0	2.760	6.135	7.041
%	0,00%	63,58%	36,42%	0,00%	17,32%	38,50%	44,18%
2010	0	20.134	11.604	0	2.680	6.141	7.241
%	0,00%	63,44%	36,56%	0,00%	16,71%	38,30%	44,99%
2011	0	19.160	11.701	0	2.630	5.977	7.128
%	0,00%	62,08%	37,92%	0,00%	16,71%	37,99%	45,30%

Per i presidi pubblici dell' AUSL di Reggio Emilia, Tabella 2.3.35, la produzione 2011 di tipo medico, sempre valutata attraverso il tipo di DRG, si posiziona in degenza ordinaria al 67,80% e quella di tipo chirurgico ad un 32,20% ; contestualmente in regime di day hospital, continua la flessione per la day surgery , giunta nel 2011 al 65,09% ed il trend crescente del dh medico, che arriva nell'ultimo anno a toccare quasi il 35%.

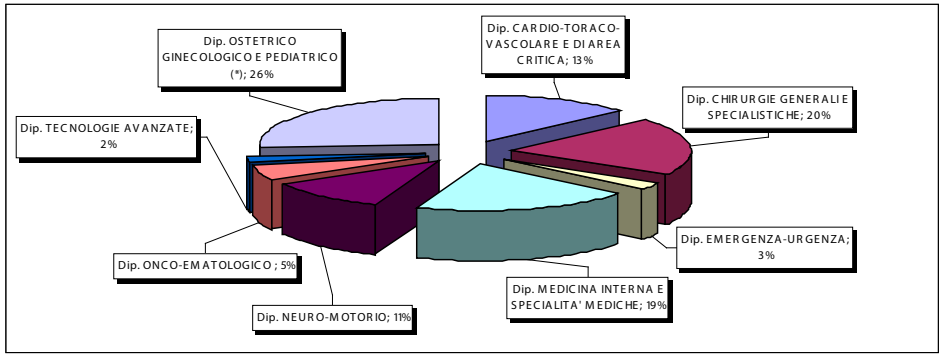
Tabella 2.3.35 – Dimessi AUSL Reggio Emilia per tipo DRG Medico/Chirurgico (esclusi neonati sani e strutture private)

ANNI	DEGENZA ORDINARIA			DAY HOSPITAL		
	Non M/C	M	C	non M/C	M	C
2009	1	14.478	6.739	0	2.435	6.400
%	0,005%	68,23%	31,76%	0,00%	27,56%	72,44%
2010	1	14.492	6.494	0	2.544	5.697
%	0,005%	69,05%	30,94,%	0,00%	30,87%	69,13%
2011	0	13.963	6.631	0	2.643	4.927
%	0,00%	67,80%	32,20,%	0,00%	34,91%	65,09%

• Dipartimenti di Ricovero (ammissione)

La suddivisione dell'attività prodotta nel 2011 per Dipartimento di ricovero (ammissione) presso l'A.S.M.N. , Grafico 2.3.4, mette in evidenza che la maggior parte dei ricoveri ospedalieri, sia in regime ordinario che diurno, pari al 26% viene assorbita dall'area Materno Infantile (nel dato è incluso il nido con i neonati sani), seguita dall'area delle specialità Chirurgiche, con un 20% e dall'Area Medica rappresentata da un 19%.

Grafico 2.3.4



(*) inclusi i neonati sani del NIDO

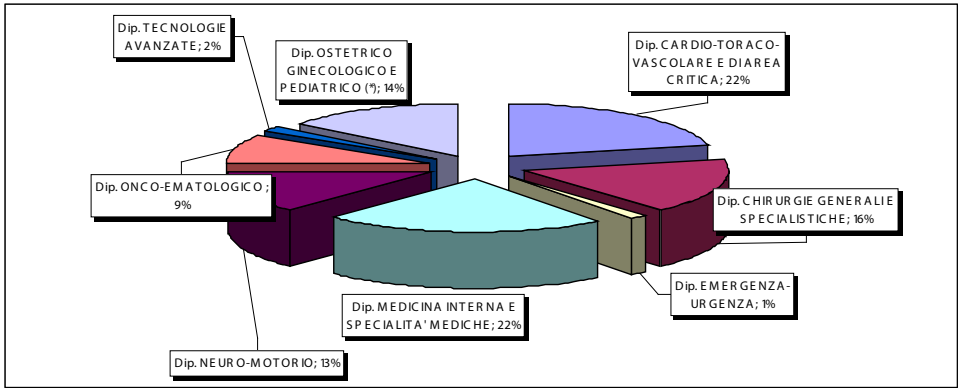
Tabella 2.3.36 – N° pazienti per Dipartimento di ammissione

Dipartimento di Ammissione (numero pazienti)	DH 2009	DO 2009	TOT 2009	DH 2010	DO 2010	TOT 2010	DH 2011	DO 2011	TOT 2011
Dip. CARDIO-TORACO-VASCOLARE E DI AREA CRITICA	1.092	5.267	6.359	1.096	5.430	6.526	1.099	5.291	6.390
Dip. CHIRURGIE GENERALI E SPECIALISTICHE	3.467	6.175	9.642	3.558	6.284	9.842	3.742	6.096	9.838
Dip. EMERGENZA-URGENZA	0	1.297	1.297	0	1.268	1.268	0	1.236	1.236
Dip. MEDICINA INTERNA E SPECIALITA' MEDICHE	2.731	6.963	9.694	2.765	7.021	9.786	2.597	6.790	9.387
Dip. NEURO-MOTORIO	1.565	3.917	5.482	1.452	3.904	5.356	1.377	3.978	5.355
Dip. ONCO-EMATOLOGICO	2.424	167	2.591	2.342	198	2.540	2.272	198	2.470
Dip. TECNOLOGIE AVANZATE	234	844	1.078	214	898	1.112	180	923	1.103
Dip. OSTETRICO GINECOLOGICO E PEDIATRICO (*)	4.423	8.082	12.505	4.608	8.513	13.121	6.072	6.350	12.422
Totale			48.648			49.551			48.201
(*) incluso il NIDO con il seguente contributo:		2.083			2.087			1.882	

Continuando, Tabella 2.3.36, l'analisi sul numero di ricoveri del triennio 2009-2011, si evidenzia che percentualmente il calo registrato all'A.S.M.N. dal 2010 al 2011 è stato del -2,72% ed ha riguardato soprattutto il dipartimento Ostetrico-Ginecologico e Pediatrico, con -5,33%, settore che ha comunque registrato la principale per domanda di ricovero ed il dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche con un – 4,08%. Sempre nel passaggio dal 2010 al 2011 in lieve flesso i dipartimenti: Onco –ematologico (-2,76%), Emergenza Urgenza (-2,52%) e Cardio-Toraco-Vascolare e di Area Critica (-2,08%) , mentre praticamente invariata la domanda di ricovero per i rimanenti dipartimenti.

Spostando la valutazione sugli aspetti finanziari dell'attività, in un certo modo rappresentativo della complessità del ricovero, si evidenzia che la produzione economica 2011 del A.S.M.N., è rappresentata in termini percentuali dal Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare e di Area Critica e dal Dipartimento della Medicina Interna e Specialistiche, i quali entrambi contribuiscono rispettivamente con un 22%; a seguire il Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistiche con un 16%, il Dipartimento Ostetrico-Ginecologico e Pediatrico (incluso il NIDO) con un 14% , il Dipartimento Neuro-Motorio con un 13%. I rimanenti tre dipartimenti, sommati, completano con un 12%.

Grafico 2.3.5
(*) inclusi i neonati sani del NIDO



Dalla Tabella 2.3.37, si osserva la variazione percentuale della produzione economica totale dell'ASMN : +0,40% dal 2009 al 2010 e +0,59% dal 2010 al 2011.

Tabella 2.3.37 – Valore economico produzione per dipartimento di dimissione

Dipartimento di dimissione (valori in €)	DH 2009	DO 2009	TOT 2009	DH 2010	DO 2010	TOT 2010	DH 2011	DO 2011	TOT 2011
Dip. CARDIO-TORACO-VASCOLARE E DI AREA CRITICA	2.451.578	29.850.279	32.301.857	1.791.527	30.102.611	31.894.138	2.191.802	31.135.544	33.327.346
Dip. CHIRURGIE GENERALI E SPECIALISTICHE	4.755.326	20.545.167	25.300.493	4.930.789	20.442.350	25.373.139	5.126.587	20.049.464	25.176.051
Dip. EMERGENZA-URGENZA	0	2.419.783	2.419.783	0	2.366.120	2.366.120	0	2.237.175	2.237.175
Dip. MEDICINA INTERNA E SPECIALITA' MEDICHE	5.384.642	27.955.069	33.339.711	5.525.730	28.663.135	34.188.865	5.172.994	29.223.721	34.396.715
Dip. NEURO-MOTORIO	2.182.231	18.365.253	20.547.484	2.159.430	18.452.093	20.611.523	1.975.115	18.077.380	20.052.495
Dip. ONCO-EMATOLOGICO	11.555.389	3.212.928	14.768.317	9.206.765	3.734.866	12.941.631	9.476.356	3.801.267	13.277.623
Dip. TECNOLOGIE AVANZATE	62.062	2.303.854	2.365.916	37.200	2.587.161	2.624.361	54.212	2.737.791	2.792.003
Dip. OSTETRICO GINECOLOGICO E PEDIATRICO (*)	6.509.468	13.877.166	20.386.634	6.940.411	15.093.672	22.034.083	6.685.632	14.979.798	21.665.430
Totale			151.430.195			152.033.860			152.924.839
(*) incluso il NIDO con il seguente contributo:				var.% anno prec.		0,40%	var.% anno prec.		0,59%

2.3.4.d) Complessità della Casistica Trattata

• Peso medio DRG

La complessità della casistica trattata al S.M. Nuova nel triennio 2009-2011, suddivisa per regime di ricovero, può essere letta anche attraverso la valutazione del peso medio DRG. I pesi medi DRG della Tabella 2.3.38, escludono la casistica riguardante i neonati sani ed inoltre l'Azienda territoriale di Reggio Emilia è al netto anche dell'attività del privato accreditato. Il delta tra Aziende per ogni anno del triennio esaminato, attribuisce una superiorità di casistica trattata al S.M. Nuova in entrambi i regimi di ricovero.

Tabella 2.3.38– peso medio DRG per regime di ricovero (esclusi neonati sani e strutture private USL)

AZ. OSP. REGGIO E.	peso medio do	Peso medio dh	peso medio totale
2009	1,16	0,84	1,04
2010	1,15	0,84	1,04
2011	1,18	0,83	1,06
Az. USL REGGIO E	**peso medio do**	**Peso medio dh**	**peso medio totale**
2009	0,98	0,74	0,91
2010	0,99	0,75	0,92
2011	0,98	0,76	0,92
diff. Az. OSP. Az. USL.	**peso medio do**	**Peso medio dh**	**peso medio totale**
2009	0,18	0,10	0,14
2010	0,17	0,09	0,13
2011	0,20	0,07	0,14

Focalizzando nel dettaglio l'attenzione sull'andamento dei pesi medi per disciplina di dimissione, Tabella 2.3.39, nel triennio di riferimento e nell'ambito dei ricoveri ordinari (con pernottamento) si osserva che , a parte la disciplina nel gruppo delle terapie intensive che identifica la rianimazione, seguono per complessità non solamente le discipline di chirurgia generale e di chirurgia specialistica, ma anche molte discipline mediche, quali l'ematologia, l'angiologia, la reumatologia, la gastroenterologia, le malattie infettive che hanno potenziato al loro interno settori di cura di patologie assai complesse.

Tabella 2.3.39 – Peso medio DRG in Degenza Ordinaria per disciplina di dimissione

903-AOSP REGGIO E. – DISCIPLINE (dimessi)	Peso medio D.R.G.s degenza ordinaria		
	anno 2009	anno 2010	anno 2011
005-ANGIOLOGIA	1,23	1.33	1.45
008-CARDIOLOGIA	1,41	1.49	1.51
009-CHIRURGIA GENERALE	1,43	1.39	1.42
013-CHIRURGIA TORACICA	1,77	1.65	1.78
014-CHIRURGIA VASCOLARE	2,05	2.03	2.04
018-EMATOLOGIA	4,35	4.28	4.52
019-MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	-	-	-
021-GERIATRIA	1,06	1.05	1.08
024-MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,31	1.29	1.44
026-MEDICINA GENERALE	1,08	1.08	1.11
029-NEFROLOGIA	1,40	1.40	1.43
030-NEUROCHIRURGIA	1,92	1.41	1.51
031-NIDO	0,16	0.29	0.24
032-NEUROLOGIA	1,37	1.35	1.35
033-NEUROPSICHIATRIA INFANT.	0,68	0.68	0.75
034-OCULISTICA	0,82	0.81	0.82
036-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,41	1.41	1.44
037-OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,61	0.63	0.65
038-OTORINOLARINGOIATRIA	0,93	0.92	0.93
039-PEDIATRIA	0,54	0.53	0.53
043-UROLOGIA	1,01	1.00	1.03
049-TERAPIA INTENSIVA (RIANIMAZIONE)	5,16	5.40	4.72
050-UNITA' CORONARICA	1,61	1.65	1.65
051-ASTANTERIA (MEDICINA D'URGENZA)	0,97	0.99	0.97

058-GASTROENTEROLOGIA	-	0.89	0.93
061-MEDICINA NUCLEARE	0,89	0.89	0.89
062-NEONATOLOGIA	1,16	1.20	1.20
068-PNEUMOLOGIA	1,32	1.37	1.35
071-REUMATOLOGIA	0,92	0.95	1.01
073-TERAPIA INTENSIVA NEONAT.	1,50	3.14	1.95
Discipline	mediche	chirurgiche	terapie intensive

• Casistica ad Elevata Complessità
(peso medio DRG > 2.5)
Valutando sul totale dei dimessi, la percentuale dei pazienti che hanno generato degenze ordinarie particolarmente impegnative ossia con un peso drg superiore a 2,5 punti, vengono riassunte le frequenze e le percentuali riscontrate per Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia nel triennio 2009-2011. dopo il flesso osservato nel corso del 2010, il valore 2011 supera il 2009 e la percentuale si attesta ad un 5.3%.

Tabella 2.3.40 – % casi ordinari di peso drg superiore a 2,5

AOSP REGGIO E.	Totale ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari di peso > 2.5	% ricoveri di peso > 2.5 sul totale
2009	32.712	1.630	5,0%
2010	33.516	1.542	4,6%
2011	32.466	1.729	5.3%

2.3.4.e) Ricoveri Potenzialmente Inappropriati
La casistica di ricoveri "potenzialmente inappropriati" definita da specifica delibera di giunta regionale , include un elenco di codici DRG ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa se gestiti in regime ordinario con durata di degenza maggiore di 1 giorno per pazienti con un'età compresa tra 16 e 64 anni, per i quali in via prioritaria è auspicabile un diverso setting assistenziale, quale ricovero diurno o, se possibile, il percorso ambulatoriale; da segnalare che dal 2010 si fa riferimento ad un aggiornamento ed integrazione dell' elenco di drg inappropriati in degenza ordinaria e > 1 giorno.

Tabella 2.3.41 – Ricoveri potenzialmente inappropriati

AOSP REGGIO E.	* Ricoveri con DRG individuati da DGR	Totale ricoveri per acuti	% ricoveri inappropriati sul totale ricover	% ricoveri inappropriati sul totale ricoveri Aziende Ospedaliere EMILIA ROMAGNA
2009	1.089	46.539	2,3%	2,8%
2010	1.755	47.758	3,7%	4,1%
2011	1.714	46.494	3,7%	4,0%

(*) 2008-2009 Ricoveri per acuti in regime ordinario, di durata >1 giorno ed età compresa tra 16 e 64 anni, con DRG individuato dalla lista contenuta nella Tavola 1 dell'Allegato alla DGR 1872/2004; dal 2010 si fa riferimento alla DGR 1890/2010 (n.89 Drg)

Nella tabella 2.3.41, si osserva pertanto che la percentuale di "inappropriatezza gestionale" al S.Maria Nuova permane sostanzialmente stabile nel biennio 2010-2011 con un valore che si ferma ad un 3,7% e si mantiene inferiore al valore medio di tutte le Azienda Ospedaliere della Regione Emilia Romagna pari ad un 4%.

2.3.4.f) 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 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'Az. 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)	2009	1.291	23,4	97,6	98,2	98,4	98,4	98,6	1,4
	2010	1.319	1	96,7	98,9	99,9	100	100	0
	2011	1.350	15,4	98,9	99,6	99,7	99,9	99,9	0,1
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	2009	29	0	89,7	96,6	96,6	100	100	0
	2010	33	0	87,9	97	97	97	97	3
	2011	23	4,3	68,2	95,5	95,5	100	100	0
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	2009	155	0,6	87,7	94,2	96,1	98,1	100	0
	2010	147	2	91	96,5	97,2	98,6	99,3	0,7
	2011	173	0,6	81,4	90,7	93	97,7	99,4	0,6
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	2009	67	0	47,8	89,6	98,5	100	100	0
	2010	54	5,6	25,5	76,5	92,2	98	100	0
	2011	41	0	31,7	75,6	95,1	97,6	100	0
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	2009	52	0	84,6	98,1	98,1	98,1	98,1	1,9
	2010	87	0	71,3	92	94,3	96,6	100	0
	2011	78	1,3	72,7	87	89,6	90,9	93,5	6,5
NTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	2009	169	5,9	82,4	95	98,7	99,4	99,4	0,6
	2010	208	15,4	82,4	98,3	99,4	99,4	100	0
	2011	88	0	85,2	100	100	100	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)	2009	15	0	93,3	100	100	100	100	0
	2010	7	14,3	100	100	100	100	100	0
	2011	39	0	97,4	100	100	100	100	0
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	2009	164	0,6	14,1	31,3	62,6	79,8	95,7	4,3
	2010	144	0	22,2	40,3	73,6	91	97,9	2,1
	2011	145	0	17,2	26,9	48,3	65,5	92,4	7,6
ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	2009	257	3,5	94,4	99,6	99,6	99,6	99,6	0,4
	2010	290	3,4	98,6	99,6	100	100	100	0
	2011	239	5	98,2	99,6	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)	2009	140	0,7	4,3	8,6	23	31,7	65,5	34,5
	2010	134	0,7	5,3	7,5	9,8	16,5	28,6	71,4
	2011	129	1,6	1,6	2,4	7,9	13,4	46,5	53,5

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	2009	314	0,3	8	25,2	55,9	77,6	92,7	7,3
	2010	322	0,6	6,6	19,4	36,6	57,8	86,6	13,4
	2011	315	0,6	8,6	17,6	33,9	51,1	81,8	18,2
EMORROIDECTOMIA	2009	9	0	22,2	55,6	100	100	100	0
	2010	3	0	0	0	0	66,7	66,7	33,3
	2011	1	0	0	0	0	0	100	0
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	2009	6	3,5	98,2	100	100	100	100	0
	2010	80	2,5	91	92,3	97,4	97,4	97,4	2,6
	2011	68	8,8	95,2	98,4	100	100	100	0

2.3.4.l) Qualita' dell'assistenza

Il decreto legislativo n. 150 del 2009 dispone che tutte le pubbliche amministrazioni debbano annualmente valutare la performance organizzativa e professionale e rendicontarne gli esiti rendendoli accessibili sul proprio sito istituzionale. Tra gli ambiti oggetto di misurazione, valutazione e rendicontazione viene indicato anche la qualità dei servizi erogati.

In questo 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 ed una ridotta parte a quella territoriale.

Nella tabella seguente viene illustrato l'elenco dei 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 *stroke*

* Fonte: J. Epidemiol. Community Health, 57:17-22, 2003
** Fonte: Arch. Intern. Med., 160: 1074-81, 2000

Le dimensioni della qualità dell'assistenza prese in considerazione riguardano principalmente l'accessibilità, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficacia.

Di seguito sono stati rappresentati soli gli indicatori con una valutazione riconducibile direttamente all'attività erogata dall'azienda ospedaliera di Reggio Emilia.

• PROPORZIONE DI 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 si verificano 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 disabilità del paziente, un aumento delle complicanze legate all'intervento, e una minore efficacia della fase riabilitativa
Di conseguenza molte delle linee guida piu' recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga 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.
Il tempo di attesa per intervento per frattura di femore può essere considerato come indicatore proxy della gestione clinica e della presa in carico del paziente stesso.

Valori di riferimento/Benchmark
La percentuale di 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%. Tale indicatore è anche tra quelli individuati dal Patto per la Salute 2010-2012 per la valutazione dell'appropriatezza organizzativa, nel documento viene individuato come standard il valore medio delle regioni

Andamento Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

La percentuale di interventi di femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero si è mantenuta sostanzialmente stabile nell'anno 2011 rispetto al 2010. Il 43% dei pazienti dell'azienda ospedaliera rientra entro lo standard atteso, con la performance migliore tra le aziende ospedaliere dopo l'AOSP di Parma ma inferiore alla media regionale (pubblico/privato), pari al 49%, in costante crescita nel triennio. Anche la performance rilevata a livello dei presidi ospedalieri pubblici e privati della provincia di Reggio Emilia (41%) si posiziona al di sotto della media regionale e della performance di molte aziende territoriali regionali: oltre il 60% nelle province di Piacenza (68%), Parma (62%) e Forlì (77%).

Tabella 2.3.59.b – % Interventi femore entro 2 giorni dal ricovero (fonte dati SDO)

Proporzione di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero. Per Azienda Sanitaria di ricovero.

Azienda di ricovero	Anno 2009			Anno 2010			Anno 2011		
	N. Casi	Totale	%	N. Casi	Totale	%	N. Casi	Totale	%
AO Reggio Emilia	110	285	38,6	128	295	43,4	122	283	43,1
AOU Parma	261	439	59,5	208	422	49,3	215	385	55,8
AOU Modena	16	107	15,0	23	114	20,2	41	125	32,8
AOU Bologna	160	316	50,6	138	331	41,7	149	355	42,0
AOU Ferrara	37	279	13,3	64	310	20,6	111	295	37,6
Totale RER	2.639	6.300	41,9	2.581	6.102	42,3	2.879	5.878	49,0

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: 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 morbilità 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, ad 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. Molti sistemi di indicatori anglosassoni (USA, Canada, Australia) rilevano i parti con taglio cesare primario (quindi in partorienti che non abbiano avuto un precedente parto cesareo), per eliminare dall'analisi almeno quella quota attribuibile ai casi con precedenti parti cesarei.

Valori di riferimento/Benchmark
La media regionale è stabile, negli anni 2007 – 2009, fra il 22% ed il 23%. Gli ospedali statunitensi che utilizzano gli indicatori AHRQ, hanno riscontrato nel 2008 un tasso del 18.03% su un totale di 645.745 parti.

Andamento Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Nell'anno 2011 i valori registrati presso l'azienda ospedaliera di Reggio Emilia (23,5) mostrano un peggioramento del trend dei cesarei nelle primipare rispetto al biennio 2009-2010 (18-19%), con uno sforamento evidente rispetto alla media regionale (20%, in progressivo calo nel triennio 2009-2011) ed in controtendenza al trend in calo delle altre aziende ospedaliere regionali. Nonostante ciò sia l'azienda ospedaliera di Parma (27,3%) che quella di Bologna (24,1%) mantengono nel 2011 una percentuale di cesarei comunque più elevata rispetto alla nostra azienda.
Continua l'ottima performance a livello dei presidi pubblici e privati della provincia di Reggio Emilia (16,9%, tra le migliori in assoluto nel 2011 a livello delle aziende sanitarie regionali).

Tabella 2.3.59.a – % Parti cesarei primari (fonte dati SDO)

Proporzione di parti con taglio cesareo primario. Per Azienda Sanitaria di ricovero. Anni 2007-11.

Azienda di ricovero	Anno 2009			Anno 2010			Anno 2011		
	N. Casi	Totale	%	N. Casi	Totale	%	N. Casi	Totale	%
AO Reggio Emilia	371	2.033	18,2	412	2.089	19,7	449	1.908	23,5
AOU Parma	627	2.180	28,8	628	2.302	27,3	574	2.100	27,3
AOU Modena	609	2.764	22,0	610	2.776	22,0	643	2.866	22,4
AOU Bologna	823	3.094	26,6	702	2.852	24,6	688	2.853	24,1
AOU Ferrara	302	1.268	23,8	272	1.209	22,5	241	1.173	20,5
Totale RER	7.224	33.433	21,6	6.918	33.043	20,9	6.652	32.207	20,0

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 DI 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 ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto. Si ritiene pertanto che alte proporzione rappresentino una migliore qualità delle cure.
L'indicatore è anche tra quelli scelti nell'ambito del Progetto SiVeAS-Sistema di Valutazione della Performance della Sanita' Italiana- del Ministero della Salute.

Valori di riferimento/Benchmark
Non rilevato un valore di riferimento standard o di benchmarking.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 Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Anche nel 2011 si mantiene ottima la performance dell'azienda ospedaliera di Reggio Emilia (94%) in termini di interventi laparoscopici sul totale degli interventi di colecistectomia sia rispetto alla media regionale (90,8%) che rispetto alla media delle altre aziende ospedaliere regionale, ad eccezione di Modena. Al di sotto della media regionale, il valore raggiunto dall'azienda territoriale di Reggio Emilia (88%).

Tabella 2.3.59.c – % Interventi colecistectomia laparoscopica (fonte dati SDO)

Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica. Per Azienda Sanitaria di ricovero. Anni 2007-11.

Azienda di ricovero	Anno 2009			Anno 2010			Anno 2011		
	N. Casi	Totale	%	N. Casi	Totale	%	N. Casi	Totale	%
AO Reggio Emilia	370	389	95,1	378	404	93,6	314	334	94,0
AOU Parma	423	445	95,1	435	465	93,5	365	393	92,9
AOU Modena	176	187	94,1	204	213	95,8	226	234	96,6
AOU Bologna	104	136	76,5	128	162	79,0	113	134	84,3
AOU Ferrara	128	161	79,5	138	161	85,7	114	141	80,9
Totale RER	4.841	5.443	88,9	5.013	5.618	89,2	4.710	5.189	90,8

N. Casi: numero di ricoveri con intevento di colecistectomia laparoscopica

Totale: numero di ricoveri con interevnto di colecistectomia

Andamento Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Continua anche nel 2011 l'ottimo risultato raggiunto dall'azienda ospedaliera di Reggio Emilia (71,5%) rispetto al biennio precedente in termini percentuali di ricoveri per PTCA entro 1 giorno. Il risultato raggiunto è nettamente superiore sia alla media regionale (60,4%) sia ai valori rilevati presso le altre aziende ospedaliere regionali.

Tabella 2.3.59.d – % PTCA eseguite entro 1 giorno dal ricovero per stemi (fonte dati SDO)

Proporzione di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI. Per Azienda Sanitaria di ricovero. Anni 2008-11.

Azienda di ricovero	Anno 2009			Anno 2010			Anno 2011		
	N. Casi	Totale	%	N. Casi	Totale	%	N. Casi	Totale	%
AO Reggio Emilia	221	348	63,5	240	363	66,1	253	354	71,5
AOU Parma	209	373	56,0	212	355	59,7	228	333	68,5
AOU Modena	159	259	61,4	131	201	65,2	121	236	51,3
AOU Bologna	254	402	63,2	200	300	66,7	204	298	68,5
AOU Ferrara	202	281	71,9	175	279	62,7	234	330	70,9
Totale RER	2.291	4.125	55,5	2.224	3.776	58,9	2.379	3.942	60,4

N. Casi: numero di episodi con PTCA eseguita entro un giorno dall'ammissione

Totale: numero di episodi di STEMI

• PROPORZIONE DI PTCA ESEGUITE ENTRO 1 GIORNO DALL'AMMISSIONE DI PAZIENTI CON UN EPISODIO DI STEMI

Significato dell'indicatore
L'angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) è ormai considerata il trattamento più appropriato per l'infarto miocardico acuto. E' 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 (la 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 di infarto miocardico acuto) e 200 PTCA totali, per mantenere la qualità e la sicurezza dell'assistenza offerta.

• PROPORZIONE DI RICOVERI NON PIANIFICATI AVVENUTI ENTRO 15 GIORNI DALLA DIMISSIONE.

Significato dell'indicatore

I pazienti con alcuni tipi di diagnosi tendono ad 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, una 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 sembra 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 di 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 del 1,21%, con un notevole miglioramento rispetto ad anni precedenti (2,08% nel 2003).

Andamento Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

L'andamento di questo indicatore sui ricoveri ripetuti urgenti entro 15 giorni dal precedende non evidenzia per l'azienda ospedaliera di Reggio Emilia (1,9%) significativi miglioramenti, sopratutti in confronto alle performance migliori registrate sia a livello di media regionale (1,4%) che delle altre aziende ospedaliere regionali.

Tabella 2.3.59.e – % ricoveri urgenti entro 15 giorni dal ricovero indice (fonte dati SDO)

Proporzione di ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione. Per Azienda Sanitaria di ricovero. Anni 2007-11.

Azienda di ricovero	Anno 2009			Anno 2010			Anno 2011		
	N. Casi	Totale	%	N. Casi	Totale	%	N. Casi	Totale	%
AO Reggio Emilia	424	22.535	1,9	482	22.808	2,1	418	22.045	1,9
AOU Parma	398	27.904	1,4	448	27.819	1,6	427	26.741	1,6
AOU Modena	281	21.991	1,3	276	21.885	1,3	281	22.297	1,3
AOU Bologna	699	33.739	2,1	678	33.182	2,0	571	33.151	1,7
AOU Ferrara	262	18.108	1,4	277	18.118	1,5	260	17.774	1,5
II.OO.RR	12	4.510	0,3	11	4.649	0,2	11	4.632	0,2
Totale RER	6.076	425.744	1,4	6.116	425.954	1,4	5.929	419.989	1,4

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 (IMA)

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 che 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 ad 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 ad 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, ad una mortalità a 30 giorni del 6-7%, per lo meno nei trial di grandi dimensioni.

Andamento Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
L'analisi dei dati è ferma all'anno 2010 in quanto il Registro di Mortalità non è ancora aggiornato al 2011. Nel triennio 2008-2010 l'indice correlato al fenomeno dei decessi entro 30 giorni dall'Infarto Miocardico Acuto (IMA) mostra un peggioramento lieve ma progressivo nei valori dell'azienda ospedaliera di Reggio Emilia (15% nel 2011 per episodi STEMI e 11,4% per episodi NSTEMI). Questa valutazione necessita di un approfondimento per comprendere le cause di un risultato inferiore a quelli raggiunti sia a livello medio regionale (14% STEMI e 8,1 NSTEMI, in progressiva diminuzione nel triennio) che delle altre aziende ospedaliere.

Tabella 2.3.59.f – % decessi entro 30 giorni con STEMI in diagnosi secondaria (fonte dati SDO)

Azienda di ricovero	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
	%	%	%
AO Reggio Emilia	14,1	14,3	15,0
AOU Parma	13,0	15,9	12,9
AOU Modena	16,8	12,6	14,1
AOU Bologna	17,3	12,5	11,6
AOU Ferrara	20,8	16,0	19,8
AOU Ferrara	20,8	16,0	19,8
Totale RER	16,5	16,0	14,0

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

N. Casi: numero di episodi di STEMI, in cui il paziente risulta deceduto entro 30 giorni dalla data di ammissione del ricovero indice
Totale: numero di episodi di STEMI.

Tabella 2.3.59.g – % decessi entro 30 giorni con NSTEMI in diagnosi secondaria (fonte dati SDO)

Azienda di ricovero	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
	%	%	%
AO Reggio Emilia	9,1	8,4	11,4
AOU Parma	5,0	4,7	7,5
AOU Modena	5,1	5,6	5,5
AOU Bologna	6,4	7,3	6,2
AOU Ferrara	5,3	5,4	4,9
Totale RER	7,6	7,5	8,1

*L'indicatore non è aggiornato al 2011 in quanto non sono completi i dati 2011 del flusso REM.
N. Casi: numero di episodi di NSTEMI, in cui il paziente risulta deceduto entro 30 giorni dalla data di ammissione del ricovero indice
Totale: numero di episodi di STEMI.

• PROPORZIONE DI DECESSI ENTRO 30 GIORNI DOPO UN RICOVERO IN URGENZA PER STROKE.

Significato dell'indicatore

L'ictus ("stroke") 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 ad 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 ad 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 ad una distanza di tempo che include anche una parte della fase riabilitativa, dentro o fuori dalla struttura ospedaliera.

Valori di riferimento / Benchmark
Il sistema di 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 Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Anche per questo indice di mortalità la rilevazione è ferma all'anno 2010. Rispetto al triennio 2008-2010, anche nel 2010 si era mantenuto l'ottimo risultato raggiunto dall'azienda ospedaliera di Reggio Emilia (15,2%) rispetto al biennio precedente in termini percentuali decessi per stroke entro 30 giorni dal ricovero. Il risultato raggiunto è nettamente migliore sia alla media regionale (18,7%) sia ai valori rilevati presso le altre aziende ospedaliere regionali. Il risultato raggiunto presso l'azienda ospedaliera non è sovrapponibile a quello raggiunto nei presidi pubblici e privati della Usl di Reggio Emilia, che evidenziano un indice (21,6%) nettamente superiore alla media regionale, pur se in miglioramento rispetto al 2009.

Tabella 2.3.59.h – % decessi entro 30 giorni per stroke (fonte dati SDO)

Azienda di ricovero	Anno 2008			Anno 2009			Anno 2010		
	N. Casi	Totale	%	N. Casi	Totale	%	N. Casi	Totale	%
AO Reggio Emilia	133	842	15,8	105	744	14,1	115	755	15,2
AOU Parma	121	733	16,5	119	728	16,3	137	793	17,3
AOU Modena	9	61	14,8	13	76	17,1	12	74	16,2
AOU Bologna	111	474	23,4	117	487	24,0	116	548	21,2
AOU Ferrara	130	587	22,1	127	611	20,8	144	664	21,7
Totale RER	1.723	9.267	18,6	1.777	9.309	19,1	1.832	9.816	18,7

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

N. Casi: numero di pazienti, di età >=18 aa., deceduti entro 30 giorni a seguito di un ricovero in urgenza per stroke, residenti in Regione.

Totale: numero di ricoveri in urgenza per stroke, di pazienti di età >=18 aa. residenti in Regione.

2.4 Ricerca e didattica

2.4.1 RICERCA

2.4.1.a) Progetti di Ricerca

In seguito al riconoscimento IRCCS dell'ASMN, oltre al governo clinico, è stato necessario impostare un sistema per il governo della ricerca che permettesse di:

- Garantire un supporto metodologico e tecnico a tutte le attività di ricerca in corso e da pianificare;
- Favorire il continuo miglioramento della qualità dei progetti di ricerca e monitorarne lo stato di avanzamento;
- Attivare flussi informativi che rispondano alle informazioni necessarie per la rendicontazione ministeriale (Work Flow della Ricerca).

Per sostenere queste attività è stato costruito un Registro della Ricerca, tecnologia capace di gestire e produrre informazioni relative ai progetti di ricerca e più nel dettaglio riguardanti aspetti metodologici, il personale impegnato, le risorse economiche e le pubblicazioni scientifiche prodotte.
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 sperimentale.

Un progetto o trial si dice attivo quando, nella sua stesura definitiva, è approvato da enti aziendali di competenza (Comitato Etico, Gruppo metodologico, ecc.) e quindi inizia la fase di esecuzione (randomizzazione pazienti, raccolta dati, ecc.)
Nella tabella 2.4.1 è presente il numero complessivo di progetti e di trials che al 31/12/2011 risultavano attivi (e quindi aperti) presso l'Az. Osp. ASMN e l'IRCCS-ASMN.Alla quota di progetti attivi negli anni precedenti e ancora aperti nel 2011 (n=136) si aggiungono i nuovi progetti approvati nel corso del 2011 (n=53), per un totale complessivo di 189 progetti di ricerca osservazionale e/o pre-clinica.
Duecento uno trials risultavano attivi e aperti nel 2011 ai quali si aggiungono 63 nuovi trials approvati nel corso del 2011, per un totale complessivo di 264 trials.
Quindi l'attività di ricerca complessiva dell'Az. Osp. ASMN e dell'IRCCS-ASMN vede attivi e "funzionanti" 453 tra progetti e trials al 31/12/2011.

Tabella 2.4.1 Progetti e trials attivi ed aperti al 31/12/2011 nell'Az. Osp. ASMN e nell'IRCCS-ASMN

Struttura	Nuovi progetti del 2011	Progetti degli anni precedenti	Totale complessivo progetti	Nuovi trials del 2011	Trials degli anni precedenti	Totale complessivo trials
Anatomia Patologica	2	2	4	1	1	2
Anestesia e Rianimazione	0	1	1	0	5	5
Angiologia	0	5	5	1	7	8
Chirurgia Senologica	0	0	0	0	2	2
Cardiologia Degenza	0	4	4	1	4	5
Cardiologia Interventistica	2	9	11	3	13	16
Chirurgia Generale 2	0	0	0	1	1	2
Chirurgia Toracica	0	2	2	0	1	1
Chirurgia Vascolare	0	1	1	0	3	3
Corso di Laurea Professioni Sanitarie	1	0	1	0	0	0
Dermatologia	3	2	5	0	2	2
Diabetologia ospedaliera	0	0	0	1	1	2
Direzione delle Professioni Sanitarie	2	1	3	0	1	1
Ematologia	7	22	29	15	38	53

Endocrinologia	1	1	2	1	2	3
Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva	1	2	3	0	1	1
Genetica Clinica	1	0	1	0	0	0
Geriatria	1	0	1	0	0	0
Ginecologia Chirurgica Oncologica	2	1	3	0	3	3
Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e di Endocrinologia	0	1	1	0	0	0
Laboratorio di Biologia Molecolare	3	3	6	0	0	0
Malattie Infettive	1	13	14	0	4	4
Medicina Fisica e Riabilitativa	0	0	0	0	1	1
Medicina I	2	5	7	0	7	7
Medicina II	0	2	2	0	0	0
Medicina III	1	5	6	0	1	1
Medicina Nucleare	0	0	0	1	8	9
Medicina Trasfusionale	1	0	1	1	0	1
Nefrologia e Dialisi	0	1	1	2	5	7
Neonatologia	2	2	4	3	1	4
Neurofisiologia Clinica	2	5	7	1	1	2
Neurologia	3	10	13	1	3	4
Oculistica	0	0	0	1	1	2
Oncologia	5	11	16	18	50	68
Ortopedia	0	1	1	0	0	0
Ostetricia e Ginecologia	2	7	9	2	4	6
Otorinolaringoiatria	0	1	1	0	1	1
Pediatria	1	1	2	0	2	2
Pneumologia	2	1	3	2	4	6
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	0	2	2	0	1	1
Radiologia	0	0	0	0	2	2
Radioterapia	0	1	1	2	4	6
Reumatologia	4	5	9	5	12	17
Statistica Qualità e Studi Clinici	1	0	1	0	0	0
Unità di Riabilitazione delle Gravi Disabilità Infantili dell'Età Evolutiva - UDGEE	0	5	5	0	4	4
Urologia	0	1	1	0	0	0
Totale complessivo	**53**	**136**	**189**	**63**	**201**	**264**

Per quanto riguarda la tipologia dei progetti si rimanda alla tabella seguente: complessivamente l'85% sono osservazionali (161 progetti) e il restante 15% pre-clinici (28).

Tabella 2.4.2 Progetti attivi ed aperti al 31/12/2011 nell'Az. Osp. ASMN e nell'IRCCS-ASMN per tipologia

Struttura	Ambito pre-clinico	Clinico-epidemiologica-osservazionale	Totale complessivo
Anatomia Patologica	1	3	4
Anestesia e Rianimazione		1	1
Angiologia		5	5
Cardiologia Degenza	1	3	4
Cardiologia Interventistica		11	11
Chirurgia Toracica	1	1	2
Chirurgia Vascolare		1	1
Corso di Laurea Professioni Sanitarie		1	1
Dermatologia	1	4	5
Direzione delle Professioni Sanitarie		3	3
Ematologia	3	26	29
Endocrinologia		2	2
Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva		3	3
Genetica Clinica		1	1
Geriatria		1	1
Ginecologia Chirurgica Oncologica		3	3
Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e di Endocrinologia	1		1
Laboratorio di Biologia Molecolare	5	1	6
Malattie Infettive	1	13	14
Medicina I	1	6	7
Medicina II		2	2
Medicina III		6	6
Medicina Trasfusionale		1	1
Nefrologia e Dialisi	1		1

Neonatologia		4	4
Neurofisiologia Clinica	1	6	7
Neurologia		13	13
Oncologia	6	10	16
Ortopedia		1	1
Ostetricia e Ginecologia	2	7	9
Otorinolaringoiatria		1	1
Pediatria		2	2
Pneumologia		3	3
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza		2	2
Radioterapia		1	1
Reumatologia	3	6	9
Statistica Qualità e Studi Clinici		1	1
Unità di Riabilitazione delle Gravi Disabilità Infantili dell'Età Evolutiva - UDGEE		5	5
Urologia		1	1
Totale complessivo	**28**	**161**	**189**

Dal totale complessivo possono essere scorporati i progetti afferenti all'IRCCS-ASMN e che riguardano ciascuna delle 3 linee di ricerca oncologica:

- Linea 1 - Pazienti con Patologia Oncologica Complessa
- Linea 2 - Tecnologie Avanzate (Diagnostiche e Terapeutiche)
- Linea 3 - Modelli Assistenziali Oncologici, ricerca scientifica di tipo clinico e sanitario nelle patologie: mammella, polmone, intestino e linfomi.

La tabella seguente evidenzia che 75 progetti (il 40% del totale dei progetti attivi) sono sviluppati nell'IRCCS-ASMN su aspetti oncologici e tecnologie avanzate.

Tabella 2.4.3 Progetti attivi nell'IRCCS-ASMN per linea di ricerca al 31/12/2011

Struttura	Linea 1	Linea 2	Linea 3	Totale complessivo
Anatomia Patologica		3		3
Cardiologia Interventistica			1	1
Chirurgia Toracica	2			2
Dermatologia	1	1		2
Direzione delle Professioni Sanitarie		2		2
Ematologia	3	7	16	26
Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva			3	3
Ginecologia Chirurgica Oncologica			3	3

Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e di Endocrinologia		1		1
Laboratorio di Biologia Molecolare	1	5		6
Malattie Infettive	2			2
Medicina Trasfusionale		1		1
Neurologia	1		1	2
Oncologia	7	2	7	16
Ostetricia e Ginecologia	1		2	3
Radioterapia			1	1
Statistica Qualità e Studi Clinici			1	1
Totale complessivo	**18**	**22**	**35**	**75**

Facendo riferimento all'anno 2011, 26 nuovi progetti di ambito IRCCS sono stati approvati (il 34,6% dei 75 totali).
Sul totale dei 264 trials attivi, il 58% (152) riguarda invece aspetti oncologici e riconducibili al riconoscimento IRCCS (v. tabella sottostante).

Tabella 2.4.4 Trials attivi nell'IRCCS-ASMN per linea di ricerca al 31/12/2011

Struttura	Linea 1	Linea 2	Linea 3	Totale complessivo
Anatomia Patologica	1		1	2
Angiologia	1			1
Chirurgia Senologica		2		2
Chirurgia Generale 2		1		1
Chirurgia Toracica		1		1
Ematologia	26	4	23	53
Endocrinologia		2		2
Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva			1	1
Ginecologia Chirurgica Oncologica			3	3
Malattie Infettive	1			1
Medicina Nucleare	1	7	1	9
Oncologia	25	1	42	68
Pneumologia			1	1
Radiologia		1		1
Radioterapia		4	2	6
Totale complessivo	**55**	**23**	**74**	**152**

2.4.1.b) di cui Progetti di Ricerca approvati formalmente dal Comitato Etico

Dalla definizione normativa (D.M. 15.07.1997, D.Lgs. n. 211/2003, D.Lgs. n. 200/2007, D.M. 21.12.2007) 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."
Occorre evidenziare che tale funzione di garanzia della salvaguardia dei diritti dei pazienti e i compiti precipui 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 attivà 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 ulteriormente 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, Autorizzazione generale al trattamento di dati personali effettuato per scopi di ricerca scientifica del 01.03.2012).
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-preclniche, 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), dove tutti i suddetti progetti sono stati considerati nelle diverse 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 avvii 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.

Di seguito (Tabella **2.4.6)** si presenta il numero complessivo degli studi che nel biennio 2010/2011 sono stati attivati presso l'ASMN a seguito di approvazione formale da parte del CE provinciale .

Tabella 2.4.6 –Studi attivati nel 2010/2011, approvati dal CE provinciale, per struttura semplice/complessa

	ANNO		TOTALE
	2010	2011	
Anatomia Patologica	0	3	**3**
Anestesia e Rianimazione	2	0	**2**
Angiologia	6	1	**7**
Cardiologia Degenza	2	1	**3**
Cardiologia Interventistica	2	5	**7**
Centro di Citologia Cervicovaginale di Screening dei tumori del collo dell'utero	1	0	**1**
Chirurgia Generale 2	1	1	**2**
Chirurgia Toracica	1	0	**1**
Dermatologia	0	3	**3**
Diabetologia Ospedaliera	0	1	**1**
Direzione delle Professioni Sanitarie / Tesi di Laurea	1	0	**1**
Ematologia	16	22	**38**
Endocrinologia	0	3	**3**
Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva	1	1	**2**
Genetica Clinica	0	1	**1**
Geriatria	0	1	**1**
Ginecologia Chirurgica Oncologica	1	3	**4**
Laboratorio di Biologia Molecolare	3	3	**6**
Malattie Infettive	5	1	**6**
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	1	0	**1**
Medicina I	4	2	**6**
Medicina II	2	0	**2**
Medicina III	3	1	**4**
Medicina Nucleare	1	1	**2**
Medicina Trasfusionale	0	1	**1**
Nefrologia e Dialisi	2	2	**4**
Neonatologia	1	5	**6**
Neurologia	1	4	**5**
Neurofisiologia Clinica	3	2	**5**
Oculistica	0	1	**1**
Oncologia	16	22	**38**
Ostetricia e Ginecologia	3	4	**7**
Pediatria	1	1	**2**
Pneumologia	2	4	**6**
Radiologia	1	0	**1**
Radioterapia	3	3	**6**
Reumatologia	6	8	**14**
Riabilitazione Cardiologica C. Monti	1	0	**1**
Unità di Riabilitazione delle Gravi Disabilità infantili dell'età evolutiva - UDGEE	3	0	**3**
Totale	**96**	**111**	**207**

Nella tabella 2.4.6 gli studi approvati e avviati nel biennio 2010/2011 sono presentati per "Dipartimento". La situazione è disomogenea, ma vede una prevalenza di progetti relativi alle strutture afferenti al Dipartimento Onco-ematologico (40 % del totale degli studi) come si evince anche dalla tabella 2.4.7 che raccoglie e classifica gli stessi studi per Dipartimento e tipologia di studio (Osservazionale, Sperimentale, Genetico).

Tabella 2.4.6a –Studi attivati 2010/2011 approvati dal CE provinciale aggregati per Dipartimento

Dipartimento	ANNO		Totale
	2010	2011	
Cardio-Toraco-Vascolare e Area Critica	9	10	**19**
Chirurgia Gen. e Specialistiche	2	5	**7**
Emergenza Urgenza	1	0	**1**
Diagnostica per Immagini	1	0	**1**
Medicina Interna e Spec. Mediche	28	19	**47**
Neuro-Motorio	4	7	**11**
Oncologico	36	51	**87**
Tecnologie Avanzate	5	5	**10**
Ostetrico Ginec. e Pediatrico	9	14	**23**
Direzione delle Professioni Sanitarie / Tesi di Laurea	1	0	**1**
Totale	**96**	**111**	**207**

Dalla Tabella 2.4.7, che presenta la distribuzione degli studi approvati nell'anno 2011, per dipartimento e per tipologia (Osservazionale, Sperimentale, Genetico), si evince che per oltre il 60 % 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 lieve decremento degli studi osservazionali rispetto al 2010, ma occorre precisare che si osserva di contro un aumento degli studi genetici, di farmacogenetica e di genomica, specialmente nel Dipartimento onco-ematologico dove lo studio della risposta del paziente oncologico ai farmaci e l'indagine genetica del tumore rappresentano l'area di ricerca prevalente accanto agli studi farmacologici. Infatti, ormai è costante la presenza, accanto alle proposte di studio clinico, di studi ancillari diretti a tali aree di indagine.
Gli studi sperimentali aventi ad oggetto indagini farmacologiche, su dispositivi e di intervento, sono in lieve diminuzione, ma comunque quasi sovrapponibili all'andamento del 2010. Occorre, tuttavia, sottolineare che sono in aumento gli studi sperimentali aventi ad oggetto dispositivi medici.

Tabella 2.4.7- Studi "attivati" nel 2011 per tipologia e per Dipartimento

Dipartimento	PROGETTI		TRIALS	
	Genetico	Osservazionale	Sperimentale	TOTALE
Cardio-Toraco-Vascolare e Area Critica	0	4	6	10
Chirurgia Gen. e Specialistiche	0	2	3	5
Medicina Interna e Spec. Mediche	2	9	8	19
Neuro-Motorio	0	6	1	7
Oncologico	8	12	31	51
Tecnologie Avanzate	0	2	3	5
Ostetrico Ginec. e Pediatrico	0	8	6	14
Totale	**10**	**43**	**58**	**111**

Le tabelle di seguito mostrano l'andamento degli studi, suddivisi per promotore con un confronto statistico 2010-2011, presenti nei diversi dipartimenti.

Tabella 2.4.8 – Distribuzione degli Studi per tipologia di Promotore, biennio 2010/2011

Promotore	ANNO		Totale
	2010	2011	
No Profit - AIFA	4	2	**6**
No Profit - Altro	1	4	**5**
No Profit - Associazione Scientifica	16	22	**38**
No Profit - Azienda Sanitaria	34	45	**79**
No Profit - Ministero della Salute	3	0	**3**
No profit - Regione Medicine Non Convenzionali	2	0	**2**
No Profit - Regione Università	6	3	**9**
No Profit - Università	9	5	**14**
Profit	21	30	**51**
Totale	**96**	**111**	**207**

Si conferma la tendenza, già evidente da alcuni anni, dell'aumento significativo degli studi no profit e cioè a promotore no-profit (fondazioni, gruppi cooperativi, strutture ospedaliere…) a cui si accompagna una sensibile riduzione degli studi promossi direttamente dall'industria (case farmaceutiche, biomedicali, …).

Infine, si ritiene importante evidenziare nel 2011 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, seppur 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

Nel triennio 2009-2011 l'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia ha ricevuto finanziamenti pubblici e privati indipendenti per un importo complessivo di circa 11.675.102 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).

TIPOLOGIA	2009	2010	2011
Finanziamenti pubblici italiani (Atenei, Ministeri,Rer, Altri)	138.250	562.063	300.294
Finanziamento Regione Emilia Romagna a sostegno delle attività di Ricerca e Innovazione	1.250.000	2.250.000	2.250.000
Finanziamenti privati italiani (Fondazioni, associazioni, altri)	425.151	365.000	567.470
Ricerca commissionata	567.674	827.000	1.045.000
Per Tecnologie biomediche		250.000	877.200
TOTALE	**2.381.075**	**4.254.063**	**5.039.964**

Nel triennio 2009-2011 si segnalano in particolare, per entità economica:

- il finanziamento regionale alla rete regionale degli IRCCS e dei centri di riferimento (1.250.000 € per l'anno 2009 ed € 2.250.000,00 per gli anni 2010-2011) ;
- il finanziamento regionale per il Progetto di studio protocollo Synopsis della Novartis (100.000 €);
- il finanziamento dell'AIRC (50.000 €) relativo al secondo anno del progetto di Ricerca "Molecular Characterizazione of Invasive Thyroid Tumors";
- il finanziamento della Fondazione Berlucchi (€ 50.000,00) relativo al progetto "Caratterizzazione di nuovi meccanismi molecolari che regolano l'aggressività dei tumori tiroidei";
- Progetti ricerca Regione/Università per l'anno 2010 un totale di circa € 63.014;

Per quanto riguarda la ricerca commissionata, le unità operative maggiormente coinvolte nell'anno 2011 sono state :

- Oncologia per un totale pari a circa € 176.000;
- Presidio Regionale Gravi Disabiltà Infantili(U.D.G.E.E.) per un totale pari a circa € 87.600;
- Reumatologia per un totale pari a circa € 246.000;
- Ematologia per un totale pari a circa € 97.000;
- Medicina nucleare per un totale pari a circa € 66.750;
- Diagnostica ed Interventistica Cardiologica per un totale pari a circa € 60.300 .

2.4.1.d) Pubblicazioni

L'insieme delle Pubblicazioni riveste un notevole valore scientifico in quanto nella maggior parte dei casi si tratta di letteratura pubblicata su riviste scientifiche di rilievo internazionale il cui Impact Factor raggiunge spesso valori meritevoli di particolare attenzione.

PUBBLICAZIONI ASMN 2011	
175 pubblicazioni	
Struttura	**Pubblicazioni**
Affari istituzionali legali e comunicazione	1
Anatomia Patologica	44
Anestesia e Rianimazione	3
Angiologia	1
Autoimmunità, Allergologia e Biotecnologie Innovative	6
Cardiologia Degenza	7
Cardiologia Interventistica	4
Chirurgia 1 a prevalente Indirizzo Oncologico e Ricostruttivo	5
Chirurgia Toracica	8
Chirurgia Vascolare	2
Dermatologia	20
Direzione delle Professioni Sanitarie	4
Direzione Sanitaria	1
Ematologia	21
Endocrinologia	8
Fisica Medica	22
Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva	20
Genetica Clinica	14
Geriatria	13
Ginecologia Chirurgica Oncologica	2
Infrastruttura Ricerca Qualità e Statistica	17
Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e di Endocrinologia	5
Laboratorio di Biologia Molecolare	11
Laboratorio Microbiologia	5
Lungodegenza	1
Medicina I	2
Medicina II	15
Medicina III	2
Medicina Nucleare	8
Medicina Trasfusionale	3
Nefrologia e Dialisi	3
Neonatologia	5

Neurologia	12
Neuropsichiatria Infantile	11
Oncologia	3
Ortopedia	4
Ostetricia e Ginecologia	18
Otorinolaringoiatria	8
Pediatria	4
Pneumologia	10
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	7
Radiologia	13
Reumatologia	44
Statistica Qualità e Studi Clinici	3
Unità di Riabilitazione delle Gravi Disabilità Infantili dell'Età Evolutiva - UDGEE	4

Di cui:

PUBBLICAZIONI IRCCS 2011	
Struttura	**Pubblicazioni**
Anatomia Patologica	33
Autoimmunità, Allergologia e Biotecnologie Innovative	1
Cardiologia Degenza	1
Chirurgia Toracica	1
Ematologia	17
Endocrinologia	6
Fisica Medica	16
Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva	16
Geriatria	6
Ginecologia Chirurgica Oncologica	2
Infrastruttura Ricerca Qualità e Statistica	17
Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e di Endocrinologia	1
Laboratorio di Biologia Molecolare	9
Medicina II	3
Medicina III	1
Medicina Nucleare	4
Medicina Trasfusionale	1
Oncologia	3
Ostetricia e Ginecologia	8
Otorinolaringoiatria	2
Pneumologia	1
Radiologia	2
Reumatologia	19
Statistica Qualità e Studi Clinici	2

2.4.2 Didattica

L'importanza dell'acquisizione di competenze ed abilità nella formazione, porta le Aziende Ospedaliere ad 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'Azienda ASMN, alcuni con tempo di lavoro totalmente dedicato, come per i tutors dei Corsi di Laurea (Scienze Infermieristiche, Tecnici di Radiologia e Fisioterapisti); altri, come i tutors 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, Logopedia.

Per ciò che concerne la formazione di base, sono solo le lauree delle professioni sanitarie ad essere strutturate e collegate all'azienda ospedaliera ASMN; per gli altri corsi di laurea, l'Azienda ed i suoi Professionisti, seguono solo i corsi di specializzazione.

2.4.2.a) Corsi di laurea delle Professioni sanitarie

Corso di laurea in Infermieristica (tabella 2.4.9):
Sono attivi tre corsi di laurea (1°, 2° e 3° anno) con un numero di 418 allievi iscritti e frequentanti, riferiti all'anno accademico 2011/2012, suddivisi in: 175 al 1° anno, 119 al 2° anno e 124 al 3° anno. La suddivisione fra donne e uomini vede iscritti e frequentanti 293 donne (70%) a fronte di 125 (29%) uomini.
I dati evidenziano un trend costante delle iscrizioni allo specifico corso di laurea con un 52% d'iscritti provenienti dal contesto regionale, mentre il rimanente 48% è rappresentato da studenti provenienti da regioni del Sud Italia; le Regioni maggiormente presenti sono Puglia, Campania e Sicilia. Negli ultimi due anni la fascia di età più rappresenta è quella tipica dei giovani iscritti al primo anno di università ed il titolo di studio prevalente posseduto al momento dell'immatricolazione è di tipo tecnico professionale. Il rapporto, offerta formativa e richiesta, è di uno a due come prima scelta.
I dati sulla provenienza degli iscritti evidenziano un potere di attrazione dell'Ateneo in particolare sulle regioni Campania (35), Puglia (53) e Sicilia (23); il 26.5% degli iscritti nel triennio proviene da queste regioni su un totale extra regione Emilia Romana di 133 immatricolati. Il maggior bacino d'utenza proviene naturalmente dalla nostra Regione (66.5%) di cui, la nostra città (Reggio Emilia 218), fornisce circa il 79% degli studenti della regione; i restanti provengono dalle province di Modena (59) e Parma (1).
Da un'indagine svolta dal Corso di Laurea in Infermieristica, a quattro mesi dal conseguimento del titolo, i neo-laureati della sede di Reggio risultano per il 25% senza occupazione, mentre tutti gli altri soggetti hanno un incarico (a tre o sei mesi), anche presso strutture private. Tuttavia la situazione occupazionale, dopo la laurea, presenta differenze talvolta consistenti a livello nazionale, sia in riferimento al genere (maschi e femmine) che all'area geografica. Secondo un'indagine condotta da AlmaLaurea, che ha intervistato 5.547 infermieri (pari all'84% dei neolaureati), quasi il 90% dei neolaureati lavora già a partire dai primi mesi dopo il conseguimento del titolo, con tassi occupazionali a favore dei maschi di quasi sei punti percentuali. La maggior parte è assunta con un contratto stabile a tempo indeterminato (54,2%) o determinato (35,6%), con una quota modesta ma significativa (prossima al 5%) di lavoro atipico e precario (IPASVI, 2010).

Corso di laurea Magistrale (tabella 2.4.10):
Sono stati attivati due corsi di laurea Magistrale con un numero di 39 allievi iscritti. Per quanto riguarda la provenienza si evidenzia che il bacino di riferimento è quasi esclusivamente la regione Emilia Romana, con 6 allievi da Reggio Emilia e 10 da Modena; seguono poi Bologna 7, Cesena 2, Ferrara e Ravenna con 1. Gli studenti fuori regione sono 7, di cui: 5 Lombardia, 1 Veneto e Lazio.

