

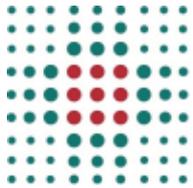


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

BILANCIO DI MISSIONE

AUSL di PIACENZA





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

BILANCIO

DI MISSIONE

2013





INDICE

Presentazione	7
1 Contesto di riferimento	10
2 Profilo aziendale	13
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	13
2.1.1 Sintesi dei risultati economici 2012	13
2.1.2 Sostenibilità economica	21
2.1.3 Sostenibilità finanziaria	25
2.1.4 Sostenibilità patrimoniale	27
2.2 Impatto sul contesto territoriale	31
2.2.1 Impatto economico	31
2.2.2 Impatto sociale	33
2.2.3 Impatto culturale	34
2.2.4 Impatto ambientale	36
2.3 Livelli essenziali di assistenza	37
2.3.1 Costi	37
2.3.2 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	43
2.3.3 Assistenza distrettuale	50
2.3.4 Assistenza ospedaliera	75
2.3.5 Qualità dell'assistenza	86
3 Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	87
3.1 Lo stato di avanzamento del Piano Strategico: il Piano delle Azioni	88
3.2 Lo stato di avanzamento del Piano Strategico: il Piano degli investimenti	90
3.3 Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria	90
3.4 Centralità del cittadino	91
3.4.1 I Comitati Consultivi Misti	91
3.4.2 L'Ufficio Relazioni con il Pubblico	92
3.4.3 Cittadini, comunità e servizio sanitario	93
3.5 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	95
3.5.1 Interventi sull'accessibilità dei servizi	95
3.5.2 Interventi sui processi assistenziali, sull'appropriatezza e sui percorsi	96
3.5.3 Interventi sulle reti interistituzionali	102
3.5.4 Interventi per la sostenibilità del sistema	103
3.6 Promozione del cambiamento tecnologico e organizzativo	110
3.7 Sicurezza delle cure	112



3.7.1	Assetto organizzativo per rischio e sicurezza.....	112
3.7.2	Sorveglianza e Monitoraggio.....	113
3.7.3	Gestione eventi critici	114
3.7.4	Gestione dei sinistri e del contenzioso	114
4	Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione.....	117
4.1	La "carta di identità " delle persone in azienda.....	117
4.2	Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	117
4.3	Sicurezza e gestione del rischio	118
4.3.1	Lavoro femminile nel settore sanitario.....	120
4.3.2	Valutazione dei rischi da stress lavoro correlato	120
4.3.3	Violenza sugli operatori del settore sanitario.....	123
4.3.4	Formazione Informazione e Comunicazione del Rischio.....	123
4.4	Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali.....	125
4.5	Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	129
4.6	Formazione.....	129
4.6.1	Formazione e sviluppo professionale del personale dipendente.....	129
4.6.2	Collaborazione alla formazione universitaria.....	134
4.6.3	Collaborazione con altri enti di formazione.....	136
4.7	Sistema informativo del personale.....	136
4.8	Struttura delle relazioni con il personale e sue rappresentanze.....	138
5	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	139
5.1	Premessa.....	139
5.2	La comunicazione per l'accesso ai servizi.....	140
5.3	La comunicazione per le scelte di interesse della comunità	140
5.4	La comunicazione interna aziendale	142
6	Governo della ricerca e innovazione tecnologica.....	143
6.1	Attività di ricerca e innovazione	143
6.1.1	Sviluppo della infrastruttura locale.....	143
6.1.2	Integrazione tra i vari sottosistemi aziendali.....	144
6.1.3	Attività di monitoraggio dei progetti di ricerca.....	144
6.1.4	Ricerca e ricaduta	146
6.1.5	Progetto regionale "Anagrafe della ricerca".....	146
6.1.6	Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori privati	147
6.2	Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche.....	147
6.3	Accessibilità all'informazione e documentazione scientifica	148
6.4	Valorizzazione del Comitato etico.....	150



7 Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale.....	151
7.1 La raccolta fondi.....	151
7.2 La strutturazione di servizi e interventi socio-sanitari rivolti ai malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).....	154
Conclusioni	159
APPENDICI.....	161





Presentazione

Quella che mi trovo a presentare è la nona edizione del Bilancio di Missione, introdotto dalla L.R. n. 29/2004, rispetto al quale l'azienda di Piacenza è stata fin dall'inizio tra le sperimentatrici. Finalità dello strumento, ormai consolidato, è quella di rendere conto alla Regione e alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria dei risultati conseguiti annualmente dalle aziende della Regione, secondo uno schema omogeneo, che rende quindi meglio confrontabili le aziende tra loro. Il Bilancio di Missione è a Piacenza anche uno strumento di lavoro consolidato del Collegio di Direzione e una base informativa per il dialogo con le Organizzazioni Sindacali Confederali e con i Comitati Consultivi Misti, in coerenza con la scelta di rendere il Bilancio di missione l'unico strumento di "contestabilità" dell'azienda e di responsabilità della Conferenza, da cui ciascuno possa trarre informazioni utili. La struttura del documento ricalca quella ormai consolidata:

- la Terza Sezione è incentrata sullo stato di avanzamento del Piano delle azioni 2011 e sulla rendicontazione degli obiettivi regionali; da qualche edizione è stato inserito anche lo stato di avanzamento del Piano pluriennale degli investimenti;
- alcuni approfondimenti e alcuni indicatori di dettaglio, o poco variabili da un anno all'altro, sono riportati nelle diverse Appendici, in particolare tutti gli indicatori relativi alla Sezione 1.

Sono state poi consolidate le novità introdotte dal Gruppo di lavoro regionale nel 2011, relative, oltre alla complessiva ridefinizione degli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza (vedi par. 2.3.5, da pag. 86 e per i dettagli l'appendice 3, pag. XLI), la nuova Sezione sulla sicurezza delle cure (vedi par. 3.7, da pag. 112), che raccoglie e meglio struttura tutte le informazioni su un tema delicato e di sempre maggiore importanza per il sistema sanitario pubblico. Da qualche edizione si è scelto di rendicontare tutti gli obiettivi regionali 2012 nella Sezione 3, anche se permane qualche difficoltà redazionale, legata principalmente alla diversa articolazione del Bilancio di Missione rispetto alla DGR che fissa annualmente gli obiettivi.

In relazione infine alla scelta dell'argomento della Sezione 7, per il 2013 ho deciso:

- di proseguire l'illustrazione, avviata lo scorso anno, del progetto di strutturazione della raccolta fondi, sia per rendere sempre di più il Bilancio di Missione uno strumento di rendicontazione non solo delle attività strettamente "istituzionali", ma anche per l'importanza che questo progetto riveste in una situazione finanziaria sempre più difficile per le aziende sanitarie pubbliche;
- di illustrare le attività e i servizi che Azienda e Distretti erogano a favore di pazienti affetti da SLA, finanziati attraverso l'apposito fondo nazionale, rispetto al quale è stato svolto un proficuo lavoro di condivisione in Ufficio di Supporto della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, che ha tra l'altro consentito, contrariamente all'esperienza di altre aziende della Regione, di operare in modo omogeneo su tutto il territorio provinciale.







1 Contesto di riferimento

Tutti dati sono illustrati attraverso grafici e commentati in modo approfondito in Appendice 1 (da pagine I a XXXIV, da a Figura 320). Qui si riporta una fotografia sintetica del contesto in cui l'azienda opera.

TERRITORIO E POPOLAZIONE (da pag. I)

Negli ultimi sette anni l'incremento della popolazione residente in provincia è stato determinato esclusivamente dall'aumento della popolazione immigrata (il saldo naturale rimane, infatti, negativo). Il tasso di incremento complessivo (+5,4% dal 2006) resta comunque tra i più bassi della Regione, la cui popolazione è cresciuta mediamente del 6,7%. Nel 2013 la popolazione è per la prima volta da 15 anni in calo, anche se di poche unità (-336). Disaggregando per distretto, Levante ha visto rallentare negli ultimi anni la crescita fino a fermarsi nel 2012 e decrescere nel 2013, così come il distretto Città di Piacenza (che già dal 2009 presentava l'incremento più basso a livello provinciale), mentre Ponente risulta quello in maggiore espansione, con tassi di crescita abbondantemente sopra la media regionale.

La densità della popolazione in Provincia di Piacenza è la più bassa in Regione (112 ab./Kmq contro 199) con una distribuzione, nei tre Distretti, estremamente disomogenea: 78 ab./Kmq nel Distretto di Levante, 73 in quello di Ponente e 875 nel Distretto della città.

Attualmente la componente anziana della popolazione è fra le più alte della Regione ma, negli ultimi anni, si è verificato un incremento inferiore che, nel medio e lungo periodo, sta allineando la percentuale degli ultrasessantacinquenni residenti in Provincia alla media regionale. La zona montana, pur presentando la percentuale relativa più alta di anziani, mostra un calo in valore assoluto dell'1,25% medio annuo.

La percentuale di stranieri presenti è ora la più alta a livello regionale, con una crescita molto sostenuta negli ultimi anni (nel 2002 era la penultima dopo Ferrara). L'aumento è, come nelle altre realtà provinciali, relativo soprattutto alle fasce di età lavorativa e giovanile, che sta determinando non solo un aumento della popolazione ma anche in futuro un ringiovanimento della stessa, considerato che attualmente la percentuale di parti di donne straniere sul totale è stabilmente intorno al 40%.

Nella Regione Emilia Romagna il tasso grezzo di natalità è in leggero aumento e anche nella Provincia di Piacenza, che pure mostra valori inferiori alla media regionale, si è passati dal tasso dell'8,3/1.000 abitanti del 2005 all'8,3 del 2013.

AMBIENTE (da pag. V)

Tenuto conto delle caratteristiche del territorio della pianura Padana, sicuramente uno dei principali problemi ambientali è l'inquinamento atmosferico, riconosciuto come un rischio accertato per la salute. In Provincia di Piacenza le percentuali di giornate in cui si sono superati i limiti di concentrazione del PM10 sono in costante riduzione, e dal 2012 al di sotto della media regionale.



CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE (da pag. XXI)

Il tasso di occupazione provinciale, in aumento negli ultimi 10 anni soprattutto per quanto riguarda la componente femminile, e che ha mostrato dal 2010 un brusco calo per le conseguenze della crisi economica (calo che nel resto della regione si era già registrato nell'anno precedente), nel 2013 è di nuovo in calo dopo un piccolo incremento registrato nel 2012.

OSSERVAZIONI EPIDEMIOLOGICHE (da pag. XXVII)

Mortalità - In Provincia si registra un tasso di mortalità significativamente più elevato rispetto alla media della Regione Emilia Romagna per la mortalità generale per la popolazione maschile, e in misura molto inferiore per la popolazione femminile, determinato dal fatto che sono superiori alla media alcune delle cause di maggior impatto.

Anni di vita persi - In Provincia, questo dato (differenza fra l'età di morte di ciascun individuo e un'età presa a riferimento) risulta inferiore rispetto al dato medio regionale. Da sottolineare la notevole variabilità negli anni; accanto a questo la mancanza dell'errore standard non permette di valutare se queste variazioni siano o meno significative.

Malattie infettive - L'impatto, per quanto riguarda la morbosità, è ancora importante in termini di assistenza, ma la mortalità è nettamente diminuita.

STILI DI VITA (da pag. XXXII)

Lo studio "Passi", indagine a livello nazionale e regionale, è stato avviato nel 2005 per monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana in rapporto alle abitudini e agli stili di vita quali principali fattori di rischio comportamentali. Piacenza ha partecipato allo studio fin dalla fase sperimentale. Dal 2007 tale studio è diventato un vero e proprio sistema di sorveglianza: l'analisi è continuativa e i dati sono raccolti sistematicamente. I risultati sono illustrati in Appendice.

SICUREZZA (da pag. XXXIII)

Incidenti stradali - Dal 1980 si può notare come il numero degli incidenti, sia in Provincia che in Regione, tenda a rimanere costante nel tempo e, mentre il numero dei morti sembra evidenziare un trend in diminuzione, il numero dei feriti, strettamente correlato a quello degli incidenti, tende a rimanere costante.

Infortuni sul lavoro - L'andamento complessivo degli infortuni sul lavoro indennizzati, espresso come tasso per 100 addetti, nella nostra Provincia come a livello regionale, è dal 2008 in riduzione e stabile negli ultimi tre anni. Il tasso standardizzato, in costante calo, è sempre inferiore alla media regionale.





2 Profilo aziendale

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

2.1.1 Sintesi dei risultati economici 2012

Nel 2013 l'Azienda USL di Piacenza ha confermato la propria capacità di governo della gestione conseguendo l'obiettivo economico-finanziario definito in sede di programmazione, ovvero raggiungendo per il secondo esercizio consecutivo la condizione di pareggio di bilancio determinato secondo criteri civilistici.

Il raggiungimento dell'obiettivo è stato di particolare impegno per l'Azienda, poiché l'esercizio 2013 si è caratterizzato, già nella fase di programmazione, per alcune specifiche difficoltà, rappresentate dall'Azienda negli strumenti di programmazione adottati.

Il Bilancio Economico Preventivo per il 2013, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n.146 del 12/06/2013, ha infatti evidenziato per l'Azienda USL di Piacenza un disallineamento rispetto alla condizione di equilibrio di circa 4 milioni di euro, laddove la condizione di equilibrio, come intesa in sede di bilancio preventivo ai sensi della DGR 199/2013 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013", doveva garantire una perdita a preventivo non superiore al valore degli ammortamenti ante 2010 non coperti da finanziamento pubblico, mentre il pareggio di bilancio secondo criteri civilistici sarebbe stato raggiunto in sede di consuntivo con un'assegnazione regionale specificatamente destinata alla copertura dell'importo degli ammortamenti di cui sopra.

La previsione dell'Azienda è stata formulata in considerazione di alcuni elementi di particolare criticità nel quadro economico e normativo di riferimento:

- una significativa riduzione delle risorse disponibili per il finanziamento del SSN (per la prima volta dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale si è verificata una riduzione rispetto all'anno precedente dello -0,98%, pari a circa -1.056 milioni);
- l'incertezza complessiva circa la definizione delle risorse economico-finanziarie disponibili per l'anno 2013 (mancata sottoscrizione del Patto per la Salute 2013-2015 e assenza del piano di riparto per le risorse 2013 alla data di redazione del preventivo);
- l'incerto impatto economico delle manovre di riduzione della spesa sanitaria introdotte negli ultimi anni per compensare i tagli del finanziamento al SSN (sempre maggiore ricorso a misure di contenimento della spesa sanitaria, alternative e sostitutive dell'incremento del livello di finanziamento, tra le quali si ricordano in particolare DL 78/2010, DL n.98/2011, DL n.95/2012 cd "Spending review", L.n.228/2012 "Legge di stabilità 2013");

A fronte della citata riduzione di risorse a livello nazionale e regionale, la quota capitaria per l'Azienda USL di Piacenza ha subito, per la prima volta, un decremento pari a 7,6 milioni di euro (pari al -1,6%), in netto peggioramento anche rispetto al 2012. A fronte di tale decremento la Regione ha provveduto, in sede di programmazione, ad effettuare una stima a livello regionale



dell'impatto economico dell'applicazione delle manovre di contenimento dei costi prima elencate, adottando altresì misure aggiuntive in materia di revisione tariffaria delle prestazioni di degenza ospedaliera, di definizione delle azioni per assicurare la sostenibilità delle cure primarie e di contenimento del costo del personale dipendente.

La formulazione della previsione del risultato 2013 da parte dell'Azienda ha tenuto conto pertanto della peculiare situazione di incertezza del quadro economico e normativo, della possibile sovrastima dell'impatto delle manovre di contenimento dei costi così come ipotizzato a livello nazionale e regionale, nonché dei positivi risultati conseguiti con continuità nei precedenti esercizi. L'Azienda, che si era impegnata a riassorbire tale disallineamento entro l'esercizio con misure e azioni già in corso e concordate con la Regione, ha concluso positivamente l'esercizio 2013, conseguendo il pareggio civilistico di bilancio, riassorbendo interamente il disallineamento evidenziato in sede previsionale, senza ricorrere peraltro, in continuità con il 2012, a contributi straordinari regionali. In sede di consuntivo sono infatti state assegnate all'Azienda le sole risorse (pari a 3,350 mln di euro) destinate alla copertura degli ammortamenti netti dei beni entrati in funzione al 31/12/2009.

I dati dell'esercizio 2013 (sintetizzati in termini di preventivo e consuntivo nella tabella sottostante) mostrano il progressivo consolidamento dei risultati positivi del quadriennio 2010-2013, dimostrando che i positivi risultati conseguiti non sono un fatto estemporaneo, ma conseguenza di azioni costantemente monitorate, in grado di produrre per il secondo esercizio consecutivo il pareggio di bilancio (valori espressi in migliaia di euro).

	Consuntivo	Consuntivo	Consuntivo	Preventivo	Consuntivo	Var%	Var%	Var%
	2010	2011	2012	2013	2013	2011/10	2012/11	2013/12
TOTALE RICAVI	585,8	590,1	603,4	581,0	591,7	0,8%	2,2%	-1,9%
COSTI CARATTERISTICI	577,1	581,0	592,4	574,6	580,7	0,7%	2,0%	-2,0%
GEST. STRAORD. E IRAP	-14,9	-14,5	-10,9	-13,7	-11,0	-2,3%	-25,1%	0,9%
COSTI TOTALI	592,0	595,6	603,3	588,3	591,7	0,6%	1,3%	-1,9%
PERDITA	-6,2	-5,3	0,0	-7,3	0,0			
% PERDITA / RICAVI	-1,1%	-0,9%	0,0%	-1,3%	0,0%			

Tabella 1: sintesi dati di bilancio 2009-2012 (valori in migliaia di euro).

Appare evidente dai numeri sopra esposti il costante sforzo dell'Azienda finalizzato al controllo dei costi, laddove le risorse disponibili hanno fatto registrare a partire dal 2011 il costante e significativo trend in decremento sopra evidenziato (ricavi 2013 di poco superiori al 2011): i costi caratteristici del 2013 sono di fatto corrispondenti ai valori 2011 (circa 12 milioni di euro in meno rispetto al consuntivo 2012), tenuto conto che nel frattempo sono intervenuti incrementi di costo "automatici" (adeguamenti ISTAT, accreditamento, modifiche tariffarie, innalzamento di due punti percentuali dell'aliquota IVA) cui l'Azienda non ha potuto sottrarsi, ed è stato altresì necessario destinare una parte sempre più significativa di risorse correnti indistinte al finanziamento degli investimenti, secondo il disposto del D.Lgs. 118/2011, ovvero circa 0,8 milioni di euro nel 2012 e 3,1 milioni di euro nel 2013.

Hanno infatti trovato applicazione nel bilancio d'esercizio 2013, sia preventivo che consuntivo, gli



effetti contabili prodotti dal cambio della normativa di riferimento per gli enti del Servizio Sanitario nazionale, in seguito all'adozione del D.Lgs.118/2011, "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n.42*".

Oltre a specifiche modalità tecniche di contabilizzazione di alcune poste di bilancio (contributi finalizzati e vincolati, contributi in conto capitale, etc.), le principali novità introdotte hanno comportato l'applicazione di nuove aliquote di ammortamento, più elevate rispetto a quanto previsto dalla normativa regionale in vigore, e la necessità di finanziare con contributi in conto esercizio l'acquisto di investimenti non coperti da fonti di finanziamento autorizzate dal medesimo decreto.

Tenuto conto del quadro delineato, si può affermare che l'AUSL di Piacenza ha pienamente rispettato l'obiettivo regionale, così come esplicitato nella DGR 199/2013, senza ulteriori eccedenze di spesa e senza usufruire dei finanziamenti aggiuntivi assegnati con successivi provvedimenti, ponendosi così tra le Aziende Sanitarie che più di altre hanno contribuito al raggiungimento dell'equilibrio complessivo regionale.

Con il risultato del pareggio di bilancio civilistico a consuntivo, l'AUSL di Piacenza ha raggiunto pienamente l'obiettivo economico finanziario secondo i vincoli regionali e nazionali: l'Azienda ha, infatti, garantito la copertura di tutti i costi d'esercizio, ivi compresi gli ammortamenti non sterilizzati relativi a tutti i beni in uso.

Il risultato è stato possibile grazie ad un notevole sforzo nel realizzare le azioni di contenimento dei costi messe in atto, in aggiunta agli interventi di razionalizzazione richiesti dalle nuove norme, cui hanno concorso dirigenti ed operatori di tutti i Dipartimenti Aziendali. Si è cercato di diffondere una sempre più ampia consapevolezza della criticità della situazione complessiva e di introdurre un metodo di lavoro per cercare di affrontarla, che ha consentito di rafforzare gli interventi già attivati negli esercizi precedenti, potenziare alcune azioni già avviate e implementare nuove azioni al fine di un'ulteriore razionalizzazione della spesa aziendale.

In particolare nel 2013 sono state confermate e ove possibile intensificate le cosiddette "grandi azioni centralizzate" (distribuzione diretta, budget spesa protesica, distribuzione presidi diabetici, gestione unitaria del servizio mensa) e sono state poste a regime le azioni della normativa cosiddetta "spending review" a cui si era accompagnata una riduzione del finanziamento. In particolare in merito a quest'ultimo aspetto occorre considerare che l'Azienda aveva già proceduto, negli anni precedenti l'introduzione di tale normativa, a realizzare una propria autonoma revisione dei contratti in essere al fine di ottenere razionalizzazioni e contenimenti della spesa. Di conseguenza in diverse circostanze le attività previste dalla "spending review" erano già state anticipate ed i risultati già ottenuti.

Ciò nonostante, in applicazione delle nuove disposizioni legislative, negli ambiti di propria competenza, l'Azienda ha proceduto a contattare i fornitori cercando di ottenere gli sconti previsti. I risultati, come peraltro avvenuto a livello AVEN, sono stati inferiori alle ipotesi indicate dalla



legge a causa delle precedenti negoziazioni, di alcune sentenze negative sull'applicazione della legge e della necessità aziendale di evitare riduzioni di attività che avrebbero potuto determinare incrementi di mobilità passiva e riduzioni di mobilità attiva più che proporzionali rispetto alle possibili economie.

Un impatto significativo dal punto di vista economico è stato determinato dall'applicazione della "spending review" regionale (ulteriore -5%) ai contratti con le case di cura della provincia.

A fianco di tali azioni "centralizzate" si sono analizzate e portate avanti altre azioni più parcellizzate e di minor impatto rivolte all'utilizzo appropriato e monitorato delle diverse risorse, a titolo esemplificativo:

- analisi e verifica delle linee guida, monitoraggio della prescrizione e utilizzo delle prestazioni di laboratorio per pazienti ricoverati;
- monitoraggio tempestivo dei consumi delle diverse UU.OO. e dipartimenti al fine di verificare eventuali scostamenti;
- utilizzo di nuovi dispositivi attraverso una procedura che prevede una richiesta motivata;
- analisi dell'appropriatezza prescrittiva su determinate categorie di farmaci, appropriatezza di utilizzo dei dispositivi medici e maggiore appropriatezza nel consumo di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche e della colonna;
- interventi di efficienza organizzativa, tra cui: l'ottimizzazione di utilizzo dei comparti operatori, riorganizzazioni nell'erogazione dell'attività ambulatoriale (incluse le attività di tempestivo incasso ticket e recupero crediti), razionalizzazione delle piccole aree di degenza, maggiore condivisione delle tecnologie e ulteriore sviluppo di formazione e aggiornamento sul campo;
- progressivo sviluppo dell'attività di fund-raising.

Le azioni di appropriatezza prescrittiva sono quelle su cui l'Azienda ha investito significativamente nel corso degli anni passati e hanno prodotto significativi risultati. Ad esempio sulla prescrizione dei farmaci, l'Azienda presenta già da tempo delle ottime performance rispetto agli standard regionali.

Accanto alle azioni coordinate su categorie specifiche di farmaci (peraltro già iniziate negli anni precedenti soprattutto su ace-inibitori e sartani), si sono confermate, rafforzate e sviluppate altre iniziative in termini di politica del farmaco, in particolare:

- sviluppo della prescrizione del farmaco equivalente;
- consulenza e verifica delle prescrizioni degli specialisti ospedalieri all'atto della dimissione e dell'attività ambulatoriale;
- consulenza ai MMG e PLS con analisi del profilo prescrittivo individuale;
- incontri con i NCP (anche all'interno di progetti a livello regionale) e con le Medicine di Gruppo finalizzati all'appropriatezza prescrittiva;
- monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci nelle strutture residenziali e semi-residenziali;
- potenziamento della farmaco-vigilanza a livello territoriale ed ospedaliero anche con specifici audit clinici;



- definitivo consolidamento della distribuzione diretta e della distribuzione in dimissione.

Alla fine del 2013 è stata definita la nuova organizzazione dei dipartimenti ospedalieri con una complessiva riduzione degli stessi e un'aggregazione più funzionale delle unità operative.

Al contesto sopra indicato e già di per sé complesso, nel 2013 all'Azienda si è presentato il problema dello stabilimento di Fiorenzuola che, in base a più perizie, è stato definito parzialmente non idoneo da un punto di vista sismico ma soprattutto statico. Questo ha comportato nel mese di dicembre 2013 la necessità di trasferire temporaneamente alcuni reparti a Piacenza, e di riconsiderare la programmazione aziendale per il 2014, impegnata a garantire il complesso di attività, in termini sia qualitativi che quantitativi, svolta dai reparti trasferiti, ma nel contempo fronteggiare la concreta possibilità di una riduzione della mobilità attiva e di un aumento della mobilità passiva, non compensati da corrispondenti riduzioni di costi.

Si fa presente infine l'importante contributo positivo al risultato d'esercizio determinato dal miglioramento dei dati di mobilità passiva extraregione definitivi (circa -3 milioni di euro rispetto al 2011).

In relazione all'intero sistema regionale l'AUSL continua a migliorare il proprio posizionamento, mantenendo il positivo trend già evidenziato negli scorsi esercizi: il "peso" del disavanzo aziendale sul disavanzo regionale si è progressivamente ridotto, attestandosi su percentuali in linea con il "peso" della quota capitaria aziendale o addirittura inferiori a partire dal 2009 (vedi Figura 1).

A partire dal 2012, primo anno di equilibrio regionale secondo criteri civilistici, l'indicatore deve leggersi quale "contributo all'avanzo regionale": in tal caso il valore percentuale del 2012, molto maggiore degli esercizi precedenti, individua un contributo positivo dell'Azienda e più che proporzionale rispetto alla quota capitaria, pur in presenza di valori assoluti prossimi allo zero. La percentuale del 2013 è in continuità con quella del 2012.

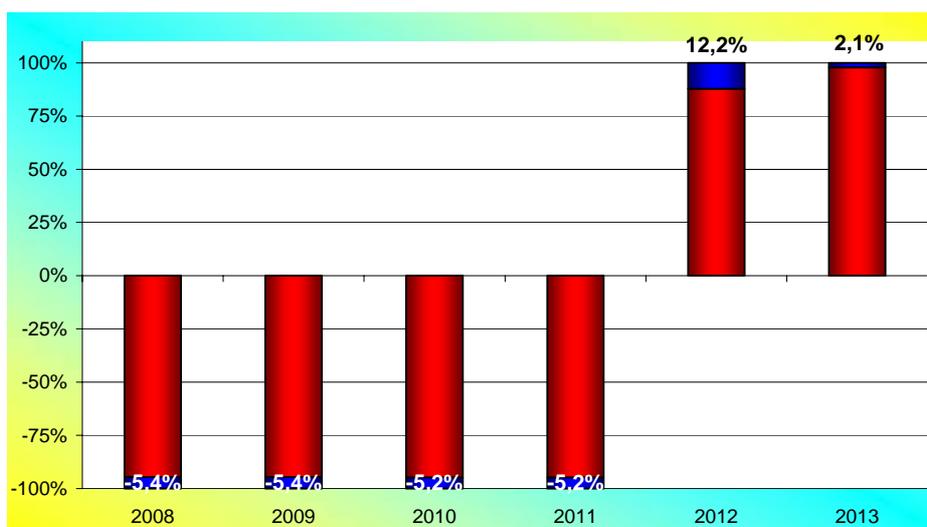


Figura 1: Contributo % al risultato complessivo regionale.



In relazione ai ricavi l'Azienda ha registrato un totale complessivo di 591.657.000 euro, con un decremento -1,94% rispetto al 2012, dovuto essenzialmente:

- al decremento dei contributi in conto esercizio (-7,6 milioni di euro);
- ad una riduzione del finanziamento destinato alla copertura degli ammortamenti netti dei beni entrati in funzione ante 2010 (-2,65 milioni di euro) a fronte di minori ammortamenti rilevati;
- ad un incremento della quota di contributi in conto esercizio destinati alla copertura degli investimenti ai sensi del D.Lgs. 118/2011 (-2,2 milioni di euro);
- ad un decremento dei ricavi derivanti da mobilità attiva (-1,2 milioni di euro);
- a maggiori ricavi straordinari per insussistenze attive di mobilità extraregione per 3 milioni.

Complessivamente nel 2013 l'Azienda ha sostenuto costi per un valore di 591.642.000 euro con un decremento del 1,92% rispetto al consuntivo 2012, in esito al proseguimento degli interventi già attivati negli esercizi precedenti, al potenziamento di alcune azioni già avviate e all'implementazione di nuove azioni al fine di un'ulteriore razionalizzazione della spesa aziendale, in applicazione delle indicazioni di spending review più sopra analizzate.

Nella successiva Figura 2 sono messi a confronto i costi della produzione dei bilanci previsionali nel periodo 2008-2013 con quelli dei bilanci consuntivi del medesimo periodo. A fronte di un totale di costi pianificati nel bilancio preventivo 2013 di 588,3 milioni, il totale dei costi complessivamente registrati è stato di 591,7 milioni di euro, con uno scostamento dello 0,58%. A partire dal 2006 Piacenza ha sempre mantenuto uno scostamento fra previsione e consuntivo inferiore all'1%.



Figura 2: Scostamento preventivo consuntivo.

L'analisi a consuntivo della dinamica dei principali fattori produttivi che hanno determinato la struttura dei costi della produzione, nel triennio 2011-2013, è rappresentata nelle successive Figura 3 e Figura 4.

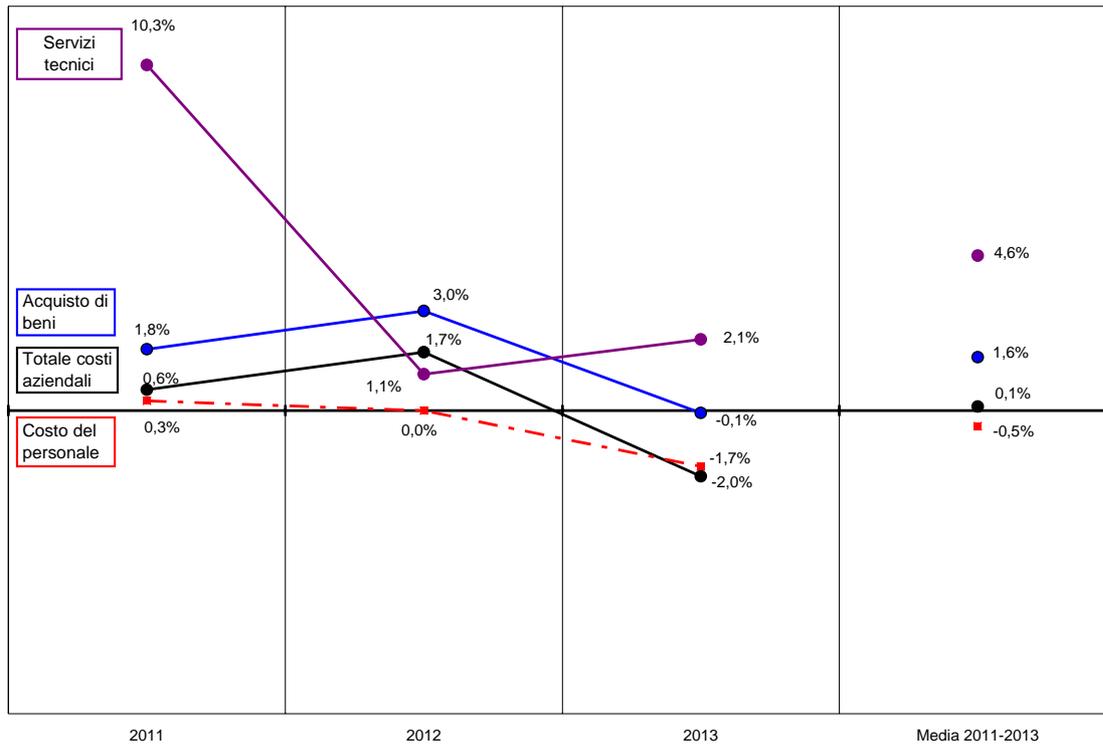


Figura 3: Dinamica dei principali fattori produttivi – 1.

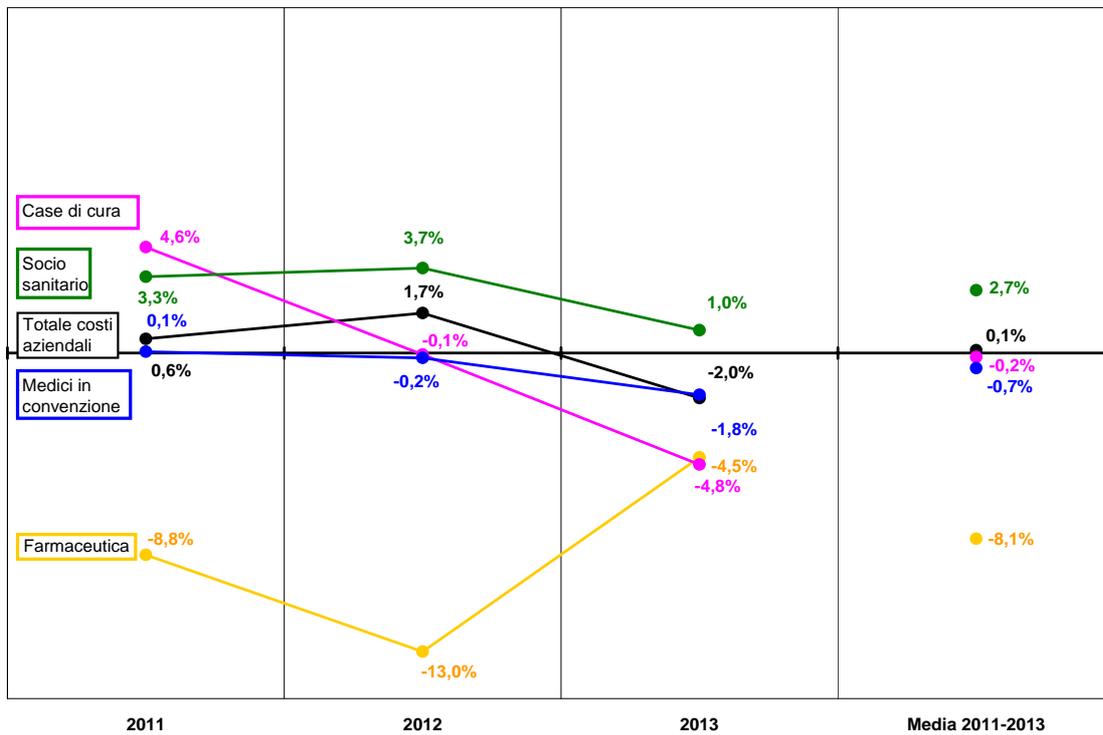


Figura 4: Dinamica dei principali fattori produttivi – 2.

Di seguito si analizza l'esito relativo al 2013 per alcuni macro fattori produttivi, a confronto con i dati 2012:

- acquisto di beni:** questa voce subisce nel 2013 un decremento, lieve (-0,1%) ma in ogni caso significativo poiché intervenuto dopo di continui incrementi; analizzando il dettaglio delle



principali voci di beni sanitari, si evidenzia come significativi incrementi siano concentrati per la voce medicinali (+4,93%), mentre le altre voci rilevano diminuzioni anche significative. Il potenziamento e il successivo avvio a regime della distribuzione diretta dei farmaci centralizzata e le attività di verifica delle attività prescrittive sia ospedaliere che territoriali, che hanno comportato un forte impegno aziendale, hanno contribuito all'ottenimento di una ulteriore riduzione della spesa netta, riduzione che nel 2013 rispetto all'anno precedente è stata sostanzialmente in linea con la media regionale (-4,5% contro una media regionale del -5%). Questo ha consentito all'Azienda di confermare una buona performance in termini di spesa netta pro-capite pesata, ove presenta la terza minor spesa a livello regionale. Inoltre sono state avviate o potenziate azioni finalizzate a garantire un attento monitoraggio delle richieste pervenute dai reparti di produzione, controlli sistematici sui consumi in collegamento alle attività effettivamente erogate e una sempre maggiore attenzione all'appropriatezza prescrittiva di farmaci e di dispositivi medici, oltre all'adesione a gare di Area Vasta/Intercenter-ER;

- personale: il costo dell'esercizio 2013 ha evidenziato un significativo decremento (-1,7%), in linea con le politiche regionali delle risorse umane, che prevedevano l'adozione di misure per il contenimento della spesa;
- servizi tecnici: evidenziano un incremento (+2,1%), determinato soprattutto dal rinnovo tecnologico e dall'avvio di nuovi appalti (farmaco monodose, cucine esternalizzate, avvio parziale del magazzino di area vasta);
- farmaceutica territoriale: il 2013 evidenzia un risultato positivo, in continuità con 2011 e 2012, ancorché con percentuali di riduzione inferiori (-4,53% a fronte di -12,96% nel 2012). Sulla prescrizione dei farmaci, l'Azienda presenta già da tempo delle ottime performance rispetto agli standard regionali (il risultato ottenuto nel 2013 ha permesso all'Azienda di contrarre ulteriormente la spesa netta procapite pesata pari a 118,41 euro rispetto ad una spesa media regionale di 125,38 euro mantenendo l'ottima performance nella graduatoria regionale, ovvero 3° posizione fra tutte le Ausl). Per rendere ancora più incisivi ed efficaci gli interventi, sono stati identificati specifici settori di intervento in cui far confluire gli sforzi congiunti e coordinati degli specialisti ospedalieri e dei medici di medicina generale, oltre al costante sviluppato della distribuzione diretta.
- case di cura: la voce è stata interessata da specifiche manovre di contenimento dei costi previste dal DL n.95/2012 "Spending review", nella parte in cui ha previsto la riduzione delle prestazioni erogate da case di cura private per degenze e specialistica ambulatoriale fino a concorrenza del fatturato 2011 ridotto del 1%, cui si è aggiunta una specifica manovra regionale finalizzata alla riduzione ulteriore del budget regionale del 5%; il decremento -4,8% è stata tra le voci che più significativamente hanno contribuito alla riduzione complessiva dei costi aziendali;
- medici in convenzione: tra i fattori produttivi oggetto in anni precedenti di significativi incrementi, in funzione delle specifiche azioni aziendali per lo sviluppo della medicina generale (impatto accordi regionali, progetto SOLE, medicine di gruppo), evidenziano una sostanziale continuità



- negli ultimi esercizi, in relazione all'andata a regime degli istituti contrattuali di nuova istituzione;
- socio-sanitario integrato: l'incremento medio nel triennio della voce in oggetto continua ad essere significativo (+2,7%), anche se costanza delle risorse destinate al FRNA e l'incertezza relativa alle fonti ad esso destinate a livello nazionale, ha imposto una più attenta pianificazione delle risorse a livello distrettuale; nel corso dell'anno 2013 la gestione della non autosufficienza ha infatti rilevato un trend incrementale inferiore agli esercizi precedenti (+1% a fronte del +3,7% del 2012).

2.1.2 Sostenibilità economica

Tutte le analisi che seguono confrontano alcuni indici aziendali ai corrispondenti valori medi regionali, e sono quindi calcolati elaborando le voci del bilancio riclassificato regionale. Nella redazione degli indicatori economici del bilancio di missione è possibile disporre del dato aggregato regionale a consuntivo per l'esercizio appena concluso, rendendo più immediata la valutazione dei risultati conseguiti dall'Azienda in comparazione con l'intero sistema regionale.

La consueta analisi della situazione reddituale dell'Azienda che prendeva spunto dall'analisi del risultato operativo della gestione caratteristica (ROGC), prodotto dall'insieme delle operazioni di gestione che identificano la funzione economico tecnica in senso stretto dell'Azienda posta a confronto con il reddito operativo della gestione non caratteristica (ROGnC), a partire dal 2012 non appare più così indicativa, in quanto riferita ad una situazione aziendale di pareggio di bilancio civilistico, con risultati in valore assoluto prossimi allo zero e pertanto in valore assoluto di importo molto inferiore ai valori delle perdite "tecniche" dei precedenti esercizi.

Nei grafici successivi, dove ROGC e ROGnC sono rapportati al risultato netto ed ai ricavi disponibili, a confronto con i valori medi del sistema emiliano romagnolo, si evidenzia la percentuale di incidenza sul risultato aziendale dei componenti di reddito afferenti la gestione caratteristica rispetto a quelli della gestione non caratteristica (finanziaria e straordinaria): il risultato d'esercizio dell'Azienda è determinato in parti molto equilibrate dall'una e dall'altra gestione, in linea peraltro con la media regionale.

A partire dal 2009 l'incidenza dei componenti straordinari è aumentata, e ciò in funzione soprattutto di due elementi: da un lato l'obiettivo di equilibrio economico-finanziario posto dalla Regione alle Aziende ha imposto il contenimento della perdita entro valori assoluti via via decrescenti, in relazione ai quali valori anche minimi dei componenti straordinari possono avere un peso percentuale significativo; dall'altro lato i componenti straordinari continuano a rimanere una voce significativa dei bilanci delle Aziende USL, poiché comprendono anche gli oneri finanziari, la cui incidenza nel tempo è in aumento, sia per i maggiori mutui stipulati sia per gli interessi di mora derivanti dal contenzioso con i fornitori.

A ciò si aggiunga che il risultato d'esercizio, a partire dal 2012, è di fatto un pareggio di bilancio di natura civilistica: ad un risultato ancora negativo della gestione caratteristica si contrappone una gestione straordinaria con un saldo positivo tale da consentire il raggiungimento dell'equilibrio



complessivo. Ciò che connota positivamente gli ultimi anni è l'importo del deficit della gestione caratteristica, che in valore assoluto è via via decrescente, indicatore di un progressivo recupero di capacità gestionale e di governo dei costi dell'Azienda di Piacenza.

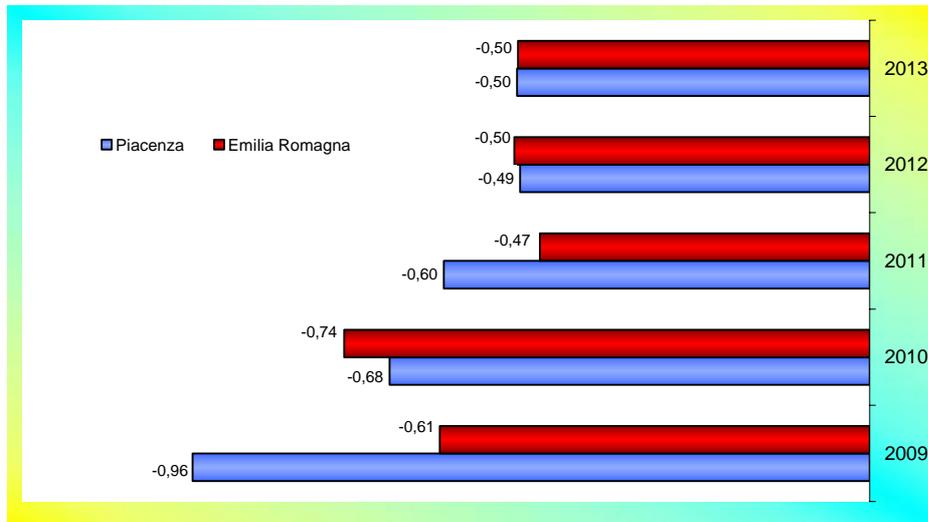


Figura 5: Incidenza della gestione caratteristica sul deficit.

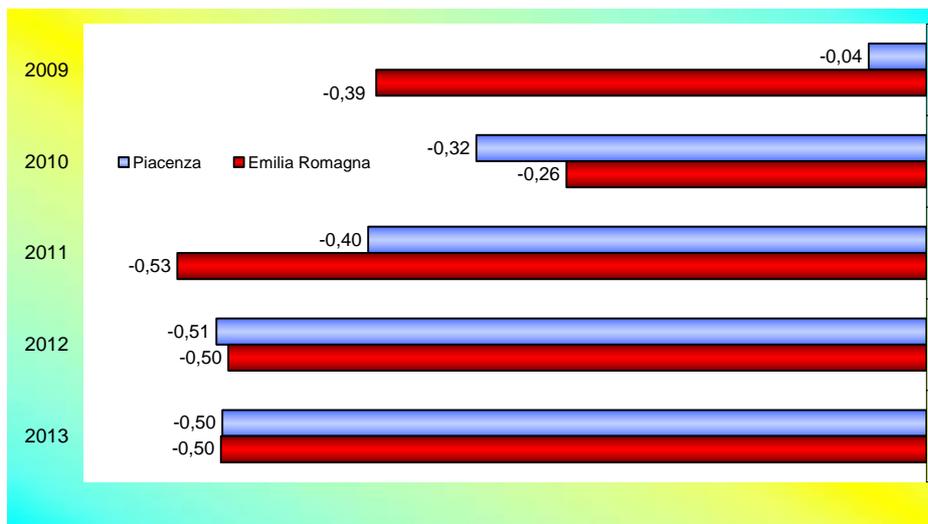


Figura 6: Incidenza della gestione non caratteristica sul deficit.

L'andamento discontinuo dell'indicatore di incidenza del ROGC sui ricavi disponibili (vedi Figura 7) è significativamente influenzato dalle variazioni subite dai contributi in conto esercizio assegnati all'Azienda, che per esempio nell'esercizio 2013 hanno evidenziato una forte riduzione. E' opportuno segnalare come gli esercizi in cui l'Azienda ha conseguito l'obiettivo del pareggio evidenziano per tale indice un indicatore prossimo allo zero, in quanto i costi dell'attività caratteristica trovano copertura nei ricavi disponibili dell'Azienda: dato tuttavia un valore esogeno di ricavi disponibili determinato dalla disponibilità di risorse statali e regionali, tale risultato può essere conseguito dall'Azienda solo attraverso un attento monitoraggio dell'incremento dei costi, fino ad arrivare ad un decremento, come avvenuto nel 2013. La struttura dei costi dell'Azienda e il confronto con i dati regionali, disponibili per il consuntivo 2013, evidenziano un sostanziale allineamento dell'Azienda con il trend dei dati medi regionali (vedi Figura 7). L'analisi dei principali



fattori produttivi viene proposta con riferimento al periodo 2009-2013, come assorbimento di risorse aziendali (i ricavi disponibili) da parte dei fattori produttivi direttamente impiegati nel processo produttivo. Il grado di assorbimento per ogni fattore produttivo ha un andamento pressoché costante nel tempo (vedi Figura 9).

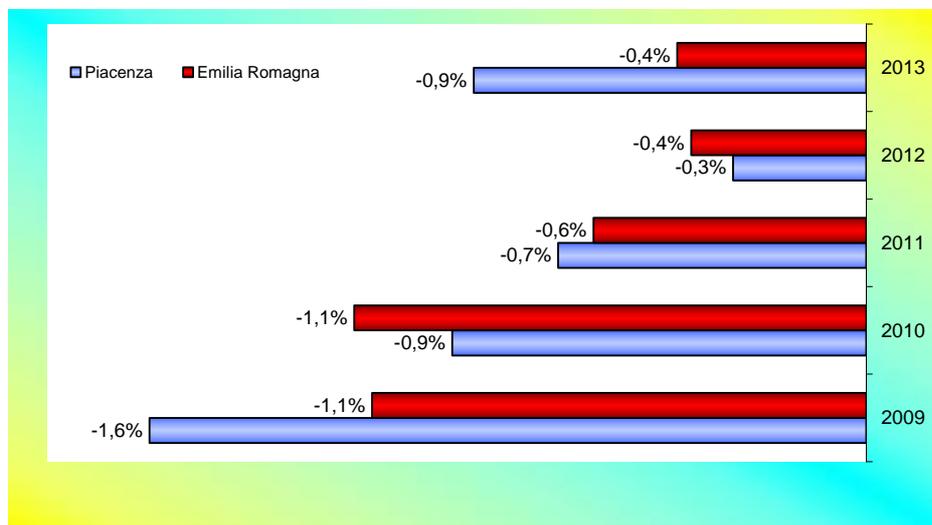


Figura 7: Incidenza della gestione caratteristica sui ricavi disponibili.

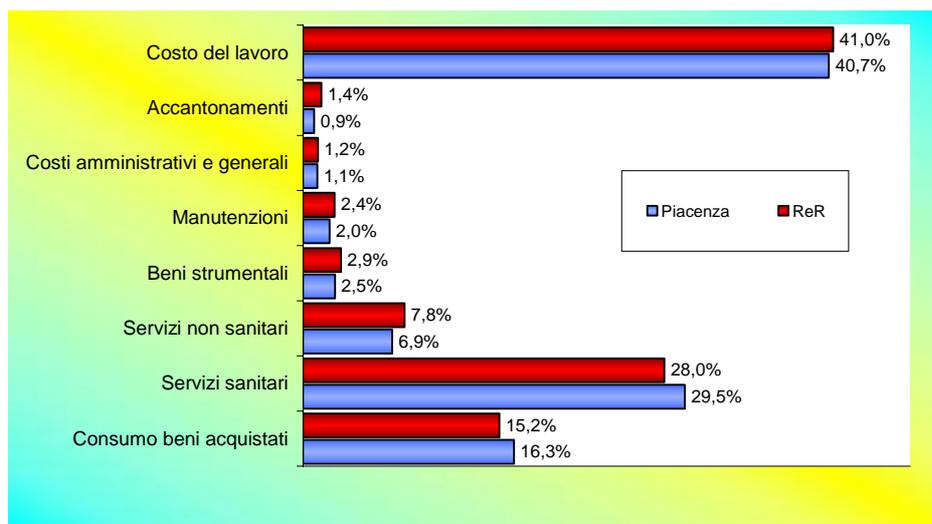


Figura 8: Composizione dei costi.

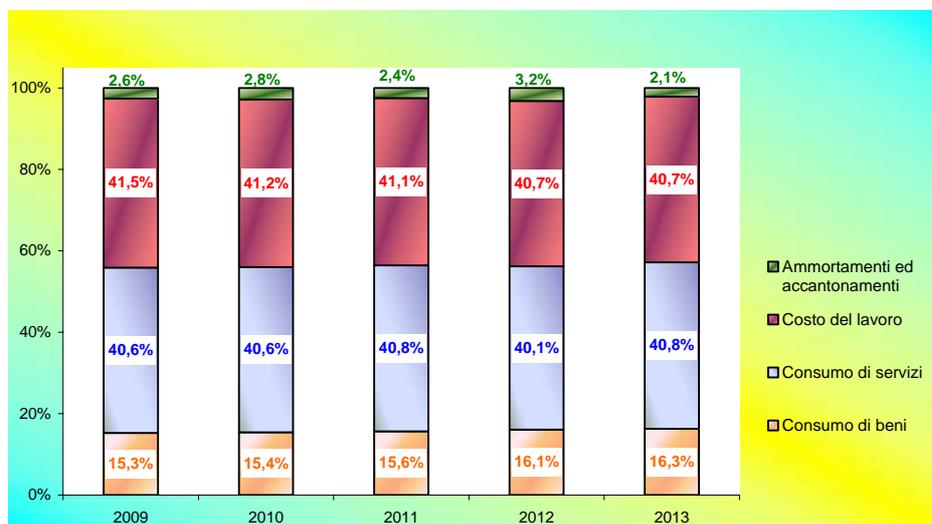


Figura 9: Trend composizione dei costi aziendali.



Nei grafici che seguono (vedi da Figura 10 a Figura 14) si propone il confronto dell'indicatore aziendale con i corrispondenti valori medi regionali. Come si può notare, la composizione dei costi aziendali nei principali fattori produttivi non mostra particolari differenze fra Piacenza e la media regionale, qui evidenziata con riferimento ai dati di consuntivo 2009-2013.

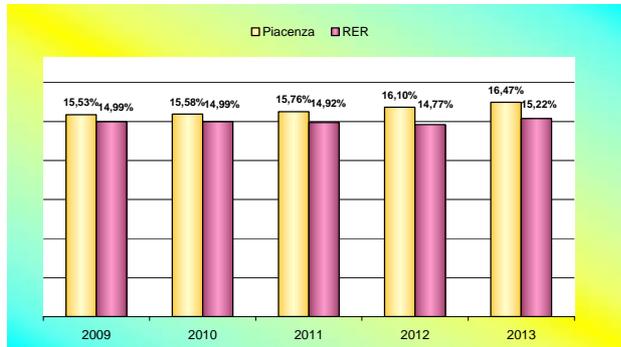


Figura 10: Consumo di beni / ricavi disponibili.

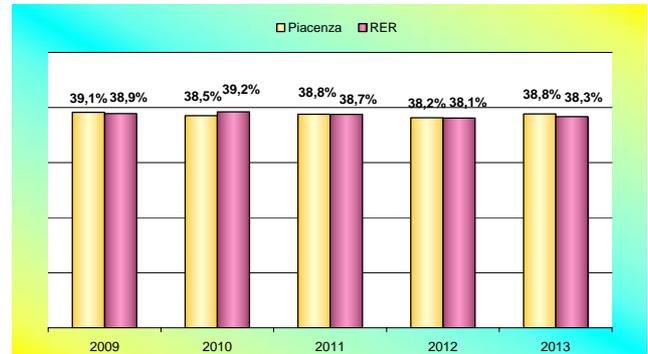


Figura 11: Consumo di servizi / ricavi disponibili.

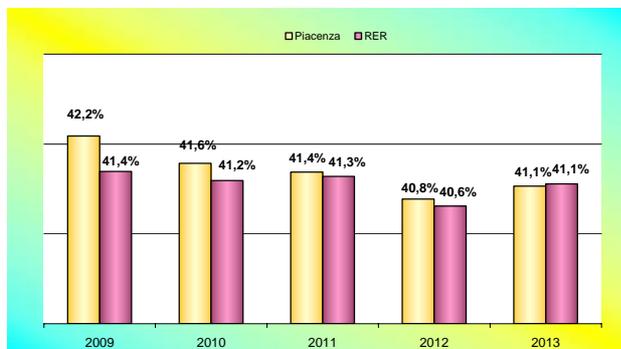


Figura 12: Costo del lavoro / ricavi disponibili.

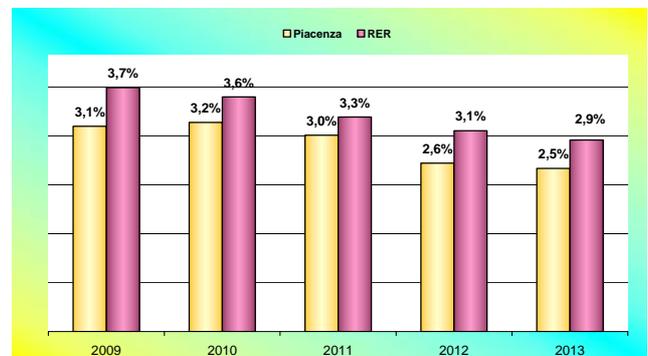


Figura 13: Beni strumentali / ricavi disponibili.

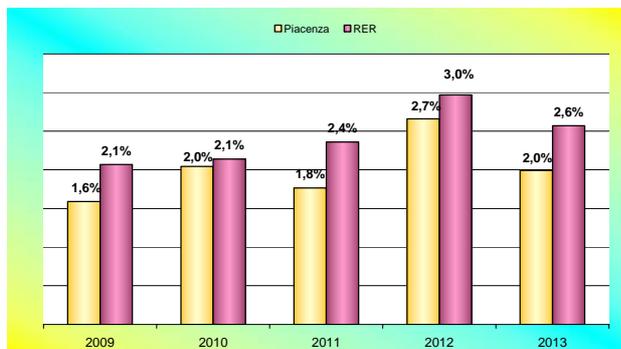


Figura 14: Oneri diversi / ricavi disponibili.

Ultimo dato di interesse per quanto attiene la sostenibilità economica, infine, è la verifica della capacità di Piacenza di attrarre utenza in rapporto alla quantità di utenti in mobilità. Il rapporto fra il valore della mobilità in entrata e quello della mobilità in uscita è per Piacenza una diretta conseguenza, tra l'altro, della posizione di confine della Provincia di Piacenza.

Va sottolineato come la capacità di attrazione di Piacenza sia incrementata dal 2001 di oltre 23 punti percentuali, con un incremento di 4,4 punti tra 2011 e 2010, in sostanza riconfermato anche nei dati, ancorché non definitivi, disponibili per il 2013 (vedi Figura 15).

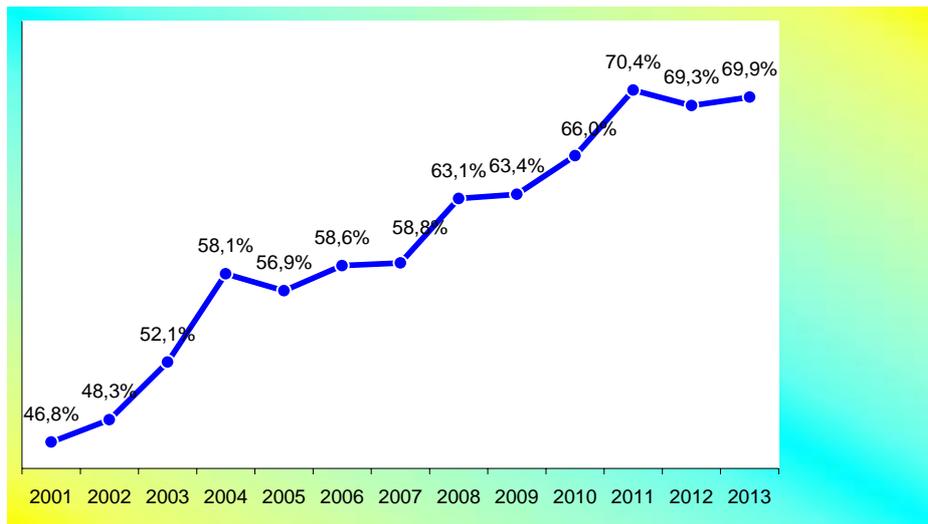


Figura 15: Indice di attrazione.

2.1.3 Sostenibilità finanziaria

La perdurante crisi economico-finanziaria in cui l'economia italiana ed internazionale si sono venute a trovare a partire dal 2008 ha determinato un aumento della tensione finanziaria in capo alle imprese, penalizzate anche da una progressiva stretta creditizia da parte di banche e istituti finanziari. In tale contesto, il progressivo e rapido smobilizzo dei crediti dalle stesse vantati verso la Pubblica Amministrazione, ed in particolare verso gli enti del SSN, è divenuto via via obiettivo politico ed economico sempre più stringente sia per il governo statale che regionale.

Nel corso del 2009 la Regione era intervenuta a sostegno della situazione finanziaria del sistema sanitario regionale con alcuni provvedimenti finalizzati a porre le Aziende sanitarie nella condizione di contenere i tempi di pagamento delle forniture sanitarie, e di ridurre l'esposizione finanziaria nei confronti dei fornitori di beni e servizi. Tuttavia le rimesse straordinarie ricevute nel corso del 2009 non sono state riconfermate nel corso del 2010 nella medesima entità, e nel corso del 2011 non ci sono state di fatto rimesse straordinarie di cassa da parte della Regione, ad esclusione dell'erogazione della quota di fondo di riequilibrio dell'anno 2010 per 10 milioni di euro (DGR 529/2011). Il credito relativo al FSR non incassato al 31/12 è passato da 55 a 73 milioni di euro, con un complessivo incremento di circa 18 milioni di euro nell'anno 2011. Parimenti, i tempi di pagamento nei confronti dei fornitori, in netta diminuzione nel 2009 tanto che avevano raggiunto il valore più basso dal 2004 ad oggi, hanno subito un deciso incremento: la durata media dell'esposizione verso i fornitori a fine 2011 è passata a 148 giorni, in incremento rispetto al 2010 (134 giorni) e al 2009 (129 giorni), ancorché inferiore rispetto ai valori critici raggiunti nel 2006/2007, dove i tempi medi erano di oltre 180 giorni.

L'obiettivo di far fronte ai debiti scaduti verso fornitori di beni e servizi, il cui aumento e conseguente allungamento dei tempi di pagamento inducono progressivamente contenzioso ed ulteriori passività per interessi di mora in carico ai bilanci aziendali, è pertanto divenuto prioritario nel corso del 2012, e numerosi sono stati i provvedimenti attuati per consentire positivi effetti



sull'esposizione debitoria delle Aziende.

Con DGR 2038/2011 e DGR 295/2012, la Regione ha provveduto al trasferimento straordinario alle Aziende Sanitarie di quote relative al finanziamento del SSR di esercizi pregressi, finalizzando tali rimesse prioritariamente al miglioramento dei tempi di pagamento nei confronti dei fornitori di beni e servizi: l'erogazione, avvenuta in più tranches nel corso del 2012 (per complessivi 29,4 mln di euro per l'Azienda di Piacenza), ha consentito una significativa riduzione dei tempi di pagamento a partire dal mese di marzo 2012 (circa 90 giorni in meno rispetto a fine 2011), portando l'Azienda di Piacenza in linea con i tempi medi di pagamento regionali.

Ma è stato nei primi mesi del 2013 che provvedimenti normativi a livello statale hanno contribuito in misura ancora più efficace allo smobilizzo dei crediti verso i fornitori: con il DL 35/2013, recante *“Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento dei tributi degli enti locali”*, sono state stanziati importanti risorse finanziarie per consentire alle pubbliche amministrazioni il pagamento dei debiti certi, liquidi ed esigibili sorti entro il 31/12/2012.

Le procedure per l'accesso al finanziamento hanno visto in prima linea la Regione Emilia Romagna, che ha predisposto più richieste positivamente concluse: una prima tranche di finanziamento, con la concessione di 447,98 milioni di euro, erogati alle Aziende nel mese di agosto 2013, una seconda tranche di 358,38 milioni di euro, erogati ad ottobre 2013, ed un'ultima tranche di 140,00 milioni di euro, erogati a giugno 2014. L'AUSL di Piacenza ha potuto disporre complessivamente di circa 61 milioni di euro, cui si sono aggiunti altri 9,6 milioni di cui al provvedimento regionale DGR 937/2013, con l'obiettivo di arrivare a portare i pagamenti alla scadenza prevista dal D.Lgs. 231/2002. Nel mese di luglio 2014 l'Azienda USL di Piacenza ha garantito ai fornitori di beni e servizi il pagamento a circa 70 giorni data fattura.

I provvedimenti di riparto citati hanno determinato una progressiva riduzione dei crediti verso la Regione (da 57 milioni a fine 2012 a 41 milioni a fine 2013), mentre il riparto straordinario di cui al D.L. 35/2013 è stato interamente incassato a ripiano perdite degli esercizi 2001-2005, contribuendo quindi al miglioramento della situazione patrimoniale dell'Azienda e degli indicatori di sostenibilità patrimoniale che verranno più oltre esaminati.

A completamento del quadro delineato, si deve considerare inoltre che l'Azienda, a finanziamento del proprio Piano degli Investimenti, ha richiesto nel 2011 l'autorizzazione alla Regione per contrarre un ulteriore mutuo di 14 milioni di euro, in relazione alla residua capacità di indebitamento. La procedura di gara esperita nell'autunno 2011 e le procedure di trattativa esperite nel 2012, sono tuttavia andate deserte: le condizioni di mercato ad oggi riverificate ed i tassi che attualmente risulterebbero accettabili per le banche renderebbero la contrazione del mutuo estremamente onerosa. Nel corso del 2013 infine non si è potuto beneficiare di liquidità aggiuntiva a finanziamento del Piano Investimenti, poiché anche le alienazioni previste non si sono potute perfezionare date le condizioni di mercato.

Nella successiva Figura 16 è rappresentato per macro linee il rendiconto di liquidità del 2013, a



confronto 2012, in cui si evidenziano gli effetti complessivi degli adeguamenti illustrati. L'analisi dei flussi finanziari della gestione extracorrente per l'anno 2013 evidenzia impieghi per nuovi investimenti pari a 18,7 milioni e per rimborso quote di mutui per 1,5 mln di euro, a fronte di fonti per contributi in conto capitale pari a 10,7 milioni e contributi per ripiano perdite pari a 53,7 milioni. Il rendiconto evidenzia un net cash negativo della gestione corrente (-35,5 milioni di euro), determinato sostanzialmente dall'importante riduzione dei debiti non finanziari (-51 mln di euro), consentita principalmente dai rilevanti contributi ex DL35/2013 sopra evidenziati.

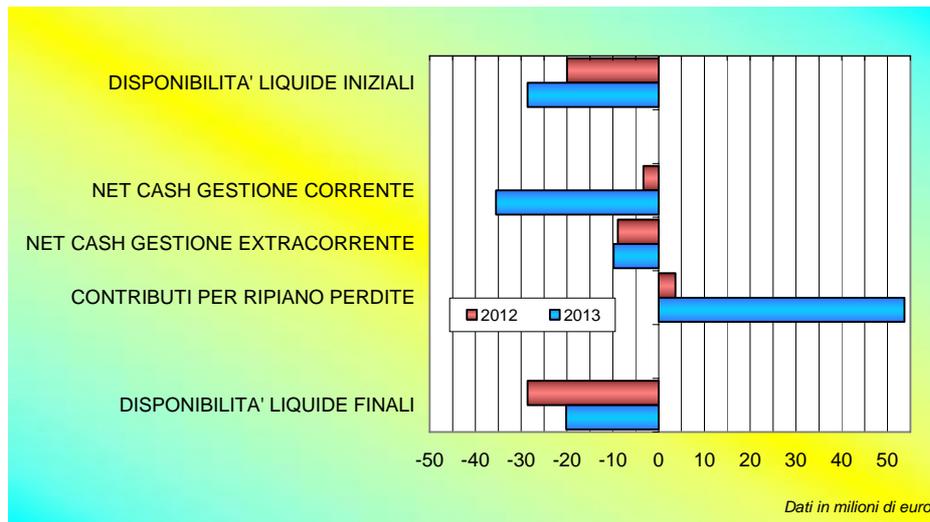


Figura 16: Rendiconto di liquidità.

2.1.4 Sostenibilità patrimoniale

La riclassificazione dello Stato Patrimoniale in chiave monetaria, graficamente illustrato nella successiva Figura 17, propone per il 2013 una situazione nettamente positiva rispetto all'anno precedente, concretizzando con valori significativi il lento ma progressivo miglioramento avviatosi a conclusione del biennio 2007/2008.

Di particolare rilievo la variazione del patrimonio netto rispetto al 2012 (dal 0,61% al 19,28%), voce che, da sempre critica nell'analisi della solidità patrimoniale dell'Azienda, diviene ora contributo positivo all'equilibrio aziendale. Diversi i fattori che nel tempo vi hanno contribuito: grazie al conseguimento di risultati di perdita contenuta nei limiti predefiniti di "equilibrio tecnico", e a partire dal 2012, al conseguimento del pareggio secondo criteri civilistici, il patrimonio netto aziendale non è più stato eroso progressivamente, se non per il fisiologico utilizzo dei contributi in conto capitale destinati alla sterilizzazione degli ammortamenti, e ciò pur in considerazione dell'iscrizione a patrimonio netto degli effetti determinati dal ricalcolo delle quote di ammortamento in conseguenza dell'applicazione del D.Lgs. 118/2011.