Corso di laurea Tecnici di Radiologia Medica Immagini e Radioterapia (tabella 2.4.11):
Sono stati attivati tre corsi di laurea (1°, 2° e 3° anno) con un numero di 95 allievi iscritti, riferiti all'anno accademico 2011/2012, suddivisi in: 31 al 1° anno, 34 al 2° anno e 30 al 3° anno. Gli studenti sono assegnati in tirocinio in numero uguale presso strutture sanitarie formative di Modena e provincia o di Reggio Emilia e provincia. Sul totale degli iscritti 41 sono donne e 44 uomini.
Il maggior bacino d'utenza proviene naturalmente dalla Regione Emilia Romagna con 80 iscritti (84%); di cui la città di Modena ne fornisce il 45% (56), seguita da Reggio Emilia con il 24% (23) degli iscritti totali. Dalle restanti regioni provengono 15 iscritti (16% del totale); tra queste la Sicilia e la Campania sono quelle che forniscono il maggior numero di iscritti (4 per regione).
Relativamente al primo, secondo e terzo anno si segnalano rispettivamente, 0, 2 e 3 studenti fuori corso.
La domanda di ingresso al Corso di Laurea è aumentata progressivamente dal 2006, con un rapporto offerta formativa e richiesta di uno a sette mediamente negli ultimi due anni; La riduzione a 30 posti d'accesso programmata, dall'anno accademico 2010/2011 è conseguenza della decisione regionale / nazionale correlata al calo del tasso d'occupazione dei neo-laureati; dai dati a disposizione si evince un calo del tasso di occupazione a, ad un anno dalla

laurea al 57% secondo Report 2011 di Alma Laurea.
Gli studenti che frequentano il tirocinio nella provincia di Reggio Emilia sono così distribuiti:

- 58% degli studenti frequenta il tirocinio presso le strutture ASMN.
- 42% presso le strutture AUSL di RE.

Tabella 2.4.9 – CDL Infermieristica

STUDENTI ISCRITTI	1° anno	2° anno	3° anno
Maschi/femmine	121 Femmine 54 Maschi	81 Femmine 38 Maschi	91 Femmine 33 Maschi
REGIONE			
Abruzzo	0	1	0
Basilicata	2	1	3
Calabria	1	0	4
Campania	14	5	16
Emilia Romagna	116 di cui: • Modena: 25 • Reggio Emilia: 91	84 di cui: • Modena: 18 • Reggio Emilia: 66	78 di cui: • Modena: 16 • Parma 1 • Reggio Emilia: 61
Friuli Venezia Giulia	1	0	0
Lazio	0	0	0
Lombardia	1	1	2
Marche	1	0	0
Molise	0	0	0
Piemonte	1	0	0
Puglia	24	14	15
Sardegna	0	1	0
Sicilia	11	6	6
Toscana	2	0	0
Umbria	0	0	0
Stranieri	Cittadini comunitari: 2 Cittadini extracomunitari: 8 di cui: • Reggio Emilia: 7 • Modena: 1 • Udine: 1 • Urbino:1	Cittadini comunitari: 1 Cittadini extracomunitari: 5 di cui: • Reggio Emilia: 1 • Modena 5	Cittadini comunitari: 1 Cittadini extracomunitari: 4 di cui: • Reggio Emilia: 2 • Mantova: 1 • Parma: 1
TOTALI PER ANNO	**175**	**119**	**124**
TOTALE	**418**		
Totale Maschi/ Femmine	**125/293**		

Tabella 2.4.10 –Corso di laurea Magistrale

STUDENTI ISCRITTI	1° anno	2° anno
Maschi/Femmine	Femmine: 17 Maschi: 1	Femmine: 17 .Maschi: 4
REGIONE		
Emilia Romagna	15 di cui: • Reggio Emilia 5 • Modena 3 • Bologna 4 • Ferrara 1 • Cesena 2	17 di cui: • Bologna: 3 • Modena: 7 • Ravenna: 1 • Reggio Emilia: 1
Lazio	0	1
Lombardia	2	3
Puglia	0	
Veneto	1	
TOTALE	**18**	**21**

Tabella 2.4.11 - Corso di laurea Tecnici di Radiologia Medica

STUDENTI ISCRITTI	1° anno	2° anno	3° anno
Maschi/Femmine	M.15/F.16	M.9/ F.15	M.20/ F.10
REGIONE			
Basilicata	1		1
Calabria		1	
Campania		1	3
Emilia Romagna	28 di cui • Parma :1 • Modena:19 • Reggio Emilia:8	28 di cui: • Modena: 17 • Reggio Emilia: 9 • Parma: 1 • Forlì Cesena: 1	24 di cui: • Modena: 18 • Reggio Emilia: 6
Lombardia	1		
Marche			
Puglia			
Sicilia		4	
Sardegna			2
Stranieri	Cittadini comunitari :1		Cittadini comunitari: **0** Cittadini extracom.: **0**
TOTALE	**31**	**34**	**30**
Totale maschi/ femmine	Maschi 44	Femmine 41	

2.4.2.b) La formazione

• Le Docenze

Le docenze, ricoperte da dipendenti 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 45, 47, …. FIS/07 …) ad 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: 14 docenze per la laurea in infermieristica e 6 per la laurea in tecnici di radiologia medica. Le ore assegnate, riportate in Tabella 2.2.12 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 (S. Maria Nuova ed ASL).

Il numero di docenti dipendenti SSR, rispetto al totale dei docenti per corso di laurea, è ampiamente rappresentato in tutti i tre corsi attivati; la percentuale maggiore (45.5%) è riconducibile al corso di laurea in radiologia medica, seguito dal corso di laurea magistrale (40.5%) ed dal corso di laurea in infermieristica (39.5%).

Tabella 2.4.12- Ore di docenza personale dipendente ASMN

DOCENTI DIPENDENTI ASMN - LAUREA TRIENNALE INFERMIERISTICA		
	DOCENZA	NUMERO ORE
14	Infermieristica Generale – 1° anno (MED/45)	24
	Metodologia Infermieristica – 1° anno (MED/45)	24
	Infermieristica applicata ai percorsi diagnostici-terapeutici – 1° anno (MED/45)	36
	Informatica (INF/01) – 1° anno	24
	Assistenza Infermieristica- 2° anno (MED/45)	44
	Assistenza infermieristica Materno-Infantile e Pediatrica -2° anno (MED/45)	14
	Infermieristica applicata alla Medicina Specialistica – 2° anno (MED/45)	28
	Infermieristica applicata all'oncologia e alle cure palliative – 3° anno (MED/45)	20
	Neurologia – 3° anno (MED/26)	18
	Infermieristica in Neurologia	18
	Organizzazione infermieristica – 3° anno (MED/45)	20
	Economia aziendale (SECS – P/07) e Organizzazione aziendale (SECS –P/10) – 3° anno	18
	Etica e deontologia- 3° anno (MED/45)	12
	Informatica (INF/01) – 3° anno	18
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
	Formazione e ricerca nelle organizzazioni sanitarie (2° modulo) – 1° anno (M- PED/03)	9

DOCENTI CDL TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA ASMN		
6	**Apparecchiature area Radiologica elaborazione immagini (FIS / 07)**	**16**
	Apparecchiature area Radiologica elaborazione immagini (FIS / 07).	**12**
	Apparecchiature area Radiologica elaborazione immagini (FIS / 07)	**16**
	Diagnostica per immagini Diagnostica Tradizionale (MED/36)	**24**
	Diagnostica per immagini e Radioterapia (MED/36)	**28**
	Organizzazione aziendale (SECS-P/10)	**32**
DOCENTI CDL TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA POLICLINICO UNIV MODENA		
4	**Procedure tecniche in medicina nucleare (MED / 50)**	**8**
	Procedure tecniche in radioterapia (MED / 50)	**8**
	Apparecchiature di TC e RM (MED / 50)	**16**
	Proiezioni e Anatomia Radiologica (MED / 50)	**16**
DOCENTI CDL TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA AUSL RE		
1	**Proiezioni e Anatomia Radiologica (MED / 50)**	**16**

Tabella 2.4.13- N° di docenti dipendenti

	n° Docenti	Dipendenti SSR
CORSO DI LAUREA TRIENNALE INFERMIERISTICA	53	di cui: 21 dipendenti SSR
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE	47	di cui 19 dipendenti SSR
CORSO DI LAUREA DI TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA	44	di cui: 20 dipendenti SSR (6 dipendenti ASMN)

• **Tutor Aziendali**

I tutor, dipendenti Aziendali, distaccati presso i corsi di laurea sono 28 (tabella2.4.14); 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 (base e specialistica). Gli studenti sono assistiti dai tutor aziendali, nel loro percorso di apprendimento e nelle attività pratiche svolte presso le strutture, 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.

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 di inserimento degli studenti favorendo l'acquisizione delle competenze specifiche richieste dal ruolo ed auspicate dai contesti organizzativi.

Per il completamento formativo, l'azienda 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.

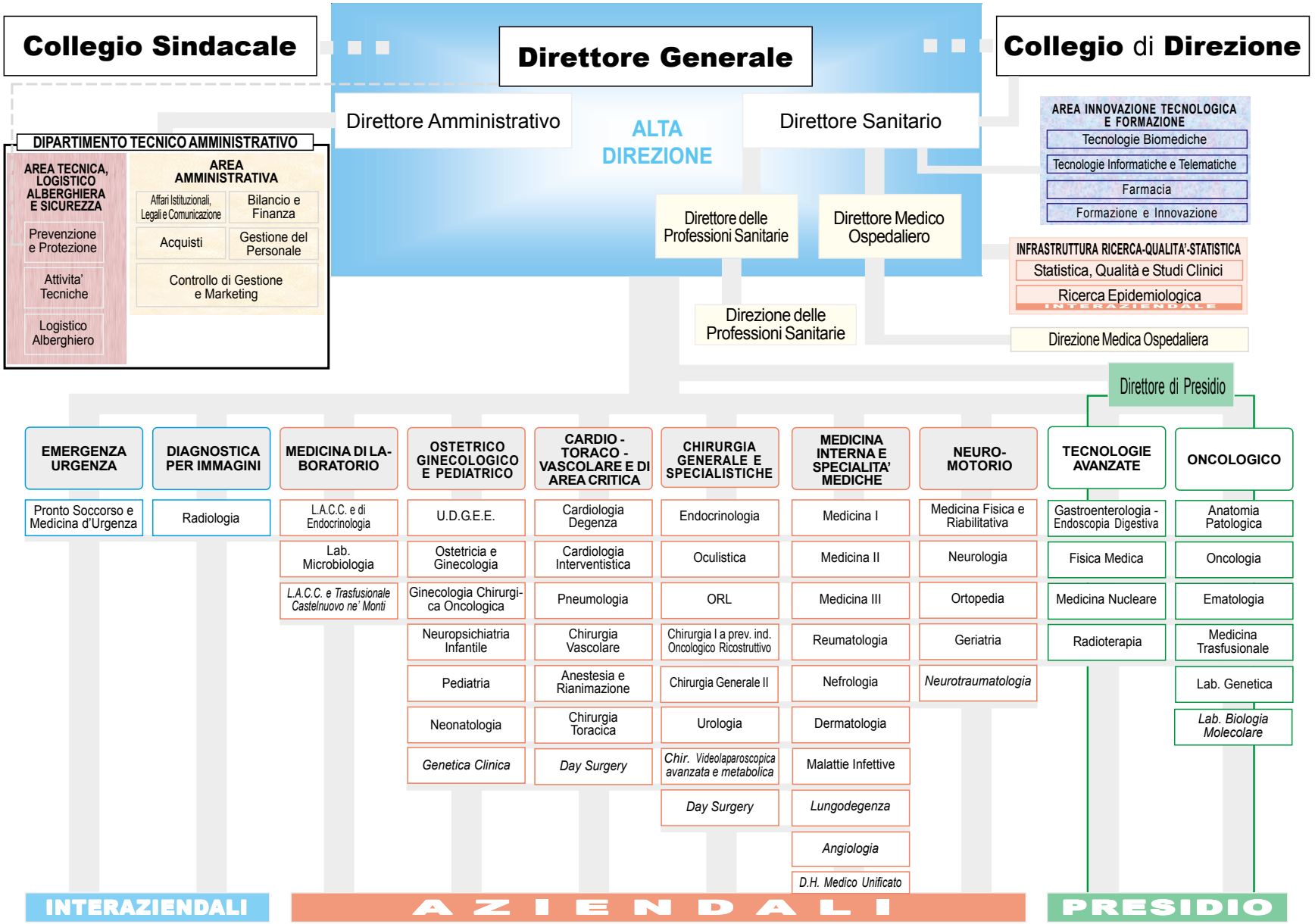
Tabella 2.4.14

Corso di Laurea	Tutor	specifiche
Corso di Laurea Infermieristica dipendenti SSR AZ. ASMN	18	• 1 coordinatore • 9 a tempo pieno • 1 a tempo pieno ma 1 giorno/settimana in Regione • 1 a 33 ore per permesso cariche politiche • 1 part-time ciclico • 1 a 25 ore • 3 a 30 ore • *1 maternità* • 1 a 20 ore
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)	5	• 1 coordinatore RE • 1 coordinatore MO • 1 tutor RE • 1 tutor MO
Laurea Magistrale Infermieristica	2	• 1 coordinatore (lo stesso della laurea triennale) • 1 part-time a 6 ore

2.5 Assetto organizzativo

2.5.1 Organigramma aziendale 2011

Con delibera n. 87 del 11.07.2011, l'assetto organizzativo aziendale è stato aggiornato con le modifiche della propria macro struttura e dei propri assetti dipartimentali conseguenti al riconoscimento in Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in Oncologia per Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali, secondo quanto meglio specificato nel successivo paragrafo 2.5.2.



• CARDIO-TORACO-VASCOLARE E DI AREA CRITICA

Il criterio ispiratore di questa aggregazione consente di esaurire, all'interno del Dipartimento, il processo assistenziale ed il percorso diagnostico terapeutico di alcune importanti patologie, e di condividere protocolli, procedure, tecnologie, risorse. In tale ottica va considerata anche l'aggregazione delle Strutture complesse di Chirurgia Toracica e Vascolare, le cui collaborazioni con la Cardiologia si sono sempre più consolidate in termini di frequenza che di complessità. L'aggregazione della Pneumologia favorisce le opportunità che ne derivano nella gestione delle problematiche cardio-respiratorie e nelle sinergie tra la propria area semi-intensiva e la Rianimazione.

Tabella 2.5.1 – struttura del Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare e di Area Critica

DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE E DI AREA CRITICA								
UNITA' OPERATIVA	NUMERI POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	DI CUI CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFER/TECN. E RIABIL.	OSS/OTA/ ASS	PERSONALE AMM.VO	CONTRATTI L.P. CO.CO.CO. BORSE DI STUDIO
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	12	36	36		28	7	1	2
CARDIOLOGIA DEGENZA	53,2	11	10		35	5	2	1
CAST.MONTI (inclusi PL rianimazione CM)								2
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA		15	15		12	1	1	3
CHIRURGIA TORACICA	8,9	4	4		6	2	0,5	1
CHIRURGIA VASCOLARE	**15,5**	**6**	**6**		**7,5**	**2**	**0,5**	**1**
PNEUMOLOGIA	**37,5**	**11**	**11**		**22,5**	**7**	**1**	**2**
TOTALE	**127,1**	**83**	**82**		**111**	**24**	**6**	**12**

CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICHE

Questa aggregazione privilegia i prevalenti obiettivi di condivisione delle risorse strategiche e dell'organizzazione dei servizi in comune (es. sale operatorie, aree di degenza breve e di day hospital, nonchè degenze post operatorie) e la contiguità fisica dei settori interessati.

Facendo riferimento ai criteri di condivisione di importanti percorsi diagnostico/terapeutici e di processi assistenziali, si conferma l'aggregazione al Dipartimento della S.C. di Endocrinologia, in ragione del suo orientamento specialistico prevalente verso le patologie tiroidee: ciò consente agli specialisti di discipline diverse, ma complementari, di misurarsi e confrontarsi su segmenti diversi della stessa patologia. Inoltre, nella consapevolezza che la disciplina endocrinologica non limita il proprio interesse alla sola patologia tiroidea, l'impegno dei professionisti nell'ambito dell'obesità patologica e della patologia surrenalica consolida i rapporti con le Strutture di Chirurgia Generale 2 e di Chirurgia Videolaparoscopica avanzata e metabolica.

tabella 2.5.2 – struttura del Dipartimento Chirurgie Generali e Specialistiche

DIPARTIMENTO CHIRURGIE GENERALI E SPECIALISTICHE								
UNITA' OPERATIVA	NUMERI POSTI LETTO (media ponderata anno) DO*DH	DIRIGENTI MEDICI	DI CUI CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFER/TECN. E RIABIL.	OSS/OTA/ASS	PERSONALE AMM.VO	CONTRATTI L.P. CO.CO. CO. BORSE DI STUDIO
CHIRURGIA GENERALE 2	24,7	9	9		15,5	3	1	1
CHIRURGIA 1 Indirizzo oncologico e ricostruttivo	27,4	9	9		15,5	3	1	1
Chirurgia Senologica Interaziendale	2,5	2	2				0,5	1
ENDOCRINOLOGIA (degenza ordinaria c/o ORL)	4	4	4		3		1	4
OCULISTICA - degenza	25,9	10	8		39,5	4,5	2	3
OTORINOLARINGOIATRIA - degenza		10	9				1	4
DH ORL/Oculistica	16,24							
D.H. CHIR+DAY SURGERY (escl. DH C.Tor.-Vasc.)	7,26				4	1,5	1	
DEGENZA BREVE CH (incluso Endosc.)	6				7,5	3,5	0,5	
ROOM CHIRURGICO	9,6				14	3,5		
UROLOGIA	28,8	11	11		17,5	7	2	
TOTALE	152,4	55	52		116,5	26	10	14

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Si conferma la valenza interaziendale del Dipartimento, organizzato quale complesso di servizi finalizzati ad erogare prestazioni ad elevata tecnologia in un contesto di sistema provinciale, integrato anche grazie ad un'omogenea e generalizzata applicazione del sistema PACS. Persegue gli obiettivi di un ottimale utilizzo delle risorse strumentali e umane e, nel contempo, del rispetto dei tempi di attesa per l'attività specialistica strumentale, in conformità alle indicazioni regionali.

Anche in questo caso si ritiene, in accordo con l'AUSL, che la direzione del Dipartimento debba fare naturale riferimento alla Struttura Complessa di Radiologia del SMN per il suo consolidato ruolo di coordinamento delle omologhe Strutture Complesse in ambito provinciale.

Tabella 2.5.3 – struttura del Dipartimento Diagnostica per Immagini

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGIN								
UNITA' OPERATIVA	NUMERI POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	DI CUI CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFER/TECN. E RIABIL.	OSS/OTA/ASS	PERSONALE AMM.VO	CONTRATTI L.P. CO.CO. CO. BORSE DI STUDIO
RADIOLOGIA		27	26		45	12	9,55	1
TOTALE		27	26		45	12	9,55	1

EMERGENZA URGENZA

Viene confermato il Dipartimento a valenza provinciale, a cui afferisce anche la C.O. 118, quale complesso di servizi finalizzato ad effettuare prestazioni di emergenza e urgenza con articolazione a livello territoriale ed ospedaliero. Costituisce un sistema integrato tra operatori ospedalieri, territoriali ed Associazioni di Volontariato di Pubblica Assistenza. L'obiettivo è quello di consolidare e, laddove possibile, migliorare l'organizzazione e la qualità dei servizi di emergenza urgenza pre ed intraospedaliera, integrando tra loro gli operatori, le tecnologie e le strutture, favorendo una formazione specifica ed interdisciplinare degli operatori addetti, definendo percorsi diagnostico terapeutici condivisi ed utilizzando comuni linee guida sottoposte a verifica periodica.

A ciò si aggiunge la funzione strategica che il DEU deve svolgere nel contesto dei percorsi delle maxiemergenze e dei piani di difesa e di protezione civile.

In virtù della positiva passata esperienza si ritiene, in accordo con l'AUSL, che la direzione del Dipartimento debba fare naturale riferimento alla Direzione della Struttura Complessa di Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza del SMN, per la sua funzione di riferimento provinciale nella disciplina.

Tabella 2.5.4 – struttura del Dipartimento Emergenza-Urgenza

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA								
UNITA' OPERATIVA	NUMERI POSTI LETTO (media ponderata anno) DO	DIRIGENTI MEDICI	DI CUI CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFER/TECN. E RIABIL.	OSS/OTA/ASS	PERSONALE AMM.VO	CONTRATTI L.P. CO.CO. CO. BORSE DI STUDIO
PRONTO SOCCORSO		29	29		35,5	3,5	1	1
MEDICINA D'URGENZA E OBI	15				13,5	6	0,77	
EMERGENZA TERRITORIALE		1	1		7		0,5	
TOTALE	15	30	30		56	9,5	2,27	1

MEDICINA DI LABORATORIO

L'assetto adottato si basa su un criterio di aggregazione per discipline affini. Nella sua denominazione enfatizza gli aspetti relativi al supporto delle funzioni laboratoristiche alle ulteriori opzioni diagnostico-terapeutiche nei diversi ambiti della casistica affrontata dalle Strutture del SMN. Vengono inoltre confermati i criteri e gli obiettivi finalizzati al recupero di efficienza ed ottimizzazione delle risorse, sia tecnologiche che umane.

Tabella 2.5.5 – struttura del Dipartimento Medicina di laboratorio

DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO								
UNITA' OPERATIVA	NUMERI POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	DI CUI CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFER/TECN. E RIABIL.	OSS/OTA/ASS	PERSONALE AMM.VO	CONTRATTI L.P. CO.CO. CO. BORSE DI STUDIO
L.A.C.C.E. + segreteria dipartimentale		11	11	8	55	10	5 + 3.83 per centro prelievi	
MICROBIOLOGIA		3	3	4	21	4	3	
LAB. URGENZE SCANDIANO E MONTECCHIO					10	3	2 unità a Montecchio. A Scandiano pers. AUSL	
LAB. CASTELNOVO NE' MONTI		3	3	1	10,2		personale AUSL	
TOTALE		17	17	13	96,2	17	13,83	

MEDICINA INTERNA E SPECIALITA' MEDICHE

Prevale il criterio della coincidenza sui percorsi diagnostico/terapeutici e sui processi assistenziali relativi alle stesse patologie internistiche nell'identificazione delle aggregazioni di questo Dipartimento. Pertanto ne viene sostanzialmente confermata la composizione. Si conferma, inoltre, in questo Dipartimento la S.C. di Nefrologia e Dialisi, non solo per le sue interrelazioni con la S.C. Medicina 2^ nell'ambito dello studio e della cura degli squilibri idroelettrolitici, ma anche per quelle relative all'ipertensione secondaria, alle complicanze della patologia diabetica, alle espressioni renali e reumatologiche delle malattie autoimmuni. A ciò si aggiunge il percorso specialistico che, in molte realtà regionali e nazionali, accomuna la Medicina Interna e la Nefrologia e che supporta e giustifica, nella maggior parte dei casi, la collocazione di quest'ultima in Dipartimenti di Medicina Interna.

La collocazione della S.C. di Malattie Infettive in questo dipartimento è, infine, basato sul criterio dell'interesse, comune ad altre Strutture del medesimo Dipartimento, nei confronti di alcune patologie inerenti alle complicanze infettivologiche dei pazienti immunodepressi, diabetici ed anziani e di alcune patologie epatiche, con particolare riferimento al trattamento dei pazienti con epatite cronica virale, cirrosi epatica ed epatocarcinoma.

Tabella 2.5.6 – struttura del Dipartimento Medicina Interna e Specialità Mediche

DIPARTIMENTO MEDICINA INTERNA E SPECIALITA' MEDICHE								
UNITA' OPERATIVA	NUMERI POSTI LETTO (media ponderata anno) DO*DH	DIRIGENTI MEDICI	DI CUI CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFER/TECN. E RIABIL.	OSS/OTA/ASS	PERSONALE AMM.VO	CONTRATTI L.P. CO.CO. CO. BORSE DI STUDIO
DERMATOLOGIA	4	7	6		3		1	6
DAY HOSPITAL UNIFICATO medicine	11,59				7	3	1	
MALATTIE INFETTIVE	33	9	9		17	7	1	2
MEDICINA I	62,7	10	10		28,5	15	1	2
MEDICINA II	65,4	7	7		27	15	1	
DIABETOLOGIA		1	1		1			2
MEDICINA III	53,2	8	8		18	11	1	1
LUNGODEGENZA	26	3	3		11	11,5		
NEFROLOGIA E DIALISI	16	9	9		39	5	1	5
REUMATOLOGIA	9,7	8	8		2,5		1	4
ANGIOLOGIA	8,8	6	6		6,5		0,77	2
TOTALE	290,39	68	67		160,5	67,5	8,77	24

NEURO-MOTORIO

Questa aggregazione valorizza, prioritariamente, gli aspetti riconducibili alle neuroscienze e quelli di continuità assistenziale intraospedaliera, interospedaliera e fra ospedale e territorio di ambiti disciplinari che hanno come denominatore comune la disabilità acuta o cronica e che si estendono anche alle valenze socio-sanitarie della presa in carico, della cura e della riabilitazione. Si mira in tal modo a rappresentare un'esperienza che include la maggior parte dei criteri ispiratori delle altre aggregazioni dipartimentali. Le strutture si uniscono infatti per dar vita ad un Dipartimento capace di sviluppare obiettivi strategici, nell'ambito delle patologie neurologiche e dell'ortogeriatria, ma anche della riabilitazione in struttura ed al domicilio, ponendosi in continuità con l'offerta specialistica, ortopedica e neurochirurgica, allo scopo di mantenere i più alti livelli di autosufficienza dei pazienti affetti da patologie disabilitanti di varia origine.

Tabella 2.5.7 – struttura del Dipartimento Neuro-Motorio

DIPARTIMENTO NEURO-MOTORIO								
UNITA' OPERATIVA	NUMERI POSTI LETTO (media ponderata anno) DO*DH	DIRIGENTI MEDICI	DI CUI CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFER/TECN. E RIABIL.	OSS/OTA/ASS	PERSONALE AMM.VO	CONTRATTI L.P. CO.CO. CO. BORSE DI STUDIO
GERIATRIA	41,9	10	10		17	14,5	1	
MEDICINA FISICA E RIAB.	22,9+1	9	8		57	6,5	3,77	3
NEUROLOGIA	44	12	10		23	11	2	7
ORTOPEDIA	49,9	15	14		17	11	1	
ROOM ORTOPEDIA SALA GESSI					14,5	3,5		
Neurochirurgia d'Urgenza (Spoke dell'AOSP 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 0,5 unità							
TOTALE	135,8	46	42		128,5	46,5	8,27	10

Presidio IRCCS

ONCOLOGICO

Il Dipartimento trova la sua conferma nella necessità di accorpare, come in altre prestigiose realtà nazionali, Strutture la cui mission specialistica esclusiva e prevalente sia orientata alla patologia oncologica. Da qui nasce l'aggregazione della Medicina Trasfusionale e dei Laboratori di Genetica e Biologia Molecolare.

In particolare, la Struttura Complessa di Medicina Trasfusionale viene collocata, nel Dipartimento Oncologico per le significative collaborazioni già da tempo avviate in ambito aferetico, di supporto ai pazienti trapiantati di midollo e di criopreservazione delle cellule staminali.

Il Laboratorio di Genetica è riconosciuto dalla Regione Emilia Romagna, nell'organizzazione della rete regionale delle strutture di Genetica, quale centro Hub di riferimento per la citogenetica per l'area dell'Emilia-Romagna di nord-ovest. L'attività analitica copre i settori di Citogenetica classica, Citogenetica Molecolare e Genetica Molecolare.

Il Laboratorio di Biologia Molecolare svolge da ormai alcuni decenni studi di associazione gene-malattia, nelle malattie comuni (come ad esempio le malattie infiammatorie articolari) e in particolare sui tumori. In questo ambito, da alcuni anni, è stato intrapreso uno studio per valutare l'effetto dei polimorfismi, contenuti in specifici geni candidati, nei pazienti con patologia neoplastica.

Tabella 2.5.8 – struttura del Dipartimento Oncologico

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO								
UNITA' OPERATIVA	NUMERI POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI	DI CUI CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFER/TECN. E RIABIL.	OSS/OTA/ASS	PERSONALE AMM.VO	CONTRATTI L.P. CO.CO. CO. BORSE DI STUDIO
ANATOMIA PATOLOGICA + SS DI CITOLOGIA VAGINALE		13	13	3	24	4	7	7
EMATOLOGIA	17,8	7	7		18	4	2	2
LAB. GENETICA					4	3	1	1
MEDICINA TRASFUSIONALE		8	8	5	19	4	2	2
ONCOLOGIA	17	9	9		9	2	4	4
SS DIPARTIMENTALE LAB. BIOLOGIA MOLECOLARE		1	1	2	0,8			
TOTALE	34,8	38	38	14	73,8	15	15	15

TECNOLOGIE AVANZATE

Il Dipartimento aggrega al proprio interno Strutture Complesse che, nell'ambito delle attività assistenziali e di ricerca, utilizzano tecnologie evolute ed innovative. A queste si affianca la Struttura di Fisica Medica, le cui prerogative, oltre a quelle tipiche legate alla radioprotezionistica ed al calcolo dei piani di trattamento radioterapici, si estendono alla partecipazione attiva alla promozione dell'innovazione in ambito tecnologico.

Il Dipartimento agevola il Collegio di Direzione nell'assunzione del ruolo propositivo, affidatogli dagli orientamenti regionali, in materia di innovazione tecnologica, clinica ed organizzativa dei contesti assistenziali e nell'elaborazione dei piani di adozione delle nuove tecnologie.

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 la Struttura svolge è sia di tipo diagnostico che terapeutico 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 dell'endoscopia digestiva.

Tabella 2.5.9 – struttura del Dipartimento Tecnologie Avanzate

UNITA' OPERATIVA	NUMERI POSTI LETTO (media ponderata anno) DO*DH	DIRIGENTI MEDICI	DI CUI CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFER/TECN. E RIABIL.	OSS/OTA/ASS	PERSONALE AMM.VO	CONTRATTI L.P. CO.CO. CO. BORSE DI STUDIO
FISICA MEDICA				7	7		1	4
GASTROENTEROLOGIA-ENDOSCOPIA DIGESTIVA	4,1	9	9		12	4	2	1
MEDICINA NUCLEARE (incl. Terapia radiometabolica)	5,7	7	7	1	13,5	4	2	5
RADIOTERAPIA		8	8		18,3	1,8	1	2
TOTALE	9,8	24	24	8	50,8	9,8	6	12

OSTETRICO GINECOLOGICO E PEDIATRICO

La denominazione del Dipartimento , che, peraltro, conferma la pre-esistente aggregazione, evidenzia il proprio orientamento alla maternità ed alle patologie femminili e pediatriche.

L'attenzione sugli aspetti di affinità culturali, scientifiche, clinico-organizzative per l'utilizzo integrato dei letti di degenza ordinaria tra Pediatria, NPI ed UDGEE, in ragione del ruolo svolto in ambito provinciale da queste due ultime Strutture, deve,comunque, prevedere ambiti di relazione stabile con le omologhe componenti specialistiche del Dipartimento Neuro-Motorio e con la NPI territoriale.

Tabella 2.5.9 – struttura del Dipartimento Ostetrico-Ginecologico e Pediatrico

DIPARTIMENTO OSTETRICO GINECOLOGICO E PEDIATRICO								
UNITA' OPERATIVA	NUMERI POSTI LETTO (media ponderata anno) DO*DH	DIRIGENTI MEDICI	DI CUI CON OPZIONE L.P. INTRA-MOENIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFER/TECN. E RIABIL.	OSS/OTA/ASS	PERSONALE AMM.VO	CONTRATTI L.P. CO.CO. CO. BORSE DI STUDIO
GINECOLOGIA CHIRURGICA ONCOLOGICO	62,82	5	4	3	15	3,5	1	3
OSTETRICIA E GINECOLOGIA		14	13		27	12	2	
NEONATOLOGIA + NIDO	38	9	9		36	4	1	1
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3	4	4		2,5			
PEDIATRIA (inclusa SS Genetica Clinica) + PS Pediatrico	14,5	15	15	1	20,5	3,5	1	3
UDGEE	2	4	4		7		1	4
TOTALE	120,32	51	49	4	108	23	6	11

Tabella 2.5.10– strutture Interdipartimentali

Comparti Operator								
UNITA' OPERATIVA	NUMERI POSTI LETTO (media ponderata anno) DO*DH	DIRIGENTI MEDICI	DI CUI CON OPZIONE L.P. INTRA-MOE-NIA	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	PERSONALE INFER/TECN. E RIABIL.	OSS/OTA/ASS	PERSONALE AMM.VO	CONTRATTI L.P. CO.CO. CO. BORSE DI STUDIO
COMPARTO OPERATORIO 5° PIANO		1	1		32	15,5		
S.O. GINECOLOGIA					11	9		
S.O. ORL					25	13,5		
S.O. ORTOPEDIA								
CENTRALE STERILIZZAZIONE					6	9		
TOTALE		1	1		74	47		
nota 2 : I contingenti del personale medico sono stati indicati con riferimeto alle dotazioni organiche assegnate a ciascuna struttura								

2.5.2 Revisione dell'Atto Aziendale

Con la delibera n. 87 citata si è provveduto, in esito al riconoscimento in Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in Oncologia per Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali, allo sviluppo dei due nuovi Dipartimenti (Oncologico e Tecnologie Avanzate) ed al loro accorpamento in un Presidio, nonché al consolidamento organizzativo della "Infrastruttura per la Qualità, Ricerca e Statistica", comprendente le due strutture "Statistica – Qualità e Studi Clinici" e "Ricerca Epidemiologica", quest'ultima a valenza interaziendale con la USL di Reggio Emilia.
Si è proceduto inoltre alla implementazione del Dipartimento Tecnico-Amministrativo, perseguendo l'unitarietà dell'azione organizzativa e permettendo ai vari interlocutori la massima trasparenza, chiarezza e semplificazione dei percorsi.

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.

	Azioni più rilevanti realizzate nell'anno 2011	Azione di sviluppo (S) e/o di mantenimento (M)
DIGNITÀ DELLA PERSONA, CENTRALITÀ DEL CITTADINO	o Avvio della sperimentazione, in collaborazione con AUSL, di un "modello di erogazione diffusa delle cure palliative", che consentirà l'intervento di differenti soggetti a seconda dei progetti assistenziali e dei setting nei quali il paziente è curato.	S
	o Avvio del primo livello di formazione previsto nell'ambito del "modello di erogazione diffusa delle cure palliative", che ha visto la partecipazione di 120 professionisti per un impegno complessivo di 1920 ore.	S
	o Identificazione di 85 "Osservatori" di vari setting assistenziali, capaci di interpretare i bisogni di cure palliative dei pazienti inseriti nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali.	S
	o Definizione dell'Accordo di Programma sulle Politiche e sui Servizi a tutela della Salute Mentale e al contrasto di altre forme di disagio sociale correlate.	S
	o Conduzione da parte del Comitato Consultivo Misto di interviste mirate ad accertare lo stato di attuazione degli impegni assunti nella Carta dei Servizi aziendale.	S
	o Attivazione dello "Sportello del Volontariato" presso la Sede del Padiglione Spallanzani, a sostegno delle attività promosse dai responsabili delle varie Associazioni, al fine di facilitarne l'interazione con l'ASMN-IRCCS.	S
	o Prosecuzione dei lavori del Programma Interaziendale Materno infantile per l'attuazione degli obiettivi della DGR 533/2008.	S/M
	o Svolgimento del corso aziendale di terapia antalgica "Il dolore nella pratica clinica: farmacologia e strategie terapeutiche – aspetti medici e infermieristici", a cui hanno partecipato oltre 250 professionisti, tra medici e infermieri.	M
	o Aggiornamento del protocollo di terapia antalgica post-operatoria e predisposizione della versione consultabile informaticamente.	M
	o Consolidamento del percorso per Il trattamento delle gravi cerebrolesioni acquisite, secondo quanto previsto dal progetto regionale GRACER.	M
	o Prosecuzione del programma di sorveglianza e tutela nei casi di maggiore fragilità e solitudine dell'anziano attraverso 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.	M
	o Prosecuzione, in collaborazione con l'AUSL, il Comune di Reggio Emilia e la Caritas Diocesana del percorso di ospitalità e/o accompagnamento educativo a supporto di situazioni di disagio complesso.	M

	Azioni più rilevanti realizzate nell'anno 2011	Azione di sviluppo (S) e/o di mantenimento (M)
ACCESSIBILITÀ, QUALITÀ, CONTINUITÀ DELLE CURE	o Pianificazione e programmazione, in stretta collaborazione con l'Azienda Usl, di un Punto Unico di Accesso, quale punto di riferimento 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.	S
	o Attivazione pronta disponibilità medica h24 del Centro Emostasi della S.C. di Medicina 1 al fine di garantire un consulto per il trattamento in urgenza/emergenza dei pazienti con malattia emorragica congenita che accedono nei PS della Regione.	S
	o Definizione di una procedura per la vigilanza e l'attivazione di sistemi di allerta nel caso di difettosità, incidenti, ritiri o altri eventi connessi all'utilizzo di beni sanitari.	S
	o Partecipazione a gruppo di lavoro regionale finalizzato a sistematizzare indicatori e requisiti di equità in sinergia con il sistema qualità istituzionale.	S/M
	o Partecipazione a laboratori tematici aventi come scopo l'acquisizione di elementi teorici e strumenti concreti di lavoro in tema di equità nei servizi sanitari.	S/M
	o Partecipazione ad incontri di approfondimento a livello regionale sulle buone pratiche organizzative e sugli strumenti di valutazione applicabili nei contesti aziendali, in particolare rispetto al tema del diversity management e dei profili di comunità.	S/M
	o Consolidamento dei percorsi clinico assistenziali già attivati e avvio dei lavori per la predisposizione di nuovi percorsi inerenti, in particolare, le patologie neoplastiche.	S/M
	o Adozione in tutti i reparti di degenza della nuova scheda informatizzata per la segnalazione di casi "fragili" al Servizio Sociale Ospedaliero.	S/M
	o Rinnovo della certificazione del Servizio Acquisti, del Servizio Logistico Alberghiero e prima certificazione della Direzione delle Professioni Sanitarie in base alle norme ISO 9001/2000.	S/M
	o Rinnovo dell'Accreditamento del Dipartimento interaziendale di Emergenza-Urgenza.	M
	o Revisione della procedura per ottimizzare le modalità di attivazione del Servizio di mediazione linguistico-culturale.	M
	o Consolidamento del progetto "orto-geriatria" (presenza quotidiana del Geriatra nella U.O. di Ortopedia per la valutazione medico-internistica dei pazienti) con individuazione di posti letto dedicati e realizzazione di una piccola palestra per la riabilitazione precoce.	M
	o Consolidamento del programma Stroke Care e del trattamento fibrinolitico in emergenza.	M
	o Consolidamento del percorso di presa in carico e gestione dei pazienti stomizzati.	M
	o Consolidamento dei percorsi di dimissione protetta e, in particolare, del progetto "Teseo".	M
	o Prosecuzione dell'attività di controllo delle cartelle cliniche al fine di migliorare il livello di appropriatezza dell'attività ospedaliera e la qualità della documentazione sanitaria.	M
	o Consolidamento, nell'ambito della politica del farmaco e del governo della spesa farmaceutica ospedaliera, delle attività di verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni e di monitoraggio costante dei consumi.	M
	o Proseguimento delle attività della Commissione Farmaco di Area Vasta che ha provveduto all'aggiornamento del Prontuario Terapeutico AVEN, all'approfondimento del ruolo in terapia di specifici gruppi di farmaci, a iniziative di monitoraggio/verifica di dati di utilizzo, all'approfondimento di tematiche relative ai farmaci, connesse ai processi di acquisizione.	M

	Azioni più rilevanti realizzate nell'anno 2011	Azione di sviluppo (S) e/o di mantenimento (M)
INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE, TECNOLOGICHE E STRUTTURALI	o Adozione da parte di tutte le Aziende AVEN dell'Accordo di programma per la regolamentazione dei rapporti relativi alla gestione del nuovo magazzino centralizzato e prosecuzione dei lavori per la definizione di procedure informatiche ed operative finalizzate all'attivazione dell'anagrafica centralizzata dei beni sanitari.	S
	o Realizzazione del Progetto "Mammografia digitale" che ha portato alla digitalizzazione di tutte le apparecchiature di mammografia	S
	o Acquisizione delle apparecchiature necessarie all'attivazione del nuovo corpo di fabbrica "Ala Sud"	S
	o Aggiudicazione della gara per la realizzazione del nuovo Laboratorio centralizzato (progetto "Corelab").	S
	o Completamento del Corpo di Fabbrica Ala Sud dove trovano collocazione: il Day Hospital Polispecialistico, il reparto di Pneumologia con 4 posti letto di Terapia Semintensiva Respiratoria, il reparto di Neurologia con 12 posti letto di Stroke Care, il Servizio di Dermatologia e una nuova Rianimazione con posti letto di Terapia Intensiva Post operatoria.	S
	o Avvio dei lavori per la realizzazione del nuovo fabbricato "Centro Onco – Ematologico", che assicurerà maggiori spazi e servizi più adeguati ai pazienti oncologici.	S
	o Attivazione del "Portale Ricerca", strumento di accesso a informazioni relative all'attività di ricerca IRCCS e ASMN.	S
	o Incremento, nell'ambito delle politiche di acquisto dei beni servizi, delle attività di acquisti centralizzati, favorito dall'adozione di modelli organizzativi più strutturati (Dipartimento Interaziendale Acquisti)	S/M
	o Proseguimento del programma di ristrutturazione, riqualificazione e ampliamento della struttura ospedaliera, quali la realizzazione di Laboratorio preparazione radiofarmaci della medicina nucleare, l'ampliamento degli spazi dedicati alla sezione di Terapia Radiometabolica, la realizzazione di studi/ambulatori.	S/M
	o Prosecuzione del piano di informatizzazione ospedaliera e di integrazione con i sistemi informativi dell'AUSL (prosecuzione della segmentazione della rete dati aziendale, attivazione nuove linee Internet e IP Pubblici, introduzione di tecnologie di virtualizzazione per il parco server, potenziamento dell'infrastruttura server in ambito LUV, conclusione sviluppo della Dorsale Interoperabile provinciale, introduzione tecnologie open, completamento estensione sw per gestione sale operatorie, lettera dimissione informatizzata, "ricetta elettronica).	S/M
	o Completamento migrazione dei sistemi di laboratorio degli ospedali di Castelnovo ne' Monti, Scandiano, Montecchio e Reggio Emilia (ASMN) verso un sistema unico (LUV).	S/M
	o Prosecuzione progetti ICT regionali (SOLE, SPARTA; SIGLA; MAPS).	S/M

3.1 Partecipazione degli Enti Locali alla Programmazione Sanitaria

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 ad un passaggio tra un sistema di offerta prevalentemente basato sulle professionalità specialistiche ad un sistema di offerta caratterizzato dall'accompagnamento e 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 ad 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** 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 Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria 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 di individuare le principali criticità e definire 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 costantemente alla pianificazione locale e alla stesura degli strumenti di programmazione sociale e socio-sanitaria, inclusi i lavori che hanno portato all'approvazione del Profilo di Comunità, dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale (da parte della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria) e del nuovo Piano di Zona distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009/2011.

L'Azienda Ospedaliera, inoltre, contribuisce al governo del welfare locale, attraverso la partecipazione dei suoi professionisti al Comitato di Distretto e ai Tavoli Tematici (Tavolo sulle Politiche a favore degli anziani e sul Contrasto alla povertà), nonché ai Tavoli di staff che stanno lavorando alla definizione di specifici Accordi di Programma per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.

Il Distretto di Reggio Emilia – così come riportato nel "Piano di zona per la salute e il benessere sociale 2009-2011" si è posto, infatti, l'obiettivo di costruire un impianto organico complessivo che, a partire da intenti comuni ne interpreti, nei diversi ambiti (*Anziani, disabili, Responsabilità familiari e minori, Salute mentale/esclusione sociale, Dipendenze patologiche*), le politiche e i servizi integrati quale espressione privilegiata della integrazione sociale e sanitaria, nel processo di presa in cura dei cittadini, attraverso le sue molteplici forme:

- **istituzionale**, identificando nell'ambito di una visione condivisa e di una forte cooperazione, le responsabilità di tutti gli attori istituzionali presenti sul territorio;
- **comunitaria**, realizzando l'attivazione di tutta la comunità locale attorno al tema delle politiche sanitarie e sociali;
- **gestionale**, che si realizza attraverso l'interazione dei soggetti istituzionali presenti in ambito distrettuale, per realizzare l'unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse;
- **professionale**, realizzando condizioni operative unitarie tra figure professionali diverse (sanitarie e sociali) nelle fasi di presa in carico, progettazione e realizzazione del piano individualizzato di trattamento integrato, di

valutazione delle attività svolte.

I lavori dei Tavoli e dello stesso Comitato di Distretto, a cui l'Azienda Ospedaliera ha partecipato, hanno portato alla stesura e successiva sottoscrizione alla fine del 2010 dell'Accordo di programma Anziani, mentre il 2011 è stato dedicato alla definizione dell'Accordo di Programma sulle Politiche e sui Servizi a tutela della Salute Mentale e al contrasto di altre forme di disagio sociale correlate, che è finalizzato a delineare un sistema di servizi in grado di sviluppare una maggiore integrazione operativa tra il settore sanitario e sociale nel campo del contrasto delle dipendenze patologiche, della tutela della salute e della prevenzione dell'uso/abuso di sostanze, della cura e della riabilitazione degli stati di dipendenza.

3.2 Universalità ed equità di accesso

L'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova 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 funzione necessaria al contenimento della spesa, diminuendo le aree di 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 di 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 il Governo, le Regioni e le 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 del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

La Regione Emilia Romagna ha quindi deliberato di adottare il Piano regionale per il contenimento dei tempi d'attesa (Delibera della Giunta della Regione Emilia Romagna. 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 ella Conferenza territoriale sociale e sanitaria.
Il Programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi d'attesa che 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
Il progetti per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale vengono concordati tra l'Azienda Ospedaliera ASMN, l'Az.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:

- Management 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 priorita'.
- Criteri condivisi per l'accesso differenziato alla visita urologica secondo classi di priorita'
- Management delle patologie tiroidee: criteri per una gestione condivisa tra cure primarie e 2° livello specialistico
- Appropriatezza delle indagini radiologiche di spalla, ginocchio e rachide lombosacral
- Appropriatezza delle richieste di visita allergologica e dei tests di diagnostica allergologica e management di alcune situazioni cliniche a rischio di inappropriatezza nel bambino e nell'adulto
- Criteri condivisi per l'accesso alla visita oculistica secondo livelli di priorita'
- 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.

I progetti che sono in corso di realizzazione e si concluderanno nel

2012 riguardano il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli ecocolorodoppler dei vasi periferici e dei tronchi sovra aortici e l'appropriatezza nella richiesta di TC, RM ed ecografie.

Board distrettuale per l'integrazione ospedale/territorio e per l'appropriatezza clinica

Durante gli incontri per la definizione dell'accordo di fornitura con l'Azienda USL, si è deciso di avviare un "Board distrettuale per l' integrazione Ospedale/Territorio e per l'appropriatezza clinica". In tutti i distretti, infatti, sono stati rilevati problemi di 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 Board saranno in capo al Direttore di Distretto.

Nel Board 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 Board verrà 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 di intervento, i processi e gli indicatori appropriati per la valutazione del processo stesso e del raggiungimento degli obiettivi. Il Board Distrettuale sarà chiamato nello specifico a individuare le priorità aziendali sui consumi di alcune categorie di farmaci, ma anche sulla 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 2011, gran parte del lavoro con i MMG 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. 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 di 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'Az.USL 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 determinante sui tempi d'attesa ed esprime, meglio di altri parametri, garanzia di trasparenza e di equità di accesso per i cittadini.

Valutazione del fabbisogno

Anche per il Piano di Produzione 2011-12 le analisi prendono in considerazione le prestazioni oggetto di monitoraggio ai sensi dalla DGR1532/2006 e successive integrazioni. Per tutte queste prestazioni sono stati analizzati i seguenti parametri:

- offerta CUP;
- tempi d'attesa;
- indice di performance;
- indice di consumo;
- mobilità interdistrettuale;
- posti liberi non prenotati

I dati sono stati elaborati per singola agenda e per tipologia di erogatore.

Definizione del piano di produzione - percorso di budget

Successivamente alla valutazione del fabbisogno è stata calcolato dall'Azienda USL la stima dell'impatto economico del fabbisogno attraverso la comparazione dei costi di diverse modalità di produzione:

- accordo di fornitura con l'Az. Ospedaliera Santa Maria Nuova (tariffe delle prestazioni da Nomenclatore tariffario della Regione);
- contratti di fornitura con le strutture private accreditate della provincia (tariffe delle prestazioni da Nomenclatore tariffario della Regione);
- numero di ore effettuate da specialisti convenzionati interni;
- numero di ore effettuate da professionisti in consulenza dall'Az. Ospedaliera Santa Maria Nuova;
- prestazioni aggiuntive per conto dell'Azienda del personale dipendente.

Percorsi di garanzia
Il Piano Regionale prevede che vengano 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 ad erogare per il SSN.
La quantità delle prestazioni che si impegnano a garantire ogni anno per il 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 di 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.
Compete alla struttura (Unità Operativa ospedaliera, Area Specialistica Ambulatoriale ex Servizio di Medicina di base e Specialistica, a seconda dell'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 componenti l'equipe 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 vengano semplicemente riprogrammate in coda a quelle già presenti nei calendari di attività. Ciò comporterebbe infatti per i pazienti un ulteriore 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 effettuare una nuova prenotazione.

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 precedentemente riservati allo scopo;
- attivazione di apposite sedute dedicate di recupero;
- distribuzione degli appuntamenti annullati ad 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 caso dell'Az. Ospedaliera, 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 ad 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 delle 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 ed 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 questa opportunità non è disponibile o se l'utente preferisce effettuare la prestazione nel Distretto di residenza, si devono comunque raccogliere i suoi dati (pre-accettazione) e informarlo che sarà successivamente 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, a partire 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 ospedaliere e per le attività territoriali.

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 prenotazione 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 della U.O. 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 7 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, endoscopia digestiva) Le prestazioni programmabili (priorità D) sono gestite dal CUP provinciale così come quelle relative ad 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 >7gg
  - riconversione di posti a priorità P in posti a priorità D se agende D hanno tda > tmax definito ;
  - E' 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 tempo l'Ufficio Risorse ASMN contatta telefonicamente l'utenza per verificare l'effettiva disponibilità all'effettuazione di prestazioni strumentali considerate particolarmente problematiche in quanto richiedono specifiche preparazioni o perché hanno un elevato costo (es. RMN, 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. E'prevista inoltre l'attivazione di un sistema di "remind" automatico tramite chiamata vocale 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 permettono di rimettere a disposizione i posti liberati evitando situazioni di drop out (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 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'Az.USL e dell'Az.Osp. Santa Maria Nuova.

Nel Distretto di Reggio Emilia è inoltre presente un ambulatorio CODICI BIANCHI aperto tutte le sere dalle 20 alle 24 e i giorni festivi e prefestivi dalle 10 alle 14 e dalle 16 alle 20. L'ambulatorio amplia i propri orari in situazioni straordinarie (es. pandemia influenzale da virus H1N1).

Percorsi ambulatorali per pazienti cronici

Dal 2004 l'Azienda 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 a seconda della 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 in base a criteri di gravità e l'accesso agli ambulatori cardiologici distrettuali dedicati nei quali vengono garantite la visita cardiologica e gli esami strumentali. Il primo accesso può venire 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, vengono 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 MMG invia il paziente, che presenta determinati sintomi, a visita specialistica pneumologica presso un ambulatorio dedicato. La prenotazione viene data dallo specialista pneumologo con il quale il MMG 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 verrà 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 MMG a contattare lo specialista pneumologo ospedaliero per una rivalutazione del caso.
Lo specialista pneumologo si rende disponibile ad effettuare visite domiciliari su richiesta del MMG in casi selezionati e non altrimenti gestibili, e periodicamente per quei pazienti con più di 2 ricoveri all'anno.
Il percorso per la gestione integrata del paziente diabetico prevede il coinvolgimento in maniera coordinata dei Servizi di Diabetologia del territorio, i MMG, Presidi Ospedalieri e Azienda Ospedaliera SMN con una graduale presa in carico dei pazienti diabetici di tipo II metabolicamente stabili da parte dei MMG. Questi per la loro conoscenza globale e peculiare del paziente possono esercitare un'importante azione in campo preventivo, diagnostico, terapeutico e di follow-up per prevenire e differire, con il supporto degli specialisti ambulatoriali, la 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
E' 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 venga sempre garantita attraverso una presa in carico del servizio ospedaliero in tempi brevissimi. I DH oncologici del Presidio dell'Az. USL e la UO di Oncologia dell'Az.Ospedaliera Santa 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 follow up.
Il percorso dell'insufficienza renale progressiva prevede l'invio da parte del MMG all'ambulatorio di Nefrologia dell'Az.Ospedaliera Santa Maria Nuova del paziente con determinati valori del filtrato glomerulare e il successivo rinvio al MMG.
In particolare è stato oggetto di rivisitazione il protocollo di gestione, nei criteri di accessibilità dei pazienti nel percorso, per gli esami che il MMG deve prescrivere prima dell'invio dei pazienti all'ambulatorio PIRP, nella tempistica e nella tipologia dei controlli in follow up a seconda dello stadio di malattia prevede l'invio da parte del MMG all'ambulatorio di Nefrologia dell'Az. Ospedaliera Santa Maria Nuova del paziente con determinati valori del filtrato glomerulare e il successivo rinvio al MMG.

CUP telefonico provinciale
Dalla seconda metà dell'anno 2010 è attivo il numero verde Cup tel provinciale, un sistema di prenotazioni telefoniche delle prestazioni sanitarie completo ed 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 verrà inviata all'utente tramite i canali di posta elettronica e postel.
Le modalità di pagamento delle prestazioni saranno le stesse attualmente 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'Az. USL (www.ausl.re.it), dell'AO Santa Maria Nuova (www.asmn.re.it) o direttamente al sito www.pagonlinesanita.it

Mycup e pagamento online
Dal 01 Marzo 2009 è possibile prenotare una prestazione tramite telefono cellulare utilizzando il sistema My Cup, un software che permette al cittadino di collegarsi direttamente agli sportelli Cup della Azienda USL senza spostarsi da casa. My Cup 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.
Tramite il sistema di pagamento online è possibile pagare con carta di credito visite ed esami specialistici prenotati presso le strutture sanitarie dell'Azienda USL di Reggio Emilia e dell'AO. Santa Maria Nuova. Il sistema BANKPASS Web consente infatti il pagamento del ticket o delle prestazioni eseguite in libera professione.

3.2.1.c) Gestione liste di attesa per ricoveri programmati
Per ricovero programmato si 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 si 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.

A partire dal 1° gennaio del 2008 le aziende sanitarie hanno l'obbligo di indicare il codice di priorità individuato, sin dalla DGR 557/2000 e, successivamente, 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 day hospital. 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 vengono inviati attraverso due vie: "ex ante" attraverso il progetto SIGLA di (Sistema Integrato Gestione Liste d'Attesa) dove vengono 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 vengono 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 ed aggiornate con la DGR 925/2011 l'Azienda ha messo in atto una serie di correttivi organizzativo-gestionali che hanno portato ad un ridimensionamento dei tempi di attesa finalizzato al raggiungimento degli obiettivi richiesti dalla Regione.
Le azioni messe in campo dall'Az. Ospedaliera 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.
L'appropriatezza, 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 alla 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 di 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 intende consolidare una omogeneità nei 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.
C'è anche un preciso impegno a fornire, quando ciò è possibile, l'indicazione del periodo temporale entro cui verrà effettuata la chiamata del paziente per l'erogazione della prestazione sanitaria.
L'accertamento periodico della disponibilità del paziente così come la regolare pulizia della lista sono azioni ormai consolidate nel management delle liste d'attesa.
Periodicamente a livello aziendale vengono condotte analisi dell'andamento

delle prenotazioni; ciò costituisce una componente sostanziale del monitoraggio e consente la programmazione di interventi di miglioramento.

Appropriatezza organizzativa
L'azienda si sta impegnando nell'implementare o consolidare 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
By pass aortocoronarico
Angioplastica Coronarica (PTCA)
Endoarteriectomia carotidea
Intervento protesi d'anca
Interventi chirurgici tumore del Polmone
Tonsillectomia

Patologie di Area oncologica
Nella nostra Azienda tutti gli interventi per neoplasia in linea di massima sono garantiti entro 30 giorni. Quella esigua casistica che non rientra nei termini indicati trova una risposta negli attuali protocolli terapeutici che prevedono approcci integrati tra radioterapia e chemioterapia prima dell'intervento chirurgico. Questi trattamenti possono causare, infatti, alcune ricadute cliniche sui pazienti e, quindi, determinare rinvii della data programmata per l'intervento.
Il tempo di attesa per l'intervento per neoplasia prostatica (oggetto di criticità per quel che riguarda il rispetto dei tempi massimi di attesa) risente molto della tipologia specifica della neoplasia caratterizzata da lenta crescita e bassa invasività e della scelta della data di prenotazione; verranno attivate azioni per migliorare l'appropriatezza prescrittiva (corretta identificazione della data di prenotazione di ricovero).

Patologie di Area cardiovascolare
Dal 2007 è attivo un Programma Interaziendale, in staff in entrambe le Direzioni Aziendali, che si configura come la naturale evoluzione della Commissione Cardiologica Provinciale. Questo ha consentito una più stretta integrazione nei percorsi clinico-assistenziali e una maggiore uniformità tecnico-professionale nella pratica clinica.
Le prestazioni di Cardiologia Interventistica vengono continuamente monitorate e sono stati definiti con gli operatori protocolli diagnostico terapeutici di intervento.
Vengono tutte espletate nei tempi previsti dalla normativa regionale.

Patologie non oncologiche in degenza ordinaria
Per quanto riguarda i pazienti operati di protesi d'anca, il rispetto degli obiettivi regionali rimane problematico a causa dell'alta incidenza della patologie nella popolazione anziana, ma anche per l'intensa attività di traumatologia che afferisce alla nostra Struttura Ospedaliera: vengono centralizzati da tutta la provincia i casi di traumi che presentano una particolare criticità e tutti i politraumi.
L'ortopedia ha anche avviato percorsi per le altre patologie ortopediche in elezione (ginocchio, spalla, ecc). Inoltre, per ottenere tempi di attesa più rispondenti agli obiettivi, periodicamente vengono assegnate delle sedute operatorie aggiuntive.
Tonsillectomia: nel 2011 quasi il 90% degli interventi veniva eseguito nei 180 gg; l'impegno per il 2012 è di superare tale soglia.

Patologie non oncologiche in day hospital
Per quel che concerne l'ernia inguinale in dh i tempi di attesa nel 2011 non superavano i 180 gg nell'82% dei casi; verranno valutate azioni migliorative per raggiungere il 90% auspicato dalla normativa regionale.
L'intervento di biopsia percutanea del fegato viene espletata entro 30gg di attesa quasi per il 100% dei pazienti

3.2.2 DISUGUAGLIANZE ED EQUITÀ DI ACCESSO/TRATTAMENTO
Nel 2011 l'Azienda ha implemento metodologie e strumenti di equality assessment in modo sistematico e promuovendo benchmarking. Tale obiettivo è stato perseguito attraverso la partecipazione ad un gruppo di lavoro regionale coordinato dall'Area vasta Emilia nord e finalizzato a portare a sistema indicatori e requisiti di equità in sinergia con il sistema qualità istituzionale. Nello specifico, il sistema di accreditamento, essendo uno strumento in grado di veicolare principi e metodologie fino al livello di microarticolazione operativa, è stato utilizzato per rendere visibile l'attuazione del principio di equità. A tal proposito è stata predisposta una check list che declina l'equità in alcuni capitoli dell'accreditamento (politica, pianificazione, procedure, verifica dei risultati, miglioramento) definendo i requisiti che devono trovare riscontro a livello di:

- documentazione aziendale
- organizzazione aziendale
- a livello dipartimentale

- a livello delle pratiche delle UU.OO

L'Azienda ha inoltre partecipato a due laboratori tematici aventi come scopo l'acquisizione di elementi teorici e strumenti concreti di lavoro in tema di equità nei servizi sanitari. Nello specifico:

- Il Laboratorio "Gli strumenti per l'equality assesment. L'health equity audit" ha avuto l'obiettivo di fornire ai partecipanti conoscenze teoriche e competenze sull'applicazione del percorso di valutazione denominato Health Equity Audit (HEA).
- Il Laboratorio "Modalità organizzative e buone pratiche nel rispetto dell'equità" ha avuto l'obiettivo di fornire ai partecipanti esempi concreti di buone pratiche nel rispetto dell'equità, che possano essere da stimolo per sviluppare riflessioni all'interno dell'organizzazione e utili per trarre elementi da trasferire nelle singole realtà sanitarie.

Nel 2011, infine, si sono svolti incontri a livello regionale di approfondimento e di confronto delle buone pratiche organizzative e degli strumenti di valutazione applicabili nei contesti aziendali in particolare rispetto al tema del diversity management e dei profili di comunità.

3.2.3 MALATTIE RARE

L'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia rientra nella rete assistenziale dell´Emilia-Romagna per le malattie rare che comprende 19 Centri per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la cura delle singole patologie.

I Presidi accreditati certificano, attraverso il sistema informatico regionale, lo stato di patologia rara e predispongono il piano terapeutico personalizzato, rilasciandone copia all'assistito per il quale è prevista l'esenzione del ticket per le prestazioni sanitarie disposte dal medico del centro autorizzato.
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 l' Azienda ospedaliera di Reggio Emilia sono presenti 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 connettivo, caratterizzata, nelle forme più conclamate, da anomalie dell'apparato muscolo-scheletrico, cardiovascolare, dell'occhio. I reparti di Diagnostica ed 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.
- 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 di Reggio Emilia si è candidata quale Centro Spoke della rete per le malattie rare scheletriche.

o 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.

- Emofilia e malattie emorragiche congenite: sono difetti ereditari della coagulazione del sangue. I reparti di Medicina 1^ (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".

La Regione Emilia Romagna emana periodicamente un Documento di pro-

grammazione triennale dei servizi coinvolti nella rete per l'Emofilia e le malattie emorragiche congenite. Tra i vari obiettivi, il Piano (sia 2006-2008 che 2009-2011) prevede l'attivazione di una pronta disponibilità medica H24 in ogni centro Spoke.
Con Nota del 22/10/2010 la Regione Emilia Romagna ha trasmesso il protocollo per l'accesso e il trattamento dei pazienti con malattia emorragica congenita nei PS della Regione. Detto documento prevede l'attivazione di un referente aziendale del Centro Emofilia per consulto telefonico in urgenza/emergenza nelle 24 ore.
Al fine di garantire ai pazienti con malattia emorragica congenita il trattamento più sollecito e appropriato e, conseguentemente, dare risposta alle indicazioni regionali è stata attivata, a far tempo dal mese di luglio 2011, una **Pronta Disponibilità h24** dei Medici del Centro Emostasi della S.C. di Medicina

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, Medicine, 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 nel database 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 riabilitazione 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 2011 sono stati presi in carico presso l'Azienda Ospedaliera, con le modalità descritte, **63 pazienti**, di cui **5 trasferiti** presso la struttura di Medicina Fisica e Riabilitativa (nel triennio 2009/2011 sono stati presi in carico complessivamente 182 pazienti, di cui 14 trasferiti presso la struttura di Medicina Fisica e Riabilitativa).

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 di identificare i soggetti per i quali è necessario effettuare un piano individualizzato di assistenza nella rete dei

Grafico 3.2.1

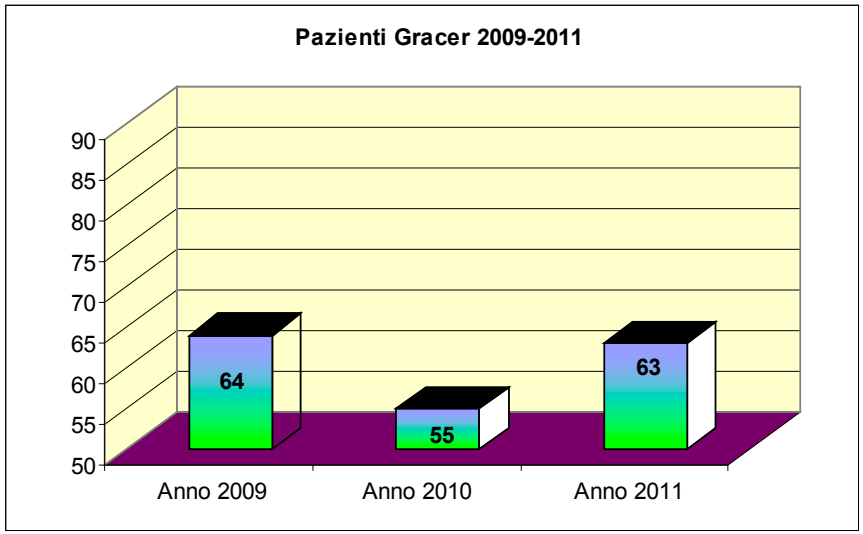
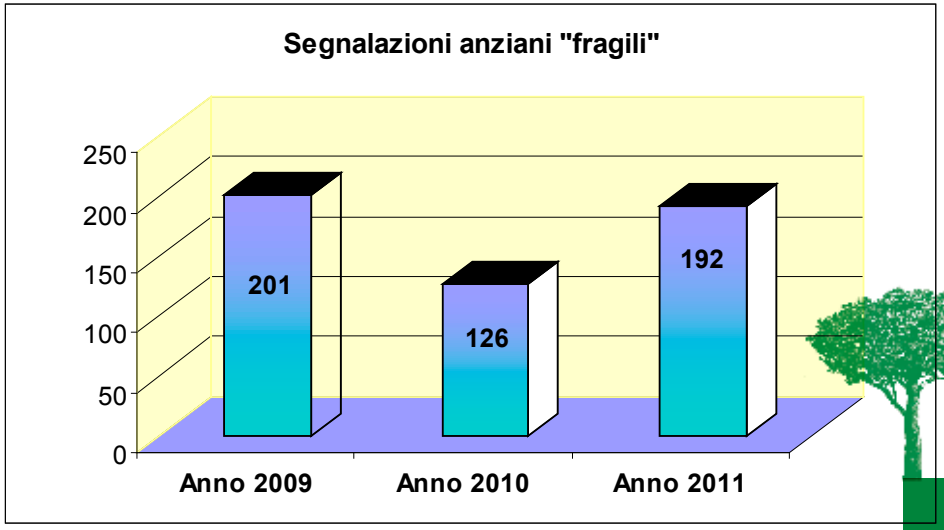


Grafico 3.2.2



servizi.
Già a far tempo dal 2006 l'Azienda Ospedaliera ASMN 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 di identificare, tramite punteggio assegnato ad ogni item, 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 2011 il questionario è stato somministrato dal personale infermieristico a tutti i pazienti ricoverati di età >75 anni.

Nel corso del periodo di monitoraggio sono pervenute **192** segnalazioni di anziani "fragili", di cui 59% di sesso femminile. Complessivamente negli ultimi tre anni sono state effettuate **519** segnalazioni (che si aggiungono alle 661 segnalazioni effettuate nel triennio precedente, 2006/2008). 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.

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 2011 è stata confermata l'intesa tra Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova, Azienda USL (che in convenzione con CORESS gestisce il Servizio Socio-Educativo Domiciliare - SSED), Comune di Reggio Emilia e Caritas Diocesana per la realizzazione del progetto "percorsi per l'accoglienza", nell'ambito del Programma finalizzato "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/o accompagnamento educativo a supporto di situazioni di **disagio complesso**, così come peraltro previsto anche dal Programma attuativo 2011 del Piano sociale di zona.
Il progetto, avviato in via sperimentale nel 2007, ha dato esiti positivi ed ha consentito di costruire nel tempo una modalità di lavoro condivisa, dove i diversi partner garantiscono la continuità della rete di intervento ed 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'èquipe interdisciplinare ed interistituzionale composta da:

- Comune di Reggio Emilia: 2 assistenti sociali dei Servizi Sociali (1 con funzioni di coordinamento)
- AUSL di Reggio Emilia: 2 assistenti sociali, 4 educatori (Servizio Socio Educativo Domiciliare), 1 operatore SerT, 1 operatore Centro di Salute Mentale
- Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova: 1 medico della S.C. di Malattie Infettive
- Caritas: 1 operatore

L'èquipe 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 èquipes 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 con stroke durante il ricovero ospedaliero da parte di un team multidisciplinare specializzato, migliora la sopravvivenza ed 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 di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus – Programma stroke care (DGR n. 1720). La

Ispirandosi al modello di *comprehensive stroke care* ed in coerenza con le linee guida regionali e con le indicazioni espresse dalla Conferenza Stato-Regioni (Documento di 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 stroke, 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. Nel corso dell'anno 2011, i pazienti dimessi con diagnosi di ictus (DRG 14) dalla Struttura di Neurologia sono stati 284, di cui 146 dalla sezione di Stroke Unit. Complessivamente, nel corso del 2011, i pazienti dimessi con diagnosi di ictus dalle degenze dell'Azienda Ospedaliera sono stati pari a 630, distribuiti secondo quanto riportato nella seguente tabella.

Unità Organizzativa di Dimissione	Totale dimessi
Chir. Vascolare	2
Angiologia	3
Medicina III	8
Medicina d'Urgenza	17
Rianimazione	21
Medicina II	45
Lungodegenza	45
Medicina I	60
Medicina Fisica Riabilitativa	68
Geriatria	77
Neurologia	284
Totale	**630**

Parallelamente al modello organizzativo intraospedaliero, sono in essere percorsi, standard, algoritmi preospedalieri e post ospedalieri. Dal maggio 2004, l'Ospedale S.Maria Nuova di Reggio Emilia è autorizzato, inoltre, ad effettuare trattamenti fibrinolitici secondo il protocollo SITS-MOST (prima Struttura in RER). Ad oggi è anche centro attivo nel protocollo IST 3 (fibrinolisi entro le 6 ore).
Nel corso dell'ultimo biennio sono state effettuate 101 trombolisi (DRG 559 "M- Ictus Ischemico Acuto con uso di agenti trombolitici"), di cui 49 nel corso dell'anno 2011.

3.2.8 L'ASSISTENZA AI PAZIENTI E UTENTI STRANIERI

Al 1.1.2011 i cittadini stranieri residenti nella provincia di Reggio Emilia erano pari a 69.064 unità, pari al 13% della popolazione residente.

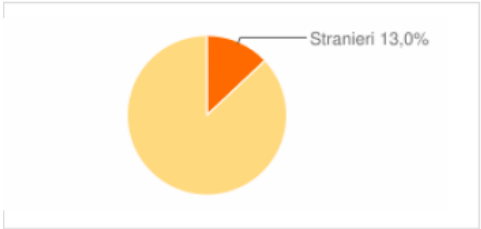
di cui 879 provenienti dai 15 stati dell'Unione Europea (pari allo 0,2% della popolazione residente in provincia)
24.286 provenienti da altri paesi europei (pari al 4,6% della popolazione residente)
43.899 provenienti da Africa, America, Asia e Oceania (pari all' 8,3% della popolazione residente)

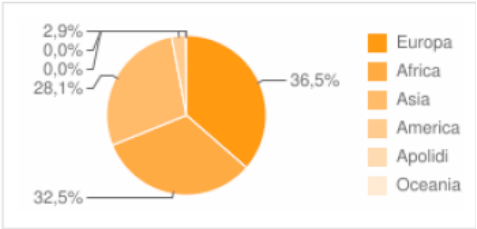
Rispetto al 2010 si è registrato un incremento pari a 4.553 unità con un tasso di crescita inferiore a quello registrato nell'anno precedente (7,1% vs 8,6%).

Popolazione straniera residente in **prov. di Reggio Emilia** al 1° gennaio 2011. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.

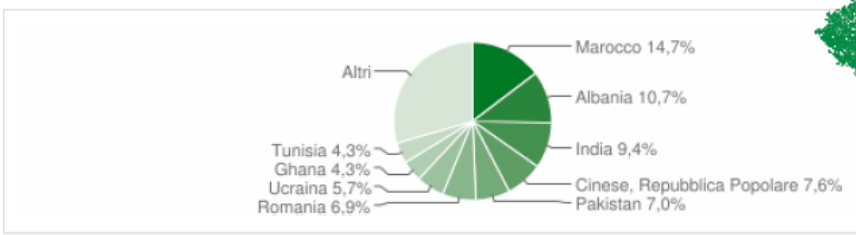
Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2011

Gli stranieri residenti in prov. di Reggio Emilia al 1° gennaio 2011 sono **69.060** e rappresentano il 13,0% della popolazione residente.





La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dal **Marocco** con il 14,7% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (10,7%) e dall'**India** (9,4%).



Per quanto riguarda gli accessi di utenti stranieri presso l'ASMN, nel 2011 il numero di stranieri ricoverati in regime di ricovero ordinario e di day hospital è in lieve aumento passando da 4.887 a 4.920 e rappresentando il 10.2% dei ricoveri rispetto al numero complessivo. Il numero di italiani ricoverati in regime ordinario o di day hospital, invece, è diminuito di circa il 3.36%. Analogamente è in crescita il numero di accessi di utenti stranieri attraverso il Pronto Soccorso (compreso il Ps pediatrico), che nel 2011 è stato pari a 15.373 (+3.86%) rappresentando il 18% del totale accessi. Da rilevare che la principale modalità di accesso degli stranieri continua ad essere il Pronto Soccorso (75,8%).

Complessivamente, gli utenti stranieri che hanno un numero maggiore di accessi all'ospedale sono quelli di nazionalità araba, seguiti da utenti dell'Europa dell'est e dell'area balcanica, della Cina, del Ghana, di nazionalità indiana e nigeriana. Rispetto al 2010, si registra un trend in crescita per gli utenti di origine indiana (+18.4%), dell'area balcanica (+9.9%) e dell'est europea (+3%) mentre diminuisce il numero di accessi di utenti di origine cinese (-4,8%), araba (-4,8%) e nigeriana (-3,3%).
L'assistenza ai cittadini migranti è stato un campo di interesse che l'Azienda ha continuato a perseguire nel corso del 2011. L'Ufficio Sistemi Qualità, coordinatore a livello aziendale del servizio di mediazione linguistico-culturale, ha partecipato ad 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 ed alle caratteristiche della domanda, per pianificare le attività del servizio e per individuare e promuovere azioni di miglioramento. Un'azione di miglioramento avviata nel 2011 è stata la revisione della procedura di interfaccia tra le due Azienda e la Cooperativa per ottimizzare le modalità di attivazione del Servizio di mediazione e il relativo monitoraggio anche attraverso procedimenti informatizzati. Tale procedura verrà presentata e diffusa in modo capillare a tutti gli operatori nel corso del 2012.
Dal monitoraggio è emerso che, per quanto riguarda la presenza fissa, il numero di ore di utilizzo delle mediatrici culturali nel corso del 2011 è stato complessivamente di 1157 ore, suddivise tra le mediatrici delle diverse etnie come da tabella seguente:

Presenza fissa per lingue

	ORE 2011
Albanese	129
Arabo	435,5
Cinese	481,5
Ucraino	111
Totale	**1157**

Rispetto all'utilizzo del Servizio in modalità "programmata", i reparti che l'hanno utilizzato maggiormente sono stati in ordine decrescente le Malattie Infettive (180 ore), la Ginecologia (172.5 ore), il Laboratorio di Genetica (32.5 ore) e la Pediatria (30 ore). Gli interventi con modalità "programmata" hanno previsto un impiego dei mediatori di circa 678 ore complessive, raddoppiando quasi l'impiego fatto l'anno precedente (+43,9%) e hanno coinvolto le lingue riportate nella tabella sottostante.

Presenza programmata per lingue

	ORE 2010	ORE 2011	differenza % 2011/2010
Albanese	36	195	81,5%
Arabo	53,5	33,5	-59,7%
Cinese	124	179,5	30,9%
Ghanese	16,5	52,5	68,6%
Hindi	103	113	8,8%
Macedone	2	0	/
Nigeriano	9	11	18,2%
Tamil	15	23,5	36,2%
Turco	3	7	57,1%
Ucraino	18,5	63	70,6%
Totale	**380,5**	**678**	**43,9%**

Il servizio di mediazione è stato attivato secondo la modalità "urgente" per un numero di ore complessivo di 516,9, registrando un aumento dell'11,9% rispetto al 2010. Le strutture che hanno usufruito maggiormente di questa modalità sono state l'Ostetricia (60 ore), la Neonatologia (59 ore), la Ginecologia (55 ore), le Malattie Infettive (49.5 ore), la Pediatria (33.5 ore) e il Nido (26 ore).
L'intervento urgente è stato richiesto per le seguenti lingue :
Intervento Urgente

	ORE 2010	ORE 2011	differenza % 2011/2010
Albanese	72	95,5	24,6%
Arabo	70	54,4	-28,7%

Cinese	173	194,5	11,1%
Ghanese	26,5	16	-65,6%
Hindi	93	99,5	6,5%
Nigeriano	7,5	4,5	-66,7%
Senegalese	3	0	/
Ucraino	10,5	10	-5,0%
Tamil	0	35	100,0%
Bambara	0	7,5	100,0%
Totale	**455,5**	**516,9**	**11,9%**

Inoltre il Servizio di Mediazione linguistico–culturale è stato utilizzato attraverso le telefonate per un numero complessivo di 2561 interventi, registrando un aumento del 22,3% rispetto al 2010. I reparti che hanno usufruito maggiormente dell'intervento telefonico sono stati la Ginecologia (453 interventi), l'Ostetricia (299 interventi), il Nido (273 interventi), i Poliambulatori (240 interventi), la Sala Parto (225 interventi) e la Pediatria (131 interventi). La tabella sottostante mostra l'utilizzo dell'intervento telefonico in base alla lingua.

Interventi telefonici per lingue			
	2010	**2011**	**differenza % 2011/2010**
Albanese	147	231	36,4%
Arabo	31	21	-47,6%
Cinese	1695	1985	14,6%
Ghanese	16	13	-23,1%
Hindi	91	247	63,2%
Senegalese	3	0	/
Ucraino	6	50	88,0%
Nigeriano	0	5	100,0%
Tamil	0	2	100,0%
Turco	0	7	100,0%
Totale	**1989**	**2561**	22,3%

Compiendo un'analisi complessiva si nota che la lingua maggiormente richiesta continua ad essere il cinese anche se si è registrato un notevole incremento nella richiesta di mediazione in lingua albanese e hindi, sia per interventi programmati che urgenti e telefonici. Ciò è dovuto ad un maggiore accesso di utenti appartenenti a tali etnie. Le principali strutture usufruenti sono quelle afferenti all'Area Salute Donna (Ginecologia ed Ostetricia), all'Area Salute Infanzia (Nido, Neonatologia, T.I.N. e Pediatria, ecc..), soprattutto per quanto riguarda l'intervento urgente e telefonico. Tuttavia il Servizio di mediazione è stato ampiamente richiesto dalle Strutture di Malattie Infettive e dal Laboratorio di Genetica per gli interventi programmati, cosi come dai Poliambulatori per gli interventi telefonici.

3.3 Centralità del cittadino

Nell'organizzare l'offerta dei servizi è fondamentale tener conto delle considerazioni e del punto di vista del cittadino/utente, favorendone la partecipazione attiva affinché diventi co-produttore del servizio erogato. 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 COMITATO CONSULTIVO MISTO (CCM)

Il Comitato Consultivo Misto (CCM), istituito con legge regionale n. 19/94 e presente in ASMN dal 1995 quale strumento istituzionale di partecipazione alla gestione della sanità da parte dei cittadini per la rilevazione ed il miglioramento della qualità dei servizi.
Il Comitato Consultivo Misto dell'Arcispedale Santa Maria Nuova dura in carica 3 anni e si riunisce 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.

Nel corso dell'anno 2011 il Comitato Consultivo Misto di questo Ospedale ha continuato ad operare nella direzione del rapporto di collaborazione con il CCM del Distretto USL di Reggio Emilia. Tale rapporto fondato sulla necessità di conoscenza congiunta degli aspetti caratterizzanti l'assistenza sanitaria della quale fruiscono i cittadini e delle sue eventuali criticità, si è estrinsecato attraverso la presenza di una delegazione di ogni CCM alle riunioni dell'altro. Alla luce di tale collaborazione si sono sviluppati progetti specifici che hanno visto il CCM entrare in alcuni reparti, quelli maggiormente dedicati

alla "cronicità", per condurre interviste mirate ad accertare lo stato di attuazione degli impegni assunti enunciati in Carta dei Servizi. Nel 2011 il CCM ha continuato nel suo progetto di audit visitando reparti alcuni reparti medici e visitando reparti che nel corso dell'anno sono stati ricollocati in nuova area.

3.3.2 ASSOCIAZIONI E FONDAZIONI CHE COLLABORANO CON L'ASMN

Il Servizio Formazione ha attivato dal 2009 l'Area delle relazioni con le Associazioni di Volontariato, ONLUS, Non profit, con sede nella Provincia di Reggio Emilia e dal 2011 lo "Sportello del Volontariato" presso la Sede del Padiglione Spallanzani, a sostegno delle attività promosse dai responsabili delle varie Associazioni, al fine di facilitarne l'interazione con l'ASMN-IRCCS.
Le circa settanta Associazioni di Volontariato presenti e rappresentate nel Manifesto-Calendario ad esse dedicato risultano attive in tre principali aree di intervento:

- Supporto ai degenti non autonomi che richiedono prossimità e accompagnamento nelle normali attività di relazione durante l'arco della giornata

- Sostegno ai pazienti, talvolta anch'essi volontari che si attivano con iniziative di auto–mutuo-aiuto e sostegno alle azioni di promozione della salute

- Supporto alle iniziative per la raccolta fondi a sostegno del reclutamento di professionisti da coinvolgere in specifici progetti di ricerca e miglioramento delle cure e/o per l'acquisto di particolari ed innovative tecnologie sanitarie.

Il valore delle Associazioni

Il valore chiave delle 'Associazioni di volontariato e promozione Innovazione in sanità' reggiane è la competenza delle persone che 'lavorano' al loro interno.
Si tratti di sostegno al paziente e/o ai suoi familiari, dell'attività di una form - azione di una coscienza civica solidale e responsabile, dell'impegno di promuovere il sostegno alla ricerca, così come di produrre eventi di educazione sanitaria, di proporre tecnologie innovative, medesimo è il filo rosso conduttore.
Desideriamo che l'insieme di questi prodotti qualitativamente riconosciuti a livello nazionale come modello di eccellenza interagisca e si integri in misura sempre crescente con il servizio istituzionale offerto dalla nostra A.O. "ASMN".
Il nostro obiettivo è rimanere pro-attivi e favorire piena collaborazione a tutte le forme associative in area socio-sanitaria presenti sul nostro territorio, tutto ciò in un' ottica di reciproco scambio di buone prassi, di una attività formativa che spesso si attivi congiuntamente, sempre e comunque in relazione ed in linea ad un adeguato sviluppo organizzativo aziendale.
La passione, l'energia, l'impegno, la professionalità, la creatività delle persone che lavorano nelle Associazioni sono punti di forza ai quali intendiamo dare il nostro costante sostegno, in ordine ai principi di collaborazione, trasparenza, solidarietà, sussidiarietà.
Il nostro staff ritiene che l'insieme delle Associazioni del nostro Territorio costituisca un valore sul quale l'investimento costante risulti indispensabile.

3.3.3 LE ASSOCIAZIONI, LE FONDAZIONI DI VOLONTARIATO E DI PROMOZIONE DELLA RICERCA IN SANITA'

"Lega Italiana per la lotta contro i tumori Onlus – Luoghi di Prevenzione" Sezione di Reggio Emilia
Sostegno alla Studio e alla Ricerca medico-scientifica in area oncologica. **"Luoghi di Prevenzione"** è centro di formazione, informazione e prevenzione all'uso di tabacco, alcool, sostanze che generano dipendenza. Istituito da Ausl RE in collaborazione con l'Arcispedale "SMN" organizza attività di in-formazione interattiva circa stili di vita corretti soprattutto nei confronti dei giovani.

"La Melagrana Onlus" Associazione per la Salute Femminile Onlus. Reggio Emilia. Accoglienza e supporto psicologico ai pazienti nella SO di Oncologia. Gruppo di ascolto-sostegno in ospedale, gruppo di mutuo aiuto per le pazienti e i pazienti oncologici, borse di studio per favorire attività di ricerca, cura, riabilitazione pro pazienti affetti da patologia neoplastica.

"G.R.A.D.E. Onlus" Gruppo amici dell'Ematologia, Onlus. Reggio Emilia. Promozione e sostegno alla Ricerca scientifica a scopo terapeutico nel campo delle malattie del sangue. Borse di studio per medici specialisti/specializzandi in ematologia. Raccolta fondi per la costruzione del Centro onco-ematologico.
"A.RE.STOM. Onlus" Associazione Reggiana Stomizzati e Incontinenti Onlus. Reggio Emilia.
Promozione della ricerca scientifica, assistenza sanitaria e psicologica, riabilitazione, inserimento psico-sociale degli stomizzati ed incontinenti. Attività di informazione sanitaria.

"A.S.C.M.A.D. – P.R.O.R.A. Onlus" Associazione per lo studio e la cura delle malattie dell'apparato digerente - Onlus. Studio, terapia e assistenza nell'ambito di patologie neoplastiche e relative all'apparato digerente. Sostegno all'acquisto di nuove tecnologie.

"Vittorio Lodini - Onlus" Associazione per la Ricerca in chirurgia Onlus, Sede in Reggio Emilia. Valorizzazione della Ricerca scientifico-chirurgica a scopo preventivo (educazione sanitaria) e terapeutico. Elargizione di borse di studio a medici specializzandi in Chirurgia.

"**A.L.I.CE.**.- **Onlus**" Associazione per la lotta all'Ictus cerebrovascolare - Onlus. Sede di Reggio Emilia

Iniziative di informazione, sensibilizzazione e prevenzione delle malattie cerebro-vascolari.
Azioni concertate con le strutture mediche locali, progetti legati alla formazione del personale socio-sanitario, supporto alle persone colpite da ictus

"A.R.NO - Onlus" L'Associazione Reggiana Neuro-Oncologica si propone di aiutare pazienti e famiglie con tumori del sistema nervoso. La conferenza servirà per presentare un'iniziativa di supporto morale e psicologico nei confronti delle famiglie e di sensibilizzazione alla malattia e ai suoi percorsi terapeutici e diagnostici.

"curaRE - Onlus" Associazione per l'Ospedale della Donna e del Bambino. L'Associazione, costituitasi il 31 maggio 2011, nasce per sostenere in modo concreto la realizzazione della struttura ospedaliera dedicata ad ospitare le discipline afferenti all'area materno - infantile dell'A.O. "SMN", promuoverà eventi volti a far conoscere il progetto ed a creare il coinvolgimento della comunità nel contribuire alla realizzazione della struttura.

"Associazione Malattie Genetiche Rare - Onlus" L' Onlus ha sede presso SO Genetica Clinica. Conferimento di borse di studio a favore di genetisti, promozione di convegni, e studi nel campo delle malattie genetiche rare, informazione sulla prevenzione e cura delle suddette malattie.

"Associazione Mowat Wilson - Onlus" Attività volta a creare una rete di solidarietà tra le famiglie di soggetti affetti dalla patologia, offrire una migliore qualità di vita ai colpiti dal morbo, avviare iniziative volte a sostenere la ricerca scientifica. Organizzazione incontri scientifici e Convegni.
"Ring 14 - Onlus." Associazione Internazionale per la Ricerca sulle Malattie Neuro - genetiche rare. Sede nazionale in Reggio Emilia. Iniziative per la diagnosi e la Ricerca in campo scientifico, attività sociale di creazione di una "rete" fra tutte le famiglie affinché non si sentano "isolate"
"**A.I.S.M. - Onlus**" Associazione Italiana Sclerosi Multipla - Sede di Reggio Emilia. L'impegno della Onlus si sviluppa in tre ambiti: promozione dei servizi assistenziali a livello locale, affermazione dei diritti delle persone affette da SM, sostegno alla ricerca scientifica.

"**A.I.S.L.A. - Onlus**" Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica. Sezione di Reggio E.
Diffusione della conoscenza circa le problematiche connesse alla SLA. Promozione della tutela, assistenza ai malati di SLA e sostegno ai loro familiari. Sostegno e promozione della Ricerca.

"Lega del Cuore – Conacuore Onlus" Lega reggiana lotta contro le malattie cardiovascolari. Sviluppo delle strutture cardiologiche dell'Arcispedale con il fine della rendere massima di massima efficienza l'attività oltre che nel settore preventivo e riabilitativo, anche di sostegno ai pazienti. Sostegno psicologico ai malati cardiovascolari.

"A.R.C.A. - Onlus" Associazione reggiana lotta e cura Aids -.Associazione No profit che ha come finalità la raccolta di fondi per l'acquisto di attrezzature per pazienti affetti da AIDS o borse di studio per specializzandi cui affidare progetti finalizzati. Promuove campagne di prevenzione sanitaria e di educazione alla salute. Pubblica materiale informativo per la prevenzione dell'infezione da HIV..

"Associazione Pietro Giuseppe Corradini - Onlus" Associazione a sostegno dello studio e cura malattie endocrine. Sede in Reggio Emilia. Promozione della ricerca, dello studio e della terapia delle malattie endocrine.

"A.I.M.A. - Onlus" Associazione Italiana Malati di Alzheimer - Sede di Reggio Emilia. Costituisce punto di riferimento e svolge attività di supporto ai bisogni complessi (assistenza e cura specialistica) delle persone con demenza e delle loro famiglie.
" A. Vallisneri. Centro Studi Sterilità Fertilità – Onlus" L'Associazione reggiana supporta lo studio e la ricerca in materia di procreazione medicalmente assistita. Attività congressuali a carattere medico-scientifico nonché incontri a carattere divulgativo.
"Associazione Luca Da Reggio - Onlus" Associazione Reggiana per lo Studio delle Malattie reumatiche Reggio Emilia. Associazione impegnata a favore della ricerca nell'area delle patologie reumatiche, nella solidarietà sociale, nel miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da tali patologie. Trova riferimento presso la SO dI Reumatologia.
"A.N.A.P. – Onlus" Associazione Nazionale Amici per la pelle Onlus L'associazione promuove iniziative per coinvolgere le istituzioni al fine di divulgare fra l'opinione pubblica la conoscenza sulle malattie della pelle. Promuove la ricerca, organizza convegni. Si pone l'obiettivo di potenziare il servizio di day-hospital dermatologico in tutti gli ospedali al fine di migliorare la qualità di vita dei pazienti.
"Associazione Emergenza sanitaria Reggio Emilia - Onlus" Associazione presso Dipartimento Emergenza Urgenza dell'Arcispedale. Diffusione e conoscenza della cultura dell'emergenza-urgenza, della promozione di tutte quelle azioni di miglioramento dell'apparato che riguarda del pronto soccorso e della medicina d'urgenza.

"A.V.D. - Onlus" Associazione Volontari Domiciliari - Onlus. Assistenza medica, infermieristica al paziente, spesso in fase terminale (cure palliative) che chiede di rimanere a casa propria. Creazione di un rapporto di reciproca fiducia fra i volontari, l'assistito e la sua famiglia.

"A.D.M.O. - Onlus" Associazione Donatori Midollo Osseo, Onlus. Sezione di Reggio Emilia
Informazione dell'opinione pubblica sulla donazione di midollo osseo, delle cellule staminali e del loro trapianto nei pazienti affetti da malattie onco-ematologiche.

"A.V.I.S.- Onlus" Associazione Volontari Italiani sangue Onlus. Sede comunali e sede provinciale di Reggio Emilia. Si pone l'obiettivo di soddisfare la crescente domanda di sangue, avere donatori pronti e controllati nella tipologia del sangue e nello stato di salute, donare gratuitamente sangue a tutti senza alcuna discriminazione.

"A.I.D.O. - Onlus" Associazione Italiana per la Donazione di Organi, Tessuti e Cellule - Onlus. Sede provinciale di Reggio Emilia. L'AIDO sostiene e diffonde la cultura della donazione di organi a favore di trapianti terapeutici.

"**A.N.E.D. - Onlus"** Associazione Nazionale Emodializzati Onlus. Sede di Reggio Emilia
Campagne di educazione sanitaria, stimolo al buon funzionamento dei centri dialisi ospedalieri,
elaborazione di materiale informativo per promuovere la cultura del trapianto, organizzazione di convegni.

"A.M.I.C.I. - Onlus" Associazione per le malattie infiammatorie croniche dell'Intestino, Sede di Reggio Emilia. Associazione, costituita da persone affette da colite ulcerosa o da malattia di Crohn e dai loro familiari che promuove la ricerca, l'assistenza, l'inserimento sociale degli ammalati. Presso la SO di Gastroenterologia, è presente un ambulatorio di riferimento ove operano medici specialisti.

"Progetto Pulcino - Onlus". Raccolta di fondi per l'acquisto di macchinari, attrezzature tecnologicamente avanzate per la Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale. Conferimento di borse di studio a favore di Medici specialisti/ specializzandi in Pediatria.

"Associazione amici del fegato - Onlus", Sede provinciale di Reggio Emilia.
Attività di prevenzione, di informazione scientifica circa le malattie del fegato, raccolta fondi per la ricerca sulle malattie epatiche.

"AIBAT - Onlus" - Associazione italiana basedowiani e tiroidei, Onlus. Associazione a sostegno psicologico dei pazienti affetti dalla malattia di Basedow e altre patologie tiroidee. Organizza iniziative di solidarietà nei confronti dei familiari. E' attiva nella promozione di una corretta informazione, svolge attività volte a favorire la socializzazione dei membri.

"Fa.Ce. Onlus" - Associazione Famiglie Celebrolesi Onlus - Sezione di Reggio Emilia
Ascolto e aiuto alla famiglia con problematiche di handicap grave e gravissimo. Si propone di accogliere le esigenze espresse dalle famiglie affiancarle e coadiuvarle nella soluzione dei problemi.

"A.P.E. Onlus" - Associazione Progetto Endometriosi Onlus. Sede a Reggio Emilia
Associazione volta a garantire ai cittadini, ai medici e al personale sanitario, sensibilizzazione, formazione ed assistenza, circa la patologia e le sue manifestazioni cliniche. Organizzazione di Convegni ed Incontri.

"Associazione diabetici di Reggio Emilia - Onlus"- Associazione aderente all'Associazione Nazionale Diabetici - Onlus. Sezione della provincia di Reggio Emilia. Attività di ricerca, divulgativa, promozionale (anche attraverso la creazione di premi e borse di studio) volta allo studio della malattia diabetica, nonché alla prevenzione ed allo studio di nuovi farmaci

"A.V.O.- Onlus" Associazione Volontari Ospedalieri Onlus. Sede di Reggio Emilia
L'Associazione promuove l'azione dei propri volontari impegnati ad offrire ai pazienti degenti aiuto, calore umano, dialogo. L'impegno dei volontario si concentra sull'ascolto, in una presenza discreta e disponibile, esclude mansioni di competenza del personale medico e paramendico.

"V.I.P. - Onlus" Associazione viviamo in positivo – Sede Onlus di Reggio Emilia. Associazione di volontari-clown con l'obiettivo di favorire la diffusione del buon umore nelle corsie ospedaliere tramite la cosiddetta "clown terapia".

"U.I.L.D.M. – Onlus" Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare Onlus. Sede di Reggio Emilia Promozione della ricerca e dell'informazione sanitaria sulle distrofie e altre patologie neuromuscolari. Attività volte a favorire l'integrazione sociale delle persone con disabilità.

"Associazione Casina dei bimbi – Onlus" Reggio Emilia. L'Associazione si adopera per fornire assistenza a bambini ed adolescenti ospedalizzati in situazioni di emergenza, assistenza a domicilio nel caso di malattie croniche ed oncologiche. Attività ludiche nella SO di Pediatria ed accoglienza dei minori al Pronto Soccorso

"Associazione Genitori Ragazzi down - Trisomia 21 - GRADER Onlus". L' Associazione con modalità del tutto innovative, ormai consolidate nel tempo, svolge attività per migliorare la qualità della vita delle persone affette da trisomia 21 o Sindrome di Down, e per garantire la loro integrazione nel con-

testo familiare, scolastico e sociale di appartenenza.

" ABC Emilia - Romagna" Associazione bambini cerebrolesi - Onlus". Associazione di famiglie che si propone di farsi carico in prima persona del progetto di vita, della cura e della riabilitazione dei propri figli diversamente-dotati. A.B.C. non gestisce direttamente servizi, ma stimola la società, le Istituzioni e gli Enti pubblici e privati ad assumere azioni concrete al fine di promuovere il miglioramento della qualità della vita dei disabili e delle loro famiglie.

"Sostegno e Zucchero – Onlus" Reggio Emilia. Sostegno & Zucchero Onlus opera, sin dal 1992, nel settore del disagio psichico nell'ambito della Provincia di Reggio Emilia. Lo scopo è quello di migliorare la qualità di vita di coloro che soffrono per permettere il completo recupero delle proprie capacità ed autonomie sociali. Le attività si svolgono a diversi livelli quali informazioni, supporto ed orientamento per sofferenti e familiari, organizzazione di attività per il tempo libero.

"Cittadinanzattiva - Tribunale per i Diritti del Malato" Sezione di Reggio Emilia. Promozione e tutela dei diritti e in difesa del cittadino. Il contributo di eventuali segnalazioni spontanee dei cittadini-utenti costituisce motivo per il miglioramento della qualità della prestazioni erogate dall'Azienda. Organismo di promozione e tutela dei diritti e di difesa del cittadino. Raccoglie le segnalazioni spontanee dei cittadini-utenti le quali costituiscono contributo e risorsa per il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie erogate dall'Ospedale.

Volontari Servizio civile nazionale: "*Progetto Cure leggère... Lèggere cura!* " Volontariato di lettura ad alta voce di testi e di servizio di prestito libri negli spazi di socializzazione di alcune SO dell'Arcispedale realizzato dai giovani volontari del Servizio Civile Nazionale ed indirizzato in particolare a pazienti ricoverati medio - lungodegenti o coinvolti in attività terapeutiche in regime di day hospital / day hospital oncologico. (In collaborazione con la Biblioteca Panizzi di Reggio Emilia, ente partner)

"AUSER - Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà – Onlus". Sede di Reggio Emilia
Si propone di contrastare ogni forma di esclusione sociale, di migliorare la qualità della vita, in particolare a favore di una partecipazione civica attiva degli anziani. I volontari di Auser sono impegnati in attività diverse svolte nell'interesse delle comunità in cui vivono, in forma autonoma o in convenzione con le amministrazioni locali.

"A.A." Associazione alcolisti anonimi - Sedi di Reggio E. L'Associazione Alcolisti Anonimi si rivolge alle persone con problemi alcol-correlati e ai loro familiari. È di aiuto a chi vuole smettere di bere e raggiungere lo stato di sobrietà. È composta da uomini e donne che mettono in comune la loro esperienza per risolvere assieme il problema legato all'alcool. Nelle riunioni di gruppo di mutuo-aiuto che l'associazione organizza (gratuitamente e nel più rigoroso rispetto dell'anonimato) vengono condivisi problemi ed esperienze personali e ci si impegna insieme nel programma di recupero.

"Al-Anon - AlaTeen" Associazione di familiari ed amici di alcolisti. Reggio E. Aiuto socio-psicologico a favore dei familiari o di amici di alcolisti in relazione agli effetti procurati dal problema dell'alcolismo. Gruppi di auto-aiuto, attività guidate da psicologi. Al suo interno opera il gruppo "AlaTeen" rivolto agli adolescenti e prevede un preciso programma di recupero; il programma di recupero è adattato da Alcolisti Anonimi.

"AICAT" - Associazione italiana club alcolisti in trattamento - Apcat Sede di Reggio E. Sostiene l'attività di informazione, mirata alla promozione e protezione della salute della persona, della famiglia e della comunità, a partire dai problemi alcol correlati. E' attiva nella proposta e verifica su leggi e programmi che incidono sul piano socio-sanitario nazionale attraverso l'Approccio Ecologico Sociale secondo la metodologia Hudolin,

"Overeaters Anonymous – Onlus" Associazione mangiatori compulsivi anonimi Sede di Reggio E.
Overeaters Anonymous (OA) è un' associazione senza fini di lucro aperta a tutti coloro che si riconoscono come mangiatori compulsivi, qualunque sia il loro problema con il cibo e/o con il peso. Il solo requisito per essere membri di OA è il desiderio di smettere di mangiare in modo compulsivo. L' anonimato dei membri è tenuto nel massimo rispetto dall' associazione, tanto da farne il proprio nome.

"Associazione paraplegici Emilia – Romagna" ONLUS – Sede di Reggio E. L'Associazione paraplegici Emilia Romagna fa parte della FAIP - Federazione Associazioni Italiane Para-tetraplegici. La Federazione, nata nel 1985, è una Associazione di promozione sociale ed ONLUS presente su tutto il territorio nazionale. L'obiettivo è quello di aggregare e rappresentare a livello locale e nazionale le politiche delle diverse associazioni di persone con lesione midollare. L' Associazione, già dal 1982, si impegna nel promuovere il diritto di cittadinanza delle persone con lesione midollare.

"Anfass - Onlus" Associazione famiglie disabili intellettivi e relazionali – Sede di Reggio E. Gli scopi dell'associazione sono legati alla solidarietà sociale, al campo dell'assistenza sociale, sanitaria e socio sanitaria, alla ricerca scientifica, alla formazione, al sostegno, e alla tutela dei diritti civili a favore di persone disabili e delle loro famiglie. Dal febbraio 2000 l'associazione assume la qualifica di Onlus. Le molte attività vengono realizzate in particolare grazie all'aiu-

to volontario di migliaia di sostenitori dell'Anffas che concorrono al raggiungimento degli scopi associativi.

"Aut – Aut Reggio Emilia – Onlus" L' Associazione, operante nell'ambito del volontariato, si propone di sensibilizzare l'opinione pubblica nei confronti dell'handicap autistico, patologia spesso non conosciuta ma in costante aumento. A livello mondiale l'autismo è stimato certamente più numeroso della più nota sindrome di Down. Nei Paesi esteri più avanzati, già da anni i soggetti autistici sono "presi in carico" dalle apposite istituzioni e, attraverso idonei percorsi terapeutici, possono raggiungere livelli di autonomia tali da permettere l'inserimento nell' ambiente lavorativo.

"ASDRE – Onlus"" - Associazione disabili sport Reggio Emilia. L' Associazione nata nel 1997 grazie allo spirito pionieristico di alcuni cittadini per favorire l"attività sportiva dei disabili. Con il tempo, si è registrato un numero di atleti aderenti tali da formare due squadre di basket. L'essenza principale dell'Associazione non è solo la pratica sportiva. Da sempre, i valori predominanti sono la volontà di mettersi in gioco, sperimentarsi senza pregiudizi. Obiettivo principale è far giocare tutti, partendo non dai limiti imposti dalle varie patologie, ma dalle capacità che ognuno ha di mettere in "gioco".

"Associazione NONDASOLA Donne insieme contro la violenza – Onlus" Reggio Emilia. L'obiettivo è di contrastare ogni forma di violenza, in particolare sessuale, agita contro le donne. Il fenomeno della violenza alle donne si fonda sul dato, registrato da tutte le statistiche, che sono gli uomini ad agire la violenza contro le donne: la violenza è dunque violenza di genere. "NONDASOLA" organizza convegni, dibattiti ed iniziative utili ad incidere sulla coscienza collettiva ed istituzioni. La Casa delle Donne, come i Gruppi, è un luogo in cui le donne che subiscono maltrattamenti possono trovare ascolto, aiuto nel tentativo di costruire un proprio percorso in autonomia.

"Abare Associazione bambini autistici – Onlus" Reggio Emilia. Associazione costituitasi nel 2007 grazie ad un gruppo di famiglie con bambini autistici e con sindromi correlate. La particolarità sta nel fatto che si promuove la conoscenza e l'implementazione di un metodo, l'ABA VB la cui efficacia è sostenuta da varie ricerche scientifiche, che sembra possa riuscire ad insegnare, ai bambini affetti da autismo, a comunicare, lavarsi, vestirsi, andare a scuola, leggere e scrivere, imparare uno sport, giocare.

"APDA - Associazione Persone Diversamente Abili - Onlus" Reggio Emilia. Associazione Persone Diversamente Abili - Onlus si è costituita nel 2003 per volontà di familiari di persone in condizione di disabilità congenita e/o acquisita. Si pone l'obiettivo della tutela dei diritti delle persone diversamente abili, sostegno alle loro famiglie, condivisione di esperienze per l'incremento di conoscenze e competenze in area disabilità. Collabora con varie Istituzioni pubbliche, nonché con privati con l'obiettivo di consentire ad ogni individuo disabile una concreta attuazione del proprio progetto e percorso di vita.

"Associazione Cilla - Onlus" Sede di Reggio Emilia, E' una Organizzazione di Volontariato, senza scopo di lucro che si occupa dell'accoglienza del malato e della sua famiglia. L'accoglienza vuole essere segno di condivisione, una modalità che pur partendo da un bisogno concreto e particolare, diventa sguardo, attenzione alla persona in quanto tale. L' intervento si concretizza nella gestione di Case Accoglienza, Casa "E. Piccinini" a Reggio Emilia, dove offrire agli ospiti solidarietà e aiuto nell'affrontare i bisogni quotidiani più elementari.

Gruppo volontari e amici della Casa Madonna dell' Uliveto – Hospice. Albinea RE. I volontari, gli amici della Casa, da sempre sono una risorsa preziosa dell'Hospice. A loro favore si sono previsti, e in seguito realizzati, corsi di formazione specifica incentrati sul tema del "prendersi cura" e delle specifiche problematiche, affettive e relazionali, legate all'assistenza ad ammalati in fase terminale. Nel novembre 2000 è stata stipulata una convenzione tra la Cooperativa Madonna dell'Uliveto e l'Associazione di Volontariato Domiciliare EMMAUS. La comprovata e lunga esperienza di "Emmaus" è di supporto al gruppo di volontari Hospice e permette l'ampliamento di occasioni culturali e formative.

"Emmaus - Associazione Emmaus Volontariato domiciliare Onlus". Reggio Emilia. L'Associazione, nelle sue finalità, si ispira ai valori della dignità della persona, della gratuità, della prossimità e della condivisione. L' Associazione ha per scopo l'aiuto morale e materiale, delle persone in condizioni di difficoltà, supporto delle loro famiglie, senza distinzioni di ordine ideologico, religioso, etnico, politico e di condizione personale e sociale dei beneficiari. L'attività dell'Associazione privilegia l'assistenza a domicilio interpretata in chiave di relazione e di arricchimento reciproco.

"CRI" Croce Rossa italiana – Comitato Provinciale e comitati locali della provincia di Reggio E. L' Associazione Italiana della Croce Rossa, ente di diritto pubblico non economico ha per scopo l'assistenza sanitaria e sociale sia in tempo di pace che in tempo di conflitto. La C.R.I. fa parte del Movimento internazionale della Croce Rossa. Le principali attività operative svolte sono attività di soccorso e di carattere sanitario, preparazione e risposta alle emergenze, attività umanitarie in favore della popolazione migrante.

Pubblica Assistenza Croce Verde di Reggio Emilia e altre Pubbliche Assistenze della provincia. Svolgono il servizio di emergenza-urgenza in convenzione con il 118 Reggio Soccorso, garantendo la partenza immediata di ambulanze attrezzate per qualsiasi emergenza. Il servizio è garantito 24 ore al giorno. La sede di Reggio si occupa inoltre del servizio di Onoranze funebri, del Servizio intra-ospedaliero di accompagnamento dei pazienti negli spostamenti da un

reparto all'altro. Opera per Trasporti ordinari in ambulanza non urgenti, assiste i cittadini che si trovano nella condizione di dover essere accompagnati presso strutture sanitarie o d'accoglienza

"Dar Voce - Centro di Servizio per il Volontariato" Reggio Emilia. Associazione di associazioni fondata nel 1994 da sette organizzazioni di volontariato della provincia di Reggio. Nel 1997 ottiene la gestione del Centro di Servizio per il Volontariato. DarVoce oggi è anche il nome del Centro di Servizio per il Volontariato della provincia di Reggio Emilia. I Centri di Servizio per il Volontariato sono istituzioni previste dalla Legge quadro sul volontariato n. 266 del 1991 per il sostegno, la promozione e la valorizzazione del volontariato. A norma del D.M. dell'8.10.1997 "hanno lo scopo di sostenere e qualificare l'attività del volontariato": a tal fine erogano le proprie prestazioni sotto forma di servizi gratuiti a favore delle organizzazioni di volontariato iscritte e non iscritte nei registri regionali.

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

3.4.1. INTERVENTI SULLA ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

Alcuni interventi sull'accessibilità ai servizi garantiti dall'ASMN sono i seguenti:

Accessibilità ai servizi	Strumenti
Organizzativo	**Protocolli di accoglienza:** o strumenti informativi cartacei che vengono consegnati a tutti gli utenti con informazioni riguardanti l'organizzazione e le responsabilità della struttura di riferimento o 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** **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 clinico-assistenziale 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.
Importante approccio è l'analisi del processo clinico-assistenziale in tutte le sue fasi monitorando le principali dimensioni della qualità, quali l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza.
Nell'ultimo decennio e con il supporto dei professionisti sono state elaborate Linee Guida interaziendali e sono stati progettati ed eseguiti Audit Clinici per valutare l'efficacia dell'introduzione delle Linee Guida nella pratica clinico-assistenziale e monitorare i miglioramenti apportati nell'organizzazione.

Nella Tabella 3.4.1 si riporta un aggiornamento sulle linee guida e audit clinici inerenti i principali percorsi clinico-assistenziali a valenza provinciale ed aziendale.

Tabella 3.4.1 principali percorsi clinico-assistenziali attivati e in itinere nel 2011

Percorso/Linea Guida	Obiettivo	Stato di avanzamento	Audit clinico e monitoraggio
Programma Interaziendale Gastroenterologia Endoscopia Digestiva (PIGED)	Sostenere le implementazioni dei percorsi clinico-assistenziali già in corso. Attivare nuovi percorsi oncologici e non oncologici a livello interaziendale. Sviluppare ipotesi di ricerca in collaborazione anche con istituti di ricerca nazionali e condivisione a livello provinciale		Completezza ed appropritezza di setting della colonscopia Appropriatezza diagnostico-terapeutica dell'epatocarcinoma e del cancro del colon-retto (in progress).
Completezza/ Sicurezza/ Appropriatezza di setting della Colonscopia	Garantire l'erogazione della colonscopia in modo uniforme su tutta la provincia, aggiornare gli standard di prodotto e gli indicatori per la valutazione della performance sia in termini di efficacia che di efficienza (completezza della colonscopia, tasso di complicanze, utilizzo della sedazione standard)	Sono stati condivisi i risultati degli ultimi 6 monitoraggi ed i corrispondenti parametri di qualità con tutte le Endoscopie della provincia (anche quelle delle Case di cura). È in corso la fase di taratura degli indicatori verso nuovi standard	I fase retrospettiva (del 2003) + fasi prospettiche (ultima anno 2010).
Percorso interaziendale per la diagnosi ed il trattamento dell'epatocarcinoma	Definire il percorso interaziendale per la diagnosi, il trattamento ed il follow up dei pazienti cirrotici con lesioni epatiche focali al fine di omogeneizzare i comportamenti e gli approcci terapeutici secondo le migliori evidenze scientifiche	Gruppo multidisciplinare attivato nel 2007 all'interno del PIGED. Nel 2009 è stato definito il documento provinciale, approvato dalle due direzioni sanitarie. Continua l'attività periodica di discussione dei casi multidisciplinare. Ipotesi di ricerca sulla valutazione di impatto del percorso e implementazione della cartella informatizzata	Sperimentazione della cartella informatizzata e di un set di indicatori di qualità clinica. Pianificazione di un'indagine su conoscenze e attitudini dei medici verso questo percorso.
Percorso aziendale del paziente con sospetto ca del colon-retto	Garantire al paziente un adeguato percorso e presa in carico in caso di sospetta neoplasia colorettale Ridurre e possibilmente eliminare i punti critici del percorso attuale Stabilire una corretta priorità al fine di erogare gli esami nei tempi più appropriati nel singolo caso Ricercare la migliore pratica clinica basata sulle evidenze disponibili in letteratura Coinvolgere tutte le figure professionali interessate ed attivare periodiche discussioni multidisciplinari dei casi nelle diverse fasi di sviluppo della neoplasia.	Nel corso del 2007 e del 2008 effettuate più riunioni del gruppo multidisciplinare. Approvato e condiviso il protocollo di appropriatezza della richiesta di colonscopia. Definito un percorso di presa in carico con un approccio multidisciplinare. In previsione è la rivisitazione del percorso in un'ottica di health tecnologies e di ricerca	Studio retrospettivo sul trattamento radioterapico neoadiuvante dal 1997 al 2006. Audit clinico in progress. Pianificazione di studi osservazionali e/o trial a supporto di attività di ricerca.

Percorso/Linea Guida	Obiettivo	Stato di avanzamento	Audit clinico e monitoraggio
Percorso assistenziale delle pazienti affette da sospetta neoplasia dell'Endometrio	Definire il percorso assistenziale della pazienti con carcinoma dell'endometrio ed uniformare i comportamenti dei professionisti della provincia di RE con l'implementazione di una Linea Guida Provinciale	Attualmente il gruppo multidisciplinare ha predisposto ed implementato la Linea Guida. Inoltre è stata effettuata la revisione retrospettiva di un campione di 135 cartelle di casi di carcinoma dell'endometrio riguardanti il periodo 2002-2004. I risultati sono stati discussi e commentati all'interno di riunioni interaziendali. Nel 2009 il gruppo ha effettuato una ulteriore revisione di casi riguardanti gli anni 2007 e 2008.	I fase retrospettiva per il periodo 2002-2004. La fase prospettica riguardante il periodo 2007-2008. Attivazione di studi su ipotesi di ricerca.
Percorso del paziente affetto da tumore del polmone	Creare un percorso efficace ed effieciente per il paziente affetto da tumore del polmone e che sia gestito in modo multidisciplinare ed integrato	A fine 2007 è stato costruito il percorso di cura polmone (PCP) informatizzato che attualmente è in fase di sperimentazione	I fase retrospettiva del periodo 2004.
Percorso del paziente con mesotelioma maligno della pleura	Garantire un percorso assistenziale definito ed uniformare i comportamenti dei professionisti che intervengono nella diagnosi e nel trattamento di questi pazienti	Gruppo multidisciplinare attivato a luglio 2010. Lavoro in due sottogruppi: diagnosi e trattamento. A fine 2010 scrittura della bozza di protocollo	Identificazione di un set di indicatori per il monitoraggio dell'impatto del percorso. Progettazione di studi su ipotesi di ricerca.
Appropriatezza dell'Assistenza al travaglio e al parto (tagli cesarei)	Omogeneizzare i comportamenti dei professionisti della provincia Migliorare l'appropriatezza dell'assistenza ostetrica Ridurre il numero di Tagli Cesarei nel rispetto della sicurezza materno-fetale Ridurre la mortalità e morbilità neonatale	La LG è stata approvata ed è in fase di implementazione. Attivazione di un programma continuo di audit clinici in ostetricia e ginecologia	I fase retrospettiva per il periodo 2005 + indagine sulle conoscenze e comportamenti dei professionisti. Discussione di casi particolari durante gli incontri periodici annuali.

Percorso/Linea Guida	Obiettivo	Stato di avanzamento	Audit clinico e monitoraggio
Appropriato uso delle emotrasfusioni e gestione del rischio	Ridurre la richiesta inappropriata di sangue ed emoderivati ed aumentare il tasso di utilizzo del sangue richiesto	Revisione/aggiornamento della LG a fine 2007 e ulteriore monitoraggio degli indicatori. Nel 2008 è stata realizzata l'integrazione della linea guida con la gestione trasfusionale dell'emorragia massiva	I fase retrospettiva (2001) + 1 fase prospettica (2002). Messa a punto di un sistema automatico di calcolo degli indicatori nel SIT. Ulteriore fase prospettica sui dati del 2005-2006. In progress la pianificazione dell'audit sulle nuove raccomandazioni per la gestione dell'emorragia massiva.
Audit clinico sui pazienti con IMA ricoverati nelle cardiologie della provincia di RE	Verificare i percorsi e l'outcome dei pazienti con IMA all'interno del sistema curante della rete cardiologica della provincia. Ha una cadenza annuale a partire dal 1999	Iniziato nel 1999 con la revisione di un campione di cartelle cliniche di pazienti con IMA. Dal 2005 è iniziato un audit interno all'ASMN sui casi di IMA usando come fonte dati le SDO ed i percorsi che si possono ricostruire da esse. Da questo percorso otteniamo i dati della mortalità intraospedaliera, che dal 2006 stiamo estendendo a verifiche della mortalità a 30 e 180 giorni utilizzando la banca dati provinciale.	Dal 1999 con periodicità annuale.
percorso tumore della mammella	Rendere omogenei i percorsi di diagnosi e terapia attraverso la stesura di protocolli che vengano applicati da tutti i professionisti. Facilitare il percorso clinico della paziente attraverso la presa in carico da parte di un professionista lungo tutto il percorso diagnostico terapeutico. misurare il percorso attraverso indicatori di processo e di esito.	Il gruppo multidicsìciplinare si riunisce con frequenza quindicinale per la discussione dei casi. E' stato costruito il data base.	E' stato pianificato il 1^ audit clinico da effettuarsi nel 1^ trimestre 2012.

Negli ultimi anni l'attenzione maggiore è stata rivolta verso le patologie neoplastiche, in seguito all'aumento dell'incidenza dei tumori e all'avvento di nuove tecnologie e strumenti di diagnosi precoce (screening). Inoltre il riconoscimento dell'Az. Ospedaliera S. Maria Nuova come IRCCS nella disciplina di Oncologia per tecnologie avanzate e modelli assistenziali, sta dando un grosso input a investire sempre di più nell'impostazione e valutazione dei PDTA.

3.4.2.a) Attivazione del Centro della Tiroide

Il Centro della Tiroide è dedicato a fornire una risposta diagnostica e terapeutica per qualunque patologia tiroidea. "Cura integrata" significa che il paziente, dal momento della diagnosi iniziale, alla cura, ai controlli successivi, non deve fare altro che seguire i percorsi prestabiliti, che prevedono l'attivazione dei vari specialisti endocrinologi, medici nucleari, laboratoristi, chirurghi , patologi, terapisti radiometabolici di volta in volta coinvolti. Gli specialisti si muovono in maniera coordinata intorno al paziente.

La diagnosi si avvale delle seguenti prestazioni:

- le più avanzate metodiche strumentali: ultrasonografia, rhTSH, agoaspirati ecoguidati;
- gli esami di laboratorio: TSH, FT3, FT4, PTH, HTG, AbTG, AbTPO, AbTSH ecc.;
- le valutazioni anatomo-patologiche dei prelievi bioptici e istologici.

Il trattamento, medico e chirurgico, è effettuato da professionisti esperti e con risultati qualitativamente molto affidabili.

Procedure terapeutiche invasive eseguite dagli endocrinologi:

- termoablazione laser
- alcolizzazioni.

Interventi Chirurgici eseguiti dai chirurghi toracici e dagli otorinolaringoiatri:

- tiroidectomie totali e subtotali
- lobectomie
- svuotamenti latero cervicali.
- enucleo-resezioni.

I pazienti affetti da tumore vengono.

- sottoposti a trattamento chirurgico
- trattati con terapia radiometabolica in apposite stanze protette (trattamenti con I^{131}).