Inoltre, l'anno 2013 ha visto l'erogazione da parte della Regione di un significativo importo a ripiano delle perdite degli esercizi 2001-2005: la somma di circa 49 milioni di euro, è stata erogata in applicazione del D.L. 35/2012 più sopra citato, con l'obiettivo, ampiamente raggiunto, di migliorare prioritariamente i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi, in secondo luogo di



ricapitalizzare l'Azienda, migliorando la sua solidità patrimoniale.

La composizione dell'attivo è ancora fortemente focalizzata sulle immobilizzazioni che costituiscono oltre il 60% del totale, e sostanzialmente allineate ai valori del precedente esercizio appaiono sia le scorte (3%) che le liquidità immediate e differite (32,47%). L'indebitamento a medio lungo termine non si è modificato nel 2013 nei valori percentuali (circa 9,1%) benché si sia ridotto in valore assoluto, a fronte del progressivo rimborso di quote dei mutui stipulati.

Il passivo evidenzia ancora una netta prevalenza a favore delle passività a breve termine, che costituiscono circa il 72% delle fonti di finanziamento aziendale, ma anche per tale voce è evidente nella riduzione rispetto all'esercizio precedente, sia in termini percentuali che in valore assoluto (per complessivi 50 milioni di euro circa), un ulteriore indicatore del netto miglioramento nella struttura del patrimonio aziendale, con la progressiva riduzione dei debiti verso fornitori (principale voce del passivo a breve termine).

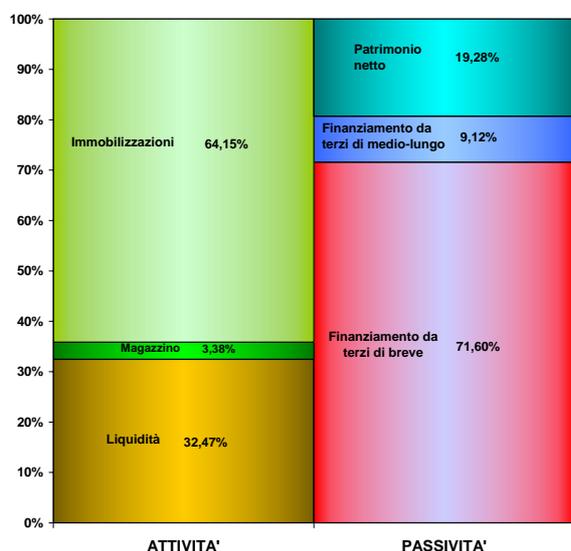


Figura 17: Stato patrimoniale riclassificato.

Con riferimento all'analisi delle immobilizzazioni, è opportuno chiarire quali specifici vincoli l'Azienda debba tener in considerazione nella sua politica di investimento. Come evidenziato anche dalle Linee di Programmazione regionale, l'attuale contesto economico finanziario si caratterizza per l'indisponibilità di risorse, in termini di contributi in conto capitale, da destinare agli investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico. Ciò rappresenta una indubbia criticità per l'attività di un'Azienda che, nel corso della sua recente storia (si veda a tale proposito il Piano Strategico 2009-2011) ha sempre sottolineato con forza l'esigenza di adeguamento e potenziamento e ammodernamento del patrimonio strutturale, impiantistico e tecnologico, al fine di mettere a disposizione dei cittadini di tutta la provincia strutture sempre più confortevoli ed adeguate, oltre che dotate delle più moderne tecnologie sanitarie e non.

Le indicazioni regionali in merito alla redazione del Piano degli Investimenti erano orientate, già a partire dal 2008, a garantire l'equilibrio della gestione degli investimenti con il recupero di risorse



dedicate attraverso una più oculata gestione della spesa corrente, con ciò determinando una progressiva forte contrazione nella spesa per investimenti dell'Azienda USL di Piacenza. L'obiettivo regionale era, infatti, quello di garantire una più equilibrata gestione degli investimenti, consentendo la realizzazione solo delle opere che trovano una specifica fonte di finanziamento, come contributo regionale o come proventi derivanti dalle previste alienazioni patrimoniali, mutui, donazioni o quote di ammortamento.

In senso ancor più restrittivo ha operato la previsione normativa introdotta dal D.Lgs.118/2011, così come modificati dalla L. n. 228/2012 (cd Legge di Stabilità), i cui effetti contabili hanno trovato piena applicazione a partire dall'esercizio 2012: gli investimenti che non abbiano specifica copertura tra le fonti individuate dal Decreto (che esclude le quote di ammortamento), debbono essere finanziati con contributi in conto esercizio, nella misura stabilita dalle percentuali indicate dalla legge di stabilità.

In particolare nel 2012 sono stati realizzati con tale copertura circa 3,8 milioni di euro di investimenti, con contestuale riduzione dei contributi in conto esercizio per un importo pari al 20% degli investimenti realizzati (il restante 80% graverà, pro quota, sui futuri esercizi); nel 2013 sono stati realizzati con tale copertura circa 5,6 milioni di euro di investimenti, con contestuale riduzione dei contributi in conto esercizio per un importo pari al 40% degli investimenti realizzati (il restante 60% graverà, pro quota, sui futuri esercizi).

L'analisi dello Stato Patrimoniale e il confronto con i precedenti esercizi è in grado di evidenziare pertanto tutte le criticità connesse con l'acquisizione di tali fattori produttivi, stretta da un lato dal forte impegno dell'Azienda nella patrimonializzazione e nel miglioramento degli investimenti in tecnologie, dall'altro dai forti condizionamenti determinati dai vincoli di equilibrio più sopra richiamati.

La scarsità di fonti dedicate ha obbligato pertanto l'Azienda ad affrontare alcune criticità, di certo tra le più impegnative in questi anni. L'Azienda ha infatti interamente esaurito il patrimonio alienabile e, come più sopra ricordato, con il nuovo mutuo autorizzato, ancorchè non aggiudicato, ha utilizzato pienamente la propria capacità di indebitamento. Il progressivo ridursi delle fonti esterne, accompagnato dal pressoché completo utilizzo dei beni alienabili da parte dell'Azienda, ha così obbligato l'Azienda a procedere ad una selezione degli interventi; gli stessi sono poi stati progressivamente ridotti in passaggi successivi di razionalizzazione, e gli elenchi degli investimenti autorizzati sono sempre più simili ad una sintesi di "priorità delle priorità" aziendali.

I vincoli evidenziati nella programmazione sono stati quindi rispettati anche per il 2013, ma si conferma un rallentamento nel grado di rinnovo del patrimonio aziendale: all'incremento percentuale del 7% del 2008 e del 5,1% del 2009 si contrappongono negli anni successivi valori molto più contenuti: 3,3% del 2010, 4,8% del 2011, 3,5% del 2012 e 3,4% nel 2013, cui corrisponde un valore assoluto di nuovi investimenti nell'anno appena concluso di circa 14 milioni di euro (a fronte dei 19 milioni del 2009 e i 25 del 2008).

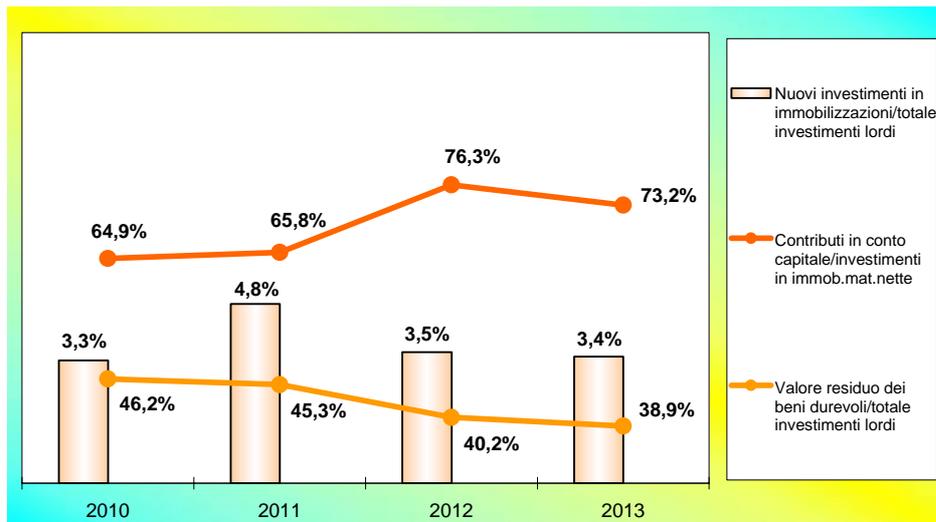


Figura 18: Grado di copertura degli investimenti.

Il grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici ha subito nel 2012 un deciso incremento, in relazione ai vincoli contabili previsti dal D.Lgs.118/2011. Pertanto, a partire dal 2012, gli investimenti in beni mobili (soprattutto attrezzature sanitarie, hardware, e software) e interventi di manutenzione straordinaria che non hanno altra forma di finanziamento dedicato, sono coperti con l'utilizzo di contributi in conto esercizio, stornati dall'assegnazione corrente ed iscritti a patrimonio netto per poi poter essere utilizzati per sterilizzare le relative quote di ammortamento.

In conclusione è fornita una rappresentazione grafica dei nuovi investimenti, effettuati nel triennio, nel loro ammontare complessivo suddivisi per tipologia. Il valore negativo rilevato per le immobilizzazioni in corso è dovuto alla conclusione nell'anno 2010 di importanti opere iniziate nei precedenti esercizi (Ospedale di Fiorenzuola), e trova corrispondenza nel valore incrementale decisamente fuori media rilevato alla voce "Fabbricati" e "Impianti e macchinari".

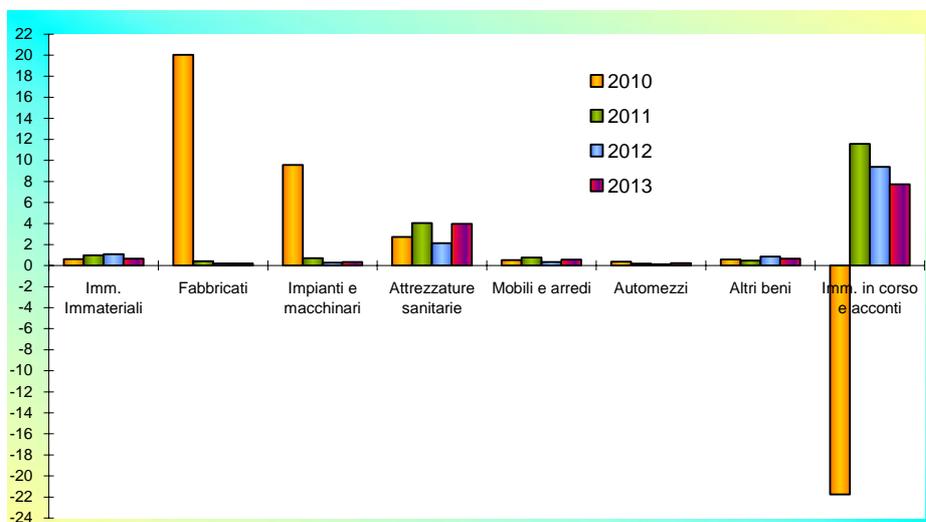


Figura 19: Investimenti per tipologia.



2.2 Impatto sul contesto territoriale

2.2.1 Impatto economico

L'azienda USL di Piacenza, come in altre Province, rappresenta sicuramente non solo un soggetto istituzionale di peso, ma anche e soprattutto il soggetto economico produttivo di gran lunga più significativo in ambito locale, sia in termini di occupati che di fatturato.

I numeri del contributo complessivo dell'azienda all'economia della Provincia sono i seguenti: 3.649 lavoratori dipendenti al 31 dicembre 2012 (per un approfondimento sulla composizione del personale si veda il successivo paragrafo 4.1, la "carta di identità" delle persone in azienda, pag. 117 e soprattutto la relativa Appendice 4, pag. XLV), cui vanno aggiunti i convenzionati (circa 390 tra MMG, PLS, medici di continuità assistenziale e sumaisti) e i lavoratori dei servizi appaltati; il volume delle risorse che l'azienda immette nel territorio provinciale sotto forma di stipendi per il personale dipendente e convenzionato è stato nel 2010 di oltre 213 milioni di euro (vedi Figura 20). Oltre l'85% dei dipendenti risiede in Provincia (vedi Figura 21)

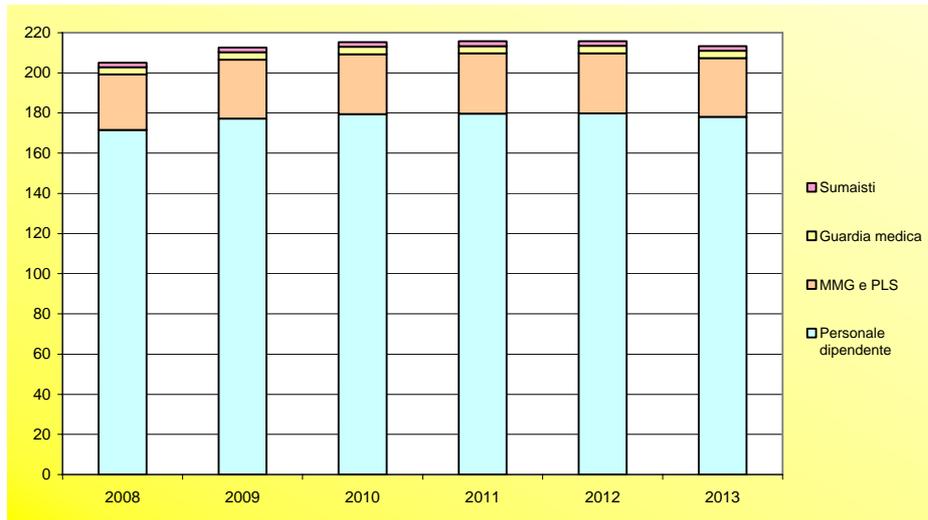


Figura 20: Volume degli stipendi del personale dipendente e convenzionato.

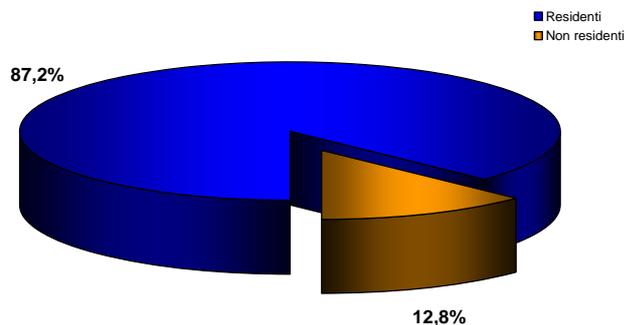


Figura 21: Dipendenti per residenza.

La criticità rappresentata dalla carenza di personale infermieristico, che ha portato alla necessità di reperire queste figure professionali sul mercato internazionale, è stata nel tempo risolta. Cominciano quindi a diminuire i lavoratori stranieri presenti in azienda. Al 31 dicembre 2012 lavoravano in Azienda 39 stranieri, provenienti sia da Paesi comunitari che extracomunitari (vedi Figura 22), contro i 64 del 2007.

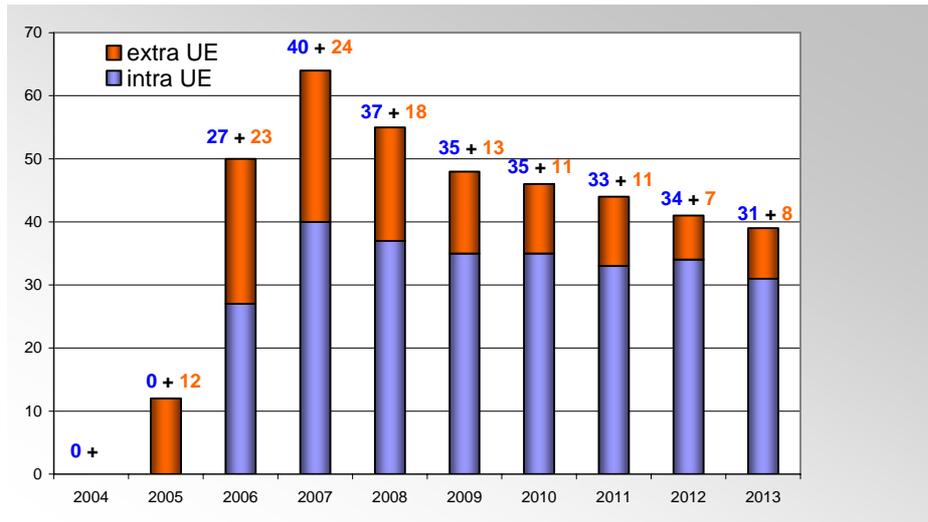


Figura 22: Lavoratori stranieri.

Il numero dei dipendenti appartenenti alle categorie protette è stabilmente intorno alle 80 unità (vedi Figura 23).

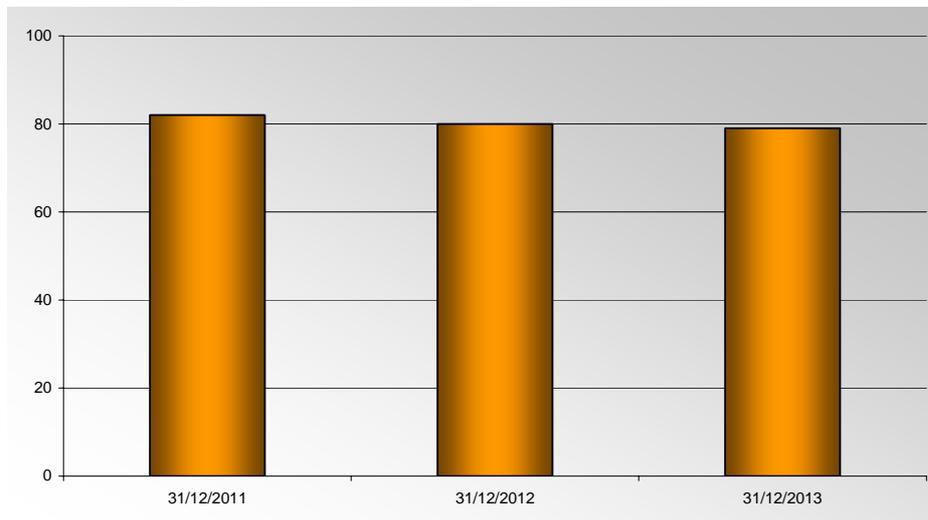


Figura 23: Dipendenti occupati nell'ambito delle categorie protette.

Circa il 14% dei beni e servizi sono acquistati da imprese con sede in Provincia, il 23% da imprese con sede nel resto della Regione e il restante 63% da imprese con sede legale altrove (vedi Figura 24).

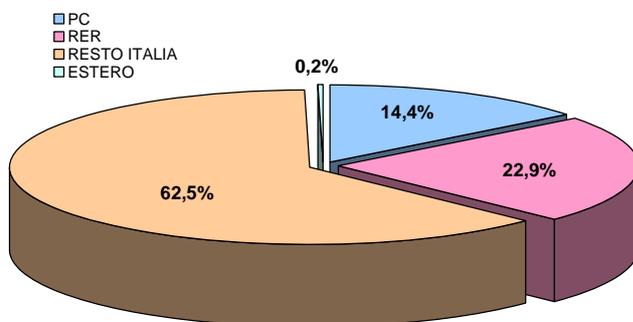


Figura 24: Volume acquisti per sede del fornitore.

Disaggregando il dato per settore, l'ingente volume di risorse dedicate ai beni sanitari, per oltre l'80% del totale acquistati da società con sede fuori Regione, influenza il dato generale (Figura



25); è interessante rilevare come le imprese di Piacenza (vedi Figura 26) siano molto presenti nei settori delle manutenzioni (quasi il 60%), dei servizi non sanitari (40%), dei beni economici (25%).

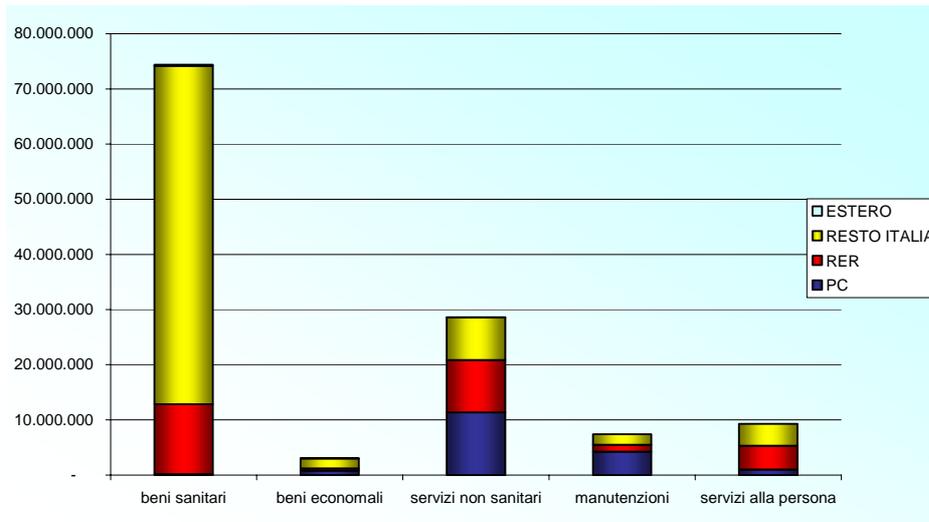


Figura 25: Volume acquisti per sede del fornitore per settore. Valori assoluti

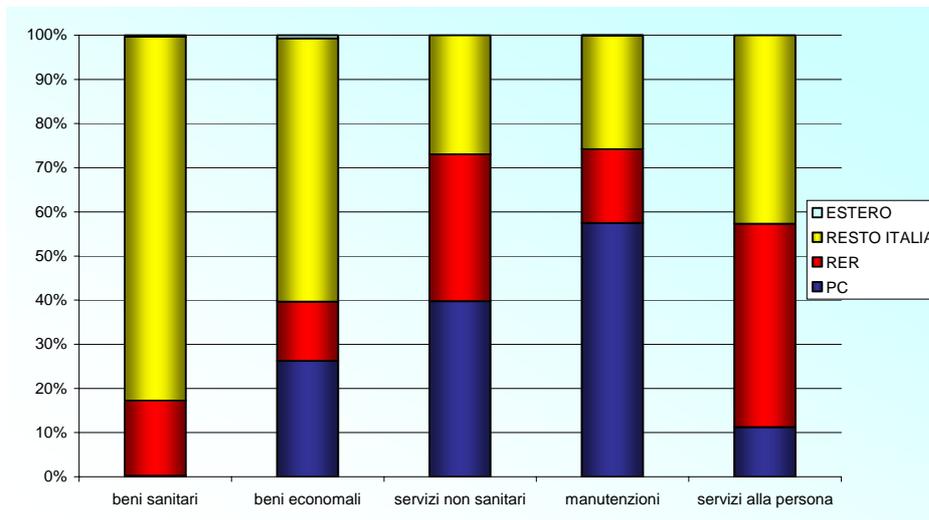


Figura 26: Volume acquisti per sede del fornitore per settore. Valori percentuali

2.2.2 *Impatto sociale*

Storicamente gli ospedali erano oggetto di donazioni e lasciti da privati che rappresentavano nel passato, anche prossimo, la soluzione alla mancanza di fondi, specialmente per l'acquisto di attrezzature. Negli ultimi anni questa situazione si è andata modificando e ha visto la Fondazione di Piacenza e Vigevano e alcune aziende produttrici di farmaci e presidi sanitari assumere questo ruolo prevalente. Nel 201 il valore delle donazioni è stato complessivamente pari a oltre un milione di euro, in forte ascesa rispetto ai dati degli ultimi anni (vedi Tabella 2), soprattutto da parte di fondazioni bancarie e imprese, sempre con una consistente quota rappresentata dalle donazioni della Fondazione di Piacenza e Vigevano, ma con un consistente incremento di donazioni di beni, anche da privati. Questo anche a dimostrazione dell'efficacia delle attività strutturate di raccolta fondi recentemente avviata (per un approfondimento si rimanda alla Sezione 7, da pag. 151).



	2009		2010		2011		2012		2013	
	n.	importo								
donazioni in denaro da privati	7	216.327			3	3.900	2	680	1	20.000
donazioni di beni da privati	4	52.345	7	14.640	2	16.100	4	1.489	11	218.711
donazioni in denaro da fondazioni bancarie e ditte	21	403.561	24	551.006	39	594.734	31	339.054	23	385.127
donazioni di beni da fondazioni bancarie e ditte	31	104.500	16	61.235	6	36.937	15	116.960	25	463.237
totale valore donazioni	63	776.733	47	626.881	50	651.671	52	458.183	60	1.087.075

Tabella 2: Donazioni.

2.2.3 Impatto culturale

Anche nel 2013 l'Azienda, dopo aver concluso negli anni precedenti i lavori per la conservazione e il restauro dell'importante patrimonio della biblioteca storica, si è attivata per permettere la consultazione dei testi contenuti.



Figura 27: Sala Colonne.

Nell'anno 2013 sono terminati i lavori di recupero dell'ex laboratorio di Igiene e Profilassi che diventerà sede del SERT. Il recupero è stato effettuato secondo i dettami della soprintendenza ai beni architettonici della Regione. Nella nuova sede, pur rispettando la bellezza e la storicità della struttura, l'Azienda UsI prestando grande attenzione all'accoglienza e al comfort dei pazienti.



Figura 28: ingresso dell'ex laboratorio di Igiene e Profilassi prima e dopo l'intervento di recupero.



Tra le iniziative volte alla valorizzazione dell'ambiente, possiamo annoverare come di consueto la manutenzione costante degli spazi verdi e la classificazione degli alberi, curati con grande attenzione e spirito di salvaguardia della memoria storica dei giardini.

L'Azienda, allo scopo di far conoscere il proprio patrimonio e rendere partecipe la cittadinanza ha promosso numerosi eventi, anche in collaborazione con altri Enti, in particolare ha organizzato visite guidate ai luoghi storici dell'Ospedale Guglielmo da Saliceto: Chiostri di Santa Maria di Campagna, Chiostri di Santa Vittoria nell'Ospedale Grande, Chiesa di San Giuseppe, Casa dell'Abate Commendatario, Biblioteca storica e corridoio monumentale;

Il 21 giugno, Festa Europea della Musica, l'azienda Usl ha organizzato, nella piazzetta del Polichirurgico dell'ospedale di Piacenza, l'esibizione del gruppo Klezband espressione di una tradizione musicale, prevalentemente strumentale, degli ebrei dell'Europa orientale. Il termine nato dalla fusione delle parole ebraiche kley e zemer, letteralmente strumenti musicali per il canto. Nella musica Kletzmer vivono il folklore e le tradizioni musicali di Polonia, Romania, Moldavia, Bulgaria, Russia, Ucraina, Turchia e Grecia.

La manifestazione era inserita in un percorso che ha messo per un giorno la musica al centro della vita delle città, cercando di coinvolgere tutti coloro che a diverso titolo fanno musica per offrire la loro arte a tutti i cittadini, con l'intento di portare la musica tra la gente e in quei luoghi dove normalmente non arriva per regalare a tutti, anche a coloro che vivono situazioni difficili, un momento di allegria e di spensieratezza.

In occasione del consueto incontro prenatalizio del Vescovo con gli operatori della sanità e le associazioni di volontariato l'Azienda ha organizzato un concerto delle "Voci bianche" del Coro Farnesiano in Sala Colonne;

Come negli anni precedenti, i professionisti dell'Azienda hanno animato diverse iniziative culturali all'interno del Festival del Diritto, manifestazione svolta nel mese di settembre e che nel 2013 aveva come tema conduttore "Le incertezze della democrazia"



Figura 29: locandina festival del diritto.

Gli argomenti portati all'attenzione del pubblico dai professionisti aziendali sono stati i seguenti:

- *"Che sogno?"*, a cura del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche;
- *"La perdita e la possibile ripresa del lavoro dopo la diagnosi e le cure per tumore. Studio sul territorio piacentino e confronto con la letteratura"*, a cura di Oncologia Medica



- “Dimmi quali diritti hai e ti dirò in quale società vivi”, a cura del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche;
- “*La salute oggi: nuovi diritti e nuovi doveri*”, a cura della Gastroenterologia ed Epatologia
- “*Anatomia della speranza*”, Dipartimento di Chirurgia Generale;
- “*Gioco d’azzardo: una trappola per troppi*”, a cura del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

2.2.4 Impatto ambientale

L’Energy Manager dell’Azienda ha partecipato ai lavori del Gruppo Regionale Energia ed ha risposto nei tempi previsti a tutte le richieste relative ai diversi debiti informativi, in particolare: dati tecnici e di consumo necessari per la fornitura di energia elettrica e gas metano attraverso le gare regionali effettuata da Intercent-ER, scheda tecnica relativa al monitoraggio dell’adozione delle politiche per l’uso razionale dell’energia, rendicontazione energetica dell’azienda. Tutte le informazioni sono state condivise con gli altri Energy Manager, , ivi comprese le azioni intraprese dall’Azienda USL di Piacenza in tema di uso razionale dell’energia e corretta gestione ambientale, anche attraverso l’apposito programma informatico AEM (Ambiente, Energia, Mobilità) predisposto da CUP 2000. E’ stato comunicato al Ministero dell’Industria, del Commercio e dell’Artigianato il nominativo del tecnico responsabile per la conservazione e l’uso razionale dell’energia ed i consumi globali di energia da fonte primaria dell’Azienda.

Da diversi anni l’Azienda USL di Piacenza presta particolare attenzione nei confronti delle questioni energetiche ed ambientali: è infatti dal 1996 che l’Ospedale di Piacenza si avvale di gruppi di cogenerazione e, grazie agli accordi in essere con il gestore dell’impianto, beneficia, ai sensi della nota (1) art.26 D.Lgs 504/95, delle agevolazioni sulle accise per il gas metano relativamente alle “caldaie di soccorso”. A marzo 2013 è entrato in funzione un impianto fotovoltaico installato sulla copertura del magazzino, di potenza pari a 172,80 KWp, che permette di accedere agli incentivi del IV conto energia. L’Azienda USL di Piacenza utilizza fonti rinnovabili a copertura di circa il 20% dell’intero fabbisogno di energia elettrica (4.250,80 MWh attraverso i gruppi di cogenerazione e 98.418 kWh attraverso l’impianto fotovoltaico).

Nel corso del 2013 la Sede Territoriale del Distretto di Piacenza (struttura di Barriera Milano 2) è stata collegata alla rete cittadina del teleriscaldamento. Infine presso l’ospedale di Piacenza è iniziata nell’anno 2013 l’installazione di apparecchi di illuminazione con tecnologia LED in sostituzione di altri aventi minor efficienza luminosa.

Con l’obiettivo di contenere i consumi energetici nelle varie strutture inoltre:

- è proseguito il piano di sostituzione di refrigeratori d’acqua per il condizionamento estivo di vecchia generazione con altri aventi COP più elevati;
- è proseguita l’installazione di inverter su motori elettrici di Unità di Trattamento Aria e di pompe di circolazione;
- sono stati ottimizzati i tempi di funzionamento degli impianti di condizionamento;



- si prosegue nel monitoraggio delle temperature estive ed invernali;
- mensilmente sono monitorati i consumi di energia elettrica e di combustibile per riscaldamento ed intraprese le opportune azioni correttive ove si siano rilevati scostamenti rispetto a quanto previsto;

Tutte le azioni citate hanno permesso una riduzione dei consumi di energia primaria pari a 2,42% rispetto all'anno 2012.

Nell'ambito delle azioni mirate a perseguire gli obiettivi aziendali in campo energetico ed ambientale, vale la pena di illustrare anche le azioni legate al miglioramento della mobilità, condotte in stretta collaborazione con gli uffici regionali preposti.

In particolare il Mobility Manager aziendale ha partecipato ai lavori del Gruppo Regionale Mobilità nelle strutture sanitarie, finalizzato alla realizzazione di un percorso unitario tra le diverse aziende nel campo del miglioramento della mobilità sostenibile, fornendo informazioni necessarie all'aggiornamento della mappatura delle necessità di mobilità nei territori, e rendicontando le azioni intraprese dall'Azienda in tema di uso razionale dei mezzi di trasporto aziendali e dei mezzi privati. Il gruppo ha lavorato anche alla predisposizione delle linee guida necessarie per l'aggiornamento del Piano degli Spostamenti Casa Lavoro con analoghe caratteristiche a livello regionale, e alla predisposizione di un Progetto di cofinanziamento europeo per l'acquisizione di autoveicoli elettrici a zero emissioni per l'utilizzo da parte dei dipendenti in servizio nelle aree urbane.

Proseguendo le azioni iniziate negli anni precedenti, anche nel corso del 2013 sono stati privilegiati acquisti di nuovi autoveicoli a minor impatto ambientale alimentate a gas metano e a gas di petrolio da assegnare nelle aree rifornite con questi carburanti. Analoghi acquisti si prevedono per il 2014 sempre con il particolare intento di ridurre le spese di gestione ed i consumi e di concretizzare le best-practices per privilegiare l'uso dei mezzi con minore impatto ambientale nei principali centri abitati in cui si opera.

Inoltre, il mobility manager ha partecipato alla preparazione e supportato il Centro di Medicina dello Sport aziendale nella campagna d'informazione e sensibilizzazione per la promozione dell'uso delle scale, collaborando anche con diverse amministrazioni comunali della Provincia.

Infine sono monitorate le necessità segnalate dai dipendenti nell'ambito del trasporto pubblico locale, proponendo se del caso migliorie all'agenzia e alle aziende di trasporto pubblico.

2.3 Livelli essenziali di assistenza

2.3.1 Costi

Nel 2012 il costo pro capite ponderato è stato nuovamente al di sotto della media regionale, ormai da due anni in maniera anche significativa, consolidando così in modo strutturale l'obiettivo di riallineamento che l'azienda ha perseguito fin dal 2002. Per l'analisi dei risultati economici e finanziari aziendali si veda il precedente paragrafo 2.1, pag. 13.

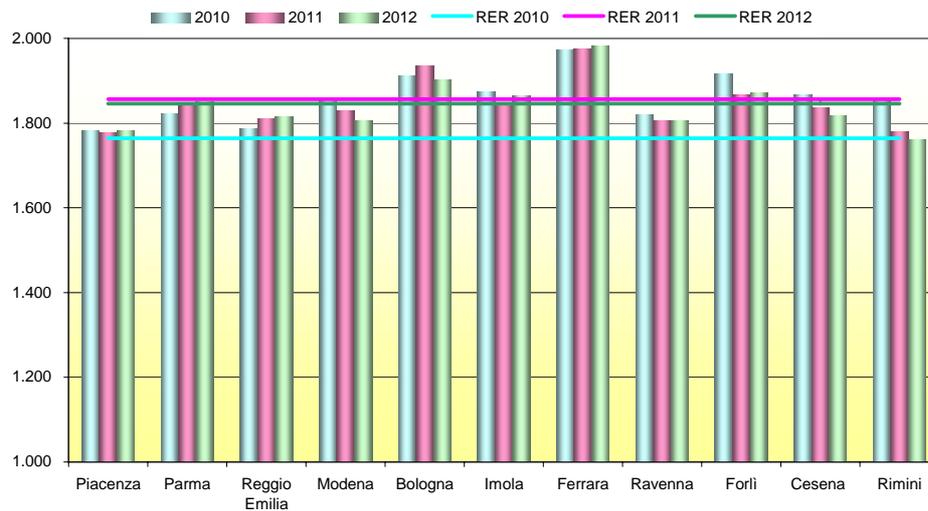


Figura 30: Costo pro capite ponderato.

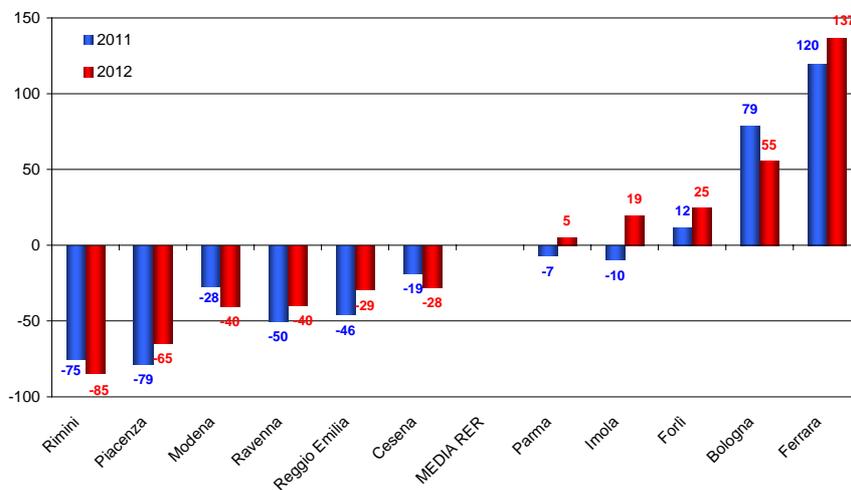


Figura 31: Costo pro capite ponderato – scostamento dalla media regionale.

I *ricavi pro capite* sono illustrati nella successiva Figura 32, e mostrano un finanziamento all'Ausl di Piacenza in termini assoluti superiore alla media regionale, ma il finanziamento pro capite ponderato, che tiene cioè conto della struttura per età della popolazione residente è ovviamente sostanzialmente allineato tra tutte le diverse realtà (vedi Figura 33).

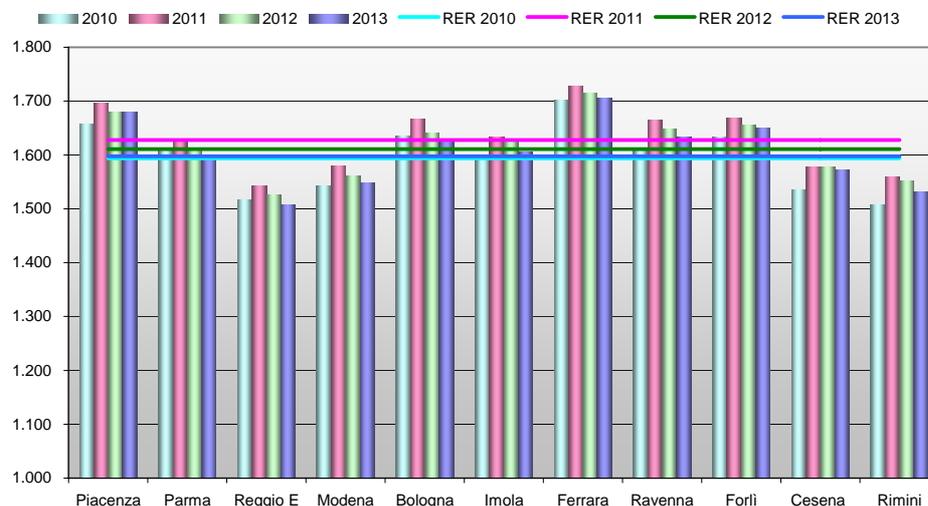


Figura 32: Finanziamento pro capite.

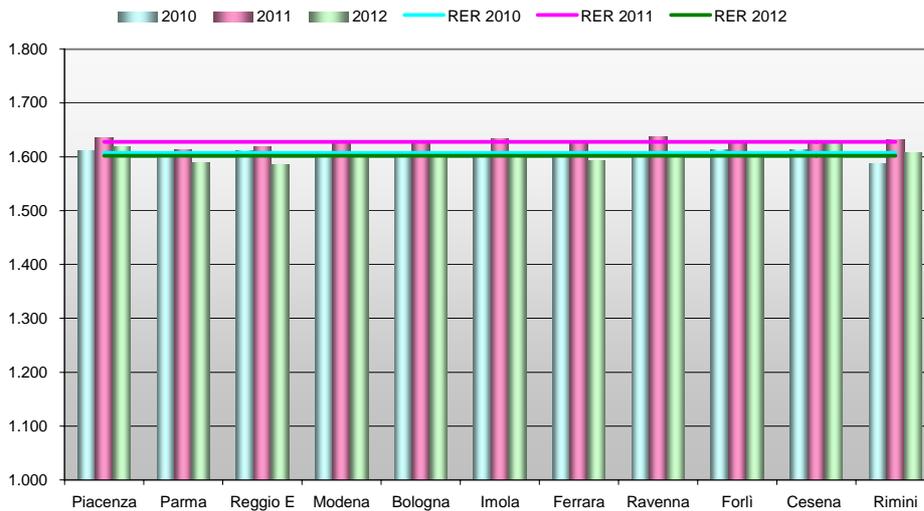


Figura 33: Finanziamento pro capite ponderato.

Sono ad oggi disponibili anche alcuni dati di confronto relativi al 2013, come ad esempio i costi e ricavi complessivi, che non erano disponibili alla data della stesura della relazione al bilancio di esercizio.

Le figure che seguono rappresentano l'andamento di costi e ricavi in valore assoluto negli ultimi sette anni, confrontando il risultato dell'Asl di Piacenza con quello delle altre aziende della regione che non hanno un'Azienda Ospedaliera sul territorio di riferimento. Ancora una volta è subito evidente come sia i costi che i ricavi abbiano subito nel 2013 una diminuzione, sia a livello regionale che in quasi tutte le aziende.

Complessivamente le azioni di governo dei costi hanno permesso di mantenere un trend di crescita dei costi inferiore a quello delle aziende della stessa tipologia di oltre il 6%. La crescita dei costi negli ultimi sette anni a Piacenza è stata la più bassa della Regione (vedi Figura 34).

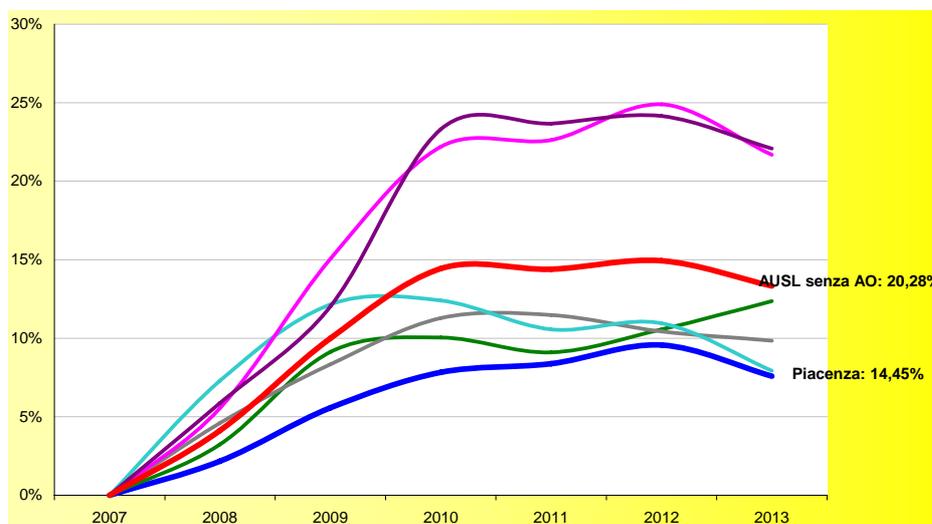


Figura 34: Trend di crescita dei costi.



Anche se si analizza il trend dei ricavi complessivi (anche in questo caso è disponibile il dato 2013), si evidenzia come Piacenza presenti l'incremento complessivo più basso dal 2007 a oggi a livello regionale, inferiore alla media delle aziende della stessa tipologia di circa il 4%, anche grazie ai risultati ottenuti in termini di governo dei costi (vedi Figura 35).

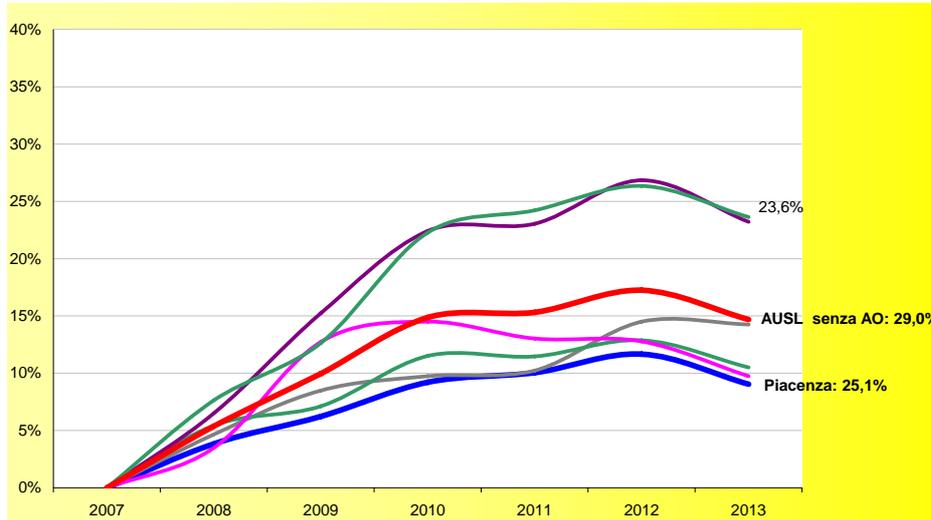


Figura 35: Trend di crescita dei ricavi.

Le successive figure mostrano il costo pro capite ponderato per livello di assistenza, aggiornato 2012. Per quanto riguarda la *Sanità pubblica* (vedi Figura 36), il dato è in ulteriore riduzione (53.9 euro procapite, contro i 54,6 dell'anno precedente), e per il secondo anno consecutivo al di sotto della media regionale, pari a 56,7. L'obiettivo di riallineamento con la media regionale si può quindi considerare raggiunto e superato (vedi Figura 37).

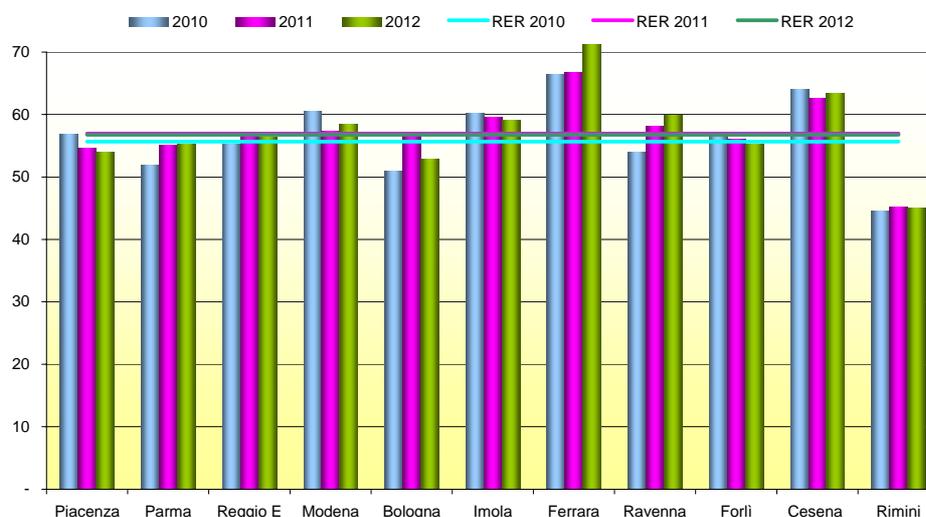


Figura 36: Costo pro capite Sanità pubblica.

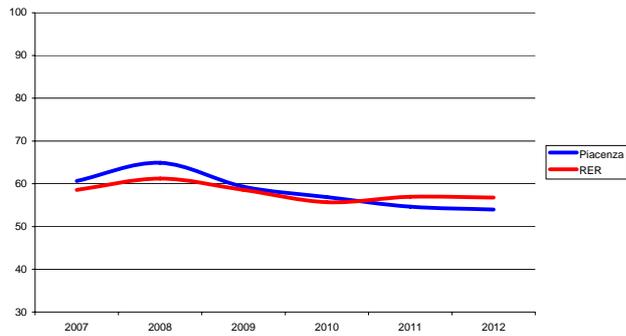


Figura 37: Trend costo pro capite Sanità pubblica.

In relazione all'assistenza territoriale, la spesa pro capite è inferiore alla media regionale fin dal 2010 (vedi Figura 38 e Figura 39).

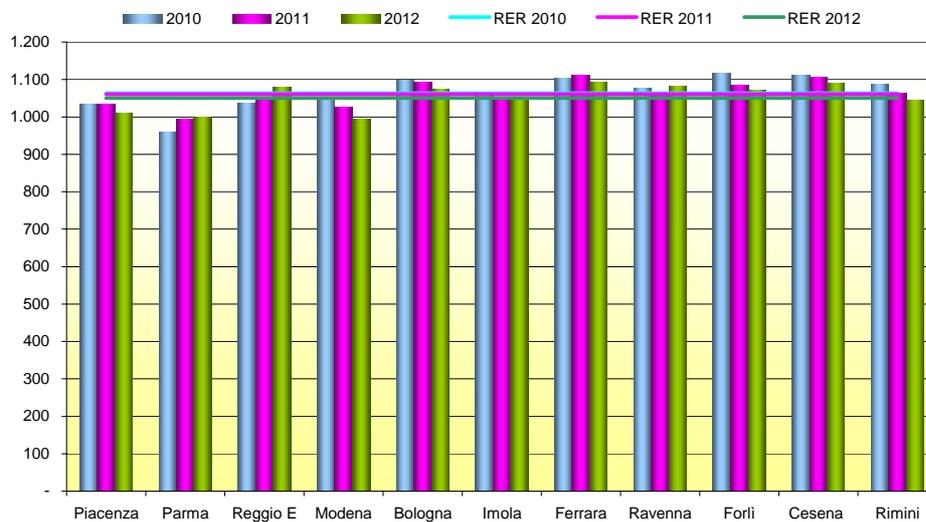


Figura 38: Costo pro capite assistenza territoriale.

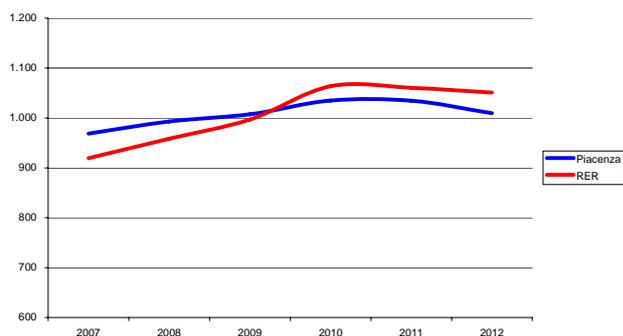


Figura 39: Trend costo pro capite assistenza territoriale.

Quanto infine all'assistenza ospedaliera, la popolazione di questa Provincia presenta tassi di ospedalizzazione ancora lievemente maggiori di quelli regionali, (per gli approfondimenti sull'assistenza ospedaliera vedi oltre, par. 2.3.4 e più in particolare la Figura 181 a pag. 76), in gran parte dovuti ai ricoveri in day hospital, soprattutto in mobilità. I risultati in termini di recupero rispetto alle medie regionali sono molto positivi su questo livello di assistenza: in particolare dal



2008 il dato è stabilmente al di sotto della media regionale (vedi Figura 40 e Figura 41). Nel 2012 il costo è in crescita, pur rimanendo inferiore alla media di circa il 2% (722 euro contro 738).

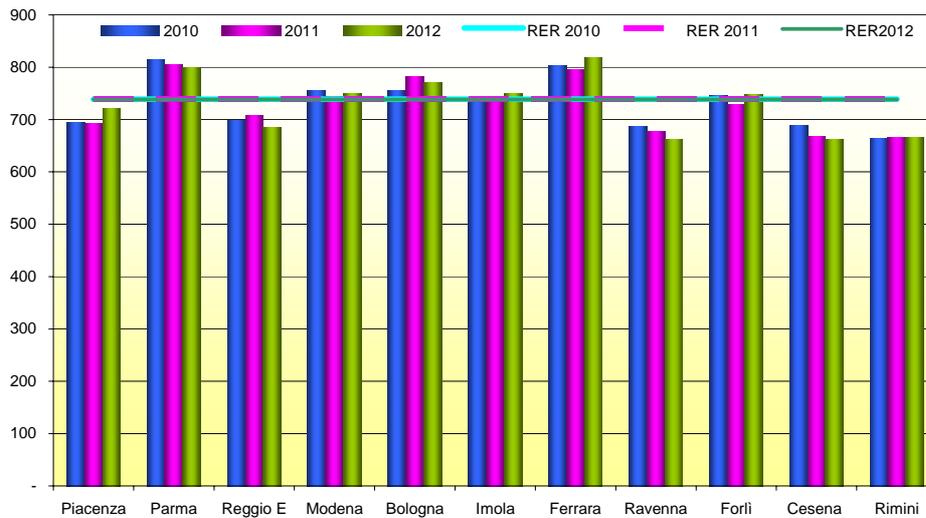


Figura 40: Costo pro capite assistenza ospedaliera.

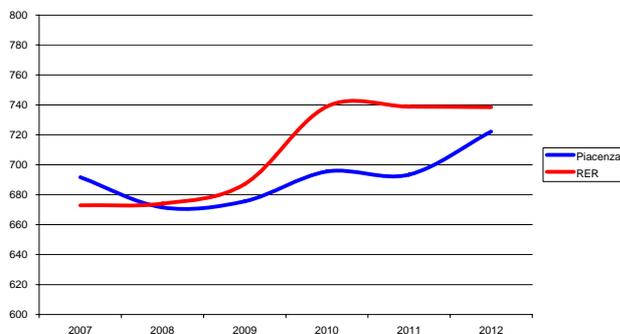


Figura 41: Trend costo pro capite assistenza ospedaliera.

Confrontando insieme il posizionamento dell'Azienda in relazione ai costi pro capite ospedalieri e territoriali nel complesso (sanità pubblica e assistenza distrettuale), sono ormai consolidati i risultati dell'azienda nel governo dei costi: solo l'Asl di Rimini oltre a Piacenza presenta costi decisamente inferiori alle medie regionali in entrambi i livelli di assistenza (vedi Figura 42).

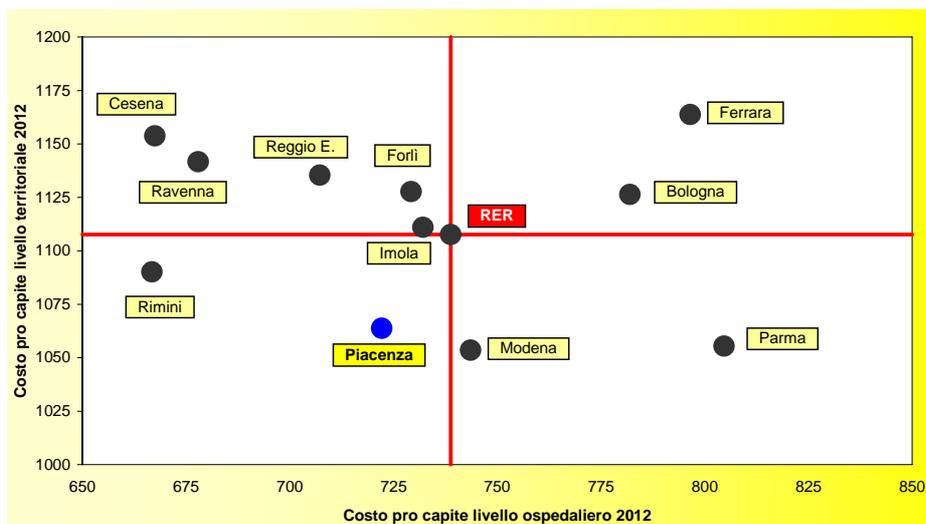


Figura 42: Costo pro capite assistenza ospedaliera e territoriale.



2.3.2 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Riguardo ai controlli sugli ambienti di lavoro, a fine 2008 sono state unificate a livello nazionale le modalità di calcolo degli indicatori di attività e gli obiettivi sono stati rideterminati come illustrato nella successiva Figura 43. Il nuovo obiettivo è stato raggiunto fin dal primo anno. L'azienda riconferma valori superiori alla media regionale in relazione alla percentuale di unità controllate (vedi Figura 43), raggiungendo nel 2013 il valore più alto a livello regionale (11,9% rispetto al 10,3% medio regionale), a fronte del valore più basso di infrazioni rilevate in rapporto ai controlli effettuati (vedi Figura 44). Il numero complessivo delle Unità controllate è passato da circa 800 nel 2005 a oltre 1.500 nel 2013, confermando l'attenzione al comparto metalmeccanico, edile e dell'agricoltura.

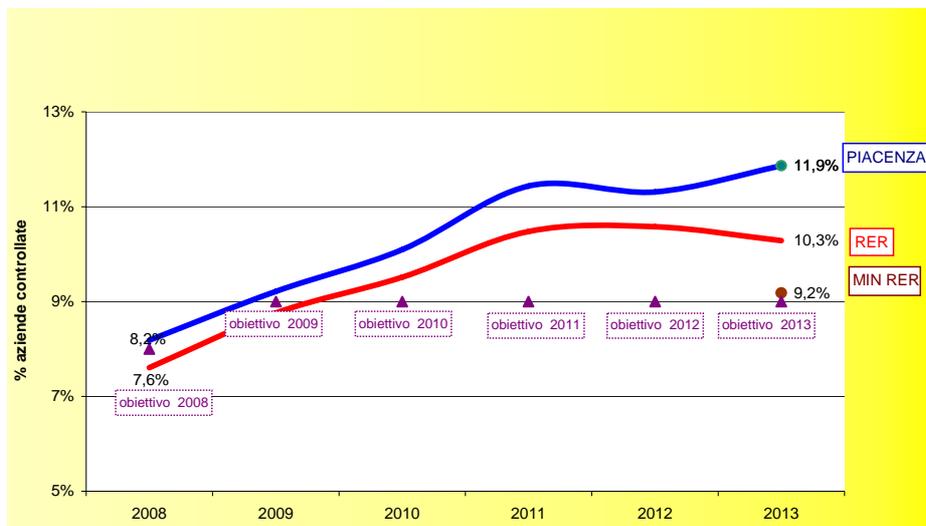


Figura 43: % di unità locali controllate.

Un altro importante indicatore di risultato è rappresentato dall'indice di conformità, ovvero la percentuale di prescrizioni cui le aziende hanno ottemperato (vedi Figura 45), a garanzia sia di correttezza degli interventi eseguiti dai professionisti che soprattutto di rimozione dei rischi e di conseguenza maggiore sicurezza dei lavoratori coinvolti: nel 2013 in provincia di Piacenza l'indice è in linea con la media regionale.

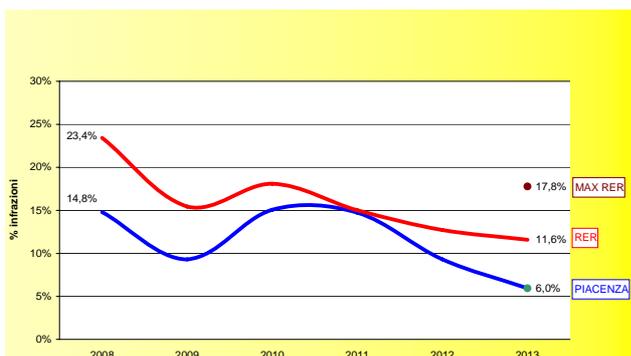


Figura 44: % di infrazioni.

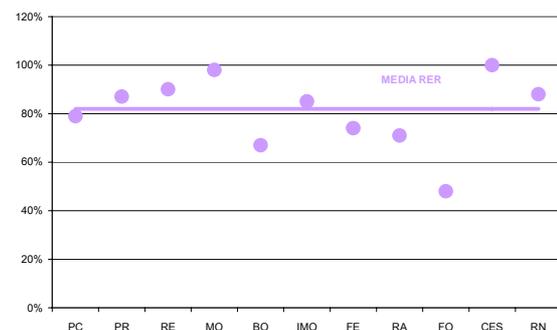


Figura 45: indice di conformità alle prescrizioni.



La percentuale di sopralluoghi sugli allevamenti presentava nel 2002 l'indicatore più basso a livello regionale; nel tempo sono stati raggiunti risultati in linea con la media regionale, anche se con andamenti a volte variabili nel tempo (vedi Figura 46).

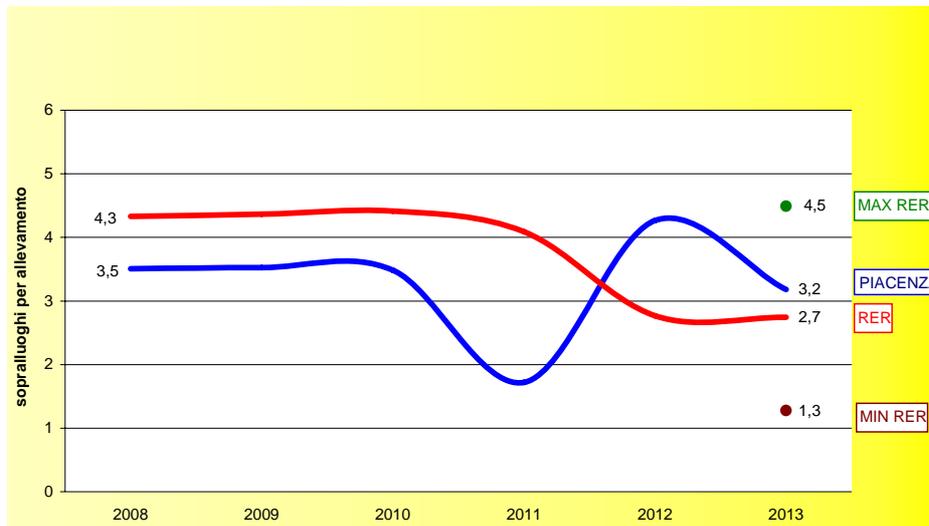


Figura 46: Sopralluoghi sugli allevamenti censiti.

In relazione alle aziende di ristorazione e alle aziende alimentari, l'andamento degli indicatori relativi a controlli e infrazioni, variabile nel tempo, è illustrato nelle figure seguenti (vedi da Figura 47 a Figura 50).

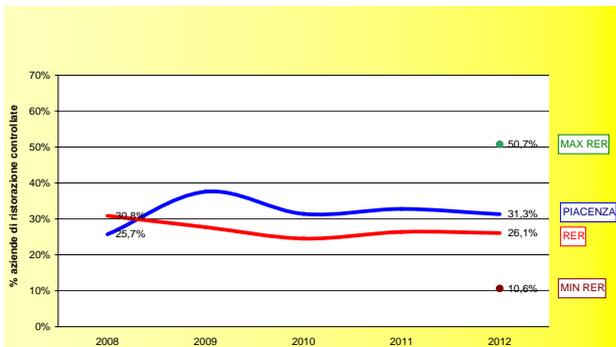


Figura 47: % di aziende di ristorazione controllate.

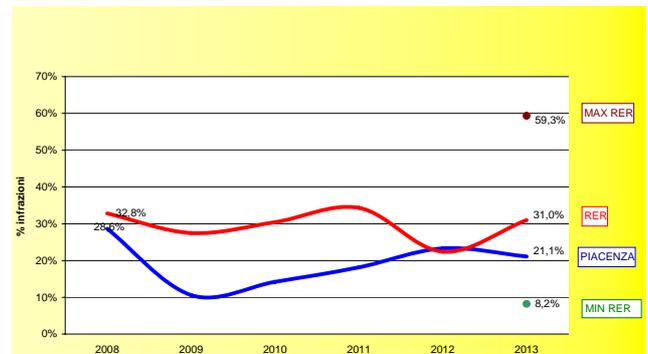


Figura 48: % di infrazioni.

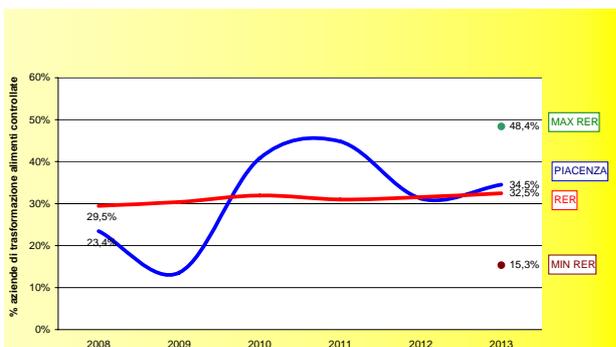


Figura 49: % di aziende alimentari controllate.

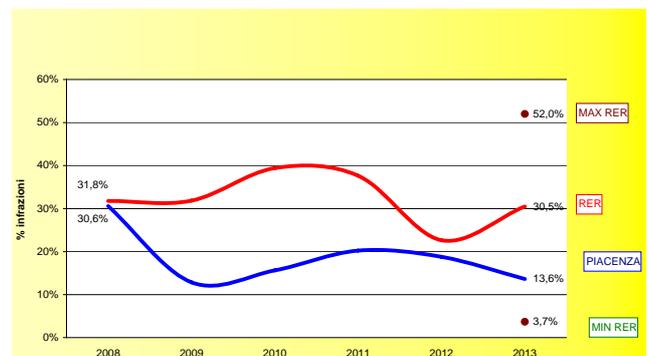


Figura 50: % di infrazioni.



I risultati di progressione delle chiamate e di adesione ai tre programmi di *screening*, con l'indicazione dei valori soglia e desiderabili, sono illustrati nelle figure che seguono. I dati dello screening mammografico sono suddivisi per fascia di età (l'estensione alle classi di età 45-49 e 70-74 è attiva dal 2010).

In relazione all'avanzamento dei diversi programmi (vedi da Figura 51 a Figura 55), nel 2012 Piacenza presenta dati in linea con la media regionale, con scostamenti di qualche punto percentuale.

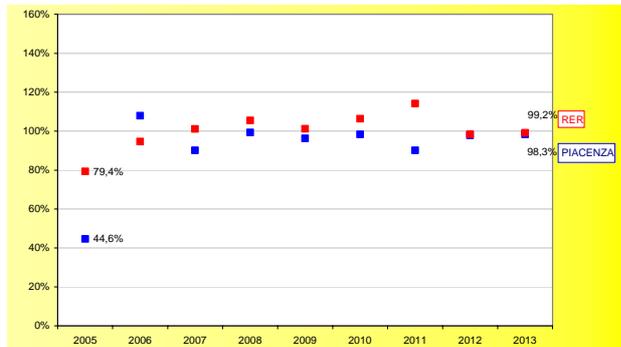


Figura 51: avanzamento programma screening citologico.

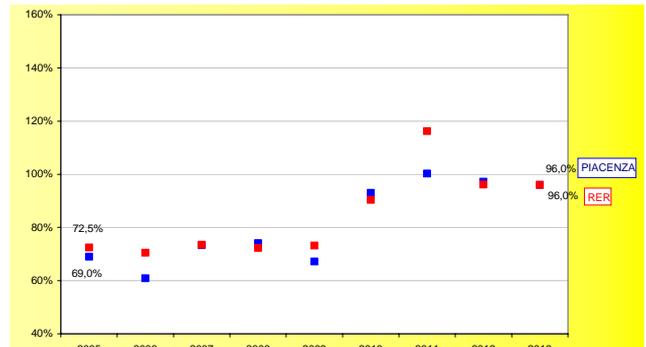


Figura 52: avanzamento progr. screening mammografico (50-69).

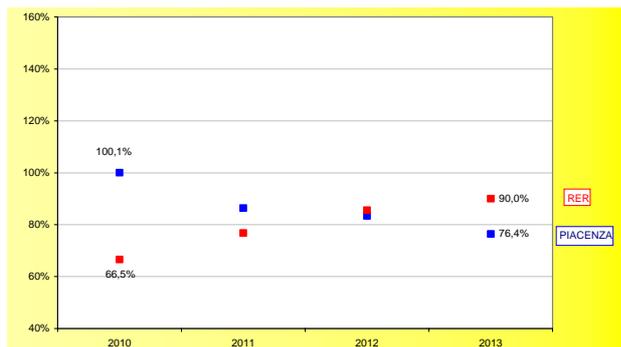


Figura 53: avanzamento progr. screening mammografico (45-49).