In rari casi i tumori tiroidei possono ripresentarsi anche dopo molti anni. Per questo motivo è necessario seguire per tutta la vita i pazienti operati per patologia neoplastica tiroidea. Per questo è attivo un laboratorio diagnostico avanzato dotato delle più moderne tecnologie di immagine, che includono:

- Laboratorio di Biologia Molecolare
- ecografia ad alta risoluzione
- TC a strato sottile
- Scintigrafie ,con diversi radioisotopi
- PET-CT
- Terapia radiometabolica.

Il Servizio di Endocrinologia, ha sviluppato negli ultimi anni terapie innovative mini-invasive guidate dall'ecografia. Esse includono:

- alcoolizzazione
- trattamento laser dei noduli tiroidei.

Sono trattamenti eseguiti nel contesto ambulatoriale e non richiedono anestesia generale né ricovero ospedaliero.

Le procedure eco-interventistiche sono un prodotto originale della ricerca italiana ed hanno suscitato grande interesse negli USA e presso i colleghi della Mayo Clinic (Rochester, MN, USA).

Il Centro della tiroide si caratterizza per:

- La partecipazione di tutti i professionisti (sia medici che infermieri) coinvolti nei percorsi diagnostico-terapeutici, sia nelle fasi di formazione sia nei momenti di stesura, implementazione delle Linee Guida e di Audit Clinici;
- Il coinvolgimento dei professionisti nella progettazione ed esecuzione degli Audit Clinici , con una elevata attenzione alla parte metodologica e nel favorire l'apporto di cambiamenti nei percorsi diagnostico terapeutici-assistenziali ;
- L'attivazione sistematica di gruppi multidisciplinari di discussione periodica dei casi per la scelta del miglior trattamento da offrire.

3.4.2.b) 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 definissero un Piano di attuazione provinciale del percorso nascita entro fine 2008 in cui fossero esplicitati le modalità di implementazione delle linee guida/raccomandazioni indicate nella DGR e le modalità di attuazione degli obiettivi, le fasi ed i tempi di realizzazione per ognuno degli obiettivi contenuti nel documento stesso.

Nel corso del 2008 è quindi stato elaborato un piano attuativo locale interaziendale sul percorso nascita e nel corso dei successivi anni, a livello provinciale, nell'ambito del Programma Interaziendale Materno infantile (PIAMI) ed in occasione degli incontri della commissione "Salute Donna", sono stati discussi e condivisi i vari obiettivi della DGR.

Per ogni obiettivo è stato individuato inoltre un referente provinciale per la partecipazione ai sottogruppi di lavoro della Commissione Nascita regionale.

Nel 2011 sono proseguiti i lavori dei sottogruppi del PIAMI sugli obiettivi della DGR 533/2008 e sono state messe in atto, suddivise per obiettivi della già citata DGR, le seguenti azioni:

1. Realizzare una razionalizzazione delle metodiche invasive utilizzate

per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche (ASMN-USL): si è lavorato alla preparazione del percorso provinciale di offerta gratuita della diagnosi prenatale non invasiva a tutte le gravide, in termini di logistica, spazi ed attrezzature, oltre che di impegno e formazione di risorse umane e di acquisizione di nuove apparecchiature utili all'effettuazione del test di laboratorio e all'effettuazione dell'ecografia.

2. Predisporre un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali (ASMN-USL): su questo obiettivo, strettamente connesso al primo obiettivo, si lavorerà in modo continuativo non appena sarà definito il percorso per la diagnosi prenatale delle anomalie cromosomiche.
3. Applicare le linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica nell'assistenza al percorso nascita (ASMN-USL): su questo obiettivo hanno lavorato sia i Consultori che le Ostetricie Ospedaliere. In particolare, presso l'Ostetricia dell'ASMN si è lavorato per differenziare il percorso della gravidanza fisiologica da quello della gravidanza ad altro rischio. La gravidanza fisiologica o a basso rischio deve essere, così come indicato dalla Delibera, gestita interamente dall'ostetrica che rappresenta la figura più idonea e più rassicurante per la donna, mentre la gravidanza patologica o a rischio deve essere seguita fin dall'inizio anche dal medico ostetrico. Attualmente è già effettiva la presa in carico da parte dell'ostetrica del travaglio di parto, parto e post - partum per le gravidanze fisiologiche a basso rischio.
4. Promuovere e consolidare l'adozione delle linee guida sul "controllo del benessere fetale in travaglio di parto" (ASMN-USL): per questo obiettivo è stato formato un gruppo di lavoro, costituito da ostetriche, ginecologi ed un rappresentante della direzione sanitaria ASMN, con il compito di aggiornare le linee guida interaziendali alla luce della nuova letteratura e delle linee guida regionali citate nella DGR. Nel corso del 2011 sono proseguiti i lavori di aggiornamento della procedura alla luce delle più recenti evidenze riportate in letteratura.
5. Migliorare l'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino (ASMN-USL): dal 2011 è attivo un gruppo interaziendale multidisciplinare e multiprofessionale che ha valutato le modalità assistenziali che riguardano i disturbi emozionali nel percorso nascita. E' emersa un'ampia variabilità di percorsi e di offerta a livello provinciale.
6. Attuare interventi di supporto alla relazione madre-bambino e di promozione e sostegno dell'allattamento al seno (ASMN-USL): la promozione all'allattamento al seno presso la nostra Provincia, viene perseguita da molti anni, grazie alla presenza dello spazio "Latte e coccole" sito presso l'ASMN, in cui si aiutano e sostengono le donne nel post-partum e puerperio, sia grazie ai corsi di formazione rivolti al personale di Nido, Neonatologia ed Ostetricia per la sensibilizzazione dei professionisti al tema.
7. Favorire il processo di ascolto dell'opinione delle donne e delle coppie che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita (ASMN-USL): nel corso del 2010 è stato avviato un progetto interaziendale, "NasceRE" sulla qualità percepita nel percorso nascita, che si è concluso nel primo semestre del 2011. Ha visto la realizzazione di un Open Space Technology e di focus group con operatori e cittadini sul tema della nascita a Reggio Emilia ed interviste in profondità a Direttori di Strutture e Servizi per la nascita delle due Aziende Sanitarie della provincia. A seguito degli esiti del progetto, prosegue la collaborazione con il "Forum delle donne" della provincia di Reggio Emilia per individuare strategie e azioni per una comunità a reale sostegno della maternità.
8. Garantire un miglioramento della prassi diagnostico assistenziale in caso di nato morto (ASMN): nel corso del 2010, diversi professionisti afferenti alle strutture di neonatologia, ostetricia, pediatria, anatomia patologica, laboratorio ecc…hanno lavorato per la stesura di una procedura interaziendale provinciale sulla gestione del nato-morto. Nel 2011 si è lavorato sull'implementazione della procedura, sia per i percorsi locali dei singoli punti nascita sia per le interfacce hub/spoke.
9. Garantire un'assistenza qualificata al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero: (di pertinenza dell'Azienda USL di Reggio Emilia)
10. Garantire a tutte le donne i corsi prenatali di base (ASMN-USL): l'ostetricia dell'ASMN ha garantito nel 2011 48 corsi pre – parto rivolti a tutte le donne che ne hanno fatto richiesta. Inoltre, le sedi consultoriali USL hanno aumentato l'offerta di tali corsi, sia in termini di numero di partecipanti, sia in termini di apertura dei corsi anche in lingue e culture differenti (data l'alta quota di nascite da madri straniere che si verifica ogni anno nella nostra provincia).
11. Aumentare le conoscenze e l'attenzione dei professionisti e delle donne al tema "il dolore nel parto" anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche (DGR 1921/2007) (ASMN-USL): nel corso del 2011 la Struttura di Ostetricia dell'ASMN ha consolidato l'utilizzo di nuove tecniche di controllo del dolore non farmacologiche: l'utilizzo dell'acqua in travaglio di parto, la tecnica one-to-one, l'agopuntura, ecc.
12. IVG: nel corso del 2010 è stata elaborata, da un gruppo di lavoro interaziendale creato ad hoc, la procedura sull'interruzione volontaria di gravidanza, tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali.

    La procedura è stata predisposta allo scopo di rendere omogeneo e corretto, su tutto il territorio provinciale, il percorso di attuazione delle diverse procedure di interruzione volontaria della gravidanza (farmacologica, chirurgica, oltre i 90 gg) in tutte le fasi di presa in carico. Descrive infatti sia la presa carico consultoriale che i percorsi intraospedalieri, con particolare riferimento a: IVG chirurgica in anestesia locale, IVG chirurgica in anestesia generale, IVG medica. Per ognuno dei percorsi sono descritte le modalità

di presa in carico, trattamento, dimissione e follow up post-dimissione.
La procedura è stata anche presentata nel corso di un incontro della Commissione Salute Donna Interaziendale per essere condivisa con i Direttori di tutti i punti nascita e dei Consultori in provincia.
Dopo le opportune modifiche, necessarie per renderla applicabile anche presso la nostra Azienda, è stata quindi validata nella sua versione definitiva a fine 2011.

3.4.2.c) Percorso tumore della mammella
Con l'istituzione della Breast Unit nel 2010 è stato definito il percorso terapeutico al fine di garantire a tutte le pazienti, indipendentemente dal luogo in cui la diagnosi viene fatta, le stesse prestazioni e soprattutto un percorso integrato multidisciplinare in funzione dell'utente e dei suoi bisogni.
Gli obiettivi cha hanno guidato l'istituzione della Breast Unit sono:
- o Rendere omogenei i percorsi di diagnosi e di terapia attraverso la stesura di protocolli e linee guida condivisi anche con i professionisti dell'Azienda territoriale;
- o Migliorare l'accessibilità ai servizi sia di diagnosi che di cura e facilitare il percorso clinico della paziente attraverso la presa in carico da parte di un professionista lungo tutto il percorso diagnostico terapeutico;
- o Migliorare l'appropriatezza delle indagini eseguite e l'accuratezza diagnostica anche attraverso l'implementazione tecnologica;
- o Facilitare l'approccio interdisciplinare alla patologia e migliorare la qualità dell'assistenza garantendo adeguato supporto psicologico e riabilitativo alle donne che entrano nel percorso terapeutico;
- o Garantire completezza del percorso chirurgico favorendo la partecipazione del chirurgo plastico dedicato alla fase ricostruttiva.

La definizione del percorso organizzativo e dei relativi protocolli sono sati condivisi dal gruppo interdisciplinare che si occupa anche della discussione dei casi clinici; al gruppo partecipano tutte la professionalità coinvolte dall'inizio del percorso compreso quindi anche il radiologo, che è il primo interlocutore della donna nel percorso dello screening.
Nel corso del 2011 sono stati effettuati più di **600 interventi chirurgici**, di cui:
- o 72 mastectomie con ricostruzione: 24 mastectomie conservative, di cui 22 nac sparing e 2 skin reducing (con protesi immediata);
- o 261 quadrantectomie, di cui 48 con tecniche oncoplastiche;
- o 15 procedure di asportazione di linfonodo della catena mammaria interna.

Rispetto all'anno 2010, l'attività è stata caratterizzata da:
- o aumento delle mastectomie con ricostruzione e diminuzione delle mastectomie senza ricostruzione, per garantire sempre di più alle pazienti sottoposte ad intervento demolitivo di mastectomia la possibilità di ricostruzione mammaria, immediata o differita in due tempi;
- o aumento delle mastectomie conservative;
- o aumento delle quadrantectomie con tecniche oncoplastiche;
- o aumento della complessità degli interventi con incremento degli interventi bilaterali sincroni e risolutivi per le pazienti, che hanno permesso una simmetrizzazione in un unico intervento, sia nei casi ricostruttivi con protesi, sia negli interventi conservativi di quadrantectomia per correggere una eccessiva disparità di volume della mammella controlaterale (mastoplastiche controlaterali);
- o inizio della attività di innesto di tessuto adiposo autologo (lipofilling) ottimizzando la tecnologia già disponibile.

Nel corso dell'anno 2011 sono inoltre stati realizzati:
- avvio della consulenza con l'Istituto Nazionale Tumori per incrementare i casi ricostruttivi ed iniziare il lipofilling;
- incontri collegiali di discussione di casi clinici complessi ogni 15 giorni;
- incontri settimanali in oncologia per discussione ed arruolamento dei nuovi casi;
- incontri di aggiornamento con colleghi di altre realtà;
- organizzazione del convegno "Donne: una vita dopo il tumore" insieme alle Strutture di Ginecologia ed Oncologia.

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 di 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 viene 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 viene altresì posta al percorso "dimissioni protette".

L'Ospedale segnala direttamente al Centro Unico Cure Domiciliari (CUCD) i pazienti ricoverati per i quali si ritiene opportuno l'attivazione dei percorsi ADI e NODO dopo la dimissione, in base alla tipologia dei pazienti concordata con il Servizio.

Nel 2011 sono stati segnalati al CUCD **443 pazienti**, per i quali si è resa necessaria l'attivazione di ADI/NODO dopo la dimissione (**97%** dei casi totali presi in carico dal SID nei tre giorni successivi alla dimissione).

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 Sevizi Sanitari Territoriali e il Servizio Sociale, volta alla realizzazione di un sistema integrato che metta al centro il paziente.

E' stata predisposta una nuova procedura di segnalazione dei casi "fragili" al Servizio Sociale Ospedaliero ed una scheda di segnalazione informatizzata disponibile sulla 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.
Nel corso del 2011 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 2011, attraverso la nuova scheda informatizzata, sono state 136.

Il 2011 ha visto inoltre anche la pianificazione, in stretta collaborazione con l'Azienda Usl, del Punto Unico di Accesso, 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, che sarà collocato presso l'Edifico Spallanzani dell'Azienda Ospedaliera, svolgerà 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.

3.4.3.b) La qualificazione dell'assistenza ai pazienti atomizzati

In Azienda, già da molti anni, esiste un Centro Stomizzati che prende in carico tutti i pazienti stomizzati (ileo-colo-uro) 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 counseling post operatori.

Tabella 3.4.2 – Dimissioni Protette

Reparti		2010	2011
Cardiologia	1	0	3
Chirurgia 1°	8	12	16
Chirurgia 2°	7	6	3
Chirurgia toracica	1	0	1
Chirurgia vascolare	9	25	14
Chirurgia degenza breve	1	1	0
Dialisi	3	7	3
Geriatria	111	100	95
Ginecologia	4	2	0
Lungodegenza	42	34	54
Malattie Infettive	29	26	26
Medicina 1°	54	67	66
Medicina 2°	27	43	39
Medicina 3°	37	37	36
Medicina d'urgenza	0	1	0
Nefrologia	0	0	2
Neonatologia	0	0	1
Neurologia	8	6	5
Oncologia	1	1	0
ORL	4	1	6
Ortopedia	21	29	32
Pediatria	1	1	1
Pneumologia	26	18	19
Riabilitazione degenza	11	8	5
Rianimazione	0	0	0
Urologia	9	12	16

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 solo per istruire e addestrare il paziente ma anche il familiare o care-giver individuato.
In prossimità della dimissione l'infermiere e la stomaterapista valutano le capacità di autogestione della stomia da parte del paziente, programmando sia la successiva visita all'ambulatorio stomizzati dell'azienda per la prosecuzione del programma riabilitativo, che l'attivazione del Servizio Infermieristico Domiciliare per eventuali altre necessità assistenziali. Al momento della dimissione ospedaliera viene poi fornito il materiale necessario (tipologia e quantità) in attesa della sua rivalutazione presso l'ambulatorio; il follow-up stomale prevede, oltre ad un accurato assessment 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.
Nel corso del 2011 si è ipotizzato ed abbozzato un progetto di ricerca volto ad indagare la fase di educazione alla gestione dello stoma del paziente chi-

rurgico; la somministrazione di un questionario appositamente predisposto consentirà di raccogliere dati sulla congruità ed efficacia delle informazioni fornite all'utente durante gli incontri con la stomaterapista. Il progetto sarà attuato nel prossimo anno solare e consentirà di mirare l'approccio educativo e gli strumenti informativi forniti durante il ricovero.

3.4.3.c) La diffusione delle terapie palliative

La cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione, il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali rappresentano le cure palliative. Queste sono indicate ed appropriate in tutti i percorsi assistenziali caratterizzati da inguaribilità, progressione verso la morte e sintomaticità. Le cure palliative trovano applicazione in ambito oncologico e non oncologico per le svariate patologie croniche che comportano quadri di terminalità più o meno prossima.

Il presupposto culturale necessario è il riconoscimento condiviso del limite che permette di disegnare strategie assistenziali di accompagnamento all'ultima fase della vita, seguendo un rigoroso e consapevole percorso etico di scelte sui trattamenti da effettuare, da evitare e da sospendere.

L'accompagnamento delle persone morenti si realizza promuovendo in esse la più adeguata consapevolezza affinché le competenze sanitarie possano armonizzarsi con le cornici valoriali dei pazienti.

In accordo con le raccomandazioni del 2003 dell'Unione Europea sullo sviluppo organizzativo delle cure palliative e con il recente report tecnico del Parlamento Europeo sullo stesso argomento, l'Associazione Europea di Cure Palliative (EAPC) ha proposto un set di raccomandazioni per la formazione infermieristica e per la formazione medica in cure palliative. Questa è stata suddivisa in un Curriculum in Cure Palliative per la Formazione Medica Pre-Laurea e in raccomandazioni per la formazione medica post-laurea. L'Unione Europea, infatti, raccomanda che in ogni assetto assistenziale (casa, hospice, ospedale, ambulatorio) il cittadino ammalato si debba poter giovare di diversi livelli di competenza in Cure Palliative, da quello basico a quello specialistico. La complessità intrinseca alle cure palliative suggerisce un modello di gestione (organizzazione dei servizi e sviluppo di competenze) complesso: ciò sostiene la sperimentazione nella nostra Provincia di un "modello di erogazione diffusa delle cure palliative", che consentirà di erogarle da parte di una molteplicità di soggetti a seconda dei progetti assistenziali e dei setting nei quali il paziente è curato.

Le competenze sono da alimentare e sostenere in ogni contesto/setting di cura che il paziente sta attraversando nelle diverse fasi della malattia e possono essere garantite da uno sviluppo di:

- competenze il più diffuse possibili ad un livello di base fra i professionisti;
- competenze avanzate solo da parte di alcuni professionisti che possiedono formazione teorica e sul campo tale da renderli "esperti", che attraverso l'attività consulenziale sul paziente e sull'equipe di cura trasferiscono/diffondono competenze e garantiscono qualità ed efficacia delle cure.

In sintesi l'ipotesi di sviluppo può essere sinteticamente presentata come sviluppata su tre livelli schematizzati di seguito:

CURE PALLIATIVE- MODELLO DI EROGAZIONE DIFFUSA		
livelli	Operatori e funzioni	Formazione ed esperienza
Primo livello	**Medici ed infermieri dei diversi contesti di cura** Nello svolgimento dell'assistenza individuano i pazienti in fase avanzata della malattia oncologica e non ed applicano i principi delle cure palliative	Formazione di base/sensibilizzazione per una diffusa conoscenza della cultura medico-infermieristica in tema di cure palliative
Secondo livello	**MMG ed infermieri esperti** Nei vari setting di cura offrono consulenza e supporto ai colleghi nella gestione delle cure palliative e del fine vita.	Formazione con approfondimento delle conoscenze sugli aspetti clinico-assistenziali, sulla gestione delle situazioni critiche ed esperienza maturata sul campo.
Terzo livello	**Medici ed infermieri referenti** Svolgono funzione di responsabilità nell'organizzazione delle cure palliative (raccordo, facilitazione percorsi, coordinamento locale, ecc) e di consulenza avanzata.	Formazione avanzata finalizzata a sviluppare un elevato grado di competenza per affrontare la clinica, l'organizzazione, la formazione in cure palliative

Nel Corso del 2011 è stata avviata la prima fase che ha visto coinvolti professionisti dell'Azienda S.Maria Nuova e dell'AUSL di Reggio Emilia per un totale di 120 tra Medici di Medicina Generale, Infermieri, Oncologi, Ematologi, Radioterapisti, Tecnici , Fisioterapisti e Psicologi, con un impegno formativo di 1920 ore.

Al termine della prima fase sono stati identificati 85 "Osservatori" di vari setting assistenziali, capaci di interpretare i bisogni di cure palliative dei pazienti inseriti nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali già attivi, ma che richiedono un'attenzione specifica alla palliazione ed al sollievo.

3.4.3.d) Ospedale senza dolore

Si è svolto anche nel 2011 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 (4 edizioni, di 5 ore ciascuna).

L'iniziativa formativa, avviata nel 2004, ha previsto4 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.

Rispetto agli anni precedenti nel 2011 si è ulteriormente rinnovata la metodologia riservando il 50% del tempo programmato ad un momento interattivo in cui, tramite un lavoro a gruppi al computer, i partecipanti potessero simulare un intervento di terapia antalgica sul paziente, misurandosi con le variabili che la clinica pratica immancabilmente riserva. Al termine della simulazione ciascun gruppo esibiva agli altri il caso, discutendo le decisioni prese.
Questo approccio didattico è stato messo in campo in forza del fatto che il sapere nozionistico è ormai, almeno in parte, entrato nella cultura comune, permettendo una riduzione della didattica ad esso dedicata. Mentre invece è importante iniziare l'implementazione di un sapere che sia "reale", atto cioè a fronteggiare la clinica quotidiana.

Anche quest'anno, come l'anno precedente, oltre 250 professionisti (sia medici che infermieri professionali) nelle quattro giornate suddette hanno partecipato con interesse e vivacità ai corsi in cui sono stati affrontati i seguenti argomenti:

- Confronto delle rispettive esperienze
- Confronto e motivazione delle linee di intervento (protocolli) in dotazione
- Risoluzione di equivoci in materia
- Conoscenza reciproca e conseguente aumento della conoscenza delle risorse all'interno dell'ASMN
- Acquisizione di conoscenze scientifiche basilari
- Discussione di tecniche di misurazione del dolore

E' da ritenersi come importante obbiettivo anche per il 2012 il proseguimento dell'iniziativa, che verrà ulteriormente rinnovata per una sempre maggior appropriatezza della didattica alle necessità reali. In particolare si punterà, dopo aver raggiunto una conoscenza base del problema, ad una sempre maggiore appropriatezza dei trattamenti.

E' 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 obbiettivo 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.

L'aumento delle consulenze antalgiche richieste, e l'aumento dell'appropriatezza delle richieste stesse, può essere interpretato come il raggiungimento degli obiettivi suddetti.

Anche nel 2011 l'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia ha partecipato alla "Giornata Nazionale del Sollievo" e all'indagine epidemiologica sulla prevalenza della sofferenza tramite Scheda del sollievo.
Nel 2011 si è lavorato al miglioramento della continuità assistenziale ospedale – territorio ed è stata assicurata risposta alle richieste di consulenze esterne provenienti dai medici di medicina generale.

Misurazione del dolore
Con la legge 38 del marzo 2010 l'obbligo di misurazione del dolore a tutti i pazienti ricoverati, nonché l'annotazione sulla grafica accanto ai parametri vitali del risultato della misurazione stessa, è una legge dello Stato, con tutto ciò che questo comporta.
A questo và aggiunto l'obbligo di annotazione dei provvedimenti presi in caso di dolore clinicamente rilevante (NRS=4), ed i risultati ottenuti da questi provvedimenti.
Con i corsi di formazione sopra descritti si è provveduto a diffondere questa condotta che risulta essere anche un obiettivo del COSD regionale per il 2012.

In applicazione della Legge n. 38 del 15.03.2010 (protocollo n. 10427 del 14.04.2010), e successive integrazioni, si è proceduto ad uniformare, in tutti i reparti, la modalità di misurazione del dolore e la sua registrazione nella cartella clinica.
Si è data, quindi, indicazione ai reparti di riportare obbligatoriamente in ogni cartella clinica, nella sezione medica ed 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.
La misurazione del dolore viene effettuata con la **scala NRS** (scala numerica che consente al paziente di indicare un numero tra 0 e 10 per rappresentare il livello di dolore) e con la **scala delle "faccine"** per l'età pediatrica.

La valutazione del dolore viene effettuata all'ingresso e poi quotidianamente, per esempio durante la visita medica, su tutti i pazienti che accedono alla struttura ospedaliera, indipendentemente dal fatto che riferiscano o meno dolore al momento dell'accesso.

La rilevazione del dolore viene registrata nella *Scheda Terapeutica cartacea o informatizzata* e, comunque, dalla cartella clinica deve sempre trasparire la corretta e completa attenzione assistenziale alla rilevazione, registrazione e trattamento del dolore. Il medico e l'infermiere sono, quindi, tenuti alla corretta ed esaustiva compilazione della cartella clinica relativamente alle caratteristiche del dolore, della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché alla tecnica antalgica e ai farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico

conseguito.

In tutti i reparti dotati di *Grafica informatizzata della terapia*, devono essere compilati i seguenti campi:

- DOLORE NRS – scala da 0 a 10 o DOLORE PEDIATRICO – scala da 0 a 4 (campo numerico registrabile a VIDEO e/o con utilizzo del TERMINALE).
- DOLORE NOTE (campo testo registrabile a VIDEO), che consente di inserire osservazioni specifiche rispetto a caratteristiche, sede anatomica, condizioni del paziente, ecc, relativamente al dolore avvertito e misurato con scala NRS.

Dal momento che 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 ad una vigilanza e rendicontazione di quanto in oggetto.

Nel 2011, 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.).

Si segnala l'aumento del numero di consulenze richieste ed effettuate, per il trattamento del dolore, nei reparti internistici, a dimostrazione della sempre più diffusa attenzione e sensibilità, da parte dei professionisti, al problema della misurazione e del trattamento efficace del dolore.
Nel corso del 2011 si è lavorato per consolidare ed estendere il trattamento del dolore postooperatorio in tutte le chirurgie generali e specialistiche ed è stato aggiornato il protocollo di terapia antalgica post-operatoria ed è stata predisposta una versione consultabile informaticamente.

3.4.3.e) Progetto Teseo

L'attivazione del progetto Teseo rappresenta un esempio di modello assistenziale, per la continuità tra ospedale e territorio, che completa la già presente procedura di "dimissione protetta" aziendale, arricchendola dal punto di vista umano ed etico; il punto focale è il potenziamento della relazione e della conoscenza fra gli operatori delle due aziende e tra operatori e famigliari. L'incontro diretto, *face to face*, tra operatori e famigliari (per i casi specifici codificati dalla procedura e dall'esperienza professionale) favorisce: 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 estremamente ricco/caldo, capace di alimentare una fiducia, una serenità ed una progettualità assistenziale inimmaginabile.
Il progetto, in essere da alcuni anni, ha cercato di favorire una compliance fra famiglia, ospedale e territorio a favore dell'assistenza, commisurandola alle effettive necessità. Salvaguardati i seguenti obiettivi:

- relazione ed ascolto alla persona;
- individuazione delle principali criticità relative alla continuità assistenziale per gli ambiti di competenza;
- definizione di una procedura interaziendale per l'attivazione della visita infermieristica di presa in carico nell'ambito del piano di dimissione protetta ospedaliera;
- creare/favorire una cultura della continuità assistenziale come mandato/impegno degli operatori delle diverse aziende coinvolte (Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova e ASL).

Il percorso ha visto il coinvolgimento, nei vari anni, delle varie strutture soggette a dimissioni difficili, con ingresso scaglionato e l'individuazione delle aree di criticità soggette a possibile miglioramento. Un gruppo di miglioramento interaziendale, composto da Coordinatori Infermieristici dell'ASMN, del Servizio di Assistenza Domiciliare e delle Case Protette dell'AUSL, ha prodotto una procedura interaziendale per "*l'attivazione della visita infermieristica di presa in carico*" nell'ambito del piano di dimissione protetta ospedale-distretto di Reggio. Si è quindi provveduto a validare la procedura attraverso eventi informativi/formativi interni ed interaziendali, nonchè sistematica sperimentazione pratica con analisi delle criticità emerse. La diffusione della cultura della continuità assistenziale e la maggiore attenzione alla presa in carico che "va oltre le pareti dell'ospedale" per accogliere la persona, ha messo in evidenza la necessità di ampliare l'applicazione della procedura a tutta l'azienda ospedaliera ed anche ai servizi infermieristici domiciliari dei Distretti della Provincia. Ne è nata quindi la possibilità/necessità di rivedere tutto il progetto, ormai maturo per una sua evoluzione, grazie anche ai contributi emersi da un incontro di audit. L'ipotesi di un centro di accoglienza unico a gestione territoriale normato da un'unica procedura interaziendale sta prendendo piede. Il 2011 ha visto, pertanto, la prosecuzione del progetto base, oltre all'effettuazione d'incontri per traslare le conoscenze e competenze acquisite in questi anni in un'istruzione operativa che definisca le modalità di attivazione del Punto Unico di Accoglienza (PUA) per le dimissioni difficili che richiedano la presa in carico del Servizio Infermieristico Domiciliare.

3.4.3.f) Progetto Orto-Geriatria

Nell'ambito dei percorsi di assistenza integrata al paziente è stato inserito, già da marzo 2008, il progetto regione-università "ortogeriatria" ovvero "modelli per la gestione clinica integrata e per la continuità assistenziale degli anziani con frattura di femore". Esso prevede la presenza quotidiana del Geriatra nella U.O. di Ortopedia per una valutazione medico-internistica entro 24 ore dall'ingresso in struttura. La valutazione precoce consente di attivare le consulenze specialistiche ed il Servizio Sociale Ospedaliero creando le condizioni ottimali per la costruzione di un percorso di dimissione protetta con la famiglia ed i servizi territoriali.

Core del modello assistenziale è la presa in carico: momento cardine per la pianificazione degli interventi assistenziali, per l'analisi dei momenti critici, per le possibilità offerte di coinvolgimento, integrazione e confronto tra i professionisti (geriatri, ortopedici, infermieri, fisioterapisti, OSS); l'infermiere di ortopedia diventa il team leader di riferimento per la presa in carico del paziente.
L'Ortopedico ha ovviamente competenza sul tipo di intervento ed i problemi ad esso correlati, preferendo quello che consente la più rapida messa in carico del paziente. La scelta operatoria avviene con valutazione collegiale ortopedico-geriatra-anestesista, sebbene siano previsti protocolli automatici per la riduzione della degenza preoperatoria nei pazienti stabilizzati.
La tempestività degli interventi ed un'accurata pianificazione degli stessi assieme ad un'attenta comunicazione con le strutture interessate/coinvolte nel progetto (RRF, Anestesia) sono gli elementi determinanti per la riuscita del progetto. La conseguente modifica dei modelli clinico-assistenziali utilizzati impone una visione più ampia dei confini di intervento; il territorio d'azione e di progettazione assistenziale non è più, pertanto, limitato alla sola unità operativa (ricovero, trattamento e dimissione di unità operativa) o dipartimento, ma deve considerare anche altre strutture extra-dipartimentali, il territorio ed il contesto sociale del fruitore. Nell'attività infermieristica quotidiana si è ottenuto, in modo implicito, una rivisitazione critica del proprio ruolo in termini di spazi e possibilità d'intervento, l'attivazione di nuove abilità, attenzioni e competenze sia assistenziali che comunicative con il paziente e la famiglia e/o caregiver.
Particolare attenzione viene poi posta alla mobilizzazione del paziente con interventi di rapida verticalizzazione già in prima giornata, previa valutazione multiprofessionale fra Ortopedico, Geriatra, Fisiatra ed Infermiere. Anche in questo caso sono previsti protocolli automatici per la riduzione dei tempi di attesa nei pazienti stabili con accettabile motilità pre-frattura.
Da un punto di vista gestionale, sono stati inseriti strumenti, quali le scale di valutazione Braden, Brass, Vas, per porre nuova attenzione all'assessment di presa in carico ed alle competenze professionali necessarie; è iniziata, inoltre, una raccolta sistematica (da fine 2011) di dati relativi a incidenza del delirium, lesioni da pressione, dolore. L'analisi dell'attività svolta sui 272 pazienti presi in carico nel 2011, ha confermato la riduzione dei giorni di attesa pre-intervento ed un miglioramento significativo, entro le 48 ore dall'atto chirurgico, nella verticalizzazione con carico e/o nella ripresa alla deambulazione. Si conferma anche la riduzione della degenza media ospedaliera in reparto per acuti (da 18 a 14 giorni).
Si segnala, infine, che per rendere migliore la possibilità di trattamento di questi pazienti, nel 2011, sono stati istituiti 12 posti letto dedicati ed è stata arredata una stanza (ex sala operatoria ortopedia) ad uso di piccola palestra in cui vengono portati i pazienti per esercizi di deambulazione e salita/discesa dalle scale, propedeutici alla fattiva possibilità di rientro a domicilio. L'attività di palestra è stata gradita sia dall'utente, con aumento della compliance che dalla famiglia, con miglioramento del clima relazionale.

3.4.6 LO SVILUPPO DEL PROCESSO DI ACCREDITAMENTO NELL'ASMN

• Accreditamento dei Dipartimenti Ospedalieri
L'anno 2011 ha visto il rinnovo dell'accreditamento del Dipartimento interaziendale di Emergenza-Urgenza.
Il Dipartimento, nel tempo ha rafforzato l'integrazione territoriale per garantire una risposta efficace, efficiente ed appropriata in tutte le situazioni di emergenza-urgenza. Molta attenzione è stata posta anche per la formazione e la comunicazione interna.

Dal verbale di accreditamento:

Il Dipartimento presenta quindi una particolare complessità, dovuta sia alla dislocazione provinciale e diversa complessità delle sedi di erogazione delle attività, sia alla particolarità delle prestazioni del settore dell'emergenza-urgenza contrassegnate dall'impatto emotivo e dall'attenzione che evoca nella popolazione.
Questi elementi caratterizzano il Dipartimento di Emergenza Urgenza interaziendale che presenta nella sua costituzione caratteristiche innovative, orientate all'integrazione di modelli organizzativi diversificati tra Azienda USL ed Azienda ospedaliera e che privilegia il soddisfacimento dei bisogni clinico assistenziali degli utenti andando a superare i vincoli dettati da organizzazioni sanitarie differenti.
Il Dipartimento risulta quindi un'articolazione organizzativa che raccoglie nella sua gestione gli elementi di pregio di entrambe le Aziende, ottimizzandoli ed indirizzandoli alla propria mission.
Il sistema di gestione per la qualità del Dipartimento è coerente al modello regionale di Accreditamento Istituzionale e risulta implementato con evidente partecipazione e condivisione del personale; si nota che il sistema è da tempo parte del patrimonio del Dipartimento ed utilizzato come strumento per migliorare la propria performance.

Determinante è stato l'impegno dei referenti medici e infermieristici dell'accreditamento che in stretto collegamento con l'ufficio Qualità e con il supporto dei Direttori e dei Coordinatori infermieristici hanno reso possibile il coinvolgimento di tutti gli altri professionisti.

• Certificazione del Servizio Acquisti, del Servizio Logistico Alberghiero e della Direzione delle Professioni Sanitarie in base alle norme ISO 9001/2000

Nel maggio 2011 il Servizio Logistico Alberghiero e il Servizio Acquisti hanno ricevuto la visita di verifica per il rinnovo della certificazione ISO 9001.
La Direzione delle Professioni Sanitarie ha ottenuto la 1^ certificazione.

Dal rapporto di audit del CERMET, ente di certificazione…… "L'audit è risultato un momento di "dialogo" aperto e costruttivo sullo stato dell'arte in relazione alla continua evoluzione di processi e servizi, evidenziato da tutti i temi presi in esame con numerosi aspetti di particolare eccellenza - incluse le diverse interconnessioni funzionali, consentendo una lettura approfondita

seppure campionaria del SGQ adottato. Le considerazioni sopra espresse sono rafforzate anche dal fatto che sono già stati avviati e attualmente in progress interessanti progetti e azioni di miglioramento. Tutto ciò ha permesso di effettuare le attività di valutazione in una atmosfera serena e collaborativa, nel pieno rispetto dei tempi pianificati."

3.4.7 POLITICA DEL FARMACO E GOVERNO DELLA SPESA FARMACEUTICA

3.4.7.a – Andamento della spesa farmaceutica

Fonte Flusso AFO 12 mesi 2011

	2011	**var.% 11/10**
AOSP Reggio E.	15.163.490	+ 4,5%
EMILIA-ROMAGNA	401.041.413	+ 2,8%

Nel 2011 la spesa farmaceutica è incrementata del + 4,5% con uno scostamento del +1,5% rispetto all'obiettivo assegnato. L'incremento registrato è attribuibile prevalentemente al gruppo L01-farmaci antiblastici, che nel triennio 2008-2010 aveva invece mantenuto livelli di incremento spesa al di sotto dei valori medi regionali.
Nell'ambito dell'obiettivo generale di politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica ospedaliera, 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 coinvolgendo in alcuni casi i medici prescrittori per la valutazione di eventuali criticità e la definizione di budget specifici per U.O. sulla base della casistica da trattare.

Antibatterici per uso sistemico

Nell'anno 2011 si è osservata una riduzione di spesa del –11,3% a fronte di un incremento del numero complessivo di DDD del 5,7%, mantenendo tuttavia un valore di DDD/100 gg di degenza al di sotto dei valori medi regionali.
In ambito di consumi nel 2011 si è registrata una riduzione delle DDD della classe dei Fluorochinoloni, che negli ultimi anni ha registrato un progressivo incremento delle resistenze.
Attraverso la rete Intranet aziendale viene diffuso il Bollettino delle Statistiche Epidemiologiche elaborato dal Laboratorio di Microbiologia, per consentire un'informazione costante sul fenomeno delle resistenze in ambito locale.
L'attività del CIO è inoltre orientata ad una costante formazione degli operatori sanitari in ordine alla prevenzione delle infezioni e all'aggiornamento/diffusione di Procedure/Linee Guida/Protocolli.

Antimicotici per uso sistemico

Nell'anno 2011 si è osservata una riduzione di spesa del –19,9% con una riduzione del numero complessivo di DDD del –11,4%.

Farmaci oftalmologici

Anche nel 2011 si è data prosecuzione all'attività di allestimento in farmacia di dosi personalizzate del farmaco Bevacizumab secondo gli indirizzi regionali, con un incremento del 18% delle dosi allestite rispetto all'anno 2010.

Farmaci oncologici (L01)

Nel 2011 si è registrato un incremento di spesa pari al +14,8% dovuto prevalentemente all'utilizzo di nuove molecole e all' incremento dell'utilizzo di alcuni principi attivi per estensione delle indicazioni registrate.
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 vengono valutate singolarmente e avviate alle sedi di competenza secondo percorsi codificati.
Prosegue l'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 un confronto in relazione alle indicazioni prodotte dalla CRF, al monitoraggio dei dati di consumo/spesa e all'analisi della casistica trattata.
Alcuni principi attivi sono stati oggetto di specifici monitoraggi e audit che hanno evidenziato un buon grado di adesione alle Raccomandazioni regionali.

Farmaci Biologici

Il dato di consumo e spesa di questo gruppo di farmaci, utilizzati prevalentemente nel trattamento di diverse patologie reumatologiche, dermatologiche ed infiammatorie intestinali, 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 2011 la spesa a livello provinciale per i farmaci biologici impiegati nelle discipline di Dermatologia, Reumatologia e Gastroenterologia, è incrementata del +8,6% 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.

Nel 2011 sono stati effettuati specifici monitoraggi e audit nelle discipline di Dermatologia e Reumatologia che hanno evidenziato una sostanziale adesione alle Linee Guida considerate ed un buon grado di appropriatezza nella prescrizione.

3.4.7.b – Governo della spesa

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 il 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 da clinici e farmacisti delle varie Aziende Sanitarie.
Un farmacista della Segreteria della CF AVEN partecipa alle riunioni di coordinamento regionale.
Il Prontuario Terapeutico viene 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.
E' stata diffusa a tutti i medici la documentazione scientifica prodotta dalla CRF e dalla CF AVEN attraverso la rete Intranet aziendale.
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 delle 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. Il NOP si è riunito di norma con cadenza mensile e le funzioni di Segreteria vengono svolte dal Servizio di Farmacia.

Centrale Allestimento 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 vengono 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).

Categorie critiche dei farmaci oggetto degli obiettivi regionali

Con l'Azienda USL di RE è stato costituito un gruppo di lavoro per individuare strategie di intervento e fornire indirizzi ai medici prescrittori in linea con gli obiettivi assegnati dalla Regione.
In prima battuta è stato affrontato il tema dei Sartani e ACE-I, con momenti di informazione direttamente c/o i Dipartimenti interessati.
Nell'ultima parte dell'anno è stato inoltre affrontato dal gruppo di lavoro il tema dei PPI e sono stati definiti percorsi per verificare l'appropriatezza delle prescrizioni sia in ambito ospedaliero che a livello territoriale. L'attenzione sarà focalizzata su alcune categorie di pazienti per le quali la gastroprotezione, secondo le Linee Guida, non risulta essere appropriata.
Nel 2° semestre 2011 su tutte le categorie critiche di farmaci (ACE-I, Sartani, Statine e PPI) è stato effettuato un monitoraggio trimestrale dei consumi sia a livello interno di Struttura che in ambito di Distribuzione Diretta.
Nel corso degli ultimi mesi dell'anno si è osservata una inversione di tendenza rispetto all'andamento prescrittivo dei primi mesi dell'anno, soprattutto per la categoria dei Sartani e dei farmaci a brevetto scaduto, pur non essendo stati raggiunti i livelli ottimali definiti dagli obiettivi regionali.

3.4.8 - POLITICHE DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI: INTERVENTI D'AREA VASTA E TRAMITE INTERCENT-ER

3.4.8.a – Attività AVEN

L'Area Vasta Emilia Nord (AVEN) è l'Associazione volontaria delle 7 Aziende Sanitarie presenti sul territorio della Regione Emilia Romagna che comprende le Province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena:

- Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza
- Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
- Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
- Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

L'Associazione ha come principale obiettivo lo sviluppo e l'implementazione di attività finalizzate a favorire processi di aggregazione a livello di Area Vasta, in coerenza con le indicazioni programmatiche e con gli indirizzi regionali in materia, al fine di favorire sinergie e condivisione di risorse e contribuire alla omogeneizzazione dell'offerta assistenziale sui migliori standard qualitativi.
Nel primo semestre 2011, le Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord hanno operato per dare continuità e consolidare le iniziative ed i progetti già in essere inserendoli coerentemente nel quadro giuridico ed organizzativo scaturito dalle indicazioni regionali poi raccolte nella DGR 927 del 27 giugno 2011, cercando di individuare nuovi modelli organizzativi, in grado di garantire funzionalità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse. Il 7 settembre 2011 è stato

approvato dall'Assemblea dei Direttori Generali l' "Accordo Quadro" costitutivo dell'Area Vasta, successivamente trasmesso ai Presidenti delle Conferenze Territoriali delle Provincie di riferimento dell'Area Vasta Emilia Nord, che hanno proceduto all'esame ed alla sua approvazione. Si è proceduto anche all'informazione ed al confronto con le Organizzazioni sindacali, mediante la convocazione di 3 incontri specifici al termine dei quali le OO.SS. hanno concordato alcune osservazioni sul testo loro sottoposto.

Acquisti centralizzati

In questo settore si registra un costante incremento delle attività, favorito dall'adozione di modelli organizzativi più strutturati (Dipartimento Interaziendale Acquisti), da un livello di programmazione stringente e costantemente monitorato, dall'abitudine ormai consolidata a procedere nell'ottica della suddivisione del lavoro e dell'integrazione di risorse. Si è puntato soprattutto a migliorare le tempistiche, che sono strettamente connesse alla capacità di far lavorare in sinergia i vari professionisti coinvolti nelle procedure di gara, con particolare riferimento a coloro (clinici, farmacisti, ingegneri clinici) che presiedono alle fasi di selezione/valutazione dei prodotti, definizione dei requisiti e delle esigenze cliniche.

A tale proposito si segnala l'attivazione di un gruppo di lavoro di farmacisti, con specifica competenza e conoscenza nel settore dei Dispositivi Medici (DM), incaricato di fungere da riferimento per i Servizi Provveditorato per le problematiche relative alle procedure di gara per l'acquisizione di DM e finalizzato anche a garantire adeguato flusso informativo nei Servizi Farmacia delle Aziende sull'andamento e sulle scelte operate per le singole gare; analogamente anche i Servizi di Ingegneria Clinica delle Aziende AVEN hanno proceduto ad una suddivisione di compiti, con la definizione di referenti per le specifiche gare programmate, in stretto rapporto con la struttura del Dipartimento Interaziendale Acquisti.

È in fase di implementazione il sistema per la produzione di una reportistica inerente gli esiti di gara e la valutazione della performance di tale attività: su questo punto occorre investire ulteriore impegno.

Si è dato continuità al lavoro di monitoraggio dell'adesione alla gara farmaci e alla gara per l'acquisizione di endoprotesi coronariche.

L'Area Vasta Emilia Nord ha provveduto a definire la propria programmazione degli acquisti per il biennio 2011 – 2012 in coerenza con la configurazione del sistema regionale degli acquisti strutturato su tre livelli di aggregazione diversificati (Regionale, di Area Vasta e Aziendale).

La riorganizzazione dei Servizi Acquisti, secondo una logica dipartimentale, ha permesso una più incisiva regia nella programmazione e conduzione delle gare centralizzate e un maggiore presidio sull'andamento delle attività, sia in termini gestionali, che di risultato. La programmazione degli acquisti 2011 – 2012, in coerenza con la pianificazione 2010 – 2011, si è in particolare concentrata sull'esigenza di completare l'unificazione dei contratti per la fornitura dei dispositivi medici che saranno gestiti nell'ambito del sistema della Logistica Integrata. La programmazione è soggetta a periodici aggiornamenti in relazione allo stato di avanzamento delle procedure di gara e al coordinamento con le scelte di acquisto a livello regionale e a livello aziendale.

La Tabella che segue riassume numericamente l'attività svolta relativamente alle gare di Area Vasta ed i risultati economici conseguiti.

N. Gare programmate per il biennio 2011 – 2012	117
N. Gare aggiudicate nell'anno 2011	42
N. Procedure in corso di svolgimento al 31.12.2011	16
N. Gare avviate al 31.12.2011	27
N. Gare programmate ancora da avviare	32
Valore dei contratti definiti nel corso dell'anno 2011	€ 171.401.811,69
Stima dei risparmi indotti	11,3%
N. Procedure di Proroga/Rinnovo concluse nel 2011	24

Per quanto concerne i rapporti con l'Agenzia Regionale Acquisti, è proseguita la collaborazione per l'attuazione della programmazione gare, assicurando:

- la partecipazione del Direttore Operativo e del Responsabile DIA di AVEN alle attività del Comitato Operativo di Intercent-ER;
- l'attività di coordinamento e raccordo della Direzione Operativa tra Intercent-ER, le Direzioni Aziendali, le strutture (Provveditorati, Servizi di Farmacia, di Ing. Clinica..) ed i professionisti coinvolti nelle gare;
- la partecipazione dei professionisti nominati dalle Direzioni Aziendali alle attività delle commissioni e gruppi di lavoro convocati da Intercent-ER;
- l'attività dei Servizi Provveditorato, dei Servizi di Farmacia ed Ing. Clinica per la trasmissione ad Intercent-ER di tutti i dati (fabbisogni, prezzi, tipologia di prodotti, segnalazioni, variazioni..), sia per la fase di preparazione delle procedure di gara, che per la fase di applicazione delle convenzioni.

Relativamente alle adesioni alle convenzioni Intercent – ER, il valore complessivo degli "ordinativi di fornitura" emessi dalle Aziende associate all'AVEN nel 2011 risulta pari ad € 71.903.475,51.

Si segnala la recente aggiudicazione della gara per l'acquisizione del principio attivo Filgrastim (per il quale sono oggi disponibili farmaci biosimilari) per il consistente risultato economico raggiunto: l'applicazione del nuovo prezzo (10,85€fl vs 49€fl precedente) corrisponde ad un risparmio di quasi 2 ml di euro annui, calcolato sui consumi AVEN dell'anno 2010.

Nel corso del 2011, inoltre, è stata avviata una collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e con la Direzione Generale

Sanità e Politiche Sociali, volta a produrre sinergie per la fase di selezione e valutazione di prodotti specialistici a rilevante impatto dal punto di vista tecnico-scientifico ed economico; tale lavoro è direttamente collegato anche all'espletamento a livello regionale di alcune importanti gare (DM per oculistica, endoprotesi coronariche, farmaci innovativi, biosimilari, materiale protesico), per le quali si cerca di favorire un maggior raccordo e scambio tra le strutture delle 3 Aree Vaste.

Progetto di logistica integrata - magazzino centralizzato
Le attività connesse alla costruzione dell'edificio sono state ultimate e la struttura è stata consegnata dalla ditta appaltatrice. Nel primo semestre 2011 si è proceduto all'aggiudicazione dell'appalto per l'allestimento della struttura e l'affidamento dei servizi connessi alla sua gestione. Non è però stato possibile giungere alla firma del contratto a causa della presentazione, da parte di uno dei soggetti risultati non aggiudicatari, di un ricorso sul quale il TAR si è espresso a novembre. Tale sentenza ha però comportato l'attivazione delle procedure di ricorso al Consiglio di Stato con richiesta di sospensiva cautelare della sentenza del TAR Parma.
È stato elaborato dal Comitato Tecnico e dall'Assemblea e successivamente adottato, da parte di tutte le Aziende AVEN, l'Accordo di programma per la regolamentazione dei rapporti relativi alla gestione del Polo Logistico. Fondamentale per la condivisione del testo è stato il lavoro condotto dai Direttori Amministrativi e dai Responsabili dei Servizi Bilancio delle Aziende AVEN, col supporto della Direzione Operativa per l'approfondimento e la definizione degli aspetti connessi alla gestione finanziaria del magazzino.
Sono proseguiti i lavori del gruppo incaricato di definire le procedure informatiche ed operative finalizzate all'attivazione dell'anagrafica centralizzata dei beni sanitari, che ha concluso la fase preliminare con l'organizzazione di momenti formativi destinati agli operatori delle Aziende interessati.

Adozione e implementazione di nuovi schemi organizzativi
Relativamente a tale settore di attività, la programmazione AVEN prevedeva le seguenti direttrici di attività:

- consolidamento delle attività del Dipartimento Interaziendale Acquisti (di cui sopra);
- proseguimento delle attività della Commissione Farmaco di Area Vasta, con il coordinamento e supporto del CeVEAS: la Commissione Farmaco si è riunita mensilmente, ha provveduto all'aggiornamento del Prontuario Terapeutico AVEN, all'approfondimento del ruolo in terapia di specifici gruppi di farmaci (anche tramite il coinvolgimento capillare dei clinici utilizzatori), a iniziative di monitoraggio/verifica di dati di utilizzo, all'approfondimento di tematiche relative ai farmaci, connesse ai processi di acquisizione;
- definizione di una procedura per la vigilanza e l'attivazione di sistemi di allerta nel caso di difettosità, incidenti, ritiri o altri eventi connessi all'utilizzo di beni sanitari: tale procedura è stata elaborata ed è in corso di validazione presso le strutture interessate delle Aziende associate;
- iniziative per promuovere il coordinamento delle Commissioni Aziendali per i Dispositivi Medici (CADM) e giungere alla costituzione di una Commissione di Area Vasta dei dispositivi medici e materiale protesico. Sono emerse criticità (in termini di risorse) e resistenze che hanno impedito di procedere nell'attivazione di un percorso condiviso. Occorre trovare modalità organizzative più funzionali e coerenti, almeno per i beni sanitari oggetto di centralizzazione logistica, per i quali sarà necessario prevedere anche attività di valutazione e selezione centralizzate.

Integrazione in ambito amministrativo – gestionale e clinico - assistenziale
Sono proseguite, sia pure con modalità diversificate fra gruppo e gruppo, le attività finalizzate al raggiungimento di obiettivi di integrazione sia in ambito amministrativo–gestionale, che clinico–assistenziale.
In particolare si segnala l'attività svolta dai gruppi di area clinico-assistenziale: gruppo referenti specialistica, gruppo laboratori, gruppo responsabili formazione, gruppo prescrizione informatizzata del farmaco (progetto di modernizzazione Prisma), gruppo responsabili dipartimenti di sanità pubblica.
Per quanto concerne i gruppi di area amministrativo-gestionale, si segnalano le attività svolte dal gruppo dei responsabili risorse umane, gruppo normativa appalti, gruppo responsabili servizi di prevenzione e protezione, gruppo assicurazioni, gruppo responsabili servizi bilancio. Infine, si segnala l'attivazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare per la definizione di comuni orientamenti applicativi della Legge 136/2010.

3.4.8.b – Attività in ambito aziendale
Coerentemente con le attività e gli obiettivi degli scorsi anni, il Servizio Acquisti dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia ha mantenuto la priorità di adeguamento ed allineamento alle procedure di acquisto centralizzato a livello regionale (Intercent-ER), con analoga cura su quanto riguarda le acquisizioni di Area Vasta e aziendali.
In questo ambito specifico, le principali procedure portate avanti sono di seguito sintetizzate:

ELENCO GARE 2010/2011 CONCLUSE

- Vertebroplastica
- Locazione Mammografi
- Pensili Ala sud
- Fornitura TNT con gestione di pacchi procedurali
- Prodotti detergenti per centrale di sterilizzazione
- Servizio manutenzione ordinaria e straordinaria dei presidi, dispositivi, sistemi, impianti e attrezzature di protezione antincendio
- Fornitura e installazione di componentistica server Hewlett Packard
- Sistemi di sollevamento e movimentazione pazienti

- Mezzi di sintesi per ortopedia
- Apparecchiature radiologiche portatili per radioscopia
- Arredi ospedalieri speciali per degenza
- Fornitura di segnaletica informativa per la sicurezza
- Fornitura di letti per terapia intensiva
- Apparecchiature per chirurgia radioguidata
- Fornitura in locazione di litotritore extracorporeo ad onde d'urto trasportabile
- Sistemi televisivi per Dialisi
- Fornitura di densitometro osseo

ELENCO GARE AVEN 2010/2011 IN QUALITÀ DI AZIENDA REFERENTE
- Servizio dosimetria personale
- Defibrillatori
- Sistemi di ipotermia in service
- Dispositivi per ossigeno terapia
- Fornitura servizio gestione registro emodinamica
- Servizio dosimetria personale
- Fornitura a somministrazione di paraffina e chiarificante
- Fornitura di abbonamenti a riviste italiane e straniere in unione d'acquisto con AUSL di Reggio Emilia
- Fornitura del servizio di rassegna stampa telematica in unione d'acquisto con AUSL di Reggio Emilia
- Fornitura del servizio di disinfestazione e derattizzazione delle aree ospedaliere e della sedi AUSL in unione d'acquisto con AUSL di Reggio Emilia

ADESIONI A CONVENZIONI INTERCENT-ER ANNO 2010-2011

- Prodotti cartari per uso igienico
- Servizio di vigilanza armata e portierato
- Strumentario chirurgico, container e servizi accessori
- Articoli di laboratorio 2
- Arredi e prodotti per la funzione alberghiera
- Calzature da lavoro
- Noleggio fotocopiatrici 3
- Noleggio materassi antidecubito
- Ecotomografi
- Servizio di manutenzione e verifiche apparecchiature elettromedicali
- Presidi sottovuoto per prelievo di sangue venoso e raccolta e trasporto urine

Altre attività programmate per il 2011, sono riassunte per sommi capi nei punti che seguono.

1. Riassetto del Servizio attraverso l'acquisizione delle attività amministrative connesse alla parte "lavori", integrazione del personale del Servizio con i colleghi trasferiti dal Servizio Attività Tecniche per la gestione delle suddette procedure amministrative e sviluppo delle attività gestite a livello AVEN nel Dipartimento interaziendale acquisti (vedi successivo punto 3);

2. Approfondimenti normativi connessi all'entrata in vigore del Regolamento di esecuzione ed attuazione del D.lgs 163/2006 di cui al DPR 5 ottobre 2010 n. 207 (in G.U. 10 dicembre 2010).

3. Collaborazione alle attività del Dipartimento interaziendale acquisti:

3a Programmazione integrata procedure di gara AVEN
3b Partecipazione ai Gruppi di lavoro attivati in ambito Dipartimentale
3c Formazione integrata con altre aziende in ambito AVEN

4. Prosecuzione attività legate alla Certificazione del Servizio (verifica annuale a maggio 2011).

Si prevede lo sviluppo nel tempo di approfondimenti sulla normativa di parte "lavori" per integrare le competenze già acquisite con quelle del nuovo settore di attività entrato nella gestione complessiva del Servizio, ora denominato "Servizio Appalti".

E' stato portato a pieno regime l'utilizzo del catalogo di richiesta informatizzata dei prodotti a magazzino che consente di effettuare un unico ordine per il fabbisogno dei diversi prodotti.

3.4.9 GESTIONE DELLA CASISTICA CRONICA AD ELEVATO CONSUMO DI RISORSE DI RICOVERO

L'analisi della casistica ospedaliera riguardante pazienti con patologie croniche, spesso con aspetti multidisciplinari, aggravate dall'invecchiamento e che necessita di una sistematica domanda di assistenza ospedaliera di tipo specialistico, viene rilevata presso l'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova attraverso la stima dei ricoveri ripetuti con finestra temporale tra il primo ricovero (ricovero indice) ed il successivo (re-ricovero) di 0-1 giorno e 2-7 giorni.

Esaminando i ricoveri ripetuti con intervallo temporale 0 – 1 giorno, si evidenzia, nel triennio 2009-2011, un andamento sì crescente, ma assai modesto; si passa infatti dallo 0,57% nel 2009 allo 0,71% nel 2011. Si tratta di re-ricoveri quasi sempre con carattere d'urgenza, avvenuti nelle unità operative dell'ASMN e spesso determinati da riacutizzazioni di patologie croniche ed in pazienti anziani (soprattutto cardiovascolare, respiratoria, neurologica), ma co-

munque assolutamente non attribuibili ad artificiosi frazionamenti degli episodi di cura, od a dimissioni eccessivamente precoci rispetto al primo ricovero.

Tabella 3.4.4 - Ricoveri ripetuti con finestra temporale 0-1 gg.

	Ricoveri per acuti a carico del SSN, regime ordinario								
	Anno 2009			Anno 2010			Anno 2011		
	Totale dimessi	Ricoveri ripetuti	% ripetuti	Totale dimessi	Ricoveri ripetuti	% ripetuti	Totale dimessi	Ricoveri ripetuti	% ripetuti
ASMN	29.117	166	0,57	29.858	304	0,67	28.971	300	0,71

(nota; sono esclusi i ricoveri di pazienti neoplastici, quelli attribuiti ai casi di HIV, ai trattamenti di radioterapia ed i re-ricoveri per intervento chirurgico con peso relativo ≥ 1,5 del drg prodotto)

Per quanto riguarda i ricoveri ripetuti con finestra 2-7 vengono analizzati quelli attribuiti ad una stessa MDC-MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORY (in altre parole Drg appartenenti alla stessa Categoria Diagnostica Principale) ed avvenuti nello stesso presidio ospedaliero; si sottolinea che i re-ricoveri dopo 2-7 giorni sono automaticamente tariffati dalla Regione E.R. al 50%, in quanto si ipotizza un minore assorbimento di "risorse" per una patologia già indagata nel primo ricovero.
Anche per questa tipologia di ricoveri ripetuti la percentuale si mantiene costante nel triennio e nel 2011 si attesta ad un 1,36% sul totale dei dimessi. I re-ricoveri dopo 2-7 giorni dal ricovero indice, riguardano principalmente riacutizzazioni e complicanze rispetto alla patologia trattata nel ricovero indice: le prime si riscontrano molto spesso nei pazienti molto anziani affetti da pluri-patologie, mentre tra le complicanze si annoverano i decessi (pazienti neoplastici o grandi anziani) e rientri di pazienti con problematiche meno gravi spesso correlate alla fase post-chirurgica (ritenzioni acute di urina, ematuria, iperpiressia).

Tabella 3.4.5 - Ricoveri ripetuti con stessa MDC e finestra temporale 2-7 gg.

	Ricoveri per acuti a carico del SSN, distribuzione per Azienda								
	Anno 2009			Anno 2010			Anno 2011		
	R ic.C hir reg. ord	con prec ric. med	% prec. ric med	R ic.C hir reg. ord	con prec ric. med	% prec. ric med	R ic.C hir reg. ord	con prec ric. med	% prec. ric med
ASMN	10.631	230	2,16	10.973	204	1,86	11.070	196	1,77

(nota; sono esclusi i ricoveri di pazienti neoplastici, quelli attribuiti ai casi di HIV, ai trattamenti di radioterapia ed i re-ricoveri per intervento chirurgico con peso relativo ≥ 1,5 del drg prodotto)

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 day hospital. La finestra temporale viene determinata dalla differenza tra le due date di ammissione. Si osserva come dal 2009 al 2011, la percentuale del ricovero medico mostri un trend in calo passando rispettivamente dal 2,16% all'1,77%. E' 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.

Tabella 3.4.6 - Ricoveri chirurgici in regime ord. preceduti da un ricovero di tipo medico entro 0 - 15 gg.

Ricoveri per acuti a carico del SSN, regime ordinario								
Anno 2009			Anno 2010			Anno 2011		
Totale dimessi	Ricoveri ripetuti	% ripetuti	Totale dimessi	Ricoveri ripetuti	% ripetuti	Totale dimessi	Ricoveri ripetuti	% ripetuti
29.117	383	1,32	29.858	417	1,40	28.971	393	1,36

3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica ed 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 ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, perché consente di valutare ed 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 viene ricompreso nella definizione di "tecnologia" (non solo apparecchiature, ma anche *devices*, interventi di natura organizzativa e gestionale), nel corso del 2011 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 (*horizon scanning*) e 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 2011 ha posto in uso 1099 nuove apparecchiature per un valore complessivo di 3,53 Milioni di Euro. Oltre all'acquisizione di alcune tecnologie sofisticate quali un microscopio operatorio per Neurochirurgia (180.000 Euro) ed un laser per chirurgia toracica (120.000 Euro), il principale impegno economico dell'Azienda ha riguardato l'acquisizione, tramite noleggio, di 3 mammografi digitali (valore unitario 170.000 Euro).

Il 2011 ha visto l'Azienda Ospedaliera impegnata a realizzare importanti progetti tecnologici, fra i quali sono da ricordare:

- **Progetto "Mammografia digitale"**. Il progetto prevedeva la digitalizzazione di tutte le apparecchiature di mammografia dell'Azienda Ospedaliera (3 apparecchiature nel 2011 ed 1 apparecchiatura nel febbraio 2012) e dell' Azienda ASL (7 apparecchiature) in sostituzione dei vecchi sistemi analogici. La completa attivazione delle nuove apparecchiature digitali è avvenuta all'inizio dell'anno 2012.

- **Acquisizione apparecchiature per l'apertura dell'Ala Sud.** Nel corso del 2011 sono state acquisite le apparecchiature che avevano interferenza con gli impianti della nuova Ala Sud (sistemi a soffitto di sollevamento pazienti per Pneumologia, Neurologia, travi testa-letto per UTIR). E' stata inoltre completata la gara per l'acquisto dei pensili chirurgici da installare nella nuova Rianimazione – TIPO.

- **Progetto Corelab.** Nel corso del 2011 la Commissione giudicatrice ha effettuato la valutazione delle offerte, ha formulato il parere tecnico-sanitario ed è stata aggiudicata la gara. Il 2012 vedrà la graduale migrazione dall'attuale struttura del laboratorio a quella di Laboratorio centralizzato.

- **Attività della Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM).** Nel corso del 2011 la CADM si è riunita regolarmente per la valutazione delle richieste di nuovi dispositivi medici da parte del personale sanitario.

- **Progetto formativo riguardante la sicurezza nell'utilizzo delle apparecchiature biomediche**

Fra le misure richieste dal D.Lgs. 81/08 in materia di sicurezza dei lavoratori, sono senz'altro da includere la formazione e l'addestramento dei lavoratori incaricati dell'utilizzo delle apparecchiature biomediche. A tal fine il Servizio Tecnologie Biomediche ha strutturato nel corso del 2011 un progetto formativo che ha come destinatari:

A)- Personale del Servizio Tecnologie Biomediche
B)- Personale sanitario con funzioni di Tutor delle AB di Struttura dell'Azienda
C)- Studenti del Corso di laurea in Scienze Infermieristiche
D)- Personale sanitario di nuova assunzione e personale sanitario già dipendente dell'Azienda

Nel 2011 è stato realizzato il punto A) del progetto, mentre gli altri punti saranno realizzati in parte nel corso del 2012 e progressivamente nel 2013.

Accreditamento dei diversi Dipartimenti Ospedalieri. Completato l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie, attualmente il percorso prevede le visite per le verifiche di mantenimento dei requisiti per le strutture che hanno conseguito l'accreditamento negli anni trascorsi: nel febbraio 2011 la verifica ha riguardato il Dipartimento di Emergenza Urgenza.

3.5.1.b) Tecnologie Informatiche

Relativamente all'evoluzione dei progetti e delle Tecnologie Informatiche, il 2011 ha rappresentato un anno di impegno significativo nella prosecuzione del piano di informatizzazione ospedaliera e di integrazione con i sistemi informativi dell'AUSL.

Obiettivi, questi, di particolare impegno, che si sono concretizzati attraverso la realizzazione od il consolidamento dei seguenti progetti aziendali riguardanti l'infrastruttura telematica, l'area dell'informatica medica e della comunicazione.

Prosecuzione della segmentazione della rete dati aziendale. E' proseguito il processo di segmentazione della rete dati aziendale, suddivisa in sottodomini per aumentarne il livello di sicurezza ed affidabilità a fronte di una progressiva e continua estensione conseguente alla creazione di nuove strutture ospedaliere. In particolare, si è proceduto con la segmentazione dei seguenti reparti: Laboratorio, Angiologia, Laboratorio Urgenze, Mammografia, Genetica.

Attivazione nuove linee Internet e IP Pubblici. È stata ampliata la larghezza di banda del canale di comunicazione Internet migliorandone contemporaneamente l'affidabilità attraverso il bilanciamento di linee acquisite da provider diversi. Sono stati di conseguenza modificati anche gli IP pubblici.

Informatizzazione della nuova Ala Sud. Il dicembre 2011 ha visto l'inaugurazione del nuovo plesso denominato Ala Sud. Per questo il

STIT ha contribuito con l'implementazione della rete dati sia wired sia wireless e le attività di gestione delle postazioni di lavoro e strumentazioni informatiche (PC, monitor, stampanti, scanner ecc.) per le UU.OO. interessate (DH Unificato medicine, Dermatologia, Studi Medici PS e Medicina d'Urgenza).

Accesso alla rete Internet tramite il wifi ospedaliero per pazienti e accompagnatori. Nel corso dell'anno è stata portata a termine la sperimentazione dell'accesso gratuito al canale Internet tramite la rete wifi ospedaliera per i degenti e i loro parenti e/o accompagnatori.

Introduzione di tecnologie di virtualizzazione per il parco server. E' proseguito il processo volto a diminuire i costi di gestione e ad incrementare la sicurezza e la disponibilità dei sistemi server attraverso l'introduzione di nuovi sistemi ridondati in grado di ospitare un numero elevato di server virtuali.
Nel corso del 2011 è stato completato e messo in produzione un secondo e nuovo ambiente di virtualizzazione.

Potenziamento dell'infrastruttura server in ambito LUV. È stato potenziato il sistema server relativo all'infrastruttura del nuovo LUV (Laboratorio Unico Virtuale) provinciale.

Potenziamento del sistema duale di storage. E' stato potenziato il sistema SAN (Storage Area Network) aziendale, che ha il compito di concentrare la memorizzazione on line delle basi dati aziendali, attraverso l'acquisizione di nuovi cassetti di dischi di alta performance. Il sistema implementa sofisticate tecnologie di business continuity e disaster recovery.

Introduzione tecnologie open. Anche per l'anno 2011 è proseguito il progetto volto ad introdurre software open source nella struttura ospedaliera. Si è in particolare lavorato sull'ambiente office.

Sviluppo della sicurezza informatica. E' iniziato il progetto di un nuovo sistema di Intrusion Detection System al fine di aumentare la sicurezza sulla rete informatica dell'AO. Sul fronte della sicurezza sono stati eseguiti dei penetration test sulla parte wireless.

Sviluppo della gestione documentale. E' proseguita la collaborazione col Polo Archivistico Regionale (PARER) per la conservazione sostitutiva dei documenti digitali e la definizione della bozza del disciplinare tecnico. E' proseguito anche lo sviluppo della procedura documentale al fine di una migliore definizione dei processi e del collegamento delle caselle di posta PEC.

Dorsale Interoperabile (DI). E' stato concluso lo sviluppo della Dorsale Interoperabile provinciale (Repository Clinico, Anagrafe Centralizzata, Order Entry). Sono stati connessi al sistema di Order Entry i sistemi di Radiologia (ASMN), Laboratorio (su scala provinciale), Endoscopia, Screening Mammografico, Screening Colon.

Laboratorio Unico Virtuale (LUV)
E' stata completata la migrazione dei sistemi di laboratorio degli ospedali di Castelnovo ne' Monti, Scandiano, Montecchio e Reggio Emilia (ASMN) verso un sistema unico (LUV). Il sistema è stato integrato con la Dorsale Interoperabile per la ricezione richieste da canale unico (Order Entry) e per la trasmissione esiti via canale unico (Repository).

Repository clinico aziendale/interaziendale (DataWareHouse). E' stata sviluppata l'interoperabilità del sistema, attraverso diverse tipologie di integrazioni basate su standard (XML, HL7), per distribuire i documenti clinici ai sistemi di reparto. Il sistema è stato configurato per notificare automaticamente i referti di interesse al centro screening e per inviare ai reparti di degenza i referti di laboratorio di competenza tramite applicativo GST (sia in AUSL che in ASMN).

Sistema di gestione ordini interoperabile (CPOE). E' stato esteso a coprire tutti i flussi di radiologia ASMN, i flussi di richieste di laboratorio su scala provinciale (con invio delle etichette) ed altri flussi di richiesta minori.

Lettera di Dimissione informatizzata. Estensione dello strumento a completare i reparti di degenza e DH dell'ospedale. Predisposizione all'invio della LDD al MMG via circuito SOLE.

Refertazione Ambulatoriale/Interni. E' stata estesa ai restanti reparti la "ricetta elettronica" (limitatamente alle prestazioni aggiuntive). E' stato attivato il sistema di "refertazione per interni" a coprire le funzionalità di consulenza e redazione documenti clinici su pazienti ricoverati (o in DH).

Sistema di Sala Operatoria. Il sistema è stato esteso a tutti i comparti operatori. Sono state attivate le funzionalità di check-in di comparto (con identificazione paziente), gestione dei materiali (kit procedurali), gestione delle checklist preoperatorie, gestione delle checklist progetto SICHER (progetto regionale di monitoraggio infezioni operatorie).

Sistemi Informativi a supporto della Ricerca
E' stato attivato il "Portale Ricerca", strumento di accesso a informazioni relative all'attività di ricerca IRCCS e ASMN. A supporto di tale strumento sono stati attivati il "Registro Progetti Ricerca", il "Registro Ricercatori", il sistema di gestione della produzione scientifica (in carico gestionale alla Biblioteca Interaziendale) ed il sistema di rendicontazione verso il Ministero (Workflow Ricerca).

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'anno 2011 è proseguito il miglioramento degli indici fondamentali costituiti, principalmente, dal numero di referti di Laboratorio Analisi, Radiologia e Specialistica restituiti al MMG a fronte della impegnativa di richiesta. Si evidenzia il perdurare di alcune difficoltà legate alla prenotazione on line di prescrizioni complesse basate su test molto specialistici o su più ricette; problematiche che si verificano essenzialmente per le prestazioni di laboratorio analisi, ma che saranno superate con l'implementazione del modello di restituzione dei documenti clinici conseguente alla normativa regionale sul consenso.
Per quanto attiene l'invio a SOLE di altre notifiche/documenti clinici (ricovero e dimissione, lettera di dimissione da ricovero o PS), si è proceduto alla progettazione e realizzazione dei moduli software necessari per implementare i processi secondo la normativa sulla privacy su base regionale.

Progetto SPARTA (Supporto al Piano Attuativo Regionale per il contenimento dei tempi di attesa)
In accordo con l'Azienda USL si sta procedendo all'applicazione dei vari punti relativi alla circolare 10/07 sul monitoraggio dei tempi di attesa, anche se alcuni di essi, relativi direttamente alla gestione del programma CUP provinciale a gestione AUSL, potrebbero avere dei rallentamenti a causa delle modifiche consistenti da apportare al gestionale.

Progetto SIGLA (Sistema integrato di gestione delle liste di attesa per ricoveri ospedalieri)
Il sistema è stato portato a regime. Il personale interessato è stato formato sull'utilizzo del programma.

Progetto MAPS (Sistema di monitoraggio dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale)
Per garantire e agevolare la gestione e il monitoraggio dell'offerta effettiva a CUP, l'Azienda Ospedaliera ha sviluppato alcuni applicativi informatici che consentono di analizzare una serie di indicatori: tempi di attesa, offerta, apertura e chiusura delle liste, mobilità intra-aziendale. Sono a prenotazione CUP tutte le prestazioni ambulatoriali tranne alcune prestazioni che richiedono una valutazione specialistica preventiva (Radioterapia e Medicina Nucleare).
La Direzione Medica Ospedaliera e l'Ufficio Gestione Risorse monitorizzano periodicamente l'andamento delle agende informatizzate, al fine di mettere a disposizione dei Direttori di Struttura elementi di valutazione sull'andamento dell'offerta. Per garantire la completezza dell'informazione vari tipi di report vengono inviati ai Direttori di Struttura, così strutturati:

- tempo di attesa - mediana delle prime disponibilità
- tempo di attesa – retrospettivo
- giorni senza disponibilità
- offerta teorica settimanale
- offerta reale settimanale
- pazienti in lista nel mese
- totale casi entro soglia
- Indice di Performance %

Vengono inoltre indicati i giorni di apertura delle agende nell'arco del mese per valutare sia eventuali chiusure parziali di posti precedentemente messi a disposizione sia chiusure complete dell'agende. I dati vengono aggregati per tipologie omogenee di esami e per Struttura di erogazione e poi proiettatati in un andamento annuo divisi nei singoli mesi.

Integratore CUP
Al momento l'Azienda Ospedaliera nella figura di un suo referente ha partecipato regolarmente agli incontri e si stanno valutando i criteri di erogazione e prenotazione delle prestazioni in oggetto.

Progetto PROFILER
Tutte le schede di monitoraggio sull'edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico vengono regolarmente compilate ed inviate.

Call center numero verde regionale
La banca dati aziendale è stata aggiornata ed allineata secondo i criteri forniti dalla Regione e viene regolarmente aggiornata dal personale dell'ufficio URP aziendale preposto per tale attività.

3.5.2 INNOVAZIONI STRUTTURALI

Prosecuzione del programma di adeguamento delle strutture aziendali a destinazione sanitaria

La Direzione Aziendale, nell'arco di poco più di un decennio, ha investito fortemente in un progetto di ammodernamento strutturale e tecnologico dell'Ospedale di Reggio Emilia, recentemente costituitosi

in Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.) in *Oncologia per Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali,* 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 Legge Regionale 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, nonchè 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 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 Marzo 2000 " *Atto di 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 ad una previsione di 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), 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 ed 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 ed il trasferimento di funzioni già esistenti presso l'Azienda Ospedaliera ASMN 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) ed il potenziamento dei flussi verticali e orizzontali, riducendo le distanze ed i tempi di percorrenza, permette di garantire una presa in carico globale dell'utente e della sua famiglia ed una maggiore flessibilità nelle risposte assistenziali.
La realizzazione di un'aggregazione funzionale e logistica favorisce, inoltre, una migliore organizzazione del lavoro ed 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 2011:

- Realizzazione di Laboratorio preparazione radiofarmaci della medicina nucleare al piano primo dell'omonimo padiglione, per adempimento a sopravvenuta normativa di buona preparazione e per l'installazione di apparecchiature finalizzate alla preparazione dei radiofarmaci.
- Ampliamento degli spazi dedicati alla sezione di Terapia Radiometabolica afferente alla Medicina Nucleare con realizzazione di due nuove stanze di degenza e locali annessi al piano terra del padiglione Radioterapia e Medicina Nucleare.
- Progettazione e trasferimento al terzo piano del Padiglione Spallanzani di parte del servizio trasfusionale relativamente al laboratorio tipizzazione tissutale e crioconservazione.
- Realizzazione di Centrale di gestione emergenze, al piano terra, Corpo "A", del Monoblocco ospedaliero.
- Cantieramento per la realizzazione delle passerelle sui lati sud e nord per il collegamento ai piani (2°-3°-4°-5°) tra il corpo "A" (Corpo anteriore dell'Arcispedale) ed il corpo "B" del Monoblocco storico.
- Ristrutturazione dell'Area ex-Radiologia piano 1° Corpo A e trasferimento di Studi/Ambulatori destinati alla Neonatologia, Segreteria di ostetricia Ginecologia nonchè per uffici amministrativi/studi medici.
- Trasferimento del day Hospital Ematologico presso la nuova sede sul lato sud del piano 4° del Corpo A, in attesa del trasferimento nel nuovo Polo Onco-ematologico (Superficie complessiva 507 metri quadri, Posti letto day hospital 6, Ambulatori 8).

- Ristrutturazione del 4° piano Corpo A e trasferimento delle relative funzioni: Neuropsichiatria Infantile, Settore Ambulatoriale di Pediatria, Genetica Clinica.
  La ristrutturazione del 4° piano Corpo A è stata finalizzata a: adeguare gli spazi e gli ambienti alle norme in materia di Autorizzazione e Accreditamento delle Strutture Sanitarie; migliorare l'accoglienza ed il comfort alberghiero per pazienti ed i loro accompagnatori.
  Nei luoghi dove soggiornano o accedono i pazienti (degenze, ambulatori) e negli ambienti di lavoro sono stati raggiunti elevati livelli di comfort ambientale, sfumandone le connotazioni tipicamente ospedaliere.
  Grazie all'utilizzo di materiali e colori più gradevoli, ad un mix più confortevole fra illuminazione naturale ed artificiale, all'attenta scelta degli arredi, gli ambienti risultano, infatti, più familiari ed accoglienti; aperti, quindi, alle relazioni ed in grado di favorire il benessere psico-fisico di pazienti, medici, operatori sanitari e visitatori.
- Progettazione nuova sede della Struttura di Endocrinologia al piano 1° Corpo C lato Nord
- Progettazione della ristrutturazione della S.C. di Pediatria – 3° piano Corpo A
  - Creazione di stanze di degenza da 2 o 1 posto letto, con servizio igienico dedicato, realizzate in modo da consentire al genitore che assiste il bambino di disporre di un letto al fianco del bambino (la degenza occuperà un'area di 886 mq)
  - più posti letto di day hospital su una superficie di 250 mq
  - maggiore comfort per pazienti e famigliari per trasformare la Pediatria in un ambiente stimolante e interattivo, all'interno del quale i bambini possano affrontare con serenità la malattia
  - un'adeguata dotazione di ambulatori e locali di supporto per l'espletamento delle attività assistenziali ed alberghiere
  - ambulatorio ecografico neonatale
  - creazione di una grande ludoteca, dove il bambino possa giocare, incontrare gli amici e la famiglia, con la conseguente auspicabile sensazione di normalità di vita.
- Progetto relativo ai lavori di ristrutturazione per la ricollocazione della Neonatologia al piano 1 Corpo C lato Nord

Negli spazi lasciati liberi a seguito del trasferimento della Rianimazione in Ala sud è prevista la ricollocazione della Neonatologia.
La Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dell'ASMN costituisce, dal 2002, l'unico centro neonatologico di III livello provinciale ed accoglie i neonati dell'intera provincia che necessitano di una assistenza intensiva o subintensiva.
La Neonatologia va ad occupare un'area di 470 mq al piano 0 Corpo C e 509 mq al piano -1 del Corpo.
Al piano 0 sarà collocata l'area dedicata all'assistenza intermedia ed intensiva e gli ambienti/spazi di supporto (guardiola infermieri, locale coordinatore, area soggiorno nutrici ecc.) più strettamente collegati all'attività assistenziale.
Al piano – 1 sarà destinato alla creazione di spazi di supporto vari, depositi.

- Ampliamento Comparto operatorio ostetrico ginecologico e realizzazione di nuove sale parto
  Negli spazi lasciati liberi a seguito del trasferimento della Neonatologia sarà possibile ampliare il Comparto operatorio ostetrico – ginecologico ed aumentare il numero delle sale parto.

Inaugurazione Ala Sud

Il corpo di fabbrica - Ala Sud completa il fabbricato di Ampliamento (2003 attivazione Corpo D –E e nel 2009 inaugurazione Ala Nord) riprendendone i criteri progettuali, le caratteristiche architettoniche esterne, il modulo distributivo interno, i percorsi.
Il Corpo di Fabbrica Ala Sud comprende 5 piani fuori terra e un seminterrato per complessivi 13.200 mq (nuovo fabbricato 10.200 mq a cui si aggiungono 3000 mq di superficie esistente ristrutturata) dove trovano collocazione: Day Hospital Polispecialistico, il reparto di Pneumologia con 4 posti letto di Terapia Semintensiva Respiratoria, il reparto di Neurologia con 12 posti letto di Stroke Care, il Servizio di Dermatologia e una nuova Rianimazione con posti letto di Terapia Intensiva Post operatoria.
Al 4° piano è prevista la realizzazione di un nuovo Comparto operatorio e, in copertura, di una elisuperficie.
Il 5°piano è interamente occupato dagli impianti tecnologici necessari al funzionamento del polo.
I lavori, iniziati nel 2006, hanno comportato un investimento complessivo di 28,35 milioni di euro.
La realizzazione dell'Ala Sud permette il trasferimento, nel nuovo fabbricato di ampliamento, di attività sanitarie complesse e ad alto contenuto tecnologico ora collocate presso lo storico Monoblocco e nei Padiglioni fisicamente separati dal complesso ospedaliero (Rianimazione, Terapia Semintensiva Respiratoria, TIPO, Neurologia) e, al contempo, la ristrutturazione e riqualificazione degli spazi liberatisi negli storici corpi di fabbrica in modo da garantire alle restanti strutture maggiori spazi e servizi più adeguati e rispondere al meglio alle esigenze dei pazienti, dei familiari e degli operatori.
Grande attenzione è stata rivolta alla progettazione dei luoghi dove soggiornano o accedono i pazienti (degenze, ambulatori, diagnostiche) e degli ambienti di lavoro, così da realizzare spazi di qualità, dotati delle tecnologie più avanzate ma anche confortevoli, accoglienti tali da favorire le relazioni ed il benessere psico-fisico di pazienti, medici, operatori sanitari e visitatori (microclima, comodità nei servizi, superamento delle barriere architettoniche).
Tutte le stanze di degenza hanno letti e poltrone elettrificati e servizi igienici dedicati e accessibili anche alle persone diversamente abili.
I letti sono a 3 snodi (il paziente può assumere diverse posizioni sia

terapeutiche che di comfort), elevabili (l'altezza variabile facilita la movimentazione del paziente ed il rifacimento del letto) e manovrabili elettricamente, anche da parte del paziente stesso. I comodini, dotati di ruote, sono facilmente spostabili e hanno il piano d'appoggio girevole ed inclinabile. I tavoli sono facilmente chiudibili per migliorare l'accessibilità alla stanza con barelle e carrozzine.
Il parco tecnologico è stato quasi completamente rinnovato.
Nei reparti di Pneumologia, Neurologia e Rianimazione-TIPO è stato, inoltre, previsto un sistema di sollevamento a soffitto per la movimentazione dei pazienti, in sicurezza, da parte degli operatori sanitari.

Nuovo fabbricato "Centro Onco – Ematologico"
Nel giugno 2011 sono stati avviati gli scavi per il cantieramento del Centro Onco-ematologico.
Il progetto del nuovo padiglione ospedaliero nasce dalla volontà di assicurare maggiori spazi e servizi più adeguati ai pazienti oncologici, al fine di favorire ulteriormente la presa in carico globale dell'utente e della sua famiglia, di creare un ambiente favorevole anche per la ricerca e la didattica. Il "Centro Oncoematologico" è una struttura pluripiano (6 piani), di circa 13.000 mq di superficie utile, che ospiterà i reparti di Ematologia ed Oncologia (degenza ordinaria – piano 2, day hospital, ambulatori – piano 1), 6 sale di endoscopia Digestiva (piano 0), reparto di Chirurgia oncologica (piano 3) e una nuova Centrale Antiblastici (piano 4).

3.5.3 NUOVE SOLUZIONI ORGANIZZATIVE

Progetto di riorganizzazione ospedaliera ispirato al modello per intensità e complessità di cura

Diverse ed 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 di 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 che 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 stato proposto ed 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 quello di 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 ed 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.
Si rende pertanto necessario ripensare in maniera diversa l'organizzazione dei reparti di assistenza 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 quello di 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.
Il Collegio di Direzione, nella seduta del 18/1/2011, ha approvato la metodologia di lavoro e le tappe per la realizzazione del progetto:
o elaborazione della cornice di riferimento;
o attivazione di due gruppi di lavoro di 10 professionisti + 1 Coordinatore (nessun Apicale e rappresentativi di tutte le professioni sanitarie), entrambi con il medesimo mandato (elaborare un proposta complessiva), nominati per metà dai Direttori di Dipartimento/RID e per metà dalla Direzione Aziendale;
o organizzazione di un momento formativo rivolto ai componenti dei due sottogruppi, al Collegio di Direzione ed alle funzioni di Staff;
o elaborazione del progetto da parte dei due gruppi e successivo invio al Collegio di Direzione;
o elaborazione della proposta definitiva da parte del Collegio di Direzione.

Il percorso, che si è sviluppato durante tutto il corso del 2011, è stato impegnativo, ma ha visto un'ampia partecipazione dei professionisti a vari livelli.
Nel 2011 si sono svolti:
- 8 incontri del Collegio di Direzione
- 6 incontri dei due sottogruppi di lavoro
- incontri con i Comitati di Dipartimento
- incontri con i Direttori delle Strutture
- incontri tra Direzione Medica, Direzione delle Professioni Sanitarie e Servizio Tecnico
- 1 seminario formativo per il Collegio di Direzione

- 3 seminari formativi per Direttori e Coordinatori.

Il percorso di riflessione portato avanti dai due sottogruppi di lavoro ha consentito l'elaborazione di una prima proposta di riorganizzazione, che è stata rielaborata nell'ambito del Collegio di Direzione con individuazione dei punti salienti e delle piattaforme da sviluppare già a far tempo dal 2012:

- **Area Emergenza Urgenza**: implementazione di un'area integrata con unico punto d'accesso che comprenda i settori di:
- Medicina d'Urgenza,
- Osservazione Breve Intensiva,
- *Admission Unit*: accoglie i pazienti in attesa di ricovero, riducendo il tempo di stazionamento in Pronto Soccorso e garantendo la successiva destinazione verso il reparto più appropriato,
- *Discharge Room:* accoglie i pazienti in attesa di dimissione (attesa dei famigliari o ambulanza per il trasporto), rendendo più tempestivamente disponibili i posti letto per nuovi ricoveri.

• **High Care**: implementazione di due aree, medica e chirurgica, ad alta intensità di cura. L'area di High Care è dedicata a pazienti affetti da patologie acute gravi caratterizzate da alterazione di una o più delle funzioni vitali o degli organi vitali, che necessitino di un monitoraggio frequente di tali parametri e/o di terapie complesse con necessità di monitoraggio specifico durante il trattamento.

• **Area Low Care**: implementazione di un'area di degenza a più basso grado di assistenza per pazienti che, superato l'evento critico, necessitano di un congruo periodo di stabilizzazione e recupero delle condizioni di salute antecedenti.

• **Week care**: implementazione di un'area di degenza breve che consente la gestione clinica dei pazienti in regime di ricovero, ma con un orizzonte temporale massimo di 5/6 giorni consecutivi. Area destinata ai soli ricoveri programmati.

• **Medicina Interna ad indirizzo oncologico**: proposta di creazione di una Struttura da destinare ai pazienti oncologici instabili con problematiche acute, con la possibilità di sperimentare nuovi modelli assistenziali nell'area oncologica (medicina palliativa e simultaneous care).

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.

4.1 La "carta di identità" del personale

4.1.1 POLITICHE DI GOVERNO AZIENDALI IN ATTUAZIONE AI PIANI PLURIENNALI ED ALLE LINEE DI 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 complessive registrate nel periodo 2009-2011, presso l'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova, sono da relazionarsi in rapporto al raggiungimento degli obiettivi regionali e alle politiche di governo delle risorse umane, secondo le direttrici determinate dal quadro normativo nazionale, con particolare riferimento al Patto per la Salute, sottoscritto tra Governo e Regioni il **3 dicembre 2009**, alle Leggi Finanziarie e ai provvedimenti c.d. Anti Crisi, nonché dalle Linee di programmazione emanate a livello regionale con le quali sono stati fissati gli obiettivi di salute ed economico/finanziari da raggiungere in ciascuna Azienda Sanitaria ed Ospedaliera. A seguito del processo di concertazione Aziende Sanitarie/Regione in tema di risorse umane, sono state definite le azioni da intraprendere per assicurare, nell'ambito di ogni azienda, il regolare funzionamento dei servizi sanitari e l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Le dotazioni organiche, necessarie per il mantenimento dei livelli quali/quantitativi dei servizi, sono state costantemente monitorate, rinviando a specifiche valutazioni le assunzioni per la copertura dei posti vacanti o le sostituzioni del personale assente dal servizio.
Dalle tabelle che seguono si evince che l'incremento di personale dipendente intervenuto nel triennio 2009-2011, è quantificabile complessivamente in 17 unità, derivanti prevalentemente da un aumento del personale appartenente all'area della Dirigenza per effetto di processi di stabilizzazione del lavoro precario a fronte di un sostanziale equilibrio per il personale dell'area del Comparto.

4.1.2. PROFILO DEL PERSONALE

Il dato riguardante l'insieme del personale presente all'interno dell'azienda alla data del 31.12.2011, secondo i dati forniti dal Sistema Informativo Aziendale, non evidenzia scostamenti rilevanti rispetto agli esercizi precedenti. In questo paragrafo dedicato alle caratteristiche del personale vengono analizzati nel dettaglio il tipo di rapporto contrattuale, la suddivisione in categorie professionali, il genere, l'età anagrafica, ecc., per fornire un quadro completo delle persone che lavorano in Azienda.

4.1.2.a) Tipologia Contrattuale

L'analisi dei dati inerenti la tipologia contrattuale evidenzia che il personale dell'Azienda è costituito prevalentemente da dipendenti del SSN con rapporto di lavoro subordinato . Il numero dei professionisti con contratti di lavoro flessibili, legati prevalentemente all'espletamento di progetti aziendali, ha registrato nel triennio un leggero incremento.

Tabella 4.1.1 – personale presente al 31.12 per tipologia contrattuale

ANNO	DIPENDENTI	ALTRO PERSONALE (incarichi L.P. ,co.co.co, con contratto di formazione - lavoro , borsisti)
2009	2824	114
2010	2824	126
2011	2841	134

4.1.2.b) Categorie del personale dipendente.

Tabella 4.1.2 – personale per categoria professionale

ANNO	2009	2010	2011
DIRIGENTI MEDICI	438	451	451
ALTRI DIRIGENTI (SANITARI - A.P.T.)	72	78	78
PERSONALE INFERMIERISTICO	1148	1138	1145
PERSONALE OSS,OTA, AUSILIARI	403	406	410
PERSONALE TECNICO SANITARIO	313	312	316
PERSONALE AMMINISTRATIVO	230	227	228
ALTRO PERSONALE	220	212	213
TOTALE	2824	2824	2841

4.1.2.c) ANAGRAFICA DEL PERSONALE

In ambito aziendale la componente femminile del personale si conferma prevalente anche per il triennio 2009-2011, con una percentuale del 72% circa sul totale degli operatori. Il dato delle donne occupate è stabile rispetto al 2010 mentre registra una leggera flessione negativa considerando l'arco temporale del triennio.

Tabella 4.1.3 – anagrafica del personale

		2009	2010	2011
DIR. MEDICI	M	256	255	259
	F	159	183	192
ALTRI DIRIGENTI	M	24	25	30
	F	42	47	48
PERS. INFERM.	M	210	209	224
	F	939	939	921
OTA, OSS, AUSIL.	M	57	81	88
	F	291	322	322
TECNICI SANIT.	M	70	70	72
	F	234	243	244
PERS. AMM.VO	M	29	28	32
	F	200	202	197
ALTRO PERS.	M	93	96	98
	F	127	124	114
TOTALE	M	739	764	803
	F	1992	2060	2038

Tabella 4.1.4 – personale per tipologia di contratto

		2009	2010	2011
DIR. MEDICI	pieno	435	448	449
	parziale	3	3	2
ALTRI DIRIGENTI	pieno	72	78	78
	parziale			
PERS. INFERM.	pieno	986	977	988
	parziale	162	161	157
OTA, OSS, AUSIL.	pieno	372	376	386
	parziale	31	30	24
TECNICI SANIT.	pieno	260	261	268
	parziale	53	51	48
PERS. AMM.VO	pieno	191	192	193
	parziale	39	35	35
ALTRO PERS.	pieno	192	186	192
	parziale	28	26	21
TOTALE	pieno	2508	2518	2554
	parziale	316	306	287

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. Complessivamente si registra un minor numero di passaggi a tempo parziale in parte dovuto all'intervento della normativa nazionale in materia, di cui all'art. 73 DL 112/2008 convertito con modificazioni in Legge 133/2008.

Per il personale della Dirigenza il fenomeno si mantiene esiguo per effetto della specifica disciplina contrattuale (CCNL Integrativo del 22.2.2001), che permette l'accesso al tempo ridotto, da parte dei Dirigenti, solo in presenza di determinate condizioni (es. esigenza di assistenza ai figli minori o particolari necessità a livello familiare).

4.1.2.e) TURN OVER 2011

Il dato complessivo dei dipendenti usciti a vario titolo nel 2011 rispetto al 2010 non registra variazioni di rilievo (251 contro 250),. Il dato relativo ai pensionamenti risulta costante nel 2011 (43 contro 44), così come il dato dei cessati per termine incarico (98 contro 95), prevalentemente correlato alla scadenza di contratti stipulati per fronteggiare le ferie estive. In calo il dato riferito alle dimissioni premature (68 contro 85) e in aumento il dato degli operatori in mobilità verso altre Aziende rispetto allo scorso anno (42 contro 26).

Tabella 4.1.5 – dipendenti usciti nell'anno 2011

Dipendenti usciti a vario titolo nell'anno.	
	a.2011
PENSIONAMENTI	43
DIMISSIONI PREMATURE	68
TERMINE INCARICO	98
MOBILITA' VERSO ALTRE AZIENDE	42
TOTALE	251

Tabella 4.1.6 – nuovi ingressi 2011

TOTALE ASSUNTI	DI CUI DA ALTRE AZIENDE DEL SSR
260	6

4.1.2.f) NUOVI INGRESSI 2011

La tabella comprende sia gli assunti a tempo indeterminato che quelli a tempo determinato nel corso dell'anno 2011. 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.

4.1.2.g) RIPARTIZIONE PER CLASSI DI ETA'

Dai dati riportati si conferma anche per il triennio 2009-2011 che la fascia di età prevalente risulta quella compresa tra i 45 e 54 anni, seguita dalla fascia dei 35-44 e da quella dei neo assunti di età inferiore o pari a 35 anni.

Tabella 4.1.7 – Classi età personale dipendente

CLASSI DI ETA'	<= 34			35-44			45-54			55-64			>=65			Totale		
ANNI	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
DIRIGENTI MEDICI	46	54	46	123	128	135	145	152	144	121	117	124	3	0	2	438	451	451
ALTRI DIRIGENTI (SANITARI - A.P.T.)	11	13	10	18	20	23	21	25	27	21	19	17	1	1	1	72	78	78
PERSONALE INFERMIERISTICO	352	324	310	469	453	435	274	298	335	53	63	65		0		1148	1138	1145
PERSONALE OTA,OSS,AUSILIARI	101	92	83	145	149	145	138	141	150	19	24	32		0		403	406	410
PERSONALE TECNICO SANITARIO	54	52	57	102	90	89	118	125	124	38	44	46	1	1		313	312	316
PERSONALE AMMINISTRATIVO	26	25	22	83	71	66	98	107	114	23	24	26		0		230	227	228
ALTRO PERSONALE	14	13	16	60	60	48	99	96	97	47	43	52		0		220	212	213
TOTALE	604	573	544	1000	971	941	893	944	991	322	334	362	5	2	3	2824	2824	2841

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) al rango di organo delle aziende sanitarie pubbliche, affianca gli altri due organi dell'Azienda, il Direttore generale ed il Collegio dei Sindaci Revisori. Al Collegio, che costituisce primario strumento di 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 di innovazione.
L'organo, presieduto dal Direttore Sanitario, si presenta dal 2006 in una configurazione istituzionale che vanta una partecipazione numericamente ampia, con caratteristiche di interdisciplinarietà, corrispondendo in tal modo alle cruciali funzioni che la riforma regionale gli attribuisce ed 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 ed 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 ed 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 della intensità di cura e della complessità assistenziale del paziente, ha visto il fattivo contributo del Collegio di Direzione lungo tutto il 2011, sin dal mese di gennaio, impegnandolo anche in sedute straordinarie ad 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 ad 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. Il documento contenente l'assetto organizzativo ritenuto più rispondente alla realtà aziendale e territoriale è stato approvato all'unanimità dal Collegio, a distanza di un anno esatto dall'inizio dei lavori.
Gli altri temi affrontati dal Collegio di Direzione nel corso del 2011, 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,
- programmazione di attività clinico-assistenziali
- programmi di gestione del rischio clinico,
- tematiche relative al technology assessment,
- tematiche relative alla formazione dei professionisti,
- progetti di massima ed esecutivi dell'evoluzione strutturale ed 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 DI PROFESSIONISTI

Le attività del governo clinico, in particolare la gestione della qualità dei servizi offerti ai pazienti, la pianificazione della formazione aziendale degli operatori, la comunicazione intra ed extraziendale e, non ultima, la gestione delle attività di innovazione e ricerca, si fondano su *reti di professionisti* trasversali a tutto l'organigramma aziendale ed alle funzioni.

• Rete per la qualità e l'accreditamento

L'Ufficio Qualità e Accreditamento 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 quello 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 ed abi-

lità dei professionisti per il miglioramento delle prestazioni ai pazienti. La formazione è un sistema strutturato in reti: reti dei referenti di Unità Operativa, di Dipartimento, delle Professioni Sanitarie e di Dirigenti. La rete della Formazione è in staff alla direzione dipartimentale e rappresenta un'infrastruttura professionale che l'azienda predispone per lo sviluppo delle singole fasi necessarie a realizzare le funzioni di formazione. Lo staff è composto da due referenti dipartimentali della formazione e da 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 nella gestione delle funzioni trasversali, rappresentate dalle reti dell'accreditamento, della comunicazione e della ricerca, e della Formazione utilizzata come leva del cambiamento da tutte le altre Reti. Le competenze possedute dai referenti dipartimentali rappresentano una risorsa per lo sviluppo se sono gestite in modo integrato.
La Rete della formazione determina:

- le priorità dei progetti/eventi formativi in base alle esigenze cliniche di innovazione e ricerca.
- il PAF Dipartimentale in collaborazione con il Servizio Formazione e Innovazione Clinica
- i 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
- il curriculum dei singoli professionisti recuperando la formazione effettuata all'esterno sostenendo costi e impegnando ore di attività, da rendicontare presso gli appositi uffici aziendali
- lo sviluppo professionale continuo contribuendo anche all'acquisizione di competenze gestionali e metodologiche in tema di formazione continua da parte del referente dipartimentale
- 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 di interesse pratico promuovendo l'attività di formazione sul campo prodotta dallo Servizio Formazione.

La rete della formazione in tutta la sua articolazione trova evidenza delle attività nel sito intranet aziendale ed i risultati dell'attività propria sono riportati nel punto 4.6 di questo Bilancio di Missione.

• Rete dell'Osservatorio per la ricerca ed Innovazione Aziendale (O.R.I.A.):
Il network O.R.I.A si identifica come osservatorio che consente di procedere alla ricognizione sistematica delle attività di ricerca e miglioramento presenti nei singoli dipartimenti o aree, della produzione scientifica e delle attività di relazioni scientifiche realizzate direttamente o per il tramite di adesione/appartenenza a società scientifiche.
L' attività realizzata da O.R.I.A. ha il suo hardware nel sito della biblioteca medica, che raccoglie tutti i saperi scientifici aziendali prodotti all'interno dai professionisti ed acquisiti per arricchire le conoscenze.

Di seguito sono evidenziate le relazioni internazionali dell'anno 2011

2011	COLLABORAZIONI APERTE CON:
	Partecipazione al: **11th Eleventh Course "Neuroradiology e Funtional Neuroanatomy"** Londra (Inghilterra) 11-14 Aprile 2011 Dirigente Medico, U.O. di Anatomia Patologica, ASMN
	Partecipazione al: **"London Dermatopathology Symposium"** Londra (Inghilterra) 28 - 29 Aprile Dirigente Medico, U.O. di Anatomia Patologica, ASMN
	Attivazione dell'evento formativo: **"Ruolo dell'Ecografia nel paziente critico"** Reggio Emilia, ASMN, U.O. Malattie Infettive 12 Aprile Medico, Hospital Ambrose-Parè Parigi (Francia)
	Stage presso: **Hospital Clinico di Barcellona** Barcellona (Spagna) Luglio Medico Dermatologo, U.O. di Dermatologia, ASMN

	Stage presso: **Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Università of Miami Miller School of Medicine** Miami (USA) Agosto - Ottobre Psicologa, U.O. di Neurologia, ASMN
	Partecipazione al: **22° European Meeting on Dysmorphology** Strasburgo (Francia) 07-10 Settembre Dirigente Medico, Genetica Clinica, ASMN
	Attivazione dell'evento formativo: **"HOW IMRT IS CHANGING SINCE ITS FIRST USE IN ITALY"** Reggio Emilia, ASMN, U.O. Radioterapia, U.O. Fisica Medica 21-22 OTTOBRE Fisico Medico, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston (USA) Fisico Medico, The University Of Wisconsin, Madison (USA) Medico Radioterapista, NYU Medical Oncology, New York (USA) Medico Radioterapista, UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center, Los Angeles (USA) Fisico Medico, Liverpool Cancer research UK Centre, Liverpool (UK)
	Stage presso: **Ospedale Hotel Dieu** Parigi (Francia) Novembre Dirigente Medico, Struttura complessa di CH Toracica, ASMN

Inoltre l'ASMN è sede dei tirocini previsti per le diverse professioni sanitarie , tecniche ed 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.

4.2.3 COMMISSIONI AZIENDALI PARITETICHE

In ottemperanza alla vigente normativa e 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 state attribuite funzioni propositive in tema di sviluppo e verifica dell'attività libero-professionale.
Nel corso dell'anno 2011 la Commissione si è riunita per affrontare le problematiche connesse:

1. alla possibilità per i dipendenti che usufruiscono dei permessi retribuiti in virtù della Legge n. 104/92, di effettuare attività libero-professionale;
2. alla eventuale revisione del regolamento dell'attività libero-professionale.

4.2.3.b) Comitato Unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni – C.U.G.

Con delibera del Direttore Generale n. 118 del 19.10.2011 è stato istituito 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. Tale Comitato,che rimane in carica per un quadriennio, sostituisce, unificando le competenze in un unico organismo, i precedenti Comitati per le Pari Opportunità e i Comitati sul fenomeno del Mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge e dai contratti collettivi o da altre disposizioni.
Il C.U.G. è rivolto quindi a tutti i dipendenti dell'area Comparto e dell'area

Dirigenza ed ha una composizione paritetica essendo formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza di entrambi i generi. Le modalità di funzionamento sono disciplinate da Linee Guida contenute nella direttiva emanata in data 4.3.2011 di concerto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri e da un regolamento di funzionamento che i membri del CUG sono chiamati ad approvare. Per quanto riguarda i compiti del C.U.G., che opererà in collaborazione con la Consigliera/e Nazionale e Regionale di parità, sono di tipo propositivo, consultivo e di verifica, con l'obiettivo di contribuire all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo o dal contrasto di qualsiasi forma discriminatoria. Il C.U.G. dell'ASMN riunitosi per la prima volta nel mese di Novembre, lavora in un'ottica di continuità con i precedenti Comitati Mobbing e Pari Opportunità e prosegue nell'attuazione dei progetti/azioni positive già elaborati con particolare riferimento al Piano Triennale di azioni positive approvato, su proposta del CPO Dirigenza, dal Direttore Generale con delibera n. 119/2010, al fine di monitorare l'andamento e lo sviluppo degli stessi, esaminando altresì i risultati raggiunti tramite la loro realizzazione.

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 2011 ed il successivo incontro di verifica con tutti i dipartimenti, ha permesso di dare continuità ad 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 2011 il seguente percorso, ormai formalizzato:

- 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.

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

4.3.1. OBIETTIVI DI SALUTE E SICUREZZA DEI LAVORATORI

a. Miglioramento del sistema gestione sicurezza aziendale, di sicurezza impianti e attrezzature, dei requisiti organizzativi, della sorveglianza sanitaria, ai sensi di piano di vigilanza del Dipartimento di Sanità Pubblica, che ha richiesto adempimento a Disposizione del 22/04/2011, in particolare:

- meglio definiti le modalità di coinvolgimento e il livello di responsabilità dei dirigenti e preposti, con deliberazione n.74/2011;
- definito il percorso formativo di dirigenti e preposti;
- adeguato il sistema aziendale con cui vengono gestite le emergenze;
- definita la turnazione dei lavoratori che intervengono in emergenza, anche in relazione a nuovo centro gestione;
- prestabilito il percorso formativo e di addestramento dei nuovi assunti;
- modalità di informazione/formazione articolata per rischi specifici ;
- chiarite le modalità con cui le procedure sono messe a conoscenza dei lavoratori interessati;
- migliorate le modalità di aggiornamento di valutazione dei rischi / movimentazione manuale;
- 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 ai lavoratori delle ditte esecutrici di lavori in appalto, sui rischi specifici da interferenze;
- predisposta dal medico competente la nuova cartella sanitaria e di rischio;
- precisate le modalità del giudizio di idoneità alla mansione svolta;
- formalizzato il protocollo di sorveglianza sanitaria;
- adottata procedura di visita su richiesta;
- revisionato il documento di valutazione dei rischi da Atmosfere potenzialmente esplosive;
- aggiornato il documento inerente la valutazione scariche atmosferiche;
- 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: da ricor-

dare la ristrutturazione del Day Hospital Ematologico, il progetto e l'aggiudicazione di appalto per il laboratorio analisi chimico cliniche automatizzato (CORELAB), l'attivazione dei locali in ALA SUD corpo D con trasferimento di DH Unificato e Dermatologia, l'avviamento del cantiere di costruzione del nuovo padiglione ONCOEMATOLOGICO.

c. Controllo, verifiche periodiche, manutenzione, igiene: hanno costituito l'impegno costante per gli edifici, gli impianti, le tecnologie.

d. Partecipazione dei lavoratori: garantita da incontri regolari di consultazione fra SPP, RLS, Direzione Medica, Attività Tecniche.

e. Gestione emergenze, attività di presidio allarmi: la designazione di Incaricati per la gestione delle emergenze, è stata aggiornata nel corso del 2011. Tutti gli allarmi automatici e le comunicazioni telefoniche di emergenza sono filtrate dalla Centrale di Gestione delle Emergenze (CGE), organizzata con un presidio di personale in appalto, che 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.

La realizzazione della Centrale ha meritato il titolo di Buona Prassi secondo il Servizio Regionale Strutture Sanitarie e Socio – Sanitarie.

f. Realizzazione azioni di informazione e promozione della salute e della sicurezza.

Acquisito strumento software in service, identico a quello scelto da analoga azienda sanitaria in AVEN, con queste caratteristiche e potenzialità:
supporta un SGSL;
permette un controllo puntuale dell'avanzamento delle attività di miglioramento, i dirigenti e i preposti possono interagire con i documenti di valutazione dei rischi della propria struttura;
permette di rendere visibile la responsabilità ben delineata dei soggetti aziendali incaricati della realizzazione delle misure di prevenzione;
garantisce visione complessiva e simultanea delle condizioni di ogni struttura, organizzando i dati generali suddivisi per i centri di responsabilità, o per categorie omogenee assortite secondo esigenze, mansione, esposti, situazione formativa obbligatoria di tutto il personale;
migliora le modalità di aggiornamento del documento di valutazione dei rischi permettendo una rapida considerazione delle variabili;
semplifica la riallocazione del personale in nuove mansioni operative riconoscibili per condizioni di rischio
permette di informatizzare la sorveglianza sanitaria ;

INFORTUNI DENUNCIATI 2005-2011

DENUNCIATI	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
N. Infortuni	151	151	140	173	177	177	174
Unità pesate	2426	2458	2530	2669	2709	2741	2757
GG assenza	4129	3404	3050	3601	4464	4153	3605
Durata media	27,34	22,54	21,79	20,82	25,22	23,46	20,72

INFORTUNI IN ITINERE

DENUNCIATI	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
N. Infortuni itinere	45	52	42	48	53	43	34
GG assenza	1244	1421	1277	1303	1220	1096	615

Eventi accaduti entro l'anno indicato

Giorni di assenza non comprensivi di ricadute

I dati 2011 non sono definiti completamente dall'INAIL (riconosciuti o non), le franchigie sono 45

7 febbraio 2012 SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

INFORTUNI RICONOSCIUTI E INDICI STATISTICI

DEFINITI+FRANCHIGIE	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Unità pesate	2426	2458	2530	2669	2709	2741
Ore lavorate	3.840.615	3.919.923	3.998.338	4.159.056	4.168.497	4.315.103
N. Infortuni	94	91	83	114	105	105
GG assenza	2426	1893	1612	1772	3172	2485
Durata media	25,81	20,80	19,42	15,54	30,21	23,67
Indice di Incidenza	3,87	3,70	3,28	4,27	3,88	3,83
Indice di frequenza	24,48	23,21	20,76	27,41	25,19	24,33
Indice di gravità	0,63	0,48	0,40	0,43	0,76	0,58

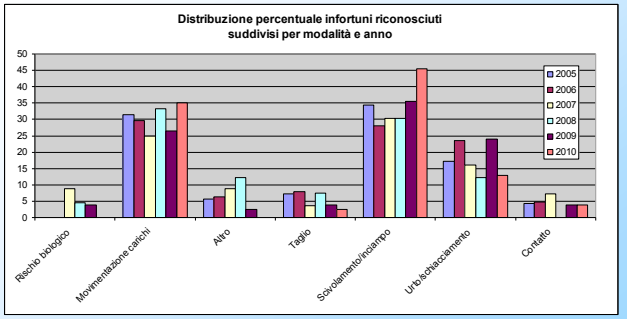
Per il confronto con i dati del rapporto regionale INAIL è stato calcolato anche l'indice di incidenza utilizzando solo gli infortuni indennizzati dall'ente assicuratore

INFORTUNI INDENNIZZATI	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Indice di Incidenza ASMN	2,9	2,6	2,3	2,5	2,9	2,8
Indice Incidenza gruppo sanità RER*	3,4	3,3	3,5	3,3	3,7	

*Fonte Report Annuale Osservatorio Regionale Infortuni - Dati Flussi Informativi INAIL - Aggiornamento 2011

7 febbraio 2012 SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

MODALITA' DI ACCADIMENTO



7 febbraio 2012 SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

permette la gestione infortuni;
garantisce la informatizzazione dei dati e la gestione integrata di ogni processo aziendale interagisce con i programmi applicativi di gestione del personale, importando le modifiche a cadenza regolare e automatizzata;
permette l'archivio e storicizzazione della documentazione;
permette l'aggiornamento dei documenti nel portale intranet aziendale, con accessi selettivi;
permette di affrontare ispezioni, verifiche e riunioni periodiche con efficienza ed efficacia.

g. Statistiche degli infortuni e delle malattie professionali

Sono stati realizzati gli aggiornamenti semestrali di statistiche. E' 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 non appena

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.

h. Azioni di tutela a lavoratori esposti a rischi particolari :
per lo stress da lavoro, a seguito di valutazione del rischio per gli operatori maggiormente esposti a Burn Out, si è realizzata una occasione formativa per il personale sanitario del dipartimento emergenza e urgenza: "CHI SOCCORRE I SOCCORRITORI". Obiettivi formativi: migliorare l'appropriatezza nella gestione del paziente e di tutte le fasi del percorso assistenziale in Pronto Soccorso, portare alla Direzione del PS proposte concrete di miglioramento avvalendosi dell'analisi organizzativa condotta dai consulenti ed individuando le priorità d'intervento. Scopo prevalente quello di fornire abilità pratiche, stimolando comportamenti / aspetti relazionali.

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 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 ed il miglioramento delle competenze professionali secondo le linee di 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 di 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 organizzativa. Questo lavoro di "scoperta ed esplicitazione delle potenzialità" diviene opera e al contempo prodotto del gruppo professionale per favorire l'esplicarsi 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 ed 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".

Tra gli aspetti maggiormente degni di nota ed esplicativi della "rivisitazione" operata nell'ambito dei ruoli professionali sanitari presenti in azienda, citiamo:

• Progetti professionalizzanti collegati a percorsi di miglioramento: Progetto Iside e progetto Ulisse

Progetto Iside: analisi del processo di identificazione delle Diagnosi infermieristiche

Il progetto iniziato nel 2009, ha coinvolto gli infermieri ed 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.

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.

La sezione del Room Ortopedia invece ha sospeso temporaneamente la formazione, che dovrebbe riprendere nel corso del 2012.

Lo sviluppo del Progetto, ha visto complessivamente la messa in campo di diversi eventi di formazione residenziale interattiva e di FSC.

Pur seguendo una traccia comune di progettazione di massima, le diverse s.o. hanno individuato uno specifico percorso, coerente con le caratteristiche distintive dal punto di vista assistenziale e le peculiarità sul piano organizzativo di ognuna.

Ciò ha comportato tempi diversi di realizzazione degli eventi, anche se in comune ai quattro percorsi, vi è stata l'alternanza di eventi formativi residenziali e di formazione sul campo. Quest'ultima, in particolare, si è caratterizzata per l'impegno nel corso dell'attività assistenziale, verso l'addestramento all'applicazione delle diagnosi infermieristiche individuate e il processo assistenziale inerente.

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, 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:

- prima fase (anno 2009): attivazione dei corsi di base con docenza della consulente.
- seconda fase(anno 2010): prosecuzione dei corsi di base con la docenza della consulente e, in contemporanea, formazione del pool formatori interni.
- terza fase (2011): attivazione dei corsi di base con la docenza dei formatori interni e formazione di approfondimento con la consulente ed esperto.
- quarta fase (2011): attivazione formazione dei referenti dipartimentali Ricerca & EBP delle Professioni Sanitarie.
- quinta fase(2012-2013): prosecuzione dei corsi di base con la docenza dei formatori interni e della formazione dei referenti dipartimentali Ricerca & EBP delle Professioni Sanitarie.

La partecipazione dei professionisti:

A partire da novembre 2009 al 2011, sono state realizzate 18 edizioni dei corsi di base (un corso al mese, esclusi i mesi estivi). Nel corso del 2011 sono state realizzate 8 edizioni del Corso base e 1 edizione di un breve corso progettato ad hoc per un gruppo di fisioterapisti, per un totale di 193 partecipanti.

Il Corso rivolto a un piccolo gruppo professionisti dell'area riabilitazione (fisioterapisti) nasce dall'intenzione di coinvolgere gli operatori che avevano già partecipato ad un modulo di formazione alla Metodologia della Ricerca all'interno del Master universitario di primo livello in Riabilitazione Infantile e Metodologia della Ricerca promosso dall'Università di Modena e Reggio Emilia. Da un confronto con i professionisti stessi, la DPS e la consulente (Dott.ssa Forni Cristiana), si è ritenuto necessario realizzare una specifica formazione per questi operatori, che consentisse loro di integrare il modello didattico, proposto nel corso base aziendale, con quanto da loro appreso attraverso la partecipazione al modulo universitario. Il corso orientato all'applicazione del metodo scientifico nella pratica del fisioterapista, è stato condotto dalla consulente e da una fisioterapista, esperta di ricerca, dell'Ospedale Rizzoli di Bologna. Il corso è stato particolarmente apprezzato dai partecipanti che hanno contribuito, attraverso l'elaborazione dei PICO, ad arricchire le idee/proposte di ricerca nell'ambito delle possibili attività di ricerca del fisioterapista.

Nella seguente tabella, vengono indicate le diverse professionalità e il relativo numero dei partecipanti ai corsi di formazione dal 2009 a tutto il 2011:

Professione	N° partecipanti
Responsabili Infermieristici e Tecnici Dipartimentali e Coordinatori Infermieristici e Tecnici	59
Infermieri	211
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	79
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	36
Fisioterapisti	19
Ostetriche	7
Tecnici della Prevenzione	3
Tecnici di Neurofisiopatologia	3
Logopediste	3
Dietista	1
Audiometrista	1
Totale	422

La prova di apprendimento del Corso prevede che il discente sia in grado di formulare un quesito di ricerca per l'area di competenza professionale di appartenenza e la relativa bozza di costruzione di un progetto di ricerca, alla fine di ogni edizione del corso.
Ciò fa sì che da parte dei discenti, suddivisi per gruppi professionali omogenei o per omogeneità di percorso dei pazienti, vengano elaborati dei P.I.C.O. che, opportunamente verificati sul piano metodologico dai docenti, rappresentano un'importante risorsa per la DPS per individuare le aree di sviluppo di ricerca delle professioni sanitarie.

• Sviluppo professionale ed 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 ed 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. Già da qualche anno sono state poste in essere iniziative volte a diffondere questa cultura; energia generativa di una professionalità non richiusa in se stessa ma orientata a:

- Ascoltare e valorizzare la persona;
- Condividere le esperienze professionali ed organizzative;
- Collaborare con gli altri professional (confronto multiprofessionale), per un miglioramento dell'efficacia e qualità delle prestazioni in linea con le evidenze;
- Restituire alle comunità professionali la testimonianza dell'impegno nello sviluppo di percorsi e progetti di miglioramento che fanno riferimento all'area dell'assistenza, della ricerca e della didattica;
- Riconoscere e sostenere la presenza degli studenti come un elemento fondamentale per lo sviluppo delle strutture sanitarie;
- Arricchire la collaborazione/condivisione fra le Organizzazioni Sanitarie e le Istituzioni Universitarie per creare nuove esperienze di integrazione e condividere le opportunità e le criticità che accompagnano gli sviluppi della didattica nella formazione dei professionisti dell'area;
- Diffondere una cultura della sicurezza che faccia della trasparenza e consapevolezza la spinta al confronto e cambiamento.