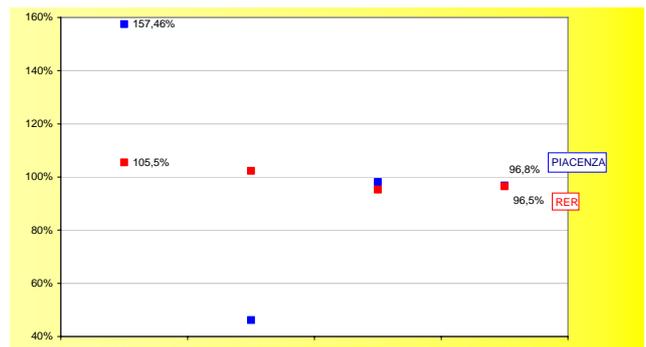


Figura 54: avanzamento progr. screening mammografico (70-74).

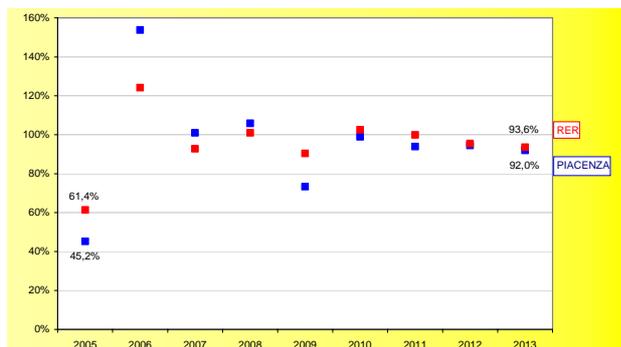


Figura 55: avanzamento programma screening colon retto.

I dati di adesione 2013 sono stati, seppure tutti superiori ai valori soglia richiesti, mediamente inferiori alla media regionale e presentano andamenti variabili negli anni (vedi da Figura 56 a Figura 60).

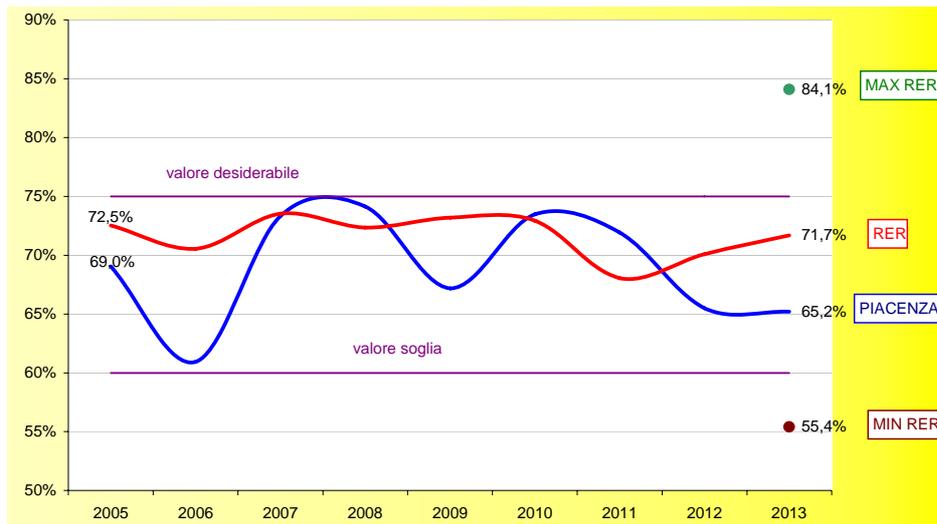


Figura 56: Adesione allo screening mammografico (età 50-69).

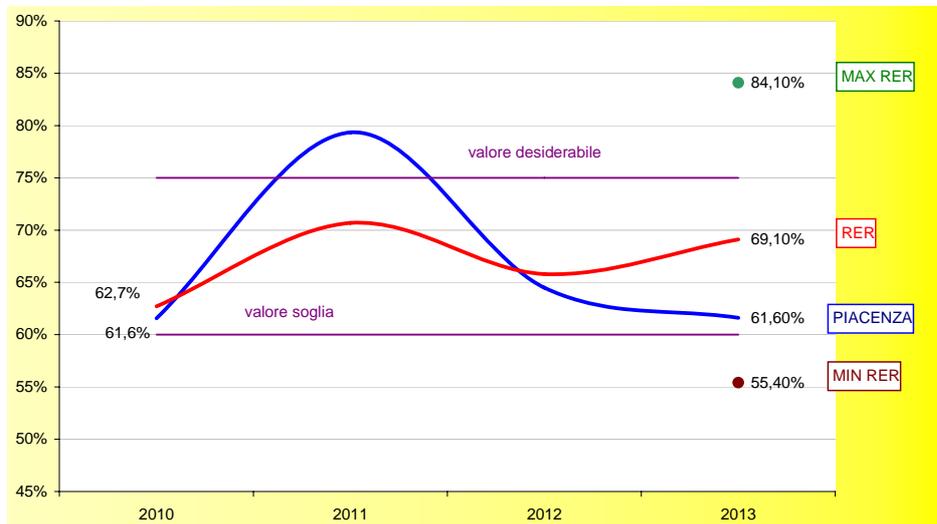


Figura 57: Adesione allo screening mammografico (età 45-49).

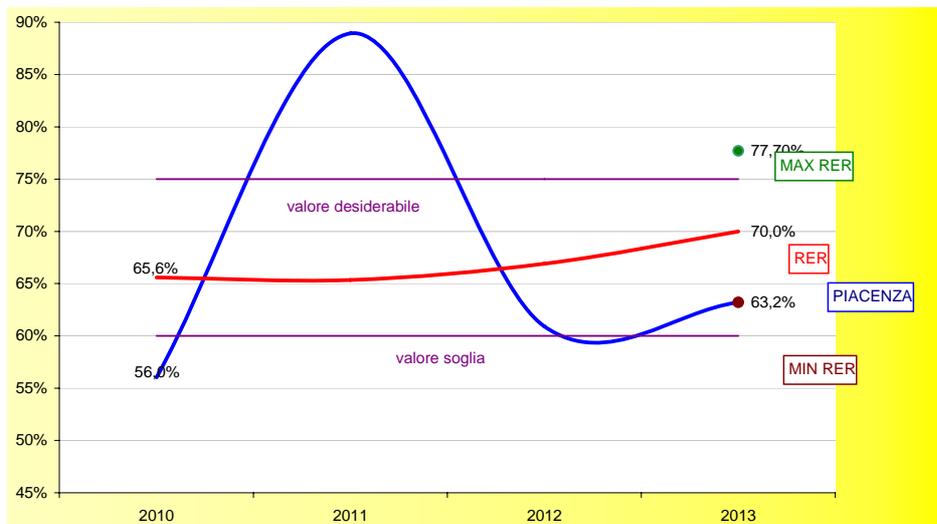


Figura 58: Adesione allo screening mammografico (età 70-74).

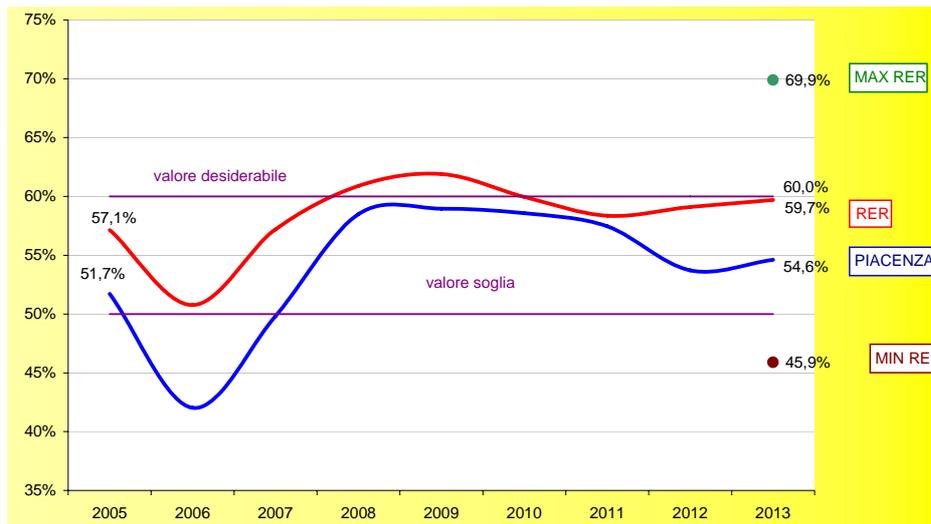


Figura 59: Adesione allo screening citologico.

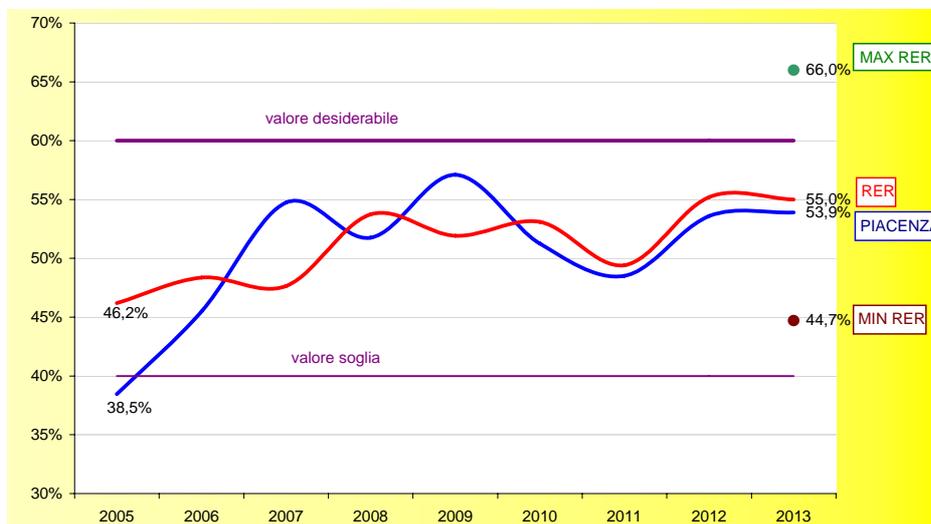


Figura 60: Adesione screening colon retto.

In relazione alla vaccinazione antinfluenzale della popolazione anziana, dal 2012 si è assistito ad un calo generalizzato a livello regionale (vedi Figura 61), dopo la ripresa della stagione 2011, che a sua volta seguiva il calo generalizzato del 2010. Il dato piacentino è superiore di circa due punti percentuali alla media regionale. La copertura del personale di assistenza è in ulteriore calo in tutta la regione (vedi Figura 62) e il dato piacentino è sovrapponibile alla media regionale.

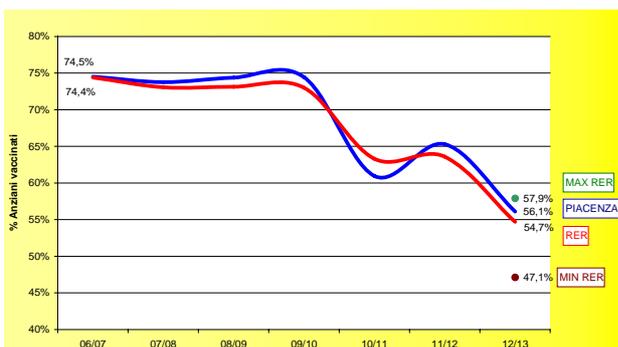


Figura 61: % anziani vaccinati contro l'influenza.

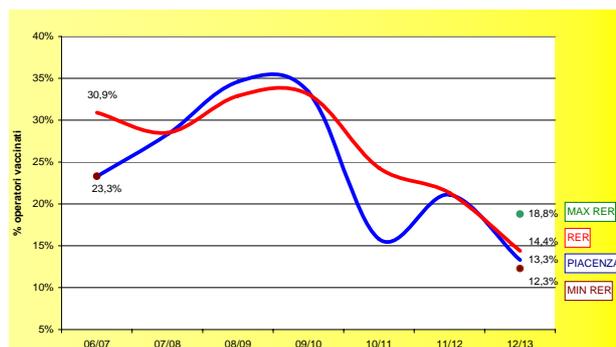


Figura 62: % operatori vaccinati contro l'influenza.



Le coperture vaccinali per l'infanzia sono state mantenute nel 2012, dopo il leggero calo del 2011, sia per le vaccinazioni obbligatorie che quelle consigliate (vedi dalla Figura 63 alla Figura 66). Le percentuali di copertura sono sempre superiori alla media regionale.

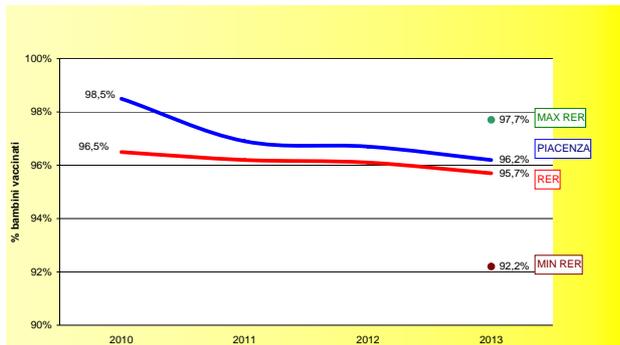


Figura 63: copertura vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi.

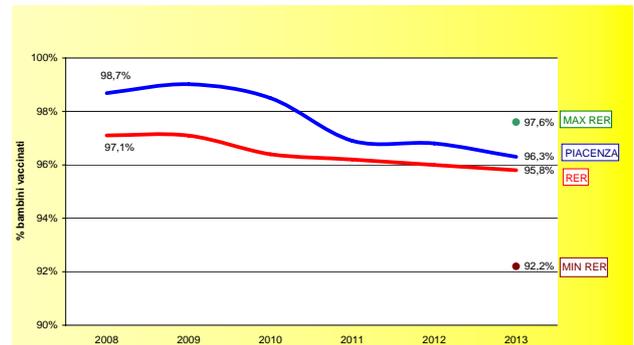


Figura 64: % bambini vaccinati contro la pertosse a 24 mesi.

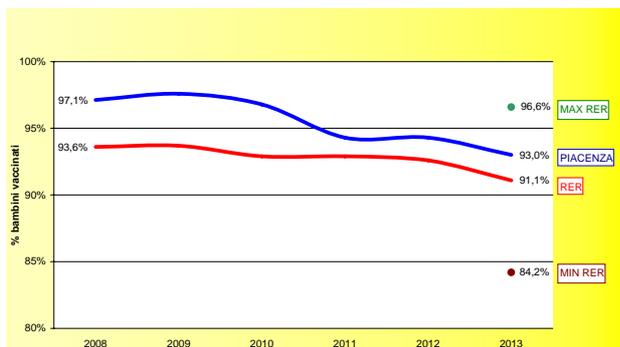


Figura 65: % bambini vaccinati contro il morbillo a 24 mesi.

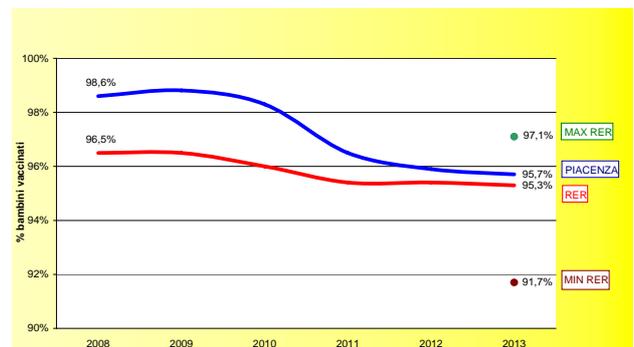


Figura 66: % bambini vaccinati contro la meningite a 24 mesi.

A livello distrettuale i dati relativi sia alla copertura per le vaccinazioni obbligatorie che alla vaccinazione contro il morbillo a 24 mesi (vedi Figura 67 e Figura 68) sono, anche nel 2013, praticamente sovrapponibili in tutti i distretti.

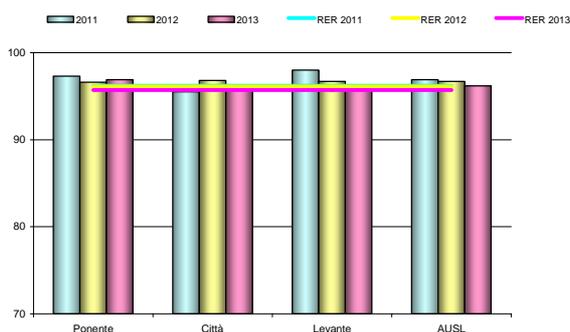


Figura 67: copertura vaccinazioni obbligatorie 24 mesi per distretto.

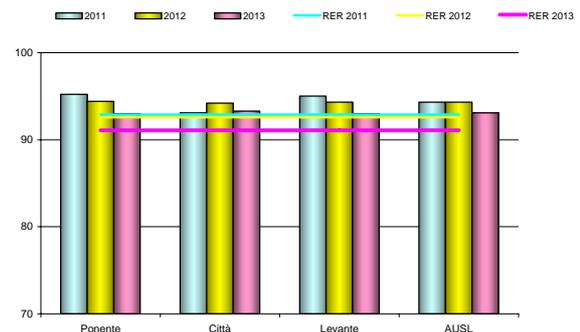


Figura 68: % bambini vaccinati contro il morbillo per distretto.

E' ormai consolidata la disponibilità dei dati di confronto a livello regionale sulle vaccinazioni antipneumococcica (vedi Figura 69) e antimeningococcica (vedi Figura 70 e Figura 71) per le coorti di riferimento. I risultati sono positivi, e vedono l'azienda di Piacenza vaccinare una percentuale di popolazione superiore o sovrapponibile alla media regionale.

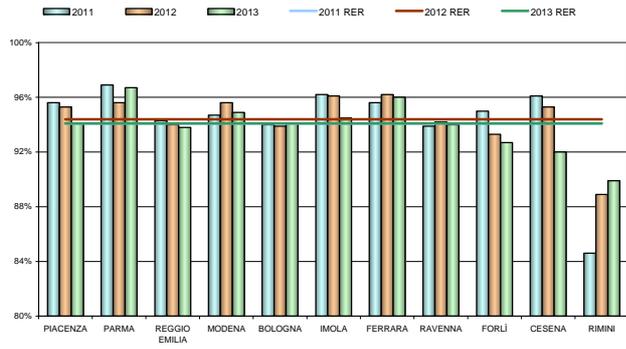


Figura 69: Vaccinazioni antipneumococco.

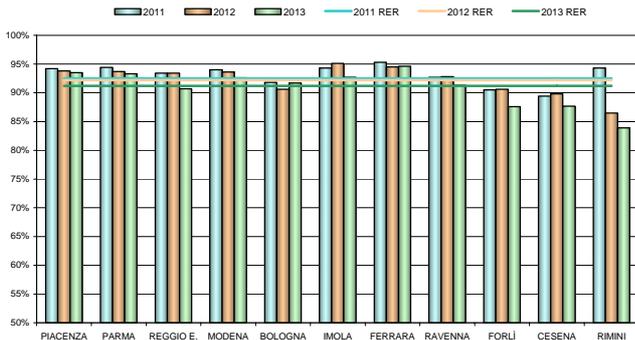


Figura 70: Vaccinazioni antimeningococco a 24 mesi.

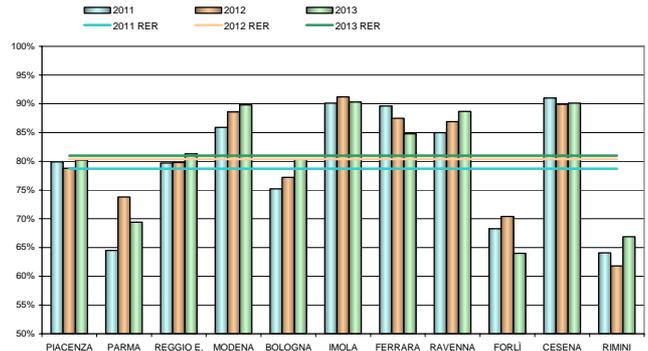


Figura 71: Vaccinazioni antimeningococco a 16 anni.

Le attività del programma di vaccinazione anti HPV sono state consolidate su tutto il territorio aziendale e su tutte delle coorti target della campagna, sia su chiamata che a richiesta. La percentuale di adesione delle coorti interessate alla vaccinazione con offerta gratuita è riportata nelle successive figure (Figura 72 e Figura 73: prima dose, Figura 74 e Figura 75: tre dosi).

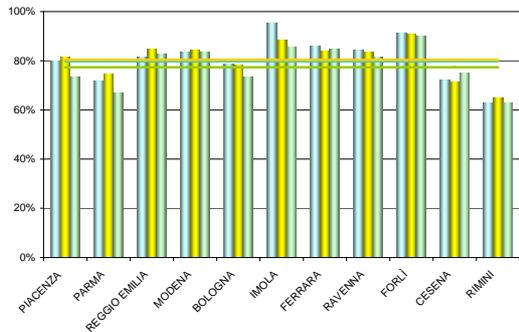


Figura 72: Vaccinazioni HPV (prima dose) - 1.

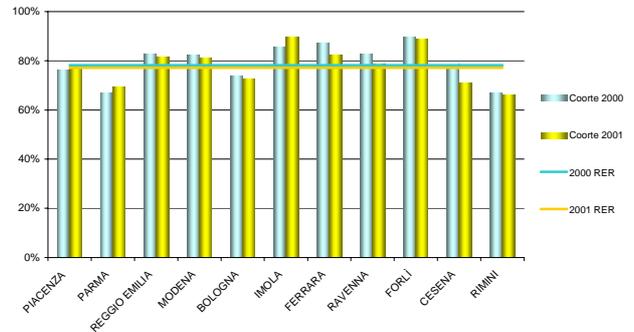


Figura 73: Vaccinazioni HPV (prima dose) - 2.

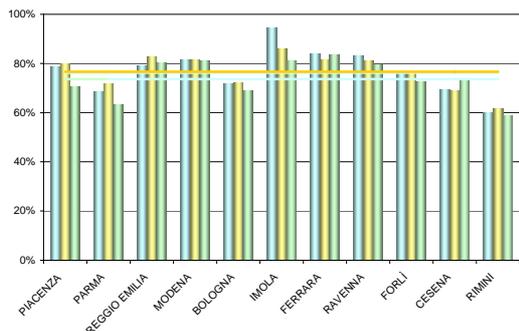


Figura 74: Vaccinazioni HPV (tre dosi). - 1

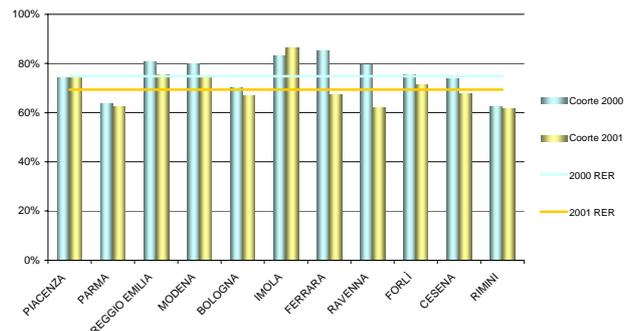


Figura 75: Vaccinazioni HPV (tre dosi). - 2



Disaggregando per distretto (vedi Figura 76), in particolare in relazione alla coorte 2001, il in tutti i distretti presentano una copertura superiore alla media regionale.

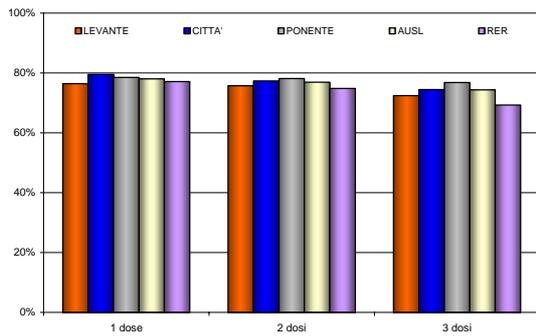


Figura 76: Vaccinazioni HPV per distretto coorte 2001.

2.3.3 Assistenza distrettuale

Le mappe che illustrano la distribuzione delle sedi erogative nel territorio della Provincia sono riportate in Appendice 2 (vedi da Figura 321, da pag. XXXV).

L'assistenza domiciliare è erogata, in provincia di Piacenza, in misura percentualmente superiore al dato regionale nella classe di età ultranovantenni, mentre nelle altre classi di età le percentuali sono molto simili a quelle medie regionali (vedi Figura 77 e Figura 78).

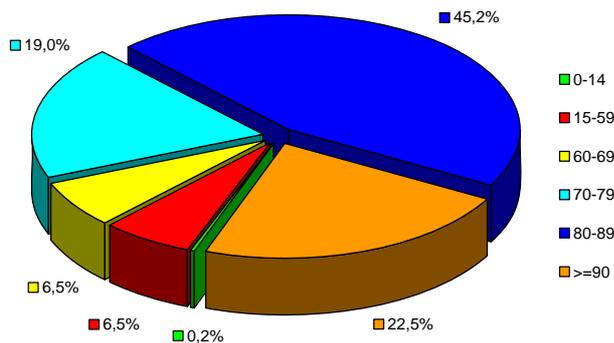


Figura 77: Composizione per età PC.

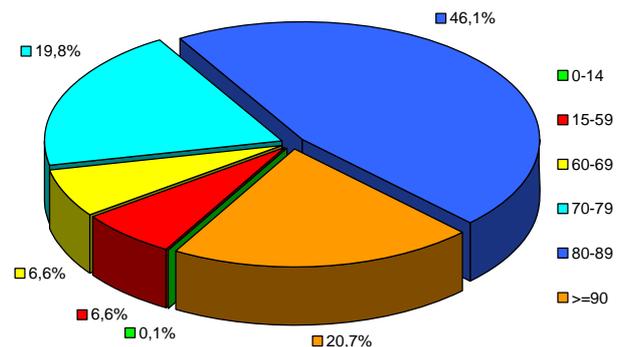


Figura 78: Composizione per età RER.

La successiva Figura 79 mostra lo stesso dato relativo agli ultimi tre anni.

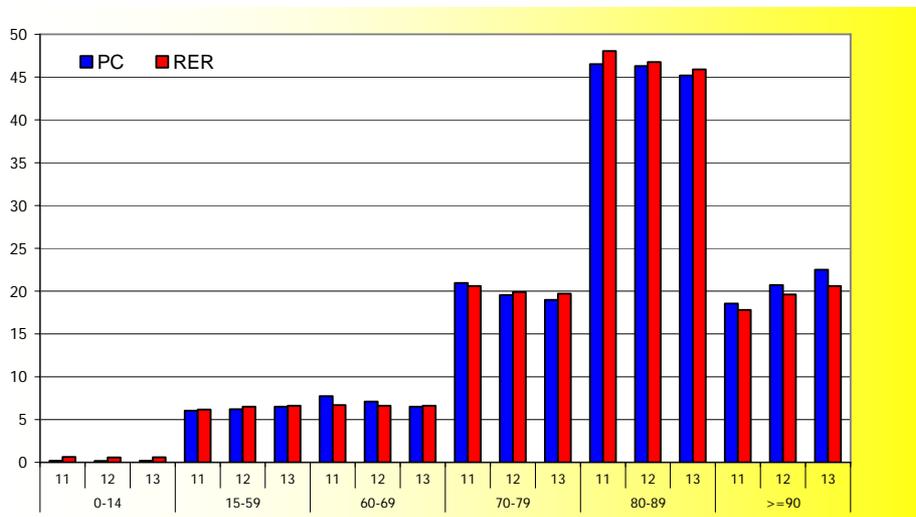


Figura 79: Assistenza domiciliare, composizione per età ultimo triennio.



La successive figure mostrano invece i dati assoluti di attività dell'ultimo triennio in termini di pazienti seguiti (vedi Figura 80) e prestazioni erogate (vedi Figura 81) in assistenza domiciliare, erogata ai residenti dei diversi distretti per intensità: Assistenza domiciliare programmata (ADP) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di primo, secondo e terzo livello. In ADI sono state assistite, nel 2013, oltre 500 persone e in ADP più di 1.700.

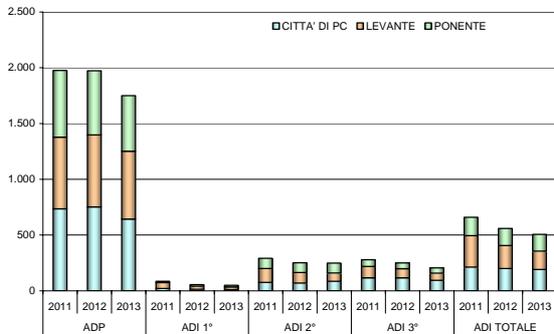


Figura 80: Assistenza domiciliare, pazienti assistiti.

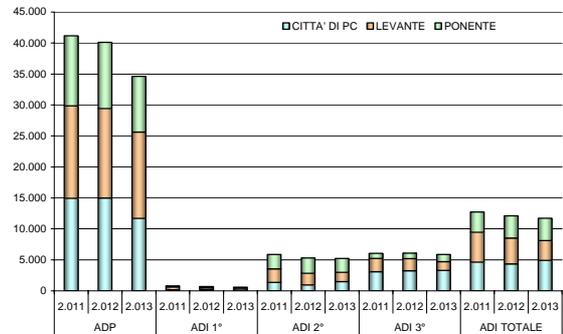


Figura 81: Assistenza domiciliare, prestazioni erogate.

Le successive figure mostrano la disaggregazione dell'assistenza domiciliare per tipologia, prima in confronto con la media regionale (vedi Figura 82 e Figura 83), poi per distretto (vedi Figura 84). In confronto alla media regionale, in provincia di Piacenza è maggiormente presente l'assistenza sociosanitaria, mentre a livello distrettuale l'assistenza domiciliare medica è percentualmente più presente a Ponente, quella infermieristica in città e quella sociosanitaria a Levante (vedi Figura 84).

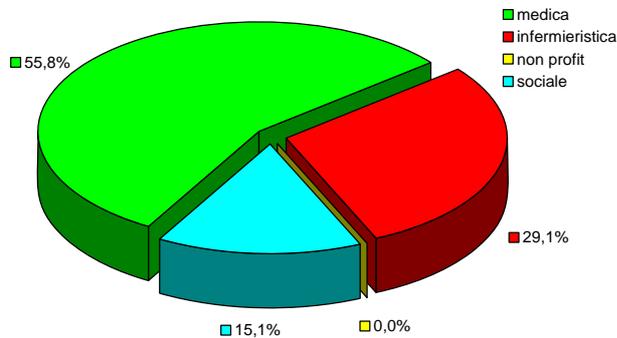


Figura 82: Composizione per tipologia PC.

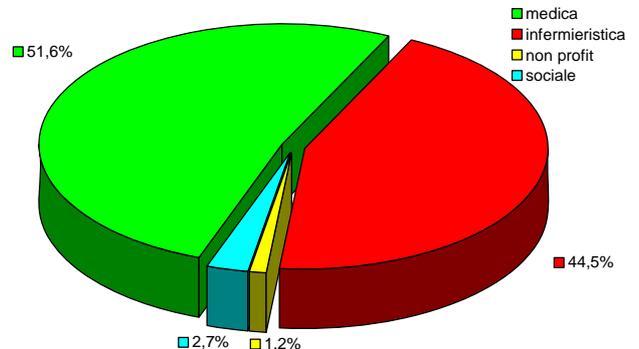


Figura 83: Composizione per tipologia RER.

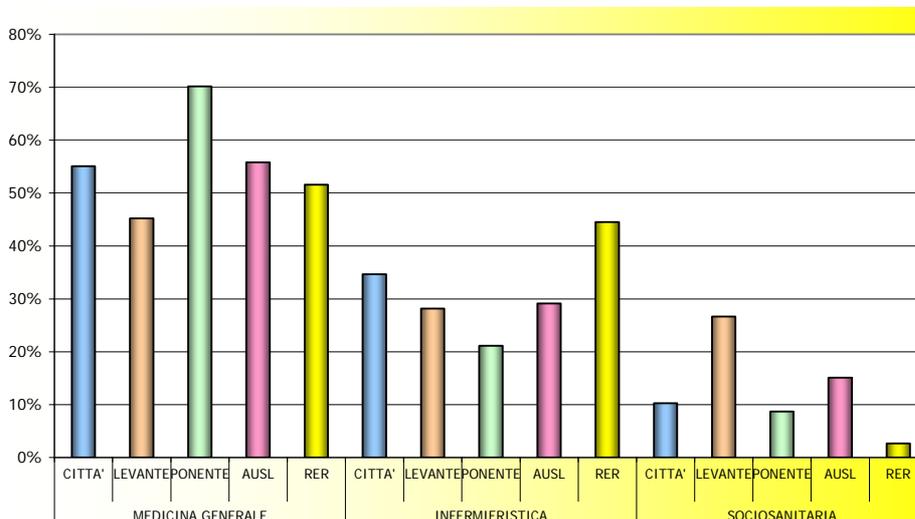


Figura 84: Composizione assistenza domiciliare per tipologia e distretto.



Il tasso specifico per classi di età per mille residenti, disaggregato per distretto e complessivo di azienda, è rappresentato nella successiva Figura 85.

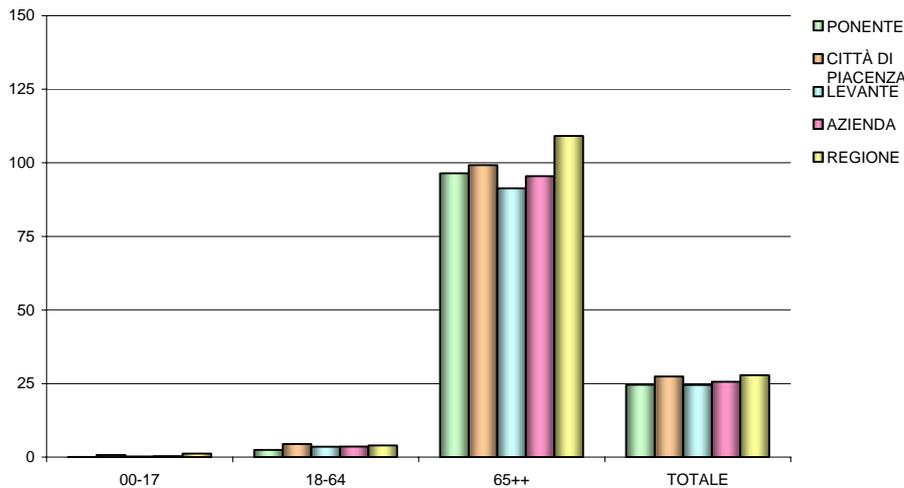


Figura 85: Tassi specifici per età e distretto.

La successiva Figura 86 evidenzia l'andamento degli ultimi tre anni del tasso complessivo, disaggregato per distretto, e confrontato con la media aziendale e regionale.

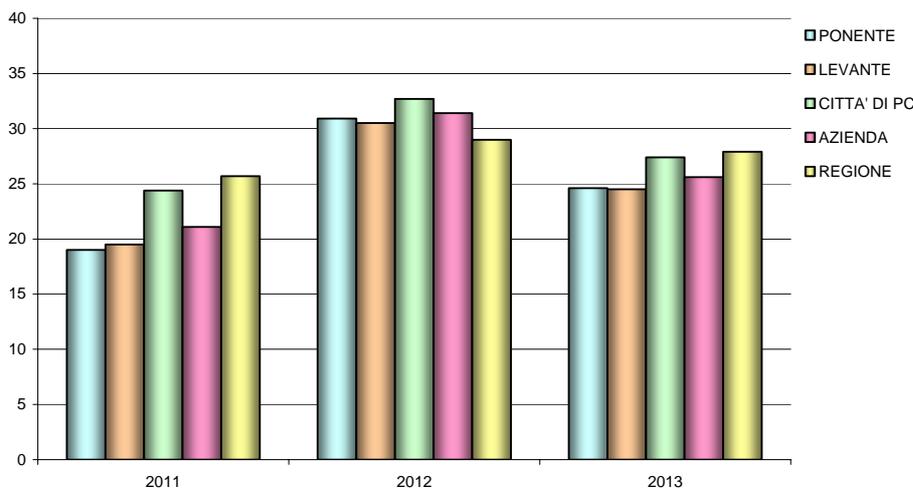


Figura 86: Tasso specifico complessivo per distretto.

L'*hospice* di Borgonovo, che ha avviato la propria attività nel novembre 2005, ha raggiunto nel 2006 un tasso di occupazione medio intorno al 70%, che è poi sempre compreso tra l'80% e il 90% negli anni successivi (vedi Figura 87). Nel 2013 il tasso di occupazione è stato del 90%.

Dalla seconda metà del 2011 la rete provinciale si è completata con l'avvio dell'*hospice* di Piacenza, che ha fin da subito evidenziato tassi di occupazione superiori all'80%, per assestarsi quasi al 90% già nel 2012 (vedi Figura 88). Nel 2013 il tasso di occupazione è stato del 93%.

La successiva Figura 89 mostra l'andamento dell'indice di occupazione settimanale delle due strutture, nel 2013 sovrapponibili.

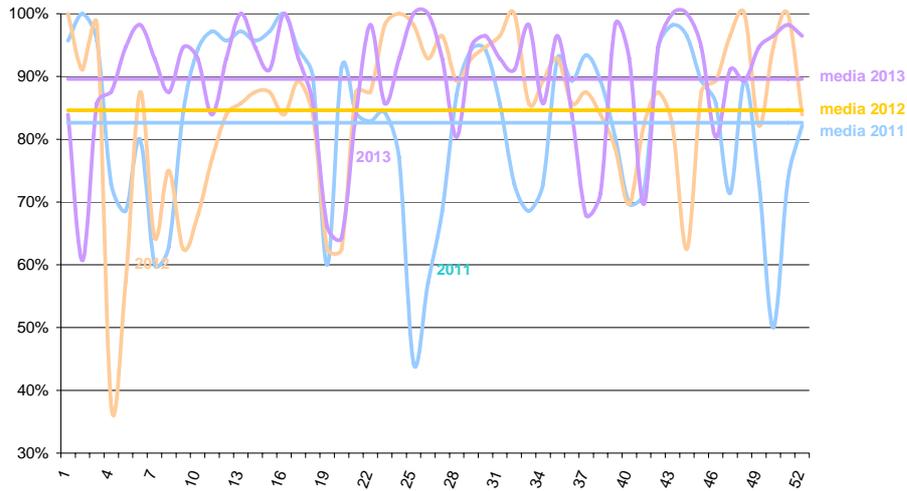


Figura 87: Tasso di occupazione settimanale hospice Borgonovo.

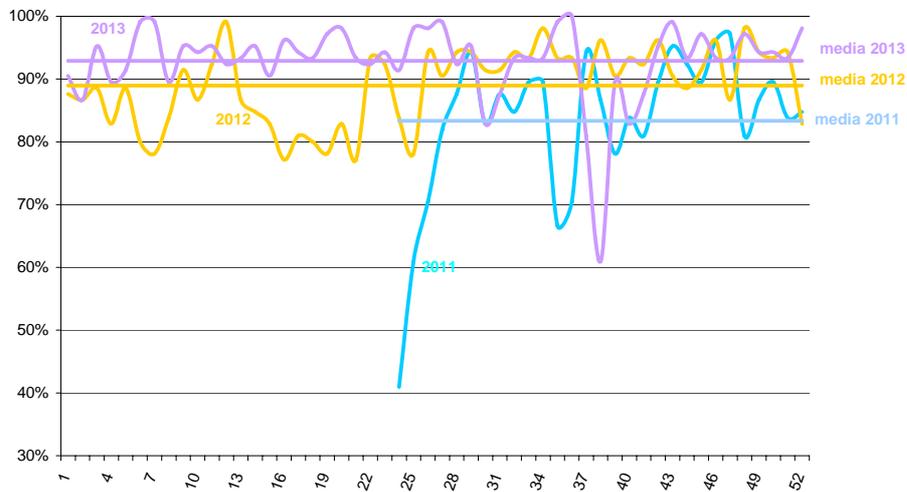


Figura 88: Tasso di occupazione settimanale hospice Piacenza.

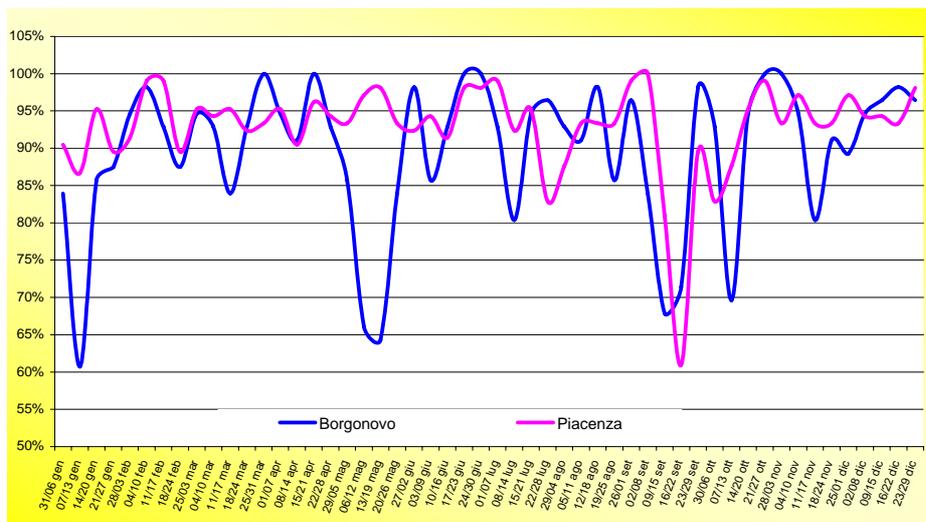


Figura 89: Tasso di occupazione settimanale hospice provinciali.



Le figure che seguono mostrano la composizione per provenienza degli utenti delle due strutture e la destinazione dei residenti dei distretti provinciali.

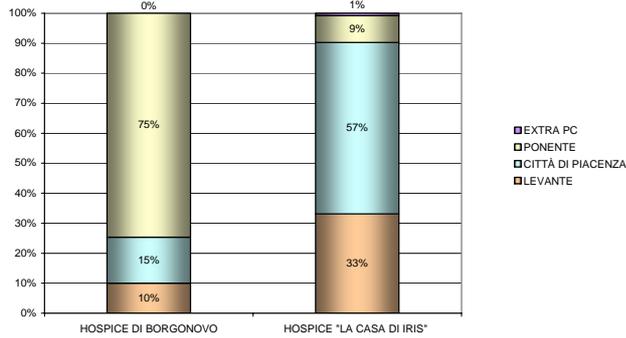


Figura 90: Composizione per provenienza.

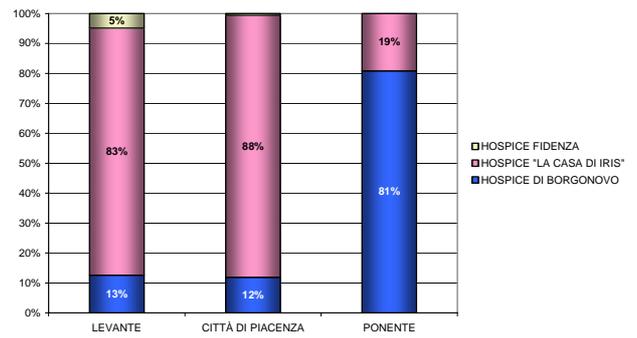


Figura 91: Composizione per destinazione.

Confrontando gli indicatori di attività con tutti gli hospice presenti sul territorio regionale, entrambi gli hospice provinciali presentano valori di degenza media e percentuale di deceduti sui dimessi molto vicini alla media regionale (vedi Figura 92).

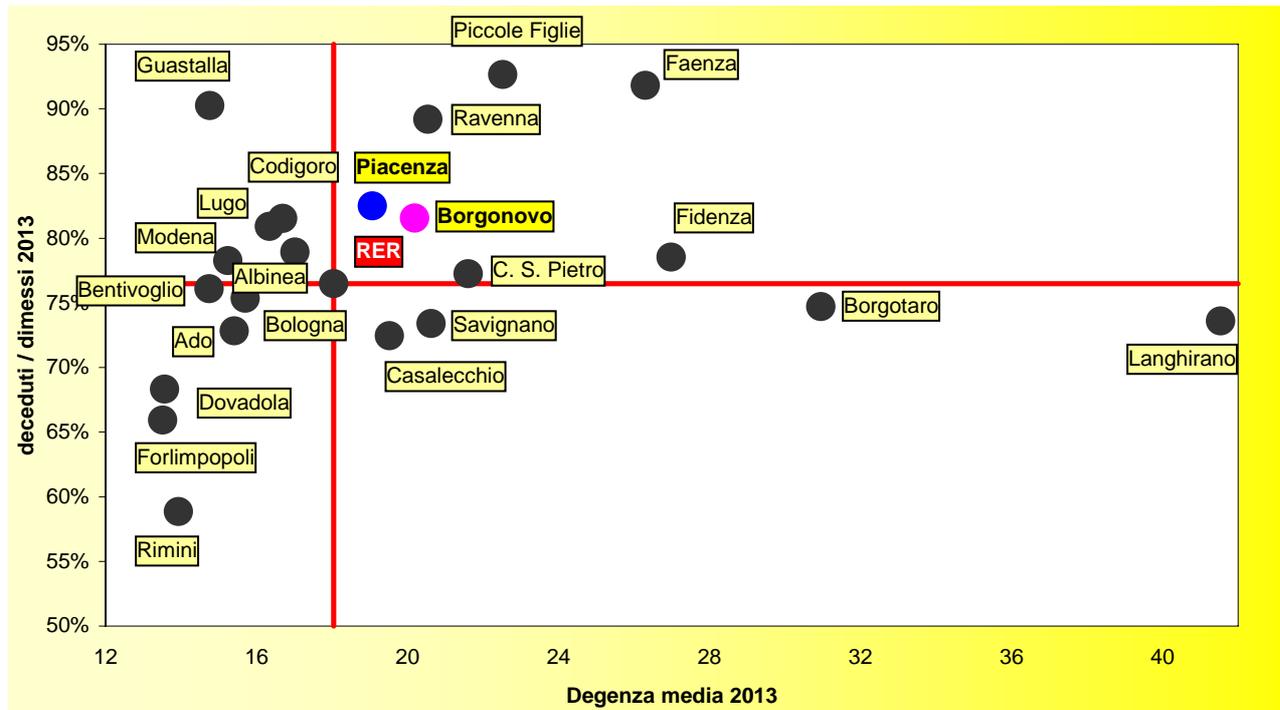


Figura 92: Degenza media e percentuale di deceduti sul totale dei dimessi da hospice.

Relativamente all'attività dei consultori, la percentuale di gravidanze seguite in rapporto ai nati (vedi Figura 93) è in crescita e ormai in linea con la media regionale, mentre è da anni la più alta in Regione la quota di straniere sul totale delle donne seguite (vedi Figura 94). La percentuale della popolazione target assistita per le attività di ostetricia e ginecologia è di poco inferiore alla media regionale (vedi Figura 95). Si è scelto di sospendere il confronto regionale al 2011 (in ogni caso è sempre stato disponibile l'anno precedente a quello di riferimento del Bilancio): i dati 2012 sono stati estratti per il primo anno dal sistema informativo SICO, che non garantisce ancora l'affidabilità necessaria per i confronti.



Da qualche la % di donne seguite per ostetricia e ginecologia è monitorato anche per distretto (vedi Figura 96): il dato relativo ai distretti di Levante e Ponente inferiore alla media provinciale, mentre il dato della Città è superiore anche all'ultima media regionale disponibile.

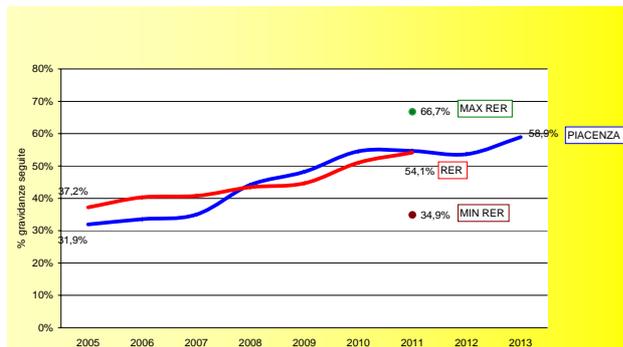


Figura 93: % donne seguite in gravidanza.

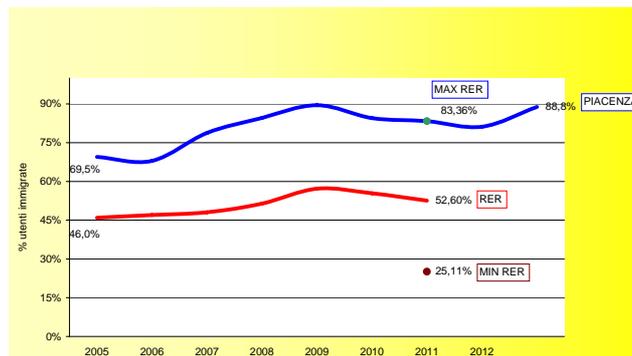


Figura 94: % immigrate sul totale donne seguite.

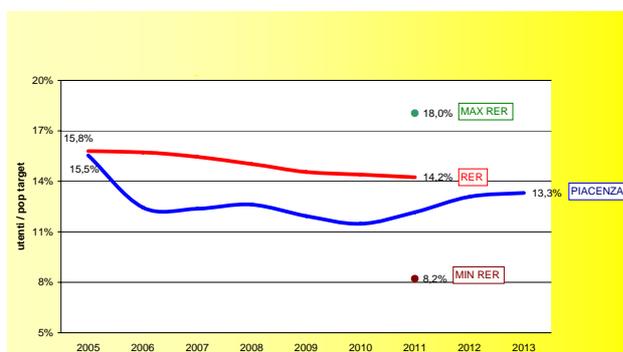


Figura 95: % donne seguite per ostetricia e ginecologia.

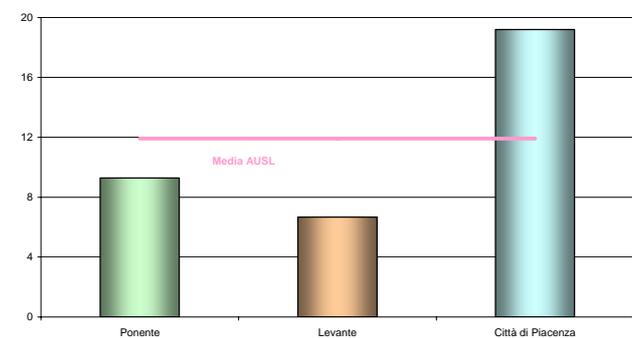


Figura 96: % donne seguite ostetricia e ginecologia per distretto.

Riguardo alla composizione percentuale dell'attività dei consultori (vedi Figura 97), si concentra soprattutto sulla specialistica ginecologica, su gravidanza e puerperio e sulla prevenzione tumori. L'omologo dato regionale (vedi Figura 98) è, per le ragioni sopra esposte, quello riferito al 2011.

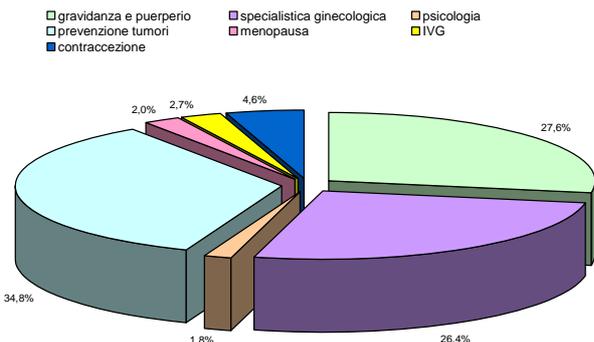


Figura 97: Composizione % dell'attività dei consultori PC.

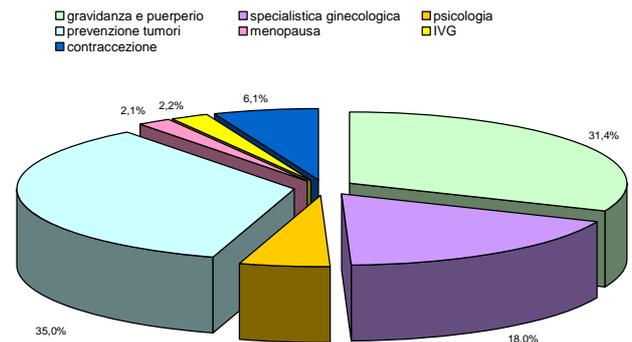


Figura 98: Composizione % dell'attività dei consultori RER 2011.

Il trend delle varie tipologie di prestazioni è rappresentato nella successiva Figura 99, ed evidenzia il consolidamento nel tempo delle attività di prevenzione dei tumori e il progressivo orientamento verso l'assistenza alla gravidanza e al puerperio e alla specialistica. Va specificato come dal 2012 siano state inserite nel sistema informativo dei consultori, in progressiva implementazione anche alcune prestazioni in precedenza non monitorate (in particolare nelle prestazioni di assistenza al puerperio quelle relative all'allattamento, che hanno sicuramente incrementato il dato dal 2012).

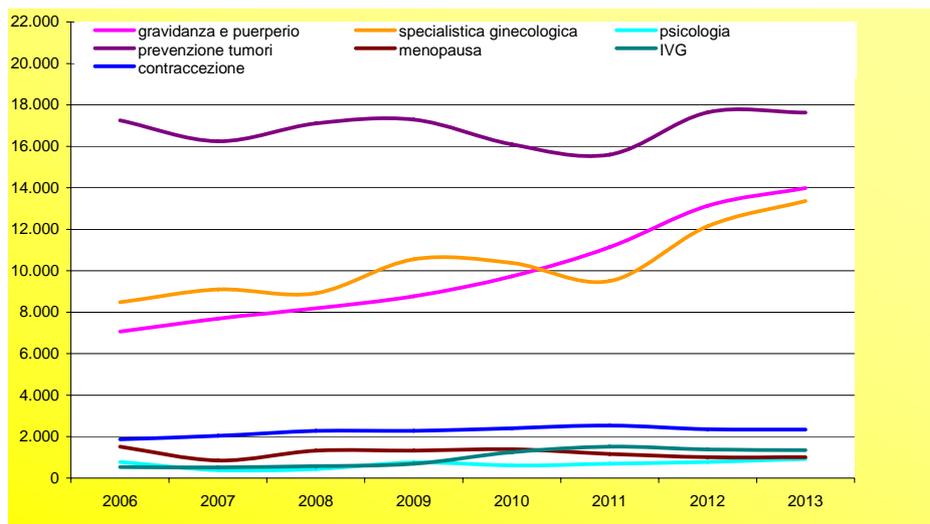


Figura 99: Trend delle prestazioni dei consultori.

Da qualche anno le linee guida regionali prevedono che siano inseriti in questa Sezione anche i dati relativi *alle attività per infanzia e adolescenza* (affidi, adozioni, inserimenti in comunità), anche se tali attività sono di pertinenza degli Enti locali. I dati di seguito riportati sono forniti dal SISAM (Sistema Informativo Socio-Assistenziale Minori) della Regione Emilia-Romagna (elaborazione a cura dell'Osservatorio provinciale delle Politiche sociali). Alla data del 31/12/2013 i minori in carico ai Servizi Sociali sono quasi 6.500, con un incremento del 50% negli ultimi 5 anni (vedi la successiva Figura 100).

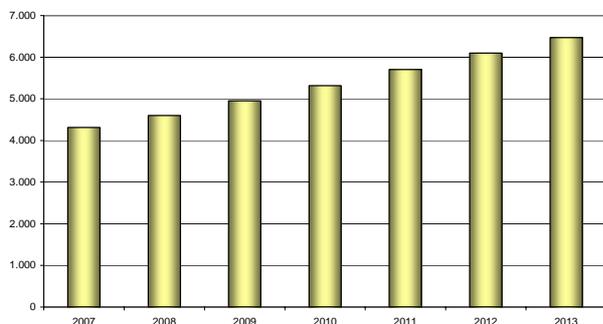


Figura 100: Minori in carico.

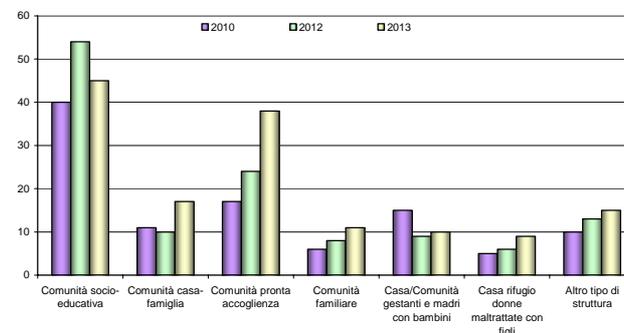


Figura 101: Interventi di accoglienza per tipologia di struttura.

I minori inseriti in strutture residenziali socio-assistenziali sono 149, di cui 116 senza la madre e 33 con la madre. Di questi, i maschi sono 89 e le femmine 60.. La fotografia di dettaglio per tipologia di struttura di accoglienza è rappresentata nella Figura 101. Sono stati avviati 9 interventi di adozione, 8 risultano conclusi e attualmente 26 sono in corso: di questi, 21 sono casi di adozioni internazionali, 3 di adozioni nazionali e 2 di affido a rischio giuridico a scopo adottivo. Al 31/12/2013 le coppie con istruttoria di adozione in corso sono 29, mentre 8 coppie hanno già concluso tutto l'iter. Tutte le coppie hanno partecipato al corso di formazione/informazione organizzato a livello provinciale. Gli interventi di affido sono stati 176, così articolati: 101 italiani, 75 stranieri, di cui 97 maschi e 79 femmine. Di questi, 146 sono a tempo pieno, 30 a tempo parziale, 65 in affido parentale, 111 in affido familiare. Gli affidi consensuali sono stati 104; quelli giudiziali 72.



La spesa farmaceutica territoriale netta pro capite si conferma inferiore alla media regionale (vedi Figura 102), sia in valore assoluto che pesata per età (che permette di annullare gli effetti della maggior presenza di popolazione anziana sul territorio provinciale): Piacenza è la terza provincia per spesa più bassa, inferiore di 7 euro pro capite alla media regionale.

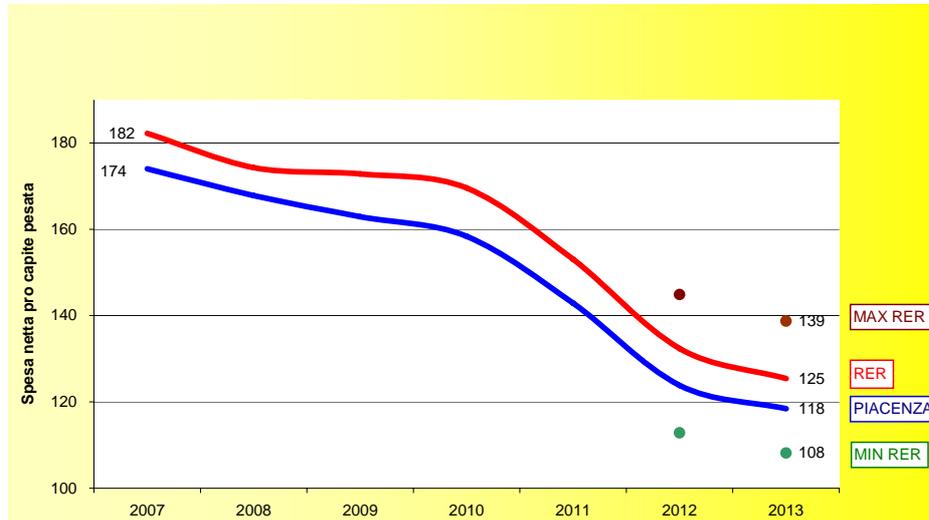


Figura 102: Spesa farmaceutica pro capite pesata.

Il grafico che segue (vedi Figura 103) illustra per distretto la spesa pro capite riferita ad alcune delle le principali categorie terapeutiche.

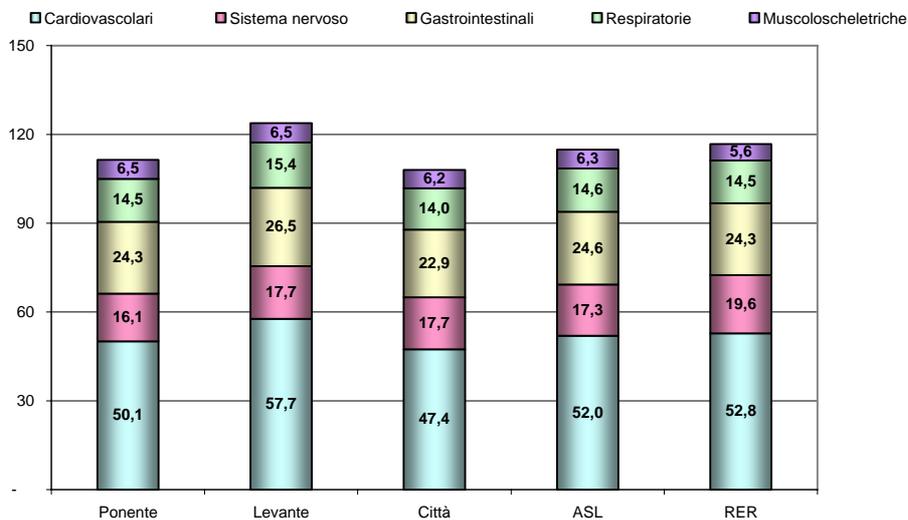


Figura 103: Spesa farmaceutica pro capite per distretto e categoria.

Tuttavia il solo indicatore della spesa farmaceutica territoriale non rende conto del complesso della spesa complessiva per utenti non ricoverati: ad essa va aggiunta la spesa in distribuzione diretta, quella per quei farmaci dispensati direttamente dalle strutture aziendali o ad utenti in dimissione o in carico per patologie complesse che necessitano di controlli periodici. La quota di spesa per la farmaceutica distribuita direttamente (vedi Figura 104) è cresciuta negli ultimi anni raggiungendo il 43,5% del totale. Dal 2012 tale indicatore è superiore alla media regionale.

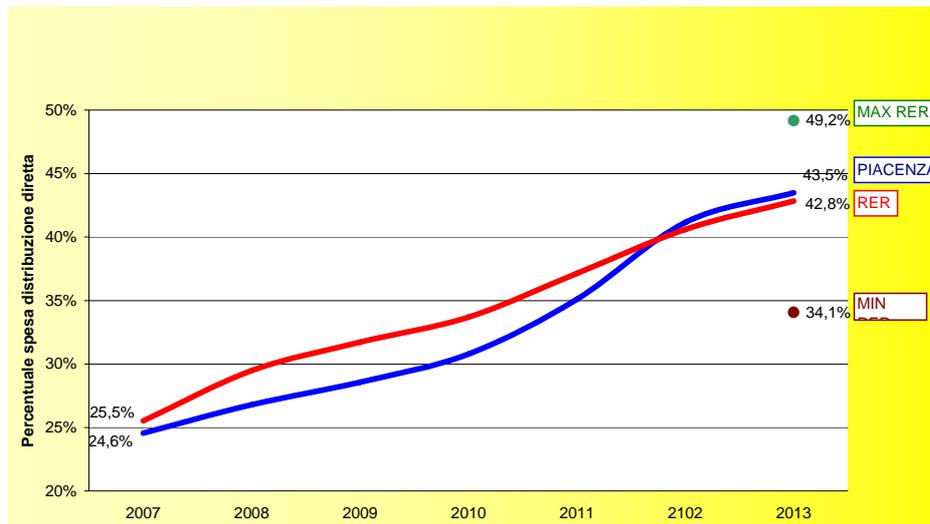


Figura 104: Trend % di spesa in distribuzione diretta.

Considerando quindi tutte le tipologie di spesa farmaceutica territoriale, l'AUSL di Piacenza è in linea con la spesa media regionale (vedi la successiva Figura 105), con uno scarto di circa 1 euro procapite.

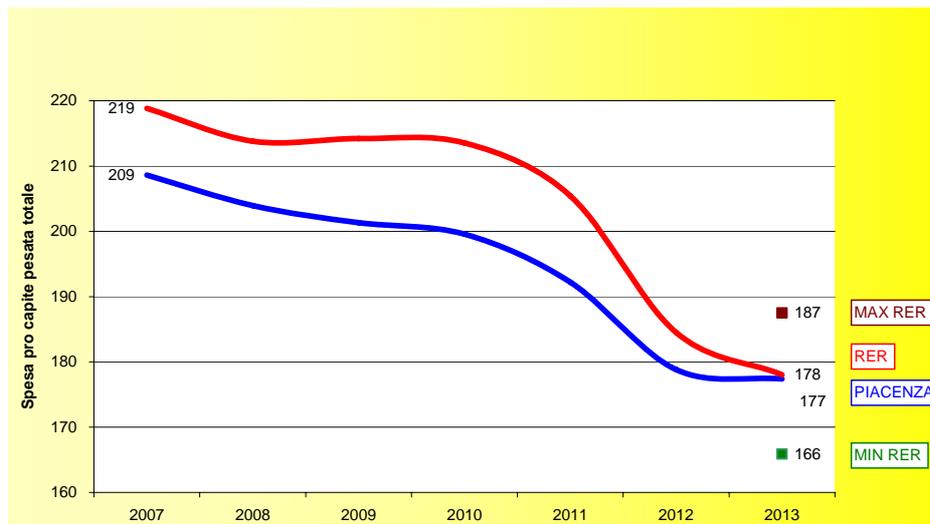


Figura 105: Trend spesa territoriale pesata complessiva.

Le figure seguenti (vedi da Figura 106 a Figura 117) confrontano il consumo, sempre standardizzato per età, di specialistica ambulatoriale dei residenti della Provincia rispetto ai corrispondenti valori medi regionali riferiti agli ultimi quattro anni. Da alcune edizioni del Bilancio di missione, vengono presentati anche i consumi di specialistica a livello distrettuale (riferiti all'ultimo biennio), confrontati con la media aziendale oltre che regionale.

Nelle prime due figure (vedi Figura 106 e Figura 107) è rappresentato il consumo complessivo di prestazioni per macrocategoria, con l'esclusione delle prestazioni di laboratorio (illustrate nelle figure successive) per ragioni di numerosità: l'indice molto più alto avrebbe infatti "appiattito" le altre misurazioni, rendendo illeggibili le differenze.

I consumi di Piacenza (vedi Figura 106) risultano al di sotto della media regionale per le visite, la



diagnostica e le prestazioni riabilitative. In relazione invece alle prestazioni di laboratorio e terapeutiche, il consumo standardizzato dei cittadini di Piacenza è superiore alla media regionale. A livello distrettuale, la Città presenta indici di consumo più alti, e il distretto di Ponente quelli più bassi. Il distretto di Levante è molto vicino al dato medio provinciale.

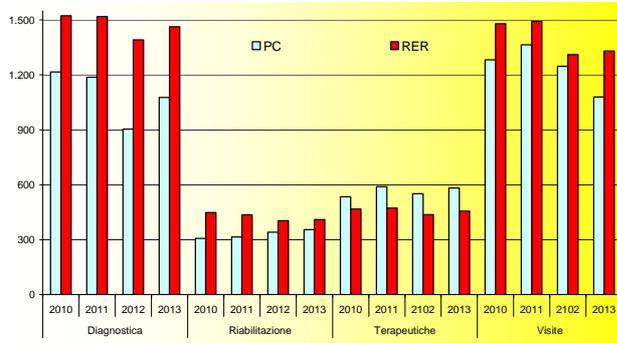


Figura 106: Consumo specialistica.

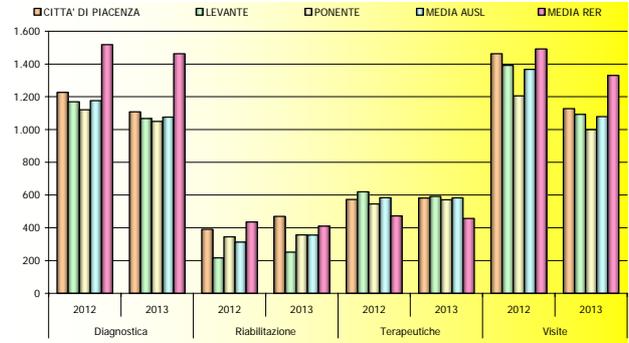


Figura 107: Consumo specialistica per Distretto.

Le figure seguenti (da Figura 108 a Figura 117) descrivono il consumo di prestazioni specialistiche, aggregate secondo i gruppi di prestazioni definiti a livello regionale; anche in questo caso prima confrontando la media provinciale con quella regionale e, a fianco, il dato disaggregato per distretto.

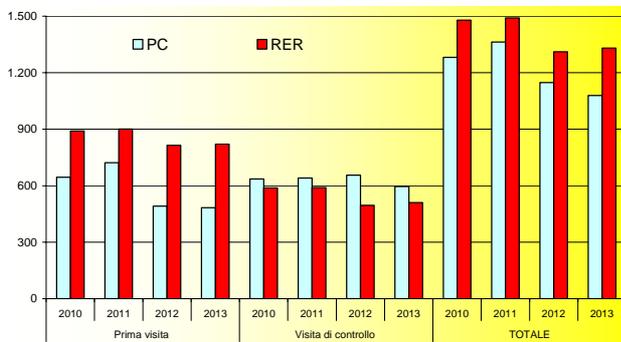


Figura 108: Consumo visite.

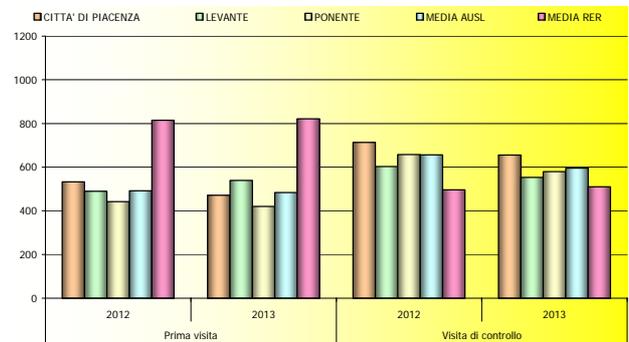


Figura 109: Consumo visite per distretto.

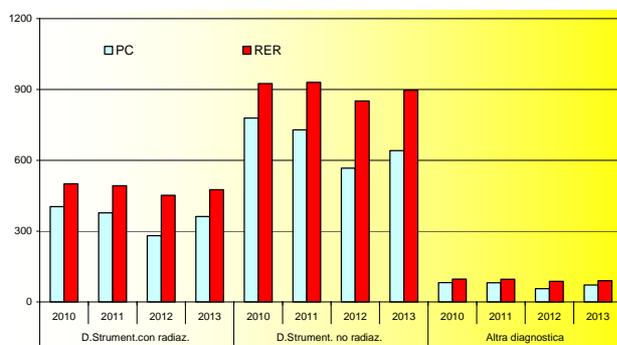


Figura 110: Consumo diagnostica.

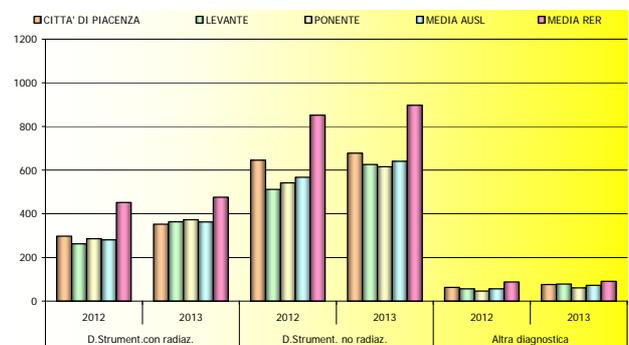


Figura 111: Consumo diagnostica per distretto.

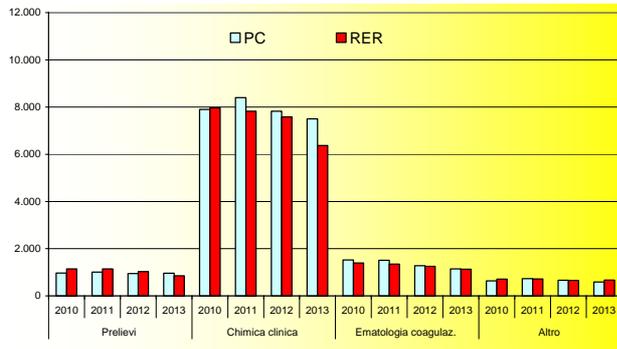


Figura 112: Consumo laboratorio.

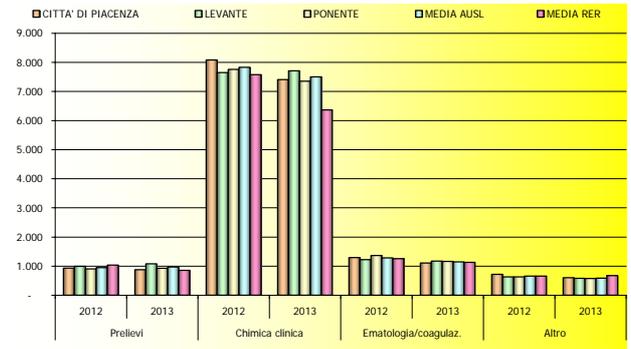


Figura 113: Consumo laboratorio per distretto.

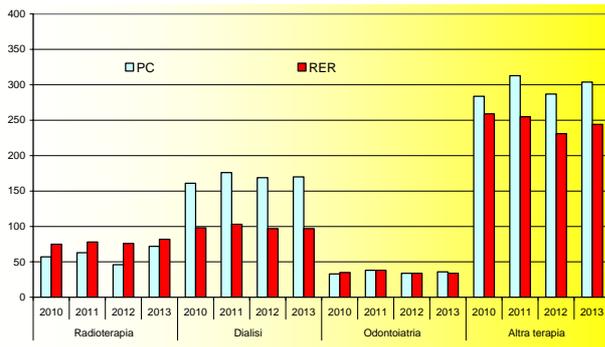


Figura 114: Consumo prestazioni terapeutiche.

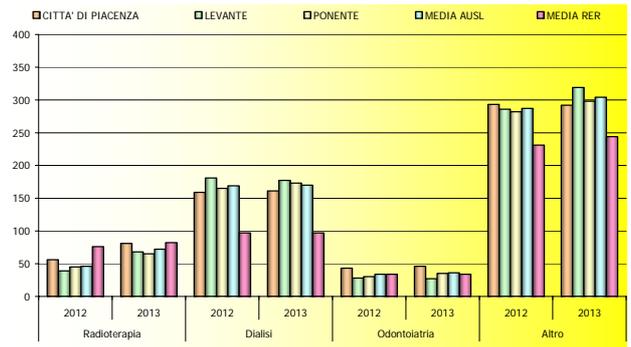


Figura 115: Consumo prestazioni terapeutiche per distretto.

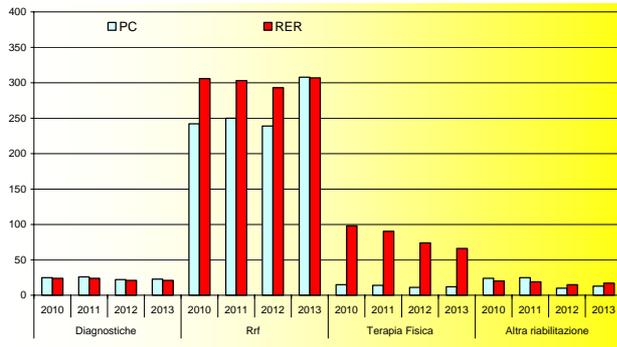


Figura 116: Consumo prestazioni riabilitative.

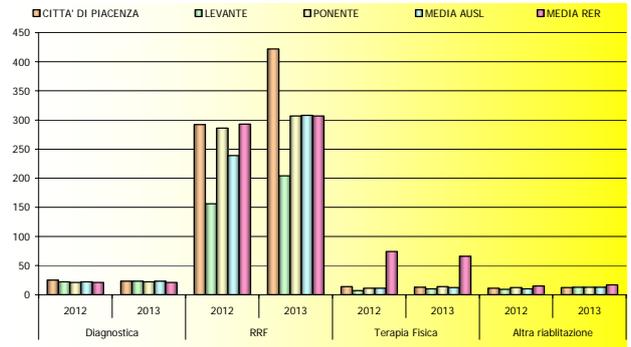


Figura 117: Consumo prestazioni riabilitative per distretto.

Le figure che seguono mostrano gli indici di consumo standardizzato per età di alcune specifiche prestazioni e per distretto di residenza (vedi da Figura 118 a Figura 121), affiancato alla media provinciale.

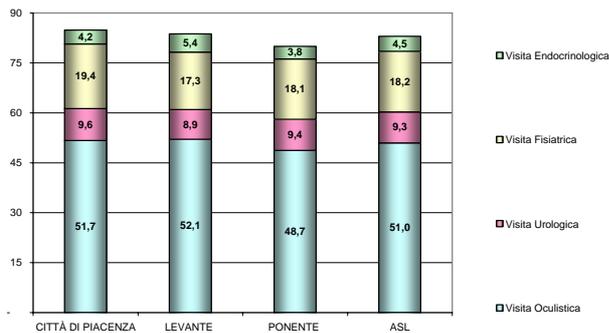


Figura 118: Indici di consumo visite - 1.

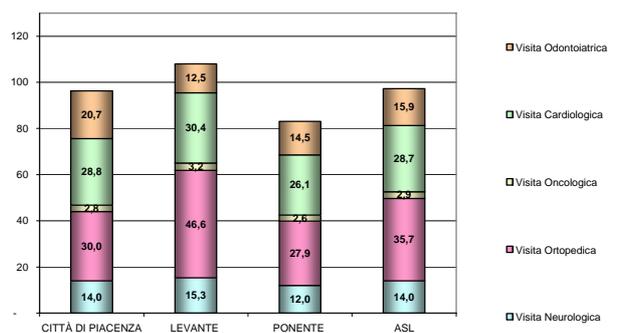


Figura 119: Indici di consumo visite - 2.

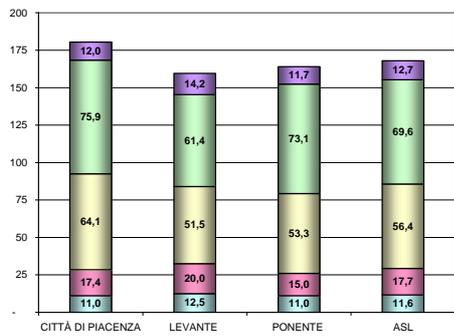


Figura 120: Indici di consumo diagnostica - 1.

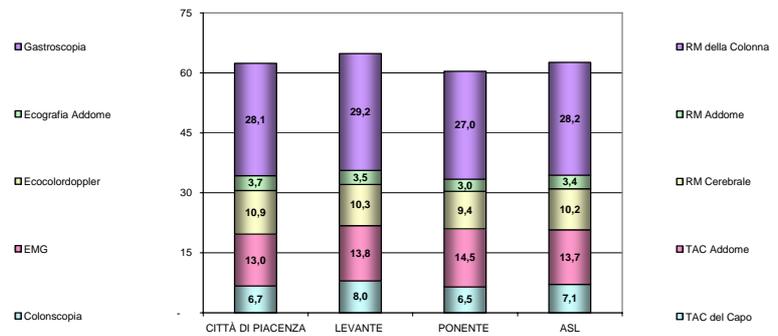


Figura 121: Indici di consumo diagnostica -2.

L'*attività di specialistica ambulatoriale* (vedi Figura 122 e Figura 123), sia in termini di prestazioni che di valore tariffario associato, è in ulteriore calo nel 2013, principalmente in relazione alle visite e alle prestazioni di laboratorio. Tuttavia sono risultate in incremento significativo nel 2013 le prestazioni di riabilitazione (quasi il 20%), le risonanze (di oltre il 6%) e le prestazioni di chirurgia ambulatoriale (+4%). La Successiva Figura 124 disaggrega la produzione per tipologia di prestazioni: le visite erogate sono state quasi 300mila, le prestazioni diagnostiche sono state circa 270.000.

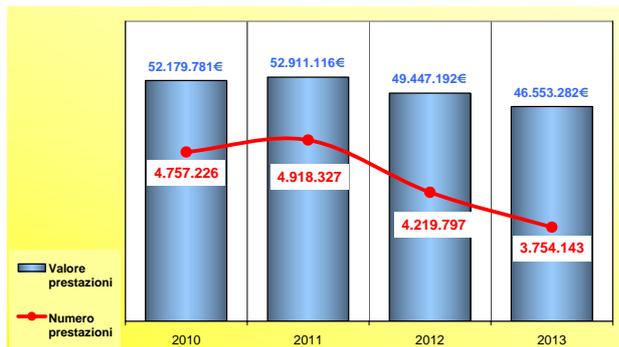


Figura 122: Produzione ambulatoriale complessiva.

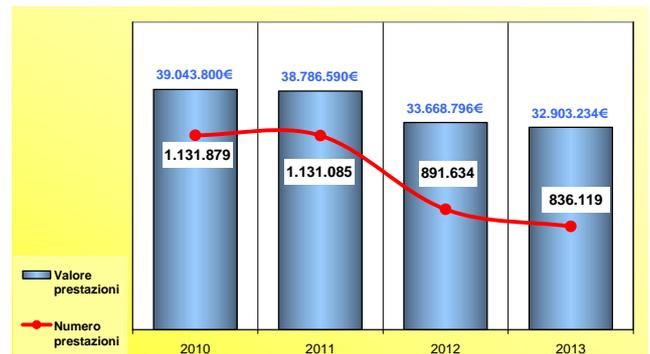


Figura 123: Produzione ambulatoriale senza laboratorio.

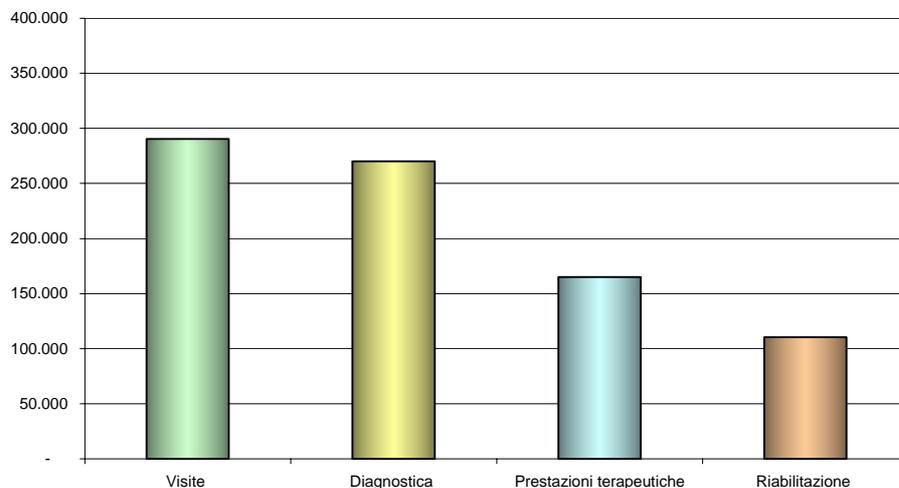


Figura 124: Produzione ambulatoriale per tipologia di prestazioni.



Un altro dato interessante da riportare in questa sede è quello relativo alla geografia del consumo di specialistica, se cioè le prestazioni siano state consumate all'interno del distretto di residenza, o fuori distretto ma all'interno della provincia, o invece fuori Azienda.

Le successive figure illustrano il dato per tipologia di prestazione a livello regionale, provinciale e distrettuale (vedi da Figura 125 a Figura 129).

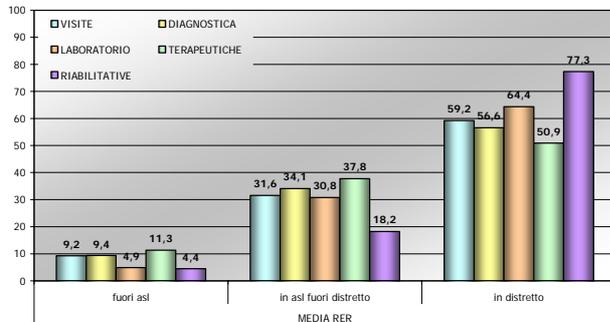


Figura 125: Consumo per destinazione, media RER.

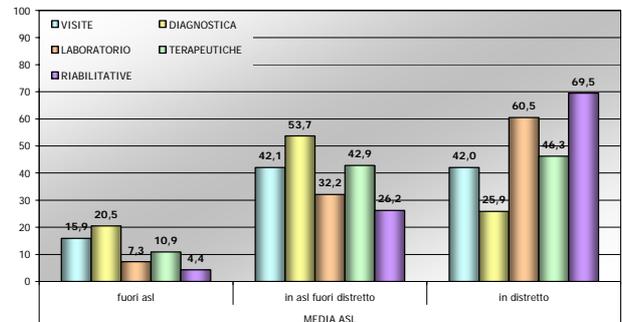


Figura 126: Consumo per destinazione, media ASL.

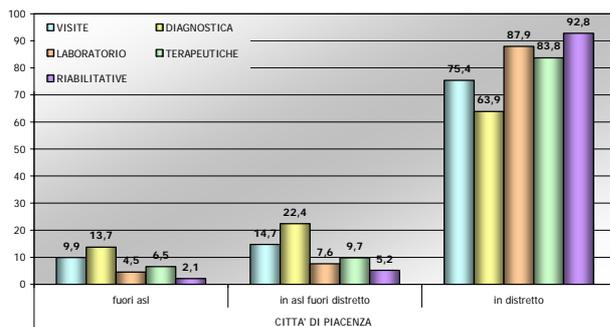


Figura 127: Consumo per destinazione, distretto Città di Piacenza.

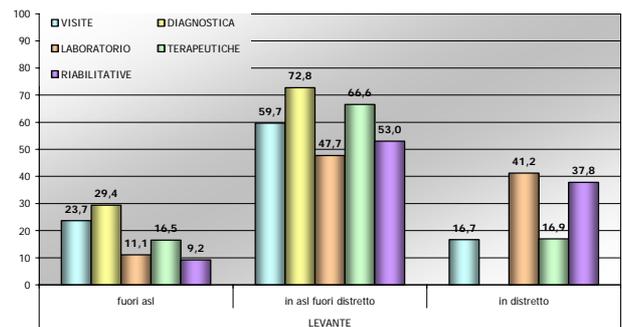


Figura 128: Consumo per destinazione, distretto di Levante.

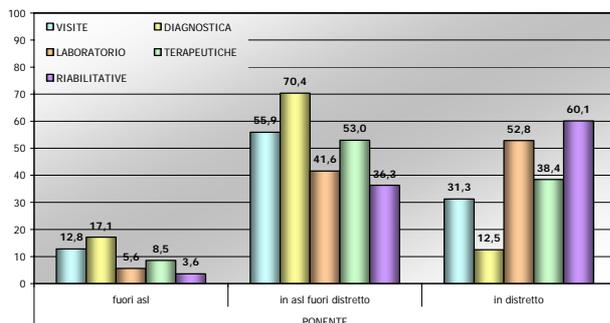


Figura 129: Consumo per destinazione, distretto di Ponente.

Nella lettura del dato va tenuto in considerazione il fatto che la struttura di offerta della Provincia è molto sbilanciata sulla città, sia per la presenza dell'ospedale del capoluogo che di due delle tre strutture accreditate della provincia (vedi la successiva Figura 130).

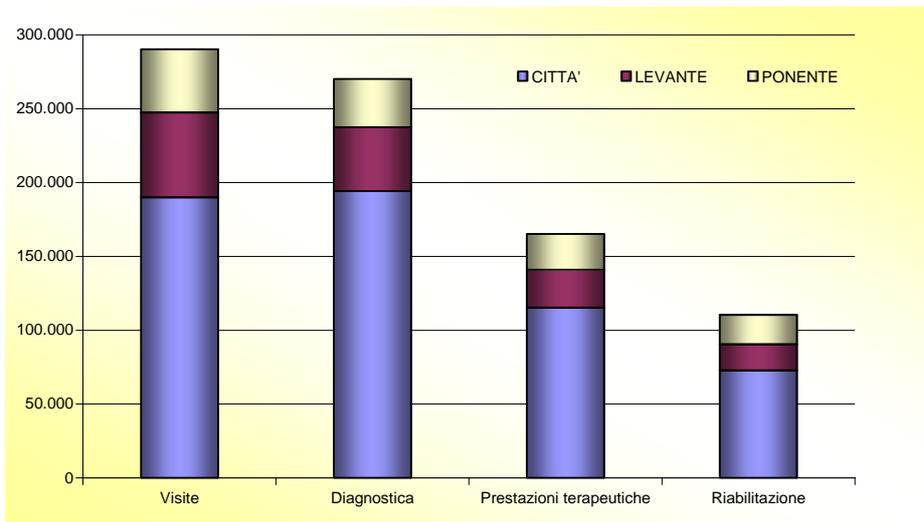


Figura 130: Volumi di prestazioni erogate per distretto.

I risultati in termini di tempi medi di attesa e di composizione dell'erogato per fasce di tempi sono illustrati nelle successive figure, vale la pena comunque sottolineare come sono sempre state garantite nei termini previsti di sette giorni le urgenze differibili, prescritte cioè dal medico di medicina generale con la specifica indicazione, e gli altri sistemi di garanzia. Nel gruppo di visite ormai da anni monitorate attraverso specifiche rilevazioni trimestrali (vedi Figura 131), nel 2013 i tempi di attesa per le visite si sono dimostrati critici in diverse rilevazioni (in particolare in quella del mese di luglio). All'interno del Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa, dal 2007 sono state incrementate le prestazioni monitorate, sia visite (vedi Figura 132) che strumentali (Figura 134 e successiva). Anche per queste nuove visite i tempi nel 2013 sono stati mediamente superiori ai 30 giorni.

In relazione alle prestazioni strumentali monitorate fin dall'inizio della rilevazione (vedi Figura 133), nel 2012 tutte le prestazioni sono rientrate ampiamente nel tempo medio di 60 giorni: la maggior parte delle rilevazioni ha registrato tempi compresi mediamente tra i 6 e i 50 giorni.

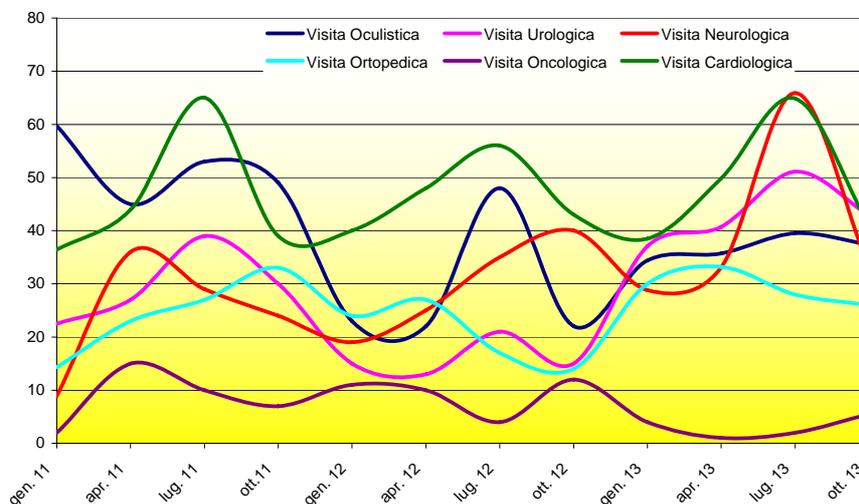


Figura 131:: Andamento tempi medi di attesa per visite - 1.

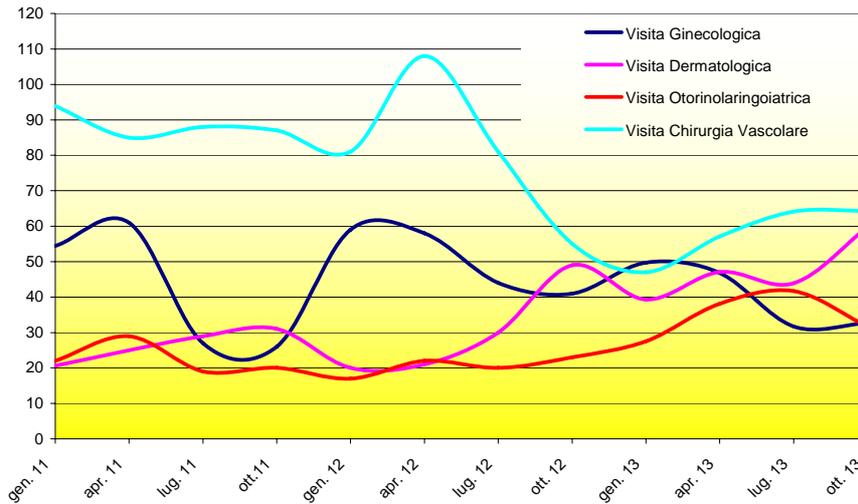


Figura 132:: Andamento tempi medi di attesa per visite - 2.

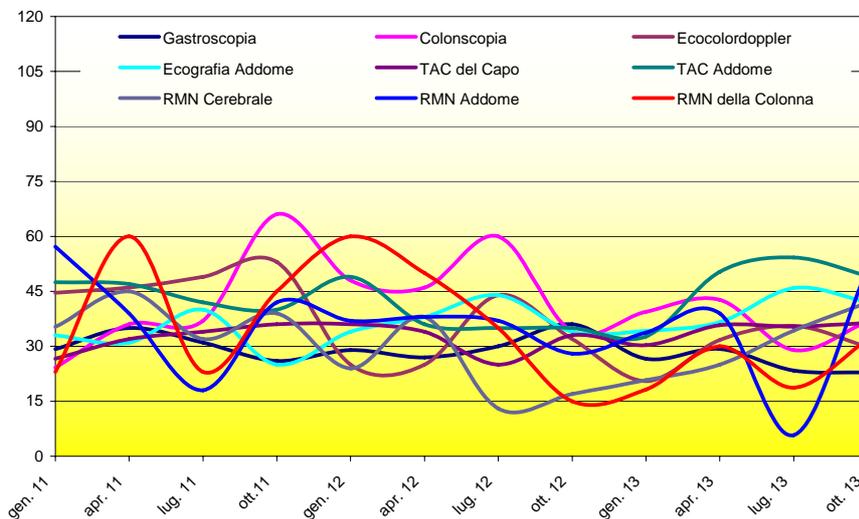


Figura 133: Andamento tempi medi di attesa per prestazioni strumentali - 1.

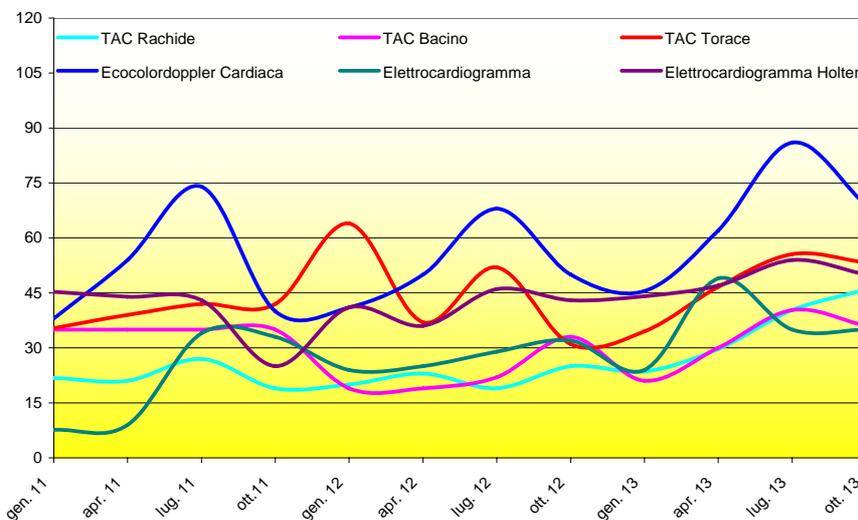


Figura 134: Andamento tempi medi di attesa per prestazioni strumentali - 2.



Tra le nuove prestazioni strumentali sottoposte a monitoraggio (vedi Figura 134 e Figura 135), sono state tutte mediamente al di sotto dei 60 giorni, con le sole eccezioni dell'ecocolordoppler cardiaca (solo nella rilevazione di luglio e in misura minore in quella di ottobre) e dell'ecografia della mammella (nella rilevazione di luglio, mentre ad ottobre i giorni sono stati appena al di sopra dei 60). I

Il tempo medio in tutti gli altri casi è stato contenuto tra i 13 e i 56 giorni.

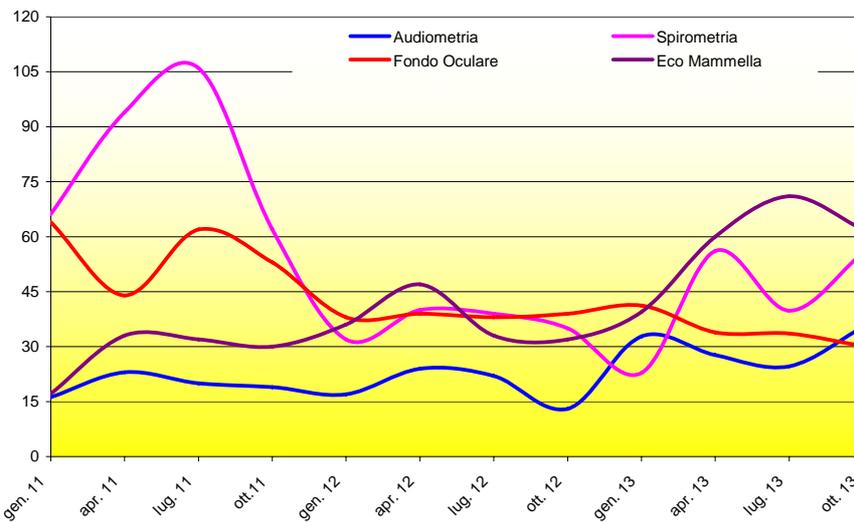


Figura 135: Andamento tempi medi di attesa per prestazioni strumentali – 3.

Tuttavia il solo indicatore del tempo medio di attesa aziendale non è ancora esaustivo. Un indicatore utile per approfondire ulteriormente il fenomeno è la scomposizione percentuale delle prestazioni effettivamente erogate in fasce di tempi (entro 30, 60, 90 giorni e oltre).

Le figure seguenti (vedi da Figura 136 a Figura 139) mostrano sinteticamente il posizionamento dell'ASL di Piacenza rispetto al resto della Regione in termini di composizione dei tempi di attesa per i vari gruppi di prestazioni: per tutte le prestazioni la situazione di Piacenza è risultata migliore della media regionale, con l'eccezione delle prestazioni riabilitative.

La successiva Figura 140 mostra il confronto con l'anno precedente e i risultati sono in miglioramento, sempre con l'esclusione della riabilitazione.

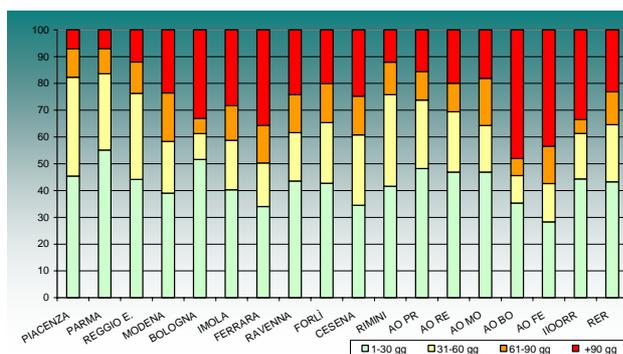


Figura 136: Attesa visite.

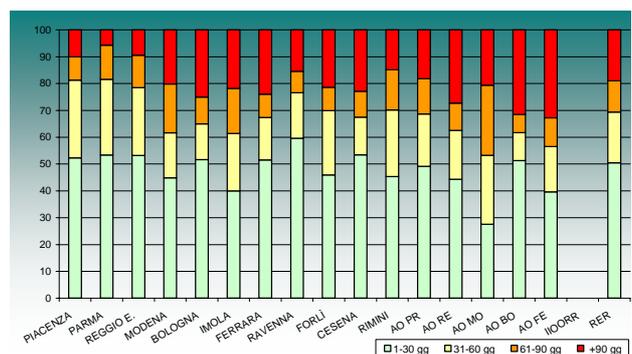


Figura 137: Attesa diagnostica.

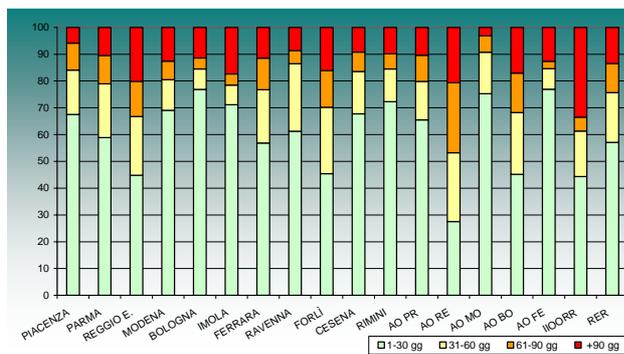


Figura 138: Attesa prestazioni terapeutiche.

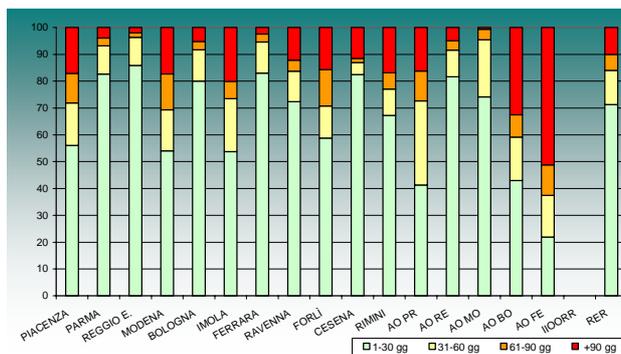


Figura 139: Attesa prestazioni riabilitative.

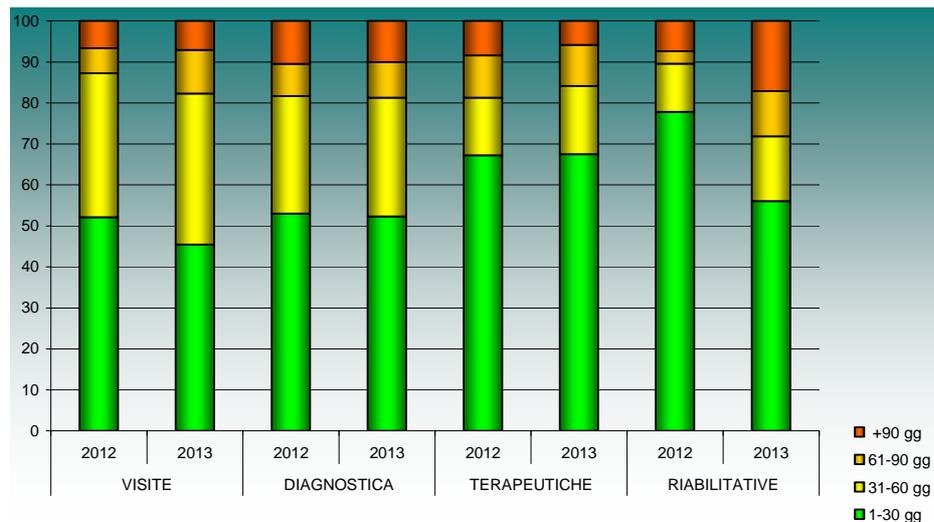


Figura 140: Andamento attesa prestazioni 2011-2012.

Disaggregando per distretto, i risultati sono abbastanza omogenei per tutte le tipologie di prestazioni, leggermente migliori nei distretti laterali rispetto alla Città (vedi da Figura 141 a Figura 144).

La successiva Figura 145 mostra il confronto con l'anno precedente.

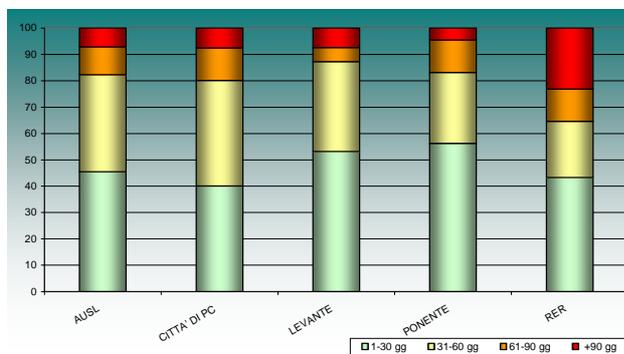


Figura 141: Attesa visite per distretto.

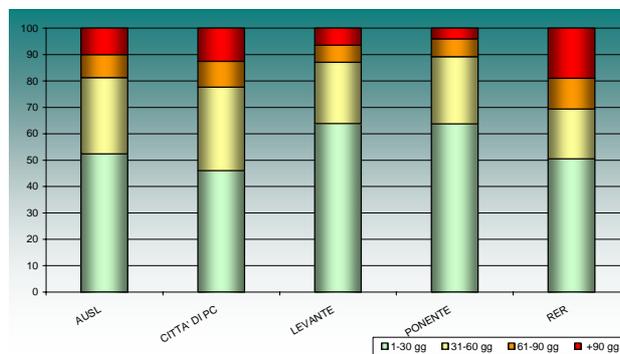


Figura 142: Attesa diagnostica per distretto.

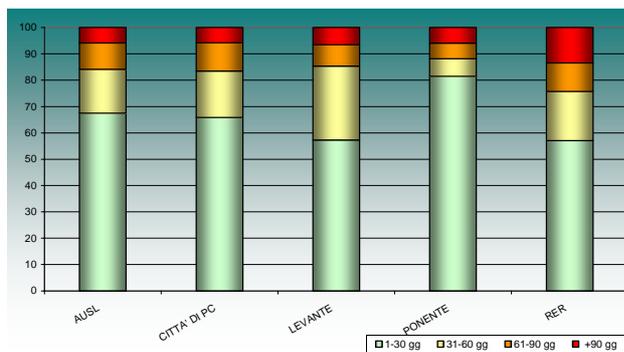


Figura 143: Attesa prestazioni terapeutiche per distretto.

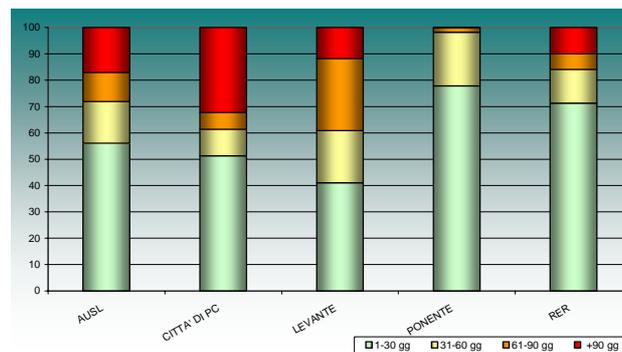


Figura 144: Attesa prestazioni riabilitative per distretto.

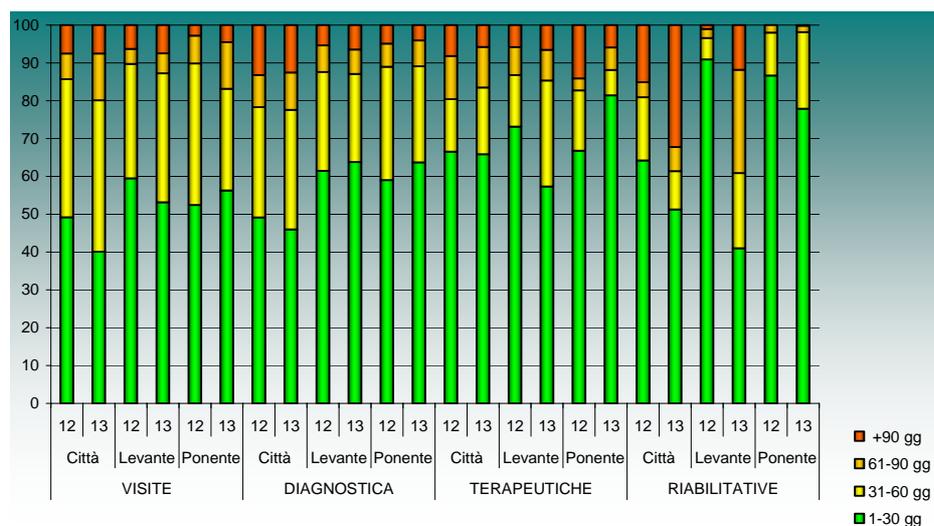


Figura 145: Andamento attesa prestazioni biennio 2010-2011.

L'offerta di posti residenziali per anziani è ormai allineata alla media regionale: 32 posti per mille residenti contro i 30 regionali (Figura 146); negli anni la sostanziale stabilità dell'offerta a fronte della popolazione target in crescita ha fatto sì che, di fatto, la disponibilità fosse ogni anno leggermente inferiore. I posti erano incrementati nel 2011 a seguito del percorso di accreditamento e della successiva contrattualizzazione di alcuni posti a Levante e in Città, in cui però a fine 2012 un erogatore è uscito dal sistema pubblico, riducendo nuovamente l'offerta solo parzialmente compensata da nuovi posti accreditati. Disaggregando poi per distretto (Figura 147) l'offerta rapportata alla popolazione ultrasettantacinquenne è ancora superiore alla media regionale nel solo Distretto di Ponente.

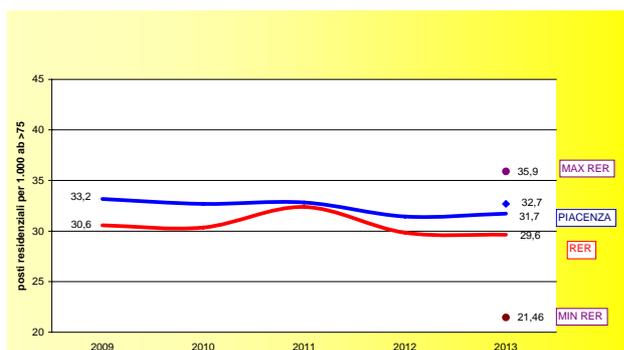


Figura 146: Posti letto residenziali per anziani.

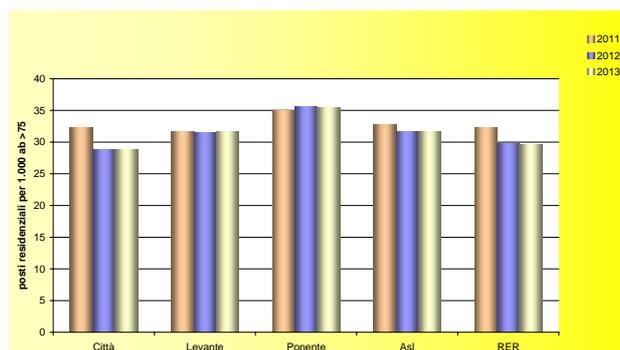


Figura 147: Posti letto per anziani per mille residenti over 75.



La successiva Figura 148 mostra l'andamento dei posti disponibili e consumati dell'ultimo triennio in valore assoluto: il consolidamento della nuova governance distrettuale e l'avvio del percorso di accreditamento hanno permesso di allineare sempre più consumo e offerta.

Il consumo è in calo nel distretto della città, in leggero incremento a Ponente e sostanzialmente stabile a Levante. Le successive figure (vedi da Figura 149 a Figura 151) mostrano il tasso di offerta e di consumo in rapporto alla popolazione di riferimento.

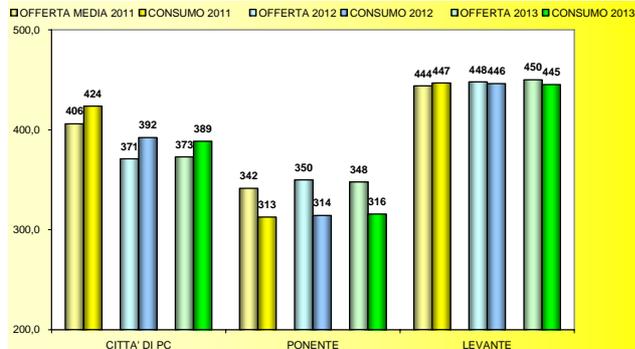


Figura 148: Posti in CP e RSA offerti e utilizzati – valori assoluti.



Figura 149: Consumo per 1.000 over 75 2011.

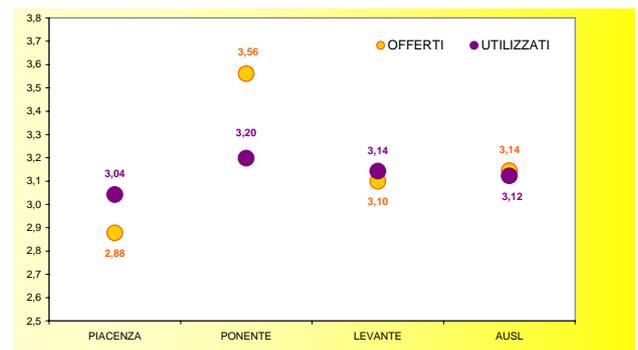


Figura 150: Consumo per 1.000 over 75 2012.

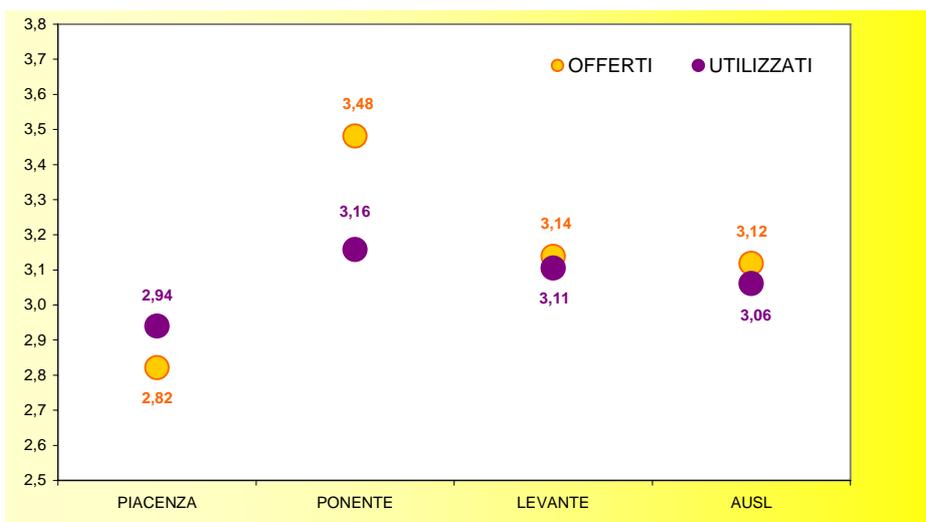


Figura 151: Consumo per 1.000 over 75 2013.

L'offerta di posti nei centri diurni per anziani è ancora inferiore alla media regionale (Figura 152), è incrementata in tutto il territorio tra il 2008 e il 2009 (vedi Figura 153). Disaggregando poi per



distretto (Figura 153) l'offerta rapportata alla popolazione ultrasettantacinquenne è superiore alla media regionale nel solo Distretto di Levante. Il consumo nell'ultimo triennio è rappresentato nella successiva Figura 154.

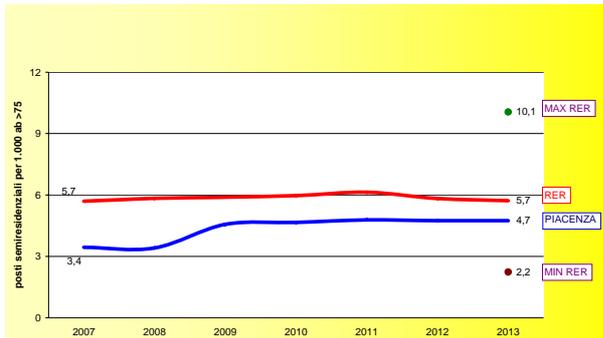


Figura 152: Posti semiresidenziali per anziani.

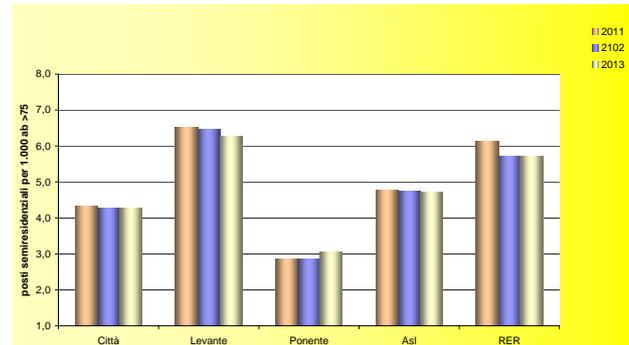


Figura 153: Posti diurni per mille residenti over 75.

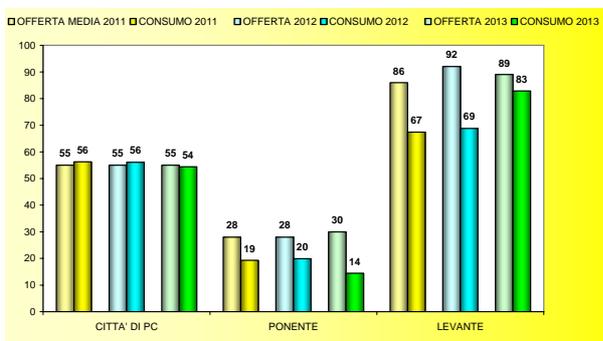


Figura 154: Posti semiresidenziali offerti e utilizzati.

I distretti hanno definito all'interno della pianificazione del FRNA sia l'erogazione degli assegni di cura, che dell'assistenza domiciliare erogata dai Comuni agli utenti non autosufficienti. E' stata infine consolidata l'erogazione dei contributi per le assistenti familiari con regolare contratto, avviata da qualche anno: nel corso del 2013 in Provincia ne sono stati erogati 222, a fine anno i contratti attivi erano complessivamente 170 (68 in città e 57 a Levante, sostanzialmente stabili rispetto al 2012, e 45 a Ponente, in deciso incremento rispetto al 2012).

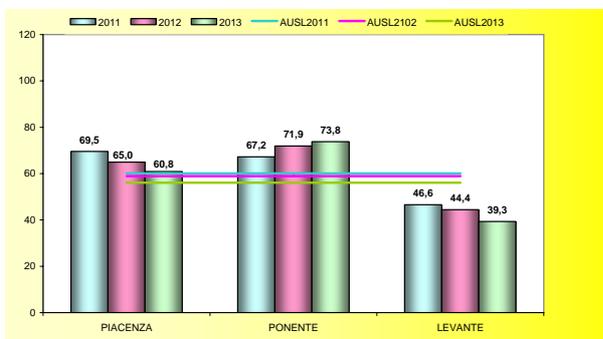


Figura 155: Media spesa pro capite over 75 per assegni di cura.

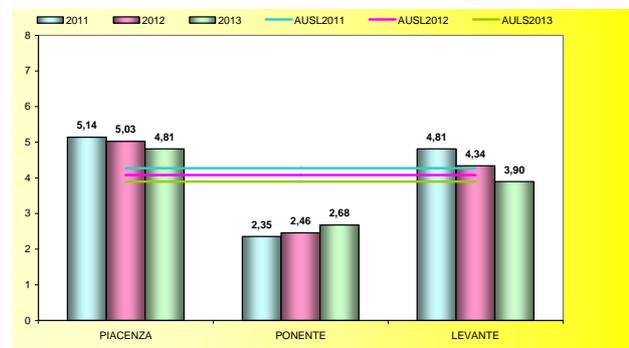


Figura 156: Ore pro capite over 75 SAD.

Le attività e gli interventi del progetto regionale demenze, ormai consolidati da anni, sono stati già da qualche da tempo ricondotti all'interno dell'offerta stabile dell Dipartimento delle Cure Primarie,



al fine di superarne la straordinarietà che potrebbe essere sottesa al termine “progetto”. I principali dati di attività sono rappresentati nelle figure seguenti (vedi da Figura 157 a Figura 160): le prime visite hanno un andamento abbastanza costante nel tempo (anche se il trend è disomogeneo tra i diversi distretti), i controlli sono in costante aumento, a dimostrazione del fatto che la popolazione presa in carico è in continuo incremento (le nuove diagnosi che confermano la patologia sono quasi 750 all’anno, e altre 100 persone medie/anno valutate “a rischio di evoluzione a demenza”).

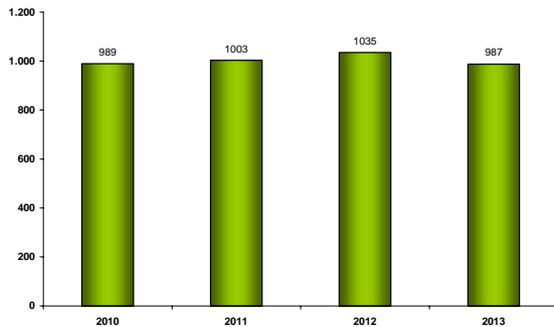


Figura 157: Prime visite.

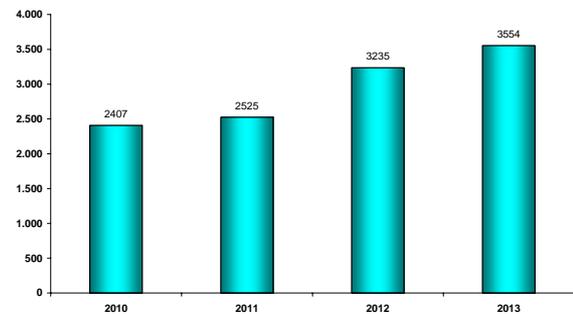


Figura 158: Controlli.

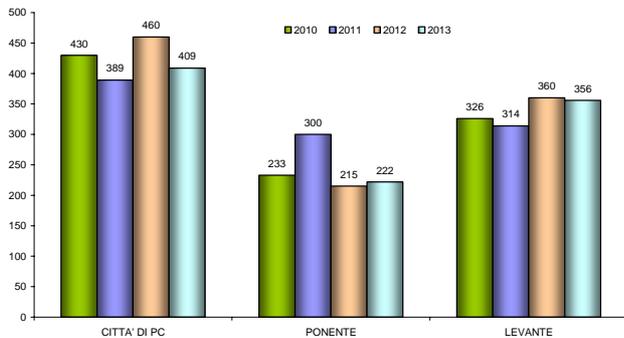


Figura 159: Prime visite per distretto.

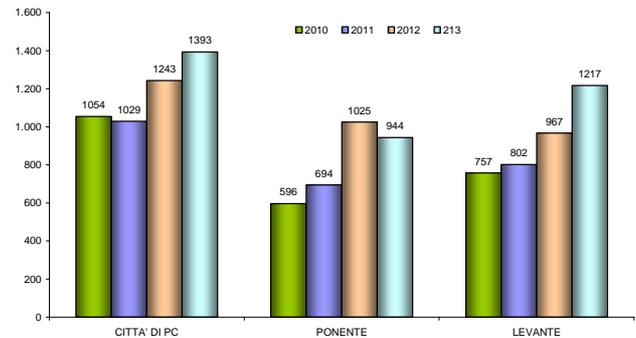


Figura 160: Controlli per distretto.

L’offerta residenziale per disabili¹ è incrementata dalla seconda metà del 2009 (vedi Figura 161); l’incremento di offerta è collocata nei distretti di Levante e soprattutto Ponente, che storicamente presentavano un’offerta insufficiente, mentre è rimasta stabile l’offerta nel Distretto della città, che assorbe comunque ancora una parte del consumo degli altri distretti. Il processo di accreditamento ha permesso di iniziare il processo di ridefinizione dell’offerta semiresidenziale (vedi Figura 162), che si è per ora concretizzato in un incremento dell’offerta.

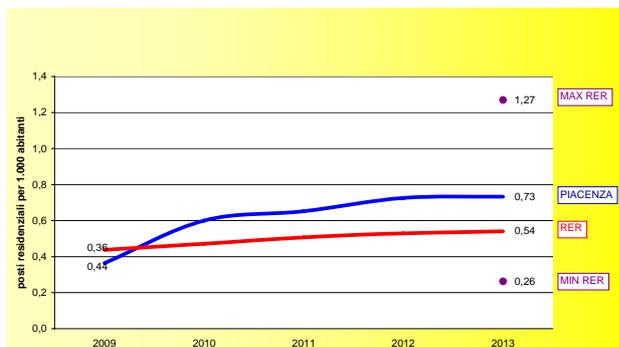


Figura 161: Posti letto residenziali per disabili.

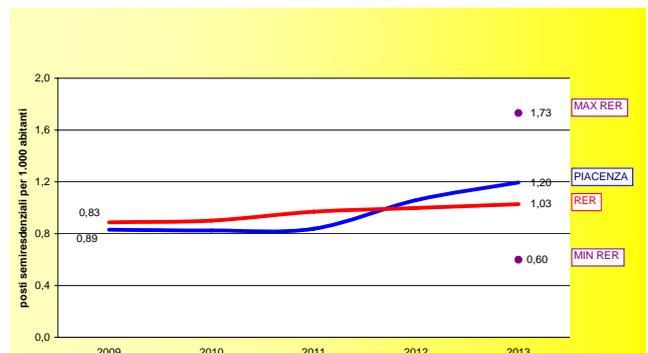


Figura 162: Posti semiresidenziali per disabili.

¹ Il dato di offerta comprende tutte le tipologie di posti



Il consumo (espresso in posti equivalenti costruiti a partire dalle giornate di utilizzo effettivo, quindi condizionati, soprattutto in relazione all'assistenza semiresidenziale, dai periodi di assenza degli utenti, spesso rilevanti) confrontato con l'offerta disponibile, limitatamente alle strutture oggetto di accreditamento (CSRR e CSRD), è rappresentato nelle successive Figura 163 e Figura 164. Nel corso del 2013 nel distretto della Città la struttura di offerta semiresidenziale è stata razionalizzata unificando due centri e riducendo complessivamente i posti offerti. Va sottolineato infine come il consumo degli utenti dei distretti di Levante e Ponente presso i centri del distretto della Città sia stato rispettivamente pari a 3,7 e 1,7 posti equivalenti nei centri residenziali e 9,2 e 8,6 posti equivalenti nei centri semiresidenziali.

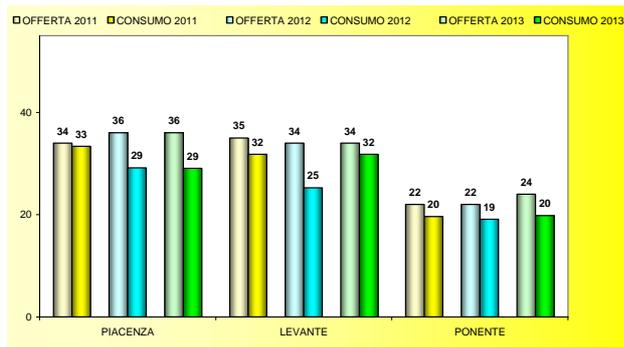


Figura 163: Posti in CSRR offerti e utilizzati.

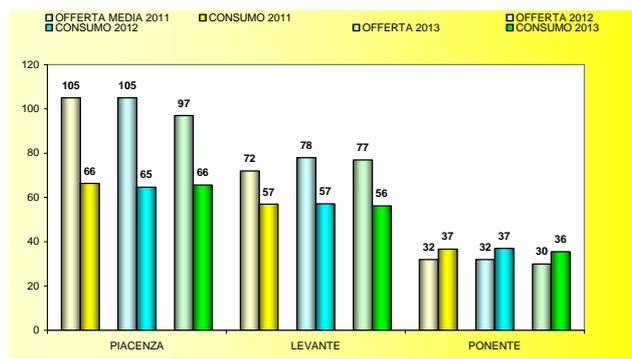


Figura 164: Posti in CSRD offerti e utilizzati.

In riferimento alle gravissime disabilità acquisite, nel corso dell'anno sono stati assistiti complessivamente in strutture residenziali 46 utenti e al 31/12 erano presenti 31 persone così suddivise per residenza: 15 del distretto della Città, 4 del distretto di Ponente e 12 del distretto di Levante. Inoltre, nel corso del 2013, sono stati erogati complessivamente 46 assegni di cura a favore di utenti in condizione di "gravissima disabilità acquisita", al 31/12 gli assegni attivi erano 36 (17 del distretto della Città, 8 del distretto di Ponente e 15 del distretto di Levante). La successiva vedi Figura 165 mostra l'andamento dei dati appena illustrati nell'ultimo triennio: la scarsa numerosità dei casi genera inevitabilmente oscillazioni consistenti tra un anno e l'altro.

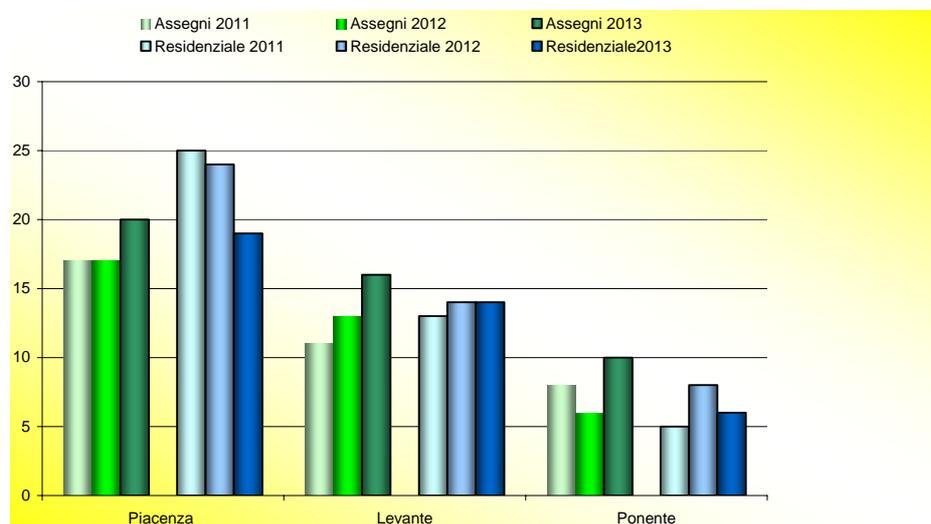


Figura 165: Gravissimi disabili acquisiti per tipologia di assistenza e per distretto.



L'incidenza dei gravissimi disabili acquisiti assistiti in assoluto e rapporto alla popolazione (incluso anche le persone assistite a domicilio che non percepiscono l'assegno di cura, di solito per limiti di reddito) è rappresentata nelle successive figure (vedi da Figura 166 a Figura 169): il dato è variabile sempre per la scarsa numerosità dei casi, ma in incremento in tutta la Regione. In provincia di Piacenza la prevalenza è la più alta della regione, cos' come il trend di crescita è il più consistente. La distribuzione per età di tutti i casi nelle diverse Province della regione e nei distretti provinciali, è rappresentata nelle successive Figura 170 e Figura 171.

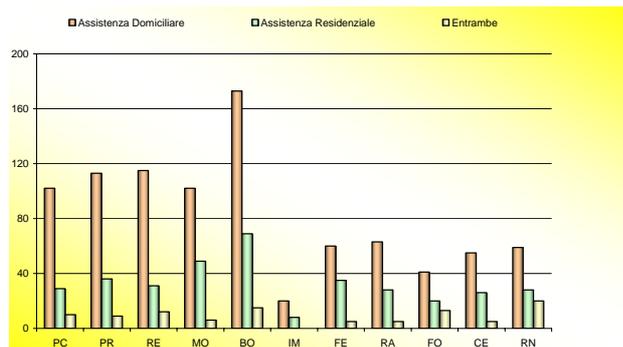


Figura 166: Gravissimi disabili acquisiti assistiti.

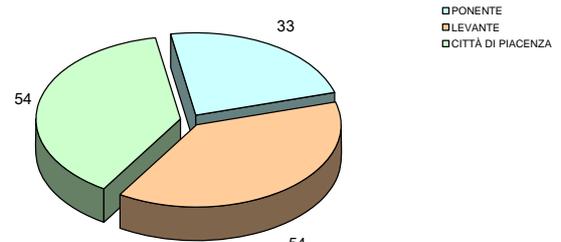


Figura 167: Gravissimi disabili acquisiti assistiti per distretto.

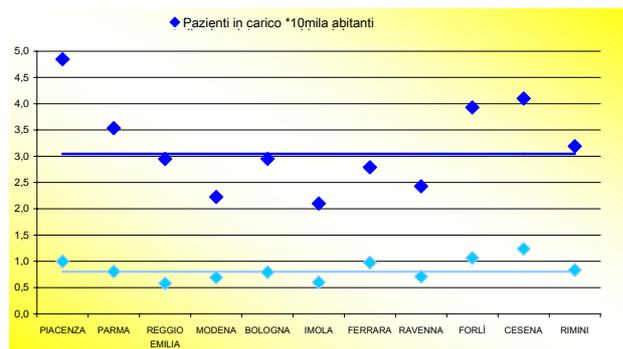


Figura 168: Gravissimi disabili acquisiti assistiti su popolazione.

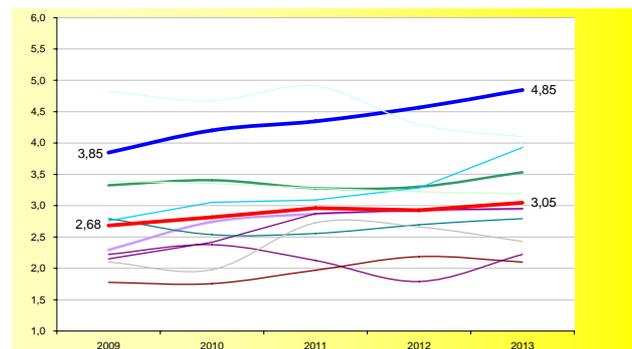


Figura 169: Trend gravissimi disabili acquisiti assistiti su pop.

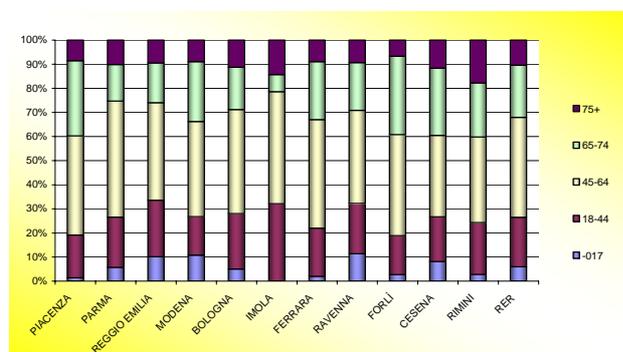


Figura 170: Gravissimi disabili acquisiti per età.

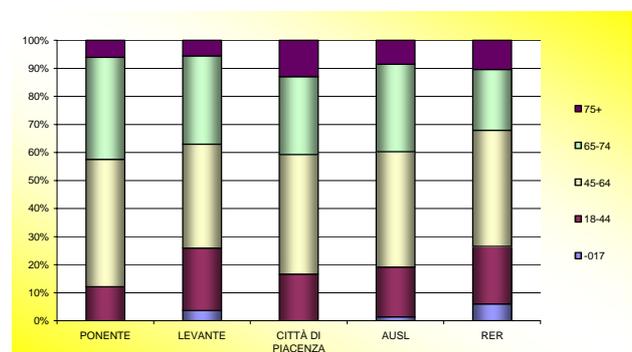


Figura 171: Gravissimi disabili acquisiti per età per distretto.