Il messaggio trasmesso è che gli operatori delle professioni sanitarie sono chiamati, sempre di più, a comprendere il proprio specifico professionale come parte di un sistema più complesso; sistema che, a seconda di come lo si legge e lo si agisce, può rendere le esperienze di integrazione delle professioni un'occasione positiva di crescita e di sviluppo, ma può anche diventare una fredda e pesante necessità organizzativa di cui si perde il valore.
Anche il seminario di febbraio 2011, *Innovazione e Professioni* orienta e consolida quanto fatto in quest'ottica. Ultimo di un percorso formativo, il seminario, consolida le esperienze di condivisione periodica promosse dalla DPS (realizzate particolarmente nel corso del 2010) attraverso le quali i Coordinatori sono stati coinvolti negli sviluppi dei progetti che hanno interessato le Professioni Sanitarie. Il valore di questi incontri è andato ben oltre la semplice informazione, ma ha rappresentato un' importante opportunità per il coinvolgimento, l'ascolto, la partecipazione e l'integrazione fra le diverse aree di coordinamento (infermieristica, ostetrica, riabilitativa e tecnica). Hanno inoltre offerto la possibilità di un avvicinamento e di un confronto fra DPS e Coordinatori nell'ottica di un rapporto costruttivo, ma anche di critica riflessiva reciproca. Nello specifico dell'evento in questione, sono state evidenziate alcune aree di possibile innovazione e sviluppo che coinvolgono le professioni sanitarie.
Di grande interesse la condivisione di esperienze in atto negli ambiti: della sicurezza, dei modelli organizzativi, della valutazione del dolore, della formazione, del volontariato civile, della collaborazione fra infermiere e personale di supporto. Il buon livello di apprendimento espresso attraverso la elaborazione condivisa delle relazioni esposte, ha trovato anche riscontro nel positivo gradimento dei partecipanti.

à Sviluppo professionale: Profili di Competenza
Nel corso del 2011 è stata iniziata la verifica dello stato dell'arte del progetto e quindi dei profili esistenti, del loro livello di revisione, dei profili mancanti. La revisione si è resa necessaria anche in ragione delle trasformazioni e degli sviluppi aziendali che toccheranno inevitabilmente le competenze dei professionisti, in particolare:

- riorganizzazioni dipartimentali;
- revisione del processo di inserimento e degli strumenti di verifica dei neo-assunti;
- sviluppo dei modelli organizzativi;
- sviluppo di competenze cliniche avanzate.

Nel corso dell'anno è stato elaborato, sulla base di una revisione del precedente, il profilo di competenza dell'Infermiere di Neurologia. Il gruppo infermieristico e la Coordinatrice hanno partecipato con grande interesse e partecipazione, arrivando a definire un prodotto che, in primis, ha raccolto particolare soddisfazione all'interno del gruppo e ha generato spinte di miglioramento e sviluppo.
Nella primo semestre del 2011, si sono attivati altri due gruppi di elaborazione di nuovi profili, nello specifico il gruppo della Geriatria e della Pediatria. Il lavoro svolto ha poi subito una interruzione a causa di sopraggiunti criticità sul piano organizzativo, ma verrà ripreso nel corso del 2012.
Infine nel secondo semestre 2011, si è attivato il gruppo della centrale di sterilizzazione che ha iniziato un percorso per la definizione della matrice delle responsabilità (Infermiere, OSS) riferite al loro processo di lavoro.
I progetti inerenti la Geriatria e la Centrale di Sterilizzazione, sono stati co-condotti dalla Responsabile della Formazione Sviluppo della DPS e dal Responsabile della Gestione del Rischio della DPS. Questa integrazione rende unitario il percorso di declinazione delle competenze nella considerazione degli aspetti professionali previsti dai profili professionali, dalle caratteristiche tecnico- organizzative di contesto, dalla cultura proattiva della sicurezza e dell'analisi delle valenze inerenti le responsabilità del singolo, dell'equipe e del sistema organizzativo nell'insieme.

• 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 di 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 sinteizzato:

- 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 alla assistenza prestata 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 diversi step formalizzati di inserimento. Se *"la competenza richiede conoscenze, appropriate attitudini ed 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 certificazione del livello raggiunto (correlato al profili di

competenza) per favorire una visibilità organizzativa e gestionale del processo assistenziale in Pronto Soccorso. Il percorso di 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 di infermiere esperto (con competenze avanzate).

Ogni step 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 ed 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 ad un livello superiore formalizzandone competenze/abilità raggiunte. Nel dettaglio, in ordine crescente di professionalità acquisita si 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 ed 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 esperte nei colleghi.

Su questa stratificazione, si sono elaborate le diverse domande (semplici quesiti) per le valutazioni di capacità pratiche a cui sottoporre i vari infermieri, secondo il grado di competenza raggiunto in quello specifico momento del percorso formativo. Fra i quesiti preparati sono presenti 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.

Nel 2011 è proseguita l'analisi di verifica sull'efficacia del percorso di inserimento iniziato con il team risck management; il progetto migliorativo ha visto l'attuazione di una serie di incontri con gli operatori (attivati come formazione sul campo) per indagare i vari processi ed ascoltare la voce dei professionisti compresi i neo inseriti/assunti evidenziando le aree di miglioramento sulle quali intervenire con revisioni e/o progetti finalizzati.

• Integrazione e valorizzazione degli operatori di supporto.

Un elemento di continuità del processo di valorizzazione degli operatori di supporto avviato negli ultimi anni, è stata la realizzazione di un percorso di formazione legato alle tematiche sotto elencate:

1. ***Trasporto e movimentazione dei pazienti e utilizzo di gas in bombole*** -
   Il corso ha tratto origine dalla necessità di aggiornare gli operatori addetti al trasporto interno pazienti a cui si sono associati gli operatori addetti allo stesso servizio ma dipendenti della Croce Verde.
   La formazione si è orientata su due temi fondamentali:
   - L' utilizzo di gas in bombole nel trasporto paziente
   - La prevenzione dei danni da sforzo nella Movimentazione Manuale dei Pazienti

   Questo evento di formazione, ha rappresentato il frutto dell'integrazione fra D.P.S., Servizio di Protezione e Prevenzione (ASMN e AUSL), Servizio Attività Tecniche sia nella fase della progettazione che nella fase della realizzazione. Il modello didattico orientato alla pratica nel quotidiano ha caratterizzato la conduzione d'aula ed ha ottenuto un gradimento particolarmente positivo da parte dei partecipanti i quali hanno espresso in modo particolarmente esaustivo le loro valutazioni a fine corso. Vengono individuati ambiti di ulteriore miglioramento, necessariamente supportati da altri interventi formativi.
2. ***Miglioramento delle attività a supporto della clinica ed assistenza -***
   Fondamentalmente gli eventi riferibili a questa area si riferiscono alla continuità del percorso già realizzato nel 2010, frutto dell' integrazione fra D.P.S. e Servizio Logistico- Alberghiero.
   Nel corso del 2010 i temi affrontati erano:la gestione della richiesta informatizzata dei pasti, la distribuzione dei pasti, le pulizie delle strutture, il decoro ambientale e la tenuta della cucina di reparto. In particolare, il secondo modulo di formazione del 2010 ha coinvolto gli OSS e un infermiere dei reparti di degenza che appartengo al Dipartimento Neuro-motorio: Geriatria, Ortopedia, Neurologia, MFR, Room Ortopedia, Dh Ortopedia.
   La continuità nell'anno 2011 ha mantenuto come riferimento il gruppo del Dipartimento Neuro Motorio.
   Il progetto del 2011 si è caratterizzato per l'alternanza di formazione d'aula e formazione sul campo con la comune caratteristica, in ognuno dei due contesti, di una forte valenza operativa del modello didattico.
   La particolare competenza professionale e didattica della docente, ha caratterizzato molto questo percorso.
   Il progetto ha permesso di individuare una serie di elementi di miglioramento per quanto riguarda le pulizie e la dietetica ed è stata elaborata una "lista di oggetti sentinella" relativi alle pulizie e alle disinfezioni.
   Nello specifico della disinfezione, è stato affrontato il tema della disinfezione in caso di germi sentinella. Per quanto riguarda le pulizie sono state effettuate delle osservazioni sul campo, cioè presso i

reparti sede di sperimentazione, del processo di pulizia. Questo passaggio è stato particolarmente efficace e gradito, permettendo agli operatori di imparare cosa e come osservare, mentre vengono fatte le pulizie. Soprattutto parlando di processo di lavoro è stata evidente l'esigenza di integrare il lavoro svolto dall'appalto con quello effettuato dal personale del reparto, con le procedure già in applicazione, in modo scritto e condiviso e non lasciato alle singole conoscenze degli operatori.
Per quanto riguarda la dietetica è stato affrontato un approfondimento sul tema della colazione nelle diete speciali, sulla dieta 37 e sulla dieta per il paziente disfagico. La partecipazione degli OSS e degli infermieri è stata particolarmente attiva.
Ad un incontro hanno partecipato anche i Coordinatori dei reparti coinvolti, l'Infermiera dell'Ufficio epidemiologico e la dietista, in un'ottica di integrazione delle interfacce attraverso la quale è possibile il miglioramento in senso lato e nello specifico dei contenuti in oggetto.

• 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/persone 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 2011, sotto elencate, 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.

Nel 2011, si è proseguito con la formazione di base sulla cultura della gestione del rischio (4 edizioni con un totale di 116 operatori, ed un totale aziendale di circa 1200 operatori formati dall'inizio dell'attività), al fine di continuare nel processo di "alfabetizzazione" sul tema e per permettere la formazione dei neo – assunti. Inoltre, in seguito alla costituzione del nuovo Servizio di Medicina Legale, si sono realizzati eventi formativi aziendali sui temi della responsabilità professionale, del consenso informato, della tenuta della documentazione sanitaria. Si segnala un'edizione specifica di formazione residenziale per i soli professionisti afferenti alla DPS, sulla corretta tenuta della documentazione sanitaria .

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. 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 straordinario: consente un'aggregazione dei gruppi, insegna a trovare le criticità, aiuta ad acquisire un atteggiamento non giudicante e soprattutto permette ai vari professionisti di tracciare i limiti del ruolo definendo spazi operativi, specificità e modalità di 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 ed 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 risck, altre modalità/strumenti, tra:

- Riunioni per la sicurezza;
- Modalità di implementazione linee guida e procedure aziendali ritenute importanti per rischio;
- Safety walkaround;
- Audit clinici.

Le attività /progetti seguiti nel 2011 possono essere cosi riassunti:

Struttura	*Progetto*	*Operatori coinvolti*
PS Pediatrico	Fmeca: accesso al PS	Infermieri PS e Pediatria, Medici pediatri
PS generale	Predisposizione scheda di segnalazione semplificata	Infermieri
	Creazione protocollo del dolore e sua sperimentazione	Infermieri medici
	Miglioramento della comunicazione	Infermieri medici consulenti esterni
Ostetricia	Inserimento programma di prescrizione e somministrazione della terapia	Ostetrica, Infermiere, Medici
Dipartimento chirurgico (struttura di ORL/Oculistica fine 2011)	Implementazione programma di prescrizione e somministrazione informatizzato	Infermieri. Medici
Radiologia tac	Revisione Fmeca (accesso dell'utente ordinario ed accesso dell'utente urgente) dopo inserimento nuovo sistema operativo	tecnico Rx, Infermiere, Medico, amministrativo
Radiologia: Risonanza	Revisione Fmeca (accesso dell'utente ordinario) dopo inserimento nuovo sistema operativo	
Radiologia: Eco	Fmeca	Infermiere, Oss, amministrativo, Medico
Sale operatorie	Prosegue il programma Sale operatorie sicure (preparazione ed inserimento alcune procedure: ritenzione garze e strumenti, gestione istologico, identificazione paziente, applicazione ceck OMS)	Infermieri, strumentiste, Oss
Centrale di sterilizzazione	Creazione matrice delle responsabilità/Profilo di competenza con ottica risk mangement	Infermieri, Oss
Geriatria	Creazione profilo di competenza	Infermieri, OSS
Medicina riabilitativa	Procedura sulla disfagia e profilo di competenza distintivo delle logopediste della MFR	Logopediste, fisioterapisti, medici
DPS Oncologia,	Ricerca sulla scelta del dispositivo nei pazienti con cancro;: studio osservazionale retyrospettivo	Infermieri (gruppo multiprofessionale), università
DPS (Oncologia, Medicine, Chirurgie)	Attivazione ambulatorio accessi venosi e picc team	Infermieri, Medici
DPS – ufficio comunicazione	Mediazione del conflitto stragiudiziale	Mediatori aziendali

• Risk e Progetto cadute

E' 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 ed 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 definizione 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 di incident sono stati specificati oltre che al collegio di Direzione, ai coordinatori mediante mail esplicativa.

Permane, tuttavia, ancora per il 2011 una scarsa propensione alla segnalazione, specie se senza conseguenze, che fa propendere per una scarsa sensibilità al problema, presumibilmente indice di un livello di cultura del rischio ancora molto giovane e di una probabile scarsa diffusione dello strumento a livello capillare.

• Percorso Piede Diabetico

Si tratta di un progetto interdipartimentale ed interprofessionale (Ortopedia, Angiologia, Diabetologia, Medicine, 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 ed intra-professionali facendone oggetto di prassi quotidiana. Lo stato dell'arte vede al momento definiti ed 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 del case management, definisce il percorso ottimale del paziente e le sue necessità di cura ed 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 ed 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 perioperatoria, 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 ed 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 viene 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" neces-

sario 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 anestesiologico e la scelta della tecnica anestesiologica.
Sono stati valutati tre percorsi, per il paziente, in funzione della complessità dell'intervento chirurgico (classificazione JK), della tecnica anestesiologica 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 ad intervento minore a basso rischio chirurgico e basso rischio anestesiologico. Sono stati appositamente predisposti strumenti e metodologie di accertamento assistenziale, testati con una fase di sperimentazione ed è stato preparato strutturalmente un ambulatorio per l'accertamento peri-operatorio (ambulatorio PRIMA) attiguo all'ambulatorio anestesiologico tradizionale presente ai Poliambulatori. Per tutto il 2011 sono state predisposte due giornate a calendario per l'ambulatorio PRIMA; al contempo, si è cercato 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 ed anestesisti). L'utilizzo dell'ambulatorio PRIMA ed in senso lato tutto il percorso peri-operatorio sta lentamente prendendo piede con un miglioramento della sinergia tra anestesista ed infermiere ambulatorio PRIMA; a consuntivo 2011 si registrano 850 visite di presa in carico di cui 90 relative al percorso a bassa complessità.

• La consulenza infermieristica

Il riconoscimento di competenze esperte, ai professionisti delle aree sanitarie, da condividere e valorizzare è un ambito che ha consentito in questi anni, d'attivare risorse professionali in modo più esplicito e formalizzato. L'esperto è colui al quale si riconoscono competenze tecniche/organizzative/relazionali che possono garantire un intervento assistenziale competente, in situazioni di prestazione complessa o specialistica. La consulenza infermieristica già da qualche anno viene attivata attraverso l'applicazione di una procedura aziendale in diversi contesti organizzativi e per diverse prestazioni sia nell'area infermieristica che nell'area tecnica ed ostetrica.

à Iniaziative della DPS per la promozione e supporto alla ricerca

Nell'ambito della Ricerca si segnalano le iniziative promosse dalla Direzione delle Professioni Sanitarie per sensibilizzare e diffondere un'attenzione professionale alla ricerca:
- Spettacolo "Musica e Parole per TE";
- Convegno Nazionale "Ricerca delle Professioni sanitarie" per parlare dei progetti di ricerca che dovranno essere trasferibili nella pratica assistenziale quotidiana, migliorandola.

L'iniziativa dal titolo "Musica e Parole per TE", spettacolo ludico-culturale a titolo benefico effettuato ad ottobre 2011, rappresenta un primo timido tentativo per il finanziamento di borse di studio da destinare a giovani laureati in Scienze infermieristiche. L'idea ispiratrice era coinvolgere professionisti e cittadini in questa nuova attività dell'ospedale promuovendone la conoscenza e l'interesse. Non solo una modalità di autofinanziamento, ma anche diffusione di una nuova cultura della ricerca quale patrimonio della collettività da sostenere e vigilare, per le potenzialità intrinseche allo sviluppo delle professioni sanitarie, al miglioramento dell'assistenza ed alle nuove necessità sociosanitarie.

Convegno Nazionale. La Ricerca delle Professioni Sanitarie

Per dare visibilità al percorso attuato e forza al valore della ricerca in senso lato, la Direzione delle Professioni Sanitarie dell'ASMN, in collaborazione con le rispettive Direzioni dell'AUSL di Reggio Emilia, degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna, dell'AUSL di Bologna e dell'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori di Meldola, ha progettato e realizzato un Convegno Nazionale dal titolo "La Ricerca delle Professioni Sanitarie" che si è tenuto a Reggio Emilia il 2 dicembre 2011.
E' stata la spinta a promuovere uno spazio di conoscenza, di diffusione e di confronto in tema di RICERCA delle Professioni Sanitarie;una ricerca ancora giovane, ma che desidera cogliere le opportunità che la promuovono, la sostengono, la realizzano e ne riconoscono i risultati.
Si è trattato, quindi, di diffondere una cultura della Ricerca delle Professioni Sanitarie attraverso il confronto di esperienze sia italiane che straniere negli ambiti della clinica, dell'organizzazione e della formazione. Ha assunto particolare valore anche la conoscenza e la condivisione dei modelli organizzativi a supporto dello sviluppo della Ricerca delle Professioni Sanitarie e, nello specifico, il confronto fra le esperienze delle Aziende Sanitarie IRCCS della Regione Emilia Romagna. Questo confronto ha rappresentato una testimonianza delle fasi di sviluppo di un sistema organizzativo e professionale per la ricerca, che richiede tempi e modalità coerenti con i sistemi a cui appartiene e che riconosce risorse e criticità. Tradurre la ricerca nella pratica è stato l'appuntamento cardine del Convegno, realizzato attraverso la presentazione di progetti di ricerca e protocolli di ricerca che hanno messo in evidenza le opportunità di miglioramento e di sviluppo per le Professioni Sanitarie. La ricerca applicata all'agire professionale è, per definizione, di tutti e per tutti.

Sostenere quindi una cultura della condivisione e del confronto attraverso la crescita di network professionali per la ricerca, rappresenta una priorità affinchè l'impegno a cui sono chiamate le professioni possa tradursi in un miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica, tecnico-sanitaria e ostetrica.
L'evento ha visto la partecipazione di diversi relatori. Alcuni appartenenti alle Aziende promotrici e altri relatori che hanno rappresentato la situazione della Ricerca delle Professioni Sanitarie nel territorio nazionale. Infine di particolare rilievo la partecipazione di due relatrici straniere che hanno portato l'esperienza di ricerca nell'ambito delle Professioni sanitarie nel Regno Unito e in Svizzera.
Nel corso del Convegno, è stato anche lanciato un concorso per la Ricerca, sostenuto dai Collegi: IPASVI, Ostetriche,Tecnici di Radiologia.

• Rete della Ricerca ed EBP
La consapevolezza della necessità di disporre di un'organizzazione attenta alla ricerca ed al contributo che può derivarne per tutta l'organizzazione ed 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 ed implementare il processo di utilizzo della ricerca, promuovendo un approccio nuovo ai problemi. E' 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, sarà 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 link di attivazione e richiesta supporto per quesiti di ricerca (EBP *help service*). Lo sportello è gestito dal Dirigente responsabile del settore ricerca per DPS e con la collaborazione di uno dei referenti dipartimentali inseriti con una rotazione periodica.

• 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 costantemente 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 come è stato trattato il materiale e chi lo ha trattato. Grande attenzione è stata posta alla relazione ed 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 reports utili per le programmazioni gestionali e suddividere il prodotto in uscita per specifico Cliente (Sistema centri di costo per unità operativa).
Per sistematizzare il percorso qualità si è pensato, in linea con analogo percorso della DPS, di inserire la centrale di sterilizzazione in un percorso certificativo ISO 9001. La predisposizione, adeguamento e raggiungimento dei requisiti, richiesti dalla normativa, ha impegnato tutto il 2011; a fine anno, si è raggiunto un buon livello di soddisfacimento degli stessi, in vista del controllo di maggio 2012.

• Certificazione Direzione delle Professioni Sanitarie
Nel maggio 2011 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 (2008/2011) aveva l'obiettivo di predisporre ed 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 ed è tutt'ora in fase di realizzazione. 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 ed i RID/RTD, dalla quale sono scaturiti gli indicatori di processo e le documentazioni necessarie alla costituzione del Manuale Qualità. Ultimo steep 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. Il restante 2011 ha richiesto l'adeguamento di quanto prodotto per il rilievo ed i suggerimenti formulati in sede di visita, oltre alla prima revisione del manuale qualità.
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 ed 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 ed operativi condivisi. La finalità è quella di garantire processi e servizi che siano strumenti a disposizione dei professionisti e dell'organizzazione per il miglioramento dei processi di cura.

• 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 ed ampliamento dei ruoli e delle competenze professionali. E' evidente che processi di cambiamento organizzativo e gestionale così profondi e radicali, devono essere sostenuti con appropriati percorsi formativi ed 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 ad 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 ci permetterà di studiare nuovi percorsi di allocazione/distribuzione delle professionalità in base alle competenze espresse/necessarie. I nuovi Setting assistenziali solleciteranno le professioni sanitari a evolvere la loro professionalità verso un'impostazione multidisciplinare, anziché specialistica. Sarà altresì necessario procedere all'individualizzazione di "Figure collanti" (ad es. case manager, bed manger, 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.
Nel corso del secondo semestre 2011, per favorire la conoscenza delle nuove opportunità che si profileranno, sono iniziati i primi incontri di condivisione del progetto con RID/RTD e Coordinatori ed è stato attivato il primo evento formativo relativo ad una delle figure collanti ovvero il "case manager". Sono infine stati calendarizzati diversi eventi formativi valutando anche la necessità di intraprendere iniziative volte al confronto "tra pari" attraverso la promozione di stage e azioni di Benchmarking.
In sintesi gli elementi da tenere in considerazione ed implementare, con la realizzazione del modello organizzativo, per una nuova visione del ruolo delle professioni sanitarie sono:

- Sperimentazione di modelli di gestione dell'assistenza (case manager nell'area di low care, primary nursing/infermiere referente nelle aree di high care, bed manager nelle aree del programmato);
- Formalizzazione delle Responsabilità organizzativo-gestionale infermieristica nelle Strutture di week surgery-week hospital e Low care,
- Sviluppo di metodologie di misurazione della complessità assistenziale;
- Implementazione di strumenti che favoriscono maggior interazione interprofessionale orientata ad una gestione più completa e globale del paziente
- Definizione di percorsi e analisi dei flussi per una maggior interazione tra il personale infermieristico ospedaliero e territoriale

Per i professionisti possono aprirsi interessanti orizzonti di crescita professionale, di miglioramento delle performance, di sviluppo di nuovi modi di lavorare, di maggiore qualificazione del lavoro e rispetto dei ruoli, di aumento della soddisfazione lavorativa. Sarà possibile inoltre accompagnare e monitorare il cambiamento promuovendo delle Ricerche Organizzative che attraverso l'individuazione di Indicatori consentiranno di ottenere dati affidabili sui quali poter verificare e confrontare i risultati, conseguenti al processo di cambiamento.

4.5 Sistemi di valutazione della performance e premianti

La misurazione e la valutazione della performance organizzativa e dei singoli dipendenti pubblici costituiscono una delle direttrici portanti della riforma delle amministrazioni pubbliche avviata con la legge delega 4 marzo 2009, n.15, e che trova il quadro normativo complessivo nel decreto legislativo attuativo numero 150 del 27 ottobre 2009.
La strategia complessiva del processo è stata l'introduzione nelle amministrazioni pubbliche di criteri e strumenti tipici del settore privato, tra i quali la temporaneità degli incarichi dirigenziali e la valutazione dei risultati conseguiti come condizione per il loro rinnovo.
In ASMN, nonostante il blocco della contrattazione integrativa ed il conseguente pesante rallentamento delle politiche premiali, nel corso del 2011 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 di 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. l'erogazione di una quota di 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 di 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 la 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, viene 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...) in linea con gli obiettivi strategici aziendali, cercando, al contempo, di prestare particolare attenzione ai bisogni e alle attitudini professionali degli operatori.

4.6 La Formazione del personale nell'ASMN

L' Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova presenta un pool di operatori e professionisti di 2.975 unità, di cui 2.841 dipendenti ; per tutti è impegnata a svilupparne l'aggiornamento delle conoscenze e delle competenze per il miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie,organizzative e relazionali, necessarie al controllo o alla soddisfazione dei bisogni di salute dei pazienti che scelgono per la loro cura di essere trattati nell'ASMN. Per tali ragioni la Formazione del personale diventa strategica per riorientare ed adeguare l'agire degli operatori e dei professionisti alle migliori pratiche ed a garantire una omogeneità di comportamenti trasversali e condivisi , divenendo nei fatti una FORM-AZIONE.
L'offerta formativa si sviluppa in diversi ambiti con priorità rappresentate da quello obbligatorio della Formazione in Sicurezza , dal sistemi antincendi, al Basic Life Support (BLS) e la privacy, a quelli trasversali come l'uso delle tecnologie informatiche, telematiche e di alcuni applicativi clinici e scientifici. La maggior parte dell'impegno formativo è rivolto allo sviluppo ed aggiornamento delle conoscenze tecnico-operative e professionali, a cui sempre più viene richiesto di associare quello delle capacità relazionali e comunicative indispensabili in un'azienda di servizi sanitari alle persone .

- **I NUMERI DELLA FORMAZIONE 2011:**

I NUMERI	Numero dei dipendenti sanitari distinti dai non sanitari e dai convenzionati (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, universitari, contratti atipici) DIPENDENTI: 2.841; DIPENDENTI SOGGETTI ECM: 1.862 DIPENDENTI NON SOGGETTI ECM: 801 Contratti L-P. N. 108 Borse di Studio N. 50 Co.co.co. N. 6 MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA, PSICOLOGI, BIOLOGOM IN SPECIALITA': 95 TIROCINANTI PRE E POST LAUREA: 55
	Spesa della formazione: formazione interna ed esterna e comandi finalizzati (costo della formazione interna per n. di partecipanti e costo della formazione esterna, stage esterni, per numero di partecipanti); budget per la gestione della documentazione scientifica). EURO 1.000.4000,00 IMPEGNATO SPESO al 21/02/2012 562.436,15 196.000 BIBLIOTECA
	Tipologie formative (%): totale corsi (con edizioni), formazione in aula, formazione sul campo, FAD numero eventi formativi: 1.120 (comprese edizioni_ formaz.resid_fsc); • fsc : 526 eventi • formazione residenziale: 591 eventi (comprese edizioni) • formazione a distanza : 3 eventi
I BISOGNI PRIORITARI	Gli obiettivi più importanti : GESTIONE DEL RISCHIO SICUREZZA
	I tre progetti più significativi dell'anno: 1. LA GESTIONE DEL RISCHIO 2. LA COMUNICAZIONE 3. GRUPPI DI MIGLIORAMENTO INTERDISCIPLINARI (ES. BREAST UNIT)

COLLABORAZIONE CON L'UNIVERSITÀ	Università coinvolte: Università di Modena e Reggio Emilia : -1 corso di laurea in scienze infermieristiche (n 140 studenti) - 1 corso di laurea per tecnici di radiologia (n 30 studenti) - 1 corso di laurea specialistica in scienze infermieristiche e ostetriche - 1 Specializzazioni in medicina -Abilitazioni all'esercizio professionale in medicina e chirurgia -Logopedisti - 1 master per la ricerca Università di Bologna, Ferrara e Parma: - Specializzazioni in medicina e chirurgia - Fisica medica - Psicologia - Biologia - Farmacia - 1 master per la ricerca Costi del personale (tutor, coordinatori e docenti, con numero di tutor e docenti dei servizi) EURO 90.724,24
COLLABORAZIONE CON ALTRI ENTI	Corso MET Tirocini di formazione specifica per la formazione specifica in medicina Regionale RER

- **Curriculum formativo del dipendente**

Nel "Portale del Personale" è a disposizione del personale dipendente, sia sanitario che non sanitario, autenticatosi con le proprie credenziali informatiche (Nome Utente e Password), la possibilità di consultare i dati strettamente personali relativi al proprio Curriculum Formativo.
Il curriculum formativo è completo di esoneri ed esenzioni oltre ai corsi di formazione interni ed esterni di ogni singolo dipendente

- **Stage**

Attività in cui il partecipante in modo attivo acquisisce nuove conoscenze, abilità e comportamenti utili
all'esecuzione di attività specifiche, all'utilizzo di tecnologie e strumenti o al miglioramento di aspetti
relazionali. Comprende tirocini, training, periodi di affiancamento. Si svolgono in contesti lavorativi qualificati, sulla base di una programmazione specifica. E' caratterizzata necessaria sempre la presenza di un Tutor.
Formarsi sul campo vuol dire attingere dal quotidiano operativo, esplorarlo, rivederlo, modificarlo, sperimentarlo e valutarlo. Significa riconoscere ai problemi di lavoro un valore di opportunità, significa imparare dal fare, ma anche riconoscere nei diversi aspetti dell'agire professionale l'elevato valore formativo, il sapere nel fare esito del confronto con i colleghi, con sé stessi, con l'organizzazione, con la letteratura.
Nella nostra Azienda pertanto vengono riconosciute quali attività di formazione sul campo le attività di stage presso altre aziende o istituzioni.
La valutazione dell'idoneità ad avere acquisito i saperi descritti negli obiettivi del progetto verrà svolta dal responsabile del progetto formativo dell'azienda proponente alla fine del percorso formativo nella struttura ospitante, attraverso una relazione finale che tenga conto del giudizio del tutor sullo stage effettuato

- **Rilevazione del bisogno formativo**

L'area Formazione ECM rileva il **bisogno formativo** dei professionisti tramite un questionario elettronico, compilabile dai singoli professionisti tramite la Intranet Aziendale. Il questionario ha l'obiettivo primario di fornire risultati ai professionisti che permettano di costruire corsi di formazione utili al miglioramento continuo delle performance professionali che pongono al centro la salute dei cittadini e il mantenimento del benessere della persona e delle persone con cui e per cui si lavora.
In quest'ottica il questionario, seguendo le indicazioni della Delibera della Giunta Regionale del 30 Maggio 2011: "Linee di Programmazione e Finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2011", evidenzia i bisogni informativi rispetto alle seguenti cinque AREE:
- dignita' della persona- accessibilita', qualita', sicurezza, continuita' delle cure- valorizzazione ed empowerment degli operatori- promozione della salute e prevenzione delle malattie e del disagio- sviluppo della ricerca e della innovazione nei processi di cura e di governo del sistema dei servizi

Inoltre il questionario richiede al professionista di proporre un corso di formazione pensando alla sua attività professionale.

IL SERVIZIO FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il Servizio Formazione del Personale in un'Azienda Sanitaria Pubblica ha come mission il mantenimento, accrescimento e sviluppo delle conoscenze indispensabili all'agire appropriato dei vari operatori e professionisti per i cittadini ed i pazienti che scegliendo di curarsi presso l'Azienda , impegnano tutti i professionisti all'offerta delle migliori cure e all'assunzione di responsabilità nel fornirle.
Le attività formative devono essere orientate ad una rapida e facile traslazione nel fare quotidiano , risultando spesso formazione sul campo e addestramento del personale al continuo evolversi delle procedure clinico –assistenziali. A tal fine il Servizio Formazione progetta e pianifica la formazione producendo i seguenti prodotti/servizi :

a) Analisi biennale dei bisogni formativi trasversali;
b) Piano annuale della Formazione dei Dipartimenti e delle singole strutture aziendali;
c) Gestione delle procedure economiche e rendicontazione dei costi per la realizzazione degli eventi formativi;
d) Supporto alla progettazione ed accreditamento ECM dei singoli eventi formativi frontali, sul campo e FAD;
e) Supporto alla pubblicazione nella Intranet ed in internet del catalogo on-line eventi formativi;
f) Valutazione dei questionari di gradimento di partecipazione agli eventi;
g) Supporto ai singoli responsabili scientifici degli eventi per la chiusura eventi, riconoscimento dei crediti ECM acquisiti e loro certificazione;
h) Inserimento in data base dei crediti ECM acquisiti dai singoli dipendenti per la costruzione dei curricula individuali, rendendoli disponibili on -line;
i) Supporto ai referenti della Rete Aziendale dei referenti della formazione, area comparto e dirigenza sanitaria;
j) Programmazione delle attività dei tutors per la formazione in Medicina Generale, specializzandi e valutatori esami di stato in medicina e chirurgia;
k) Rilascio autorizzazioni ad eventi formativi sponsorizzati, nazionali ed internazionali;

l) Progettazione e realizzazione dei progetti formativi specifici per obiettivi formativi aziendali (sicurezza, comunicazione, cure palliative, innovazioni tecnologiche, stage);
m) Redazione Rapporto Annuale sulla Formazione ;
n) Supporto alle attività specifiche del Comitato Scientifico della Formazione.

L'area Formazione ECM offre supporto ai professionisti dell'ASMN che organizzano corsi di formazione:

- nella progettazione dei corsi con uno spazio Intranet dedicato al Piano Annuale di Formazione, in cui i referenti di formazione di ogni singola struttura dell'ASMN compilano le schede elettroniche di progettazione, dettagliando contenuti ed obiettivi di ogni corso di formazione. Il Piano di Formazione, attraverso intranet, diventa cultura condivisa da e per tutti i professionisti dell'ASMN
- nella gestione dei corsi per interni (guidando il professionista anche nell'utilizzo della modulistica specifica)
- nella gestione dei corsi per esterni, tramite una segreteria organizzativa dedicata.

L'area formazione ECM eroga inoltre corsi di formazione e-learning, grazie alla collaborazione con il CEA - Centro E-Learning di Ateneo dell'Università di Modena e Reggio Emilia con cui ha costruito uno spazio libero di apprendimento e scambio di esperienze fra le diverse comunità professionali che operano per il progetto comune di salute pubblica: http://www.formazione-biomedica.re.it/

L'area formazione sta anche costruendo un processo di integrazione con le altre Aziende associate in AVEN tramite la partecipazione ad incontri dedicati ai responsabili aziendali della formazione, dove si stanno costruendo percorsi e strategie formative condivisi.
Attualmente vengono condivisi in AVEN i corsi e-learning costruiti sullo spazio formativo creato insieme al CEA.

Organizzazione del Servizio rispetto ai principali processi erogativi ed ad altre Organizzazioni esterne

Il Servizio Formazione sviluppa interazioni intra-aziendali con le unità operative dei 10 Dipartimenti Clinici, la Direzione Sanitaria , delle Professioni Sanitarie, le Aree (Tecnica, Ammistrativa e dell'Innovazione) dell'Azienda Ospedaliera e con l'infrastruttura per la Ricerca dell'Istituto di ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Tutte queste unità sono collegate in rete funzionale ed operativa dai referenti della formazione aziendale di unità operativa, rappresentati da un referente per il comparto ed un referente per i dirigenti sanitari. A tal fine risulta indispensabile l'interazione continua con il Servizio Informatico e Telematico per i supporti hardware e software.

Tra le relazioni intraziendali di riferimento si deve annoverare la presenza della Direzione del Servizio alle riunioni mensili del Collegio di Direzione, organo della Azienda preposto alla validazione di tutto il processo della formazione, dall'identificazione dei bisogni formativi ai risultati di impatto degli eventi formativi. Altro impegno rilevante è la presenza dei referenti dell'AREA Formazione ECM alle riunioni periodiche del Comitato Scientifico del Provider ECM ASMN-IRCCS, per la validazione ai singoli eventi formativi proposti dalle unità operative dei crediti assegnati dai referenti scientifici.

Per quanto attiene la fase della produzione degli eventi formativi risulta determinante la puntuale disponibilità delle strutture ed attrezzature, aule e sistemi audio video, per questo il Servizio è dotato di un sistema on-line di prenotazione aule ; il personale tecnico addetto, a seguito di richiesta, provvede alle conferme, alla piena ed idonea utilizzazione delle risorse durante la realizzazione delle attività formative.
La pubblicizzazione degli eventi formativi viene prodotta mediante brochure e locandine, ma soprattutto attraverso la Intranet per gli eventi rivolti a discenti interni ed il sito internet dell'Azienda e della Biblioteca Medica per gli esterni. Questa funzione richiede continue interazioni con l'Ufficio Comunicazione ed i gestori dei siti internet aziendali, generale e della Biblioteca Medica.

La produzione di eventi che prevedono l'impiego di banche dati scientifiche, per lo sviluppo della EBM e EBP, sono programmati e realizzati dalla Segreteria Formazione EBM mediante l'interazione con i referenti della Biblioteca Medica ,che rende disponibile oltre 4000 riviste elettroniche ed il catalogo di 16.000 testi.
Il Servizio sviluppa interazioni extraziendali con le Aziende che sponsorizzano dipendenti dell'Azienda Ospedaliera per la partecipazione ad eventi formativi nazionali ed internazionali.
Queste attività richiedono il puntuale rispetto delle norme sul conflitto d'interessi e di trasparenza delle assegnazioni per cui la Segreteria del Servizio provvede agli adempimenti previsti per legge.
Di seguito viene presentato l'elenco dei professionisti autorizzati alla frequenza di incontri scientifici nazionali ed internazionali, articolato in dipartimento, struttura di appartenenza, sede di realizzazione dell'evento.

	Sponsorizzazioni Italia 2011	
Dipartimento	Struttura	Totale
Area I.T.F.	Farmacia	4
Cardio –TV e di A.C.	Anestesia e Rianimazione	6
Cardio-TV e di A.C.	Cardiologia Degenza	2
Cardio-TV e di A.C.	Cardiologia Interventistica	14
Cardio-TV e di A.C.	Chirurgia Vascolare	13
Cardio-TV e di A.C.	Pneumologia	5
Chir. Gen. e Spec.	Chir. 1° a prevalente Indirizzo Oncologico Ricostruttivo	4
Chir. Gen. e Spec.	Chirurgia Senologica Interaziendale	1
Chir. Gen. e Spec.	Blocco Operatorio –Ala Nord	3
Chir. Gen. e Spec.	Centro Riabilitazione Stomizzati	1
Chir. Gen. e Spec.	Chirurgia Generale 2°	5
Chir. Gen. e Spec.	Otorinolaringoiatria	8
Chir. Gen. e Spec.	Urologia	4
Diagnostica per Immagini	Radiologia	5
Med.Int. e Spec. Med.	Angiologia	6
Med.Int. e Spec. Med.	Lungodegenza	2
Med.Int. e Spec. Med.	Malattie Infettive	7
Med.Int. e Spec. Med.	Medicina 1°	5
Med.Int. e Spec. Med.	Medicina 2°	1
Med.Int. e Spec. Med.	Diabetologia	3
Med.Int. e Spec. Med.	Medicina 3°	1
Med.Int. e Spec. Med.	Nefrologia e Dialisi	11
Medicina di Laboratorio	Autoimmunità, Allergologia…	1
Medicina di Laboratorio	Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche	9
Medicina di Laboratorio	Laboratorio di Endocrinologia	1
Medicina di Laboratorio	Laboratorio di Microbiologia	2
Neuro-Motorio	Medicina Fisica e Riabilitativa	1
Neuro-Motorio	Neurologia	2
Neuro-Motorio	Ortopedia	11
Oncologico	Anatomia Patologica	8
Oncologico	Ematologia	18
Oncologico	Medicina Trasfusionale	12
Oncologia	Oncologia	13
Ost. Gin.e Ped.	Neonatologia	1
Ost. Gin. e Ped.	Ostetricia e Ginecologia	4
Ost. Gin. e Ped.	Ambulatorio di Urodinamica	1
Ost. Gin. e Ped.	Pediatria	7
Tecnologie Avanzate	Endoscopia Digestiva	1
Tecnologie Avanzate	Radioterapia	1
		Tot.207. 207

	Sponsorizzazioni Internazionali 2011		
Dipartimento	Struttura	Sede	Totale
Area I.T.F.	Farmacia	Vienna	Tot.1
Cardio-Tv e A.C.	Anestesia e Rianimazione	Bruxelles (Belgio)	Tot.1
Cardio-Tv e A.C.	Cardiologia Degenza	Madrid (Spagna)	Tot.1
Cardio-Tv e A.C.	Cardiologia Interventistica	Parigi (Francia)	
Cardio-Tv e A.C.	Cardiologia Interventistica	Parigi (Francia)	
Cardio-Tv e A.C.	Cardiologia Interventistica	Newcastle (U.K.)	
Cardio-Tv e A.C.	Cardiologia Interventistica	New castle (U.K.)	
Cardio-Tv e A.C.	Cardiologia Interventistica	Jarfalla (Svezia)	
Cardio-Tv e A.C.	Cardiologia Interventistica	Nieuwegein (Paesi Bassi)	
Cardio-Tv e A. C.	Cardiologia Interventistica	S. Francisco (U.S.A)	
Cardio-Tv e A.C.	Cardiologia Interventistica	S. Francisco (U.S.A.)	
Cardio-Tv e A.C.	Cardiologia Interventistica	S. Francisco (U.S.A.)	
Cardio-Tv e A.C.	Cardiologia Interventistica	Bruxelles (Belgio)	Tot.10
Cardio-Tv e A. C.	Chirurgia Vascolare	Mastricht (Paesi Bassi)	
Cardio-Tv e A.C.	Chirurgia Vascolare	Parigi (Francia)	
Cardio-Tv e A.C.	Chirurgia Vascolare	Londra (U.K.)	
Cardio-Tv e A.C.	Chirurgia Vascolare	Leipzig (Germania)	Tot.4
Cardio-Tv e A.C.	Pneumologia	Amsterdam (Paesi Bassi)	
Cardio-Tv e A.C.	Pneumologia	Amsterdam(Paesi Bassi)	
Cardio-Tv e A.C.	Pneumologia	Amsterdam (Paesi Bassi)	
Cardio-Tv e A.C.	Pneumologia	Worthing-Londra (U.K.)	Tot.4
Chir. Gen. Spec.	Chirurgia Generale 2°	Baden-Baden (Germania)	Tot.1
Chir. Gen. Spec.	Chir. Indirizzo Laparoscopico	Lione (Francia)	Tot.1
Chir. Gen. Spec.	Otorinolaringoiatria	Chicago (U.S.A.)	
Chir. Gen. Spec.	Otorinolaringoiatria	Chiacago (U.S.A.)	Tot.2

Diagnostica per Immagini	Radiologia	Monaco Di Baviera (Germania)	
Diagnostica per Immagini	Radiologia	Monaco Di Baviera (Germania)	
Diagnostica per Immagini	Radiologia	Limoges (Francia)	Tot.3
Med. Int. e Spec. Med.	Malattie Infettive	Berlino (Germania)	
Med. Int. e Spec. Med.	Malattie Infettive	Belgrado (Serbia)	Tot.2
Med. Int. e Spec. Med.	Dermatologia	Lisbona (Portogallo)	Tot. 1
Med. Int. e Spec. Med.	Ambulatorio Di Diabetologia	Leverkusen (Germania)	Tot.1
Med. Int.e Spec. Med.	Nefrologia E Dialisi	Vancouver (Canada)	
Med. Int.e Spec. Med.	Nefrologia E Dialisi	Vancouver (Canada)	
Med. Int.e Spec. Med.	Nefrologia E Dialisi	Praga (Repubblica Ceca)	
Med. Int. e Spec. Med.	Nefrologia E Dialisi	Philadelphia (U.S.A.)	
Med. Int.e Spec. Med.	Nefrologia E Dialisi	Philadelphia (U.S.A.)	
Med. Int. e Spec. Med.	Nefrologia E Dialisi	Groningen (Paesi Bassi)	Tot.6
Neuro-Motorio	Ortopedia	Istanbul (Turchia)	
Neuro-Motorio	Ortopedia	Lucerna (Svizzera)	
Neuro-Motorio	Ortopedia	Lucerna (Svizzera)	Tot.3
Oncologico	Ematologia	Budapest (Ungheria)	
Oncologico	Ematologia	Parigi (Francia)	
Oncologico	Ematologia	Parigi (Francia)	
Oncologico	Ematologia	Londra (U.K.)	
Oncologico	Ematologia	Londra (U.K.)	
Oncologico	Ematologia	Londra (U.K.)	
Oncologico	Ematologia	Londra (U.K.)	
Oncologico	Ematologia	Lugano (Svizzera)	
Oncologico	Ematologia	San Diego (U.S.A.)	
Oncologico	Ematologia	San Diego-(U.S.A.)	
Oncologico	Ematologia	Barcellona (Spagna)	
Oncologico	Ematologia	Vienna (Austria)	Tot.12
Oncologico	Medicina Trasfusionale	Cressier Sur Morat (Svizzera)	
Oncologico	Medicina Trasfusionale	Praga (Repubblica Ceca)	

Oncologico	Medicina Trasfusionale	Praga (Repubblica Ceca)	3
Oncologico	Oncologia	Lisbona (Portogallo)	
Oncologico	Oncologia	Lisbona (Portogallo)	
Oncologico	Oncologia	Berlino (Germania)	
Oncologico	Oncologia	Varsavia (Polonia)	
Oncologico	Oncologia	Barcellona(Spagna)	
Oncologico	Oncologia	Barcellona (Spagna)	
Oncologico	Oncologia	Barcellona (Spagna)	
Oncologico	Oncologia	Chicago (U.S.A)	
Oncologico	Oncologia	Chicago (Spagna)	
Oncologico	Oncologia	Chicago (U.S.A.)	Tot.10
Ost.Gin.Ped.	Ostetricia E Ginecologia	Amburgo (Germania)	
Ost.GinPed.	Ostetricia E Ginecologia	Amburgo (Germania)	Tot.2
Ost.Gin.Ped.	Pediatria	Bruges (Belgio)	
Ost.Gin.Ped.	Pediatria	Glasgow-Scozia(U.K.)	Tot.2
Tecnologie Avanzate	Endoscopia Digestiva	Amsterdam (Paesi Bassi)	
Tecnologie Avanzate	Endoscopia Digestiva	Zurigo (Svizzera)	Tot.2
Tecnologie Avanzate	Radioterapia	Londra (U.K.)	Tot.1
			Tot.Gen.73

Altra relazione extraziendale permanente è con il consorzio per la gestione delle anagrafi delle professioni sanitarie (CO.Ge.A.P.S.) a cui vengono inviati i report periodici degli eventi formativi realizzati con assegnazione di crediti ECM.
Il Servizio supporta tutte le attività di rendicontazione economica dei tutor dipendenti per la formazione degli studenti del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche di base e specialistiche, la pianificazione, realizzazione e rendicontazione delle attività formative per l'Infrastruttura Aziendale della Ricerca e del Network per le relazioni internazionali.

ATTIVITÀ E INNOVAZIONI

Il 24 maggio 2011 il ministero della Salute ha riconosciuto l'ASMN come Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico I.R.C.C.S. per le "Tecnologie avanzate e percorsi assistenziali oncologici".
L'Osservatorio della Ricerca, O.R.I.A., ha concluso il suo percorso, avviato nel 2006, di sollecitazione, affioramento e rilevazione dei progetti e prodotti di ricerca realizzati dai professionisti all'interno dell'ASMN e della AUSL.
Il Servizio Formazione ed Innovazione ha svolto nel corso del 2011, il ruolo di Osservatore delle attività sanitarie e di Innovazione che quotidianamente vengono effettuate all'interno dell'ASMN.
Il Gruppo dedicato alle Attività e alle Innovazioni nel corso del 2011 ha convocato n. 4 incontri caratterizzati dall'impegno a conoscere e sostenere dal punto di vista organizzativo i percorsi innovativi che vengono presentati.
Gli elementi innovativi di questi incontri sono stati:

1. la presenza di una equipe che ha presentato una innovazione di percorso in vece di un intero Dipartimento;
2. la presentazione della buona pratica quotidiana da evidenziare alla comunità aziendale;

La presentazione delle attività di un'Associazione di volontariato ha completato gli incontri.

Gli eventi supportati e anche proposti dall'Area dell'Innovazione sono stati:
- Caratterizzazione biologica del carcinoma mammario del 13 maggio
- Seminario annuale, in videoconferenza, per la Breast Unit di Senowebround
- Problemi aperti di ginecologia oncologica del 6 luglio
- 7 incontri di PRE-VIDENZA IN SALUTE nell'anno;
- "I saperi della cura" 17 novembre
- Clinical and molecular approaches to mammary cancers del 22 luglio;
- L'Investigators'meeting dell'Endoscopia digestiva "Accuracy and clinical impact of 68-Ga labeled octreotide analogues PET in diagnosis and staging of duodeno-pancreatic neuroendocrine tumors; proposal of a multicenter, prospective clinical trial" del 14 dicembre.
- I° Corso per guide in Cure Palliative novembre e dicembre 2011.
- 8 Incontri di MEDICINA LEGALE nell'anno a cui hanno partecipato 218 professionisti:
  - Il "fenomeno" della responsabilità professionale sanitaria
  - Un'arma a doppio taglio: linee guida, raccomandazioni, procedure, protocolli
  - Un problema multidisciplinare: il ritardo diagnostico nelle neoplasie e le sue conseguenze medico-legali.
  - Cui prodest? L'informazione, la comunicazione, il consenso del paziente e la responsabilità medica.
  - L'evento avverso risarcibile in ambito sanitario.
  - La causalità nel non aver fatto: rilevanza delle omissioni medico-chirurgiche in ambito penale.
  - ... scripta manent: responsabilità medica da inadeguata tenuta della documentazione sanitaria.
  - Di chi è la colpa? La responsabilità penale nel lavoro di equipe.
  - Il "fenomeno" della responsabilità professionale medica.

Nell'ottica di supporto alle innovazioni di percorso l'anno 2011 ha visto nascere la funzione e la figura dell'amministrativo per la formazione clinica che coadiuva le attività dei gruppi multidisciplinari al momento della Breast Unit, della Neuroncologia e della Skin cancer Unit. Le attività si sostanziano nella realizzazione di eventi periodici di aggiornamento sul campo che promuovono i singoli gruppi, la tenuta e l'aggiornamento della piattaforma sulla Intranet, la veicolazione delle informazioni tra i singoli componenti del gruppo e la gestione amministrativa degli incontri quindicinali.

FORMAZIONE ALLA SICUREZZA E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Le attività formative 2011 più strutturate sono state quelle relative alla Gestione della sicurezza in Materia di salute e sicurezza sul lavoro;oggi questa formazione è fornita a tutti i lavoratori al momento dell'assunzione, sia in occasione di ogni variazione di mansione. Per facilitare la formazione del neoassunto è stato progettato nel 2011 un corso in Modalità FAD ,erogato attraverso il portale e-learning del Centro CEA di UNIMORE.
Gli argomenti trattati riguardano i concetti di rischio, danno prevenzione, protezione,organizzazione della prevenzione e le attività di prevenzione e protezione adottate.
Tutto il personale neoassunto che a vario titolo prende servizio o frequenta l'ASMN , è obbligato a frequentare il Corso Base sulla sicurezza .Durante l'inserimento al lavoro l'addestramento e la sua efficacia è condotto da un tutor identificato dal dirigente della struttura o dal coordinatore di reparto.

Durante il 2011 è stata effettuata una ricerca sulla formazione alla si-

curezza offerta ai dipendenti nel triennio 2008-2010 . I circa 2800 dipendenti hanno effettuato 17.036 partecipazioni, pari a 5670 per anno, 2 partecipazioni/anno ad interventi formativi nei 3 anni per singolo dipendente. Le attività formative riferibili a temi attinenti la sicurezza sul lavoro e di governo clinico rappresentano il 45% dell'impegno espresso in attività formative in azienda .I Corsi in tema di Sicurezza in ambito radiologico ,come per la sicurezza in medicina nucleare , in radioterapia e radio metabolica, hanno visto impegnati 1350 dipendenti; i corsi dedicati alla comunicazione ed alla relazione hanno coinvolto 3345 partecipanti.

Questi investimenti nella formazione alla Sicurezza potrebbero far ipotizzare la creazione di uno specifico Dossier Sicurezza del dipendente ASMN, nell'ambito del Piano Programma Aziendale per la Sicurezza al lavoro e clinica.

Il Piano Formativo Aziendale per la sicurezza richiederebbe una precisa catalogazione degli interventi formativi a partire da quello di base rivolto al Neoassunto , una netta separazione degli interventi informativi da quelli formativi sul tema Sicurezza, anche se entrambi gli ambiti contribuiscono ad incrementare la "cultura per la sicurezza". La formazione risulta in tal modo "leva del cambiamento"in quanto determina consapevolezza nell'agire comportamenti positivi, fino a divenire stile di vita sul lavoro e professionale. La formazione in sicurezza genera un cambiamento appreso che dà risultati immediati nel contenere i rischi specifici,attuali, ed a lungo termine, anche quelli potenziali, oggi non visibili, ma in futuro misurabili in termini di riduzione del numero di infortuni e contenimento di errori.

L'investimento e la partecipazione del singolo operatore agli eventi formativi aventi per obbiettivo la formazione in Sicurezza diviene determinante per qualificarlo come "attore consapevole" del sistema per la salute, si viene così a realizzare una sinergia tra investimenti effettuati dal management aziendale e dal singolo operatore orientati entrambi all'obiettivo di agire in sicurezza. La formazione in sicurezza partecipata e documentata diviene valore di tutta la comunità intesa come pazienti, operatori ed organizzazione.

4.7 Sistema informativo del personale

L'implementazione di un sistema informativo del personale ha come finalità quella di sostenere e migliorare costantemente la qualità delle prestazioni fornite in risposta alle richieste di programmazione, controllo, organizzazione e valutazione, visibilità, trasparenza e rapidità nella diffusione dei dati o notizie, e riducendo contestualmente i tempi di esecuzione delle procedure.

Nell'ottica di uno snellimento delle procedure amministrative e riduzione del flusso cartaceo, si segnala:

--> Portale WEB del personale

Dopo circa quattro anni dall'attivazione, il "Portale del Personale" è diventato oramai uno strumento utilizzato comunemente dagli operatori che, anche tramite postazioni informatiche extra aziendali e previo inserimento delle proprie credenziali, possono consultare le informazioni personali contenute nel Portale in tempo reale, senza doversi recare presso gli Uffici amministrativi detentori dei dati. A tal proposito infatti il potenziamento di tale strumento è stato inserito come azione positiva, su proposta del CPO Dirigenza, nell'ambito del Piano Triennale delle Azioni Positive adottato dalla Direzione Aziendale con delibera n. 119 del 24/12/2010.

Dal 2010 la visualizzazione dei cartellini orari è stata consentita anche ai Responsabili dei Servizi i quali possono pertanto utilizzare ai fini gestionali, le informazioni ivi contenute riferite ai propri dipendenti, in tempo reale.

L'utilizzo delle proprie credenziali per l'accesso al Portale da parte dei singoli dipendenti è garanzia di riservatezza sulla visualizzazione e stampa del contenuto del *cartellino orario*, *cedolino stipendiale, periodi di servizio, periodi di assenza a vario titolo, Modello CUD in formato elettronico, iniziative di aggiornamento* alle quali ogni singolo operatore ha partecipato. Il dipendente ha pertanto un ruolo attivo nella gestione della propria posizione individuale avendo la possibilità di verificare in tempi rapidi eventuali mancate timbrature, registrazioni di ferie/permessi/aspettative ed eventuali emolumenti economici non corrisposti. Dall'attivazione del Portale ad oggi sono intervenute migliorie ed implementazioni al sistema, ultima quella che consente al dipendente che ha al proprio attivo assenze per maternità o paternità di sapere a quale dei propri figli si riferiscono, in modo da poter valutare la propria posizione in relazione all'utilizzo di istituti legislativi o contrattuali.

La sezione del Portale del Personale dedicata alla Formazione, alimentata dal Servizio Formazione Innovazione Clinica, viene continuamente aggiornata mediante l'inserimento di corsi interni ed esterni documentati dal professionista all'Azienda rendendo così la situazione curriculare aggiornata e scaricabile dal portale.

• Operazione trasparenza
L'Operazione Trasparenza, introdotta dalla L. 69/2009 e successive circolari applicative, con particolare riferimento all'art.21, comma 1, relativamente alla trasparenza sulle retribuzioni dei dirigenti e ai tassi di assenza e di maggiore presenza di tutto il personale dipendente, è ormai un sistema rodato che consente la pubblicazione on line in modo semi-automatico dei nuovi dirigenti assunti sulla base dell'organigramma aziendale per fornire le informazioni richieste dalla citata normativa e che per il 2011 ha visto continuità nella manutenzione, aggiornamento ed implementazione dei dati oggetto di pubblicazione utilizzando gli applicativi informatici e le banche dati in uso presso i competenti uffici dei Servizi Gestione del Personale e Gestione Economica del Personale. Continua l'informazione ai Dirigenti neo assunti mediante l'inoltro in posta elettronica del format ministeriale e di adeguate istruzioni, circa il dovere di compilare on line il proprio curriculum vitae, così come richiesto dalla circolare n.1/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica. La trasparenza viene perseguita anche tramite la pubblicazione del curriculum vitae di ciascun titolare di incarico di Posizione Organizzativa, ex art. 20 del CCNL 7.4.99. Per quanto attiene alla pubblicazione dei tassi di assenza e di maggior presenza di tutto il personale dipendente, distinti per uffici di livello dirigenziale, come previsto dal citato art.21, l'Ufficio Attività di Servizio ha continuato regolarmente, nel corso del 2011, all'aggiornamento mensile dei dati e alla loro pubblicazione sul sito istituzionale aziendale.

• 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 di indagini conoscitive e statistiche da parte della DPS stessa. Nel corso del 2011 si sono tenuti incontri con il servizio di informatica per un possibile aggiornamento del programma in relazione alle mutate esigenze ed alla necessità di inserire ulteriori elaborazioni gestionali.

• 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 della intranet aziendale diviene un "*luogo, non luogo*" di comunicazione, favorendo scambi di conoscenze ed opinioni attraverso spazi/link dedicati ad ogni dipartimento e/o singola unità operativa.
Anche l'home della DPS, nel corso del 2011 ed 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 ad 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, ed inquadrando in modo più omogeneo i diversi aspetti che il Servizio può offrire e garantire all'Azienda, al personale ed 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 ed introducendo elementi che richiamano l'attenzione, migliorano l'immagine e la "curiosità" degli operatori e ne facilitano l'interattività - come ad esempio, Links specifici di particolare utilità, informazioni circolari su finestre dedicate, news su particolari argomenti, ed in particolare, alcune FAQ – frequently asked questions, corredate dalle relative risposte.

Si stà inoltre valutando la possibilità di raccogliere eventuali suggerimenti attraverso questionari di Customer "interattivi" (online), anche per mettere a frutto l' "osservatorio" proprio del portale / sito web della DPS.

• Sistema ed 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 curricula 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 on-line. 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 con il personale dipendente e con le loro rappresentanze

4.8.1 LE RELAZIONI SINDACALI

La Direzione ha proseguito per tutto il 2011 il confronto assiduo ed approfondito sulle tematiche del lavoro con 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 ed 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 ulteriormente complesso dall'entrata in vigore del D.Lgs.150/2009, 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.

Attraverso gli strumenti dell'informazione e della concertazione, nel corso del si è realizzata in occasione del potenziamento dei servizi attraverso diverse ristrutturazioni/riorganizzazioni operative e dei trasferimenti delle Strutture Complesse di Neuropsichiatria Infantile, di Genetica Clinica e Settore Ambulatoriale di Pediatria, di Dermatologia e del Day Hospital Polispecialistico, di Reumatologia ed Endocrinologia.

A partire da settembre è stata trasferita la procedura "GEDAP" alla piattaforma "PERLA PA" per l'inserimento dei permessi sindacali. La complessa procedura di rilevazione è stata attivata dalla nostra Azienda con l'obbiettivo di regolamentare la gestione degli istituti sindacali (distacchi, permessi e aspettative) concessi ai dipendenti .

4.8.2 COMPATIBILITÀ TRA VITA LAVORATIVA E VITA FAMILIARE

Le criticità riscontrabili nell'ambito della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro impongono di ripensare ad un equilibrio tra questi momenti della vita dell'individuo al fine di tener conto delle trasformazioni sociali in atto che riguardano ambiti diversi della vita delle persone. La ricerca di soluzioni a sostegno della conciliazione diventa particolarmente complessa quando i tempi dedicati alla sfera professionale si realizzano nell'ambito di una struttura come quella ospedaliera tenuta all'erogazione dei servizi sanitari articolati in una turnistica sulle 24 ore (turni diurni/notturni e festivi). Individuare ed implementare buone pratiche e soluzioni innovative che possano facilitare la cura dei bambini, degli anziani o dei familiari che necessitano di assistenza significa contribuire alla realizzazione di contesti lavorativi tali da agevolare una migliore conciliazione delle responsabilità lavorative e di quelle famigliari per i lavoratori, uomini e donne, diventando un passo importante verso un benessere durevole. Poiché la divisione del lavoro di cura all'interno della famiglia risulta essere ancora fortemente sbilanciata a favore della componente femminile, ed essendo quest'ultima prevalente sul totale del personale aziendale si evidenzia come il problema diventi ancora più incisivo.