Infine, per un approfondimento sulla strutturazione dei servizi e degli interventi per i malati di SLA, consolidati anche a seguito all'istituzione del fondo nazionale dedicato, si veda la sezione 7.2, da pag. 154.



Gli utenti in carico ai servizi di salute mentale per 10.000 abitanti maggiorenni (popolazione target) sono dal 2007 superiori al dato regionale; il trend, in crescita in tutti i territori, segue in modo speculare l'andamento regionale fino al 2011, per poi crescere in maniera superiore alla media regionale negli ultimi due anni (vedi Figura 172).

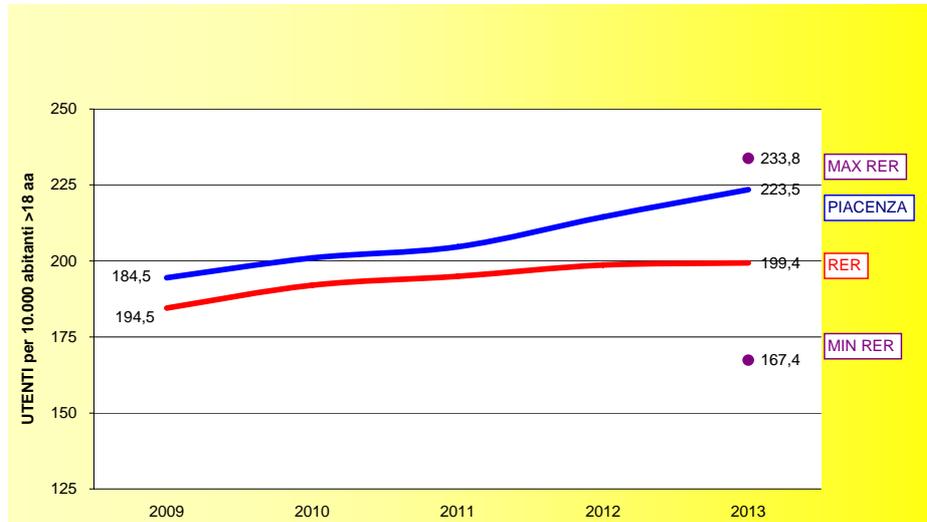


Figura 172: Utenti in carico al Dipartimento di salute mentale per 10.000 abitanti maggiorenni.

La disaggregazione per distretto degli utenti della salute mentale in rapporto alla popolazione maggiorenne è rappresentato nella successiva Figura 173: il trend è in crescita nei distretti di Levante e Ponente, mentre è più stabile in città dove però il dato è storicamente più alto.

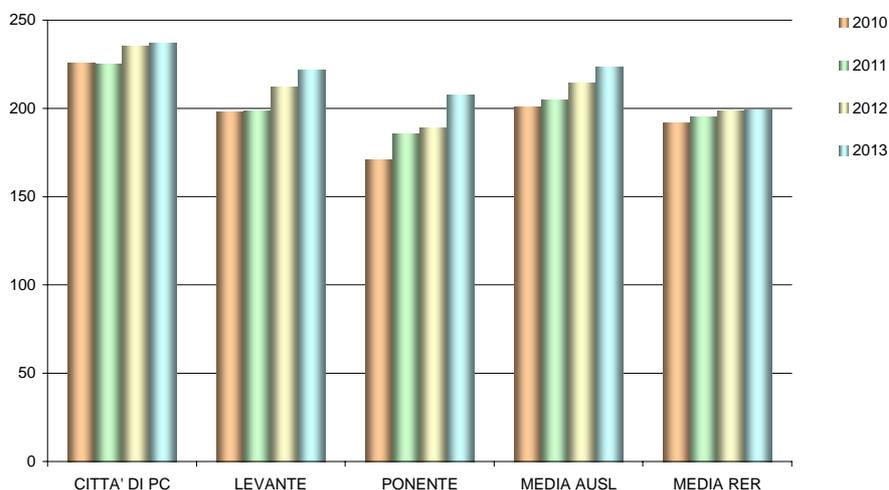


Figura 173: Utenti in carico al Dipartimento di salute mentale per 10.000 abitanti maggiorenni per distretto 2008-2009.

I dimessi per 10.000 abitanti dai servizi psichiatrici di diagnosi e cura sono stabilmente al di sotto della media regionale (vedi Figura 174), il trend dei trattamenti sanitari obbligatori rispetto alle dimissioni totali hanno un andamento variabile nel tempo, leggermente superiore alla media regionale (Figura 175).

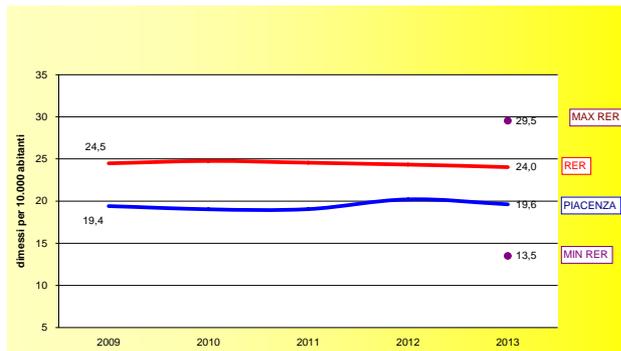


Figura 174: Dimessi da SPDC per 10.000 abitanti.

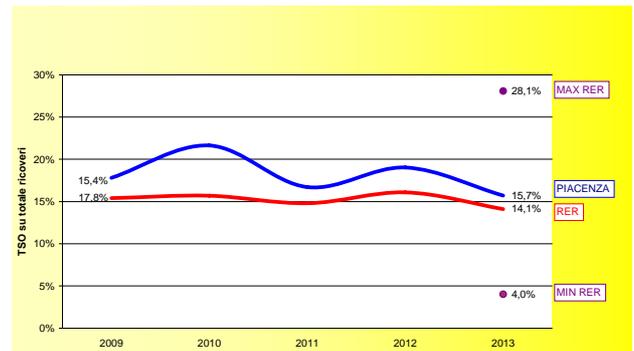


Figura 175: % di TSO su dimessi da SPDC.

In relazione infine alle attività dei *Sert.T.*, il tasso standardizzato di prevalenza (utenti in rapporto alla popolazione tra i 15 e i 64 anni per mille), è al di sotto della media regionale ed evidenzia un andamento abbastanza stabile nel tempo (vedi da Figura 176).

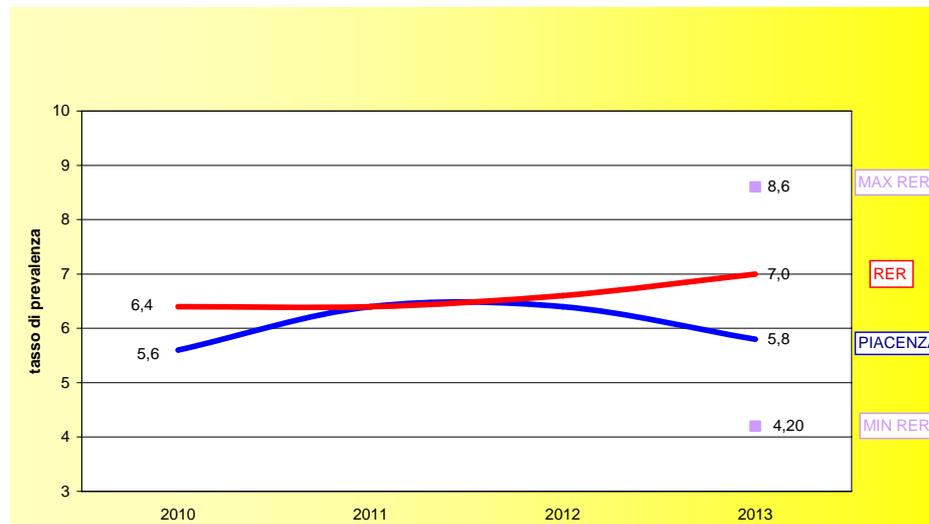


Figura 176: Tasso di prevalenza dipendenze.

In relazione all'offerta di posti letto per il trattamento di persone dipendenti da sostanze d'abuso, sia pubblici che gestiti dal privato sociale, le successive figure mostrano i valori assoluti (vedi Figura 177) e in rapporto alla popolazione (vedi Figura 178).

La Provincia di Piacenza ha una capacità di offerta residenziale in linea con la media regionale, mentre, come altre realtà (ad esempio Modena e Imola), non dispone di posti semiresidenziali.

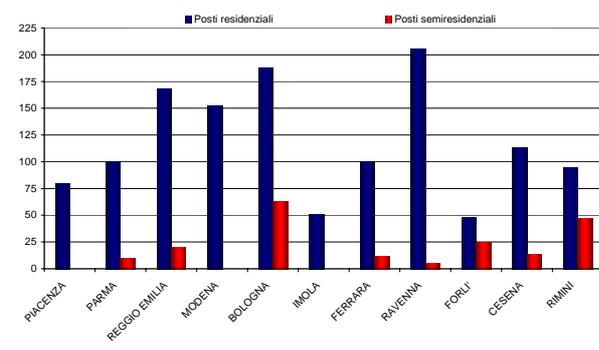


Figura 177: Posti.

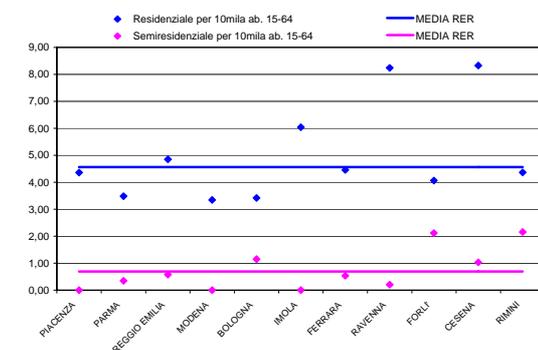


Figura 178: Posti per 10.000 abitanti.



2.3.4 Assistenza ospedaliera

L'offerta di posti letto per mille abitanti, il cui trend è rappresentato nella Figura 179, è stabile (l'ultima variazione si è registrata nel 2009 con l'apertura del nuovo corpo di fabbrica dell'ospedale di Fiorenzuola), così come la suddivisione per regime e produttore (vedi Figura 180).

A fine 2013 i noti problemi di vulnerabilità statica riscontrati nel vecchio corpo di fabbrica dell'Ospedale di Fiorenzuola, hanno costretto alla chiusura del medesimo e al trasferimento delle attività chirurgiche presso l'ospedale di Piacenza.

Rispetto ai nuovi parametri definiti a livello nazionale, l'offerta provinciale è già ampiamente in linea rispetto ai posti letto per acuti (anche se resta da definire il peso del consumo in mobilità passiva, che potrebbe portare comunque alla necessità di un leggero ridimensionamento), mentre è superiore al target l'offerta per lungodegenza e riabilitazione estensiva.

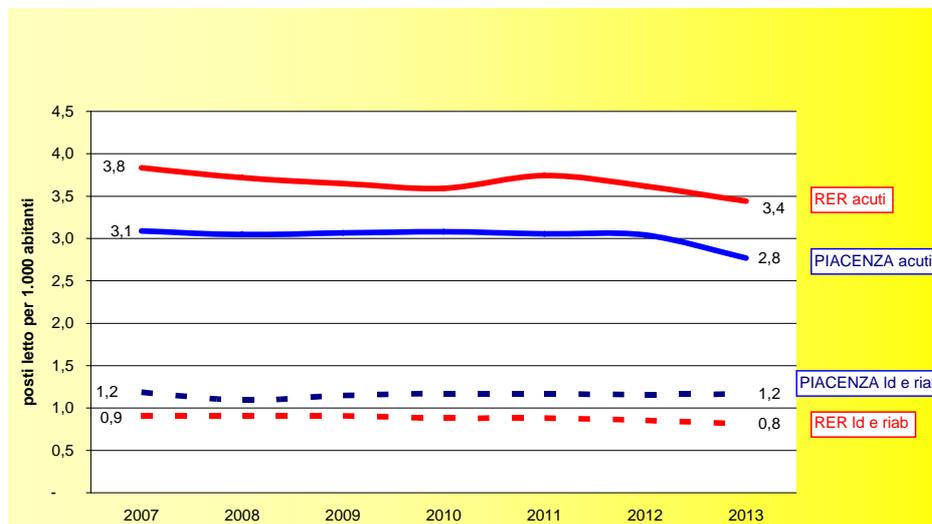


Figura 179: Posti letto per mille abitanti.

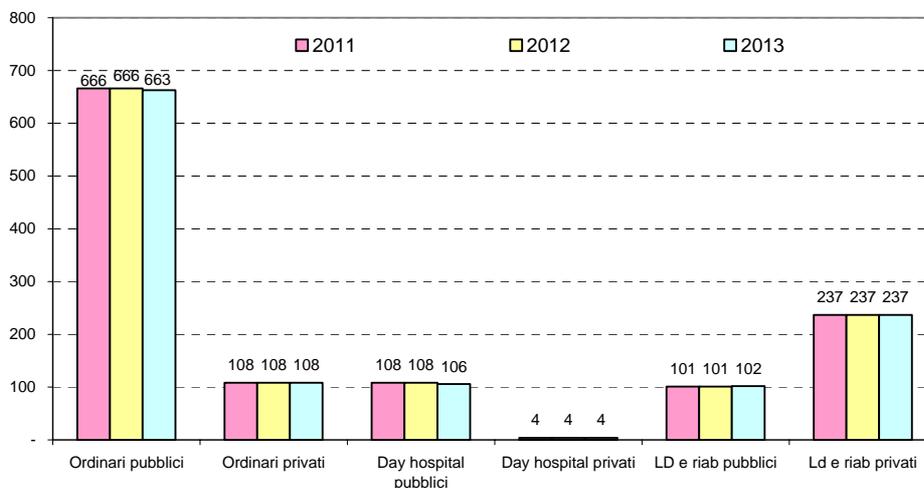


Figura 180: Posti letto per tipologia e produttore.



In termini di appropriatezza lo sforzo aziendale ha dato i suoi frutti riportando molto vicino alla media regionale (dato tra i migliori in Italia) i tassi di ospedalizzazione per mille abitanti, specie quello per i ricoveri ordinari, ampiamente diminuito all'inizio degli anni duemila, e ora di nuovo in calo, dopo diversi anni in cui si era mantenuto praticamente stazionario (vedi Figura 181).

Anche il tasso di ospedalizzazione del day hospital (vedi Figura 182) è ancora superiore alla media regionale, determinato però esclusivamente dal day hospital medico: quello chirurgico è dal 2008 allineato e in alcuni anni addirittura inferiore al dato medio regionale. La differenza rispetto al dato medio regionale deriva soprattutto dalla mobilità passiva extraregionale, e in particolare quella verso la Lombardia, a volte inappropriata e non controllabile dall'Azienda, pur a fronte di buone performance dal lato della produzione (vedi oltre, Figura 185).

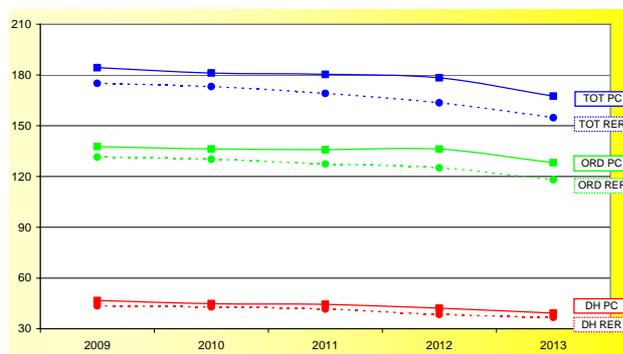


Figura 181: Tasso di ospedalizzazione.

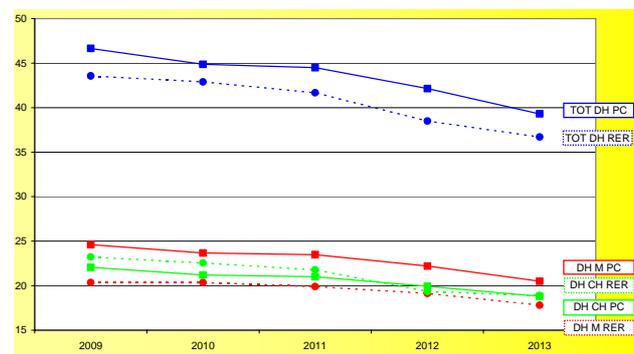


Figura 182: Tasso di ospedalizzazione day hospital.

La successiva Figura 183 rappresenta il tasso di ospedalizzazione standardizzato disaggregato per distretto, affiancato alla media provinciale e regionale: in tutti i distretti sia il tasso complessivo che separatamente per regime sono superiori alla media regionale; a livello locale la Città presenta il tasso più alto in regime ordinario, il distretto di Levante il tasso più alto in regime di day hospital, mentre il distretto di Ponente presenta i tassi più bassi in entrambi i regimi di ricovero.

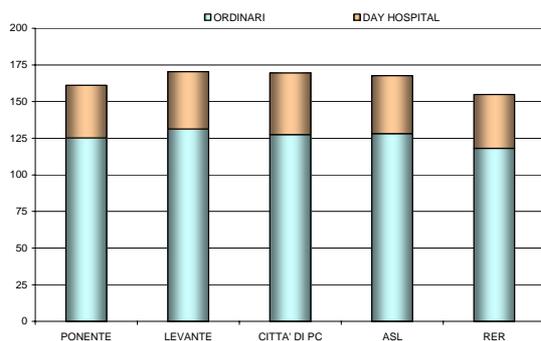


Figura 183: Tasso di ospedalizzazione per distretto.

Le figure che seguono illustrano l'andamento della produzione, distinta nei due regimi di ricovero (vedi Figura 184). La sempre maggiore appropriatezza nel ricorso al day hospital è, infatti, dimostrata dalla riduzione ormai consolidata dei casi medici, con l'esclusione di quelli oncologici, ulteriormente incrementati nel 2012 (vedi Figura 185).

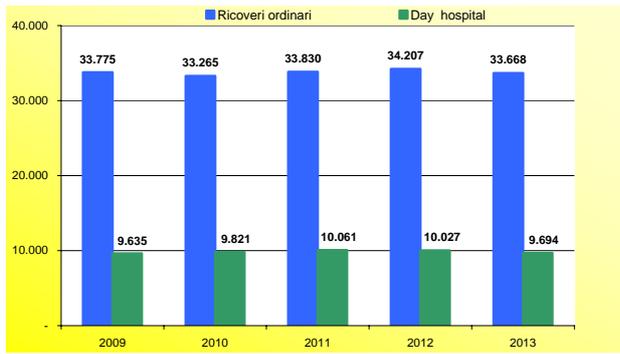


Figura 184: Produzione ricoveri per regime.

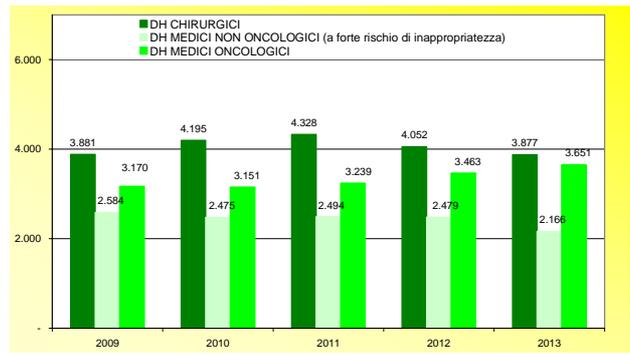


Figura 185: Produzione day hospital per tipo.

La dipendenza delle strutture ospedaliere aziendali dalla popolazione (cioè la composizione dell'attività degli ospedali per residenza degli utilizzatori), è illustrata nella successiva Figura 186, confrontata con la media regionale (vedi Figura 187). Da sottolineare l'incremento nel tempo dell'attività in favore di non residenti provenienti da fuori Regione avvenuto negli scorsi anni e dal 2008 stabilmente intorno al 17% (Figura 188). La quota di pazienti provenienti da altre Province della Regione è invece molto inferiore alla media per ovvie ragioni di posizionamento geografico. E' più alta della media regionale la quota di utilizzo delle strutture provinciali da parte dei residenti.

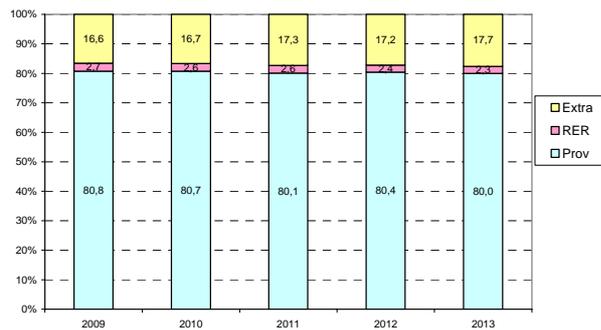


Figura 186: Dipendenza della struttura dalla popolazione, PC.

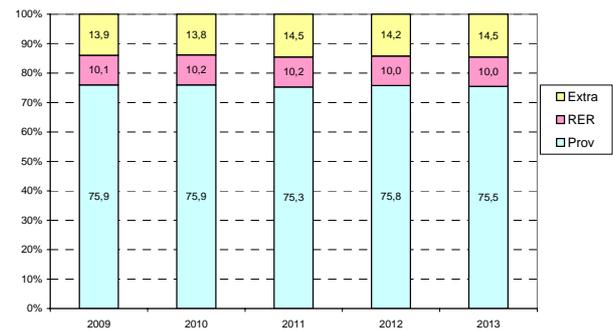


Figura 187: Dipendenza della struttura dalla popolazione, RER.

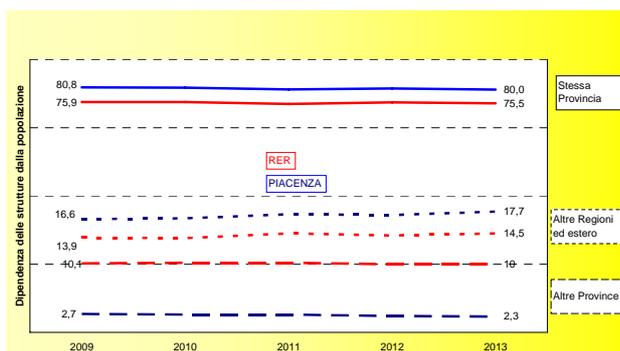


Figura 188: Dipendenza della struttura dalla popolazione.

La dipendenza della popolazione dalle strutture (cioè la composizione del consumo dei residenti per sede di ricovero) è illustrata nelle successive Figura 189 e Figura 190. Anche in questo caso la composizione del consumo risente della posizione geografica della Provincia, i cui residenti si rivolgono più fuori Regione che nel resto della RER, ma la quota di consumo fuori regione è in calo negli anni, passando dal 18% del 2008 al 15% nel 2013.



Figura 189: Dipendenza della popolazione dalle strutture, PC.



Figura 190: Dipendenza della popolazione dalle strutture, RER.

Un approfondimento rispetto alle scelte di destinazione dei residenti della provincia viene da quest'anno illustrato nelle successive figure (vedi Figura 191) e riguarda la scelta dell'ospedale in cui partorire, disaggregata a livello distrettuale, con l'esclusione però della mobilità passiva extraregionale. La successiva Figura 192 rappresenta inoltre la percentuale di cesarei per distretto e destinazione, sempre con l'esclusione della mobilità passiva extraregionale. Non sono significative le percentuali riferite al dato extra azienda, relative ad un numero molto ridotto di casi.

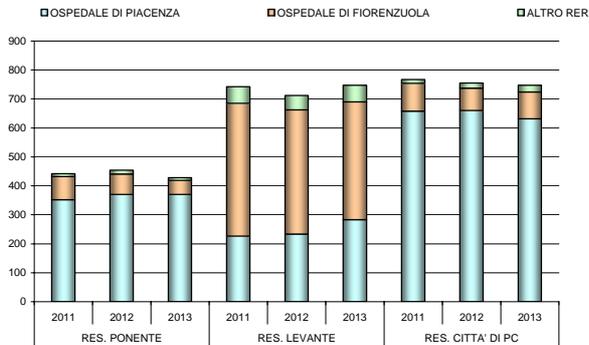


Figura 191: Parti per distretto e destinazione

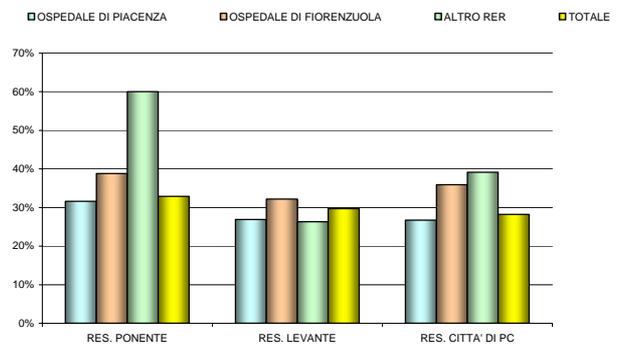


Figura 192: % cesarei sul totale parti per distretto e destinazione.

Le figure seguenti illustrano l'andamento delle liste di attesa per i ricoveri programmati (quindi escluse le urgenze immediate), relative ad alcuni interventi e procedure individuate nell'accordo Stato Regioni. Le prime figure mostrano la percentuale di interventi eseguiti rispettivamente entro 90 (vedi Figura 193 e seguenti) e 180 giorni (vedi Figura 196 e seguenti).

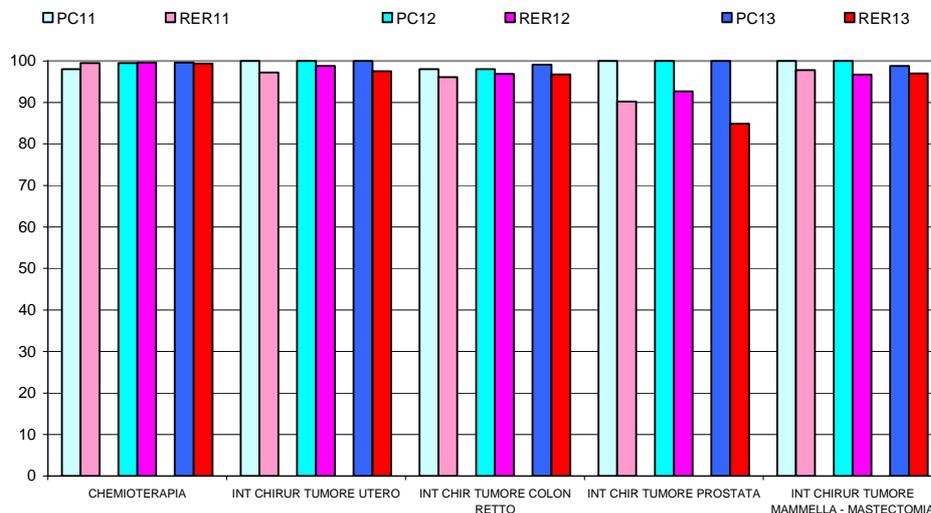


Figura 193: % interventi eseguiti entro 90 giorni - 1.

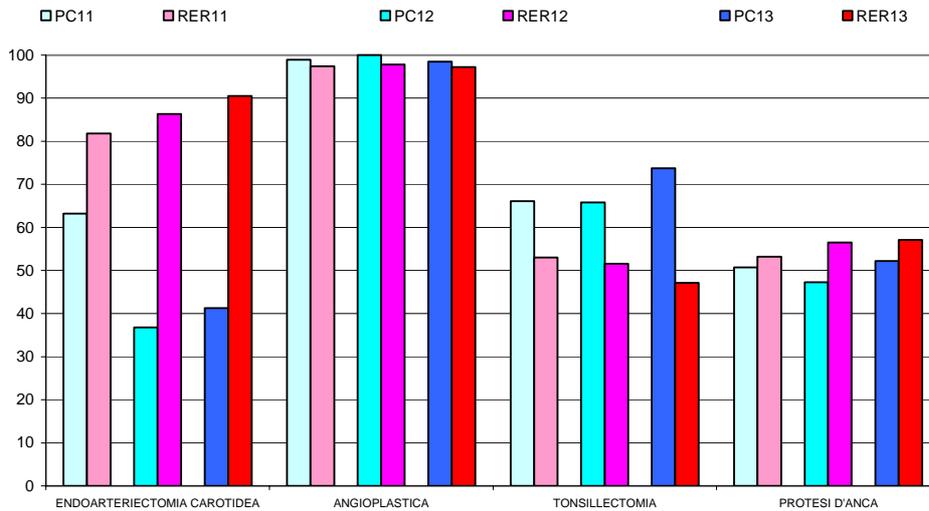


Figura 194: % interventi eseguiti entro 90 giorni – 2.

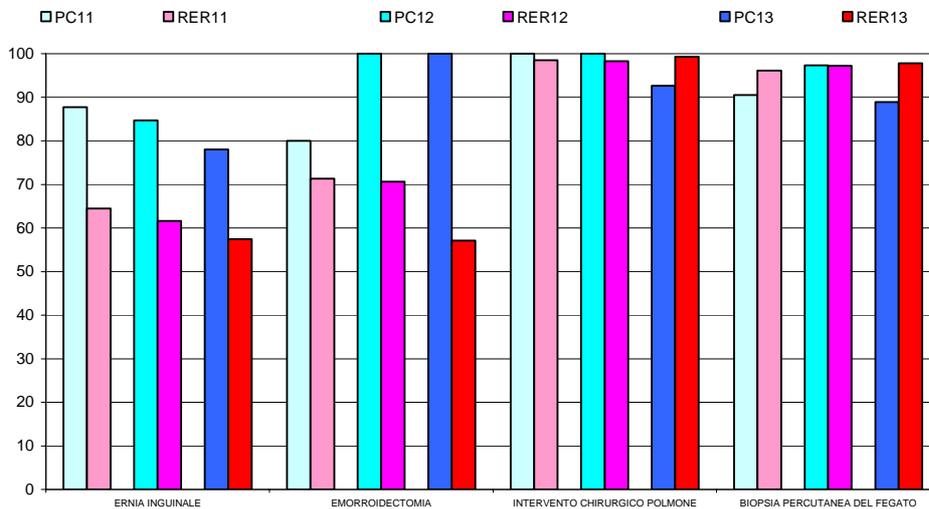


Figura 195: % interventi eseguiti entro 90 giorni – 3.

Nel 2013 per tutti gli interventi e le prestazioni monitorate è stato raggiunto l'obiettivo previsto dall'accordo: 50% degli interventi eseguiti entro 90 giorni dalla data di primo contatto² (vedi da Figura 193 a Figura 195), con la sola eccezione dell'endoarteriectomia carotidea (41%), mentre per la protesi d'anca il risultato è al limite (52%, in miglioramento rispetto al 47% del 2012). Si confermano ovviamente vicine al 100% le percentuali per tutti gli interventi oncologici, per le procedure relative alla gestione dell'infarto miocardio acuto, oltre ad altri interventi (Figura 193).

² In particolare sulla chemioterapia l'obiettivo è più stringente: 100% entro 30 giorni, termine entro cui l'Azienda ha effettuato il 95% dei trattamenti. Va sottolineato come l'attività e l'organizzazione del day hospital permettano una buona elasticità nella somministrazione dei trattamenti chemioterapici e non sia mai in realtà necessario procrastinare terapie oncologiche. I tempi superiori ai 30 giorni che vengono registrati sono legati in genere a problemi clinici (patologie concomitanti, esecuzione di ulteriori indagini nella stadiazione come biopsie di organi profondi, rivalutazione diagnostica) o a scelte dei pazienti (richiesta specifica del paziente, attesa di una seconda opinione o di un'ulteriore valutazione).



Le successive figure mostrano le percentuali per le stesse prestazioni riferite a 180 giorni (vedi da Figura 196 a Figura 198): la seconda parte dell'obiettivo dell'accordo Stato Regioni prevede, infatti, che il 90% degli interventi sia eseguito appunto entro 180 giorni.

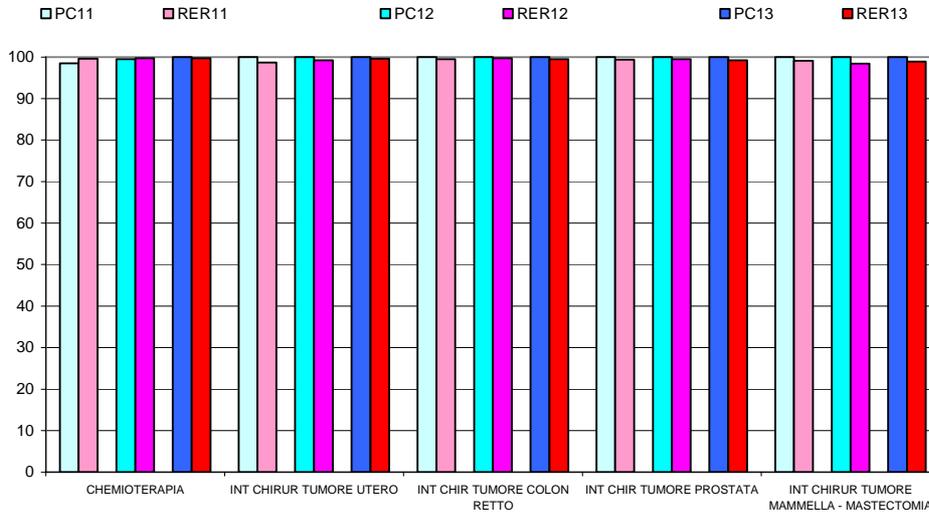


Figura 196: % interventi eseguiti entro 180 giorni – 1.

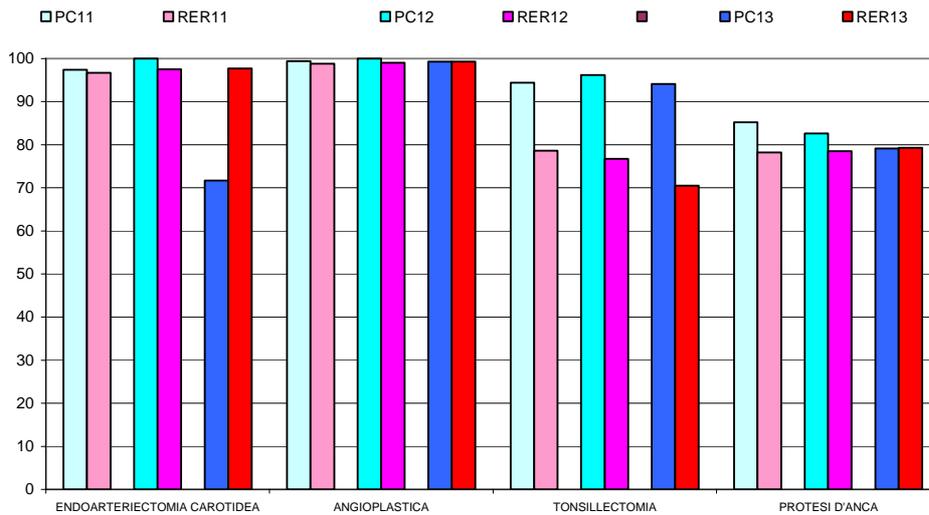


Figura 197: % interventi eseguiti entro 180 giorni – 2.

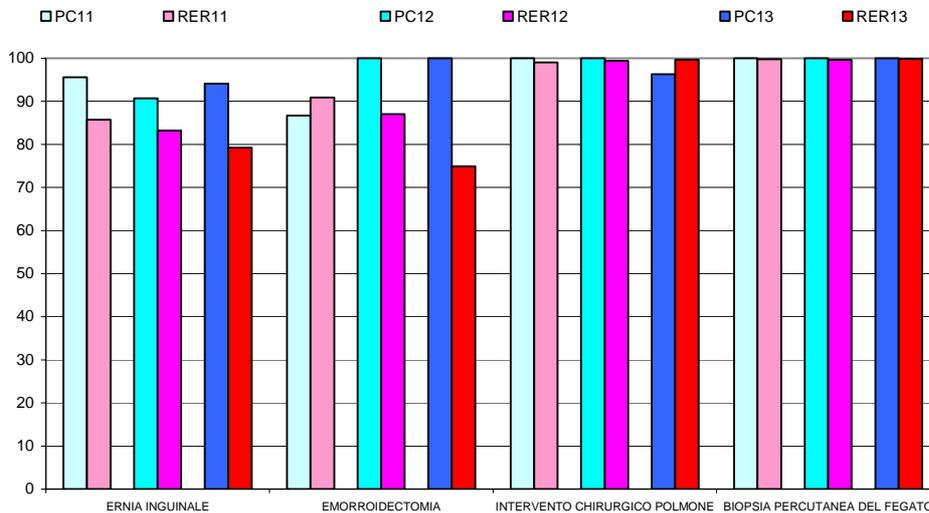


Figura 198: % interventi eseguiti entro 180 giorni – 3.



Nel 2013 sono state eseguite nei tempi obiettivo tutte le prestazioni, con la sola eccezione della dell'endoarteriectomia carotidea (72%) e della protesi d'anca (79%). Vale la pena di sottolineare come per molti interventi, e non solo di tipo oncologico, entro 180 giorni sia stata eseguita la totalità degli interventi previsti. Nella maggior parte dei casi l'Azienda di Piacenza presenta tempi migliori della corrispondente media regionale.

Vale la pena infine rappresentare anche la percentuale di interventi chirurgici di area oncologica effettuati entro 30 giorni, superiore al 70% in tutti i casi, con la sola eccezione dell'intervento per tumore della prostata (di poco inferiore al 40%). In quest'ultimo caso va detto anche che entro 60 giorni viene eseguita la totalità degli interventi, contro un corrispondente 73% medio regionale.

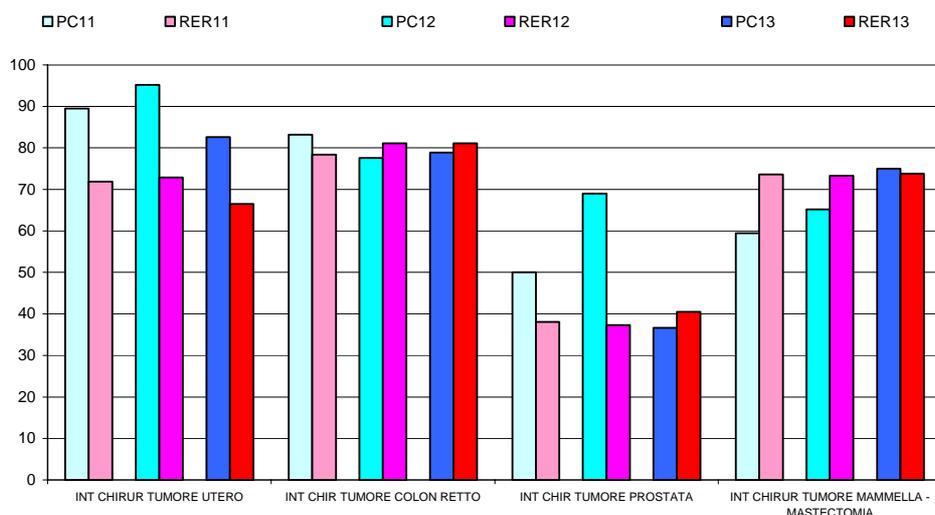


Figura 199: % interventi eseguiti entro 90 giorni – area oncologica.

Le figure che seguono mostrano infine la composizione dell'attività 2013 per blocchi di tempi di attesa dal primo contatto (entro 30 giorni, tra 30 e 60, tra 60 e 120, e oltre 120 giorni), confrontate con la media regionale.

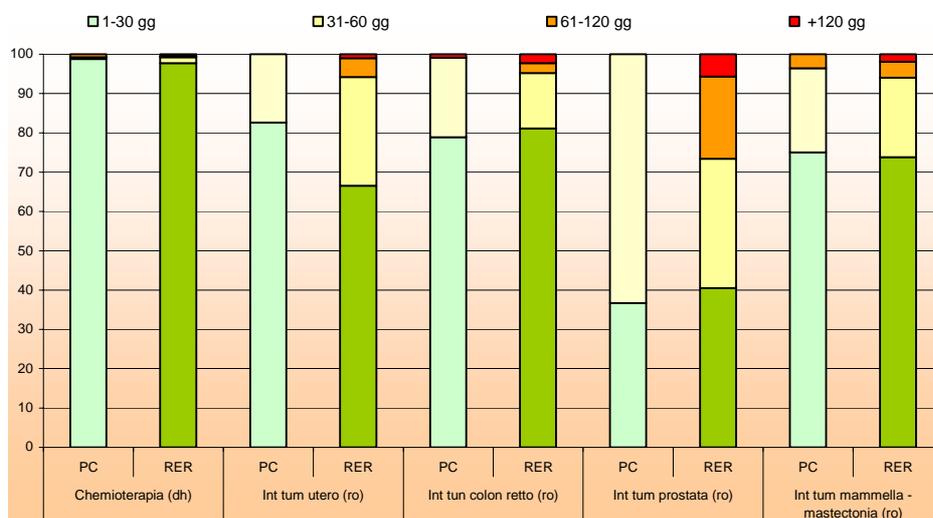


Figura 200: Attesa interventi - 1.

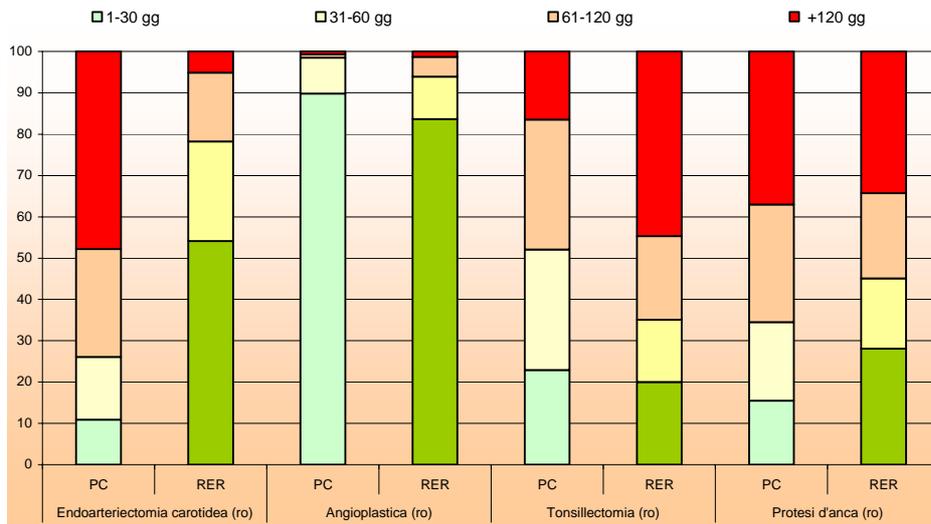


Figura 201: Attesa interventi - 2.

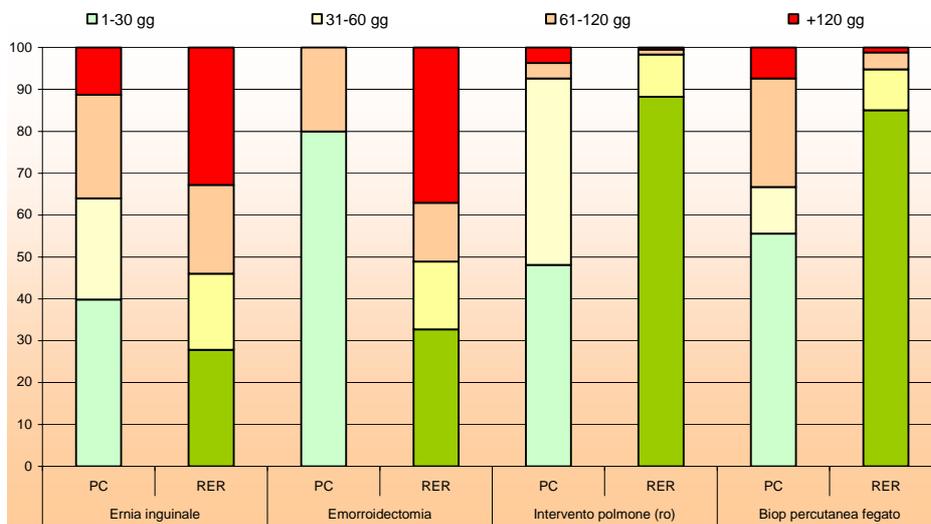


Figura 202: Attesa interventi - 3.

In relazione ai volumi di attività dei Pronti Soccorso Aziendali, tra il 2000 e il 2008 gli accessi sono cresciuti di oltre il 20%, quindi con un incremento medio di circa il 3% all'anno. Gli incrementi più consistenti hanno riguardato l'ospedale di Fiorenzuola. Dal 2009 c'è stata un'inversione di tendenza complessiva (vedi Figura 203), determinata soprattutto dal calo degli accessi al Pronto soccorso pediatrico dell'ospedale di Piacenza, (complessivamente tra pronto soccorso generale, ortopedico, oculistico e pediatrico, Piacenza assorbe oltre il 60% di tutti gli accessi della provincia), e in misura minore di quelli all'ospedale di Castel San Giovanni. Il calo è proseguito nel 2010 e nel 2011 (con un numero di accessi complessivo intorno ai 106mila/anno), mentre gli accessi sono nuovamente cresciuti nel 2012, riportando i dati ai valori degli anni 2004-2005, per rimanere complessivamente stabili nel 2013. Gli accessi complessivi sono stati oltre 110.000, contro gli oltre 114.000 del 2008. La rappresentazione attraverso numeri indice consente di non risentire della diversa numerosità assoluta (dai 4.000 accessi di Bobbio agli oltre 69.000 di Piacenza).

La successiva Figura 204 illustra, sempre attraverso numeri indice a base 2005, l'andamento degli accessi per fasce di età: gli accessi delle persone in età anziana (circa il 20% del totale) sono in



ulteriore crescita, mentre nelle altre fasce di età i valori del 2013 sono stati esattamente sovrapponibili a quelli del 2005, seppure con andamenti nel tempo completamente diversi.

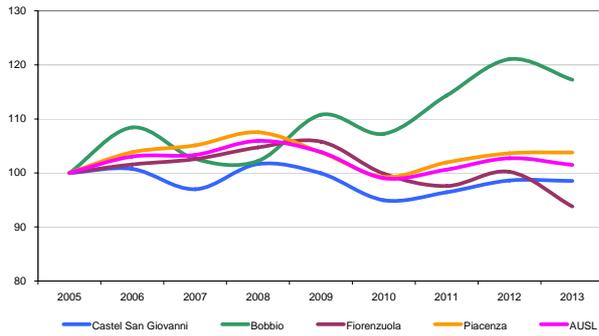


Figura 203: Accessi in PS, numeri indice.

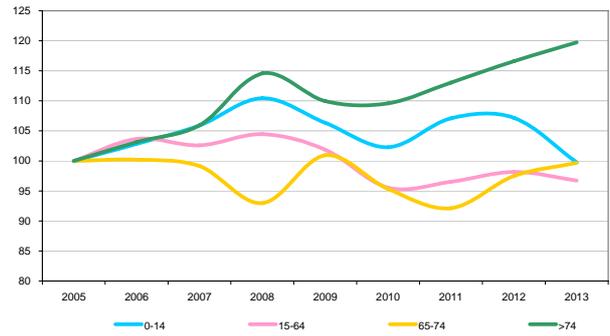


Figura 204: Accessi in PS per fascia di età, numeri indice.

In relazione poi ai giorni della settimana (vedi Figura 205), il maggior numero di accessi avviene nella giornata di lunedì, il minimo nella giornata di domenica. Gli altri giorni della settimana sono abbastanza sovrapponibili.

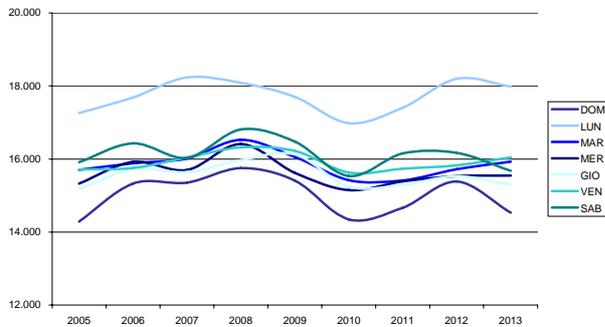


Figura 205: Accessi in PS per giorno della settimana – valori assoluti.

La successiva Figura 206 mostra la composizione percentuale degli accessi per codice colore alla dimissione: nel 2013 i codici rossi sono stati circa il 2,5% degli accessi, i gialli circa il 12%, i verdi intorno al 69% e il restante bianchi, composizione relativamente stabile nel tempo.

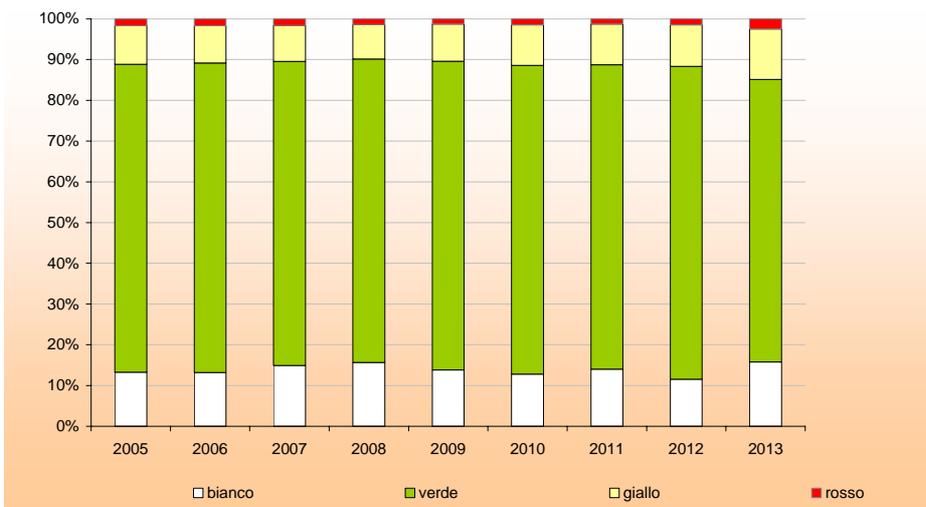


Figura 206: Accessi in PS per codice alla dimissione.

La successiva Figura 207 mostra infine gli indici di accesso per distretto (espresso in numero di accessi per mille abitanti). Va precisato che il dato non tiene conto degli accessi in mobilità extraregionale.

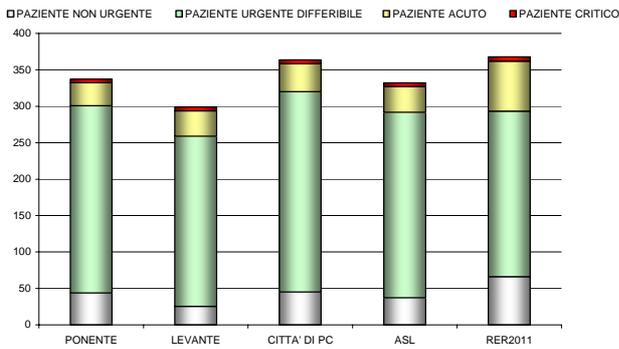


Figura 207: Accessi in PS per codice alla dimissione per distretto.

La percentuale di accessi rispetto alla popolazione (vedi Figura 208) è stata del 38%, di poco inferiore alla media regionale (41%). I dati comprendono le attività delle aziende territoriali e delle aziende ospedaliere che insistono sullo stesso territorio. La percentuale di accessi cui è seguito un ricovero (vedi Figura 209) è da tre anni abbastanza stabile intorno al 15%, leggermente superiore alla media regionale.

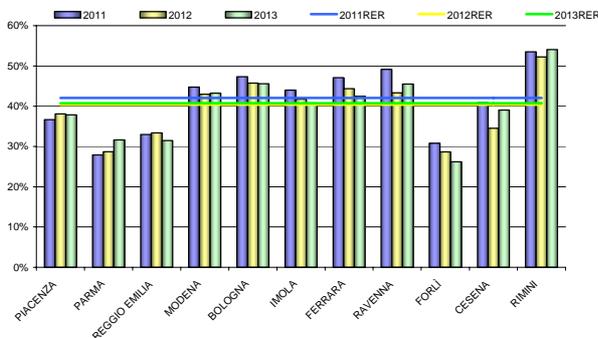


Figura 208: Accessi su popolazione residente.

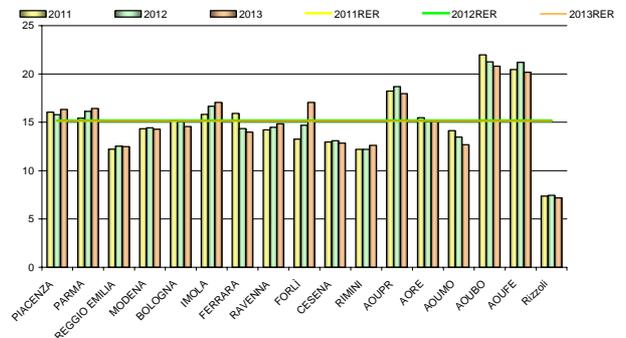


Figura 209: Ricoveri su accessi.

La successiva Figura 210 illustra i casi di Osservazione Breve Intensiva (OBI), in rapporto al totale degli accessi e alla popolazione residente: nel 2012 il rapporto tra OBI e totale accessi si è attestato sul 4,5%, perfettamente in linea con la media regionale, dopo alcuni anni in cui il dato era superiore. La Figura 211 rapporta invece i casi di OBI alla popolazione: nel 2012 il valore si attesta sui 18 accessi per mille abitanti, contro una media regionale di 19. Anche in questo caso la rappresentazione ha considerato gli accessi e gli OBI per provincia, sempre sommando le attività delle AUSL e quelle delle AOSP che insistono sullo stesso territorio. La distribuzione dell'attività nelle diverse sedi ospedaliere aziendali è illustrata nella successiva Figura 212.

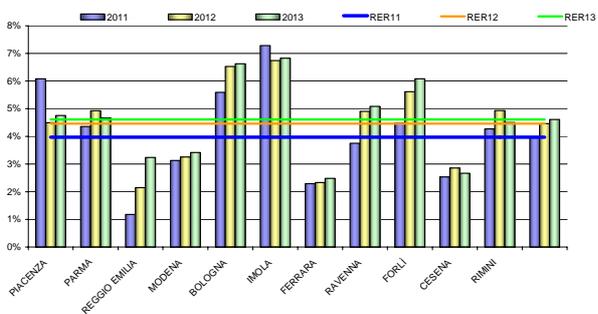


Figura 210: OBI su accessi.

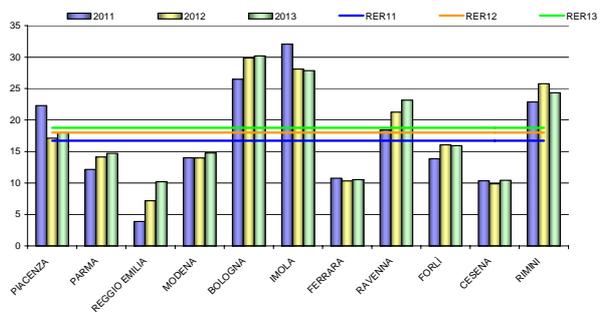


Figura 211: OBI su popolazione.

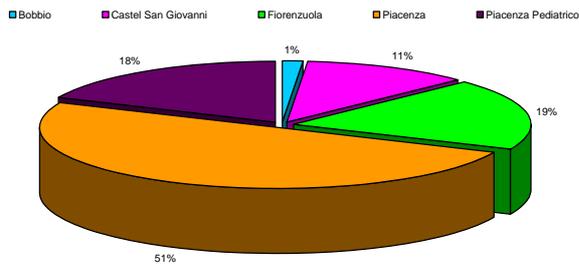


Figura 212: OBI per ospedale.

Riguardo infine al *piano sangue*, nel 2013 si è assistito ad un drastico calo della raccolta (dopo due anni stabili, che seguivano tre anni di forte crescita), che si è attestata intorno alle 14.000 unità, riportando i valori a quasi dieci anni fa (vedi Figura 213). Il trend del consumo è in ulteriore calo e presenta valori paragonabili a quelli del 2008 (vedi Figura 214); nel 2013 sono state consumate quasi 12.500 unità.

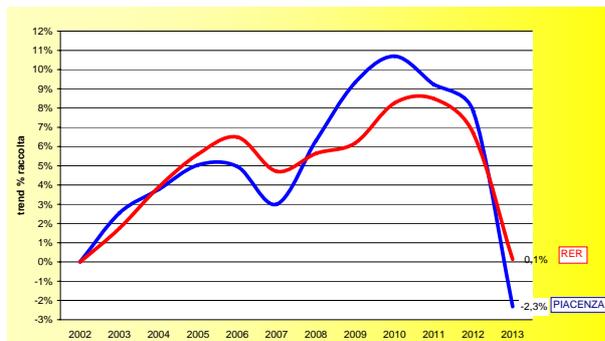


Figura 213: Trend unità raccolte.

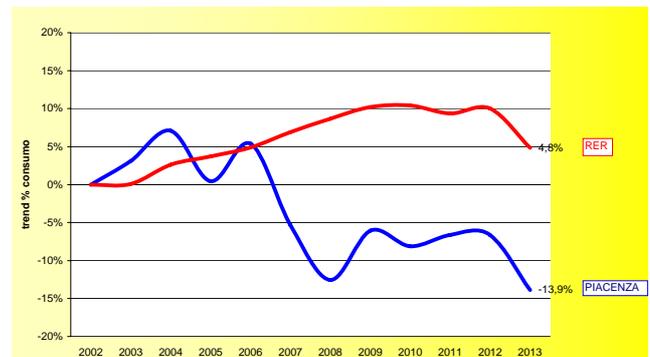


Figura 214: Trend "unità rosse" consumate.

Piacenza ha raggiunto ormai da anni l'autosufficienza piena (vedi Figura 215), attestandosi nel 2012 a 111unità raccolte ogni 100 consumate, contro una media regionale del 100.

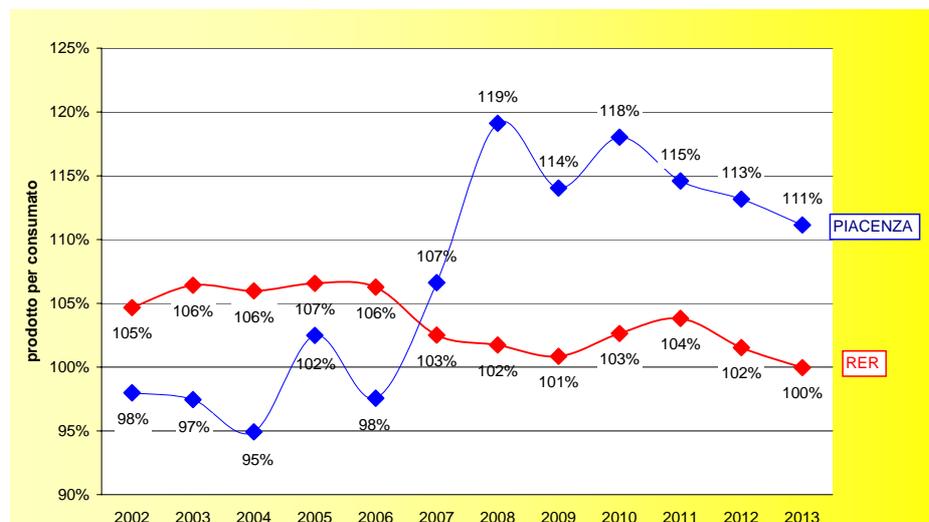


Figura 215: Unità prodotte per cento unità consumate.



2.3.5 Qualità dell'assistenza

E' stato completato Il lavoro di revisione degli indicatori di qualità dell'assistenza da inserire nel bilancio di missione, che aveva l'obiettivo di individuare misure che da un lato comprendessero una gamma più ampia di dimensioni della qualità, dall'altro che rilevassero fenomeni consistenti anche dal punto di vista numerico. Gli indicatori selezionati sono stati presentati alle Direzioni generali delle Aziende in occasione della concertazione 2011 e, ove non già monitorati in azienda, sono stati inseriti nel processo di programmazione e controllo dei dipartimenti coinvolti.

Si è deciso di monitorare l'andamento:

- di alcuni indicatori di tempestività (interventi di fratture di femore entro 2 giorni o di PTCA primaria entro 1 giorno dal ricovero);
- alcuni indicatori di appropriatezza (ad esempio la proporzione di cesarei primari, o di interventi in laparoscopia, o ancora la proporzione di reingressi in ospedale non pianificati entro 15 giorni dalla dimissione);
- del tasso di ospedalizzazione per alcune cause definite "evitabili"; se elevato potrebbe essere indice non solo di un eccesso di ricorso alla degenza, ma di una scarsa attenzione alle possibili alternative assistenziali in regimi extra ospedalieri (ad esempio scompenso cardiaco, diabete, ecc) o ai programmi vaccinali (polmonite e influenza nella popolazione anziana);
- degli indici di mortalità a 30 giorni dal ricovero per alcune specifiche patologie ad alta prevalenza: infarto e ictus. Il dato è presentato sia in riferimento ai dimessi, sia in riferimento ai residenti, indipendentemente dalla struttura di ricovero.

Si riporta qui di seguito un prospetto riassuntivo degli indicatori misurati, con l'indicazione del risultato aziendale degli ultimi anni, confrontato con la media regionale.

Tutti gli indicatori con i relativi trend, confrontati con la media e i range di variazione a livello regionale, sono illustrati in dettaglio in Appendice 3 (vedi da Figura 325 a Figura 339, pag. XLI e seguenti).

	AUSL PC 2007	AUSL PC 2009	AUSL PC 2011	AUSL PC 2012	RER 2012	AUSL PC 2013	RER 2013
% interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero	53,8	56,2	69,1	68,8	55,5	59,4	63,5
% parti con taglio cesareo primario	26,3	24,0	25,3	22,2	19,8	21,4	20,4
% interventi di colecistectomia laparoscopica	86,3	84,9	92,7	90,0	92,0	89,1	92,0
% PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione	n.d.	66,7	65,9	66,0	60,2	75,6	70,8
Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco congestizio	29,1	34,7	36,1	35,1	39,4	39,8	38,1
Tasso di ospedalizzazione per complicanze a breve termine in pazienti diabetici	3,0	2,9	3,4	2,2	3,5	2,7	3,3
Tasso di ospedalizzazione per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici	22,9	30,6	37,3	29,4	22,1	31,1	22,3
Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani	3,8	3,8	4,9	4,6	5,3	7,7	7,0
Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili	40,1	42,3	37,7	36,4	36,9	39,9	36,1
% ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione	1,7	1,7	1,9	1,8	1,3	1,9	1,3
% decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI	15,0	18,0	16,2	14,3	14,0	17,6	13,9
% decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI	7,1	7,4	3,2	5,6	5,0	7,0	5,0

Tabella 3: Indicatori di qualità 2007-2012.



3 Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Come ogni anno questa sezione del bilancio di missione contiene innanzitutto lo stato realizzazione del Piano delle Azioni 2011, approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria insieme al bilancio di previsione. Gli schemi che seguono indicano se quanto previsto è stato completamente realizzato, se è stato avviato e va consolidato, se è stato rinviato o riorientato a seguito di modifiche nella programmazione avvenute in corso d'anno. Viene riportato anche l'avanzamento del Piano degli investimenti (infrastrutturali e tecnologici), anch'esso presentato e approvato dalla CTSSanitaria in occasione dell'espressione di parere sul bilancio preventivo. I progetti sono illustrati per distretto e per ogni progetto viene indicato se, alla fine del 2012, sia in fase di progettazione, o di esecuzione dei lavori o completato. Il 2013 è stato infatti un ulteriore anno di passaggio verso il nuovo Piano Strategico, e l'azione aziendale si è orientata in sostanziale continuità con quanto già individuato nel Piano strategico 2009-2011, (sempre se sostenibile alla luce del difficile contesto economico finanziario), agli obiettivi regionali e verso alcune azioni individuate in collegio di direzione e in parte già avviate, secondo tre direttrici:

- appropriatezza prescrittiva;
- efficienza organizzativa;
- progetti strategici;

Come ormai da alcuni anni, i paragrafi successivi inquadrano, nella successione delle sezioni previste dallo schema del bilancio di missione, i risultati rispetto agli obiettivi aziendali 2013, definiti all'interno delle linee di programmazione regionale (DGR n. 199/2013), con l'esclusione di quegli obiettivi cui il bilancio riserva delle sezioni dedicate (ad esempio il paragrafo 3.7 "Sicurezza delle cure", l'intera Sezione 6 "Governare la ricerca e dell'innovazione tecnologica", o la parte già inserita nel precedente paragrafo 2.2.4 "Impatto ambientale"). La riconciliazione della struttura dei due documenti non è sempre stata agevole anche in considerazione del prevalente orientamento alla sostenibilità degli obiettivi regionali 2013, e probabilmente sarà necessario ripensare complessivamente di questa Sezione³, perseguendo sempre l'obiettivo di rappresentare in un unico documento, e in particolare in questa Sezione del Bilancio di Missione, tutti i risultati aziendali, sia in relazione alle linee di indirizzo regionali che agli impegni di carattere più locale assunti in sede di Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, oltre a rendere sempre maggiormente fruibile un documento che resta, nonostante gli sforzi nel tempo di una maggiore fruibilità e sintesi, ancora molto corposo e complesso.

³ Nel frattempo per il 2013 si è deciso di procedere ad alcune riarticolazioni parziali nella sezione "Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale": far confluire la sezione "universalità ed equità di accesso" nella successiva "Interventi sull'accessibilità dei servizi", unificare le sezioni "interventi sui processi assistenziali e sull'appropriatezza" e "interventi sui percorsi multiprofessionali" in un'unica sezione "Interventi sui processi, sull'appropriatezza e sui percorsi", e inserire una sezione "Interventi sulla sostenibilità del sistema".