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 indispensabili per la conciliazione tra lavoro e vita familiare.

Relativamente alle iniziative intraprese dall'ASMN nell'ambito del Piano Triennale delle Azioni Positive, approvato dalla Direzione con atto n. 119/2010, per favorire la conciliazione ed il buon equilibrio fra i tempi di vita e di lavoro delle famiglie dei dipendenti, rientra il rinnovo per l'anno scolastico 2011/2012 della convenzione con la Scuola Materna S. Pellegrino di Reggio Emilia (di proprietà del Comune e a gestione parrocchiale), sita nelle vicinanze dell'area ospedaliera. La convenzione, attivata in via sperimentale dall'anno scolastico 2008/2009 e rinnovata negli anni successivi, ha dato l'opportunità in questi anni ai dipendenti di richiedere l'inserimento dei propri figli in età pre-scolare presso una struttura scolastica comoda al luogo di lavoro. Per l'anno scolastico 2011/2012 sono stati riservati ai figli dei dipendenti 5 posti di cui 4 all'interno della Sezione Primavera 24/36 mesi e n. 1 posto all'interno della Sezione bambini di 3 anni. L'avviso con l'indicazione delle condizioni per l'accesso alla Scuola Materna e i criteri per la selezione dei richiedenti, qualora le domande di iscrizione siano superiori ai posti disponibili, approvato con delibera n. 13/2011, è stato ampiamente pubblicizzato in ambito aziendale. Resta ovviamente a carico dei genitori il pagamento della retta mensile, che va da €220 ad Euro 290 per ciascun figlio. L'esperienza essendo entrata a far parte della realtà aziendale ed inserita nel Piano Triennale delle Azioni Positive di cui si è detto sopra verrà ripetuta anche per il prossimo anno scolastico 2012/2013. 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.

Le derrate alimentari sono tutte di prima qualità e su di esse vengono effettuati costantemente controlli sia al loro arrivo sia nel momento in cui avviene la lavorazione. Vengono utilizzati prodotti IGP (indicazione geografica protetta) e DOP (denominazione origine protetta). Le pietanze vengono preparate da personale dipendente qualificato e costantemente aggiornato con particolare riguardo alle norme igieniche.

Il menù viene stilato tenendo conto delle diverse esigenze nutrizionali, cul-

turali 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 (kcl, glucidi, lipidi ecc…), nonché delle valutazioni degli utenti evidenziate dalle indagini di gradimento.
E' attivo un servizio mensa aperto a tutti i dipendenti nella fascia oraria del pranzo (12,10/15), 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 calcolata sulla base di costi sostenuti per la produzione e distribuzione del pasto.
Il pasto "speciale" per utenti celiaci, che può essere prenotato la mattina stessa 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 ed organizzata oppure, se lo preferiscono, possono accedere ad una mensa esterna convenzionata; il prezzo è sempre quello abituale del buono pasto.
L'accesso al bar è consentito sia ai dipendenti che 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 2011-2012, come ogni anno, è stata condotta presso l'ASMN la campagna di vaccinazione antinfluenzale che prevede l'offerta gratuita del vaccino ai dipendenti. Come in tutti i luoghi pubblici anche negli ospedali la trasmissione dell'influenza è molto frequente: sia i degenti che gli operatori sanitari possono contrarre e trasmettere l'influenza a pazienti e colleghi. Ne possono derivare danni importanti per i degenti, per gli stessi operatori e per l'organizzazione nel suo complesso.
Gli operatori sanitari ed i dipendenti di tutti i servizi pubblici rappresentavano infatti le categorie a cui rivolgere prioritariamente la vaccinazione, secondo le indicazioni internazionali, nazionali e regionali.
La vaccinazione è stata proposta a tutto il personale sanitario e non sanitario, dipendente e non dipendente, ed 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 per il periodo indicato, 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.

• Abitudini alimentari, tabagica, attività fisica e prevenzione delle malattie
Nel corso del 2011 è stato organizzato un corso aperto a tutti i dipendenti dell'ASMN, dell'AUSL di Reggio Emilia e Villa Verde dal titolo "Previdenza in salute" (ne sono state fatte 7 edizioni). Tale corso, che ha coinvolto oltre 300 operatori sanitari e non, aveva l'obiettivo di far riflettere i partecipanti sulla condizione ponderale, sulle abitudini alimentari e sugli stili di vita dei dipendenti di strutture sanitarie; spesso si trattava poi di personale che si trova ad interagire con i pazienti su tali tematiche e anche se non specialisti nel settore dell'alimentazione, l'aspetto delle conoscenze diventa utile per interagire in modo consapevole.
I Dietisti aziendali hanno curato la parte inerente il peso corporeo e presentato le Linee Guida nazionali per una sana alimentazione italiana; successivamente un docente medico ha dedicato ampio spazio alle tematiche inerenti la previdenza in salute (fumo, alcool, pressione arteriosa, etc.).
Il corso ha riscosso un alto gradimento tra i partecipanti.

• Spostamenti casa-lavoro e mobilità sostenibile
Dal 1 febbraio abbiamo attuato la sperimentazione di un progetto che ha previsto per tutto l'anno 2011, la possibilità di sosta nella zona del parcheggio di Piazzale Galeno, antistante l'ospedale (situato tra accesso pedonale allo Spallanzani ed accesso a Rocca Saporiti), per le auto dei dipendenti in servizio pomeridiano.

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.

L'Arcispedale Santa Maria nuova ha da tempo adottato una strategia di comunicazione che vede nella semplificazione e nella trasparenza i suoi obiettivi primari.
La comunicazione aziendale è orientata a mantenere significativamente costruttivi i rapporti interni ed esterni ed ordinati in un tessuto di relazioni efficacemente radicato nella comunità nella quale l'Ospedale si trova inserito; essa orienta le proprie strategie verso diversi interlocutori:

- il cittadino
- gli operatori
- le associazioni di volontariato
- il mondo istituzionale.

Per quanto riguarda la relazione con la cittadinanza, lo sforzo dell'azienda è teso a mettere a disposizione un capitale informativo completo, comprensibile anche ai "non addetti ai lavori", utile per accedere, al meglio, alle prestazioni ed ai servizi istituzionalmente offerti.
Il patrimonio informativo messo a disposizione degli operatori, attraverso la rete intranet, l'house organ "Notizie" e la comunicazione elettronica ha l'obiettivo di favorire il coinvolgimento degli stessi nella vita dell'azienda e di conseguenza anche nelle scelte che vengono compiute.
La comunicazione con le Associazioni di Volontariato mira ad accrescere il significativo apporto che le Associazioni stesse possono dare nel valutare i servizi offerti, migliorarli e potenziare i servizi alla persona e comunque a vigilare che i bisogni della cittadinanza siano sempre al centro delle scelte aziendali.
La comunicazione e l'informazione con il mondo istituzionale è pensata con l'obiettivo di favorire, in accordo con il mandato proprio della Azienda, la compartecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria complessiva.

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 ed 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 ed il loro soddisfacimento.
Uno dei progetti più significativi 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 ed utilizzare correntemente. Prospettiva futura di IAP è la sua trasposizione sul WEB ad 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.
Nel corso dell'anno 2011 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 ad ogni singola esperienza un tempo adeguato e soprattutto uno "spazio-comunicativo" del tutto nuovo in quanto 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 ed il pubblico sviluppando le capacità di ascolto approfondito finalizzato sia a risolvere gli eventuali nodi nati dalla reciproca non riconoscenza sia a concedere ai cittadini uno "spazio emozionale speciale" che potesse al di là di ogni singolo evento far rinascere la 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 2011 ha registrato un totale di 445.076 contatti diretti con l'utenza.
L'URP, nello stesso periodo, ha anche gestito la procedura formale per la raccolta e la trattazione delle segnalazioni avanzate dai cittadini: sono stati raccolti e trattati 501 atti formali dei quali 261 reclami, 222 elogi o ringraziamenti, 5 rilievi, 10 suggerimenti e 3 casi impropri.
Nel corso dell'anno 2011 l'URP ha anche gestito il servizio di wi-fi guest ovvero la possibilità di autorizzare i pazienti ed 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 ed implementata di concerto con STIT .

• **Sito internet**

L'attività dell'anno 2011 si è concentrata sulla realizzazione di alcune aeree tematiche del sito.

E' stata creata una sezione sul **Centro Oncoematologico** destinata ad informare la cittadinanza sulle fasi di avanzamento del progetto.
Tale sezione raccoglie:

- dati relativi al progetto, planimetrie, prospetti dell'edificio,
- una galleria fotografica,
- una galleria multimediale,
- le varie fasi di realizzazione del Centro (posa prima pietra, ritrovamento pozzo romano, comunicati stampa, …),
- una veduta del centro ripresa da una webcam posizionata sull'area di costruzione.

La sezione, già in essere, denominata **Bandi di Gara** è stata completamente rifatta in base alle direttive del "Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26/4/2011 (G.U. 1/8/2011 n. 177)" con la possibilità

dei visitatori del sito di abbonarsi agli RSS.

Realizzazione di una sezione denominata **Formazione Dipartimento Interaziendale Emergenza-Urgenza** nata dall'esigenza di poter condividere, sia con i dipendenti USL ma anche con dipendenti di altre pubbliche amministrazioni, i programmi e materiali informativi di corsi/convegni su temi legati alla emergenza sanitaria.
In questa sezione è possibile trovare:

- brochure dei corsi, convegni e congressi realizzati da tale dipartimento,
- iscrizione on line,
- modalità di iscrizione differenziata per utenti ASMN, AUSL o esterni all'azienda,
- sezioni ad accesso riservato contenenti il materiale distribuito durante i corsi, convegni.

• Bacheche

Aggiornamento dei contenuti (informazioni di accesso) presenti nelle bacheche poste all'ingresso dei singoli reparti.
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.

• Schede informative per pazienti (schede di accoglienza)
Viene curato costantemente con i singoli reparti/servizi l'aggiornamento delle schede informative sulle attività, orari e altre informazioni utili per l'accesso al reparto/servizio.
Le schede vengono consegnate al paziente, al momento dell'accoglienza in reparto, da parte dell'operatore sanitario ed anche esposte nelle bacheche poste all'ingresso di ogni singolo reparto/servizio.

• Brochure

L'ufficio comunicazione cura assieme ai reparti/servizi ospedalieri la stesura, realizzazione grafica e stampa di opuscoli informativi rivolti all'utenza della Azienda Ospedaliera.
Con i servizi trasversali dell'azienda viene curata anche la realizzazione di:

- opuscoli 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.

5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità

• CAMPAGNE INFORMATIVE

La Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia 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 vengono progettate ed organizzate le campagne di 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) ed 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). Le campagne programmate a livello regionale oltre che nazionale trovano, in sede locale, un ulteriore livello di 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, vengono sempre informati delle iniziative organizzate e realizzate tramite l'URP.

RAPPORTI CON I MASS-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 e conferenze stampa viene diffusa notizia su aspetti ed eventi riguardanti l'attività ordinaria e straordinaria della Azienda. Nel corso dell'anno 2011 sono stati redatti n.91 tra comunicati e note di risposta e organizzate n. 8 conferenze stampa vertenti su iniziative ed attività aziendali di interesse generale.
Frequenti gli interventi dei professionisti a trasmissioni e rubriche, in televisione e su carta stampata, su temi di 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 di informazione/divulgazione su temi di interesse medico-clinico, sui percorsi di assistenza e cura e sui temi di educazione alla salute ed all'uso

appropriato della diagnostica e della terapia, ha ampliato la propria presenza sulla rete televisiva locale tramite la predisposizione di 35 spazi settimanali, in diretta della durata di 15 minuti ciascuno, nell'ambito della rubrica di attualità "Buongiorno Reggio" e 7 servizi "Primo Piano" in onda in orario di elevati ascolti. Ha programmato, inoltre, la messa in onda di speciali di 15 minuti, in onda nella fascia oraria serale dal titolo "Le Strade della Salute", dedicati all'approfondimento dei servizi offerti.

ATTIVITÀ PROGETTO LA BIBLIOTECA PER I PAZIENTI – ANNO 2011

L'anno 2011 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 leggère… Lèggere cura!* (biblioteca ricreativa per pazienti e familiari), nel corso dell'anno 2011 sono stati realizzati 91 incontri di lettura ai quali hanno partecipato 531 persone, con una media di circa 6 persone per incontro.
Nel corso del 2011 è stato quindi oltrepassato il traguardo delle 2000 presenze complessive ai 355 incontri realizzati dall'inizio delle attività (novembre 2005) a fine 2011. Questi dati, che confermano un costante incremento della partecipazione degli utenti alle attività del progetto, testimoniano il gradimento dell'attività stessa. Nonostante la difficoltà di portare avanti il servizio con un numero di volontari del Servizio Civile Nazionale ridotto, rispetto allo scorso anno, è stata inserita anche la Neurologia, tra i reparti cui viene offerto il servizio di lettura ad alta voce e prestito libri/audiolibri.
Quest'ultima attività è inoltre proseguita, anche nei reparti di medicina, con 30 visite programmate e un totale di 131, tra libri e audiolibri, dati in prestito.
Nel 2011 è stato altresì possibile raggiungere un maggior numero di reparti che hanno usufruito del prestito su richiesta (13 libri prestati).
La realizzazione delle attività del progetto *Cure leggère… Lèggere cura!* prevede, inoltre, la stampa di diverso materiale promozionale e informativo, come locandine, volantini con "Parole in Pillole" (piccoli volantini di invito nei quali sono riportate brevi frasi d'autore) ecc.
Tutte le attività di *Cure leggère… Lèggere cura!* sono coordinate dalla Biblioteca Medica e realizzate grazie alla collaborazione dei volontari del Servizio Civile Nazionale, dei volontari dell'*Associazione Vittorio Lodini per la ricerca in chirurgia*, del progetto comunale *Baobab/Spazio giovani scritture*, nonché grazie alla disponibilità dimostrata dal personale dei reparti coinvolti.

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 di informazioni raccolte nel corso dell'anno 2011 sono state 45: 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. Il *Punto Informativo per Pazienti* ha prodotto, aggiornato e messo a disposizione dell'utenza 20 diversi opuscoli informativi su temi come alimentazione, terapia e prevenzione, stampati, nel corso dell'anno 2011, in circa 1200 copie.

Tra le attività del progetto *La Biblioteca per i Pazienti* è compreso anche l'avviamento, nel corso del 2011, del progetto di ricerca denominato *"Community Health Literacy. Il materiale informativo per la comunità prodotto dalle Aziende Sanitarie della Proincia di Reggio Emilia e utilizzato all'interno dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova: raccolta, valutazione, miglioramento"*.

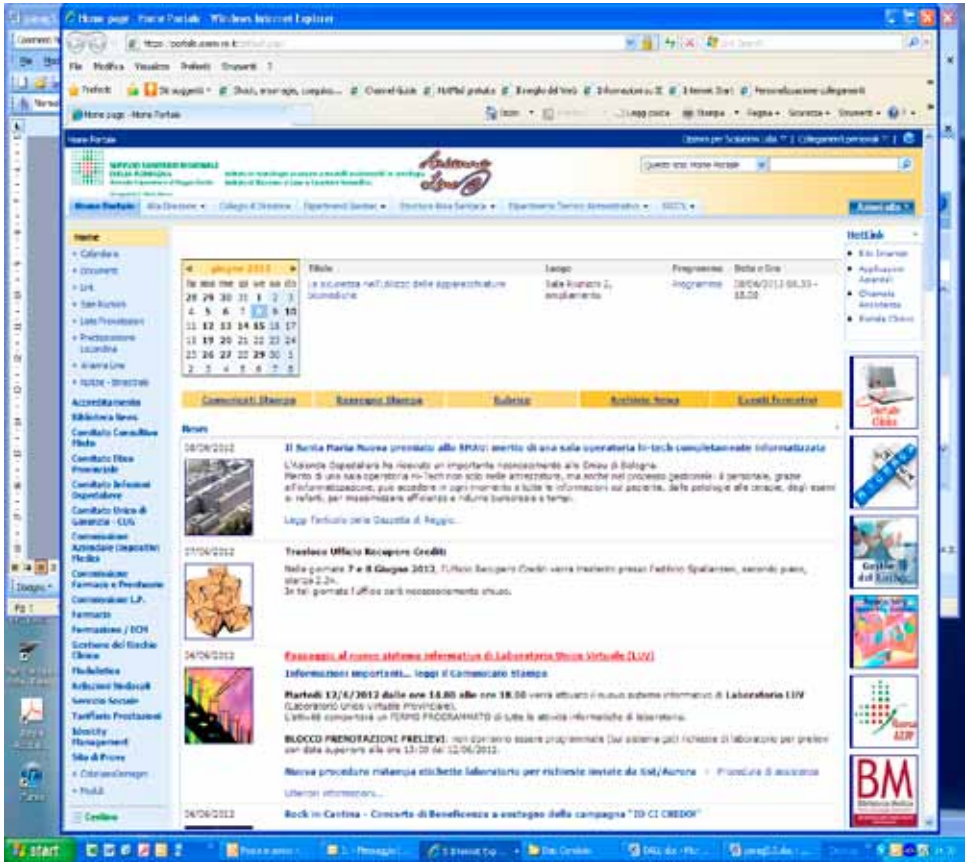
Tale progetto prevede la raccolta e la valutazione del materiale informativo, in particolare del materiale scritto, utilizzato dai professionisti dell'Azienda per fornire informazioni sulla salute a pazienti e/o cittadini. L'intento del progetto è quindi quello di sensibilizzare gli operatori sanitari alle tematiche della comunicazione e, ove necessario, al miglioramento della qualità della propria comunicazione con i pazienti/cittadini.

ATTIVITÀ	2011
Cure leggère... Lèggere cura! Numero di incontri di lettura ad alta voce realizzati	91
Cure leggère... Lèggere cura! Numero di utenti presenti agli incontri di lettura	531
Cure leggère... Lèggere cura! Numero di servizi di prestito libri/audiolibri	30
Cure leggère... Lèggere cura! Numero di libri dati in prestito	131
Cure leggère... Lèggere cura! Numero di libri dati in prestito (servizio di prestito su richiesta)	13
Punto Informativo per Pazienti Numero accessi	45
Punto Informativo per Pazienti Numero opuscoli informativi stampati	1200
MATERIALI STAMPATI (*Cure leggère… Leggère cura!*)	
Libretti *Mostra di Parole*	480
Volantini con *Parole in Pillole*	1636
Locandine promozionali letture	1050

5.3 La comunicazione interna aziendale

Il processo di comunicazione interna in questo ospedale è fortemente 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 ed 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 ad una cultura di web community.

5.3.1 INTRANET – Arianna Line



Nell'anno 2011 è stato consolidata la nuova piattaforma della intranet tramite la tecnologia share point.
Tale 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.

Fra le potenzialità del portale è stata maggiormente sfruttata la possibilità di condivisione, di revisione e aggiornamento direttamente dall'interfaccia web. Inoltre sono stati ampliati gli spazi di collaborazione, condivisione e discussione on line fra professionisti delle stesse strutture ma anche fra strutture e dipartimenti diversi.

Sono stati somministrati ai dipendenti sondaggi di vario genere (peso ponderale, fabbisogno formativo, sondaggio sulle emorragie massive, …).

Le iscrizioni a corsi, convegni e congressi avvengono per i dipendenti ASMN tramite l'interfaccia web della intranet.

La piattaforma in uso favorisce:

- la capacità degli utenti di creare e controllare proprie aree di lavoro comuni e di adattarle secondo le esigenze dei singoli progetti,
- il coordinamento del lavoro di squadra con la possibilità di condividere calendari, avvisi e notifiche sia sugli eventi che 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,
- condividere calendari, contatti, ecc.

5.3.2 RASSEGNA STAMPA

La rassegna stampa quotidiana, selezione di notizie riguardanti la sanità e la pubblica amministrazione tratta dai quotidiani locali e dai principali quotidiani nazionali, è pubblicata quotidianamente sul portale Intranet, completata da clip video tratte dai telegiornali locali; la pubblicazione consente l'archivio della Rassegna e quindi la possibilità di ricerca di ogni articolo di interesse.

5.3.3 GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E CONDIVISIONE DEI SAPERI PROFESSIONALI E ORGANIZZATIVI

Nell'anno 2011, continuando quanto già avviato , l'Arcispedale Santa Maria Nuova ha ulteriormente sviluppato , in collaborazione con l'azienda sanitaria locale, uno spazio virtuale atto a favorire e facilitare la diffusione di conoscenze, saperi e buone pratiche tra i professionisti delle due aziende sanitarie provinciali.
Il progetto aveva 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;
- acquisire modalità e strumenti condivisi tra le due aziende per la gestione documentale prevista dal modello regionale di accreditamento.

Lo sviluppo complessivo del progetto ha visto le due aziende sanitarie della provincia impegnate a creare, come risultato finale un programma informatico 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 ed in grado di soddisfare i requisiti regionali del modello di accreditamento. Le azioni sviluppate per realizzare il progetto sono state:

- ricognizione dell'esistente sia a livello organizzativo che clinico
- individuazione dei criteri per la codifica della documentazione al fine di dare evidenza ai saperi e alle competenze aziendali
- codifica di un sistema di gestione della documentazione coerente con il modello di accreditamento regionale;
- ricognizione della documentazione e messa a punto degli strumenti necessari per il trasferimento e/o aggiornamento della documentazione nella rete aziendale
- sperimentazione di percorsi per l'utilizzo del materiale in rete sia attraverso momenti formativi che attraverso l'addestramento all'uso di strumenti per l'accesso
- formazione per l'utilizzo del sistema per gli "amministratori del sito web"
- programmazione delle iniziative formative e promozione dell'autogestione

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 garanzia 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 multiprofessionali volti al miglioramento della qualità clinico-assistenziale ed organizzativa. Ampio spazio viene infine dato alla valorizzazione del ruolo del Comitato Etico

6. Attività dell'Infrastruttura - ricerca - qualità - statistica

Nel corso del 2011 si è consolidata l'Infrastruttura - ricerca - qualità - statistica formata da una Segreteria Amministrativa e da una Struttura Complessa Ospedaliera (Statistica, Qualità e Studi Clinici), con la partecipazione di una struttura della AUSL (Epidemiologia).

La I-RQS è diretta dal Coordinatore Scientifico e garantisce un indirizzo e una programmazione generale della ricerca. Coordina le attività dei vari Gruppi e collabora alla costruzione di indicatori di *performance* scientifica per tutte le strutture dell'ASMN.

Il Coordinatore Scientifico si avvale della collaborazione di un Responsabile Sanitario (responsabile anche dell'Area Formazione), un Responsabile Amministrativo (che è anche Responsabile della Segreteria del Comitato Etico), un Responsabile delle Professioni Sanitarie ed un Responsabile della Struttura Complessa di Statistica, Qualità e Studi Clinici (SQSC), che è anche Responsabile del Registro Tumori della Provincia di Reggio Emilia, sito presso la AUSL.
La SQSC, le cui attività sono dettagliate al paragrafo 6.3, comprende la Biblioteca Medica, la Segreteria del Comitato Etico, l'ufficio Qualità e Accreditamento, l'ufficio Epidemiologia e l'ufficio Statistico-Metodologico.

Nel corso del 2011, in seguito al riconoscimento IRCCS, vi è stato un consolidamento e un potenziamento dell'attività dell'Infrastruttura; in particolare è stato assegnato un nuovo locale situato all'interno dell'edificio Spallanzani, sono stati stabilizzati con contratto a tempo indeterminato 2 assistenti amministrativi ed è stata assegnata una nuova Borsa di Studio per l'implementazione e monitoraggio dei progetti di ricerca.

Il principale obiettivo dell'Infrastruttura Ricerca, attraverso la creazione di un Percorso della Ricerca, è quello di offrire supporto tecnico e metodologico a tutte le attività di ricerca in corso e già pianificate.

Il supporto tecnico riguarda prevalentemente il disegno dello studio e l'analisi dei risultati; quello strettamente metodologico produce modelli per studi descrittivi, analitici e sperimentali con particolare attenzione ai percorsi assistenziali e allo sviluppo e validazione di tecnologie. Per conseguire questi obiettivi l'I-RQS si avvale di competenze statistiche, metodologiche, documentali e di qualità clinica.

6.1.1. Attività dell'Infrastruttura

All'interno della I-RQS si sono avviate e consolidate alcune attività e funzioni:

- Si è consolidato il lavoro del *Gruppo di Coordinamento della Ricerca* (GCR), costituito dal Coordinatore della ricerca e dai 4 Responsabili afferenti alla I-RQS oltre ai Responsabili delle 3 Linee di Ricerca e ad altri professionisti impegnati nel campo oncologico.
Il Gruppo di Coordinamento della Ricerca (GCR) ha le funzioni di:
- Institutional Review Board;
- promuovere e coordinare la ricerca presso l'ASMM con il supporto della Struttura Statistica, Qualità e Studi Clinici. coordinare le attività di ricerca dell'azienda ospedaliera e dell'azienda territoriale, accrescere le conoscenze teoriche e stimolare comportamenti/aspetti relazionali.

Il GCR si prefigge l'obiettivo di individuare i temi della ricerca, condividere le criticità e comunicare ai professionisti i progressi operanti in tal senso.
Nel corso del 2011 il GCR si è suddiviso in due sottogruppi di lavoro: il primo impegnato nella stesura di un "piano della ricerca e modello di finanziamento"; il secondo gruppo è stato impegnato nella individuazione di "criteri di finanziamento della ricerca corrente intra-aziendale".
Il GCR nel 2011 si è riunito mediamente mensilmente.

- E' proseguita la discussione e condivisione dei progetti presso il *Gruppo Interdisciplinare (GI)*: il GI comprende circa trenta professionisti (medici, statistici, biologi, infermieri, psicologi e altre figure professionali) che "condividono" una ipotesi di ricerca presentata di volta in volta dai vari ricercatori. Il GI non ha l'intento di valutare le proposte ma solo di offrire un momento di condivisione e partecipazione. Nel 2011 il GI si è riunito 12 volte e ha discusso 22 nuove proposte di progetto.

- E' previsto che verrà costituito anche un *Gruppo Metodologico* (composto dal Coordinatore della Ricerca, i Responsabili Sanitario, Amministrativo e della SQSC ed un consulente statistico) che ha valutato la qualità e la praticabilità delle proposte di progetti presentate ai Bandi di Ricerca Nazionali e Regionali.

- Nel corso del 2011 è proseguita la attività dello *Sportello Statistico-Metodologico*, costituito da due statistici e un biostatistico che offre consulenza ai professionisti impegnati nella ricerca: oltre 90 professionisti hanno usufruito di questo servizio.

- Accanto a queste attività più strutturate è stato garantito anche, su richiesta del professionista, un supporto linguistico, amministrativo e di ricerca bibliografica con lo scopo di fornire un sostegno efficace nella fase di stesura di progetti ed articoli scientifici in lingua inglese.

- Un'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.

6.1.2. Struttura Complessa di Statistica, Qualità e Studi Clinici (SQSC)
La Struttura SQSC fa parte della "Infrastruttura - ricerca - qualità - statistica" insieme alla struttura complessa di "Ricerca Epidemiologica".

La Struttura Complessa di Statistica, Qualità e Studi Clinici comprende la Biblioteca Medica, la Segreteria del Comitato Etico, l'ufficio Qualità e Accreditamento, l'ufficio Epidemiologia e l'ufficio Statistico-Metodologico.

Interagisce con le seguenti funzioni trasversali Aziendali quali: il Coordinamento della Ricerca, l'Unità di Ricerca delle Professioni Sanitarie, il Gruppo Interdisciplinare (GI), la Formazione, la Biblioteca Scientifica; mantiene rapporti costanti con il personale che già svolge attività di ricerca e data management non solo dei Dipartimenti Oncologico e delle Tecnologie Avanzate.

La funzione principale della S.C di SQSC 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 e sperimentale con particolare attenzione ai metodi relativi allo sviluppo e validazione di processi, tecnologie, percorsi assistenziali.
La gestione del Registro Tumori (RT) di popolazione rientra nelle attività di ricerca proprie.
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, ecc).
- Progettazione ed effettuazione di ricerche in tema di descrizione e valutazione di processi, percorsi assistenziali e tecnologie innovative
- Gestione del RT: dati di incidenza, sopravvivenza e prevalenza dei tumori, studi osservazionali di approfondimento.

Fra le altre funzioni specifiche di questa struttura si possono annoverare:

a) Definire un programma di attività specifica in termini di dati disponibili, software e banche dati scientifiche.
b) Predisporre il piano delle attività di ricerche avviate ed attivabile nella struttura stessa di SQSC.
c) Partecipare e Contribuire al Collegio di Direzione con proprio componente integrato per i temi inerenti la pianificazione e le strategia di sostegno alla ricerca, per redigere per 2011 il Piano per la Ricerca Aziendale ASMN.
d) Predisporre il Piano Formativo per la Ricerca in Azienda da integrare nel piano generale annuale della Formazione Aziendale e presentare per l'approvazione al Collegio di Direzione.
e) Interagire con la Struttura di Ricerca Epidemiologica dell'Azienda AUSL-RE per i flussi dei dati di epidemiologici, il Registro Tumori, attraverso le professionalità presenti identificate e le nuove assunzioni dedicate .
f) Partecipare ed interagire nell'Osservatorio Regionale ER per l'Innovazione.
g) Interagire con il Comitato Etico Provinciale.

Inoltre la S.C di SQSC, in collaborazione con la Biblioteca Medica ed 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).

Tutte le attività avviate presso la SQSC sono state illustrate a specifiche riunioni dei Dipartimenti (9 incontri): ciascun incontro, della durata di 2 ore circa, aveva l'obiettivo di illustrare ai direttori e professionisti sanitari lo stato dell'arte dell'IRCCS, il percorso della Ricerca, la normativa vigente inerente privacy e consenso informato e gli aspetti riguardanti la raccolta e la registrazione dei dati (data manager e data base).

6.1.3 Integrazione tra i vari sottosistemi aziendali
La I-RQS si è integrata efficacemente con altre strutture presenti in Azienda: in particolare sia la Segreteria del Comitato Etico che la Biblioteca sono presenti all'interno della SC di SQSC: ciò ha reso particolarmente agevolati percorsi di collaborazione e formazione tra il personale afferente a tali strutture. Inoltre l'I-RQS si interfaccia con il Collegio di Direzione sia relazionando periodicamente le attività proprie della infrastruttura sia presentando progetti di particolare rilievo.

6.1.4 Collaborazioni con altre Aziende
L'I-RQS nell'anno 2011 ha consolidato i seguenti Progetti di Ricerca interaziendali ed in collaborazione con Aziende Pubbliche:

- **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, Medicina Nucleare, Breast Unit;
- **Programma C.E.R.T.O., IRCCS RE, AOU Modena, IRST Meldola**
    - *Creazione e 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 bio-markers 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 effettiva 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 derivare dalle fasi precedenti, nelle patologie preidentificate.

- Protocollo di Intesa con Modena
Durante l'anno 2011 si sono poste le basi per un accordo di collaborazione per le attività di ricerca tra IRCCS_ASMN di Reggio Emilia, AOU di Modena, l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

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, Coordinatore Scientifico dell'IRCCS di Reggio Emilia.

- 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 della I-RQS).
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

6.1.5 Sviluppo della capacità di attrazione da parte dell'Azienda di risorse finanziarie
All'interno dell'Infrastruttura Ricerca è stato attivato un processo di identificazione, registrazione, presa in carico, valutazione e tutoraggio dei progetti di ricerca, definito "Percorso della Ricerca", con particolare attenzione a quelli *Investigator Driven* (non-for-profit) i cui nodi sono rappresentati dalla Segreteria Scientifica, Sportello Statistico-metodologico e Gruppo Interdisciplinare. Lo *Sportello Statistico-metodologico*, costituito da due statistici e un biostatistico ha offerto consulenza ad oltre 100 professionisti impegnati nella ricerca per tutta l'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia.

Nel corso del 2011 sono stati presentati al Ministero della Salute 20 progetti nell'ambito del Bando per la Ricerca Finalizzata; 3 progetti hanno partecipato alla *Call* del Fondo di Modernizzazione della Regione Emilia Romagna, uno ha collaborato al Bando Regione-Università ed un progetto è stato finanziato nell' ambito di un bando di ricerca della Società Italiana di Nefrologia. Due progetti sono stati finanziati nell'ambito dei bandi AIRC e della Fondazione Berlucchi. Molti di questi progetti sono stati implementati con il supporto del personale della SQSC e in alcuni casi è stata seguita anche la stesura del protocollo, la traduzione e l'invio su supporto informatizzato.

Per quanto riguarda la capacità di attrarre risorse finanziarie nel triennio 2009-2011 l'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia ha ricevuto finanziamenti pubblici e privati indipendenti per un importo complessivo di circa 11.675.102 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).

	2009	2010	2011
TIPOLOGIA			
Finanziamenti pubblici italiani (Atenei, Ministeri,Rer, Altri)	138.250	562.063	300.294
Finanziamento Regione Emilia Romagna a sostegno delle attività di Ricerca e Innovazione	1.250.000	2.250.000	2.250.000
Finanziamenti privati italiani (Fondazioni, associazioni, altri)	425.151	365.000	567.470
Ricerca commissionata	567.674	827.000	1.045.000
Per Tecnologie biomediche		250.000	877.200
TOTALE	**2.381.075**	**4.254.063**	**5.039.964**

Nel triennio 2009-2011 si segnalano in particolare, per entità economica:

- il finanziamento regionale alla rete regionale degli IRCCS e dei centri di riferimento (1.250.000 € per l'anno 2009 ed € 2.250.000,00 per gli anni 2010-2011);
- il finanziamento regionale per il Progetto di studio protocollo Synopsis della Novartis (100.000 €);
- il finanziamento dell'AIRC (50.000 €) relativo al secondo anno del progetto di Ricerca "Molecular Characterization of Invasive Thyroid Tumors" nell'ambito del My First AIRC grant (MFAG);
- il finanziamento della Fondazione Berlucchi (€ 50.000,00) relativo al progetto "Caratterizzazione di nuovi meccanismi molecolari che regolano l'aggressività dei tumori tiroidei";
- Progetti ricerca Regione/Università per l'anno 2010 un totale di circa € 63.014.

Per quanto riguarda la ricerca commissionata, le unità operative maggiormente coinvolte nell'anno 2011 sono state:

- U.O Oncologia per un totale pari a circa € 176.000;
- Presidio Regionale Gravi Disabiltà Infantili (U.D.G.E.E.) per un totale pari a circa € 87.600;
- Reumatologia per un totale pari a circa € 246.000;
- Ematologia per un totale pari a circa € 97.000;
- Medicina nucleare per un totale pari a circa € 66.750;
- Diagnostica ed Interventistica Cardiologica per un totale pari a circa € 60.300.

Tabella 6.2.1 – Progetti di ricerca in corso anno 2011:

Fonte finanziamento	Tipologia	Titolo Progetto
RER	Progetto ricerca Regione/Università 2007-2009 AO-U Parma (Radiologia)	Therapeutic Application of stem cells in the treatment of heart faillure
RER	Progetto ricerca Regione/Università 2007-2009 Az.Osp.S.ORSOLA di BO	Hematopoietic stem cell transplantion (HSCT) in the elderly
RER	Progetto ricerca Regione/Università 2007-2009 Az.Osp.S.ORSOLA di BO	Molecular bases and targeted theerapy of hemolymphopoietic malignancies (HM)
RER	Progetto ricerca Regione/Università 2007-2009 AO-U Parma (Medicina III)	Il governo clinico dell'infezione da virus dell'Epatite B (HBV) in Emilia Romagna: progetto integrato di razionalizzazione delle risorse e di applicazione di tecnologie innovative alla diagnostica clinica.
RER	Progetto ricerca Regione/Università 2007-2009 - Policlinico Mo (Dermatologia)	Strategie a lungo termine di gestione clinica della psoriasi e studio controllato e pragmatico sull'efficacia di interventi non farmacologici nel controllo della malattia. - Farma economia e linee guida
RER	Progetto ricerca Regione/Università 2007-2009 - Policlinico Mo (urologia)	Ruolo del sistema robotico Da Vinci nella chirurgia oncologica del colon e della prostata - studio prospettico multicentrico di confronto tra laparoscopia tradizionale e robot assistita
RER	Progetto ricerca Regione/Università 2007-2009 Az.Osp.S.ORSOLA di BO	Analisi farmaco-econimica e di farmaco-utilizzazione della terapia biologica nelle infiammatorie Croniche Intestinali
Ministero Salute	Ricerca finalizzata ex art. 12 L.502	Nuove conoscenze e problematiche assistenzali nell'ictus cerebrale:un Programma Strategico di Ricerca e sviluppo (artt.12 e 12bis, D.Lgd n. 502/92)maggior finanziamento e Fondo Stroke
Ministero Salute	Ricerca finalizzata ex art. 12 L.502 - Regione Lombardia	Sviluppo di nuove strategie conoscitive, diagnostiche, terapeutiche e organizzative in pazienti con sindromi coronariche acute
RER	Trapianti e Medicina Rigenerativa - ANNO 2011 DGR 2103/2011	Progetto ALMA
Ministero Salute	Ricerca Oncologica 2006 - Ist.Nazionale ricerca Tumori AVIANO	Progetto n. & "Technology assessment of tootherapy in radiation oncology"
Ministero Salute	Ricerca Oncologica 2006 - AO-U BOLOGNA	Characterization of normal and neoplastic hematopoietic stem cells for the clinical use for tissue regeneration and the development of novel anti-tumor targeted therapies
Ministero Salute	Az.Osp."S.Giovanni Battista di Torino	Progetto pilota di utilizzo del test per il DNA di papilloma virus umano come test primario di screening per precursori di cancro cervicale
Ministero Salute	Programma integrato di oncologia - AO G.Moscati di Avellino	Conservazione della fertilità nei pazienti oncologici
RER	Bandi AIFA Informazione, educazione sanitaria e Farmacovigilanza - DGR 1377/2011	Registro Reuma Regionale"
RER	Bandi AIFA Informazione, educazione sanitaria e Farmacovigilanza - DGR 1536/2011	Sviluppo di una Rete Regionale integrata di Farmacovigilanza finalizzata a migliorare la sicurezza del paziente oncologico
RER	Bandi AIFA Informazione, educazione sanitaria e Farmacovigilanza - DGR 1536/2011	Sviluppo di una Rete Regionale integrata di Farmacovigilanza finalizzata a migliorare la sicurezza del paziente oncologico

RER	Bandi AIFA Informazione, educazione sanitaria e Farmacovigilanza - DGR 1536/2011	Monitoraggio epidemiologico di reazione ed eventi avversi da farmaci in pronto soccorso
RER	Az.USL di RE	Sviluppo, attivazione e verifica di un modello del follow up condotto dal MMG in donne con tumore della mammella diagnosticato in fase precoce e curato radicalmente
RER	Novartis Pharma - DGR 2132/2011	Studio Osservazionale Protocollo Synopsis V111_05
RER	Az.Ospedaliera S.Orsola di Bologna	Progetto Regionale PIRP "Prevenzione insufficienza renale progressiva" anno 2010
RER	Programma di Ricerca e Innovaz. della Regione Emilia Romanga (PRI-E-R) - DGR 1246/2011	Cooperazione internazionale per la ricerca e la formazione in sanità
RER	Programma di Ricerca e Innovaz. della Regione Emilia Romanga (PRI-E-R) - DGR 1246/2011	Realizzaione progetti del secondo ciclo del Programma Ricerca e Innovazione
Ente no-profit	AIRC -Associazione Italiana per la ricerca sul cancro	Molecular characterization of Invasive Thyroid Tumors
Ente no-profit	Fondazione Guido BERLUCCHI - Onlus	Caratterizzazione di nuovi meccanismi molecolari che regolano l'aggressività dei tumori tiroidei

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 della I-RQS. Ciò è avvenuto grazie alla attivazione di percorsi formativi (seminari, workshop, corsi e convegni) organizzati dalla I-RQS, e attraverso la partecipazione dei professionisti ad eventi interni ed esterni all'azienda.

6.2.1 Attività di formazione del personale

Nel corso del 2011 sono stati organizzati dalla Struttura SQSC 3 Convegni dedicati alla definizione e valutazione della Ricerca e 4 Seminari su argomenti specifici (tumori rari, onco-ginecologico, alimentazione e tumori).
Inoltre è stato organizzato un corso base di inglese per gli operatori della Biblioteca e due corsi "EBM Discussion Group" che hanno coinvolto alcuni professionisti che in Azienda avevano già frequentato il corso EBM.
E' stato anche organizzato un corso formativo di 10 incontri dedicati al "data management" con lo scopo di permettere ai data manager presenti in Azienda di conoscersi, confrontarsi e condividere esperienze.

Il personale afferente all'Infrastruttura ha partecipato a numerosi Convegni e Congressi inerenti i temi della Ricerca in ambito nazionale e internazionale.

Parte del personale della I-RQS ha inoltre frequentato un percorso formativo dedicato ai temi della Comunicazione e della Health Literacy, diventando a sua volta formatore per ulteriori corsi che verranno presentati in azienda nella seconda metà dell'anno 2012.

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 messo a punto nel 2011 una 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 BIBLIOTECA			
Tipologia risorse/Attività	**Indicatori**	**2011**	**2010**
Periodici in abbonamento	a) Print Only b) Online	230 1.855	281 1.764
Document Delivery (richiesta e spedizione art.)	a) Articoli richiesti a bib. esterne b) Articoli spediti a bib. esterne c) Articoli forniti presenti in bib.	969 529 1.870	914 645 2.088
Libri, letteratura grigia	a) Monografie per specialisti b) Monografie di Infermieristica c) Monografie per Terapisti d) Tesi Prof. Sanitarie)	8.939 1.435 122 1.247	8.808 1.403 13 1.109
Banche Dati (non free)	a) Biomediche b) Infermieristiche c) Giuridiche, tecniche	10 1 2	9 1 2

6.2.3 Creazione di database sulle opportunità di partecipazione a programmi di ricerca

La struttura ha curato la rendicontazione scientifica l ed economica presso il Ministero della Salute, secondo tempi stabiliti. A tal fine è stato predisposto un sistema di rilevazione e monitoraggio delle attività interne all'ospedale, denominato "Registro della Ricerca" 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. Tale Registro è in Rete con altri sistemi di monitoraggio già implementati in Azienda (gestionale del Comitato Etico, Anagrafe Regionale della Ricerca e Biblioteca Medica).

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 2011 con 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, AIFA, Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC), Fondazione Berlucchi);
- 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

6.2.5.a) Principali percorsi clinico-assistenziali integrati

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. Si inserisce uno stralcio della citata tabella riportante l'obiettivo di ogni percorso:

6.2.5 b) Accuracy and clinical impact of 68-Ga-labeled octreotide analogues PET in diagnosis and staging of duodeno-pancreatic neuroendocrine tumours: proposal of a multi center prospective clinical trial – Prot. GA DOTATOC-EUS

Lo studio indipendente, multicentrico, internazionale "Accuracy and clinical impact of 68-Ga-labeled octreotide analogues PET in diagnosis and staging of duodeno-pancreatic neuroendocrine tumours: proposal of a multi center prospective clinical trial – Prot. GA DOTATOC-EUS" è uno studio importante rilevante dal punto di vista scientifico, approvato dal CE provinciale nel 2011. Viene promosso dalla S.C. di Medicina Nucleare e coinvolge diversi centri partecipanti, tra cui il Policlinico Universitario di Innsbruck.

Il protocollo di studio è stato elaborato da un gruppo di esperti afferenti a diverse specialità, ma orientate nella cura delle neoplasie neuroendocrine del pancreas. Obiettivo dello studio è quello di confrontare l'accuratezza di tre metodiche ritenute utili per diagnosticare la presenza di neoplasie neuroendocrine del pancreas. Le metodiche sono:

- la Tomografia computerizzata effettuata con multidetettore (MDCT)
- la PET/TC (Tomografia ad Emissione di Positroni – PET) realizzata con l'utilizzo di un radio farmaco sperimentale analogo della somatostatina, marcato con ^{68}Ga-)
- la eco endoscopia (EUS)

L'utilizzo di tali metodiche, già in uso nella pratica clinica per tale indicazione, ma in successione, permetterà agli sperimentatori un confronto tra le performance delle tecniche. L'integrazione delle metodiche potrà inoltre condurre ad una definizione complessiva e coerente del quadro clinico del paziente, portando ad una base più solida delle scelte terapeutiche per il Paziente.

Tabella 6.2.2 – Percorsi clinico-assistenziali integrat

Titolo	Struttura coordinatrice
Programma Interaziendale Gastroenterologia Endoscopia Digestiva (PIGED)	Strutturare a livello provinciale il percorso del paziente emorragico, definire il percorso interaziendale per la diagnosi ed il trattamento dell'epatocarcinoma, il percorso di pazienti con patologie biliopancreatiche e colorettali, consolidare l'attività di audit clinico
Completezza/Sicurezza/Appropriatezza di setting della Colonscopia	Garantire l'erogazione della colonscopia in modo uniforme su tutta la provincia, individuare gli standard di prodotto e gli indicatori per la valutazione della performance sia in termini di efficacia che di efficienza
Percorso interaziendale per la diagnosi ed il trattamento dell'epatocarcinoma	Definire il percorso interaziendale per la diagnosi, il trattamento ed il follow up dei pazienti cirrotici con lesioni epatiche focali al fine di omogeneizzare i comportamenti e gli approcci terapeutici secondo le migliori evidenze scientifiche
Percorso aziendale del paziente con sospetto ca del colon-retto	Garantire al paziente un adeguato percorso e presa in carico in caso di sospetta neoplasia colorettale ricercando la migliore pratica clinica basata sulle evidenze disponibili in letteratura. Coinvolgere tutte le figure professionali interessate ed attivare periodiche discussioni multidisciplinari dei casi nelle diverse fasi di sviluppo della neoplasia.
Percorso assistenziale delle pazienti affette da sospetta neoplasia dell'Endometrio	Definire il percorso assistenziale delle pazienti con carcinoma dell'endometrio ed uniformare i comportamenti dei professionisti con l'implementazione di una Linea Guida Provinciale
Percorso del paziente affetto da tumore del polmone	Creare un percorso integrato, multidisciplinare, efficace ed efficiente per il paziente affetto da tumore del polmone
La prevenzione, la diagnosi e il trattamento dell'Endocardite batterica	Uniformare i comportamenti di tutti i professionisti della provincia di RE nella prevenzione, la diagnosi ed il trattamento dell'Endocardite Batterica (EB) e stesura di una Linea Guida secondo le migliori evidenze scientifiche
Percorso aziendale del paziente con piede diabetico	Disegnare ed implementare il percorso aziendale del paziente con piede diabetico al fine di garantire una corretta presa in carico multidisciplinare ed un approccio terapeutico condiviso

Titolo	Struttura coordinatrice
Appropriatezza dell'Assistenza al travaglio e al parto (tagli cesarei)	Omogeneizzare i comportamenti dei professionisti della provincia Migliorare l'appropriatezza dell'assistenza ostetrica e ridurre il numero di Tagli Cesarei nel rispetto della sicurezza materno-fetale. Ridurre la mortalità e morbilità neonatale
Appropriato uso delle emotrasfusioni e gestione del rischio	Ridurre la richiesta inappropriata di sangue ed emoderivati ed aumentare il tasso di utilizzo del sangue richiesto
Audit clinico sui pazienti con IMA ricoverati nelle cardiologie della provincia di RE	Verificare i percorsi e l'outcome dei pazienti con IMA all'interno del sistema curante della rete cardiologica della provincia. Ha una cadenza annuale a partire dal 1999

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, con il completamento degli studi approvati nel 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 da parte del referente aziendale individuato presso la segreteria del CE e da parte di un collaboratore individuato presso l'Infrastruttura Ricerca Qualità Statistica.

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.

Valorizzazione del ruolo del CE

Relativamente alle trasformazioni che il Comitato Etico ha subito, a seguito delle diverse normative susseguitesi negli anni, così per quanto riguarda l'attuale composizione del Comitato Etico provinciale e della sua segreteria tecnico-scientifica, nonché relativamente ai rispettivi compiti e funzioni, non essendo intervenute novità di rilievo, si rinvia al paragrafo 6.3 del Bilancio di Missione relativo al 2010.

Va, invece, evidenziato che, come già accennato al paragrafo 2.4, cui si rinvia, a seguito del riconoscimento dell'Istituto in Oncologia per tecnologie avanzate e modelli assistenziali, con D.M. 12.04.2011, 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, si è avvertito anche nel 2011 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 2011 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 e partecipato. Ovviamente ciò non deve ridursi al solo contenuto della modulistica, ma soprattutto all'accompagnamento 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.

Conclusa tale fase, nel 2011 sono iniziate le attività per procedere con la seconda fase, limitata al solo ambito sperimentale, a cura di un gruppo di lavoro, composto da alcuni membri del CE prov.le e da figure di entrambe le aziende sanitarie (Ufficio Sistemi Qualità dell'ASMN e S.C. di Epidemiologia dell'AUSL) con esperienza nell'ambito della comunicazione e dei rischi. A tale gruppo di lavoro il Comitato ha chiesto di elaborare alcune proposte di intervento o di indagine circoscritte all'ambito sperimentale, a partire dai dati raccolti nella prima fase.

i

7 OBIETTIVI SPECIFICI DI PARTICOLARE RILEVANZA ISTITUZIONALE

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.

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. 288art. 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 Bolzano1, il Ministero della Salute, con D.M. 12 aprile 20112, 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 di istituzione e alla L.R. 4/2008, gli IRCCS, cosi 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.

2. Configurazione e Contesto IRCCS

Con il Decreto del 12 aprile 2011 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 due Dipartimenti, da una Rete Oncologica Aziendale, da Laboratori di Ricerca, da strutture per la gestione integrata della patologia oncologica e da un'Infrastruttura Ricerca-Qualità-Statistica.

PRESIDIO OSPEDALIERO :
1) Dipartimento Onco-ematologico a cui afferiscono le seguenti strutture:
- Anatomia Patologica
- Ematologia
- Laboratorio di Genetica
- Medicina Trasfusionale
- Oncologia
- Laboratorio di Biologia Molecolare
- Screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero.

2) Dipartimento di Tecnologie Avanzate a cui afferiscono le seguenti strutture:
- Fisica Medica
- Endoscopia Digestiva
- Medicina Nucleare
- Radioterapia

RETE ONCOLOGICA AZIENDALE a cui afferiscono tutte le attività di ricovero e le prestazioni ambulatoriali correlate ad una patologia principale oncologica ed erogate in altre strutture aziendali non incluse nei due dipartimenti IRCCS. 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 conflusce la restante parte delle attività

LABORATORI DI RICERCA (interni)

1. Laboratorio di Biologia Molecolare Oncologica dei tumori solidi;
2. Laboratorio di Biologia Molecolare Oncologica del sistema emolinfopoietico;
3. Laboratorio di Diagnostica Molecolare Oncologica avanzata;
4. Laboratorio di Biologia Molecolare dell'infiammazione;
5. Laboratorio di Medicina Trasfusionale;
6. Laboratorio di Tipizzazione Tissutale e Criobiologia;
7. Laboratorio di identificazione, tipizzazione microbica e rilevazione molecolare genetica delle resitenze;
8. Laboratorio IstoCito-patologia molecolare;
9. Laboratorio di diagnostica avanzata di Medicina;
10. Laboratorio di Biologia Molecolare e citopatologia della malattie HPV correlate;
11. Laboratorio di Diagnostica array-CGH della patologia genetica costituzionale;
12. Laboratorio di Fisica Medica, Imaging e sistemi esperti;
13. Laboratorio Radio Chimica Molecolare;
14. Laboratorio Hi- Tech Imaging endocscopico:
15. Healthcare Information Sistems Laboratory;
16. Laboratorio farmaceutico e centrale antiblastici.

Sono presenti 16 laboratori di ricerca (afferenti a diversi Dipartimenti) che nel corso del 2011 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
- 2 svolgono esclusivamente attività di ricerca in campo oncologico

L'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia ha inoltre attivato una specifica convenzione con i laboratori di ricerca collocati esternamente presso l'Istituto di Ricerca Farmacologica Mario Negri (IRFMN) di Milano a dimostrazione della stretta collaborazione fra le due Strutture.

LABORATORI DI RICERCA IRFMN (in convenzione)

1. Dipartimento di Biochimica e Farmacologia Molecolare - Laboratorio di Biologia Molecolare;
2. Laboratorio di Farmacologia Molecolare;
3. Dipartimento di Oncologia - Laboratorio di Farmacologia Antitumorale.

L'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova -IRCCS di Reggio Emilia è dotata inoltre dalle seguenti strutture e funzioni per la gestione integrata della patologia oncologica: Breast Unit, Skin Cancer Center, Tyroid Center e Centri Screening.

BREAST UNIT INTEGRATA

L'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, in linea con le indicazioni della Regione Emilia Romagna e delle principali linee guida internazionali sulle Breast Units, ha organizzato un gruppo multidisciplinare per la presa in carico delle donne con tumore al seno. Questo nuovo modello organizzativo denominato Breast Unit Integrata è stato sviluppato da Ottobre 2011.
La Breast Unit Integrata raccoglie le competenze dei reparti di oncologia medica, radiologia, anatomia patologica, medicina nucleare, chirurgia senologica, radioterapia, psiconcologia, medicina fisica e riabilitazione. Il gruppo è organizzato come un vero e proprio percorso di trattamento oncologico e racchiude al suo interno tutte le conoscenze e le possibilità diagnostiche e terapeutiche necessarie per fornire un servizio di elevata qualità ed efficienza alla donna con tumore mammario, guidandola ed affiancandola nelle diverse fasi del trattamento chirurgico, medico, radiante e riabilitativo.
Primaria attenzione è posta al profilo della qualità dell'assistenza e all'umanità delle cure, garantendo anche un adeguato supporto psicologico e il sostegno del volontariato.
La collaborazione fra i vari specialisti coinvolti nel percorso di prevenzione-diagnosi e cura delle pazienti affette da carcinoma mammario è effettiva e regolare. A tal fine il gruppo interdisciplinare della Breast Unit Integrata dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia si riunisce ogni due settimane per discutere collegialmente le nuove diagnosi e decidere il programma terapeutico più appropriato per ogni paziente.

SKIN CANCER CENTER

I tumori cutanei rappresentano un problema sanitario rilevante a causa della loro elevata incidenza nella popolazione. Il modello Skin Cancer Unit (SCU) che è stato implementato all'interno dell'Azienda Ospedaliera SMN-IRCCS prevede l'adozione di un percorso multidisciplinare e multilivello dei pazienti affetti da tumori cutanei (melanoma e non-melanoma), con obiettivi di prevenzione e cura che hanno lo scopo di:

- Incrementare le diagnosi di melanoma
- Ridurre il numero di asportazioni inutili
- Ridurre le liste di attesa negli ambulatori diagnostici e chirurgici
- Incrementare la qualità del servizio assistenziale ai pazienti.

Le attività di ricerca sono orientate agli studi policentrici nazionali e internazionali su fattori epidemiologici e criteri diagnostici clinici, strumentali e anatomo-patologici e di follow-up del melanoma e dei tumori epiteliali maligni.
Per quanto riguarda le risorse strutturali e tecnologiche il modello Skin Cancer Center si avvale della stretta collaborazione trasversale fra il dipartimento medico, chirurgico, onco-ematologico e di diagnostica per immagini dell'ASMN.
La Mission di questo Centro di eccellenza è quella di garantire un modello assistenziale oncologico provinciale per i pazienti con sospetto diagnostico di neoplasie cutanee maligne (melanoma e non-melanoma skin cancer) attraverso una unità aziendale interdisciplinare integrata con le strutture AUSL-RE (SCU), 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.
Il modello Skin Cancer Center è stato strutturato 3 livelli assistenziali distinti:
1. Lo screening di 1° livello;
2. La diagnosi delle neoplasie cutanee riferite dai dermatologi territoriali (centro di II livello);
3. Il trattamento e follow-up delle neoplasie cutanee maligne (centro di III livello).

TYROID CENTER
Il Centro di Eccellenza per la Tiroide (Tyroid Center) comprende le seguenti Unità Operative afferenti all'IRCCS: Anatomia Patologica, Medicina Nucleare, Radioterapia in stretta collaborazione ad altre Unità Operative presenti all'interno dell'Azienda Ospedaliera quali: Otorinolaringoiatria, Endocrinologia, Laboratorio di Endocrinologia, Attività cliniche distintive ed Ecografia tiroidea.
L'obiettivo principale di questo Centro è la valutazione di tutte le patologie tiroidee attraverso l'utilizzo di apparecchiature di ultima generazione che consentono l'asportazione dei tessuti tumorali con massima precisione e minore danno ai tessuti sani.
Fra le patologie trattate da questo Centro si distingue per importanza nel campo oncologico il Carcinoma tiroideo: questa malattia presso la Struttura ASMN/IRCCS viene diagnosticata a circa 80 nuovi pazienti/anno, con tendenza all'aumento nel tempo. La diagnosi si basa su ecografia tiroidea e agoaspirazione ecoguidata.
I pazienti vengono stadiati ed avviati all'intervento chirurgico, effettuato presso la Unità Operativa di Otorinolaringoiatria. Sono stati approntati protocolli di chirurgia standardizzati, che vengono poi adattati ai singoli pazienti.
In base alla revisione della letteratura scientifica disponibile, è stato elaborato un protocollo per la chirurgia tiroidea oncologica conservativa. A seconda dei casi, l'intervento può riguardare solo la tiroide o anche uno o più distretti cervicali.
Successivamente, i pazienti che ne hanno necessità vengono sottoposti a terapia radiometabolica con 131-iodio presso la Unità Operativa di Medicina Nucleare. I pazienti entrano poi nei cicli di follow-up periodico, attivati presso la Unità Operativa di Endocrinologia. I dosaggi ormonali necessari vengono effettuati presso il Laboratorio di Endocrinologia. Attualmente, circa 650 pazienti sono seguiti per carcinoma tiroideo presso il nostro Centro.
Circa il 20% dei pazienti con carcinoma tiroideo differenziato sviluppa metastasi nei linfonodi del collo. L'esame ecografico del collo consente la individuazione precoce delle metastasi, che possono così essere opportunamente trattate. Abbiamo messo a punto il dosaggio della tireoglobulina nel liquido di lavaggio dell'agoaspirato, che consente una diagnosi molto precisa delle metastasi.
La Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) è disponibile presso la unità Operativa di Medicina Nucleare.
Quando indicato, la situazione clinica viene discussa collegialmente, alla presenza del paziente, da tutti gli Specialisti coinvolti.

CENTRI DI SCREENING
All'interno dell'ASMN/IRCCS sono stati attivati anche i Centri di Screening, programmi offerti gratuitamente alla popolazione che non presenta sintomi, non ha contratto la malattia in precedenza e che rientra nella fascia di età definita essere, per quel tipo di patologia, ad aumentato rischio di ammalarsi.
Nella provincia di Reggio Emilia sono attivi tre programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori, promossi dalla Regione Emilia Romagna, dall'Arcispedale S. Maria Nuova e dall'Azienda Unità SanItaria Locale di Reggio Emilia:
- prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero (donne dai 25 ai 64 anni);
- prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della mammella (donne dai 45 ai 74 anni);
- prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del colon retto (uomini e donne dai 50 ai 69 anni).

INFRASTRUTTURA RICERCA-QUALITÀ-STATISTICA
L'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova-IRCCS si è dotata dell'*Infrastruttura della Ricerca*-Qualità-Statistica, struttura dedicata principalmente al supporto metodologico, scientifico e normativo dell'attività di ricerca dei professionisti.
La funzione di supporto dell' I-RQS è stata svolta attraverso l'offerta di competenze di tipo specialistico (statistica, metodologia, data management, controllo di qualità dei dati) ed attraverso la creazione di collaborazioni e condivisioni tra i professionisti dell'Ospedale.
Le attività dell'Infrastruttura sostegno dell'IRCCS sono svolte anche a livello extra-ospedaliero, sia con la AUSL di Reggio Emilia che con altre Istituzioni ed organizzazioni attive negli ambiti di interesse.
Fra gli obiettivi più significativi dell'I-RQS 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.
Altri Servizi, interni all'Azienda Ospedaliera SMN, 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.

3. Attività di Ricerca dell"IRCCS

3.1 Linee di Ricerca

L'attività di Ricerca dell' IRCCS, può essere ricondotta in tre principali Linee di Ricerca:

Linea di ricerca 1: Pazienti con patologia oncologica complessa
All'interno di tale linea sono state identificate 3 specifiche sotto-linee di ricerca, di seguito elencate:
- Complessità del paziente dovuta ad una peculiarità genetico-biologico-molecolare del tumore, come l'appartenenza ad uno specifico sotto-gruppo dotato di un profilo genetico-biologico-molecolare raro o poco noto;
- Complessità del paziente oncologico in quanto portatore di altre condizioni/malattie specifiche, come la presenza di più tumori concomitanti, la presenza di sede metastatiche particolari o di molteplici patologie non oncologiche o la presenza di condizioni clinico-assistenziali multidimensionali, come l'anzianità e la fragilità;
- Complessità del paziente dovuta a fattori e/o barriere di tipo culturale e/o sociale.

Linea di ricerca 2: Tecnologie avanzate (diagnostiche e terapeutiche) imaging modulate e basate su tecnologie avanzate endoscopiche
Questo obiettivo generale viene declinato attraverso tre obiettivi specifici a cui corrispondono due diverse tipologie di ricerca:
- Percorsi di validazione di a) nuovi metodi e tools (algoritmi, modelli, ecc) per la quantificazione di fenomeni qualitativi da utilizzare in diagnostica; b) sviluppo e validazione pre-clinica e clinica di nuove tecniche terapeutiche per il trattamento non/mini-invasivo di alcune patologie oncologiche usualmente trattate con approcci radicali;
- Studi di Effectiveness/Outcome Research per produrre evidenze aggiuntive a quelle già esistenti al fine di confermare risultati di efficacia teorica nel mondo reale (efficacia nella pratica). In caso di impossibilità ad attivare confronti diretti, per motivi etici o di fattibilità, vengono attivati studi prospettici e longitudinali dove pazienti che hanno ricevuto interventi diversi saranno seguiti nel tempo e descritti in termini di outcome di tipo clinico (controllo della malattia, recidive, effetti collaterali, sopravvivenza), e "medical humanities" (soddisfazione, qualità della vita, opinioni) ed economico (consumo di risorse sanitarie e non). Quando opportuno ed appropriato, verifiche e confronti vengono condotti utilizzando metodologie derivate dall'outcome research (utilizzo di analisi multivariate, propensity score e matching), eventualmente utilizzando le banche date e i registri inter-aziendali come fonti di casi e di informazioni;
- Clinical Trial di fase precoce. Per colmare specifici gap conoscitivi, attraverso studi di fase II-III. In caso di presenza di un elevato livello di incertezza, previo parere ed indirizzo da parte del Comitato Etico inter-aziendale, vengono condotti formali studi di efficacia esplorativa e comparativi, randomizzati, su campioni ben caratterizzati di pazienti ponendo comunque enfasi su analisi tipo intention-to-treat, follow-up a lungo termine e utilizzo di endpoint clinico –sanitari.

Linea di ricerca 3 - Modelli assistenziali oncologici
L'approccio è quello della ricerca scientifica di tipo clinico e sanitario nell'ambito della patologia mammaria, polmonare, intestinale (carcinoma del colon-retto) e dei linfomi, con particolare attenzione ad attività che avranno l'obiettivo di identificare, sviluppare e validare modelli assistenziali e organizzativi applicabili a livello interaziendale. Questo obiettivo viene perseguito con due diverse tipologie di attività, implementate in modo coordinato:
1) Metodi di valutazione standardizzata delle conoscenze disponibili (revisioni sistematiche, health tecnology assessment, appraisal, ecc) al fine di poter valutate l'effettivo livello conoscitivo di ciascun modello assistenziale in termini di efficacia, sicurezza e sostenibilità.
2) Programmi di ricerca clinica e sanitaria (RCT e studi di effectiveness) in modo da poter documentare il livello di reale applicazione e la resa nel contesto sanitario, utilizzando outcome ed endpoint di tipo clinico, umanistico ed economico.

3.2 L'Infrastruttura Ricerca-Qualità-Statistica (I-RQS)
Nel corso del 2011 si è consolidata l'Infrastruttura della Ricerca-Qualità-Statistica formata da una Segreteria Amministrativa e da una Struttura Complessa Ospedaliera (Statistica, Qualità e Studi Clinici), con la partecipazione di una struttura della AUSL (Epidemiologia).

La I-RQS è diretta dal Coordinatore Scientifico e si avvale della collaborazione di un Responsabile Sanitario (responsabile anche dell'Area Formazione), un Responsabile Amministrativo (che è anche Responsabile della Segreteria del

Comitato Etico), un Responsabile delle Professioni Sanitarie ed un Responsabile SQSC (che è anche Responsabile del Registro Tumori della Provincia di Reggio Emilia, sito presso la AUSL).
La Struttura Complessa di Statistica, Qualità e Studi Clinici comprende la Biblioteca Medica, la Segreteria del Comitato Etico, l'ufficio Qualità e Accreditamento, l'ufficio Epidemiologia e l'ufficio Statistico-Metodologico.
Nel corso del 2011, in seguito al riconoscimento IRCCS, vi è stato un consolidamento e un potenziamento dell'attività dell'Infrastruttura; in particolare la sede logistica è stata incrementata di un nuovo locale situato all'interno dell'edificio Spallanzani, e sono stati assegnati 2 assistenti amministrativi con contratto a tempo indeterminato ed una nuova Borsa di Studio per l'implementazione e monitoraggio dei progetti di ricerca.

All'interno della I-RQS si sono avviate e consolidate alcune attività e funzioni:

- Si è consolidato il lavoro del *Gruppo di Coordinamento della Ricerca* (GCR), costituito dal Coordinatore della ricerca e dai 4 Responsabili afferenti alla I-RQS oltre ai Responsabili delle 3 Linee di Ricerca e ad altri professionisti impegnati nel campo oncologico.

- E' proseguita la discussione e condivisione dei progetti presso il *Gruppo Interdisciplinare (GI)* formato da circa trenta professionisti (medici, statistici, biologi, infermieri, psicologi e altre figure professionali), non tanto per valutare le proposte di ricerca ma piuttosto per offrire un momento di condivisione e partecipazione. Nel 2011 il GI si è riunito 12 volte e ha discusso 22 nuove proposte di progetto.

- E' previsto che verrà costituito anche un *Gruppo Metodologico* (composto dal Coordinatore della Ricerca, i Responsabili Sanitario, Amministrativo e della SQSC ed un consulente statistico) che ha valutato la qualità e la praticabilità delle proposte di progetti presentate ai Bandi di Ricerca Nazionali e Regionali.

- Nel corso del 2011 è proseguita la attività dello *Sportello Statistico-Metodologico*, costituito da due statistici e un biostatistico che offre consulenza ai professionisti impegnati nella ricerc
- Accanto a queste attività più strutturate è stato garantito anche, su richiesta del professionista, un supporto linguistico, amministrativo e di ricerca bibliografica con lo scopo di fornire un sostegno efficace nella fase di stesura di progetti ed articoli scientifici in lingua inglese.

- Un'importante funzione di supporto all'attività di ricerca è fornita dalla Biblioteca Medica dell'Arcispedale Santa Maria Nuova-IRCCS, specializzata in biomedicina, la cui attività è incentrata sul trattamento e sulla diffusione dell'informazione consultabile direttamente a terminale dall'utente locale oppure da utenti remoti via Internet.

Come già dettagliato nel Capitolo 6, il personale della Biblioteca Medica, in collaborazione con i Sistemi Informativi Aziendali, ha prodotto un modello di valutazione della performance scientifica dei ricercatori e conseguentemente 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).

3.3 Promozione della Ricerca
Nel corso del 2011 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.
In particolare lo scorso 28 novembre 2011 sono stati presentati al Ministero della Salute 20 progetti nell'ambito del Bando per la Ricerca Finalizzata 2010 a fronte dei 7 inviati nell'anno precedente.
Inoltre altri 3 progetti sono stati presentati nell'ambito della *Call* del Fondo di Modernizzazione della Regione Emilia Romagna ed uno nell'ambito del Bando Regione-Università. L'Azienda Ospedaliera SMN ha ricevuto un finanziamento dalla Società Italiana di Nefrologia. Infine altri due progetti sono stati finanziati dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) e della Fondazione Guido Berlucchi per la Ricerca sul Cancro.
Alcune di queste attività sono state supportate da finanziamenti Start-Up dell'Infrastruttura della Ricerca-Qualità-Statistica.
Di seguito la rappresentazione sintetica degli studi in corso nel 2011:

	Attivi al 2011	
	ASMN	**IRCCS**
Progetti	**189**	**75 (40%)**
Trials	**264**	**152 (58%)**

3.4 La produzione scientifica

Nel 2011 è proseguita l'attività di ricerca dei professionisti: il numero di pubblicazioni è passato da 131 nel 2009 a 162 nel 2010 e 179 nel 2011: l'IF grezzo è stato rispettivamente 497.30, 492.10 e 561.23 nei tre anni considerati.
Il numero delle pubblicazioni di pertinenza IRCCS è stato pari a 48 nel 2009, 56 nel 2010 e 81 nel 2011 e l' IFg è stato rispettivamente pari a 254.42, 154.42, 272.90.

	2009	2010	2011
N° pubblicazioni ASMN	131	162	179 *
IFg ASMN (media; mediana)	**497.30 (3.79; 2.13)**	**492.10 (3.04; 2.39)**	**561.23 (3.13; 2.49)**
N° pubblicazioni IRCCS	48	56	81
IFg IRCCS (media; mediana)	**254.42 (5.30; 2.21)**	**154.42 (2.75; 2.53)**	**272.90 (3.36; 2.62)**
IFn IRCCS (media; mediana)	**194.4 (4.05; 2.0)**	**152.4 (2.72; 2.0)**	**285.0 (3.52; 3.0)**

PUBBLICAZIONI IRCCS 2011	
81 pubblicazioni	
DIPARTIMENTI	**N. Pubblicazioni 2011**
CARDIO TORACO VASCOLARE E DI AREA CRITICA	
Cardiologia Degenza	1
Chirurgia Toracica	2
Pneumologia	1
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICHE	
Endocrinologia	6
Otorinolaringoiatria	2
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	
Autoimmunità, Allergologia e Biotecnologie Innovative	1
Radiologia	2
MEDICINA DI LABORATORIO	
Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e di Endocrinologia	1
MEDICINA INTERNA E SPECIALITA' MEDICHE	
Medicina II	3
Medicina III	1
Reumatologia	19
NEUROMOTORIO	
Geriatria	6
ONCOLOGICO	
Anatomia Patologica	36
Ematologia	20
Laboratorio di Biologia Molecolare	10
Medicina Trasfusionale	2
Oncologia	4
OSTERICO GINECOLOGICO PEDIATRICO	
Ginecologia Chirurgica Oncologica	2
Ostetricia e Ginecologia	8
TECNOLOGIE AVANZATE	
Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva	16
Fisica Medica	16
Medicina Nucleare	5
DIREZIONE SANITARIA	
Infrastruttura Ricerca Qualità e Statistica	19
Statistica Qualità e Studi Clinici	3

3.5 Formazione per la ricerca

Nel corso del 2011 sono stati organizzati dall'I-RQS 3 Convegni e Seminari dedicati alla definizione e valutazione della Ricerca e 3 Convegni su argomenti specifici (tumori rari, onco-ginecologico, alimentazione e tumori).
Il personale afferente all'Infrastruttura ha partecipato a numerosi Convegni e Congressi inerenti i temi della Ricerca in ambito nazionale e internazionale.
Il personale dell'Infrastruttura ha inoltre avviato un percorso formativo dedicato ai temi della Comunicazione e della Health Literacy.
E' in corso un programma formativo di 10 incontri dedicato ai data-manager con lo scopo di condividere linguaggio, procedure e strumenti.
Per quanto riguarda le Professioni Sanitarie è in corso il progetto Ulisse, in collaborazione con IRCCS Rizzoli, attivato nel 2009 e previsto fino al 2013 focalizzato sulla metodologia della Ricerca.

La Biblioteca Medica, in sintonia con il Servizio Formazione e Innovazione Clinica, produce eventi formativi con crediti, volti a favorire la diffusione della cultura della ricerca e l'impiego delle risorse elettroniche.
Nel corso del 2011 sono stati realizzati i seguenti corsi formativi a cui hanno partecipato professionisti e ricercatori delle due aziende sanitarie della Provincia (ASMN e AUSL):

TITOLO CORSI	Quantità	AUSL	ASMN
LA COCHRANE LIBRARY E IL THE CLINICAL EVIDENCE	2 edizioni 17 partecipanti	3	14
MEDLINE/PUBMED	2 edizioni 20 partecipanti	5	15
DALLA BIBLIOTECA ALLA RETE	18 edizioni 117 partecipanti	92	25
La banca dati CINAHL	1 edizione 13 partecipanti	4	9
INTRODUZIONE ALL'EBM (in modalità E-learning)	40 partecipanti	25	15
TOTALE PARTECIPANTI AI CORSI	**207**	**129**	**78**

3.6 Rendicontazione della Ricerca al Ministero della Salute

In seguito al riconoscimento di IRCCS è stato avviato a carico dell'I-RQS 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 verranno riconosciuti in qualità di IRCCS sia per progetti di ricerca sia per le risorse annuali nell'ambito della Ricerca Corrente su presentazione, all'interno del Work Flow della Ricerca, della produttività scientifica e del rispetto di specifici requisiti economici, strutturali e umani dell'Istituto.
A questo proposito negli ultimi mesi del 2011 tale attività è stata supportata da una collaborazione con il Consorzio di Bioingegneria ed Informatica Medica (CBIM) con sede a Pavia per incrementare l'attività di rilevazione e monitoraggio economico e finanziario della Ricerca.
E' 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 vengono registrati tutti i progetti, trials clinici, numero di pazienti arruolati, pubblicazioni, ricercatori e finanziamenti inerenti le 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 ed 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:

Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova-IRCCS
Istituto in Tecnologie avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia

Dati presentati nell'ambito del Work Flow della Ricerca
Periodo: 1 giugno*-31 dicembre 2011
**Data di riconoscimento IRCCS*

Finanziamenti per progetti ricerca	Volume totale (€)
da Enti pubblici (non minister.), da enti privati e da Fondazioni	194.355,50
da Privati per pogetti ricerca dell'IRCCS	92.311,85
Trial Clinici	
Numero Trial Clinici Attivi	133
Numero pazienti reclutati	13.218

4. La Comunicazione

Accanto all'organizzazione dei Convegni, Congressi e Seminari ed ai percorsi intrapresi in Azienda, è stata data grande enfasi alla informazione e alla comunicazione degli eventi che si sono susseguiti nel corso dell'anno.
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 dedicato 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 agenda 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 preimpostata chiamata "proposta progetto", direttamente nuovi progetti, i quali, dopo validazione da parte del personale dell'Infrastruttura, vanno ad implementare in automatico il Registro della Ricerca.
Infine grande rilievo è stato dato alla comunicazione rivolta ai professionisti della pubblicazione di Bandi Ministeriali, Universitari, Regionali e delle Associazioni attraverso il sito intranet dell'azienda ed e-mail dedicate.

5. Attività di Networking

Nel corso del 2011 si sono consolidati e avviati nuovi progetti collaborativi a diversi livelli:
Regionale:
- E' stato avviato un rapporto di collaborazione per le attività di Ricerca tra l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia IRCCS, l' Azienda Policlinico di Modena e l' Università degli Studi di Modena e Reggio: in particolare si è avviata una stretta collaborazione tra le strutture dedicate al supporto della ricerca nelle rispettive aziende.
L'I-RQS ha partecipato al gruppo di lavoro dell'Area Vasta comprendenti le Province di Piacenza, Parma, Modena e Reggio Emilia.

Nazionale:
- Nel corso del 2011 sono state confermate le collaborazioni con l'Istituto di Ricerca Farmacologica Mario Negri, con il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano ed attivate collaborazioni con l'Università degli Studi di Modena e di Reggio Emilia.

Internazionale:
- Sono state avviate attività collaborative con iniziative in ambito europeo che potrebbero concretizzarsi nella partecipazione ai prossimi Progetti Europei nell'ambito del 7° Programma Quadro.
- L'IRCCS di Reggio Emilia ha formalizzato la propria adesione all' OECI (Organitation of European Cancer Institutes).
Infine nel 2011 si sono consolidati progetti già impostati nel periodo 2009-2010.
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 ed interventistiche;
- la collaborazione con l'Industria farmaceutica per la conduzione di studi collaborativi in Oncologia (in paziente oncologico complesso).

6. Personale coinvolto in Ricerca

A Dicembre 2011, la rendicontazione presentata al Ministero della Salute relativa ai primi 6 mesi di attività 2011 (Luglio-Dicembre) evidenziava la presenza di 73 ricercatori attivi presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (39,5 FTE).
Le più significative acquisizioni dalla prima site-visit sono state:
- n. 3 ricercatori in ambito onco-dermatologico dall'Università di Napoli (> 250 pubblicazioni scientifiche, IH > 30)
- Numerose consulenze in ambiti scientifici (medicina nucleare, malattie tiroide, progetti internazionali, ecc)

7. Bilancio di Esercizio 2011 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, ecc…) per lo svolgimento

delle funzioni ed 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 ed il Bilancio Consuntivo, conformemente a quanto prescritto dalla L.R. 19/1994, l'autonomia contabile dell'Istituto viene 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 CO.GE che la contabilità analitica, per sua natura, non rileva.

7.1 Bilancio economico consuntivo 2011 - IRCCS

	Ricavi	Costi	Risultato d'esercizio
Presidio Ospedaliero IRCCS + Infrastruttura Ricerca	47.159.000	7.004.000	+155.000
Rete Oncologica Aziendale	25.860.000	5.922.000	-62.000
Totale	73.019.000	2.926.000	+93.000

7.2 Valorizzazione economica dell'attività erogata
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 ad un esenzione per patologia oncologica (codice 048).
Vengono 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 2011, la valorizzazione complessiva dell'attività sanitaria erogata dall'IRCCS (presidio + rete) ammonta a oltre 70.000.000€ rappresentando con ciò oltre il 25% dell'intero valore della produzione aziendale.

RIEPILOGO VALORIZZAZIONE ATTIVITA' 2008-2011			
	2011		peso medio DRG Presidio IRCCS+rete oncologica aziendale
	n° dimessi/ n°prestazioni spec.	valore economico	
RICOVERI			
Ricovero Day Hospital	2.452	9.530.569	
Ricovero Ordinario	1.130	6.539.057	
Totale Presidio IRCCS	3.582	16.069.626	
Rete Oncologica	6.184	22.271.035	
Totale presio + rete	9.766	38.340.661	1,19
SPECIALISTICA			
Ambulatoriale		11.747.436	
Fatturazione Diretta		4.677.625	
Libera Professione		557.850	
Pronto Soccorso		6.500	
Consulenze per interni		7.149.024	
Screening		1.454.959	
Totale Presidio IRCCS	-	25.593.393	
Rete Oncologica			
specialistica per esterni	285.625	2.895.255	
screening mammografico	20.195	693.369	

Totale presio + rete		29.182.017	
CONSULENZE ESTERNE e RIMBORSO FARMACI (FLUSSO FED)			
Ambulatoriale		2.519.746	
TOTALE VALORIZZAZIONE ATTIVITA'	70.042.423		

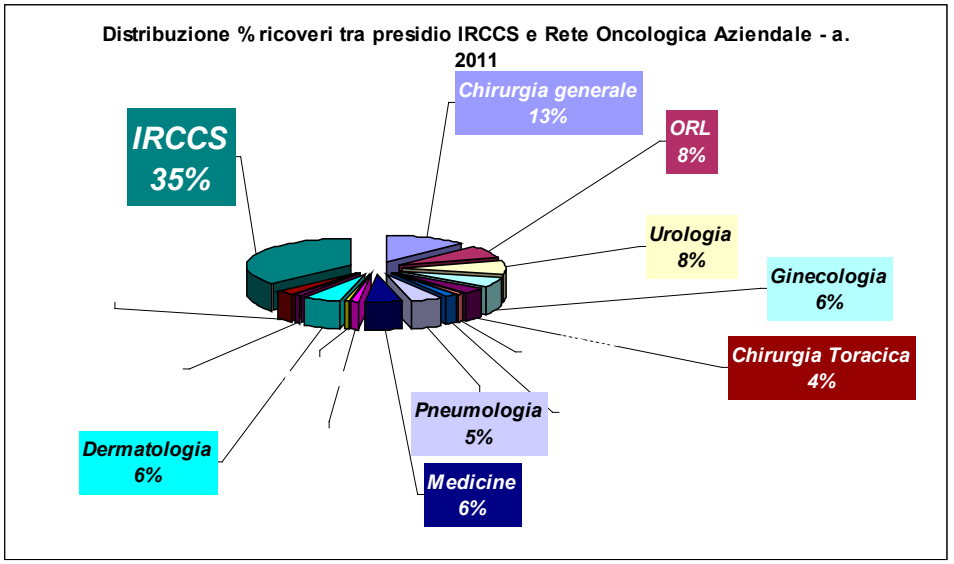
7.3 Attività Assistenziale: Posti Letto in Degenza Ordinaria e Day Hospital

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 2011 a n. 155 Posti letto a cui va aggiunta la dotazione delle strutture afferenti ai due dipartimenti del Presidio IRCCS pari a n. 47 PL di cui 18 in Ematologia (12 DO + 6 DH), 4 in Gastroenterologia (3 in DO + 1 in DH), 8 in Medicina Nucleare (tutti in DO) e 17 in Oncologia (tutti in DH).

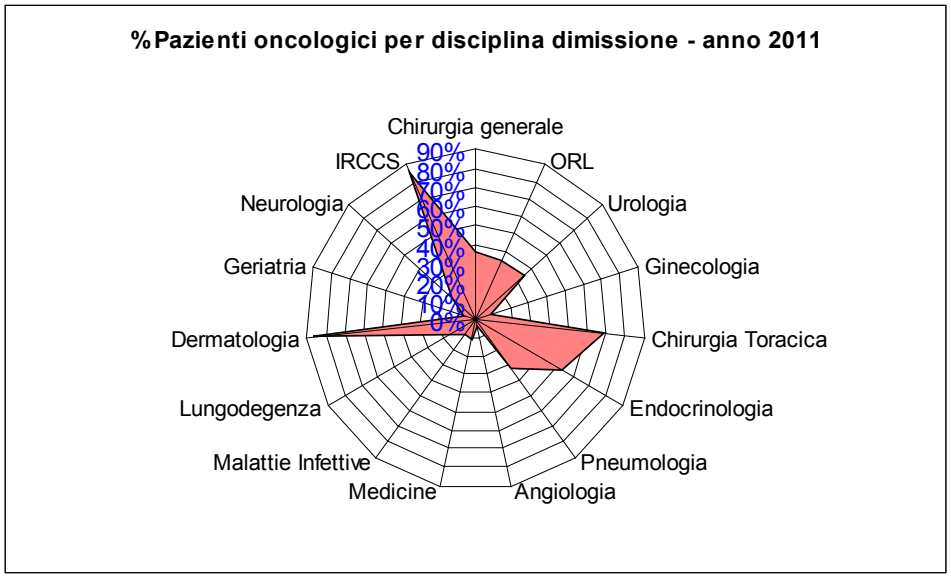
	anno 2011		
	Degenza Ordinaria	Day Hospital	Totale
Presidio ospedaliero IRCCS	23	24	47
Rete Oncologica Aziendale	128	27	155
Presidio + Rete	151	51	202

7.4 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, si 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.
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 oncologica trova risposta assistenziale principalmente all'interno del presidio IRCCS (35%) e per il restante 65% 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 (85%) sia ovviamente quasi totalmente di tipo oncologico (ad eccezione della struttura di gastroenterologia per la gestione delle malattie infiammatorie intestinali). Risulta prevalente anche per le discipline di Dermatologia (86%) , Endocrinologia (53%), Chirurgia Toracica ed in misura minore in Chirurgia generale (36%), ORL (34%), Urologia (35%) e Pneumologia (32%).



Capacità attrattiva pazienti oncologici

L'attività assistenziale e di ricerca correlata all'IRCCS è diventato un importante veicolo di attrazione per l'azienda ospedaliera dalle altre province infraregionali ed extraregionali. L'indice di attrazione per la gestione della patologia oncologica di pazienti residenti al di fuori di Reggio Emilia si posizione intorno al 9% nei confronti delle aziende territoriali infraregionali e intorno all'8% per quelle extraregionali, con valori superiori agli indici medi calcolati sull'intera attività erogata dal SMN (7,7% attrazione infraregione e 7,5 attrazione extraregione).

	2010	2011	Risultato d'esercizio
Infraregione	9,20%	8,81%	+155
Extraregione	7,85%	7,98%	-62
Provincia RE	82,95%	83,20%	+93

Dalla tabella si evince che la capacità di attrarre pazienti all'interno della Regione Emilia-Romagna ha mantenuto il trend dello scorso anno con una flessione molto lieve e che la capacità di attrarre pazienti da fuori Regione e Provincia è aumentata, seppur lievemente.

7.5 I Finanziamenti alla Ricerca

Per l'anno 2011 il finanziamento dell'IRCCS coincide con il finanziamento dell'Arcispedale S.Maria Nuova in quanto l'IRCCS era di nuova costituzione.
Per l'anno 2012 saremmo in grado di fornire un dettaglio dei finanziamenti dell'IRCCS separatamente rispetto a quelli ricevuti da parte dell'Arcispedale S.Maria Nuova.

Tipologia di Finanziamento	2011
Pubblici Nazionali (atenei, Ministeri, Regione, altri)	300.294
Regionali per attività di Ricerca e Innovazione	2.250.000
Privati Italiani (Fondazioni, Associazioni, Altri)	567.470
Ricerca Commissionata	1.045.000
per Teconologie Biomediche	877.200
erogazioni liberali da privati	50.090
TOTALE	5.090.054
di cui : IN ONCOLOGIA PER TECNOLOGIE AVANZATE E MODELLI ASSISTENZIALI	3.973.456

SICUREZZA DELLE CURE

ASSETTO ORGANIZZATIVO PER RISCHIO E SICUREZZA

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 ed i cittadini.
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 delle attività necessarie a dare attuazione a quanto previsto dal Piano Programma aziendale.
Per la realizzazione delle iniziative volte alla minimizzazione 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 di indicatori idonei a misurare i risultati ottenuti.

• PIANO PROGRAMMA

Nel corso del 2010 l'unità aziendale per la gestione del rischio clinico ha predisposto il nuovo Piano Programma di gestione del rischio, con validità triennale (2010-2012), che riporta i principali obiettivi da perseguire al fine di continuare nel processo di diffusione della cultura di gestione del rischio e nel processo di identificazione, analisi, trattamento e monitoraggio 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. Ad integrazione ed aggiornamento dello stesso Piano Programma, **nel 2011** è stato predisposto il Piano Operativo con gli obiettivi specifici da perseguire nell'ambito della gestione del rischio nel biennio 2011/2012.

Rischio infettivo

Il **Comitato Infezioni Ospedaliere** (CIO) aziendale, operante da anni presso l'Azienda Ospedaliera, è presieduto dal Direttore Sanitario, ed ha il compito di prevenire e contrastare le infezioni correlate all'assistenza.
È coordinato dalla Direzione Medica Ospedaliera e comprende diverse professionalità: Igienista, Infettivologo, Microbiologo, Farmacista, Medico Competente, Dirigente della Direzione delle Professioni Sanitarie, Infermieri addetti al controllo delle infezioni, Assistenti sanitarie, rappresentante del Servizio Prevenzione e Protezione, rappresentante del Servizio Logistico Alberghiero oltre a rappresentanti delle altre aree funzionali (Anestesista, Chirurgo, Internista,
Neonatologo, Ematologo).
Il funzionamento del Comitato è disciplinato da apposito regolamento, che prevede incontri bimestrali oltre la possibilità di sedute straordinarie ogniqualvolta se ne presenti la necessità.

Gestione del contenzioso

La valutazione dei sinistri di tipo sanitario e la realizzazione di attività finalizzate alla cogestione del contenzioso con la Compagnia Assicurativa sono affidate al **Comitato Valutazione Sinistri**, organismo aziendale formalizzato con Delibera del Direttore Generale n. 146/2011.
Il Comitato Valutazione Sinistri, composto da professionalità con competenze giuridico-assicurative e medico-legali, ha mandato di collaborare, anche con la Compagnia assicuratrice, 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 ad 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)

Governo del rischio infettivo

Il governo del rischio infettivo è effettuato dal CIO, cui spettano i compiti relativi alla pianificazione ed al controllo degli interventi di prevenzione e di sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere (IO).

Il Comitato prevede anche un'articolazione nel Gruppo operativo, costituito da Infettivologo, Farmacista, Microbiologo, medico della Direzione Medica ed ICI; ha le funzioni di garantire l'attuazione degli interventi previsti e di gestione di problematiche particolari e/o urgenti.

All'inizio dell'anno, sulla base delle indicazioni regionali e a seguito di valutazioni epidemiologiche locali, il Comitato Infezioni Ospedaliere approva il piano delle attività. Gli obiettivi sono monitorati nel corso dell'anno nelle riunioni periodiche del Comitato.

Il Comitato svolge le seguenti funzioni:

1) definisce le strategie di lotta contro le infezioni ospedaliere, con particolare riguardo ai seguenti aspetti:
    - organizzazione del sistema di sorveglianza;
    - organizzazione delle misure di prevenzione (uso degli antibiotici, precauzioni standard, precauzioni da contatto, da droplets, per via aerea, disinfezione, sterilizzazione, ecc.);
    - coinvolgimento appropriato dei servizi laboratoristici;
    - metodi e mezzi per informare il personale sull'andamento delle infezioni.
2) verifica l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controlla la loro efficacia;
3) cura la formazione culturale e tecnica del personale, con particolare riferimento ai neo-assunti;
4) esprime pareri ed elabora protocolli sulla politica di controllo delle infezioni ospedaliere e trasmetterli al Direttore Sanitario per la loro applicazione a tutto l'Ospedale.

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 risulta 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.

Nel corso del 2011, sul tema del lavaggio delle mani, sono stati formati gli operatori neoassunti 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 ed 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 spec. mediche.

- **Igiene delle mani: consumo globale di prodotti idroalcolici**

Nel corso del 2011 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 **9 litri/1000 giornate di degenza**. Complessivamente sono invece stati consumati **3115,35 litri** di prodotti idroalcolici, in aumento del **14%** rispetto al 2010.

- **Igiene delle mani: punteggio riportato alla griglia di autovalutazione dell'OMS per l'adesione a una corretta igiene delle mani**

Il 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 ed 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 2011** il punteggio di **327,5 punti**, corrispondente al livello di igiene delle mani intermedio/consolidato: è stata sviluppata un'adeguata strategia di promozione e la pratica di 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 dell'anno 2011 è iniziato il percorso di progettazione del sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico.
Sono stati individuati i reparti "pilota" per iniziare la sorveglianza: Ortopedia, Chirurgia Vascolare, Urologia, Chirurgia 1 e 2, e per ciascuno sono stati individuati referenti medici ed infermieristici che sono stati formati in modo specifico.
Sono stati inoltre progettati e predisposti gli idonei strumenti informatici per garantire l'effettuazione della sorveglianza, sia durante la fase intraoperatoria che successivamente in reparto o nel follow up alle visite di controllo ambulatoriali.

- **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 ed 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 ed interpretazione dei dati continuativa ed orientata all'intervento*), che si basa:

- sulla sorveglianza passiva attraverso il sistema di notifica delle malattie infettive ai sensi del DM 15 dicembre 1990;
- sulla sorveglianza attiva studi *ad hoc* di incidenza/prevalenza;
- sulla segnalazione rapida di germi sentinella, cluster epidemici, epidemie o microrganismi a resistenza inusuale, coerentemente con il sistema regionale attivo dal 2006;
  La segnalazione dei germi sentinella avviene secondo le modalità previste da procedura aziendale, che prevede uno scambio rapido di informazioni su isolamenti tra Laboratorio di Microbiologia, ICI, Direzione Sanitaria, Infettivologo e reparto coinvolto dall'isolamento.
  Nel corso del 2011 sono stati segnalati, tramite apposito software regionale, 3 cluster epidemici ed 1 profilo inusuale di resistenza.
- sulla sorveglianza dell'antibioticoresistenza: il sistema prevede l'invio di tutti i dati di batteriologia dei principali Laboratori di Microbiologia regionali 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.
- il reparto di Malattie Infettive ed il Laboratorio di Microbiologia collaborano inoltre alla trasmissione periodica dei dati relativi alle nuove diagnosi di positività all'HIV.

- **Sistema di Sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori**

Per quanto riguarda la sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori ovverosia 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 la 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 multi resistenti**

Per quanto riguarda il controllo e la prevenzione della trasmissione della TB in ambiente ospedaliero, **nel corso del 2011** sono proseguiti i lavori del gruppo di lavoro interaziendale ASMN-AUSL di Reggio Emilia, che ha visto la partecipazione delle Direzioni Sanitarie, dei Medici Competenti, dei MMG, dei PDLS, degli Infettivologi, dei Pneumologi e dei Pediatri ospedalieri per l'aggiornamento e condivisione dei protocolli e percorsi di prevenzione e cura della Tubercolosi, alla luce anche delle LG nazionali su questa patologia.
Ogni caso di Tubercolosi che viene isolato in ambiente ospedaliero viene opportunamente segnalato alla Direzione Sanitaria ed alla Assistenti sanitarie che, in collaborazione con il Medico Competente, provvedono alla verifica dei contatti a rischio tra pazienti ed operatori ed alla loro sorveglianza ed eventuale trattamento.
Inoltre ogni anno vengono inviati, a cura della Direzione sanitaria, i report previsti dal flusso informativo regionale:

- dati sugli isolamenti e resistenze TB: Laboratorio di Microbiologia ed 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 costituto 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 2011 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 alla assistenza sanitaria:

- il primo con finalità di mettere a punto 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 multi resistenze batteriche**

Presso l'Azienda ASMN di Reggio Emilia è rivolta, da anni, grande attenzione alla 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 che in profilassi. L'utilizzo inappropriato degli antibiotici in terapia e profilassi è infatti una delle cause dell'insorgenza di infezioni resistenti ad alcuni farmaci. L'azienda ASMN si colloca tra quelle che in Regione Emilia Romagna utilizzano meno antibiotici per paziente ricoverato.

Nel 2011 è stato programmato un progetto di miglioramento dell'utilizzo degli antibiotici in Azienda con pianificazione di interventi di formazione, informazione su consumi e costi, definizione delle limitazioni della richiesta (RMP, richiesta dell'Infettivologo).

Inoltre, nel Dipartimento di Medicina Interna e spec. mediche, è stato realizzato un progetto specifico sul corretto utilizzo degli antibiotici.

- **Predisposizione di nuove procedure sul controllo e sorveglianza delle infezioni ospedaliere ed aggiornamento delle esistenti**

Ogni anno il CIO si occupa della predisposizione e dell'aggiornamento delle procedure aziendali.

Nel corso del 2011 sono state redatte da sottogruppi di lavoro le procedure relative a:

- Controllo della trasmissione e sorveglianza degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi;
- Comportamenti in comparto operatorio;
- Gestione degli imballaggi contenenti sostanze chimiche;
- Conferimento dei rifiuti speciali pericolosi presso il deposito temporaneo Spallanzani;

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 2011 è stato predisposto il bollettino delle statistiche epidemiologiche dell'ASMN relativo all'anno 2010. Il bollettino contiene informazioni utili ai reparti ed al CIO relative ad utilizzo di antibiotici presso le strutture dell'ospedale, alla prevalenza di alcuni microrganismi di interesse ed alle resistenze (MRSA, VRE, ESBL+, Cl.difficle, Pseudomonas aeruginosa, ecc.), all'utilizzo dell'emocoltura e all'utilizzo di gel alcolico (indicatore indiretto della compliance degli operatori al lavaggio alcolico delle mani). Tale bollettino viene diffuso ai reparti e pubblicato nella intranet aziendale.

Inoltre, come ogni anno, il Laboratorio di Microbiologia ha inviato report mensili contenenti dati di 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 sulla intranet aziendale, nato nella sua forma aggiornata nel 2007, è stato implementato **nel corso del 2011**: 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 proce-

dure aziendali validate dal CIO ed 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 2011, come negli anni precedenti, presso l'ASMN è stata condotta, a cura della Direzione Medica Ospedaliera e del Servizio di sorveglianza sanitaria, la campagna vaccinale antinfluenzale rivolta al personale sanitario e non dell'Azienda Ospedaliera.
Come ogni anno, è stato dedicato alla vaccinazione un ambulatorio, aperto nel mese di novembre 2011. Successivamente la campagna è proseguita presso gli ambulatori del servizio di sorveglianza sanitaria.

- **Coinvolgimento delle associazioni di 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 credibilità 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 componente importante di questa capacità consiste nella sistematica registrazione delle informazioni relative ai 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 vengono raccolte e periodicamente analizzate, a livello regionale, in un database dedicato, presso l'Agenzia Sanitaria e Sociale. La casistica inserita in questa banca dati viene inoltre utilizzata per assolvere al 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:

- % di missing (informazioni mancanti) per quattro variabili rilevanti nella descrizione del singolo sinistro: a) danno lamentato; b) tipo di prestazione; c) anno di nascita della persona danneggiata; d) codice ministeriale;
- % di procedimenti ancora aperti rispetto al numero totale atteso di procedimenti chiusi.

1) Percentuale di valori missing 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 di interesse non compilate nei sinistri aperti durante il periodo di osservazione

*** **Den.:** numero totale di variabili di interesse da compilare nei sinistri aperti durante il periodo di osservazione

2) Percentuale di sinistri eligibili 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" ed "esito definizione") nell'anno osservato, pur essendo eligibili 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 missing 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 eligibili per la chiusura, il valore registrato è in linea con la media regionale (4,8% Azienda Ospedaliera vs 4,6% media regionale).

Sicurezza in sala operatoria

Nel 2008 l'OMS ha pubblicato e diffuso le linee guida "Guidelines for Safe Surgery" per la sicurezza in sala operatoria. Sulla base di queste raccomandazioni, è stata costruita una checklist per la sicurezza in sala operatoria, a supporto delle équipe 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.
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.
L'adesione al database dedicato può essere descritta, sia pure in modo indiretto e approssimato, attraverso un semplice indicatore di "copertura":
- % di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della checklist SOS.net *(estrazione banca dati regionale: 16/05/2012)*

Anno 2011	INDICATORE		
	Num.**	Den.***	Val. (%)
AO Reggio Emilia	518	15.696	3,3

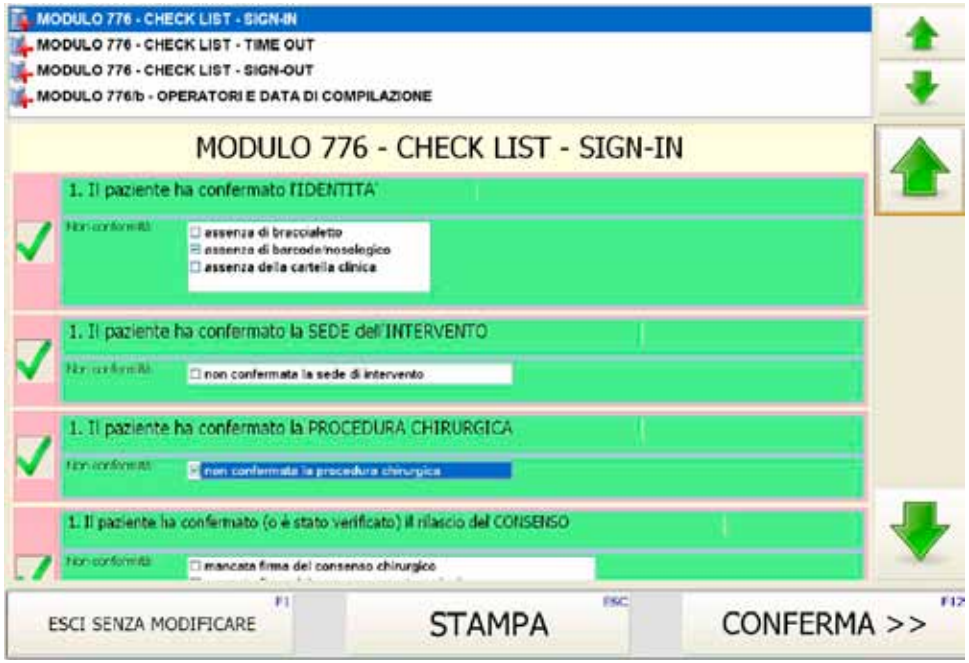
***Num.:** numero di interventi chirurgici per i quali è documentata la compilazione della *checklist* SOS.net nell'anno 2011

****Den.:** numero totale di ricoveri con DRG chirurgico registrati nell'anno 2011

Nell'anno 2011 la % di interventi inseriti nel database regionale (3,3% del totale interventi chirurgici effettuati) rappresenta solo una parte delle procedure chirurgiche in cui viene utilizzata la *safety surgery checklist.* Lo strumento è stato adottato, infatti, 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.

Nel corso del 2011 si è provveduto ad inserire nel Data Base regionale i dati estratti dalle *checklist* utilizzate nelle procedure chirurgiche della Chirurgia generale 2, mentre i dati estratti dalle altre *checklist* provenienti dalle restanti discipline chirurgiche sono state analizzate a livello aziendale. Complessivamente la *checklist* è stata utilizzata in oltre **1700 procedure chirurgiche** effettuate nel 2011.
In **settembre del 2011**, 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 di incidenti; tuttavia, circa il 38% degli operatori ha risposto che la checklist non è uno strumento di facile utilizzo e il 50% ritiene che la compilazione richieda un tempo eccessivo.
Al fine di superare queste criticità, **nel corso del 2011** si è lavorato alla predisposizione di una checklist informatizzata che farà parte integrante dell'attuale software di gestione delle sale operatorie. Lo strumento informatico, che sostituirà la checklist cartacea, da una parte consentirà agli operatori di ridurre i tempi di compilazione rendendo, peraltro, lo strumento sempre consultabile, dall'altra consentirà più facilmente di adempiere al debito informativo regionale.



Uso appropriato e sicuro del farmaco

Gestione del rischio clinico e sicurezza sull'uso dei farmaci
Nell'ambito della sicurezza sull'uso dei farmaci si è data regolare prosecuzione al progetto Interaziendale Azienda USL/Azienda Ospedaliera che prevedeva **nell'anno 2011** l'estensione del programma di prescrizione informatizzata ad altre Unità Operative. A fine anno 2011 il programma è stato adottato complessivamente da n° 16 Strutture, per un totale di n° **447 posti letto** (55% del totale dei posti letto di degenza ordinaria).
Attraverso la collaborazione di medici, infermieri, informatici e farmacisti, il programma viene implementato e adattato di volta in volta alle singole realtà, per rispondere alle necessità dei diversi reparti utilizzatori. Con l'adozione del programma da parte di ogni singola U.O. vengono presi a riferimento Linee Guida e Standard internazionali specifici dell'Area a garanzia di una prescrizione sicura ed efficace.
Nel programma vengono regolarmente inseriti vari protocolli terapeutici condivisi e supportati da evidenze di letteratura, sono disponibili tutte le informazioni relative alle interazioni tra farmaci documentate, oltre a collegamenti a banche dati ed al Prontuario Terapeutico.
Sono stati creati ad oggi n° 309 profili di diluizione, n° 130 protocolli/schemi terapeutici.
Inoltre, **nel corso del 2011** sono state predisposte schede farmaco ad uso del personale infermieristico, riportanti modalità di diluizione e somministrazione di determinati antibiotici.
L'adozione del programma in ogni Struttura prevede la formazione preventiva a tutti i professionisti coinvolti e, a seguire, un periodo di affiancamento direttamente in reparto. Nel solo anno 2011 sono stati formati n° 260 operatori.
Il programma consente di controllare ed indirizzare tutto il processo di gestione del farmaco, limitando in modo drastico l'errore nelle varie fasi, di ottimizzare il tempo infermieristico dedicato al paziente e di abbattere i costi conseguenti agli errori di terapia.
Anche per la prescrizione e l'allestimento delle terapie c/o la Centrale Antiblastici viene adottato da tutte le Strutture coinvolte un programma di prescrizione informatizzata personalizzata.
Il programma consente di gestire tutto il processo terapeutico, il monitoraggio dell'uso dei protocolli definiti, dei nuovi prodotti ed il controllo dell'appropriatezza prescrittiva; viene inoltre regolarmente implementato per rispondere sempre più alle esigenze della Struttura e ai debiti informativi *vs* la Regione.

Sviluppo della Farmacovigilanza (FV)
Dopo la fase di implementazione della sezione dedicata alla Farmacovigilanza sulla Intranet aziendale e la elaborazione della procedura aziendale sulla Farmacovigilanza, **nel 2011** sono state consolidate alcune iniziative volte ad una maggiore diffusione della procedura aziendale e ad una sempre più puntuale informazione a tutti gli operatori sanitari.
In tempo reale viene aggiornata la pagina della Intranet Aziendale dedicata alla FV, attraverso l'inserimento di tutte le informazioni in materia e contestuale invio automatico di un avviso via mail agli operatori sanitari.
Nel corso del 2011 particolare attenzione è stata rivolta alla elaborazione di progetti multicentrici di FV attiva in collaborazione con il Centro Regionale da effettuare nell'arco del biennio 2012-2013. L'Azienda Ospedaliera di RE è coinvolta in due progetti relativi all'area Oncologica e di Pronto Soccorso.

Dispositivi medici

Governo dei Dispositivi Medici
A seguito della costituzione della Commissione Aziendale sui Dispositivi Medici (CADM) è stato definito e formalmente adottato il Repertorio locale dei DM.
Nel 2011 la CADM si è dedicata prevalentemente all'aggiornamento del Repertorio Aziendale disponibile on line, al progetto regionale anagrafiche DM, all'implementazione della CND, oltre all'attività di valutazione delle richieste di inserimento in Repertorio di nuovi prodotti.
Particolare attenzione è stata inoltre rivolta all'attività di vigilanza sui

DM, con implementazione dell'informatizzazione delle segnalazioni di vigilanza sui DM.
Secondo gli indirizzi nazionali e regionali, si è provveduto alla rilevazione dei consumi e dei contratti tramite la realizzazione dello specifico flusso informativo (flusso DiMe).

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.
Di seguito viene 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) ed una 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 aziendale in corso di formalizzazione
IO_2.1Ba	Procedure di riconoscimento anagrafico al momento dell'accettazione nella struttura erogante	Istruzione operativa aziendale in corso di formalizzazione
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 di identificazione paziente basati su barcode per pazienti esterni	Attività in studio a livello Aziendale e Interaziendale. In fase di implementazione per i pazienti ricoverati.
IO_3.1.Cb	Implementazione di sistemi di alert automatico sul RIS in caso di pazienti omonimi afferenti alla stessa modalità diagnostica	Previsto come aggiornamento sul RIS – entro dicembre 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 "refresh 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 "refresh 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 di implementazione per gestire esami archiviati ma non completati su RIS. Infatti, il flusso di lavoro prevede che prima della refertazione il TSRM incaricato della 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 alla 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 una 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"
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.

ID	Raccomandazioni DGR 1706/09	Stato di avanzamento Azienda
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	Non applicabile. Implementazione Firma digitale e conservazione prevista entro il 31.12.2012
IO_17	Implementazione sul RIS dell'apposizione automatica della marcatura temporale sul referto	Non applicabile. Implementazione Firma digitale e conservazione prevista entro il 31.12.2012.
IO_18	Implementazione profilo IHE "Consistent Time"	I Server PACS e RIS sono allineati ai Time server aziendali.

Nel corso del 2011, inoltre, si è provveduto a concludere l'analisi di processo attraverso la tecnica FMEA/FMECA dei percorsi relativi all'effettuazione di indagini radiografiche, ecografiche, TC e RM, con il calcolo dell'IPR e la proposta di possibili "barriere". Il gruppo di lavoro ha anche provveduto a predisporre una specifica scheda informatizzata per la segnalazione spontanea di eventi e quasi/eventi, che sarà resa disponibile sulla intranet aziendale e la cui sperimentazione sarà effettuata nel corso del 2012.

Tracciabilità pazienti e prevenzione errori di identificazione

L'Azienda Ospedaliera ha introdotto in via sperimentale in alcuni reparti una nuova procedura di identificazione del paziente: in particolare, all'atto del ricovero ospedaliero, l'operatore sanitario effettua il riconoscimento attraverso la lettura del codice fiscale o tessera sanitaria e, successivamente, stampa su un braccialetto autoadesivo l'anagrafica dell'utente e il relativo barcode 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 relativo all'episodio di ricovero, il reparto di degenza, il cognome, il nome, la data ed il luogo di nascita; accanto a queste informazioni, inoltre, per tutta la lunghezza del braccialetto è stampato il barcode 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 ad intervento chirurgico, anche all'interno del blocco operatorio. Infatti, nell'area antistante le sale operatorie è in via di implementazione il check-in informatizzato attraverso la lettura del barcode 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 è stato progressivamente introdotto nei reparti che utilizzano il software per la prescrizione informatizzata; in particolare, **nel corso del 2011** sono stati interessati i reparti di Ostetricia e Ginecologia, Ginecologia Chirurgica Oncologica, Oculistica e Otorinolaringoiatria (il nuovo braccialetto è stato introdotto in circa il **55%** dei posti letto di degenza e il **57%** delle U.O. eligibili).

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 199 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 2011** sono state condotte **35 edizioni**, che hanno visto il coinvolgimento di 1159 operatori, per un totale complessivo di **1358 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.

• PROFILASSI ANTITROMBOEMBOLICA IN CHIRURGIA
Nel corso del 2011 si è lavorato soprattutto sul tema della profilassi antitromboembolica, attraverso la predisposizione di linee di 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.

• PREVENZIONE E GESTIONE DELL'EMORRAGIA POST PARTUM
Nel corso del 2011 si è costituito un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare e multi professionale che ha lavorato alla predisposizione di una linea guida aziendale per la prevenzione e la gestione dell'emorragia post partum. L'Emorragia Post-Partum (EPP) primaria è il tipo più comune di emorragia ostetrica maggiore e rimane una delle maggiori cause di mortalità materna sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo. Il documento, predisposto dopo attenta revisione della letteratura scientifica esistente, fornisce raccomandazioni per una corretta gestione di tale emergenza clinica, che necessita di un intervento tempestivo e coordinato di diversi professionisti. La linea guida aziendale è stata presentata agli operatori interessati nel corso di due eventi formativi organizzati nel corso del II semestre 2011. Si è provveduto, infine, a predisporre e mettere a disposizione pieghevoli e poster che sintetizzano i principali passaggi per la corretta gestione dell'emorragia ostetrica maggiore.

• CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
Sulla base delle indicazioni contenute nella DGR 1706/2009 e, in particolare, nella sezione relativa alla tenuta della documentazione sanitaria, nel corso del 2010 sono state predisposte le Linee di indirizzo aziendali per la corretta tenuta della documentazione sanitaria, che riportano i requisiti minimi di qualità della cartella clinica e infermieristica.
Nel marzo del 2011 è stato organizzato un evento formativo (8 ore), rivolto a tutto il personale infermieristico, tecnico e ostetrico, dal titolo "Le professioni sanitarie e la documentazione sanitaria: finalità assistenziali, requisiti di qualità, implicazioni giuridiche e medico legali", in cui sono state presentate le linee di indirizzo aziendali e in cui si sono svolte esercitazioni pratiche sulla corretta compilazione e tenuta della documentazione sanitaria e, in particolare, del Foglio Unico di Terapia.
Nel 2011, inoltre, 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.

• CONSENSO INFORMATO, COMUNICAZIONE AI PAZIENTI E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE PUBBLICA
Nel corso del 2011, 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). In particolare **nel mese di ottobre del 2011** è stato realizzato un evento formativo dal titolo "Cui prodest? L'informazione, la comunicazione, il consenso del paziente e la responsabilità medica", in cui è stato approfondito con i clinici il tema del consenso informato all'intervento e alle procedure invasive.
Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla comunicazione ai pazienti e alla comunicazione istituzionale, l'Azienda Ospedaliera ha partecipato attivamente al Programma Strategico n. 8 "Approcci di sistema per la Gestione del rischio" e, in particolare, al sub progetto n. 1 "Apprendimento organizzativo nella gestione del rischio: da laboratori a tecnologia in uso. Definizione di politiche ed indirizzi per la gestione, metodologie per l'analisi dei sistemi organizzativi, diffusione e trasferimento di buone pratiche, procedure per la gestione della crisi", che si poneva tra l'altro l'obiettivo di fornire alle Aziende indicazioni utili a gestire gli eventi avversi, soprattutto rispetto alle corrette modalità di comunicazione interna ed esterna.
Nel corso del 2010 è stata predisposta e diffusa a tutti i reparti la procedura aziendale per la segnalazione e gestione degli eventi avversi e della "crisi" (intesa come disequilibrio organizzativo e impossibilità di svolgere la propria mission istituzione in seguito ai processi conflittuali innescati da un evento). La procedura, predisposta tenendo conto delle raccomandazioni riportate nella DGR n. 1706/2009, è stata aggiornata **nel corso del 2011** in seguito all'analisi sulle modalità di gestione di alcuni casi di "crisi" effettuata nell'ambito di un apposito Laboratorio di studio, che si è svolto a Piacenza nel mese di ottobre.
Nel corso del 2011, infine, è stato realizzato un corso interprofessionale per il miglioramento della comunicazione tra professionisti sanitari, pazienti e famigliari, che ha visto l'attiva partecipazione di circa 150 operatori.

Conclusioni del Direttore Generale

(Bilancio di Missione 2011)

Il 2011 si è caratterizzato come un anno in cui gli obiettivi strategici aziendali (anche quelli inseguiti da anni) si sono realizzati.
Elenco in sintesi i più significativi, e sottolineo che si tratta di obiettivi determinanti per lo sviluppo futuro dell'ASMN IRCCS di Reggio Emilia:

- nel mese di maggio è stato pubblicato il Decreto ministeriale di riconoscimento dell'Arcispedale quale Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS);
- nel mese di giugno si è completato l'acquisto del terreno retrostante all'Ospedale, di oltre 24.000 metri quadri. L'acquisizione consente di progettare lo sviluppo dell'azienda su un'area nel cuore della città;
- nel mese di ottobre è stata consegnata l'area di cantiere all'impresa che deve realizzare in 30 mesi il Centro Oncoematologico di Reggio Emilia (CO-RE). L'opera dovrà essere completata entro il 2014;
- nel mese di dicembre è stata inaugurata l'Ala Sud dell'ampliamento ospedaliero, consentendo così di completare l'opera inaugurata nel 2003 e di assegnare spazi adeguati a importanti servizi aziendali.

Sono risultati ottenuti dopo anni di impegno e lavoro; si pensi alla acquisizione dell'area retrostante all'Ospedale, che da almeno 15 anni è stata oggetto di trattative tra la proprietà e le direzioni ospedaliere.

Il 2011 ha visto conseguire questi risultati in un contesto nazionale in cui la crisi economico finanziaria del paese ha imposto ristrettezze anche al Servizio Sanitario.
In proposito, ricordo che anche nel 2011 è stato raggiunto l'obiettivo dell'equilibrio di bilancio richiesto dalla Regione Emilia Romagna. E' doveroso sottolineare che le Aziende sanitarie reggiane rispettano gli impegni di bilancio con la Regione dal 2000.

In sintesi: il 2011 è stato un anno in cui l'ASMN IRCCS di Reggio Emilia, oltre al lavoro fatto, ha conseguito risultati inseguiti per anni. Obiettivi impegnativi, che pongono le basi per lo sviluppo futuro di un Ospedale ben inserito nella comunità, nel rispetto della programmazione dei servizi sanitari provinciali e regionali.

Come ricordato nella premessa del bilancio di missione, lo sviluppo di una azienda importante come la nostra non può procedere "in sequenza" rispetto agli obiettivi; i temi importanti avviati nel confronto con il "know how" aziendale, costituito dal corpo professionale, sono stati due: la riorganizzazione ospedaliera e la ricerca. Nel 2012 dovremmo vedere i primi risultati delle decisioni aziendali in merito, decisioni che dovranno andare a regime nel 2013.

Sullo sfondo di tutto questo c'è la grandissima preoccupazione circa la sostenibilità economico-finanziaria del servizio sanitario nazionale. Il 2012 sarà un anno difficile per il rispetto degli obiettivi di bilancio regionale e aziendale, e purtroppo le previsioni per gli anni successivi sono ancor più nere.

In questa prospettiva, l'impegno a mantenere/migliorare i servizi sanitari a favore dei cittadini sarà ancor più arduo rispetto agli anni passati: sappiamo tuttavia di poter contare sul grande senso di responsabilità e di appartenenza dei nostri professionisti, la ricchezza aziendale più importante.

Ivan Trenti
Direttore Generale

Ringraziamenti

Il presente documento è frutto del prezioso contributo delle seguenti strutture:
- Servizio Controllo di Gestione e Marketing
- Direzione Medica Operativa
- Direzione Professioni Sanitarie
- Infrastruttura – Ricerca Qualità e Statistica
- Servizio Formazione ed Innovazione Clinica
- Servizio Bilancio e Finanza
- Servizio Gestione del Personale
- Servizio Affari Istituzionali, Legali e Comunicazione
- Servizio Farmaceutico
- Servizio Informatica
- Servizio Tecnologie Biomediche

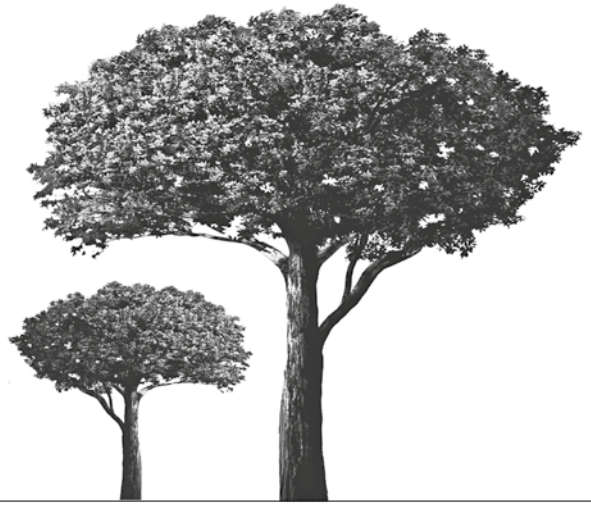
La Direzione Aziendale dell'Arcispedale Santa Maria Nuova ringrazia tutti coloro che hanno contribuito
alla stesura del Bilancio di Missione

Progetto a cura del Servizio Controllo Gestione e Marketing

Stampato su carta proveniente da foreste controllate

Stampa a cura di Tipografia San Martino - San Martino in Rio (RE)

Redatto Agosto 2012



www.asmn.re.it

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