3.1 Lo stato di avanzamento del Piano Strategico: il Piano delle Azioni

	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
revisione delle sedi erogative aziendali extracittadine e contemporaneo riequilibrio degli ambiti di azione in area territoriale;		x		
revisione organizzativa dei dipartimenti di produzione;	x (dip osp)			
revisione organizzativa delle attività ospedaliere per intensità, durata della degenza e aree omogenee, con attenzione alla logistica del paziente.	x	x		Consolidato a Castel San Giovanni, in corso negli altri ospedali aziendali
AZIONI DI SOSTENIBILITA'				
Revisione contratti col privato accreditato;	x			
Revisione contratti di fornitura;	x	x		
Realizzazione e maggiore adesione gare AVEN;	x	x		
Accordo locale MMG/PLS;	x			L'accordo comprende: appropriatezza prescrittiva in particolare rapporto ACE/Sartani, farmaci a brevetto scaduto, statine; gestione integrata del pz. diabetico; ADI; campagna vaccinale antiinfluenzale
Contenimento spesa del personale;	x			
RETE OSPEDALIERA				
consolidamento delle reti aziendali ;		x		
riordino e razionalizzazione dei processi di assistenza chirurgica (es. aree polispecialistiche a 5 giorni);	x			
miglioramento di accesso, trattamento e dimissione per lungodegenza e riabilitazione;		x		proseguono gli audit - primi risultati 2013 positivi
consolidamento della nuova organizzazione dell'urgenza endoscopica (PC);	x			
CURE PRIMARIE				
Consolidamento, estensione e qualificazione del numero unico di chiamata per la continuità assistenziale;	x			
ulteriore impulso all'implementazione delle case della salute	x	x		consolidato a Podenzano, in corso a San Nicolò e Borgonovo
favorire e consolidare il ruolo dei Nuclei di Cure Primarie attraverso:				
iniziative di confronto tra professionisti delle cure primarie, farmacisti, medici di medicina generale e specialisti;	x	x		
ruolo delle professioni sanitarie come punto di riferimento per la gestione delle patologie croniche.		x		a partire dalla casa della salute di Podenzano
sviluppo e l'implementazione dei percorsi di presa in carico delle patologie croniche con particolare riferimento al diabete e allo scompenso cardiaco.	x (diab)	x (scomp)		Diabete di tipo 2: 1.380 pazienti seguiti in gestione integrata. Scompenso: programmata la formazione preliminare alla definizione del percorso.
implementazione del Progetto "La prevenzione delle malattie cardiovascolari" nei pazienti post-IMA/SCA	x			in ogni NCP è stato effettuato audit clinico con la presenza del cardiologo ospedaliero
POLITICA DEL FARMACO				
Appropriatezza prescrittiva, in particolare:statine; ace/sartani; inibitori di pompa acida; anticoagulanti.	x	x		consolidato sul territorio, in corso in ospedale
sviluppo della prescrizione del farmaco generico;	x			
consulenza ai MMG e PLS con analisi del profilo prescrittivo individuale;		x		
monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci nelle strutture residenziali e semi-residenziali;	x	x		aggiornamento mensile della scheda unica di terapia - nel 2014 analisi di dettaglio delle classi di farmaci più utilizzate e valutazione dell'appropriatezza di utilizzo
potenziamento della farmaco-vigilanza anche con specifici audit clinici;		x		
definitivo consolidamento della distribuzione diretta e della distribuzione in dimissione;	x	x		consolidato negli ospedali, si sta estendendo l'attività alle Case della Salute



	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
SOCIOSANITARIO				
supporto al processo di accompagnamento all'accreditamento definitivo;		x		
supporto al processo di gestione e adeguamento dei contratti di servizio;	x	x		consolidato per accreditamento transitorio e provvisorio, in corso per il definitivo
supporto ai percorsi di ritiro delle funzioni delegate		x		
definizione delle nuove convenzioni distrettuali, a partire dalla definizione in ufficio di supporto della cornice omogenea in tutti i distretti			x	
SALUTE MENTALE				
Salute nelle carceri: consolidamento del reparto di osservazione psichiatrica; sviluppo dell'integrazione tra salute mentale, cure primarie e sanità pubblica; definizione di percorsi di continuità assistenziale per le persone detenute e scarcerate;	x			R.O.P. attivo a regime
Consolidamento psichiatria di collegamento e relazioni strutturate con i servizi sociali comunali;	x			Attivi i gruppi operativi di integrazione distrettuale
Avvio "I Perinelli";	x			Assunti 8 utenti
Revisione della rete delle residenze a trattamento protratto		x		Adozione dei nuovi requisiti specifici regionali
Dipendenza patologica da gioco d'azzardo;		x		Attivati 3 ambulatori specialistici dedicati al "gambling" nei tre Distretti.
SANITA' PUBBLICA				
Attuazione del Piano regionale della prevenzione secondo gli step previsti:				
Screening;	x			
Vaccinazioni;	x			
Stili di vita;	x			Attività sia all'interno delle scuole (Progetto "Paesaggi di prevenzione") sia nei progetti sul territorio.
Sicurezza domestica;	x			
Sorveglianza epidemiologica e sviluppo dei sistemi informativi della sanità pubblica;	x			
Accreditamento dei registri tumori	x			Accreditamento ottenuto nel marzo 2013
INNOVAZIONE E SVILUPPO				
Ampliamento delle postazioni di dialisi a Bobbio;	x			
Esternalizzazione lavanderia;		x		
Gara per il service dei laboratori aziendali, con centralizzazione su Piacenza e in periferia laboratori a risposta rapida H24;			x	
Cucine: consolidamento del modello integrato con altri soggetti pubblici;		x		
AREA VASTA				
implementazione e sviluppo del Dipartimento Interaziendale Acquisti, programmazione biennale delle gare, collaborazione con Intercent-ER;	x			
Concorsi unificati per il personale del comparto;		x		
Definizione di comuni modalità di iniziative di formazione;		x		
logistica integrata: avvio del magazzino centralizzato e ingresso graduale delle aziende;		x		
centralizzazione delle officine trasfusionali;		x		
GOVERNO CLINICO E GESTIONE DEL RISCHIO				
raggiungimento degli obiettivi definiti per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SICHER);	x			
predisposizione e aggiornamento dei piani di valutazione del rischio da legionella;	x			
consolidamento della funzione aziendale di gestione del rischio clinico		x		



3.2 Lo stato di avanzamento del Piano Strategico: il Piano degli investimenti

	Completato	In corso	Progettazione	previsto 2014	previsto 2015
DISTRETTO CITTA' DI PIACENZA					
ampliamento del Pronto Soccorso con alte tecnologie (TAC e DR);		x		x	
nuovo day hospital oncologico (2013 Ser.T, 2014 oncologia);		x		x	
completamento della ristrutturazione del corpo 4 e trasferimento ambulatori		x		x	
nuova medicina nucleare (con laboratorio radio farmaci e installazione delle nuove gammacamere);		x		x	
adeguamento della strumentazione diagnostica e rinnovo tecnologico dei comparti operatori;				x	
aggiornamento degli angiografi e nuovo amplificatore di brillantezza	x				
nuovo laboratorio per le cellule staminali		x		x	
DISTRETTO DI LEVANTE					
ristrutturazione del PS, delle sale parto e adeguamento tecnologico del comparto operatorio; rifunzionalizzazione dell'ospedale "antico" per il definitivo accentramento dei servizi territoriali;	<i>rivisti alla luce dell'inidoneità statica del vecchio corpo di fabbrica, poi chiuso a fine anno.</i>				
case della Salute di Podenzano e Carpaneto;	x (Podenzano)		x (Carpaneto)		
ristrutturazione degli ambulatori di Monticelli;				x	
DISTRETTO DI PONENTE					
Ospedale di Castel San Giovanni:					
sale operatorie;	x				
risonanza magnetica, DR e telecomandato;	x (RMN e telecomandato)			x (DR)	
riqualificazione edilizia degenze mediche e chirurgiche;		x			
opere per il trasferimento della riabilitazione;				x	
casa della salute e CSRR a Borgonovo;	x (CSRR)	x (casa salute)		x (trasf. riabilitazione)	x (completam. CdS)
dialisi a Bobbio;	x				

3.3 Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria

Dall'approvazione dell'Atto Triennale di Indirizzo e Coordinamento (2009-2011), che declinava gli orientamenti della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria per le attività sociali, sociosanitarie e sanitarie in relazione ad obiettivi e target di utenza, si è dato avvio ad una modalità di pianificazione più responsabile e comunitaria, che vede consolidata la partecipazione attiva degli Enti locali nel nuovo sistema di governance, nelle scelte in materia sanitaria e sociosanitaria e, più in generale, nelle variabili connesse alla salute e al benessere del territorio provinciale.

Nel 2013 L'ufficio di Supporto della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ha lavorato su diversi temi, di interesse sovra distrettuale, tra cui: la definizione della regolamentazione per l'accesso ai servizi e agli interventi finanziati con il fondo SLA, l'analisi e la condivisione dei dati necessari alla definizione delle tariffe 2013 per i servizi accreditati, lo sviluppo del sistema informativo socio-sanitario, la condivisione dello stato dell'arte degli interventi per le gravissime disabilità acquisite e relativi costi, l'elaborazione della proposta tecnica di riparto del Fondo



regionale per la non autosufficienza (poi discusso in esecutivo e approvato in conferenza), il confronto sul percorso di accompagnamento all'accreditamento definitivo.

A inizio anno l'Ufficio di Presidenza della Conferenza, integrato con i componenti dell'ufficio di supporto, ha incontrato le rappresentanze della cooperazione sociale ed i sindacati per approfondire alcuni temi relativi all'accreditamento sociosanitario.

In relazione alla programmazione sanitaria, oltre alle consuete presentazioni finalizzate all'espressione del parere sui bilanci (di esercizio 2012 e preventivo 2013) da parte della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, è stata presentata e discussa prima nei Distretti e poi in Conferenza l'ipotesi di riassetto delle sedi erogative territoriali.

Durante tutta la seconda metà dell'anno, la Direzione Aziendale è risultata fortemente impegnata nella risoluzione dei problemi dell'ospedale di Fiorenzuola d'Arda. Nel dicembre del 2013 la parte vecchia dell'ospedale è stata chiusa e le attività di ricovero trasferite all'ospedale di Piacenza, mentre quelle diagnostiche, ambulatoriali e di pronto soccorso hanno trovato collocazione nel blocco nuovo dell'immobile. Il raggiungimento di questo primario obiettivo di sicurezza è stato possibile grazie ad un costante lavoro di relazione con tutte le istituzioni di riferimento del territorio (CTSS, Ufficio di Presidenza, Comitato di Distretto, Prefettura, Vigili del Fuoco), oltre che tecnico per la parte di progettazione degli interventi.

3.4 Centralità del cittadino

Analogamente alle precedenti edizioni, saranno descritti nei paragrafi che seguono: le attività dei Comitati Consultivi Misti (par. 3.4.1), l'analisi dei dati della banca dati URP (par. 3.4.2), oltre ad altri importanti aspetti della relazione tra Azienda e cittadinanza, quali le attività legate al programma aziendale per l'ascolto e la partecipazione del cittadino, e alle indagini qualità percepita (3.4.3).

3.4.1 I Comitati Consultivi Misti

Nell'anno 2013 l'attività dei Comitati Consultivi Misti dell'Azienda di Piacenza è stata caratterizzata dal consolidamento della presenza della rete del volontariato all'interno dell'Azienda di Piacenza: a tal fine si è proceduto all'organizzazione di ulteriori corsi di formazione, in collaborazione con SVEP, sia nel Distretto di Levante che nel Distretto di Ponente, che hanno fatto registrare un'ottima partecipazione.

La promozione dei percorsi salute ha visto impegnati i volontari dei distretti di Levante, di Ponente e Urbano attraverso incontri con la popolazione. Diversi sono stati i temi trattati: l'assistenza al paziente oncologico ed ematologico; le cure palliative; la medicina di genere; il Pronto soccorso e i percorsi dell'emergenza; la dipendenza da gioco patologico; l'attenzione alla solitudine dell'anziano.

I Comitati Consultivi Misti sono stati presenti ed attivi nelle campagne informative sui temi della salute promosse dall'Azienda USL, in particolare: la giornata del sollievo, promozione alla donazione di sangue e anti influenzale.



I Comitati Consultivi Misti, inoltre, si sono interessati a problemi specifici collaborando con la Direzione Aziendale, segnalando punti di forza e di debolezza dell'organizzazione e contribuendo all'individuazione di soluzioni e miglioramenti.

Nel mese di Gennaio 2013 i volontari dei CCM che erano stati protagonisti nella distribuzione e raccolta di questionari sulla qualità percepita nei reparti di degenza durante l'evento "la settimana dell'ascolto", hanno provveduto alla valutazione degli esiti. Ogni CCM ha predisposto una relazione su questa esperienza e ha evidenziato le criticità riscontrate nei questionari distribuiti, proponendo una riflessione aziendale sul sistema di rilevazione, sia in riferimento alle modalità di distribuzione e raccolta dei questionari predisposti, sia in riferimento alla complessità e difficoltà delle domande poste.

L'attività dei Comitati Consultivi Misti è stata inoltre diffusa e portata a conoscenza della cittadinanza utilizzando le pagine dedicate che l'Azienda ha a propria disposizione sul quotidiano locale. I risultati degli approfondimenti attuati dai Comitati Consultivi Misti sono tuttora oggetto di progetti di fattibilità da parte dell'Azienda, che ha già realizzato alcune delle proposte emerse dalla discussione.

L'esecutivo dei Comitati Consultivi Misti, in una seduta dedicata, ha infine valutato e approvato gli indicatori di garanzia per l'anno 2013, inseriti successivamente nella parte terza della Carta dei Servizi, anche selezionando alcune delle criticità emerse dal percorso delle segnalazioni URP e dalle indagini di customer aziendali.

3.4.2 L'Ufficio Relazioni con il Pubblico

Nell'Azienda USL di Piacenza, sulla base del concetto di "amministrazione vicina ai cittadini", sono attivi vari punti informativi, collocati nelle aree di maggior afflusso di utenti; anche nell'anno 2013 sono stati attivi due URP negli ospedali di Piacenza e di Castel San Giovanni, con sede attigua ai front-office, e un URP a Fiorenzuola con sede condivisa con il Comune, in un'area posta di fronte all'ospedale; all'interno di tale rete si colloca anche la linea telefonica aziendale URP, attiva per 45 ore settimanali, collegata al Numero Verde regionale. La cultura dell'accoglienza e della gestione dell'informazione e della comunicazione ha fondamentale importanza nelle strategie aziendali, non solo per il raggiungimento di obiettivi di salute, ma anche per il miglioramento dell'immagine aziendale e per il consolidamento dei rapporti di fiducia tra Sistema sanitario regionale e utenti.

Nell'anno 2013 si sono rivolti agli sportelli URP dell'azienda USL 14.838 cittadini, tra cui:

- 8.535 per informazioni (che in oltre 4.000 casi sono state fornite direttamente);
- 825 accoglienze di utenti stranieri;
- 300 interventi dei mediatori culturali.

A fronte di tali accessi, sono state attivate 1.195 pratiche e alle successive attività di gestione dei reclami (223), rilievi (586), suggerimenti (10) ed elogi (88). Tutti i reclami e i rilievi sono stati gestiti fornendo risposte in accordo con gli operatori sanitari interessati. Le segnalazioni sono state, inoltre, oggetto di valutazione da parte della Direzione di Presidio Unico e, se del caso, dal nucleo di valutazione del rischio, accompagnate in molti casi da un processo di mediazione col cittadino.



Oltre 200 utenti sono stati messi in collegamento dal Numero Verde regionale al nostro Ufficio, come secondo livello, per la specificità del quesito posto.

Tra gli argomenti che più di altri hanno generato segnalazione da parte dei cittadini, come negli anni precedenti, si trova il peso della complessità amministrativa e dei tempi d'attesa. Per quanto riguarda la prima criticità, l'analisi dei contenuti lascia intendere una percezione dell'Azienda sanitaria come un'istituzione complessa cui si richiede uno snellimento dei percorsi e delle procedure; l'altro aspetto che incide fortemente sulla percezione del cittadino è il tempo accessorio (il ritardo d'inizio della visita rispetto all'orario stabilito dalla prenotazione, i tempi per i pagamenti o per il recupero dei ticket ecc.), che si aggiunge al tempo effettivo della prestazione, sia nelle fasi preliminari che nelle fasi successive. Le richieste di rimborso per quei ticket che, a seguito di successive istruttorie, si rivelano non correttamente imputati, sono in aumento, mentre risultano invariate le lamentele per ticket correttamente attribuiti in base alle normative vigenti.

Sono confermate, nei dati 2013, le segnalazioni riferiti agli aspetti professionali e della relazione con gli operatori, mentre sono risultati meno rilevanti rispetto agli anni precedenti i reclami sollevati rispetto alle strutture e al comfort alberghiero, come ad esempio la climatizzazione, l'insonorizzazione degli ambienti e il vitto.

I tempi di risposta sono calcolati dal ricevimento formale della segnalazione al momento in cui si fornisce la risposta al reclamante, rispetto al quale la legge fissa il termine in 30 giorni. I tempi di risposta ai reclami ricevuti dipendono da diversi fattori: dalla tipologia del problema segnalato, dalla necessità o meno di approfondimenti o dalla precisione o meno delle informazioni fornite da chi reclama e nel 2013, l'87% dei cittadini ha ottenuto una risposta entro 30 giorni.

3.4.3 Cittadini, comunità e servizio sanitario

Quanto agli altri progetti e programmi di coinvolgimento e partecipazione dei cittadini vale la pena di citarne due: il Piano programma aziendale per l'ascolto e la partecipazione del cittadino, e le indagini di qualità percepita.

In relazione al Piano programma aziendale per l'ascolto e la partecipazione del cittadino, l'Azienda ha partecipato ai lavori del gruppo regionale costituito ad hoc presso l'Agenzia Socio Sanitaria Regionale. In attesa che tale gruppo completi e diffonda alle Aziende le linee guida per la redazione del piano programma, si è provveduto a censire e descrivere i canali attivi della comunicazione (formali ed informali), ponendo particolare attenzione ai rapporti con i media locali. Anche per l'anno 2013, la Direzione strategica ha provveduto ad approvare il programma complessivo della comunicazione aziendale, determinandone i contenuti e le linee operative. Pur in assenza di un piano programma formalmente approvato, nell'ambito di tali linee guida si è provveduto a gestire:

- eventi ricorrenti: che hanno già una loro immagine definita ed un pubblico fidelizzato;
- nuovi eventi: attraverso un progetto di comunicazione da hoc in funzione del target di riferimento;
- comunicazione di nuovi servizi, opportunità per i cittadini, scadenze.



Sono stati realizzati diversi cicli di trasmissioni televisive ed è stato definito un accordo per la redazione in proprio, e la periodica pubblicazione su quotidiani locali, di pagine di approfondimento su tematiche sanitarie. Uno stretto rapporto sulle iniziative di comunicazione è stato costruito anche con i rappresentanti dei cittadini attraverso il coinvolgimento dei Comitati Consultivi Misti, come descritto sopra.

Nel corso dell'anno 2013 sono state realizzate a supporto delle attività sanitarie, campagne di informazione e di Prevenzione, tra cui:

- Epatite A, non correre il rischio!;
- Giornata mondiale per la lotta contro l'AIDS;
- Non farti influenzare Proteggi la tua salute;
- Giornata mondiale del diabete 2013;
- Mangiar sano dà più slancio alla vita!;
- Giornata Mondiale dell'Osteoporosi;
- Sali sulla Nuvola Rossa: campagna regionale per promuovere la donazione di sangue;
- 100 città contro il dolore 2013;
- Prima di partire ricordati di donare;
- E...state in salute! campagna 2013;
- Zanzara tigre, non abbassiamo la guardia! - campagna 2013;
- 11° Giornata di prevenzione delle malattie cardiovascolari;
- XII Giornata nazionale del Sollievo 2013;
- IX Giornata mondiale contro l'ipertensione arteriosa;
- Giornata mondiale del rene Morbillo, parotite, rosolia, HPV;
- "Genitori più", prendiamoci più cura dei nostri bambini;

Inoltre, nel corso del 2013 si è provveduto ad istituire un gruppo operativo che ha coinvolto la Provincia, tutti i Comuni e le scuole, per implementare la campagna regionale "Le scale. Musica per la tua salute". Il progetto ha previsto un censimento delle situazioni edilizie in cui è presente un ascensore, l'installazione di totem, manifesti e la distribuzione di brochure informative, volte ad incentivare l'utilizzo delle scale

Diverse sono poi state le iniziative a supporto dell'incentivazione all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico. Per questo si è provveduto a costruire una rete tra gli Uffici relazione con Il Pubblico dell'Azienda e dei Comuni più popolosi della provincia, è stata effettuata una formazione congiunta degli operatori e, dopo una presentazione ufficiale a cura del Direttore Generale e dei sindaci, è stata effettuata una campagna di sensibilizzazione congiunta sui media locali.

In occasione della Giornata internazionale della donna, l'Ausl di Piacenza ha promosso alcuni eventi e partecipato ad altre iniziative in calendario a Piacenza. In particolare L'azienda ha proposto le seguenti iniziative

- Lunga vita alle signore: Contro il tumore al seno: diagnosi precoce, buone cure e umanità, professionisti e nuove tecnologie al servizio della donna, (presidio di Piacenza);



- **Femminil...mente:** Convegno realizzato insieme alle associazioni di volontariato, dedicato alle patologie femminili (presidio di Fiorenzuola d'Arda).

L'Azienda partecipa infine al laboratorio FIASO sulla "Comunicazione e Promozione della Salute". Quanto poi alla qualità percepita, anche nel corso del 2013 sono proseguite le indagini che hanno coinvolto oltre 5.000 pazienti di tutti i reparti di degenza degli ospedali dell'azienda, mediante l'auto somministrazione dei questionari validati dall'Agenzia Socio Sanitaria Regionale. I dati elaborati sono stati comunicati all'Agenzia per le ulteriori valutazioni di competenza, ed è in corso una restituzione ragionata ai Direttori dei Dipartimenti per la determinazione di eventuali azioni correttive o di miglioramento sugli aspetti di maggior criticità emersi.

Relativamente alle indagini di qualità percepita, i risultati delle rilevazioni sono pubblicati sia sul sito intranet dell'azienda sia sul sito pubblico, a disposizione di tutti i cittadini. L'area dell'insoddisfazione si colloca a livello aziendale intorno al 5%, quella della soddisfazione al 36% mentre l'area dell'eccellenza si colloca a livello aziendale al 58%. Nello specifico dell'indagine effettuata circa il 20% dei pazienti ha inserito nella domanda aperta suggerimenti valutazioni circostanziate, sia critiche che propositive nonché elogiative dimostrando una buona autonomia di giudizio e un buon grado di adesione all'iniziativa.

3.5 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

3.5.1 Interventi sull'accessibilità dei servizi

Capitolo	Obiettivo	Azioni e risultati 2013
Azioni per la sostenibilità nelle cure primarie	Medicina generale, Pediatria di libera scelta, Continuità assistenziale, Specialisti ambulatoriali: <ul style="list-style-type: none">• rivedere la propria rete di Continuità Assistenziale secondo criteri di efficienza e di economicità.• rivedere gli accordi aziendali in per renderli coerenti con le indicazioni operative per la Presa in carico delle Malattie croniche.	La revisione della rete della continuità assistenziale è stata inserita all'interno di un più complessivo progetto di revisione complessiva delle sedi erogative territoriali aziendali, finalizzato all'efficienza e al contestuale potenziamento delle attività in un'ottica di interdisciplinarietà, integrazione e continuità delle cure attraverso la presa in carico delle cronicità. E' stata dapprima realizzata una dettagliata analisi delle sedi esistenti, sia dal punto di vista strutturale (stato di fatto ed eventuali interventi necessari), giorni e orari di apertura, personale dedicato (fisso e "mobile"), attività, ecc. Sono quindi stati individuati i criteri guida per le scelte nei seguenti: <ul style="list-style-type: none">• disponibilità e accreditabilità delle sedi;• popolazione di riferimento;• viabilità;• numerosità di prestazioni erogate;• presenza di aggregazioni professionali (medicines di gruppo e sedi di nucleo);• consolidamento e sviluppo delle Case della salute; Il progetto ha previsto quindi: <ul style="list-style-type: none">• la revisione dei nuclei di cure primarie, coerenti con la



		<p>localizzazione delle Case della Salute e della continuità assistenziale;</p> <ul style="list-style-type: none"> • il consolidamento delle attività nelle 5 sedi definite "principali": Piacenza, Fiorenzuola, Castello/Borgonovo, Bobbio e Bettola, con tutte le attività territoriali presenti; • conferma della programmazione di 9 case della Salute (di cui 3 nelle sedi principali), con alcune attività di base dei dipartimenti territoriali (ad esempio pap test, vaccinazioni pediatriche, neuropsichiatria infantile, ecc.); • potenziamento della specialistica di percorso per le patologie croniche nelle medicine di gruppo • chiusura conseguente degli altri punti di erogazione per poter, tra l'altro, riorientare sulle attività il tempo ora utilizzato dal personale per gli spostamenti e concentrare le tecnologie e utilizzarle al massimo delle potenzialità; • proseguimento delle attività degli attuali medici ex condotti collegata ai singoli
Obiettivi dell'assistenza ospedaliera	Centralizzazione emergenze chirurgica ed ortopedica	<p>L'Azienda ha definito e consolidato nel tempo i percorsi di centralizzazione delle emergenze mediche (quali ictus, stemi, ecc.) e del politrauma.</p> <p>A fine 2013, a seguito della chiusura della parte vecchia dell'ospedale di Fiorenzuola, è stata accentrata a Piacenza tutta l'attività chirurgica ed ortopedica in precedenza svolta in val d'Arda, con la conseguente centralizzazione a Piacenza delle urgenze.</p>

3.5.2 Interventi sui processi assistenziali, sull'appropriatezza e sui percorsi

Capitolo	Obiettivo	Azioni e risultati 2013
Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica	Appropriatezza d'uso di farmaci specialistici da parte di Centri autorizzati e monitoraggio.	<p>Si persegue come in passato l'obiettivo dell'appropriatezza, monitorando soprattutto aree specifiche per tipologia di farmaco utilizzato e/o farmaci ad alto costo. In prima istanza si raccomanda l'adesione da parte dei clinici alle linee guida o alle raccomandazioni regionali, cercando sempre di orientare le prescrizioni nell'ambito del prontuario AVEN. L'attività di monitoraggio (schede aifa, piani terapeutici, dati di consumo) ha consentito di verificare l'adesione alle raccomandazioni per i farmaci specialistici di ambito oncologico, reumatologico (in particolare i farmaci biologici), gastroenterologo e dermatologico, oltre a controllare le conseguenti variazioni di spesa.</p> <p>Ci si rapporta con i clinici seguendo le fasi di inserimento, ordine e distribuzione dei farmaci, controllando che vengano correttamente compilate prima e chiuse poi le schede aifa che consentono l'uso corretto del farmaco e l'eventuale rimborso da parte della ditta in caso di fallimento o progressione di malattia (risk sharing o</p>



		<p>payment by result). Per i nuovi antivirali per l'epatite vi è un costante controllo per l'aderenza alla terapia. I NAO sono distribuiti secondo gli accordi regionali e si collabora con i clinici al fine di autorizzare l'utilizzo solo da parte dei centri individuati e nelle indicazioni autorizzate, in modo restrittivo. In relazione ai farmaci per il diabete si seguono le indicazioni nazionali/regionali in modo che non vi sia inapproprietezza nell'uso di incretine associate (alla rivalutazione del paziente si controlla che vengano seguite le corrette indicazioni). Per tutti i farmaci innovativi e ad alto costo si presta grande attenzione in distribuzione diretta al fine di monitorarne non solo l'appropriatezza d'uso, ma effettuando audit mirati, finalizzati a riscontri oggettivi. Relativamente in particolare al monitoraggio dei farmaci onco-ematologici sottoposti a monitoraggio aifa, al momento della dispensazione sul portale dedicato si è provveduto alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva. Contestualmente ogni mese si è controllata l'adesione al budget assegnato all'unità operativa, valutando eventuali scostamenti con i responsabili.</p> <p>Per i farmaci nuc (per hbv), l'audit di appropriatezza prescrittiva è terminato nel dicembre 2012, e ha confermato l'adesione alle raccomandazioni regionali. Un nuovo audit di verifica (realizzato dalle UU.OO. di farmacia clinica, malattie infettive e gastroenterologia) è previsto nel corso del 2014.</p> <p>Per consentire oltre all'uso corretto, anche un risparmio economico, si procede aderendo alle gare di area vasta o intercenter e valutando sempre la possibilità di risk sharing dove consentito dall'accordo fra il ministero e le aziende farmaceutiche.</p>
	Uso razionale e sicuro dei farmaci	<p>Dal mese di gennaio 2013 l'Aifa non ha consentito l'utilizzo di un portale dedicato per la registrazione, a seguito del cambio dell'azienda che gestisce il software, poi concesso solo dal mese di giugno. L'attività dei farmacisti comunque ha consentito di recuperare nei mesi successivi i dati relativi agli inserimenti dei pazienti, delle terapie, e delle dispensazioni dei farmaci. La raccomandazione n° 14 del ministero della salute "raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici", era già parte integrante delle procedure operative del laboratorio. L'uso sistematico del registro aifa per i farmaci in esso inseriti garantisce appropriatezza e la gestione delle procedure di rimborso.</p> <p>L'attività di farmacovigilanza è ormai consolidata, e ha consentito di raggiungere ottimi livelli. Sono stati sensibilizzati i professionisti sia all'interno dell'ospedale, sia</p>



		<p>sul territorio (mmg e pls), anche attraverso i progetti aifa cui l'Azienda ha aderito. In particolare il progetto mereafps sulle interazioni da farmaci in pronto soccorso ha permesso di ottenere risultati molto significativi, così come la sensibilizzazione dei MMG verso la politerapia nel paziente anziano (dopo la formazione effettuata che ha fatto riscontare una diminuzione di casi).</p> <p>Infine è stato realizzato un corso di formazione rivolto agli specialisti vaccinatori, relativo alle reazioni avverse da vaccino, all'interno del progetto regionale di vaccinovigilanza.</p> <p>Il foglio unico di terapia è a regime da tempo, è stata completata nel 2013 la diffusione dell'informatizzazione.</p>
	<p>Antibiotici:</p> <ul style="list-style-type: none">• appropriatezza prescrittiva• diffusione e implementazione delle linee guida regionali sul trattamento delle infezioni delle vie urinarie	<p>Al fine di contenere la spesa farmaceutica per gli antibiotici, nel 2013 si sono conclusi i lavori di revisione di alcuni protocolli terapeutici:</p> <ul style="list-style-type: none">• raccomandazioni di terapia antibiotica empirica delle sepsi urinarie;• raccomandazioni terapia antibiotica delle sepsi addominali;• raccomandazioni di terapia empirica per pazienti con infezioni respiratorie gravi. <p>I protocolli nei primi mesi del 2014 verranno inseriti nel gestionale informatizzato della terapia, per consentire al clinico di prescrivere in modo appropriato. Il sistema permetterà anche la valutazione in tempo reale dell'atto prescrittivo e il calcolo dei consumi per principio attivo per ogni unità operativa aziendale, consentendo quindi di evidenziare le criticità e gli eventuali scostamenti dalle raccomandazioni. Nel 2014 sono previsti audit di appropriatezza prescrittiva utilizzando il sistema informatico (sofia) e si prevede di completare anche la revisione delle raccomandazioni delle sepsi dei tessuti molli e del trattamento della neutropenia febbrile.</p> <p>In relazione in particolare alle raccomandazioni di terapia antibiotica empirica per le sepsi urinarie, si sono svolti anche incontri a livello di tutti i nuclei di cure primarie, finalizzati alla riduzione della prescrizione dei fluorochinoloni.</p>
	<p>Assistenza farmaceutica convenzionata:</p> <ul style="list-style-type: none">• prescrizione di farmaci con brevetto scaduto• interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa	<p>Come negli ultimi anni negli audit e incontri di Ncp si è ribadita l'opportunità di prescrivere farmaci a brevetto scaduto non solo per ottemperare a norme di legge, ma perché è uno dei fondamenti di appropriatezza prescrittiva (prescrivere a parità di efficacia il farmaco a minor costo). E' stato quindi inserito negli accordi locali con MMG e PLS la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto con</p>



		<p>l'obiettivo di incremento del 10%. Anche per le categorie maggiori sottoposte a monitoraggio regionale, si è perseguito, come ormai da alcuni anni, l'obiettivo di incrementare la prescrizione degli ace inibitori verso i sartani e l'uso delle statine a brevetto scaduto. Sono state analizzate le prescrizioni ospedaliere al fine di verificare se vi fosse induzione nella prescrizione, con ricadute sulla spesa farmaceutica convenzionata. Si sono quindi indirizzati gli specialisti ospedalieri coinvolti all'invio in distribuzione diretta tutti i pazienti sottoposti a visita specialistica ambulatoriale e in dimissione. Il sistema informatico è già da tempo allineato affinché la prescrizione in dimissione avvenga per principio attivo, anche se lo specialista scrive un nome commerciale, perché viene indicato il principio attivo corrispondente, al fine di facilitare il MMG nella sua prescrizione.</p> <p>Nel 2013 infine sono stati adeguati gli strumenti informatici necessari (software sofia, qllickview) per effettuare nel 2014 un audit clinico mirato alla verifica l'appropriatezza prescrittiva ace-sartani, da eseguire in alcune Unità Operative ospedaliere individuate come maggiori prescrittori.</p>
	<p>Governo dei dispositivi medici:</p> <ol style="list-style-type: none">1) monitorare consumi e spesa2) aggiornare i repertori locali3) garantire completezza e qualità agli specifici flussi4) Per prodotti di bassa complessità tecnologica e di largo consumo, procedere alla revisione dell'utilizzo5) attivare un registro dei dispositivi ricevuti come campioni gratuiti.	<ol style="list-style-type: none">1) in fase di definizione dei budget 2013 sono state condivise tra farmacia e direzioni di dipartimento e UU.OO. coinvolte nell'utilizzo di DM innovativi e di alto costo azioni mirate a migliorare il governo della spesa dei beni sanitari e della loro appropriatezza d'uso; regolarmente sono stati organizzati momenti di confronto per analizzare i dati relativi all'andamento delle attività e dei consumi, discutere delle criticità riscontrate e concordare eventuali azioni di miglioramento.2-3) l'anagrafica aziendale dei DM viene costantemente implementata seguendo le istruzioni operative redatte dal GRDM, adottando le abbreviazioni condivise e inserendo CND e numero di Repertorio/Banca Dati dove richiesto, così da consentire la periodica trasmissione dei dati con le rilevazioni del flusso DIME e garantire sempre un'ottima percentuale in relazione al consumato raggiungendo talvolta il 98%. La CADM ha recepito e diffuso i documenti redatti e diffusi dai gruppi tecnici regionali ed ha rendicontato alla Commissione Regionale le attività svolte in corso d'anno.4) quanto ai prodotti a bassa complessità tecnologica e di largo consumo:<ul style="list-style-type: none">• guanti monouso non chirurgici (CND T0102): a partire da gennaio 2013 si è adottato l'uso esclusivo di dispositivi in vinile e nitrile senza polvere, con ottimi risultati sia in



- termini di contenimento della spesa che di una notevole riduzione dell'incidenza dei casi di sensibilizzazione al lattice e alle proteine veicolate dalle polveri lubrificanti;
- medicazioni avanzate (CND M404): è stato recepito il documento regionale ed un gruppo di lavoro aziendale si è fatto carico di contestualizzarne i contenuti alle realtà locali (ospedaliere e territoriali), di promuoverne la diffusione mediante eventi formativi; inoltre è stata elaborata una pratica brochure tascabile che riassume le caratteristiche tecniche e le corrette indicazioni d'uso dei prodotti disponibili in azienda. In particolare in relazione all'utilizzo delle medicazioni avanzate a domicilio, le linee di indirizzo della commissione regionale sono state contestualizzate all'interno di una procedura inserita nel sistema qualità aziendale. La stadiazione delle lesioni, come da indicazioni, avviene mediante l'utilizzo della scheda "push tool 3", all'interno di un percorso strutturato e costantemente monitorato. Il monitoraggio trimestrale, sia di processo che di esito, viene orientato alla valutazione della corretta classificazione delle lesioni, dell'appropriatezza clinica dell'utilizzo ed dell'efficacia. Annualmente, mediante audit clinico, vengono ulteriormente analizzati la correttezza dell'attivazione dei percorsi, il corretto utilizzo e l'appropriatezza d'uso delle medicazioni avanzate su singoli casi pazienti.
 - terapia a pressione negativa: l'esito del monitoraggio delle prescrizioni dei trattamenti co TPN è stata rendicontato alla regione; per il 2014 sono state adottate le modifiche e le implementazioni diffuse con il nuovo documento; dal momento dell'aggiudicazione della gara di Area Vasta tutte le procedure d'acquisto sono coerenti agli esiti di gara;
 - suturatrici meccaniche (CND H02): in collaborazione tra la farmacia e i chirurghi delle diverse specialità, sono state condivise azioni di omogeneizzazione e razionalizzazione dell'uso, con l'obiettivo di conciliare l'innovazione tecnologica con il contenimento della spesa. La spesa anno 2013 verso 2012 ha registrato una diminuzione dell'11%.
- 5) è stato istituito un registro informatizzato per la tracciabilità dei dispositivi medici che entrano in azienda come campionatura gratuita; il registro, gestito dal RAV dei Dispositivi medici (farmacista) e dall'ingegnere clinico aziendale, intercetta sia i campioni gratuiti di prodotti richiesti dagli operatori sanitari, sia le campionature di gara.



<p>Azioni per la sostenibilità nelle cure primarie</p>	<p>Assistenza Specialistica ambulatoriale: 2) Azioni di qualificazione e promozione dell'appropriatezza; 3) interventi di formazione rivolti a MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • diagnostica per immagini: è proseguita l'azione di formazione/informazione sulle linee guida aziendali diagnostica radiologica rachide ed osteoarticolare, elaborate nel 2012, attraverso incontri con specialisti e mmg. Nel mese di agosto è stata trasmessa alle aziende la dgr 704/2013 che rivede i criteri di appropriatezza di TC e RM osteoarticolari e rachide: i referenti aziendali hanno partecipato a due incontri promossi dalla rer per cercare una linea uniforme di applicazione delle indicazioni. L'azienda inoltre, in analogia con altre aziende di AVEN, ha individuato modalità di formazione dei mmg e degli specialisti prescrittori , oltreché una possibile metodica comune di misurazione dell'appropriatezza . Nel 2014 è previsto lo sviluppo delle azioni formative relative alla dgr 704 e l'acquisizione di uno strumento informatico che consenta di misurare il livello di aderenza del quesito diagnostico delle prescrizioni SOLE ai criteri definiti dalla DGR. • quanto alla diagnostica di laboratorio, nel 2013 sono state realizzate due iniziative di formazioni rivolte ai mmg: la prima svolta a livello di NCP che ha riguardato aspetti generali sulla diagnostica di laboratorio, le regole prescrittive (es. reflex), il settore dell'autoimmunità ed il settore della microbiologia; una seconda "sul campo", con approfondimento degli argomenti di diagnostica laboratoristica per l'ematologia, per la reumatologia e microbiologia (64 mmg formati); • percorsi senologici: nel 2013 è stato avviato con i mmg e il centro salute donna il percorso per la valutazione del rischio eredo familiare del carcinoma della mammella (dgr220/11) e sono stati implementati i percorsi senologici relativi alla diagnostica per l'urgenza, otre alla introduzione nel nomenclatore della visita senologica (dgr 1414/12); • prestazioni chirurgiche ambulatoriali: nel contratto di fornitura con la casa di cura Piacenza sono stati inseriti "pacchetti" di chirurgia ambulatoriale, trasferiti dai volumi contrattuali del ricovero. Sono state inoltre definite le specifiche per l'adeguamento dei software aziendali (adt ed integrazione con med's office) per la gestione del percorso ambulatoriale interno.
<p>Obiettivi dell'assistenza ospedaliera</p>	<p>Day-hospital: rivedere la dotazione dei posti di DH medico disattivandone qualora non si svolgano processi assistenziali che richiedano il ricovero (oncologici e riabilitazione).</p>	<p>Nel 2013 è iniziata la disattivazione dei alcuni posti letto di DH medico non oncologico (quali ad esempio geriatria, malattie infettive) e chirurgico (ad esempio oculistica). E' stato costituito inoltre un gruppo di lavoro di area vasta, che ha iniziato a lavorare nel 2014, finalizzato alla ridefinizione complessiva della rete dell'offerta di posti letto.</p>



	Punti nascita: ridisegno della rete dei servizi ospedalieri a fronte della chiusura dei punti nascita con un numero di parti/anno < 500.	Entrambi i punti nascita aziendali hanno stabilmente un numero di parti superiore ai 500.
	Riconfigurazione del processo assistenziale ospedaliero: procedere alla riconversione in strutture intermedie di stabilimenti ospedalieri con service mix non complesso	La programmazione aziendale del 2013 non prevedeva interventi di riconversione di strutture ospedaliere. Nel corso del 2014 si procederà a livello di Area Vasta alla ridefinizione complessiva della rete di offerta ospedaliera, comprese eventuali riconversioni che si rendessero opportune, anche alla luce delle indicazioni regionali.
Rimodulazione dell'assistenza residenziale per i dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche	Identificare e ridurre gli inserimenti residenziali a rischio di inappropriately (inserimenti in strutture sociosanitarie o in residenze sanitarie a lungo termine), favorendo l'assistenza domiciliare e l'abitare supportato.	Nel corso del 2013 sono stati attivati moduli di dimissione assistita, di day-hospital e night-hospital nelle cinque RTP provinciali, consentendo una parziale riduzione dell'utilizzo dei posti letto residenziali. Per 8 pazienti sono stati inoltre attivati percorsi individuali alternativi alla residenza in RTP, quali ad esempio inserimenti lavorativi supportati o inserimenti presso comunità alloggio a basso peso assistenziale.

3.5.3 *Interventi sulle reti interistituzionali*

Capitolo	Obiettivo	Azioni e risultati 2013
Azioni per la sostenibilità nelle cure primarie	Assistenza Specialistica ambulatoriale: valutazione della produzione e revisione dei contratti di fornitura	I contratti di fornitura per l'anno 2013 sono stati rivisti secondo le indicazioni della spending review. La revisione dei volumi di prestazioni da acquisire ha tenuto conto dei fabbisogni locali, salvaguardando le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a forte rischio di mobilità passiva.
Obiettivi dell'assistenza ospedaliera	Centrali Operative – 118: partecipare al gruppo di progetto sulla concentrazione delle centrali 118, e realizzazione della centralizzazione	L'Azienda ha partecipato al gruppo di progetto di area vasta concluso con la definizione del progetto di centralizzazione della centrale operativa ed ha ridefinito l'organizzazione aziendale in termini di potenziamento dell'emergenza territoriale, coordinamento dei trasporti secondari ordinari e urgenti, centralizzazione e professionalizzazione della risposta alle chiamate della continuità assistenziale.
	Servizi intermedi: unificazione delle officine trasfusionali dell'area vasta centro e dell'area vasta Nord	L'azienda ha partecipato ai due incontri effettuati nel corso dell'anno per la costruzione del laboratorio "centro di produzione degli emocomponenti e la loro qualificazione biologica" di area vasta Emilia Nord. Sono in corso, per ognuna delle Aziende interessate (Parma, Reggio, Piacenza), l'analisi dei percorsi clinici e organizzativi attualmente presenti in ciascuna azienda e propedeutici alla definizione operativa del progetto.
	Accordo di Alta Specialità: esercitare attivamente la committenza nei confronti delle strutture private aderenti	In applicazione di quanto previsto dalla DGR 633/2013, è stato costituito un gruppo di lavoro di Area Vasta, coordinato dal Direttore Sanitario Aziendale di Piacenza, che si propone per il 2014 di analizzare la produzione e



		monitorare il flusso dei pazienti verso le strutture private accreditate per poi procedere alla definizione di contratti locali.
	Accordi di fornitura tra le Aziende pubbliche	<p>Analogamente all'anno 2012 si è lavorato per ampliare gli accordi con le altre Aziende regionali, sia Aziende USL che Aziende ospedaliere.</p> <p>Relativamente agli accordi che si sono sviluppati nel corso degli anni, si precisa che esistevano già rapporti consolidati su materie specifiche, ma senza un budget complessivo o settoriale, e precisamente con le aziende: Azienda Ospedaliera di Parma, Azienda Ospedaliera di Modena, e Istituti Ortopedici Rizzoli. Tali accordi sono stati rivisti, aggiornati e prorogati per il 2013.</p> <p>Riguardo invece gli accordi con definizione di budget, di seguito si presenta la sintesi dei risultati ottenuti nell'anno 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accordi con le Aziende USL: con l'Azienda USL di Ferrara è stato concordato di contabilizzare per il 2013 il valore più basso di mobilità effettiva tra il 2012 e la media degli anni 2011 e 2012 per quanto riguarda il settore della degenza. • Accordi con le Aziende Ospedaliere: è stata inviata una nota a tutte le Aziende Ospedaliere in cui si chiedeva la disponibilità alla sottoscrizione di un accordo di fornitura per l'anno 2013 basato sull'applicazione delle linee guida regionali. A tale nota hanno risposto positivamente le Aziende Ospedaliere di Parma e di Bologna. Le Aziende Ospedaliere di Modena e Ferrara hanno invece concordato dei tetti di produzione con l'esclusione delle prestazioni di alta complessità e bassa diffusione.

3.5.4 Interventi per la sostenibilità del sistema

Capitolo	Obiettivo	Azioni e risultati 2013
Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle aziende sanitarie	rispetto dell'obiettivo economico-finanziario definito - monitoraggio trimestrale in via ordinaria e straordinaria nei mesi di giugno e di settembre - presentazione della certificazione prevista dall'articolo 6 dell'intesa stato-regioni del 23/03/05 - collaborare con il "Comitato permanente di monitoraggio" - applicare le indicazioni contenute nelle istruttorie tecnico-contabili sui bilanci di esercizio degli anni pregressi.	In sede previsionale e nel corso delle verifiche infrannuali si è evidenziato un disallineamento rispetto alla condizione di equilibrio economico-finanziario richiesta dalla Regione. Le risultanze del CE IV trimestre hanno invece evidenziato una condizione di recupero del disallineamento, confermato dalle risultanze del bilancio consuntivo 2013, che si chiude in pareggio civilistico. In corso d'anno sono stati eseguiti i monitoraggi trimestrali ordinari e le verifiche straordinarie nei mesi di giugno e settembre rispettando le scadenze assegnate. Sono state inviate le certificazioni previste dall'art.6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005, rispettando le scadenze assegnate. Le certificazioni dei primi tre trimestri presentavano un disallineamento rispetto all'obiettivo assegnato, nonché il conseguente impegno



		<p>dell'Azienda a porre in essere le azioni necessarie per recuperare tale disallineamento. Tali azioni hanno portato a presentare il CE del IV trimestre in pareggio. Non sono pervenute richieste di chiarimenti, osservazioni o collaborazione da parte del Comitato. Sono state applicate le indicazioni contenute nelle istruttorie tecnico-contabili sui bilanci degli esercizi precedenti; nell'istruttoria del bilancio consuntivo 2012 non sono state formulate osservazioni.</p>
	<p>perseguire la progressiva riduzione dell'esposizione debitoria al fine di contenere i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi - dare corso alle certificazioni dei crediti richieste dai fornitori dei beni e servizi - aggiornare e perfezionare il flusso dei tempi di pagamento dei fornitori ed il monitoraggio dell'esposizione debitoria.</p>	<p>L'Azienda ha aderito in maniera puntuale alle richieste regionali e della normativa nazionale finalizzate a dare attuazione alle disposizioni del DL 35/2013 in ordine al progressivo miglioramento dei tempi di pagamento dei fornitori. Sono stati predisposti due piani di pagamento (a giugno e ad ottobre 2013) per circa 50 milioni di euro complessivi, la cui erogazione in termini di liquidità ha consentito all'Azienda di ridurre i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi da 210 giorni (fine 2012) a 90 giorni (fine 2013).</p> <p>Sono state puntualmente evase le richieste di certificazioni dei crediti utilizzando la Piattaforma elettronica, cui l'Azienda si era accreditata già dal 2012. Sono state evase 24 richieste di creditori in ordine alla certificazione dei loro crediti. Sono inoltre stati rispettati gli obblighi di pubblicazione sulla medesima piattaforma dei crediti al 31/12/2012 certi, liquidi ed esigibili, non pagati alla data del 15/9/2013, per un importo di 24.625,47 euro.</p> <p>E' stato rispettato mensilmente l'invio dei dati dei pagamenti ai competenti uffici regionali, nelle modalità di rilevazione da essi indicate.</p>
<p>Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio</p>	<p>assicurare l'applicazione delle indicazioni per completare il percorso di recepimento e di attuazione del D.Lgs n. 118/2011</p>	<p>Nel corso del 2013 hanno trovato piena applicazione le disposizioni di cui al D.Lgs.118/2011, già adottate per la redazione del bilancio 2012, alla luce delle successive indicazioni regionali e ministeriali via via resesi disponibili. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none">• gli ammortamenti sono stati calcolati sulla base dei coefficienti riportati nell'allegato 3 al D.Lgs n. 118/2011, in continuità con quanto già fatto nel 2012; parimenti sono stati utilizzati contributi in conto esercizio a copertura dei beni che non hanno fonte di finanziamento dedicata, ed i relativi ammortamenti sono stati calcolati secondo le percentuali disposte dalla citata normativa;• gli ammortamenti e le sterilizzazioni sono avvenuti nel rispetto del D.Lgs.118/2011 e della Casistica applicativa approvata alla data di redazione del bilancio 2013;• sono state riscontrate le comunicazioni regionali finalizzate all'apertura di nuovi conti attivati per consentire una compilazione completa, corretta ed



		<p>univoca dei modelli ministeriali CE ed SP, mediante l'apertura dei conti e la corretta compilazione dei data base regionali di riclassificazione dei conti;</p> <ul style="list-style-type: none">• in tal modo è stato possibile completare puntualmente ed inviare alla scadenza stabilita i modelli ministeriali, nonché inserire i modelli CE ed SP consuntivi nel presente bilancio;• è stata più volte effettuata l'attività di confronto con le Aziende del Servizio Sanitario della Regione finalizzata alla compilazione delle matrici attivate per garantire la corretta rilevazione e quadratura dei fatti gestionali riferiti ai rapporti di scambio di beni e di prestazioni di servizi infraziendali e nei confronti della Gestione Sanitaria Accentrata regionale (GSA), propedeutiche alla redazione del bilancio consolidato regionale; i crediti/debiti sono stati controllati in sede di verifica infrannuale e più recentemente in sede di CE IV trimestre, preventivo 2014, consuntivo 2013;• in attesa del completamento a livello regionale e ministeriale delle indicazioni circa la verifica di adeguatezza dei fondi rischi ed oneri presenti in bilancio, si è provveduto ad adeguare i fondi iscritti in base ai principi contabili civilistici e previsti dal D.Lgs.118/2011.
	definizione e progressiva realizzazione del Progetto regionale per la certificabilità dei bilanci	L'Azienda ha partecipato attivamente alla progressiva definizione dei contenuti del Piano Attuativo della Certificabilità dei bilanci collaborando con gli uffici regionali e con le altre aziende del SSR. In particolare ha collaborato alla stesura della linea guida relativa al Patrimonio Netto, designando il Direttore dell'UO Bilancio quale componente del Gruppo di Lavoro regionale che ne ha curato la stesura. Inoltre ha partecipato ai numerosi incontri, anche in sede di Area Vasta, finalizzati a condividere osservazioni e proposte in merito ai contenuti del PAC via via delineati, con riferimento ai documenti licenziati al 31/12/2013.
Governo delle risorse umane	Attenersi ad una gestione rigorosa ed oculata degli organici - Diminuire le spese di "sostituzione temporanea del personale" - Garantire invarianza della spesa iscritta nel bilancio preconsuntivo 2012 - Garantire invarianza della spesa per assunzioni a tempo determinato - copertura dei posti subordinata all'approvazione di un Piano annuale di assunzione.	Per l'anno 2013 l'azienda è stata autorizzata, in coerenza con il piano assunzioni presentato ed approvato, ad effettuare 37 assunzioni a tempo indeterminato, di cui 28 relative a personale del comparto e 9 della dirigenza medica. L'azienda ha rispettato le indicazioni, procedendo nel corso dell'anno ad effettuare tutte le assunzioni concordate, ad eccezione di una che ha avuto decorrenza nel 2014 per ragioni legate allo scorrimento della graduatoria e ai tempi di ingresso del vincitore. E' stata inoltre richiesta ed ottenuta la deroga per il conferimento di 1 incarico di struttura complessa ad un dirigente amministrativo: la procedura si è conclusa nel 2014 e ha riguardato un dirigente già in servizio in azienda.



		<p>Il costo delle sostituzioni 2012 è stato molto contenuto ed equivalente a 2,96 unità/anno, incluse le sostituzioni per maternità o per altre assenze previste dalla legge. Come già segnalato nella relazione allegata al piano assunzioni 2013, non è stato possibile comprimere ulteriormente il numero dei supplenti, considerato che nel 2012 la percentuale di supplenze era pari al 0,01% del costo complessivo del personale. In ogni caso il costo del personale a tempo determinato (incluse le sostituzioni) è nel complesso diminuito.</p> <p>In Azienda non si è fatto ricorso al lavoro interinale, mentre sono stati stipulati contratti di Co.Co.Co., libero professionali, borse di studio oltre a convenzioni con altre Aziende Sanitarie.</p> <p>La spesa 2013 per il lavoro flessibile (e non finanziata con risorse esterne all'Azienda) risulta diminuita rispetto al preventivo (che era stato ipotizzato in continuità con il preconsuntivo 2012) di circa 200mila euro.</p> <p>Il costo del personale a tempo determinato è fortemente diminuito (sia al lordo che al netto delle sostituzioni). In particolare è stata ridotta molto la spesa per i contratti ex art. 15 septies.</p>
	<p>Migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende su scala di Area Vasta o su scala provinciale</p>	<p>Il settore degli acquisti è stato sicuramente un ambito prioritario dell'attività di AVEN per l'anno 2013. La sottoscrizione della Convenzione Attuativa, avvenuta in corso d'anno, istitutiva del Dipartimento Interaziendale Acquisti (DIA) a valenza gestionale ha permesso, da un lato, di consolidare ulteriormente l'attività comune di acquisto di beni e servizi, dall'altro, di avviare un percorso di razionalizzazione organizzativa destinato a produrre i primi risultati nel corso del 2014. Con maggiore forza è stato possibile avviare un processo di programmazione coerente ed integrato tra le diverse Aziende e sempre più strettamente connesso ed interdependente con quello della centrale di committenza regionale (Intercent-ER). Su quest'ultimo versante intensa è stata l'attività di coordinamento e di raccordo tra la Direzione Operativa AVEN, la direzione del DIA e quella di Intercent-ER, così come continua la partecipazione dei professionisti nominati dalle Direzioni Aziendali alle attività delle commissioni e gruppi di lavoro convocati da Intercent-ER.</p> <p>Sono proseguite inoltre le attività finalizzate al raggiungimento di obiettivi di integrazione sia in ambito amministrativo-gestionale che clinico-assistenziale, sia pure con modalità diversificate fra gruppo e gruppo. Sono state sottoscritte dai direttori generali quattro convenzioni attuative con l'intento di rafforzare la collaborazione in</p>



ambiti ritenuti strategici:

- gestione comune dei concorsi relativi al personale del comparto: è stato deciso, per economia di gestione ed efficacia della stessa, di condividere procedure comuni per lo svolgimento dei concorsi relativi al personale del comparto. All'interno della convezione sono state definite le modalità operative per lo svolgimento comune dei concorsi ed il successivo utilizzo delle graduatorie;
- coordinamento dei dipartimenti/servizi farmaceutici con l'obiettivo di garantire una costante integrazione tra le aziende relativamente alle competenze di ambito farmaceutico, nonché un adeguato supporto al processo di centralizzazione degli acquisti;
- coordinamento dei servizi di ingegneria clinica per garantire una continua collaborazione per le attività connesse all'acquisizione e gestione delle apparecchiature/tecnologie sanitarie, nonché la gestione unitaria ed integrata delle attività connesse all'acquisto delle apparecchiature sanitarie e dei dispositivi medici di competenza;
- coordinamento dei servizi formazione a cui affidare la progettazione e la realizzazione di eventi formativi di interesse comune e la progettazione e realizzazione congiunta dei corsi fad.

I gruppi attivi sia di area amministrativo-gestionale che clinico-gestionale hanno sviluppato un proficuo lavoro di confronto la cui attività può essere ricondotta ad alcuni ambiti principali:

- interpretazione ed applicazione omogenea della normativa: in questo ambito si segnalano in particolare le attività svolte dai gruppi dei responsabili del personale, della libera professione e degli odontoiatri. E' stato avviato un confronto anche in materia di trasparenza ed anticorruzione;
- elaborazione di specifici progetti: vanno ricordati quelli intrapresi dal gruppo dei laboratoristi (gare in comune, monitoraggio appropriatezza ed accentramento esami rari) e dal gruppo dei fisici sanitari (studio rischio radiologico e sorveglianza dosimetrica, studio modalità di controllo attività delle rmn). Il gruppo riabilitazione e quello percorso nascita hanno continuato la loro attività secondo quanto previsto dalle linee di indirizzo regionale;
- confronto su temi specifici per l'adozione delle migliori pratiche individuate: particolarmente attivi in materia il gruppo gestione del rischio clinico e quello della medicina legale. Analogamente è stato costituito un gruppo per l'analisi e diffusione delle migliori pratiche



		<p>relativamente all'ambito della protesica territoriale. E' proseguito il confronto anche all'interno dei gruppi delle direzioni infermieristiche e dei responsabili della specialistica;</p> <ul style="list-style-type: none"> sviluppo di attività comuni ed adozione di modelli organizzativi integrati: oltre a quelli legati alle convenzioni attuative di cui si è detto (formazione, concorsi comparto) vanno ricordate le attività, da tempo avviate, di progressiva unificazione dei contratti di manutenzione sia di ambito informatico che relativi alle apparecchiature biomedicali.
	Avviare politiche di razionalizzazione in particolare delle strutture complesse.	A fine 2013 è stata formalizzata la riorganizzazione dei dipartimenti ospedalieri, che ha comportato la riduzione del numero dei dipartimenti (da 11 a 8) e la trasformazione, di una struttura complessa in semplice dipartimentale e di due strutture semplici dipartimentali in strutture semplici.
Governo dei processi di acquisto di beni e servizi	Estendere le unioni d'acquisto	Le Aziende AVEN hanno operato anche nel corso del 2013 per raggiungere l'obiettivo della progressiva riduzione delle gare aziendali a favore dell'adesione alle gare aggregate (Area Vasta o Intercent - ER). Nel 2013 sono state aggiudicate 67 gare AVEN (l'ausl di Piacenza è stata capofila di 6 di queste) e sono stati definiti contratti per oltre 137 milioni di euro, con un risparmio stimato intorno al 15%. Relativamente alle adesioni alle convenzioni Intercent – ER, il valore complessivo degli ordinativi di fornitura emessi dalle Aziende associate all'AVEN è stato pari a quasi 186 milioni, di cui oltre 23 milioni da parte dell'Azienda USL di Piacenza.
	Rideterminazione dei contratti di fornitura perseguendo gli obiettivi di riduzione della spesa previsti dalla Legge 135/2012 e dalla Legge n. 228/2012	<p>In relazione ai contratti di fornitura relativi a servizi sanitari, le indicazioni normative sono state rispettate: l'Azienda ha provveduto alla rinegoziazione dei contratti continuando ad assicurare l'erogazione dei LEA.</p> <p>Per quanto riguarda invece la fornitura di beni e servizi non sanitari, la negoziazione con le aziende, pur garantendo in molti casi una decurtazione dei prezzi di acquisto, non ha garantito il livello di risparmio richiesto dalla normativa. L'applicazione della spending review ha garantito infatti risparmi per circa 450.000 euro, in netto calo rispetto all'anno precedente quando il risparmio era stato pari a circa 1.500.000. Questo trend risulta abbastanza diffuso nelle aziende sanitarie italiane.</p>
Politica del farmaco e della spesa farmaceutica	Centralizzazione dei magazzini farmaceutici ed economici: due aree vaste devono portare a termine i processi di integrazione strutturale di centralizzazione di tali attività e la terza avviarli	La prima parte dell'anno è stata dedicata all'allestimento interno del nuovo magazzino di Area Vasta Emilia Nord. L'attività del nuovo magazzino di Area Vasta ha avuto inizio l'8 luglio ed ha riguardato, nell'immediato, tre Aziende (Azienda USL di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda USL di Modena in parte). Tali Aziende utilizzavano già i servizi del magazzino



		<p>precedentemente attivo presso l'Azienda USL di Reggio Emilia. Alla metà di settembre si è completato l'ingresso dell'Azienda USL di Modena (territorio ed Ospedali di Vignola e Pavullo) nel rispetto del programma definito. Contemporaneamente è stata assunta anche la completa gestione della merce in transito delle Aziende in questione. L'AUSL di Piacenza entrerà, secondo il programma stabilito, nei primi mesi del 2014. L'avvio operativo della centralizzazione (per quanto ad oggi ancora parziale) ha comportato un lavoro preliminare su tre versanti: messa a punto delle interfacce informatiche per la gestione degli scambi informativi tra i gestionali aziendali e quello del magazzino; allineamento delle codifiche dei prodotti aziendali con quelle del magazzino; assunzione da parte dell'Azienda USL di Reggio Emilia della gestione amministrativa (contratti, prezzi, fornitori) di competenza di ciascuna delle aziende servite dal magazzino. Anche a livello aziendale il 2013 è stato dedicato alle attività propedeutiche, oltre alla definizione di un progetto di centralizzazione interna dei magazzini della distribuzione diretta, che sarà realizzato nel 2014.</p>
Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico	Finanziamento degli investimenti	<p>Non sono stati utilizzati, nel 2013, proventi da alienazioni a finanziamento degli investimenti 2013, né sono state attivate forme di partenariato pubblico-privato.</p> <p>Con riferimento all'utilizzo di contributi in conto esercizio a finanziamento degli investimenti, lo stesso è stato inserito nel bilancio preventivo e nel piano degli investimenti 2013-2015 previa valutazione delle effettive necessità e priorità aziendali, esprimendo valutazioni tecniche ed economiche che sono state opportunamente condivise con i competenti uffici regionali.</p> <p>La realizzazione degli investimenti preventivati ha sostanzialmente rispettato il piano: le variazioni significative sono intervenute per la necessità di provvedere con urgenza alla chiusura del PO della Val d'Arda, a seguito delle verifiche sismiche che ne hanno evidenziato la non agibilità. L'utilizzo di tali contributi è stato effettuato in compatibilità con l'obiettivo del raggiungimento del pareggio di bilancio, che è stato effettivamente conseguito in sede di bilancio consuntivo, e senza la decurtazione delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza.</p>
	Patrimonio immobiliare	<p>I costi di manutenzione ordinaria delle strutture dell'Azienda USL di Piacenza risultano allineati alla media regionale.</p> <p>L'area tecnica nel corso del 2013 ha svolto la seguente attività progettuale e/o di Direzione Lavori:</p> <ul style="list-style-type: none">• progettazione esecutiva e direzione lavori Nuova Dialisi di Bobbio;



		<ul style="list-style-type: none"> • direzione lavori “Case della Salute” di Podenzano e Borgonovo; • progettazione esecutiva e direzione lavori contratti aperti Piacenza, Levante e Ponente; • progettazione esecutiva e direzione lavori in emergenza Ospedale Unico della Valdarda; • progettazione esecutiva e direzione lavori installazione Risonanza Magnetica Castel San Giovanni • progettazione esecutiva e direzione lavori degenze Medicina Castel San Giovanni; • direzione lavori e certificato regolare esecuzione Comparto Operatorio Castel San Giovanni; • direzione lavori nuovo SERT, Day Hospital Oncologico ed Ambulatori blocco 4 dell’ospedale di Piacenza; • progettazione esecutiva e direzione lavori nuova Medicina Nucleare dell’ospedale di Piacenza; • direzione lavori nuova Cabina elettrica MT/BT nucleo storico dell’ospedale di Piacenza; • progettazione preliminare nuove sale operatorie dell’ospedale di Piacenza.
--	--	---

3.6 Promozione del cambiamento tecnologico e organizzativo

Si riportano qui di seguito gli obiettivi regionali 2013 legati al tema della promozione del cambiamento, in particolare organizzativo e legato all’ICT, mentre l’innovazione in relazione alle tecnologie sanitarie è riportata nello specifico paragrafo 6.2, da pag. 147.

Capitolo	Obiettivo	Azioni e risultati 2013
Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica	Rete delle farmacie oncologiche	Nel 2013 è stata completata la centralizzazione, con l’inserimento delle UU.OO. di Oncologia day hospital e radiologia, oltre che dell’Ospedale di Bobbio. La centralizzazione totale ha consentito un’ulteriore riduzione dei costi, conseguente all’utilizzo degli scarti di lavorazione. E’ stato quindi possibile azzerare le scorte delle UU.OO e programmare gli ordini dei farmaci antitumorali riducendo le giacenze del laboratorio a quantitativi che garantiscono un’autonomia di 20 giorni di attività. Sono state valutate le terapie con farmaci biologici in ambito reumatologico e gastroenterologico, al fine di programmare nei primi mesi del 2014, dopo un adeguato periodo di formazione ai clinici, gli allestimenti centralizzati nel laboratorio UFA.
Azioni di razionalizzazione e in ambito ict	Unificazione cartella clinica MMG	L’Azienda ha partecipato con il direttore dell’Assistenza Primaria di Piacenza, ai lavori del gruppo regionale appositamente costituito, finalizzato alla costruzione dei contenuti tecnici del capitolato di gara. Il lavoro è stato concluso e sono attualmente in corso le procedure di aggiudicazione.



	Promozione Fascicolo Sanitario Elettronico	L'Azienda ha previsto di estendere la possibilità da parte del cittadino di aprire il proprio FSE anche presso altre Pubbliche Amministrazioni (per es. Uffici Anagrafe Comunali), e quindi non solo limitatamente agli uffici preposti dell'Azienda. Ad oggi tale possibilità è stata estesa ai tre comuni capofila di distretto, insieme ai quali di organizzato, una conferenza stampa e altre iniziative di promozione, come ad esempio la pubblicazione di articoli sui quotidiano locali, tradizionali e on-line. E' previsto per l'anno 2014 di coinvolgere anche i restanti comuni della provincia, in modo da agevolare il cittadino, attraverso una diffusione capillare di punti che consentano l'apertura del fascicolo. L'Azienda aderisce inoltre a tutte le iniziative di implementazione di funzionalità del FSE proposte da CUP2000, e si sta attrezzando per consentire agli utenti di acquisire i referti prodotti in Azienda direttamente dal FSE e non più agli sportelli aziendali, in conformità a quanto contenuto nella circolare n. 5 del 14/5/2013.
	Dematerializzazione ricetta	Nel 2013 è entrata a pieno regime, per gli specialisti ospedalieri e territoriali, la ricetta elettronica (NRE), che costituisce un primo step di sperimentazione della dematerializzazione. La sperimentazione, avviata nel 2012 con l'adeguamento degli applicativi ambulatoriali per la prescrizione e la formazione degli specialisti, ha prodotto nel 2013 quasi 180mila prescrizioni specialistiche effettuate con NRE. Nel 2014 è previsto un ulteriore adeguamento degli applicativi e la realizzazione dell'interfaccia con il Ministero: si è provveduto infatti a commissionare ai diversi fornitori le implementazioni necessarie per sostituire la NRE con la ricetta dematerializzata (DEMA), in maniera conforme e nelle tempistiche definite dalle specifiche nazionali.
	Centralizzazione gestione informatizzata delle risorse umane	E' stato avviato un gruppo di lavoro propedeutico all'utilizzo di un unico software per la gestione delle paghe a livello di Area Vasta Emilia Nord. In seguito l'Azienda ha partecipato alle iniziative regionali che hanno portato alla costituzione di gruppi di lavoro specifici che stanno studiando la possibilità di adottare per tutte le Aziende un prodotto informatico in grado di supportare le funzionalità proprie delle varie Aree Risorse Umane.
	Adozione di un sistema di monitoraggio e governo dell'appropriatezza in ambito di Analisi di Laboratorio.	In occasione della sostituzione dell'applicativo gestionale del laboratorio (LIS), intervenuta a luglio, è stato avviato il percorso di ridefinizione dei profili di prescrizione delle richieste ospedaliere in una ottica sia di appropriatezza che di contenimento dei costi. Il lavoro proseguirà nel 2014, anche mediante l'acquisizione di ulteriori moduli altamente specialistici del LIS installato, che faciliteranno il raggiungimento dell'obiettivo.



3.7 Sicurezza delle cure

Da qualche anno il bilancio di missione si è arricchito di questa nuova Sezione, che raccoglie e struttura meglio le informazioni relative alle azioni messe in campo dall'Azienda in tema di sicurezza dei pazienti (il tema della sicurezza dei lavoratori è invece illustrato nel successivo par. 4.3, da pag. 118) e i risultati raggiunti, anche attraverso l'utilizzo di alcuni specifici indicatori. Si tratta a volte di aspetti, oltre che mai presentati finora all'interno del bilancio, molto tecnici e di difficile rendicontazione se ci si rivolge anche ai non "addetti ai lavori": si è cercato quindi di accompagnare le informazioni quantitative con aspetti più descrittivi.

3.7.1 Assetto organizzativo per rischio e sicurezza

L'assetto organizzativo delle diverse Strutture che si occupano di gestione del rischio e sicurezza è stato definito e implementato nel tempo, in coerenza con quanto previsto nell'Atto Aziendale e nel Piano Strategico, che identificava e prevedeva lo sviluppo di tre aree della sicurezza:

- quella centrata sul paziente, legata all'appropriatezza, alla tempestività ed al livello professionale, in estrema sintesi alla qualità delle prestazioni e dell'organizzazione;
- quella centrata sugli operatori, aspetto inscindibilmente connesso con l'aspetto della sicurezza sul paziente;
- gli aspetti della sicurezza legati ad altre persone che frequentano per varie finalità ed obiettivi l'organizzazione (familiari, visitatori, manutentori, dipendenti di ditte appaltatrici, ecc.);

ribadendo al contempo la necessità di un governo unitario del rischio per evitare duplicazioni, sovrapposizioni e discordanze, da attuarsi attraverso tecniche e modalità di gestione specifiche a seconda dei campi di applicazione.

Per la realizzazione di tali obiettivi sono stati quindi individuati e formalizzati nel Piano di Organizzazione Aziendale coerenti assetti organizzativi, e in relazione in particolare alla sicurezza del paziente:

- la gestione del rischio clinico fa capo alla omonima Unità Operativa Complessa, istituita all'inizio del 2011 con l'obiettivo di fornire ai clinici e a tutto il personale che opera in azienda il necessario supporto metodologico e consulenziale, e collocandola nel Dipartimento di Presidio Unico per la netta prevalenza dei aspetti legati alla gestione del rischio clinico nelle attività ospedaliere. A tale U.O. afferisce anche, in modo funzionale, la figura infermieristica responsabile assistenziale del rischio clinico, con posizione organizzativa. Il Direttore dell'U.O. Complessa Rischio Clinico è anche coordinatore del Comitato Infezioni Ospedaliere;
- la gestione del rischio infettivo clinico fa capo alla omonima Unità Operativa semplice dipartimentale afferente al Dipartimento della Sicurezza, istituita nel 2010 con il compito di coordinare tutte le attività finalizzate a quantificare il rischio del paziente e identificare all'interno delle strutture sanitarie il percorso clinico-assistenziale più efficace a limitare il rischio dell'insorgenza di complicanze infettive. Tale U.O. si avvale di personale infermieristico dedicato per il monitoraggio, controllo e verifica sugli specifici programmi;
- la gestione del contenzioso è coordinata dall'U.O. Affari Generali e Legali, U.O. Complessa che



afferisce al Dipartimento amministrativo, che nel percorso interfaccia con le altre Unità Operative coinvolte: U.O. rischio clinico, U.O. Medicina Legale, U.O. acquisizione beni e servizi (per i rapporti contrattuali con le imprese assicuratrici e le imprese di brokeraggio).

Per favorire la gestione e il controllo efficace degli eventi avversi, l'Azienda ha ritenuto necessario rendere disponibili strumenti specifici che consentano di avere tutte le informazioni utili per ridurre il rischio, generare i necessari miglioramenti di sistema e promuovere una cultura centrata sulla sicurezza nell'erogazione delle cure. Pertanto l'Azienda, insieme all'azione di governo del rischio, sta sviluppando un sistema di raccordo di tutti gli eventi avversi potenziali o effettivi creando un Data Base definito "convergente" proprio per questa peculiarità. In linea con quanto definito a livello regionale, l'Azienda ha sviluppato un modello di approccio alla gestione del rischio e al contenzioso che permetterà di riallineare le attività aziendali e monitorarle con l'individuazione di indicatori per la misurazione dei processi attraverso una gestione del rischio clinico e del contenzioso che garantisca gli opportuni collegamenti con tutti gli attori che intervengono per ruolo o specifica competenza nel processo e permetta di realizzare interventi di riduzione del rischio e del contenzioso. L'Azienda ha sviluppato un doppio sistema di governo, definendo procedure riconducibili a due obiettivi diversi ma complementari:

- "Prevenzione e gestione degli eventi avversi" attraverso una procedura organizzativa per la gestione e analisi degli Incident Reporting e una istruzione Operativa per la segnalazione spontanea di eventi avversi e near miss (Incident Reporting e comunicazione con il paziente);
- "Gestione del contenzioso" attraverso una procedura sinistri RCT;

Attraverso la definizione di tali procedure l'Azienda ha potuto riallineare le attività di gestione del contenzioso e di gestione dell'evento, oltre che all'individuazione di indicatori per la misurazione dei processi.

3.7.2 Sorveglianza e Monitoraggio

In relazione alla sicurezza in sala operatoria, è proseguita l'integrazione al sistema di informatizzazione aziendale del "dossier del paziente chirurgico", che contiene e integra quanto previsto dalla scheda SOSnet, il cui utilizzo è iniziato nel 2012.

La percentuale di interventi chirurgici per i quali nel 2013 è documentato l'utilizzo della checklist SOS.net è stata pari al 57,3%, contro un 47,3% medio regionale relativo alle strutture pubbliche.

Quanto poi alla farmacovigilanza:

- nel 2013 l'Azienda ha aderito al progetto interregionale di vaccini-vigilanza attiva, nel quale sono stati attivamente coinvolti tutti gli operatori sanitari dei centri vaccinali aziendali, anche attraverso un corso specifico di formazione;
- sono proseguiti anche i progetti "Interazioni clinicamente rilevanti nel paziente anziano pluritrattato, a livello territoriale" e "Monitoraggio epidemiologico di reazioni ed eventi avversi da farmaci in pronto soccorso";
- durante l'anno sono pervenute 88 segnalazioni di sospette ADR, valutate ed inserite tempestivamente nella rete nazionale di farmacovigilanza e trasmesse anche al centro



regionale. Per ogni segnalazione è stata inviata una puntuale informazione di ritorno ai segnalatori. Di queste segnalazioni, 14 riguardano vaccini e sono state gestite come previsto dalla procedura aziendale per le segnalazioni di sospette ADR da vaccini. Il numero di segnalazioni si è mantenuto superiore agli standard fissati dall'OMS per definire efficiente un sistema di farmacovigilanza.

- la responsabile della farmacovigilanza ha partecipato come docente/relatore a corsi di formazione per i medici vaccinatori del DSP, all'aggiornamento obbligatorio per MMG, all'incontro con il personale sanitario della Casa di cura Piacenza ed il materiale didattico relativo a queste iniziative è stato reso disponibile sul sito internet ed intranet aziendale.

In relazione infine alla vigilanza sui dispositivi medici, nel 2013 sono state trasmesse cinque segnalazioni.

3.7.3 Gestione eventi critici

Nel 2013 sono state coinvolte, su loro richiesta, tutte le UO del DSM, con incontri accreditati ECM, con il coinvolgimento di gran parte degli operatori. Non sono stati realizzati invece corsi specifici aziendali sul tema del rischio clinico, perché si attendeva l'implementazione della scheda di incident reporting modificata in sede regionale e della relativa Banca Dati. Si è dato comunque risposta alle richieste specifiche delle UU.OO., ad esempio il Dipartimento di Onco-Ematologia ha accreditato un incontro ripetuto per 5 edizioni per piccoli gruppi, tra dicembre 2013 e gennaio 2014, sull' utilizzo della scheda nel dipartimento.

Il numero di segnalazioni inserite nel corso dell'anno nella banca dati per l'incident reporting si è mantenuto stabile rispetto all'anno precedente. Seppur in diminuzione, rimane a volte l'utilizzo improprio della scheda di incident reporting, utilizzata per segnalazioni di carattere organizzativo.

Sono stati trattati/approfonditi 15 casi con RCA e SEA. Seppur sporadicamente, c'è stata la richiesta di utilizzare l'RCA/SEA per analizzare un evento ritenuto non chiaro, anche in assenza di segnalazione IR e/o evento avverso. Sono inoltre sono stati attivati ed effettuati 11 audit nell'UO SPDC nell'ambito dell'applicazione della procedura aziendale per la "gestione della contenzione fisica superiore a 24 ore continuative", per l'implementazione delle raccomandazioni regionali sul tema della contenzione.

Nel 2013 sono stati trattati con la Mediazione del conflitto pochi casi (8, alcuni anche solo telefonicamente).

E' stata infine stata definita (e sperimentata, seppur in un solo caso), la procedura per la contenzione nei reparti ospedalieri.

3.7.4 Gestione dei sinistri e del contenzioso

Sono stati identificati due momenti fondamentali nel processo di gestione:

- Il triage: organismo composto da professionisti aziendali con la funzione di valutare la richiesta di risarcimento danni, analizzare le dinamiche riguardanti l'accadimento di eventi avversi dando seguito alla fase istruttoria dei casi e al monitoraggio continuo degli eventi avversi. Durante le



sedute di Triage, che con la nuova procedura vede partecipi anche i professionisti coinvolti nell'evento, viene effettuata una prima valutazione medico legale del danno e del nesso di causa se riconosciuti.

- Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS): organismo con la funzione di dare seguito alle richieste di risarcimento danni, considerando quanto emerso in fase di Triage, con la definizione della migliore strategia anche sotto il profilo economico.

Nel 2013 è stato ridefinito il Comitato Valutazione Sinistri aziendale, già attivo dal 2009, coinvolgendo maggiormente il Dipartimento di Presidio Unico e la Direzione Amministrativa ed è stata ridefinita la procedura di gestione dei sinistri gravanti su polizza RCT.

Attraverso lo strumento del budget per il 2014 è stato enfatizzato il collegamento fra segnalazione di eventi e contenzioso, proponendo, in caso di contenzioso, la valutazione di eventuale preventiva segnalazione dell'evento che lo ha generato.





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

4.1 La "carta di identità" delle persone in azienda

Da qualche anno questa Sezione del documento è orientata anche a fornire un quadro complessivo del personale operante all'interno dell'azienda. In sintesi la fotografia dell'azienda al 31/12/2013, in relazione alle persone che ci lavorano evidenzia che:

- il personale femminile rappresenta il 75% di tutto il personale, ma costituisce l'81% del personale del comparto e il 47% nella dirigenza;
- la dirigenza rappresenta il 19% di tutto il personale dipendente, di cui l'86% appartiene al ruolo medico e veterinario, il restante 14% ai ruoli SPTA;
- sia il personale dirigente che quello del comparto appartengono prevalentemente alle fasce di età 36-44 e 45-54, che complessivamente assorbono il 65% dei dipendenti.

In relazione alla composizione per età del personale vale la pena notare come si stia assistendo ad un sostanziale "invecchiamento" della popolazione lavorativa dell'azienda: tra il 2008 e il 2013 infatti le unità di personale di età inferiore a 35 anni sono calate di oltre 100 unità, le unità di età compresa tra 35 e 44 di circa 160 a fronte di una stabilità della fascia 45-54 e ad una crescita di oltre 330 unità nelle fasce di età superiori (vedi la successiva Figura 216).

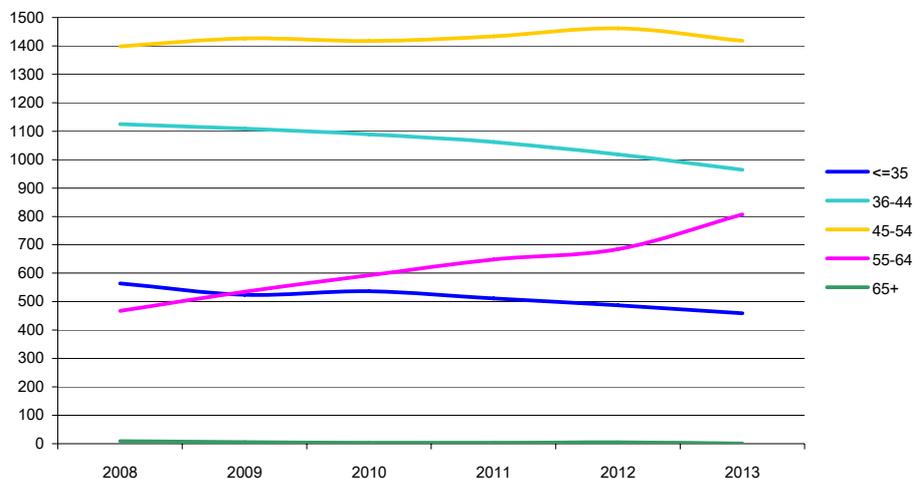


Figura 216: Trend personale dipendente per fasce di età.

Per un approfondimento sulla composizione del personale in azienda e sull'evoluzione negli ultimi anni si rimanda all'Appendice 4 (pag. XLV).

4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

L'Azienda, anche nel rispetto delle indicazioni della L.R. n. 29/2004, ha ridefinito il ruolo del Collegio di Direzione, quale condizione prioritaria per la valorizzazione del contributo dei



professionisti al governo aziendale. L'Atto aziendale approvato nel corso del 2008 stabilisce infatti che il Collegio di direzione è l'organo dell'azienda con compiti di elaborazione e di proposta nei confronti del direttore generale su: organizzazione e sviluppo dei servizi, formazione e formazione permanente, ricerca e innovazione, rischio clinico, libera professione. Nel 2013 in particolare:

- sono stati analizzate, discusse e condivise alcune variazioni in merito a tariffe e trattenute della libera professione intramoenia;
- è stato presentato e discusso il regolamento della sicurezza, poi approvato con alcune modifiche proposte dal Collegio medesimo;
- sono state presentate e discusse le linee di programmazione e finanziamento regionali per il 2013;
- sono state presentate e discusse la proposta di riorganizzazione dei dipartimenti ospedalieri e la proposta di revisione delle sedi erogative territoriali, poi presentata nei distretti e in CTSS;
- nella seconda metà dell'anno diverse sedute sono state dedicate ai progressivi aggiornamenti sulla messa in sicurezza dell'ospedale di Fiorenzuola;
- è stata presentata lo stato di avanzamento del progetto aziendale di raccolta fondi (per un approfondimento in merito si veda la sezione 7, da pagina 151);
- sono stati discussi e selezionati i progetti di ricerca da presentare alla Fondazione di Piacenza e Vigevano per l'ammissione al finanziamento da parte della Fondazione medesima.

Infine, a fine giugno, una seduta residenziale del Collegio, allargata ad alcuni direttori di unità operativa, è stata dedicata alla presentazione da parte dei direttori di dipartimento e alla discussione plenaria su "opportunità e minacce della sanità piacentina nel prossimo triennio".

4.3 Sicurezza e gestione del rischio

Per un dettaglio delle azioni intraprese e dei risultati raggiunti in relazione a: valutazione dei rischi, sorveglianza sanitaria, gestione degli infortuni e gestione delle emergenze si rimanda all'Appendice 5 (da pagina LIII). Vale la pena riportare qui le principali aree di lavoro del 2013, a partire dal consolidamento dell'organizzazione del Dipartimento della sicurezza, istituito nel 2009 e arricchito dal 2010 dall'apporto dell'U.O. semplice dipartimentale Rischio infettivo. L'integrazione dipartimentale ha attivato e reso praticabili sinergie operative nella gestione del rischio e per il miglioramento dei livelli e degli standard di sicurezza, in particolare nella valutazione e gestione del rischio fisico, nella valutazione e gestione del rischio biologico, nella responsabilità professionale e nell'utilizzo di tecnologie informatiche per la formazione attivando un percorso FAD condiviso nella metodologia e nei contenuti a livello di Area Vasta Emilia Nord.

Il Dipartimento ha realizzato, attraverso forme di integrazione aziendale e forme di sinergia per la prevenzione di rischi occupazionali e in generale legati alle prestazioni sanitarie, una modalità operativa che ha migliorato i livelli di sicurezza ed il loro controllo. La prevenzione e il controllo delle infezioni nell'ambito delle strutture assistenziali sanitarie, con particolare attenzione alle infezioni emergenti e riemergenti sia per il paziente sia per il lavoratore, ha segnato un ulteriore



progresso organizzativo attraverso azioni idonee ad assicurare la sorveglianza di queste malattie ed il loro monitoraggio, altroché applicare programmi di controllo e realizzare adeguate innovazioni organizzative fra cui la ristrutturazione del CIO. Questo obiettivo è stato consolidato con l'effettuazione di audit e di verifiche, durante i quali sono state applicate le check-list allestite sperimentalmente in precedenza, che analizzano processi di lavoro e luoghi dove la rilevanza del rischio biologico incide in modo significativo (es. Comparto operatorio). Peraltro, occorre osservare che in generale la Gestione del Rischio è stata oggetto di fattiva collaborazione intra e inter-dipartimentale, in particolare con l'applicazione della norma UNI 11425 pubblicata nel settembre 2011 relativa agli impianti di Ventilazione a Contaminazione Controllata. Anche a seguito della sollecitazione regionale sull'applicazione di tale norma, si è proceduto alla progettazione e alla stesura del documento di progetto in una prima versione. Tale Documento di Progetto dovrà essere condiviso da tutti gli operatori impegnati nella gestione della struttura e nella realizzazione dell'ammodernamento dei Comparti operatori e che dovrà seguirne tutta la vita operativa sino alla loro dismissione, per garantire nel tempo l'indispensabile rintracciabilità delle scelte, delle azioni e delle responsabilità connesse. E' altresì necessario ricordare la chiusura precauzionale della parte antica dell'ospedale di Fiorenzuola, con la conseguente ristrutturazione delle attività e del contenitore edilizio ad esse dedicate. Tale importante ristrutturazione prevede un forte impegno delle attività dipartimentali soprattutto per l'applicazione dei principi di prevenzione, sicurezza ed ergonomia.

Per quanto riguarda quest'ultima, è diventata cruciale nell'organizzazione, poiché si intrecciano due evidenze nell'evoluzione dell'organizzazione ospedaliera: la prima è la prospettiva di passare progressivamente da un modello di ospedale strutturato per specialità ad un modello per intensità di cure, la seconda evidenza riguarda la popolazione lavorativa che aumenta progressivamente l'appartenenza al genere femminile e che aumenta per anzianità anagrafica con le relative conseguenze. In tal senso un intervento strategico sulla movimentazione dei pazienti e dei carichi diventa prioritario.

Ancora a sostegno del processo di integrazione del Dipartimento della sicurezza, si è promosso nell'area medico legale il percorso sul consenso informato ed il governo del contenzioso che rappresentano ulteriori momenti di riflessione e di miglioramento per la prevenzione dei rischi. Questi processi relativi al consenso informato, saranno meglio governati anche attraverso la proposta di una FAD sul tema.

Per quanto riguarda il rischio infettivo e biologico, l'U.O. Gestione del rischio infettivo ha attuato, in tema di sicurezza dei lavoratori, anche nel corso del 2013 i seguenti punti programmatici:

- gestione degli operatori sanitari esposti al rischio infettivo;
- prosecuzione della diffusione del lavaggio delle mani con gel alcolico in particolare nei reparti operatori;
- prosecuzione della diffusione dei sistemi di sicurezza per i prelievi di sangue con la relativa formazione;



- prosecuzione del monitoraggio ed auditing delle procedure in corso (in particolare in relazione al controllo dell'applicazione delle norme di precauzione da contatto), con presa in carico dei casi segnalati dalla microbiologia e presa in carico degli OO.SS. esposti al rischio infettivo;
- progettazione, allestimento, sperimentazione di un percorso formativo sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA);
- addestramento all'uso degli aghi di sicurezza in tutte le aree ospedaliere con una particolare attenzione nelle aree critiche.

4.3.1 Lavoro femminile nel settore sanitario

Per sostenere un'organizzazione che applichi il concetto di parità di genere, anche in applicazione alla normativa della sicurezza nei luoghi di lavoro (vedi art. 28 D.lgs 81/08 e s.m.i.) è stata prodotta nel 2012, e ulteriormente arricchita nel 2013, la valutazione del rischio per la sicurezza delle lavoratrici in gravidanza e nel periodo di allattamento con l'allestimento della relativa procedura e delle istruzioni operative connesse. Inoltre, nel 2013 sono state intraprese relazioni e contatti con La direzione territoriale del lavoro di Piacenza per articolare e definire le procedure applicative in caso di interdizione dal lavoro e/o per la collocazione alternativa all'interno dell'Azienda del personale interessato. La salute riproduttiva delle lavoratrici del settore sanitario, infatti, è stata negli ultimi anni oggetto di particolare attenzione, sia per il grande numero di donne in età fertile che lavora in questo settore, sia per la presenza negli ambienti sanitari di fattori di rischio di diversa natura. Inoltre, oltre ai dettati costituzionali e alle norme che valgono per tutti i lavoratori, esiste una nutrita legislazione per garantire la tutela della salute della lavoratrice, che impone ad esempio di identificare luoghi di lavoro "sicuri" ove permettere alla donna in gravidanza di continuare a svolgere la sua attività.

La valutazione condotta nel 2011 e verificata nel 2012 è stata confermata ed in alcuni casi approfondita anche nel 2013 con il seguente criterio logico e cronologico:

- identificazione dei fattori di rischio fisici, chimici, biologici e dei processi o condizioni di lavoro pericolosi in elenco all'allegato C del D.lvo. n.151/2001;
- individuazione delle mansioni che espongono al rischio specifico;
- identificazione delle lavoratrici esposte al rischio specifico;
- individuazione preventiva delle relative misure di tutela.

Il 25 settembre 2013 si è tenuto inoltre a Piacenza un convegno che ha interessato tale argomento, dal titolo "*Fare salute partendo dal genere*". L'evento faceva parte di un ciclo di incontri per approfondire il valore delle differenze tra uomo e donna nella tutela della salute ed ha messo in luce i rischi di genere e le misure di prevenzione e protezione nonché di sorveglianza sanitaria nel settore sanità ed ha avuto risonanza a livello inter-regionale.

4.3.2 Valutazione dei rischi da stress lavoro correlato

Ispirandosi a quanto definito dall'INRS francese e su sollecitazione anche dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna, all'interno del coordinamento dei responsabili dei servizi di



prevenzione e protezione delle aziende sanitarie emiliano-romagnole è stato implementato nell'Azienda Sanitaria di Piacenza un sistema di valutazione dello Stress Correlato al Lavoro. Del processo di implementazione del metodo, della sua concreta realizzazione e dei principali esiti si darà qui conto giungendo, in conclusione, ad evidenziare le potenzialità e le possibili criticità. Il processo di sperimentazione iniziato nell'anno 2009 è proseguito fino ad oggi giorni con la produzione di un documento che ha tenuto conto nel dettaglio del sistema di valutazione basato su un sistema di indicatori appropriato per adempiere all'obbligo normativo art. 28 del D.lgs 81/08 e fosse in linea a quanto stabilito dall'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004. La definizione di stress occupazionale che il gruppo di lavoro ha assunto sostanzialmente sono state due, la prima di BAUM (1990) la seconda del National Institute for Occupational Safety and Health., si sono quindi prese le mosse da tali definizioni specificando preliminarmente che l'oggetto e lo scopo della valutazione che si è sperimentata sono rispettivamente:

- oggetto: condizioni di lavoro che producono variazioni alle molteplici dimensioni fisico, chimiche e psicosociali che caratterizzano l'esperienza lavorativa con l'intensità e/o frequenza tali da rendere insufficienti le risorse individuali e sociali di coping a disposizione del lavoratore;
- scopo: fornire informazioni sulla eventuale necessità di modificare intensità e/o frequenza e/o qualità della domanda lavorativa, così come di intervenire a sostegno delle risposte individuali e sociali di coping dei lavoratori.

Dopo la fase del risk assessment effettuata attraverso la diagnosi preliminare integrata e da un'analisi approfondita, da portare portata a conoscenza dei lavoratori interessati, occorrerà affrontare la fase successiva della gestione del rischio rilevato (risk management). Le linee di indirizzo del gruppo regionale hanno concentrato la loro attenzione sulla prevenzione primaria e sulle possibili azioni di miglioramento da effettuare a livello organizzativo. E' stato deciso di associare allo studio approfondito del sistema di valutazione tramite indicatori che hanno dato luogo a dei dati oggettivi, un'analisi di natura qualitativa tesa a rilevare le percezioni dei lavoratori effettuata attraverso dei focus – group, che ha consentito di compiere alcune considerazioni sia di natura metodologica riguardo al modo di rilevare lo stress lavorativo sia in termini di merito riguardo ai fattori che lo possono determinare. In conclusione si è rilevato che il livello di approfondimento raggiunto attraverso un'analisi qualitativa ha fatto emergere elementi di dettaglio che non possono essere colti impiegando esclusivamente dati oggettivi numericamente apprezzabili, tuttavia allo stesso tempo, è necessario evidenziare come non manchino aspetti in cui si presenta una precisa concordanza fra i dati riferibili all'organizzazione e ciò che viene percepito dai lavoratori. Si può ipotizzare che nella revisione del documento 2012/2013 saranno inseriti nuovi indicatori in grado di apprezzare alcuni importanti aspetti emersi.

In Azienda in particolare, nel 2013 è proseguita l'attività di indagine sul rischio in questione e, a seguito di quanto effettuato nel 2012, il Servizio di prevenzione e Protezione ha continuato l'attività di coping (ovvero la capacità di fronteggiare lo stress lavoro correlato) nel dipartimento amministrativo e in particolare nella Direzione Territoriale (DART), coinvolgendo principalmente il



personale del Front-Office. La valutazione condotta è stata illustrata alla Direzione Aziendale, alla direzione del DART e ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS). L'attività proposta aveva le caratteristiche della sperimentality, poiché era rivolta allo sviluppo delle capacità individuali e di gruppo nell'affrontare e gestire le situazioni di tensione e di conflitto. L'attività formativa è consistita in una formazione articolata in unità didattiche con l'obiettivo di rispondere all'evidenza dei problemi rilevati durante l'esecuzione dei focus-group del 2012 effettuati in questa partizione organizzativa e alle richieste dei sindacati rispetto a un'analisi di clima relativa lo stress manifestato dagli operatori. L'obiettivo principale proposto nella fase di progettazione era di abbassare il livello di conflittualità presente interno ed esterno, inoltre, implicitamente, si è ottenuto anche la costruzione di un gruppo più coeso che condividesse metodi e linguaggio realizzando così le basi per un possibile miglioramento.

Il metodo utilizzato è basato sulla cosiddetta "formazione esperienziale", in altri termini: attraverso esercitazioni e allenamenti personalizzati si è voluta costruire una forte integrazione tra la teoria della comunicazione, lo stile comunicativo di ciascun partecipante e le modalità comportamentali assunte da ciascuno in ambito aziendale. Le diverse esercitazioni sono state progettate per addestrare le persone a metodi diversi di comunicazione e quindi di relazione. La metodologia scelta ha utilizzato come luogo per lo sviluppo delle dinamiche relazionali l'aula ed ha assegnato al trainer la funzione del "coach", senza penalizzare i concetti principali della comunicazione, della negoziazione e dello sviluppo individuale. Le priorità realizzate da questa dinamica sono state l'allenamento all'ascolto e lo sviluppo di strumenti individuali di gestione delle situazioni critiche.

Dall'attività sono emerse le osservazioni critiche e i punti di forza rappresentati da:

- Il rapporto difficile con l'utenza;
- difficoltà di coordinamento e di organizzazione da parte della struttura
- lavoro isolato;
- difficoltà a interpretare la complessità delle normative e delle regole organizzative;
- rapporto difficile con i colleghi;

L'attività formativa ha permesso di apprendere competenze e strumenti per risolvere situazioni critiche, permettendo di costruire le basi di dialogo e consentendo la realizzazione di relazioni positive con i colleghi e con gli utenti. Ha consentito inoltre di riconoscere gli elementi positivi del proprio lavoro e del senso di autoefficacia e di autostima, in particolare si è stimolata la riflessione nel gruppo chiedendo ai partecipanti di individuare quale fosse il senso percepito della formazione proposta. Al termine di questo percorso sono emersi i bisogni formativi che verranno ripresi nel 2014 in un progetto complessivo che delinea un percorso formativo di attenzione a questa partizione organizzativa sostenuta da risposte di miglioramento logistico e tecnologico.

L'importante modificazione organizzativa con la chiusura del nosocomio della Valdarda e la conseguente trasformazione e ristrutturazione dei processi produttivi aziendali ha suggerito l'interruzione temporanea del processo di valutazione del rischio da stress lavoro correlato per riprenderlo dopo la stabilizzazione di tale evento nell'autunno del 2014.



4.3.3 Violenza sugli operatori del settore sanitario

La Regione Emilia Romagna ha diffuso nel maggio 2010 una raccomandazione in tema di violenza sugli operatori sanitari, nella quale si riprendono le indicazioni che il Ministero della Salute aveva emanato e reso disponibile on-line con lo scopo di prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. In questo documento è indicato come gli eventi di violenza si verificano con maggior frequenza nelle seguenti aree:

- servizi di emergenza-urgenza;
- strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;
- luoghi di attesa;
- servizi di geriatria;
- servizi di continuità assistenziale.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale ha condotto un'intensa analisi del fenomeno in tutti i Dipartimenti aziendali con la somministrazione di un questionario standardizzato il cui esito ha prodotto un'intensa mole di dati con la pubblicazione di più tesi presso la Facoltà di medicina dell'Università di Parma. All'esito di questa prima valutazione i prodotti ottenuti sono stati:

- l'allestimento e l'attuazione di un piano delle misure di prevenzione e protezione nelle aree maggiormente a rischio;
- la proposta e il programma per una progressiva esecuzione, nell'arco del triennio successivo, di un piano di formazione organico sul tema della violenza che coinvolga tutto il personale;

4.3.4 Formazione Informazione e Comunicazione del Rischio

Di particolare rilievo sono gli accordi sottoscritti in sede di Conferenza Stato-Regioni il 21 dicembre 2011, in vigore dal 26 gennaio 2012, in materia di formazione per la salute e sicurezza sul lavoro. Si tratta nello specifico dell'Accordo per la formazione dei lavoratori e dell'Accordo per lo svolgimento diretto da parte del datore di lavoro dei compiti di prevenzione e protezione dai rischi, che avrebbero dovuto essere emanati entro dodici mesi dalla sua entrata in vigore (in questa sede ci occuperemo prevalentemente dell'Accordo per la formazione dei lavoratori- di seguito Accordo). L'Accordo disciplina "la durata, i contenuti minimi e le modalità della formazione, nonché – elemento non menzionato nel decreto – dell'aggiornamento" dei lavoratori e delle lavoratrici, quali definiti dall'art. 2, comma 1, lett. a). E' stata quindi colta l'occasione per regolare anche la formazione di preposti e dirigenti, rispetto ai quali vi è sì uno specifico obbligo formativo e di aggiornamento a carico del datore di lavoro, ma non un espresso rinvio all'Accordo in esame. In attesa della definizione dei criteri di qualificazione della figura del formatore per la salute e sicurezza sul lavoro da parte della Commissione consultiva permanente presso il Ministero del lavoro, è fissata in tre anni l'esperienza minima richiesta, di insegnamento o professionale, per poter svolgere attività di docenza. L'esperienza professionale può consistere anche nello svolgimento per un triennio dei compiti di Responsabile del servizio di prevenzione e protezione, anche con riferimento al datore di lavoro. Alcune perplessità ha suscitato la scelta di elevare a 35 unità il numero massimo dei partecipanti a ciascun percorso formativo (rispetto, tra



l'altro, a quanto stabilito per la formazione degli Addetti e dei Responsabili dei servizi di prevenzione e protezione), specie alla luce della dichiarata intenzione di privilegiare “un approccio interattivo” nella metodologia di insegnamento/apprendimento. D'altro lato la verifica della presenza o meno di tali elementi potrà risultare utile per l'esercizio dell'attività degli organi di vigilanza nonché per il RIs-RIst nell'ambito del suo potere consultivo “in merito all'organizzazione della formazione” per le diverse figure della prevenzione. Le metodologie didattiche suggerite sono improntate, come detto, a favorire un approccio interattivo, che comporti la centralità del lavoratore nel percorso di apprendimento. L'Accordo apre in maniera significativa alle modalità di apprendimento e-Learning. L'utilizzo dell'e-Learning, sulla base dei criteri e delle condizioni di cui all'Allegato I, è consentito per la formazione generale dei lavoratori, per la formazione dei dirigenti, per i corsi di aggiornamento relativi a tutte le figure previste nell'Accordo (lavoratori, preposti, dirigenti), parzialmente per la formazione particolare ed aggiuntiva per i preposti, per progetti formativi sperimentali, eventualmente individuati da Regioni e Province autonome, nei loro atti di recepimento dell'Accordo, anche in riferimento alla formazione specifica di lavoratori e preposti, oltre a quella di carattere generale. Sulla formazione e-Learning, pur di grande potenzialità, pare opportuno muoversi con estrema cautela, specie in un settore così delicato quale è quello della salute e sicurezza del lavoro. Sul punto l'Allegato precisa le condizioni in base alle quali si può ricorrere alle modalità e-Learning e tra queste merita segnalare: la garanzia di un esperto (tutor o docente), con esperienza almeno triennale, a disposizione per la gestione dell'intero percorso formativo; la previsione di prove di autovalutazione “in itinere”, dovendo in ogni caso la verifica finale di apprendimento essere effettuata in presenza; la tracciabilità dei tempi di fruizione (ore di collegamento), con la possibilità di ripetere parti del percorso formativo secondo obiettivi didattici prefissati. Le ore dedicate alla formazione (anche presso il domicilio del partecipante) vanno peraltro considerate come orario di lavoro effettivo.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione, in attuazione a quanto sopra illustrato, ha proposto ed effettuato una serie di percorsi formativi rivolti ai Dirigenti, ai Preposti e ai Lavoratori. Si segnala a tale proposito, l'allestimento di una FAD erogata su una piattaforma di un provider nazionale per i Dirigenti e i Lavoratori neoassunti. Questa FAD è stata condivisa con tutte le Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), con un giudizio nettamente positivo sia in relazione ai contenuti sia alle funzionalità. Questo giudizio lusinghiero ha portato le aziende a negoziare con il provider un allargamento e una riarticolazione della proposta formativa per il prossimo futuro.

Nel corso del 2013 sono stati inoltre riproposti percorsi formativi rivolti ai rischi di maggiore diffusione e gravità. In particolare sono stati svolti corsi sulla Movimentazione Manuale dei Pazienti e dei Carichi inanimati, avendo cura di “formare dei formatori” per attuare un sistema a cascata; è stato riproposto il corso di “Biosicurezza” coinvolgendo anche i volontari del GAPS e affrontando il tema con il personale del comparto operatorio con particolare riguardo al personale medico anestesista. Sempre in questo ambito, a completamento dell'attenzione al Rischio biologico, è stato sviluppato con sinergia dipartimentale il percorso sulle infezioni correlate



all'assistenza. E' stato effettuato un corso sulla Guida Sicura che ha coinvolto buona parte dei lavoratori che utilizzano mezzi aziendali per attività lavorative, e per quanto riguarda i rischi psicosociali, sono stati affrontati lo Stress Lavoro Correlato e la Violenza verso gli operatori sanitari con il coinvolgimento dei dirigenti e dei preposti. Per quanto riguarda i rischi fisici sono stati affrontati i temi sulle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti per tutti i lavoratori che sono professionalmente esposti a tali rischi. Da ultimo alcuni particolari contributi della formazione sono stati indirizzati alla filiera gestionale e a quella sanitaria del Servizio di Prevenzione e Protezione. In particolare si fa riferimento al corso rivolto alla figura del Preposto e al percorso di formazione rivolto ai coordinatori delle UU.OO sul regolamento per la sicurezza e sulle applicazioni dei principi della prevenzione e protezione ai lavoratori con idoneità limitata e/o prescrizione (casi critici). Il Servizio di Prevenzione e Protezione, inoltre, ha effettuato un percorso di addestramento per l'utilizzo sperimentale della cartella informatizzata e tutto il Servizio ha partecipato alla formazione su tecniche per la valutazione del rischio da Traino e Spinta nella Movimentazione dei Manuale dei Carichi.

Nel 2012 è stata rinnovata la rappresentanza dei lavoratori (RLS), che hanno completato nel 2013 il percorso di formazione regionale a cui il servizio ha dato un significativo contributo. Infine la diffusione dei contenuti della Prevenzione e Protezione e le iniziative nonché i documenti di maggior rilievo sono stati rielaborati per essere pubblicati nel 2014 sul sito aziendale.

Anche nel 2013 è proseguito il progetto "Educazione all'impresa sostenibile", cofinanziato dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito del Bando INFEA 2011 con la prospettiva di un ulteriore approfondimento finanziato dall' INAIL provinciale nel biennio prossimo venturo.

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

Lo sviluppo del ruolo e delle competenze delle professioni sanitarie nel 2013 ha visto la validazione di alcune aree di responsabilità professionale finalizzate a consolidare:

- le funzioni di coordinamento di aree ospedaliere e domiciliari con particolare riferimento ai coordinamenti di aree processuali –in corso di sperimentazione- attivati nella revisione dei processi gestionali ed organizzativi e nell'attivazione di aree di intensità di cura omogenea;
- l'attivazione e il consolidamento di specifiche posizioni funzionali che contribuiscono al raggiungimento dei risultati aziendali, in particolare in tema di monitoraggio di outcome assistenziali;
- l'implementazione dell'utilizzo della consulenza in area infermieristica, riabilitativa e ostetrica come modalità di confronto interprofessionale. L'utilizzo della consulenza ha facilitato tra i profili professionali interessati i momenti di confronto interprofessionale e un approccio pertinente alla multidimensionalità dei problemi socio sanitari dei pazienti e dei cittadini.

Nell'ambito della ricerca e innovazione, la Direzione Assistenziale nel 2013 ha perseguito l'obiettivo di diffondere la cultura della ricerca in ambito assistenziale e organizzativo al fine di



facilitare il trasferimento delle innovazioni nella pratica clinica.

In particolare nel 2013 è stato ulteriormente consolidato il ruolo delle professioni sanitarie nel processo di programmazione e controllo, in particolare nella discussione e nell'elaborazione delle scelte. Già nella fase istruttoria sono stati direttamente coinvolti nell'individuazione degli obiettivi per le singole strutture, nella proposta e nella discussione di nuovi indicatori che, coerentemente alla strategia aziendale, favorissero l'individuazione di aree di miglioramento e la relativa misurazione delle performance realizzate. Inoltre, la scheda di budget contiene una sezione dedicata alla misurazione della performance clinica/assistenziale e un'area dedicata per dare evidenza all'attività di didattica e ricerca svolta. L'esigenza comune è quella di integrare strumenti già presenti e consolidati con nuove aree miglioramento, in un'ottica di partecipazione condivisa agli obiettivi aziendali, in un contesto di crescente complessità dei processi clinici ed organizzativi, di diffusione di tecnologie ad elevata complessità, di espansione dei bisogni sanitari, assistenziali e formativi della popolazione di riferimento. L'elevata qualificazione delle competenze professionali dei vari operatori richiede che l'integrazione trovi un riscontro operativo nei processi assistenziali: è per questo che si è ritenuto indispensabile valorizzare e far emergere la cultura dell'integrazione tra i vari professionisti nella partecipazione nei diversi strumenti gestionali aziendali, a partire dalla contrattazione del budget.

In particolare nell'area infermieristica afferente alla terapia intensiva e comparti operatori sono state attivate nel 2013 revisioni dei processi assistenziali ed organizzativi che hanno permesso di attivare funzioni di continuità assistenziale nel processo intra e perioperatorio del paziente quali ad esempio la recovery -room e la predisposizione di un'equipe infermieristica e di supporto formata e dedicata alla sezione delle urgenze. Nelle aree degenziali della Rianimazione, inoltre, sono stati attivati percorsi di facilitazione dell'accoglienza di familiari e curanti, la cosiddetta "Rianimazione Aperta", che ha posto al centro dell'attenzione degli operatori il binomio paziente-nucleo familiare, riconoscendolo parte integrante del piano terapeutico-assistenziale e rendendo quest'ultimo veramente personalizzato e condiviso.

Nel 2013 si è inoltre ampliata la definizione del paradigma della sicurezza nell'assistenza infermieristica attraverso l'applicazione di strumenti di assessment e presa in carico in ambito ospedaliero e domiciliare. In particolare:

- la validazione dei profili di competenza specialistici sperimentati nel 2012 per il governo dei processi assistenziali degli operatori e dell'organizzazione nel dipartimento di anestesia e rianimazione, nel dipartimento di emergenza urgenza (introdotti nel 2012), in ADI e per il coordinatore infermieristico;
- la validazione del panel di indicatori e outcomes correlati alla sicurezza del paziente nei trattamenti assistenziali ospedalieri e domiciliari e nei comparti operatori;
- la validazione di documenti aziendali su organizzazione, competenze ed esiti sensibili all'assistenza.

È in corso di completamento l'informatizzazione della documentazione assistenziale,



infermieristica, riabilitativa ed ostetrica. A processo completato sarà possibile generare direttamente i dati clinico-assistenziali necessari ad impostare i piani di assistenza e riabilitazione, che a loro volta contribuiranno alla misurazione del set di indicatori assistenziali che verrà messo in controllo e quindi alla definizione degli standard di prodotto relativi.

E' stata inoltre realizzata la formazione degli operatori ospedalieri sulla pianificazione assistenziale ed è avviata la sperimentazione della documentazione cartacea su alcune aree assistenziali individuate. E' stata completata la formazione specifica sulla diffusione della cultura del rischio, ed è stato realizzato un percorso formativo specifico sulla presa in carico di pazienti con patologie croniche attraverso l'approccio metodologico del "problem based learning". Il percorso formativo, progettato nella logica d'integrazione multi professionale e per diversi profili professionali presenti nel Dipartimento di Oncologia ha permesso il consolidamento e lo sviluppo della funzione di tutor clinico per le professioni sanitarie. Sempre per quanto riguarda la cultura del rischio nel corso del 2013 le attività di implementazione del sistema di segnalazione dell'errore attraverso Incident Reporting sono state così rappresentate:

- si è proseguito con la forma di sensibilizzazione sull'utilizzo della scheda di segnalazione dell'errore Incident reporting "porta a porta", con incontri di circa due ore nelle UU.OO. dell'Azienda (ancora in corso). La Banca dati Incident reporting stima il numero delle segnalazioni nel corso dell'anno 2013 come stabile (104 segnalazioni nel database generale e 90 nel database anestesia e rianimazione), sempre con una prevalenza delle segnalazioni di provenienza infermieristica rispetto alle segnalazioni fatte da medici;
- per quanto riguarda gli strumenti di audit clinico, la Direzione Assistenziale contribuisce all'attivazione e alla gestione dei percorsi di root cause analysis. Nel 2013 sono stati trattati/approfonditi 15 casi con RCA;
- sono stati attivati ed effettuati n. 11 audit nell'UO SPDC nell'ambito dell'applicazione della procedura aziendale per la "gestione della contenzione fisica superiore a 24 ore continuative", per l'implementazione delle raccomandazioni regionali sul tema della contenzione.

Sempre in ambito di tracciabilità dei processi clinico assistenziali e gestione di del rischio, nel 2013 si sono attivati i monitoraggi delle attività nelle UU.OO. che hanno introdotto l'informatizzazione dei processi di prescrizione e somministrazione terapeutica attraverso la gestione della dose unitaria del farmaco. In particolare nel corso del 2013 è stato mantenuta una valutazione costante sul corretto utilizzo del sistema, con l'obiettivo di monitorare eventuali scostamenti; dove necessario si sono predisposti incontri con le figure di riferimento all'interno delle UU.OO. e la ditta fornitrice del sistema, si sono eseguite analisi per individuare criticità del sistema e se necessarie apportate modifiche

Nell'area assistenziale ostetrica, il processo di sviluppo del ruolo e delle funzioni ostetriche, già avviato dal 2009, ha visto nel 2013 la piena applicazione di specifiche Linee di indirizzo/Linee Guida, applicando il modello clinico e organizzativo che vede la professionista ostetrica operare in autonomia per quanto di competenza, e in team multidisciplinare per gli aspetti del processo



clinico che richiedono interventi specifici. I nodi del percorso assistenziale ostetrico affrontati nel 2012 e validati nel 2013 si possono sinteticamente così declinare:

- Day Service per la Gravidanza fisiologica;
- invio alla Presa in carico ospedaliera (corretta prenotazione e corretto corredo anamnestico);
- esecuzione della presa in carico e prenotazione del controllo a 40 settimane (corretta selezione e conseguente monitoraggio del basso rischio);
- esecuzione del monitoraggio ostetrico delle gravidanze dalla quarantesima settimana fino al travaglio/parto;
- individuazione e monitoraggio dello specifico set di indicatori.

Nel 2013 si è strutturato e informatizzato l'invio consultoriale delle gravidanze fisiologiche alla presa in carico ostetrica ospedaliera. L'ambulatorio a gestione ostetrica, che ha consolidato un'attività di selezione del rischio ostetrico, è stato ampliato anche sulla funzione di monitoraggio della gravidanza a termine. Si è utilizzato lo strumento di registrazione dell'accertamento sperimentato nel 2012 per assicurare la tracciabilità assistenziale anche a termine di gravidanza. L'adeguamento del modello di monitoraggio delle gravidanze a termine e l'autonoma attività ostetrica per la selezione del rischio fino all'inizio del travaglio, ha permesso proseguire l'implementazione dell'obiettivo 4 della DGR 533/08 di assistenza al travaglio/parto differenziata in base al rischio ostetrico.

Nel 2013 è stata inoltre realizzata una revisione delle procedure di sala parto con l'identificazione degli skill di assistenza ostetrica condivisi in ottica di team multiprofessionale. Questo ha permesso di sviluppo delle competenze cliniche e assistenziali in area ostetrica, per poter attivare una opportuna rotazione del personale a garanzia dell'erogazione dei servizi così organizzati.

Altra area di lavoro è stata nel 2012 quella della sicurezza del paziente nel percorso operatorio. Il processo perioperatorio, specificatamente la parte che riguarda le attività intraoperatorie, è estremamente complesso ed articolato, e questo richiede di dettagliare le attività infermieristiche che hanno un ruolo di confine fra l'assistenza al paziente e l'ultra specializzazione a supporto delle attività anestesiolgiche. L'integrazione delle specialità e la rotazione del personale su varie specialità chirurgiche richiede di definire le specifiche capacità, le abilità operative e le non technical skill delle figure infermieristiche nel processo perioperatorio. Nel 2012 si è deciso pertanto di sviluppare e sostenere le competenze dell'infermiere in sala operatoria e sviluppare il profilo di competenza di "infermiere esperto nelle cure anestesiolgiche", al fine di garantire la presenza di una figura esperta nella preparazione e gestione del paziente candidato a procedure diagnostico terapeutiche invasive ed interventi chirurgici nel monitoraggio e nella gestione in sicurezza del paziente. Il lavoro si poi è concretizzato nella pianificazione e attivazione del percorso, che prevede nella sua articolazione la definizione di job description, l'individuazione degli skill, la definizione del progetto formativo e l'adeguamento delle procedure, delle istruzioni operative e dei percorsi.



4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Il sistema incentivante della retribuzione di risultato della Dirigenza e la produttività collettiva del Comparto sono finalizzati a sostenere una politica aziendale che persegue obiettivi di appropriatezza e ottimizzazione dell'uso delle risorse. Tale sistema viene garantito da un percorso strutturato di condivisione degli obiettivi di budget e dalla declinazione degli stessi dalla Direzione Strategica sino al personale delle singole articolazioni Aziendali. Per tale ragione, sono confermati anche per il 2013 i sistemi di valutazione e i sistemi premianti adottati nel 2012 tra le differenti aree negoziali.

4.6 Formazione

4.6.1 Formazione e sviluppo professionale del personale dipendente

I dati di sintesi sulla formazione aziendale sono illustrati nella successiva Tabella 4, e mostrano come nel 2013, a fronte di una diminuzione consistente del budget rispetto all'anno precedente, il numero di persone complessivamente formate è aumentato di 3 punti percentuali, risultato dello sforzo aziendale attraverso l'unità operativa Formazione, nell'incentivare la fruizione di eventi formativi interni rispetto a quelli esterni e della formazione sul campo rispetto alla convegnistica. Il numero complessivo di eventi formativi realizzati è diminuito rispetto all'anno precedente, per effetto del minor numero di iniziative organizzate a livello centralizzato, mentre la media del numero di corsi di centro gestionale è aumentata. L'offerta formativa di tipo centralizzato è stata ridimensionata sia per motivi economici legati alla diminuzione del budget, sia per contrastare il fenomeno della scarsa partecipazione alle edizioni programmate nel 2012, svolte regolarmente ma spesso con un numero esiguo di discenti. Il ricorso ad iniziative che prevedono un minor numero di discenti coinvolti a scapito di convegni e congressi, più frequenti negli anni passati, ha consentito di abbassare la media dei partecipanti, dato che dovrebbe contribuire alla qualità del corso di aggiornamento.

	2009	2010	2011	2012	2013
Persone formate	2.719	2.843	2.822	2.737	2.798
percentuale formati	75,1%	77,9%	77,5%	75,5%	78,4%
Iniziative	505	539	866	927	870
Media per Centro gestionale	12,6	13,0	21,4	19,8	22,3
Media partecipanti	26,7	26,2	18,2	17,8	13,4
Ore medie per persona formata	38,0	39,5	47,5	46,6	44,8
Ore medie per corso	12,5	12,8	13,6	13,2	13,8
crediti medi	29	32	42	46	44
Coerenza	69,0%	89,0%	72,0%	76,0%	69,0%
Budget complessivo	365.900	407.456	340.452	364.672	334.378

Tabella 4: Dati di sintesi attività di formazione.

Le ore totali e medie investite complessivamente nell'aggiornamento obbligatorio sono in lieve, ma



costante diminuzione a conferma del fatto che i corsi di formazione sono selezionati con maggiore attenzione per la difficoltà ad assentarsi dal posto di lavoro. Per questa stessa ragione sono aumentate di 0,6 punti rispetto al 2012 le ore medie dedicate ai corsi interni. Il dato inerente i crediti medi raggiunti da ogni professionista sanitario (44) è decisamente sopra la soglia dei 25 minimi da garantire da parte dell'azienda, ma persistono i problemi legati alla distribuzione disomogenea di questo risultato. Infine la percentuale di coerenza tra ciò che i centri gestionali hanno prefigurato in fase di analisi di fabbisogno formativo e ciò che è stato effettivamente portato a termine, è leggermente diminuita (69% rispetto al 76% del 2012 e al 78% del 2011). Questo dato può essere imputato sia alla riduzione del budget assegnato, che non ha reso possibile la realizzazione di alcuni eventi, sia a necessità formative insorte nel corso dell'anno, non previste nella pianificazione annuale.

L'Azienda si era data alcuni obiettivi strategici per la formazione 2013, tra cui:

- formare il 90% dei dipendenti di ruolo sanitario e il 60% negli altri ruoli;
- contenere gli abbandoni;
- contenere al massimo nel 70% il budget per la formazione esterna;
- garantire in aggiornamento obbligatorio la formazione obbligatoria (sicurezza, stress lavoro correlato, emergenza, ecc).

Il primo obiettivo strategico è stato raggiunto, infatti il personale di ruolo sanitario formato, ha superato il valore fissato dall'obiettivo 2013: è stato formato il 92% dei dipendenti (91% nel 2012). Non si segnalano situazioni di criticità e i dati sono allineati con quelli dell'anno precedente. Qui di seguito (vedi Tabella 5) si dà evidenza della percentuale di formati distribuiti nei ruoli professionali soggetti a obbligo ECM.



Professione ECM	Presenti	Formati	
Assistente sanitario	56	56	100,0%
Audiometrista	6	5	83,3%
Biologo	11	11	100,0%
Chimico	2	2	100,0%
Dietista	5	4	80,0%
Educatore Professionale	48	47	97,9%
Farmacista	11	12	109,1%
Fisico	3	3	100,0%
Fisioterapista	95	87	91,6%
Infermiere	1.405	1.281	91,2%
Infermiere dirigente	3	2	66,7%
Infermiere pediatrico	1	1	100,0%
Logopedista	21	20	95,2%
Medico Chirurgo	570	509	89,3%
Odontoiatra	1	1	100,0%
Ortottista	5	5	100,0%
Ostetrica	67	66	98,5%
Psicologo	30	30	100,0%
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	81	78	96,3%
Tecnico di neurofisiopatologia	5	5	100,0%
Tecnico della prevenzione collaboratore	43	43	100,0%
Tecnico della prevenzione coordinatore	12	11	91,7%
Tecnico sanitario di radiologia medica	94	74	78,7%
tecnico riabilitazione psichiatrica	1	1	100,0%
Terapista neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	2	2	100,0%
Terapista occupazionale	2	-	0,0%
Veterinario 1 liv.	42	42	100,0%
Veterinario 2 liv.	2	2	100,0%

Tabella 5: Percentuale formati per profilo professionale soggetto a obbligo ECM.

Anche l'obiettivo strategico attinente alla diminuzione del budget speso per la formazione esterna è stato pienamente raggiunto: il 59% del budget assegnato ai Dipartimenti è stato destinato al finanziamento di corsi esterni a fronte dell'obiettivo fissato al 70%. La formazione esterna, se da un lato è necessaria per acquisire nuove competenze e per confrontarsi con realtà diverse dalla propria, dall'altro non può coinvolgere grandi numeri di utenti per ovvi motivi di spesa. L'input dell'ufficio formazione rimane quindi quello di trasferire una parte del budget destinato all'aggiornamento obbligatorio esterno, all'organizzazione di eventi formativi interni, anche con il supporto di personale docente esterno. In questo modo è possibile garantire un più ampio ventaglio di opportunità formative ad un numero maggiore di fruitori.

Per quanto riguarda il personale medico che ha partecipato ai corsi convocati dalla Direzione, si conferma il superamento dell'obiettivo fissato per il 2013: in percentuale, 54% a fronte di un obiettivo del 50%.

Si evidenzia invece un valore leggermente negativo per quanto riguarda la percentuale del personale non sanitario formato (39%) a fronte di un obiettivo minimo del 40%. Quest'ultimo dato può essere ripartito nel contesto peculiare di queste figure professionali:

- Dipartimento tecnico: 11,6% dei formati su 155 aventi diritto;



- Dipartimento amministrativo: 66% dei formati 295 aventi diritto;
- Dipartimento degli staff: 37% dei formati 104 aventi diritto.

Una lettura ancor più significativa riguarda il personale OTA, OSS e ausiliario afferente a quasi tutti i dipartimenti: di 582 persone inserite in ruolo, solo 178 hanno avuto almeno un accesso alla formazione (30,5%). Si avverte quindi una forte defezione del personale tecnico, ancor più di quello amministrativo, che richiede un maggior confronto con gli animatori di formazione per individuare le possibili cause e per attivare delle azioni di miglioramento.

Una delle raccomandazioni della Direzione ai Centri Gestionali, al fine di contenere le ore straordinarie del personale, è stata quella di attivare eventi in modalità di formazione sul campo e i risultati sono stati complessivamente soddisfacenti: a fronte dell'obiettivo minimo che ciascuna Unità Operativa organizzasse almeno un corso in modalità formazione sul campo, il dato medio è di 1,25 corsi. L'obiettivo, accompagnato da un incoraggiamento più incisivo ad utilizzare questo tipo di attività formativa, sarà riconfermato anche per il 2014.

L'azienda ritiene importante supportare la clinical competence con percorsi formativi specifici: a partire dall'analisi di fabbisogno e dalla pianificazione si raccomanda di incentivare questo approccio che va nella direzione di programmare una formazione sinergica al Dossier Formativo di gruppo. I dati sono incoraggianti in quanto evidenziano che, a fronte di un obiettivo minimo di un corso per unità operativa, ne sono stati organizzati in totale 227, ossia una media di 1,9 per unità operativa. L'obiettivo di raggiungere una media di 3 corsi, sarà mantenuto anche per il futuro. Uno dei dati di analisi di maggior interesse è la percentuale di abbandoni che, nonostante sia in calo rispetto all'anno precedente, stenta ancora ad avvicinarsi allo zero, obiettivo fissato ogni anno pur nella consapevolezza di non poterlo raggiungere. Per analizzare più specificatamente il fenomeno, occorre fissare una prima distinzione: la percentuale di abbandoni rilevata su tutti i corsi e la percentuale di abbandoni relativa ai soli corsi a catalogo: mentre nel primo caso il numero delle ore di formazione non esitate in attestato di partecipazione si dimostra in netto calo rispetto all'anno precedente, nel caso della mancata partecipazione ai corsi a catalogo ci troviamo con una doppia criticità, organizzativa perché si formano meno persone del previsto, ed economica perché non ci sono risorse sufficienti a programmare altre edizioni. I numeri dicono che, a fronte di 3.880 accessi con effettivo riscontro di partecipazione, solo 2.991 hanno avuto come esito il rilascio dei crediti formativi: ne consegue che 889 accessi, pari a più di duemila ore, comunque sottratte all'attività lavorativa, non hanno esitato in certificazioni di apprendimento, per cui questi dipendenti non hanno lavorato e non è stata validata la loro formazione. Tra le possibili cause prese in considerazione vi sono gli imprevisti, eventi avversi improvvisi a carico del discente o del coordinatore/responsabile di UO, ma anche programmazione inadeguata della turnistica e scarso interesse del discente. Per arginare il fenomeno saranno ricercati dati regionali a confronto e verranno attivate, se possibile, azioni di miglioramento. A supporto del rilevamento della qualità degli eventi formativi, il Responsabile della formazione aziendale ha effettuato nel corso del 2013 quattro incontri con gli animatori di formazione, allo scopo di informarli sulle scelte aziendali



inerenti la formazione, sugli aggiornamenti del sistema ECM nazionale e regionale, ascoltare le osservazioni e le proposte di miglioramento, condividere metodologie e strumenti per migliorare pianificazione, organizzazione, progettazione, fruizione e miglioramento della qualità degli eventi formativi.

Vale la pena presentare ancora qualche dato complessivo sulla formazione aziendale:

- la formazione a distanza è ancora residuale in azienda. Per ovviare a tale situazione, la scelta dell'azienda sarà quella di promuovere eventi blended con parti di contenuti didattici visualizzabili nella piattaforma aziendale, predisponendo un'aula attrezzata per quei professionisti che non hanno altre possibilità di fruizione;
- la formazione sul campo invece è ormai una modalità consolidata (ben il 46,3% del totale degli eventi formativi ha queste caratteristiche) e premia l'impegno dell'Azienda in questa direzione, soprattutto tenendo conto che anche il sistema ECM pone dei vincoli nella composizione dei crediti da acquisire (ogni singolo professionista sanitario può acquisire in formazione sul campo, al massimo, il 60% dei 150 crediti nel triennio);
- le attività formative centralizzate, quindi con costi e supporto organizzativo fornito dal personale dell'ufficio formazione, siano ancora prevalenti (57%) anche se non preponderanti, rispetto al totale dei corsi erogati in Azienda. Un obiettivo dell'Ufficio Formazione è quello di stimolare il personale ad appropriarsi dei propri percorsi di sviluppo professionale, nella logica del Dossier Formativo;
- le nuove progettazioni, ottimo indicatore della capacità di rinnovamento dell'offerta formativa, rappresentano il 70% degli eventi proposti, oltre il 50% della formazione sul campo e il 69% della formazione residenziale;
- la percentuale di corsi effettuati avvalendosi di docenza interna (57%), denota un sostanziale equilibrio tra la valorizzazione delle forze in campo ed il bisogno di rinnovamento e differenziazione delle proposte formative. Questo dato è ovviamente condizionato dalla necessità di rendere sostenibile il sistema.

Per quanto riguarda le indagini sulla qualità percepita, il servizio formazione aziendale ha mantenuto nel 2013 il monitoraggio attraverso questionari di gradimento in relazione agli eventi formativi superiori alle 8 ore, che hanno dato i seguenti risultati:

- Efficacia: 1405/1647 (85%);
- Rilevanza: 1411/1647 (86%);
- Qualità della docenza: 1413/1647 (86%).

Per quanto riguarda infine gli obiettivi nazionali cui gli eventi organizzati nell'anno rimandano (vedi la successiva Tabella 6), si nota una distribuzione abbastanza omogenea, con l'eccezione di quello relativo ai "Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica" che ha interessato 302 edizioni.



n.	Obiettivi Nazionali	Edizioni Organizzate
1	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence Based Practice (EBM - EBN - EBP)	20
2	Linee guida, protocolli, procedure, documentazione clinica.	61
3	Percorsi clinico-assistenziali-diagnostici-riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura.	81
4	Appropriatezza prestazioni sanitarie nei Lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia.	7
5	Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie.	60
6	La sicurezza del paziente	34
7	La comunicazione efficace, la privacy ed il consenso informato.	5
8	Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale.	76
9	Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera.	3
10	Epidemiologia, prevenzione e promozione della salute	9
11	Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali.	17
12	Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure.	35
13	Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria e promozione della salute.	2
14	Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità.	26
15	Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria.	7
16	Etica bioetica e deontologia	10
17	Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del Ssn	56
18	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica.	302
19	Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà.	1
20	Tematiche speciali del Ssn e Ssr ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale ecm per far fronte a specifiche emergenze sanitarie.	0
21	Trattamento del dolore acuto e cronico, palliazione.	3
22	Fragilità (minori, anziani, tossico-dipendenti, salute mentale): tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali.	8
23	Sicurezza alimentare e/o patologie correlate.	1
24	Sanità Veterinaria	3
25	Farmacoepidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza.	3
26	Sicurezza ambientale e/o patologie correlate.	18
27	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate.	0
28	Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione-trapianto.	1
29	Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Technology assessment.	63

Tabella 6: Obiettivi nazionali.

4.6.2 Collaborazione alla formazione universitaria

L'Azienda USL di Piacenza porta avanti la collaborazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma di cui è sede distaccata dei Corsi di laurea in Infermieristica e Fisioterapia e sede collegata di diverse Scuole di Specializzazione. In quest'ottica sono attive le tre annualità del Corso di laurea in Infermieristica con 214 studenti così distribuiti: 80 al primo anno, 65 al secondo e 69 al terzo ed altrettante del corso di Fisioterapia con 61 studenti: 21 al primo anno, 22 al secondo e 18 al terzo. L'organico dei coordinatori è rimasto invariato con entrambi i coordinatori dedicati a tempo parziale e 9 tutor di area formativa, sei a tempo pieno e tre a tempo parziale, per lo svolgimento di tutte le attività previste.

Sono inoltre attive altre convenzioni con Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università di:

- Pavia, per le Scuole di specializzazione in Patologia Clinica, Microbiologia e Virologia, Oncologia Medica, Ortopedia e Traumatologia, Anestesia e Rianimazione, Biochimica Clinica,



Igiene e Medicina Preventiva, Radiodiagnostica;

- Modena e Reggio Emilia, per la Scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione;
- Parma, per le Scuole di specializzazione in Allergologia e Immunologia, Anatomia Patologica, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Generale, Endocrinologia e malattie del Ricambio, Farmacia Ospedaliera, Gastroenterologia, Geriatria e Gerontologia, Igiene e Medicina Preventiva, Medicina di Emergenza – Urgenza, Medicina Interna, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia Medica, Ortopedia e Traumatologia, Psichiatria, Radiodiagnostica, Radioterapia,

in quanto ci sono costanti scambi culturali e specializzandi che frequentano le strutture aziendali. Complessivamente la collaborazione con le Scuole di specializzazione si è concretizzata nella frequenza in azienda di 32 specializzandi nel corso del 2013, a cui si aggiungono 10 medici iscritti al Corso regionale di Medicina Generale. L'organizzazione aziendale è tale per cui ogni unità operativa in cui i medici effettuano il tirocinio ha individuato uno o più tutor formati tra i dirigenti medici. E' in uso una procedura di gestione che accompagna il tirocinante dal suo ingresso in Azienda (accoglienza) alla conclusione del tirocinio.

Sono state mantenute altre convenzioni con altre Università (dettagliate nella successiva Tabella) le cui facoltà preparano storicamente figure professionali sia di ruolo sanitario che tecnico ed amministrativo che trovano opportunità professionali nelle aziende sanitarie e con alcune scuole di specializzazione in Psicoterapia. La frequenza degli specializzandi presso le UU.OO. aziendali accreditate per la formazione è gestita attraverso una procedura che norma le principali attività connesse all'ingresso dello specializzando in azienda e la definizione del contenuto del fascicolo personale.

Università	Facoltà	Tipologia
IULM		Convenzione Quadro
Politecnico - Milano		Convenzione Quadro
Università Bocconi - Milano		Convenzione Quadro
Università Carlo Cattaneo - LIUC		Convenzione Quadro
Università Cattolica del Sacro Cuore - sede di Milano	Psicologia	Psicologi post lauream
Università Cattolica del Sacro Cuore - sedi di Milano, Brescia, Piacenza, Roma		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Genova	Medicina e Chirurgia	Convenzione Quadro
Università degli Studi "G.d'Annunzio"		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Bologna		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Firenze		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Firenze	Psicologia	Psicologi post lauream
Università degli Studi Statale di Milano		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Milano - Bicocca		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	Scienze della Formazione	Educatori professionali
Università degli Studi di Padova		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Padova	Psicologia	Psicologi post lauream
Università degli Studi di Parma		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Parma		Psicologi post lauream
Università degli Studi di Pavia		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Pavia	Psicologia	Psicologi post lauream
Università degli Studi di Siena		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Torino	Psicologia	Psicologi post lauream
Università degli Studi di Urbino	Psicologia	Psicologi post lauream
Università degli Studi di Udine e Trieste		Corso Laurea Spec. Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Università Telematica TELMA di Roma		Master "Coordinamento professioni sanitarie"
Università Telematica PEGASO - Napoli		Master "Coordinamento professioni sanitarie"

Tabella 7: Altre convenzioni attive.



4.6.3 Collaborazione con altri enti di formazione

L'azienda collabora stabilmente da anni con:

- l'Azienda USL di Reggio Emilia, per il corso regionale di formazione specifica in medicina generale che prevede, per i medici residenti nel territorio, la frequenza di tutte le ore di tirocinio presso l'Azienda. Sono sei i medici iscritti;
- gli Enti di formazione della provincia accreditati per la formazione al lavoro con la qualifica di OSS (2 corsi);
- gli Istituti superiori statali della Provincia: nel 2013 sono stati ospitati gli studenti del quarto anno di 6 istituti in stage di orientamento scuola-lavoro.

4.7 Sistema informativo del personale

Il sistema informativo del personale è stato progressivamente implementato per rispondere alle mutate esigenze gestionali e attualmente si basa su un software che gestisce in modalità integrata:

- il sistema di rilevazione delle presenze;
- il sistema di gestione delle assenze;
- il trattamento economico;
- il sistema di gestione dello stato giuridico;
- la dotazione organica;
- il sistema di gestione delle procedure concorsuali.

All'interno del sistema informativo del personale già esistente sono stati create nuove procedure, che affiancano in via sperimentale i sistemi proprietari sviluppati nel tempo, al fine di monitorare i fondi aziendali ed i budget trasversali. Uno dei programmi sviluppati in azienda è dedicato al calcolo delle quote mensili dell'incentivazione: nel 2012 è stato migliorato, in modo da ridurre l'intervento manuale dell'utente. Negli ultimi mesi dell'anno è iniziato un percorso di confronto tra i colleghi dell'Area Vasta, per analizzare le procedure utilizzate nelle diverse aziende e definire i fabbisogni informativi, al fine di convergere verso un unico software per il personale.

Nel 2012 è stata avviata anche una prima fase di test per il passaggio delle attuali procedure (paghe, presenze, giuridico, ecc...) dalla piattaforma Windows XP a Seven.

Si è poi lavorato per arricchire di nuove funzioni il programma "Cartellino on line" che, mediante un sistema gerarchico di autorizzazioni progressive (attraverso la intranet aziendale) consente la gestione dei cartellini presenze, l'inserimento di timbrature omesse e l'autorizzazione alla fruizione di congedo ordinario. Il programma permette inoltre ai dirigenti di controllare i cartellini dei propri collaboratori, nonché di monitorare i parametri fissati nei budget per il lavoro straordinario e la fruizione delle ferie; nel 2012 è stata migliorata la funzione di reportistica direzionale, mettendo a disposizione degli utilizzatori nuove tipologie di stampa.

La consultazione on line del cartellino e l'invio delle richieste di ferie è possibile sia mediante personal computer collegato alla rete aziendale, sia mediante postazioni dedicate esterne agli



uffici. E' stato quindi abolito l'invio del cartellino ai dipendenti.

Analogamente è stata attivata la possibilità di visualizzare e stampare il cedolino paga mensile, per tutto il personale dirigente e parte del personale del comparto, amministrativi e alcune figure professionali del ruolo tecnico. Dalla medesima pagina web, ove è visibile il cedolino, è possibile stampare il modello CUD, che quindi non viene più inviato in formato cartaceo per tutto il personale in servizio.

La trasmissione telematica di dati relativi al personale verso istituzioni esterne è in continuo ampliamento e richiede costanti operazioni di aggiornamento dei relativi programmi: Rilevazione Unica Regione E.R. con dati economici e giuridici, programma regionale SARE per assunzioni/cessazioni, denuncia annuale mod. 770, nuova denuncia previdenziale mensile, elaborazione del conto annuale ministeriale, denunce di infortunio a INAIL, ecc...

Sul sito web aziendale della rete internet (visibile quindi anche all'esterno dell'Azienda), sono stati inoltre resi disponibili:

- i bandi di concorso e di selezione pubblica, con relativi avvisi di convocazione per gli esami;
- la banca dati contenente i curricula inviati ai fini della stipulazione di contratti libero professionali o co.co.co.
- l'elenco degli incarichi libero professionali, dei contratti di collaborazione e delle convenzioni in essere con l'azienda;
- gli accordi stipulati nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale, con i relativi dati riportati nel conto annuale;
- la normativa in tema di procedimento disciplinare;
- i dati economici annuali del personale (ed altre informazioni), sulla base di quanto previsto dalla legge n. 69/2009 (trasparenza sulle retribuzioni dei dirigenti e sui tassi di assenza e presenza del personale);
- i dati relativi alle posizioni organizzative del comparto con i relativi curricula, così come richiesto dalla legge n. 150/2009.

Sono inoltre disponibili per tutti i dipendenti che hanno accesso alla rete intranet aziendale:

- il work flow con il sistema di autorizzazioni (sopra descritto);
- gli accordi sindacali aziendali, i regolamenti aziendali ed i CC.CC.NN.LL.;
- la modulistica di settore (permessi, ferie, richiesta di prestazioni etc.);
- un'area denominata "Risorse umane informa", contenente le comunicazioni per i dipendenti.

Nell'anno 2012 è stato svolto il primo di una serie di concorsi pubblici, le cui prove scritte sono state espletate con l'ausilio di apposito software, che consente: la predisposizione delle prove scritte con domande a risposta multipla, la possibilità di ordinare le domande all'interno della prova in modo diverso per ogni candidato, la correzione con lettore ottico ed il calcolo dei punteggi per la formulazione della graduatoria. E' stato così possibile accelerare notevolmente i lavori delle commissioni di concorso in un periodo in cui il numero dei candidati per ogni concorso è sensibilmente aumentato rispetto agli anni passati, oltre ad ostacolare i comportamenti



eventualmente non corretti dei candidati (es.: consultarsi o copiare il contenuto delle prove), rendere più trasparente l'operato delle commissioni esaminatrici ed eliminare gli errori manuali nella correzione.

Nel 2012 è stato infine adottato un nuovo software per il ciclo di formazione degli atti aziendali (delibere e determine): gli estensori inseriscono nel programma le proposte di deliberazioni e determinazioni dirigenziali e poi rimangono tracciati tutti i contributi successivi dell'iter procedimentale da parte degli attori aziendali coinvolti; il documento è sottoscritto mediante firma digitale. L'UO Risorse Umane è uno degli uffici più interessati dall'utilizzo del nuovo programma (visto che una quota consistente di atti riguarda il settore del personale) ed ha quindi coordinato la realizzazione del progetto.

Nel 2013 sono state consolidate tutte le novità introdotte nel corso dell'anno precedente.

4.8 Struttura delle relazioni con il personale e sue rappresentanze

Permane anche per il 2013 il blocco della contrattazione nazionale e il mancato rinnovo dei contratti di categoria. Il 2013 si è tuttavia caratterizzato per un importante episodio che ha impegnato e coinvolto gran parte dell'area delle relazioni aziendali, con l'attivazione di numerosi tavoli di confronto tra azienda, istituzioni politiche e rappresentanze sindacali. L'evento ha riguardato la temporanea chiusura di una parte dell'Ospedale di Fiorenzuola d'Arda per la messa in sicurezza dei locali e il contestuale trasferimento del personale nell'Ospedale di Piacenza. Tale impegno politico, tecnico e organizzativo, ha previsto la programmazione di numerosi incontri tra Azienda e soggetti istituzionali, al fine di garantire la massima trasparenza, informazione e condivisione delle azioni da intraprendere a tutela della salute dei cittadini e sicurezza dei lavoratori. Nei numerosi incontri che si sono susseguiti con le OO.SS di categoria e confederali, per la gestione degli istituti soggetti a negoziazione aziendale, si è provveduto anche alla condivisione di un progetto incentivante finalizzato al mantenimento dei livelli qualitativi delle prestazioni a favore della popolazione del Distretto di Levante e del Distretto Urbano. Si è prevista altresì la condivisione tra la Direzione Strategica Aziendale e la Direzione Generale della Sanità e delle Politiche Sociali, delle finalità e dei tempi di attuazione del progetto. Anche in questo caso la gestione di una buona rete di relazioni tra le varie aree strategiche aziendali ha consentito di contenere i disagi nei confronti della popolazione, mitigandone gli effetti e le ricadute.



5 Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

5.1 Premessa

Le strategie e azioni di comunicazione aziendali si basano sul presupposto che diffondere la consapevolezza che i valori dell'organizzazione, il livello di attrazione dell'azienda e il livello di soddisfazione degli utenti non possano prescindere dal coinvolgimento, nelle scelte comunicative e nella qualità delle relazioni, dal diretto coinvolgimento dei professionisti. Inoltre, l'utilizzo più consapevole e appropriato dei servizi e delle prestazioni da parte dei cittadini consente maggiore equità nell'accesso e nella fruizione, oltre a consolidare la fiducia nel Servizio sanitario regionale e rinnovare il patto tra cittadini e azienda, come dichiarato nella Carta dei servizi dell'azienda e nelle carte dei servizi delle unità operative e dei dipartimenti, attraverso garanzie di qualità misurabili. Per questo l'Azienda ha ormai consolidato l'utilizzo di strumenti comunicativi che sempre di più vedono la presenza diretta dei professionisti, come forma di avvicinamento fra azienda e cittadini. Il sito internet e intranet, le attività della comunicazione a supporto dei dipartimenti e i rapporti con i media si sono dotati di nuovi elementi, in coerenza con la mission e vision proposta nel piano strategico e con le indicazioni e la programmazione regionale. La comunicazione e le informazioni sono rivolte prioritariamente alla cittadinanza, sia ai singoli individui che alla comunità locale, oltre che al personale che collabora alla realizzazione della mission aziendale.

Anche nel 2013 sono stati progettati i piani di comunicazione per tutti gli eventi relativi alla presentazione alla cittadinanza di nuovi impianti o strutture, come pure sono stati promossi eventi di sensibilizzazione in occasione delle realizzazioni di nuovi servizi e nuove modalità di offerta di prestazioni che hanno coinvolto le Istituzioni, i Comitati misti degli utenti e i media locali, come reale momento di incontro e di percezione diretta.

La comunicazione ha utilizzato più canali per rivolgersi alla cittadinanza (televisioni locali, giornali, sito web...). Per diverse realizzazioni, il sito internet nella home page ha promosso e rendicontato il progetto complessivo e le vari fasi di avanzamento, comprendendo filmati dello stato di avanzamento dei lavori nei cantieri, comunicati stampa, incontri significativi, sino alla presentazione al pubblico, e successivamente, con il piano dei trasferimenti concordato.

Gli strumenti di comunicazione utilizzati sono ormai consolidati, in sintesi si tratta di:

- sito aziendale internet e intranet (oltre 350 news in un anno);
- rassegna stampa quotidiana on line, con archivio che permette una ricerca facilitata degli articoli pubblicati (circa 2.000 in un anno), a disposizione di tutti gli operatori;
- diffusione di comunicati stampa e organizzazione di conferenze stampa, eventi e presentazioni campagne;
- interviste a professionisti e diversi interventi del direttore generale e dei clinici su riviste di enti o associazioni locali;
- newsletter "confronti" in formato cd-rom rivolto ai medici di famiglia;



- la sezione interattiva del sito aziendale “contattaci”, che offre la possibilità di richiedere informazioni personalizzate, inviare segnalazioni e reclami on line;
- la sezione del sito sulla trasparenza.

5.2 La comunicazione per l'accesso ai servizi

Nel 2013 l'azienda ha ulteriormente consolidato gli strumenti di comunicazione finalizzati all'accesso, in particolare:

- aggiornando costantemente il sito aziendale, come percorso di facilitazione all'accessibilità dei servizi, con particolare riguardo allo sviluppo di sezioni interattive per target di riferimento;
- aggiornando continuamente sul sito aziendale la guida ai servizi e le carte dei servizi dei dipartimenti, per consentire agli utenti un adeguato livello di informazione coerente anche con le modifiche organizzative. La realizzazione dei siti dipartimentali e le trasmissioni “Pillole di salute” (Telelibertà), “Le buone cure” (Telecolor), sono stati gli strumenti principali per la promozione della conoscenza dei percorsi di presa in carico, cura e riabilitazione e dell'azienda in generale, per favorire un'oggettiva valutazione delle peculiarità dell'offerta delle prestazioni e dei servizi. Nel corso del 2013 è stata avviata anche una convenzione con una emittente radiofonica locale, che prevede la trasmissione di messaggi audio autoprodotti a supporto delle campagne di comunicazione. Le novità dei siti specifici, oltre alla completezza di tutte le informazioni e ai raccordi diretti con le altre sezioni del sito, prevedono una significativa interattività con i professionisti, nelle sezioni interne “contattaci”, oltre che un'operazione di garanzia dell'aggiornamento delle informazioni garantite direttamente dai professionisti. Tutte le puntate delle trasmissioni sopra citate sono visibili sul sito internet dell'azienda in una sezione dedicata (http://www2.ausl.pc.it/professionisti_in_tv/) per rendere le informazioni presentate costantemente a disposizione della cittadinanza;
- differenziando per target la presenza dei mediatori culturali nei percorsi di accesso. Il servizio è attivo in tutti gli ospedali dell'azienda, presso gli sportelli centrali dei servizi territoriali e presso le sedi URP. Inoltre, oltre a garantire la presenza presso le sedi aziendali, è stata attivata anche un servizio di reperibilità, per garantire i cittadini stranieri in accesso ai pronto soccorso, presso l'ambulatorio infettivologico per la salute del migrante e presso le sale parto. Il servizio di mediazione è responsabile anche del mantenimento e della nuova produzione di materiali ed opuscoli informativi multilingue, per favorire l'accesso agli ambulatori e ai servizi delle persone immigrate.

Anche nel 2013 si è provveduto infine ad aggiornare anche la versione cartacea della Carta dei Servizi, disponibile, oltre che sul sito, sui distributori aziendali.

5.3 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità

Le campagne promosse dall'azienda USL nel corso del 2012 sono state progettate e realizzate tenendo conto dello specifico tipo di target di popolazione a cui sono rivolte e del tipo di tematica



affrontata. Si è inoltre curata la realizzazione locale di eventi promossi a livello regionale e nazionale, quali ad esempio: screening mammografico, campagna informativa sulla contraccezione, campagna informativa screening colon-retto, vaccinazioni infanzia e adolescenza, giornata nazionale del sollievo, estate sicura, lotta alla zanzara tigre, campagna prevenzione incidenti domestici, ambulatorio infettivologico salute del migrante, vacanze coi fiocchi, campagna influenza, giornata mondiale del diabete, giornata mondiale dell'aids, campagna donazione sangue del cordone ombelicale, giornata mondiale del rene, prevenzione cardiovascolare. Particolare attenzione è stata posta nel mese di dicembre alla giornata mondiale per la lotta contro l'AIDS: "L'aids c'è... Ancora!". Le iniziative messe in campo dall'Azienda, hanno coinvolto Comune e Provincia di Piacenza, oltre al mondo delle associazioni. Diversi sono stati gli eventi realizzati, dalla rendicontazione dell'attività dello sportello counselling AIDS aperto l'anno precedente, allo spettacolo teatrale "Una tundra di anime" - Pensieri trasformati in parole di una persona sieropositiva proposta all'interno del carcere.

L'elenco delle campagne in corso e quelle realizzate negli anni precedenti sono visibili nel sito internet dell'azienda all'indirizzo www.ausl.pc.it - alla voce "campagne di prevenzione" per le campagne in corso e "seleziona una campagna" per quelle realizzate negli anni precedenti; nel sito intranet all'indirizzo www.auslpc.com alla voce campagne informative. Le campagne sono state supportate da una distribuzione mirata di materiale informativo (opuscoli, dèpliant e locandine), che prevedeva l'utilizzo di strumenti diversi e la diffusione tramite media di rilevanza nazionale, regionale e locale. Importanti sono stati i contatti e le sinergie con le associazioni e le rappresentanze dei cittadini (in particolare il Comitato Consultivo Misto degli utenti); basilare è stata un'individuazione mirata dei soggetti privilegiati da coinvolgere: giovani delle scuole, insegnanti, operatori sicurezza pubblica, associazioni e mediatori culturali. Sono inoltre stati attivati sistemi di misurazione dell'efficacia comunicativa per verificare l'appropriatezza delle campagne e l'efficacia nel tempo. Di ogni evento si è data informazione tramite i media e/o il sito aziendale.

La comunicazione rivolta alla cittadinanza e a target mirati per la promozione dell'esercizio effettivo del diritto alla salute, è stata orientata alla costruzione di percorsi integrati con i cittadini, le associazioni, tutti i pubblici di riferimento e l'organizzazione. In questa ottica si è ulteriormente potenziata la rilevazione della qualità percepita, con oltre 3.500 questionari raccolti da tutte le UU.OO. dell'Azienda, i cui risultati sono pubblicati sul sito aziendale.

Sono state infine promosse alcune iniziative rivolte a specifici gruppi di cittadini finalizzate alla promozione e alla consapevolezza di comportamenti di salute o di cura. Nel corso del 2013 l'azienda USL di Piacenza con i suoi professionisti ha realizzato diversi incontri nelle scuole di ogni ordine e grado della Provincia, in collaborazione con le associazioni di volontariato. Sono stati coinvolti oltre 3.000 studenti nei diversi percorsi informativi sulle tematiche della salute affrontate. Tutti gli interventi formativi del "programma giovani" sono stati monitorati attraverso indicatori di processo e di esito per consentire una verifica oggettiva di efficacia e per fornire uno strumento utile alla scuola per orientare la successiva richiesta formativa.



5.4 La comunicazione interna aziendale

Anche nel 2013 è stata mantenuta e rinforzata la rete aziendale dei referenti per la comunicazione, che hanno tra l'altro supportato le attività di accreditamento. E' stata qualificata e potenziata la comunicazione interna attraverso molteplici strumenti, con una sempre maggiore consultazione come risulta dal numero degli accessi, in particolare:

- la sezione "news" del sito aggiornate quotidianamente;
- la rassegna stampa con ricerca differenziata per parola chiave, quotidiano, periodo di riferimento e per dipartimento e U.O.;
- gli incontri con i direttori di Dipartimento per un piano della comunicazione aziendale e analisi della reportistica URP, numero verde, customer satisfaction e ufficio stampa;
- gli incontri con i Comitati Consultivi Misti e attivazione gruppi di lavoro tematici con operatori dell'azienda;
- la prosecuzione della promozione all'utilizzo della "Piacenza Confindustria CARD" per gli operatori;
- l'aggiornamento della carta dei servizi dell'operatore nella intranet aziendale.

Vale la pena ricordare infine le azioni visibili sulla intranet aziendale e i relativi applicativi utilizzabili dal personale:

- pubblicazione quotidiana rassegna stampa in intranet;
- pubblicazione news "in primo piano";
- Carta dei servizi aggiornata costantemente e carte di servizio dei Dipartimenti, UU. OO. delle Medicine e delle Pediatrie di Gruppo;
- aggiornamento della parte relativa alla libera professione;
- aggiornamento della pagina relativa al Comitato etico;
- assunzioni, acquisti ed appalti (con l'inserimento di nuove procedure di gestione bandi e concorsi, come previsto dalla normativa);
- pubblicazione modulistica: moduli per l'accesso ai servizi per i cittadini e modulistica per operatori;
- revisione delle sezione modulistica e della reportistica aziendale.



6 Governo della ricerca e innovazione tecnologica

6.1 Attività di ricerca e innovazione

6.1.1 Sviluppo della infrastruttura locale

L'attività di ricerca e innovazione è formalizzata nel Collegio di Direzione, all'interno del quale è stato strutturato un gruppo per l'indirizzo e la selezione di progetti di particolare rilevanza, con compiti di supporto e di valutazione degli esiti attesi.

Con il supporto dell'unità operativa Qualità e Formazione e nello specifico del board tecnico del programma Ricerca e Innovazione, coordina e presidia l'avvio di progetti per la ricerca applicata, l'applicazione di linee guida, la costruzione di percorsi di cura.

Il board della ricerca è composto da un responsabile, un medico, un infermiere coordinatore e un amministrativo a tempo pieno. Si avvale anche del supporto di un Dirigente Farmacista (nello specifico il Responsabile UFA) per la valutazione degli studi clinici da sottoporre al Comitato Etico. Nel 2012 il board è stato integrato con la collaborazione di un tecnico informatico che si occupa della reportistica e si interfaccia con la Regione per quanto riguarda l'Anagrafe.

Il gruppo del collegio di direzione svolge le seguenti funzioni: definisce le aree prioritarie aziendali per lo sviluppo dei progetti di ricerca e innovazione; candida specifici progetti di ricerca all'interno delle strategie di politica aziendale e le propone alla validazione del Collegio di direzione, contestualmente all'input di budget; valuta le proposte; autorizza i progetti; monitora i risultati.

L'attività di supporto del board tecnico consiste invece in:

- sviluppare e gestire rapporti con la committenza pubblica e privata in affiancamento ai clinici e in coerenza con le indicazioni del collegio di direzione per la valutazione o la proposta di progetti di ricerca e innovazione;
- supportare i clinici nella fase di avvio e di sviluppo dei progetti;
- monitorare i dati per il controllo in itinere dei processi, assicurando l'assolvimento del debito informativo regionale e supportare i responsabili dei progetti nella fase di rendicontazione e diffusione dei risultati;
- costruire rapporti di collaborazione e interfaccia con altri partner in particolare di Aziende sanitarie, Università, Regione, Ministero;
- acquisire e diffondere aziendalmente competenze formative in metodologia della ricerca e della progettazione per l'innovazione, nonché competenze per la candidatura di progetti ai bandi nazionali ed europei.

Nell'anno 2013 sono state riviste le procedure interne in particolare sono state integrate con la parte relativa alla gestione dei farmaci e dei presidi all'interno degli studi clinici.

Sono state consolidate le relazioni codificate per la rendicontazione sia economica sia relativa agli obiettivi e alle attività raccordando le aree aziendali di supporto maggiormente coinvolte (bilancio, area acquisizione beni e servizi, area risorse umane, farmacia).



E' stato elaborato e successivamente deliberato il Regolamento aziendale "Gestione progetti di ricerca, miglioramento e innovazione con finanziamento pubblico e/o privato" e la procedura operativa della "Ricerca e Innovazione per l'organizzazione del sistema e del fondo del settore". Nel 2013 sono stati avviati 87 progetti di cui 43 finanziati e 44 non finanziati.

6.1.2 Integrazione tra i vari sottosistemi aziendali

Sono stati mantenuti i corsi di formazione sulla capacità di attivare progettazioni a valenza aziendale e/o dipartimentale, finalizzati alla costruzione di percorsi di cura e al monitoraggio della performance. Sono stati realizzati due corsi di formazione riguardanti la ricerca clinica, dal titolo:

- "La ricerca clinica Sperimentale sui farmaci";
- "Sperimentazione clinica no profit".

Il sottogruppo designato dal collegio per le attività di programmazione e valutazione dell'attività di ricerca ha organizzato periodicamente incontri di approfondimento sulle attività in corso utilizzando la reportistica prodotta dal board e suggerito gli orientamenti da assumere per la prossima programmazione.

Sono stati individuati professionisti all'interno di ogni Dipartimento con funzione interlocutoria per formulare proposte e indicazioni.

6.1.3 Attività di monitoraggio dei progetti di ricerca

I progetti di ricerca in corso sono in monitoraggio attivo ogni quadrimestre. Durante tale attività di audit, con i singoli sperimentatori responsabili della ricerca, vengono valutati: arruolamento dei pazienti, consenso informato conforme alle normative vigenti, criticità, eventi avversi, drop-out. I progetti in monitoraggio nel 2013 sono stati 95, distinti in 35 studi profit e 60 no profit.

I dati sono disponibili sul sito http://www.auslpc.com/progetti/ricerca_innovazione.asp.

Numerosi sono inoltre i progetti di ricerca che vedono l'Azienda coinvolta soprattutto come partnership con Bandi di Modernizzazione, AIFA, CCM e Regione-Università, dettagliati nelle successive tabelle (vedi da Tabella 8 a Tabella 11).

TITOLO	CAPOFILA
Gestione del Rischio Clinico negli istituti penitenziari (PRISK)	AUSL Ferrara
Miglioramento della gestione della gravidanza fisiologica nelle aziende dell'Area Vasta Nord (presentato nell'ambito Programma Percorso Nascita AVEN)	AO Reggio Emilia
Trasferimento di buone pratiche di contrasto alle iniquità in riferimento agli utenti dei servizi sanitari e sociosanitari e di comunità. Sottoprogetto: Promotori di salute in carcere Sottoprogetto: Buona pratica per garantire equità di accesso al lavoro	AUSL Reggio Emilia

Tabella 8: Progetti di modernizzazione



TITOLO	CAPOFILA
Uso del Registro Onco-AIFA per valutazione di out come research in collaborazione tra centri di oncologia e farmacie ospedaliere	Istituto Oncologico Veneto
Studio sulla possibile associazione tra la vaccinazione antiinfluenzale stagionale e la insorgenza della sindrome di Guillain Barrè	AOU Bologna
Effetti sull'incidenza di eventi cardiovascolari della giunta di Pioglitazone o di una Sulfoniurea alla Metformina con diabete Mellito tipo II in ionoterapia non adeguatamente compensati	Università di Napoli
Interazioni clinicamente rilevanti nel paziente anziano pluritrattato a livello territoriale	AOU Bologna
Monitoraggio epidemiologico di reazioni ed eventi avversi da farmaci in pronto soccorso	AOU Ferrara
Vigilanza attiva nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici, con particolare attenzione alla valutazione del rischio-beneficio dei trattamenti	RER
Sequenza ottimale di ormono-terapia in pazienti con carcinoma mammario metastatico ricadute dopo terapia adiuvante con inibitore di aromatasi: studio randomizzato tra due diverse sequenze di terapia endocrina	AOU Ferrara

Tabella 9: Bandi AIFA.

TITOLO	CAPOFILA
Cirrosi Biliare Primitiva CBP: identificazione precoce dei pazienti ad alto rischio di sviluppare gravi patologie degenerative nell'ambito del programma strategico – un approccio personalizzato per il monitoraggio immunitario e la gestione clinica di malattie autoimmuni e virali	AOU Parma
Controllo intensivo della fosforemia mediante dieta ipofosforica e chelanti del fosforo nei confronti di progressione del danno renale e sopravvivenza nei pazienti con malattia renale cronica (MRC)	AOU Bologna
L'assistenza al traumatizzato grave: un sistema di indicatori per il monitoraggio ed il Governo Clinico Organizzativo	AOU Bologna
Network per la creazione di Banca Dati Biologici per identificazione di markers di attività di malattia correlabili a variabili cliniche nella Sclerosi Multipla	AOU Udine
Valutazione dell'efficacia di un intervento precoce di medicina palliativa in pazienti con cancro in diversi stadi di malattia	AOU Modena
Governance del paziente diabetico ricoverato in diversi setting assistenziali	AOU Parma
Valutazione di efficacia e sicurezza clinica della IGRT/IMRT (RT guidata dalle immagini/RT ad intensità modulata) ipofrazionata nel trattamento delle neoplasie prostatiche, polmonari, orofaringee e GBL	AOU Modena
Trial Clinico Randomizzato per valutare effetto di una strategie di educazione della comunità sui tempi di accesso ospedaliero in corso di ictus acuto	AOU Parma
Alleanza per la prevenzione secondaria cardiovascolare in ER. Studio clinico randomizzato controllato multicentrico di confronto tra un programma strutturato intensivo infermieristico e trattamento abituale	AOU Parma
Farmacogenomica del Clopidogrel nel trattamento delle sindromi coronariche acute	AOU Parma

Tabella 10: Bandi CCM.

TITOLO	CAPOFILA
Diagnosis and Treatment of Inflammatory Arthropathies in the REGIONE ER: A prospective population based study	AO Reggio Emilia
Trombolisi negli Ictus Minori	AUSL Piacenza

Tabella 11: Bandi Regione-Università.



6.1.4 Ricerca e ricaduta

Sono state consolidate anche nel 2013 le azioni finalizzate alla strutturazione, implementazione e controllo delle attività cliniche ed assistenziali multidisciplinari o multi professionali attraverso l'utilizzo di Linee Guida. Gli audit (clinici ed organizzativi) svolti come obiettivi di Budget 2013 sono complessivamente 29, dettagliati nella successiva Tabella 12.

TIPO di AUDIT	TITOLO PROGETTO	CENTRO GESTIONALE
Organizzativo	Gestione documentazione clinica ambulatoriale	Dipartimento Terapie Intensive
Organizzativo	Gestione documentazione clinica ambulatoriale	Dipartimento Chirurgia Specialistica
Organizzativo	Verifica regionale di accreditamento (regionale)	Dipartimento degli Staff
Organizzativo	Completezza cartella clinica	Dipartimento degli Staff
Organizzativo	Verifica interna di mantenimento (di sistema)	Dipartimento degli Staff
Organizzativo	Programma biosicurezza	Dipartimento della Sicurezza
Organizzativo	Laboratorio cellule staminali	Dipartimento Onco-Ematologia
Organizzativo	Gestione documentazione clinica ambulatoriale	Dipartimento Patologia Clinica
Organizzativo	Gestione documentazione clinica ambulatoriale	Dipartimento Salute Mentale e DP
Organizzativo	Autovalutazione gestione documentazione clinica ambulatoriale	Dipartimento Salute Mentale e DP
Organizzativo	Completezza cartella clinica: Documentazione assistenziale	Direzione Assistenziale
Clinico	Dolore post-chirurgico	Dipartimento Terapie Intensive
Clinico	Dossier paziente chirurgico	Dipartimento Terapie Intensive
Clinico	Dossier paziente chirurgico	Dipartimento Chirurgia Generale
Clinico	Dossier paziente chirurgico	Dipartimento Chirurgia Specialistica
Clinico	Gestione del farmaco per sperimentazioni cliniche	Dipartimento Farmaceutico
Clinico	Sperimentazione monodose/appropriatezza: Protocollo polmonite	Dipartimento Farmaceutico
Clinico	Appropriatezza uso farmaci: Ace Inibitori, Sartani, Statine	Dipartimento Farmaceutico
Clinico	Appropriatezza della prescrizione	Dipartimento Farmaceutico
Clinico	Appropriatezza uso farmaci: Corretto uso dell'albumina	Dipartimento Farmaceutico
Clinico	Appropriatezza uso farmaci: Corretta applicazione del protocollo sepsi	Dipartimento Farmaceutico
Clinico	Gestione clinica dei farmaci	Dipartimento Farmaceutico
Clinico	Appropriatezza diagnostica radiologica patologia dell'anca	Dipartimento Funzioni Radiologiche
Clinico	Appropriatezza diagnostica radiologica patologia del ginocchio	Dipartimento Funzioni Radiologiche
Clinico	Appropriatezza richiesta esami radiologici	Dipartimento Funzioni Radiologiche
Clinico	Dossier paziente chirurgico	Dipartimento Materno Infantile
Clinico	Dossier paziente chirurgico	Dipartimento Medicina Specialistica
Clinico	Buon uso del sangue (Area Medica e Area Chirurgica)	Dipartimento Patologia Clinica
Clinico	Dossier paziente chirurgico	Direzione Assistenziale

Tabella 12: Audit 2012.

Sono stati inoltre avviati e candidati all'accreditamento 14 percorsi tutti orientati a PDTA che ne assicurano l'appropriatezza, dettagliati nella successiva Tabella 13.

DIPARTIMENTO	PERCORSO
Terapie intensive	Percorso gestione paziente chirurgico
Terapie intensive	Percorso trauma grave
Cure Primarie	Percorso nascita
Emergenza Urgenza	Percorso STEMI
Farmaceutico	Percorso paziente con problematiche nutrizionali (Team nutrizionale)
Medicina Specialistica	Percorso SLA
Medicina Specialistica	Percorso STROKE
Medicina Specialistica	Percorso paziente diabetico
Onco-Ematologia	Percorso CA mammella
Onco-Ematologia	Percorso trapianti di cellule staminali
DSMDP	Percorso autismo
DSMDP	Percorso gestione pazienti multiproblematici
DSMDP	Percorso esordi psicotici
DSMDP	Percorso pazienti con disturbi del comportamento alimentare

Tabella 13: Percorsi candidati all'accreditamento.

6.1.5 Progetto regionale "Anagrafe della ricerca"

L'azienda ha partecipato ai gruppi di lavoro regionali finalizzati a definire il database regionale e il tracciato record per strutturare l'Anagrafe aziendale della ricerca e monitorare gli stati di



avanzamento dei progetti in termini di attività svolte, strumenti utilizzati e risorse impegnate. Il programma “Anagrafe della ricerca e innovazione” è dal 2009 utilizzato in tutte le aziende della regione. Sono stati caricati sul database i progetti del 2013.

6.1.6 Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori privati

L'azienda riceve ogni anno finanziamenti orientate alla ricerca, sia da istituzioni, che da associazioni di pazienti che da ditte private che sponsorizzano i progetti, che da privati cittadini , tutte finalizzate all'acquisto di attrezzature, o al finanziamento di incarichi di studio, o più in generale al sostegno dei progetti. Tutti i progetti sono gestiti e rendicontati con la stessa metodologia in conformità al regolamento aziendale in fase di revisione e alla procedura specifica aziendale per la gestione dei progetti finanziati pubblici /privati. Nel 2013 sono stati candidati al finanziamento privato (sostenuto dalla Fondazione di Piacenza e Vigevano) 12 progetti.

6.2 Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche

E' ormai consolidata da anni in Azienda la prassi di inserire il processo di adeguamento e innovazione tecnologica all'interno del processo di budget. Le regole definite prevedono di correlare il rinnovo, il potenziamento e l'innovazione tecnologica alle attività in essere o previste, ponendo particolare attenzione all'obsolescenza della dotazione tecnologica da un lato e all'adeguamento della stessa alle nuove attività cliniche. In caso di innovazione tecnologica e non di semplice sostituzione delle apparecchiature di valore superiore a 25.000, si è utilizzato lo strumento della scheda HTA (Health Technology Assessment), con l'obiettivo di evidenziare i benefici, le eventuali esperienze in atto in altre aziende, le ricadute in termini clinico-assistenziali, di sicurezza e di efficienza.

Nel 2013 si sono conclusi gli interventi iniziati nel 2012, in particolare si è completata la radiologia del Pronto Soccorso di Piacenza con l'installazione di una seconda diagnostica radiologica, di un telecomandato digitale e con l'acquisizione di una TAC 16 strati che sarà installata nel 2014. In tal modo è stato possibile migliorare l'iter e l'efficacia delle diagnosi oltre che l'efficienza del servizio offerto per una valutazione in urgenza. Il Pronto Soccorso di Piacenza è inoltre stato implementato con l'installazione di testa letto verticali in OBI e di pensili nella sala urgenze.

E' stata installata ed è entrata in funzione la RMN della radiologia di Castel San Giovanni.

E' stata aggiornata la sala di angiografia della Radiologia dell'Ospedale di Piacenza e sono stati completati gli interventi di aggiornamento delle sale di emodinamica ed elettrofisiologia nel reparto di Cardiologia, grazie ai quali quest'ultima è ora in grado di fare da back-up sia all'attività di emodinamica in caso di guasto, sia alle attività della sala angiografica della Radiologia. Di rilevante importanza è anche l'implementazione del PACS Cardiologico, che ha avuto come obiettivo primario quello di consentire al medico cardiologo la refertazione degli esami eco cardiologici, di emodinamica o di semplice visita attraverso uno strumento trasversale valido per tutte le modalità, diagnostiche o no. Il medico infatti, a prescindere dalla modalità o ambulatorio nel quale opera, avrà sempre come unica interfaccia l'ambiente CIS; ciò consentirà al medico



stesso l'accesso a tutte le informazioni da una qualsiasi delle stazioni del sistema e garantendo pertanto una maggiore flessibilità operativa.

Nel reparto di Medicina Nucleare è stata poi installata la Gamma Camera mobile monotesta a piccolo campo di vista, che consente di effettuare una parte degli esami di minor complessità, come la diagnostica tiroidea e le linfoscintigrafie per la chirurgia radioguidata, consentendo una riduzione dei tempi di attesa

A livello aziendale si è data particolare attenzione al confort del paziente sostituendo molti letti meccanici con altrettanti letti elettrificati e sostituendo tecnologie fortemente utilizzate ma obsolete con altre di nuova generazione, in particolare le spese più consistenti hanno riguardato la seguente classe di attrezzature: laser, ecografi, videoendoscopi flessibili, ventilatori polmonari, sistema per la mappatura dei nei e centrali di monitoraggio dei parametri vitali, al fine di migliorare l'appropriatezza clinica e la sicurezza per i pazienti.

Nella seconda metà del 2013 l'Azienda si è vista costretta ad organizzare un'area radiologica d'emergenza presso il padiglione nuovo dell'Ospedale di Fiorenzuola per permettere la disattivazione di tutto il padiglione vecchio, sede della radiologia. E' stata realizzata una sala di radiologia convenzionale ed è stata noleggiata una TAC mobile.

6.3 Accessibilità all'informazione e documentazione scientifica

L'azienda, con l'obiettivo di facilitare l'accesso alle conoscenze e alle competenze per il corretto utilizzo dell'informazione scientifica, e nel contesto di un continuo aggiornamento delle risorse informative messe a disposizione degli operatori per una sempre più qualificata ed efficace formazione e informazione, nell'anno 2013 ha proseguito le attività legate all'adesione dell'Azienda al "Network per la documentazione scientifica in sanità in Emilia Romagna", progetto di ricerca promosso dal Comitato di indirizzo del programma Regione Università che vede coinvolte le biblioteche e i centri di documentazione di tutte le Aziende, nonché l'Agenzia sanitaria e sociale, costituito nel 2010 con i seguenti specifici obiettivi prioritari:

- mettere a punto una proposta di modello regionale condiviso per la selezione e gli acquisti delle risorse di documentazione scientifica;
- definire i criteri per la costruzione di un portale regionale per l'accesso organizzato alle risorse di documentazione acquisita;
- definire le caratteristiche delle infrastrutture e il profilo delle competenze professionali necessarie nelle organizzazioni sanitarie per ottimizzare e valorizzare l'utilizzazione della documentazione scientifica nelle attività assistenziali, di ricerca e di didattica.

In particolare per quanto riguarda il primo punto, sulla base delle risorse già sottoscritte e dell'analisi dei bisogni informativi delle principali tipologie di possibili fruitori della documentazione scientifica, nell'ambito dei lavori del Network è stata evidenziata l'opportunità di suddividere le risorse on-line in tre principali categorie:

- "essenziali", ovvero che tutte le Aziende dovrebbero assolutamente possedere;



- “comuni”, ovvero che tutte le Aziende dovrebbero auspicabilmente possedere;
- “opzionali”, che ogni Azienda potrà scegliere in funzione di proprie ulteriori valutazioni.

Nell’anno 2013 in Azienda:

- sono stati confermati, in compartecipazione con alcune aziende aderenti al Network regionale, gli acquisti di numerosi periodici elettronici (in particolare degli editori Elsevier, Lippincot, Blackwell, Oxford University, BMJ, Springer, Wiley, JAMA & ARCHIVES e SAGE), per un totale di circa 3.000 riviste a carattere scientifico (consultabili nella forma on line) oltre all’accesso agli e-book : “Principles of Internal Medicine, Harrison” (testo di medicina interna) e “The Pharmacological Basis of Therapeutics, Goodman Gilman” (testo completo di farmacologia), “Tintinalli’s Emergency Medicine” (testo di medicina di emergenza);
- è stata riconfermata la disponibilità di accesso alle Banche dati: CODIFA (versione elettronica dell’informatore farmaceutico), The Cochrane Library (pubblicazione elettronica che raccoglie le revisioni sistematiche della Cochrane Collaboration), CINHAL (la più importante banca dati particolarmente orientata alle discipline della scienza infermieristica), Clinical Evidence (manuale sulla efficacia degli interventi medici EBM) e UpToDate la banca dati che fornisce ai professionisti le sintesi delle migliori evidenze EVIDENCE BASED.

Al fine di contenere i costi rispetto al budget e sull’effettivo interesse da parte dei professionisti si è valutato di non rinnovare il pacchetto delle riviste NATURE e la banca dati EMBASE. Non si sono riscontrati particolari disagi da parte degli utilizzatori.

I periodici elettronici e le banche dati sono accessibili tramite la rete intranet aziendale, alla pagina “Biblioteca scientifica”, attraverso il Catalogo on line delle risorse. Complessivamente la disponibilità del sistema biblioteca scientifica on line risulta integrata:

- dall’accesso on line al “The New England Journal of Medicine”;
- da ulteriore disponibilità di 8 titoli mantenuti in forma cartacea acquisiti a seguito di specifica gara di appalto e conservati presso la biblioteca dell’ospedale di Piacenza oltre a 40 titoli in versione elettronica di editori diversi;
- dal servizio di “document delivery” per la fornitura di articoli di riviste scientifiche a scopo di studio da parte delle biblioteche delle aziende aderenti al Network e da parte della biblioteca G. Ottaviani dell’Università degli Studi di Parma, Facoltà di Medicina e Chirurgia. Nel corso del 2013 sono stati forniti agli utenti dell’azienda tramite il servizio di “document delivery” complessivamente 60 articoli.

E’ stato attivato un servizio per poter accedere a tutte le riviste scientifiche elettroniche contenute nel Catalogo AtoZ della Biblioteca Scientifica anche dal sito internet dell’AUSL di Piacenza, dando la possibilità ai professionisti di poter consultare le riviste anche da postazione esterna (abitazione, studio esterno, ecc.) tramite accesso personalizzato con pw.

Possono essere autorizzati tutti i dipendenti Ausl, medici di base e studenti dei corsi di laurea in infermieristica e fisioterapia. Alla fine anno risultano autorizzati 61 professionisti.

Sono stati infine programmati e realizzati nel corso dell’anno due edizioni di un corso teorico



pratico (una per il personale della dirigenza e una per il comparto), accreditati ECM, per agevolare la ricerca e l'utilizzo delle risorse informative disponibili dal titolo "Strategie di ricerca nella banca dati e utilizzo delle risorse di rete", che hanno visto coinvolti complessivamente 19 Dirigenti e 28 personale di comparto.

6.4 Valorizzazione del Comitato etico

A Piacenza il Comitato etico si è dotato di un regolamento di funzionamento e di procedure operative standard. Si riunisce di norma con cadenza mensile, nel 2013 le sedute sono state complessivamente dieci.

Presso la segreteria del Comitato è presente l'archivio delle sperimentazioni, con tutte le informazioni utili, dalla registrazione, al monitoraggio in corso di sperimentazione, agli esiti.

Nel 2013 è stato istituito il nuovo Comitato Etico con Delibera 215 del 14/08/2013, in seguito al Decreto Balduzzi dell'08/02/2013. Sono stati valutati 66 studi di ricerca di cui 1 non approvato e 1 rinviato.

Tutti i dati sono disponibili sul sito http://www.auslpc.com/progetti/ricerca_innovazione.asp.



7 Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

7.1 La raccolta fondi

L'Azienda USL di Piacenza, aveva avviato già nel corso del 2011, un percorso di approfondimento dei temi legati al fundraising in ambito sanitario.

L'analisi della composizione delle donazioni ricevute dall'Azienda ha evidenziato come sia stata ripercorsa la logica prevalente a livello regionale: la maggior parte delle entrate ha provenienza da fondi erogati da finanziatori 'istituzionali' privati, quali le Fondazioni Bancarie o gli istituti di credito. Il ricorso al coinvolgimento di soggetti privati di diversa natura, come le imprese for profit, avviene solitamente nelle forme più comuni dell'erogazione liberale o della sponsorizzazione, ed è per lo più limitato ad occasioni ben definite, quali eventi o manifestazioni temporanee. Le donazioni dei privati cittadini invece, a differenza di quanto accade non solo in altri paesi, soprattutto quelli anglosassoni, ma rispetto alle grandi organizzazioni non profit che operano in ambito sanitario, sono assolutamente modeste.

E' stata realizzata anche un'analisi di benchmark, finalizzata ad individuare le esperienze nazionali e internazionali che, per i progetti messi in atto e per gli strumenti utilizzati, potevano essere considerate degli esempi efficaci e funzionali allo sviluppo di un'attività di fundraising attraverso la quale poter contestualizzare metodi e strumenti di raccolta fondi sul territorio di riferimento.

Dopo una prima fase dedicata quindi allo studio e all'approfondimento in merito alla fattibilità di avviare un percorso di fundraising all'interno dell'Azienda USL, il 2013 ha rappresentato l'anno dello start up dell'attività. Nel corso del 2013 si sono gettate le basi per la costruzione di un percorso di raccolta fondi innovativo e unico nel panorama regionale. Il presupposto che ha animato il percorso è stato quello di far sì che l'Azienda USL non fosse più soltanto un beneficiario passivo di donazioni di enti, istituzioni e privati, ma soggetto attivo nelle attività di ricerca fondi da destinare a specifiche iniziative di rilevanza strategica aziendale, difficilmente finanziabili con gli strumenti ordinari. Aprirsi al fundraising ha posto delle questioni precise: impegnarsi da un lato alla massima trasparenza e apertura nelle proprie modalità di gestione e uso delle risorse ricevute, e dall'altra accettare di mettersi in discussione, aprirsi al dialogo con chi dona, con le sue aspettative, con le sue motivazioni.

Si è lavorato dapprima sul versante interno, attraverso la costruzione degli strumenti necessari ad avviare l'attività di raccolta fondi in modo trasparente e funzionale alle esigenze e alle priorità dell'Azienda e poi sul versante esterno, costruendo uno strumento capace di gestire in modo appropriato il rapporto con l'ambiente esterno ed in particolare con i donatori.

L'avvio dell'attività di fundraising ha portato ad una riflessione sulle modalità attraverso le quali le aziende, i privati cittadini e gli enti non profit possano sostenere i progetti dell'Azienda USL. Si è arrivati ad individuare tre canali di sostegno: donazioni, sponsorizzazioni e pubblicità. Per



ciascuno di questi è stato definito un regolamento aziendale con un duplice scopo: offrire ai potenziali donatori modalità di sostegno semplici e trasparenti, e gestire in maniera corretta istituti e discipline che sono spesso confusi fra di loro. Si è lavorato poi alla definizione di strumenti di comunicazione, finalizzati ad una corretta gestione dei fondi raccolti e alla trasparenza verso i donatori. E' stata quindi predisposta, all'interno del sito dell'Azienda USL, la sezione "Sostieni l'AUSL", all'interno della quale viene dato periodicamente risalto alle donazioni ricevute, vengono ringraziati i donatori e inseriti in un'apposita sezione i progetti di raccolta fondi che possono essere realizzati con il contributi da parte di privati e aziende.

Sostieni l'AUSL

Grazie alla sensibilità e generosità di molte persone, aziende e associazioni, l'Azienda USL di Piacenza ha la possibilità di realizzare progetti di ricerca, ma anche di acquisire attrezzature e beni necessari per elevare lo standard qualitativo delle nostre strutture sanitarie e garantire servizi all'avanguardia destinati a tutta la comunità.

Sono tante le ragioni per sostenere le strutture del nostro territorio:

- migliorare la qualità della vita delle persone che accedono ai servizi sanitari grazie ad un più elevato comfort;
- contribuire all'acquisto di nuove apparecchiature per la diagnostica;
- realizzare progetti capaci di aiutare a rendere più serena ed accogliente la permanenza in ospedale dei nostri pazienti;
- contribuire alla realizzazione di progetti di ricerca medica.

Sostenere l'Azienda USL di Piacenza significa rendersi parte attiva di un percorso di miglioramento nella cura dei pazienti e contribuire allo sviluppo tecnologico delle strutture sanitarie del proprio territorio.

Grazie per quanto potrai fare.

Comunicazione e Marketing
Tel. 0523.302916
Fax: 0523.302329
Email: donazioni@ausl.pc.it

Regolamento
Regolamento aziendale donazioni
Regolamento aziendale sponsorizzazioni

Moduli scaricabili
Modulo donazione da privato
Modulo donazione da azienda
Modulo donazione da associazione/cooperativa/fondazione/comitato
Modulo accettazione donazione

Figura 217: La sezione del sito aziendale dedicata alla raccolta fondi.

Il percorso di start up ha visto il suo momento più importante il 18 febbraio 2013, giorno in cui è stata costituita l'Associazione Il Pellicano Piacenza. La nascita dell'associazione ha rappresentato un punto fondamentale nel percorso di fundraising, in quanto strumento principale attraverso il quale l'Azienda si apre alla comunità per la richiesta di sostegno ai propri progetti. L'Associazione Il Pellicano Piacenza rappresenta forti elementi di originalità nel panorama delle organizzazioni non profit, primo tra tutti la presenza dell'Azienda USL fra i nove soci fondatori che, insieme ad altri soggetti privati, hanno sottoscritto l'atto costitutivo e dato vita all'Associazione, richiamando quanto stabilito nella circolare n. 38/E del 1° agosto 2011 dell'Agenzia delle Entrate Settore Imposte indirette Ufficio Enti non Commerciali e Onlus che stabilisce che "(...)gli enti pubblici e le società commerciali possono costituire (o partecipare ad) ONLUS, ancorché nella compagine sociale i soggetti di cui all'art.10, comma 10, del D.lgs. 460/97 (cd. Enti esclusi) siano numericamente prevalenti o assumano un ruolo determinante nella definizione degli atti di indirizzo e di gestione dell'ente ONLUS (...)".



Figura 218: I soci fondatori del Pellicano Piacenza ONLUS.

Il Pellicano trae il suo nome dall'appellativo utilizzato per identificare l'autoambulanza attrezzata e "salvavita" che, negli anni settanta e per oltre un ventennio, ha soccorso e salvato la vita a migliaia di persone in tutta la provincia. L'associazione opera per supportare L'Azienda nel perseguimento della propria mission, preoccupandosi nello specifico di migliorare l'accoglienza, il benessere e la qualità della cura dei pazienti e dei loro familiari. Ogni attività dell'Associazione viene realizzata in sinergia ed in linea con le scelte programmatiche dell'Azienda, con l'obiettivo di svolgere una funzione sussidiaria e complementare: cogliere le esigenze della popolazione e delle famiglie per la concretizzazione di iniziative di sostegno specifiche a supporto della salute della comunità.

Ad ottobre 2013 all'Associazione Il Pellicano Piacenza viene riconosciuta la qualifica di ONLUS e iscritta all'anagrafe delle ONLUS dell'Agenzia delle Entrate.

Già nel corso del 2013 attraverso l'attività di fundraising sono stati sostenuti due progetti.

Il primo è il progetto "Cinque Petali", grazie al quale il servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda USL è risultato fra i vincitori del bando "Disagi della Comunicazione" promosso da Fondazione Telecom. Attraverso il "Progetto Cinque Petali" e grazie al contributo di Fondazione Telecom sarà possibile:

- integrare e potenziare l'offerta del Sistema Sanitario Nazionale, in termini di dotazione di ausili tecnologici ai minori con disturbi della comunicazione all'interno dei disturbi evoluti dello sviluppo (attualmente limitata al solo contesto scolastico), attraverso un supporto tecnologico globale e a lungo termine. Un ausilio multimediale (Tablet sia con iOs che con sistema Android) accompagnerà il minore in carico ai servizi nei diversi contesti (scuola, famiglia, tempo libero), per l'intero arco del percorso evolutivo di trattamento e non limitatamente al percorso scolastico;
- sperimentare l'utilizzo delle tecnologie nel trattamento dei minori con disturbi dello sviluppo e compromissione dell'area della comunicazione non solo in ambito scolastico, ma in tutti gli ambienti di vita con finalità comunicativo/relazionale, didattica, socializzazione e integrazione;
- promuovere l'introduzione, da parte del SSN, delle tecnologie in modo ragionato e specialistico, sviluppando un servizio terapeutico efficace, fondamentale e altamente sociale;



- utilizzare le potenzialità delle tecnologie “mobile” per veicolare soluzioni nuove per la comunicazione, l’apprendimento e per l’interazione reciproca, creando così opportunità di connessione tra genitori e figli, insegnanti e alunni, terapeuti e pazienti, da cui tutti possono trarre supporto in base alle diverse necessità.

Ad ottobre 2013 si è tenuta inoltre la prima edizione del torneo benefico di golf “Ospedale di Piacenza”, il primo evento realizzato dall’Azienda USL e dall’Associazione Il Pellicano Piacenza ONLUS, il cui ricavato è stato investito per sviluppare il progetto di filodiffusione del reparto di Terapia Intensiva dell’Ospedale di Piacenza. Grazie al contributo di privati e aziende sono stati raccolti 7.600 euro.

L’avvio di queste prime attività di fundraising ha permesso tra l’altro di testare l’interesse dei potenziali donatori e la loro disponibilità a sostenere progetti legati all’Ospedale. Dagli incontri con le Aziende e con i privati è emerso in modo molto chiaro come i progetti finalizzati al miglioramento dell’accoglienza e del benessere delle persone in ospedale rappresentino aree di intervento capaci di sensibilizzare la società civile in maniera diretta, immediata, toccando le corde più spontanee e le componenti più umane dell’atto del dono. Si è compreso quindi che l’approccio strategico da utilizzare per orientare l’attività di fundraising a favore dell’Azienda è quello di promuovere una cultura responsabile, orientata alla partecipazione ai bisogni della comunità e alla crescita del senso di appartenenza degli individui che la compongono verso il proprio Ospedale. Partendo da queste considerazioni si è lavorato alla definizione di un progetto di raccolta fondi triennale basato sul presupposto che per avviare un percorso di fundraising di successo è fondamentale individuare una buona causa unica, motivante e distintiva.

7.2 La strutturazione di servizi e interventi sociosanitari rivolti ai malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

In conformità a quanto definito e sostenuto sia in ambito nazionale che regionale per favorire la domiciliarità delle persone affette da SLA, anche attraverso l’utilizzo dei fondi dedicati, e su mandato della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, l’ufficio di Supporto alla Conferenza ha avviato un lavoro finalizzato a predisporre percorsi e interventi omogenei sul territorio provinciale, condiviso anche con l’associazione dei familiari.

A tal fine è stato attivato un gruppo di lavoro tecnico multidisciplinare e interistituzionale, composto da operatori di area sociale (uno per distretto) e sanitaria, per rilevare il bisogno, definire ed attivare l’offerta. Come prima attività il gruppo ha condotto un’analisi della situazione in essere, evidenziando i casi già noti perché in carico per la cura all’equipe SLA Aziendale ed i casi già in carico al sistema socio sanitario della provincia di Piacenza.

A conclusione di tale rilevazione è emerso che nella Provincia di Piacenza erano conosciute 33 persone affette da SLA, di cui 11 residenti nel Distretto Città di Piacenza, 12 nel Distretto di Levante e 10 nel Distretto di Ponente; di questi, 28 venivano assistiti a domicilio e 5 erano accolti in Strutture Residenziali (vedi Tabella 14).



	Assistiti a domicilio	Accolti in struttura	Totale
Distretto Ponente	9	1	10
Distretto Città di Piacenza	8	3	11
Distretto Levante	11	1	12
TOTALE GENERALE	28	5	33

Tabella 14: casi in carico per distretto e setting assistenziale.

Secondo quanto previsto dalla DGR 2068/2004, le persone affette da “gravissima disabilità acquisita” possono accedere all’assegno di cura e di sostegno previsto solo se presentano gravissimi esiti disabilitanti e se la condizione economica del nucleo familiare del presenta un indice ISEE non superiore a 34.000 euro annui. Al momento della rilevazione percepivano assegno di cura “2068” 2 pazienti, mentre altri 4, pur avendo i requisiti necessari, non lo percepivano perché l’ISEE del nucleo familiare era superiore a quanto previsto dalla normativa. Inoltre, 3 persone percepivano l’assegno di cura “anziani”, nessun paziente percepiva il contributo aggiuntivo previsto per la presenza di assistente familiare con regolare contratto. Infine 4 pazienti ricevevano supporto assistenziale domiciliare attraverso l’attivazione del SAD distrettuale. Le altre non avevano, al momento, alcun supporto attivo.

Dall’osservazione dei dati raccolti è emerso inoltre che dei 28 pazienti assistiti a domicilio circa il 33% presentava un livello di gravità “1” di patologia⁴, il 50% un livello di gravità “2” e il restante 17% un livello di gravità “3”. L’età media dei pazienti a domicilio era di 66,5 anni, 11 risultavano nella fascia di età compresa tra 49 e 64 anni, e 16 avevano un età superiore a 65 anni. Requisito fondamentale per il mantenimento a domicilio di pazienti non autosufficienti è la presenza di caregiver formale o informale: dei 28 pazienti assistiti a domicilio, il 39% veniva assistito dal coniuge, e il 44% dai figli.

Il Gruppo di lavoro ha quindi predisposto offerte di supporto compatibili a quanto stabilito dalle indicazioni regionali e sostenibili con l’apposito fondo secondo quanto indicato da normativa nazionale. E’ stato inoltre proposto un parametro di arruolamento nel percorso che rilevasse la condizione clinica e il bisogno assistenziale della persona. La proposta così elaborata è stata sottoposta e approvata dall’Ufficio Tecnico di Supporto alla Conferenza Socio Sanitaria Territoriale, il gruppo ha quindi predisposto lo schema di utilizzo delle risorse, dettagliato a seconda del bisogno della persona e della gravità della patologia, ed è stato infine definito e strutturato il percorso di presa in carico della persona, la modalità di attivazione delle risorse e il monitoraggio di quanto attuato.

Come premesso, le offerte sono state sviluppate secondo una logica di appropriatezza rispetto alla gravità del paziente e al bisogno di supporto della famiglia.

⁴ La suddivisione in classi di gravità viene effettuata dall’equipe SLA, che ha in carico il paziente per la cura e l’assistenza sanitaria.



Pertanto sono stati definiti i criteri di accesso ad ogni servizio, di modo che l'acquisizione da parte delle famiglie di una delle opportunità offerte fosse definita non solo rispetto a quanto previsto dalla normativa vigente e alle caratteristiche dell'offerta stessa, ma soprattutto fosse appropriata rispetto alle condizioni ed ai bisogni del paziente.

In particolare la struttura d'offerta è composta da:

- informazione e formazione, ovvero definizione e realizzazione di percorsi informativi e formativi dedicati, aventi l'obiettivo di favorire e sostenere l'intervento assistenziale da parte del caregiver, favorire la sicurezza del paziente a domicilio;
- interventi di adattamento domestico, finalizzati al superamento ed eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati e quindi al mantenimento dell'autonomia dei pazienti in ambiente domestico;
- servizio assistenziale e/o educativo domiciliare, quale sostegno al caregiver nel processo assistenziale ed educativo attraverso l'assegnazione di operatori domiciliari;
- servizi collaterali domiciliari (trasporti⁵, pasti, telemedicina), finalizzati a sostenere il caregiver nella presa in carico assistenziale, e in particolare a favorire gli spostamenti e l'accesso alle strutture per interventi di diagnosi e cura;
- assegno di cura, ovvero sostegno economico al paziente e alla famiglia per rispondere ai bisogno di cura;
- contributo aggiuntivo "badante", ovvero sostegno economico al paziente e alla famiglia per rispondere ai bisogno di cura;
- ricovero di sollievo, ovvero inserimento temporaneo della persona malata in struttura dedicate ad alto valore assistenziale: tale intervento consente di intervenire a supporto della famiglia per ridurre temporaneamente lo stress legato all'elevato impegno e carico assistenziale, a gestire situazioni di emergenza legate soprattutto all'impossibilità temporanea del caregiver ad assistere la persona (es. malattia del caregiver).

I risultati a fine anno 2013 sono brevemente illustrati qui di seguito, con alcune considerazioni e valutazioni.

Nel 2013 sono state inserite nel percorso così come definito ed assistite a domicilio 40 persone

⁵ Tutte le persone affette da SLA vengono periodicamente sottoposte a visite di controllo e ad accertamenti al fine di valutare le loro condizioni cliniche e rilevare precocemente l'insorgere di possibili complicanze. La modalità di effettuazione di tali valutazioni cambia a seconda delle condizioni e del livello di gravità della persona. Le persone con livello di gravità 1 effettuano tali interventi secondo la programmazione dell'ambulatorio neurologico, per le persone con livello di gravità 2 la valutazione viene organizzata, a cura del case manager per le gravissime disabilità ed effettuata in un'unica giornata presso l'ambulatorio pneumologico, mentre i pazienti con gravità maggiore accedono in ospedale per interventi diagnostico/terapeutici non attuabili a domicilio. Lo spostamento della persona viene garantita dalla famiglia con mezzi proprio o utilizzando se necessario un servizio in ambulanza. Il percorso prevedeva di rimborsare tali spese.



affette da SLA, di cui 14 residenti nel Distretto di Levante, 12 a Ponente e 14 a Piacenza. In riferimento al livello di gravità, 15 persone presentavano livello di gravità 1, 20 persone il livello 2 e 5 il livello 3. Vista la rapida progressione clinica della patologia a fine 2013 risultavano ancora in carico 30 persone, 9 erano decedute ed una era stata inserita in struttura. Le persone decedute sono state tutte assistite a domicilio.

Sono stati sottoscritti 16 contratti per Assegno di cura di cui 14 con importo definito secondo quanto stabilito dalla DGR 2068 (23€/die) e 2 secondo quanto definito dalla DGR n. 1848/2012 (34€/die). Altre 6 persone aventi i requisiti clinico/assistenziali non hanno potuto sottoscrivere contratto perché presentavano ISEE per nucleo familiare o disaggregato, superiore a quanto previsto dalla normativa vigente. A fine anno per 2 persone era in corso la fase di rivalutazione clinica ed assistenziale. La spesa sostenuta per tale intervento ammonta complessivamente a quasi 98.000 euro. Nel corso dell'anno sono stati inoltre attivati tre contratti per l'erogazione di contributo aggiuntivo come previsto dalla normativa regionale e rivolto a persone già beneficiarie dell'assegno di cura che abbiano stipulato un contratto con una assistente familiare per almeno 20 ore settimanali.

L'assistenza domiciliare è stata sicuramente la tipologia di intervento maggiormente utilizzata: visto l'elevato bisogno assistenziale e la complessità degli interventi da attuarsi, la presenza di operatori dedicati e adeguatamente formati ha consentito un concreto supporto al caregiver e a tutta la famiglia, consentendo il mantenimento a domicilio anche di persone in fase molto avanzata di malattia e con bisogni assistenziali rilevanti. Complessivamente nella Provincia di Piacenza, questo servizio è stato erogato per 4.203 ore, ne hanno usufruito 14 pazienti. Per erogare tale tipologia di offerta è stato sostenuto globalmente un costo di 110.000€.

L'inserimento temporaneo di sollievo è stato richiesto ed attivato in due casi: il primo per sostenere il caregiver principale e la famiglia in un momento di stress rilevante, e il secondo per sostenere la rete assistenziale durante assenza prolungata di uno dei caregiver principali. Questi interventi hanno pertanto consentito di rispondere temporaneamente al bisogno senza istituzionalizzare definitivamente la persona malata. Infatti situazioni di crisi e di stress rilevante da parte del caregiver principale ma anche dei componenti la rete assistenziale di supporto, nella maggior parte dei casi determinano l'istituzionalizzazione della persona.

Non sono pervenute nel corso dell'anno richieste di adattamento domestico da parte delle famiglie, mentre è stato rimborsato il costo sostenuto per ausilio non previsto dal DM 339/199 (nomenclatore tariffario delle protesi⁶), quindi compatibile secondo le linee di indirizzo regionali per l'utilizzo del Fondo dedicato.

L'elevata complessità e specificità del bisogno assistenziale delle persone affette da SLA richiede spesso interventi frequenti e da effettuarsi in tempi rapidi che costringono i caregiver ad

⁶ La legge prevede che tali ausili siano a carico del Fondo Sanitario.



intervenire eseguendo manovre sanitarie talvolta anche complesse. Ed è per rispondere a tale esigenza, ed al fine di garantire la sicurezza del paziente e del caregiver, migliorare l'adesione al trattamento, diminuire le complicanze e migliorare per quanto possibile la qualità di vita, che è stato pianificato ed attuato un percorso educativo specifico rivolto ai caregiver dei pazienti affetti da SLA. Obiettivo del percorso formativo quindi era triplice: fornire ai caregiver le conoscenze necessarie, fare acquisire competenze specifiche e supportarlo durante il percorso assistenziale. Il percorso, composto da una serie di Unità didattiche erogate singolarmente a seconda del bisogno identificato, prevedeva una prima fase di introduzione teorica rispetto all'intervento assistenziale da effettuare, una fase di simulazione (se necessaria) ed un momento di discussione e confronto. Gli incontri, ai quali hanno partecipato, in qualità di docenti, i componenti dell'equipe aziendale SLA e alcuni specialisti afferenti a specifici settori (CAAD e Medicina Legale), si sono tenuti presso la sede delle Associazioni in Via Buozzi a Piacenza.

Al fine di favorire una partecipazione e un'interazione attiva tra docenti e caregivers la formazione è stata effettuata a piccoli gruppi ed articolata in sei incontri all'interno dei quali sono stati trattati i seguenti temi:

- mobilitazione e prevenzione delle lesioni da pressione, posture corrette;
- adattamento domestico, abbattimento barriere (ausili e presidi);
- adattamento domestico abbattimento barriere (parte legislativa);
- igiene del paziente;
- tracheotomia, gestione della cannula, aspirazione;
- alimentazione;
- respirazione e comunicazione;
- agevolazioni fiscali;
- aspetti giuridici e medico legali.

Analizzando i dati di attività relativi al primo anno di realizzazione dei percorsi così come definiti, è possibile evidenziare che, oltre ad essere aumentato in modo importante il numero di persone inserite nel percorso, è stata effettuata una precoce presa in carico del paziente e della famiglia, come si evidenzia dall'aumento del numero dei pazienti con gravità 1 rilevati. Inoltre il numero elevato di persone in fase terminale (poi decedute) assistite a domicilio e l'inserimento definitivo in struttura residenziale di una sola persona, fanno pensare ad un supporto domiciliare efficace anche in situazioni molto complesse. La partecipazione dei caregiver al corso ha favorito, oltre all'acquisizione di conoscenze specifiche, la comunicazione, la conoscenza e il confronto con tutti i componenti l'equipe SLA e con i professionisti che possono intervenire a titolo diverso nel percorso del paziente (ad esempio l'esperto CAAD) .



Conclusioni

Il bilancio di Missione, come ogni anno, descrive e analizza in modo dettagliato le azioni intraprese e i risultati conseguiti dall'azienda, sia in relazione al Piano delle azioni approvato in Conferenza insieme al bilancio di previsione, che rispetto agli obiettivi assegnati all'azienda dalla Regione in sede di programmazione e finanziamento. In chiusura del documento vale la pena di richiamarne sinteticamente alcuni dei più importanti, sia in termini di sviluppo che di sostenibilità:

- la conferma delle capacità di governo dei fattori produttivi, che ha permesso di raggiungere, per il secondo anno consecutivo, il pareggio di bilancio civilistico (vedi par. 2.1.1, pag. 10);
- il netto miglioramento del saldo di mobilità (seppure ancora ovviamente negativo), dovuto ad un importante calo della mobilità passiva extraregionale;
- il buon posizionamento dell'azienda rispetto agli indicatori di qualità dell'assistenza, inseriti da qualche anno tra quelli monitorati all'interno di questo bilancio (vedi par. 2.3.5, pag. 86);
- i buoni risultati relativi alle attività di ricovero e in particolare all'appropriatezza del ricorso al day hospital e in area chirurgica, dove si è assistito ancora al miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo delle sale operatorie. Si riporta qui di seguito qualche dato di sintesi rispetto al 2012: dimessi in dh: -0,3%; sedute operatorie: +0,3%; interventi chirurgici +0,5%; peso medio chirurgico: +0,8%;
- i buoni risultati in termini di tempi di attesa per i ricoveri programmati (vedi pag. 78 e seguenti);
- i risultati relativi alla politica del farmaco, non solo in termini di governo della spesa, ma anche di integrazione professionale, soprattutto con i MMG;
- il governo del percorso di accreditamento sociosanitario, in una logica di massima collaborazione interistituzionale.





APPENDICI

INDICE

Appendice 1: Il contesto.....	I
Territorio	I
Ambiente	V
Popolazione.....	VI
Condizioni socio-economiche.....	XXI
Osservazioni epidemiologiche.....	XXVII
Stili di vita	XXXII
Sicurezza.....	XXXII
Appendice 2: Mappe delle sedi erogative	XXXV
Appendice 3: Qualità dell’assistenza	XLI
Appendice 4: La “carta di identità” del personale.....	XLV
Appendice 5: Gestione del rischio e sicurezza	LIII
Valutazione dei rischi	LIII
Sorveglianza sanitaria	LIV
Gestione degli infortuni.....	LV
Gestione delle emergenze	LVIII





Appendice 1: Il contesto

Territorio

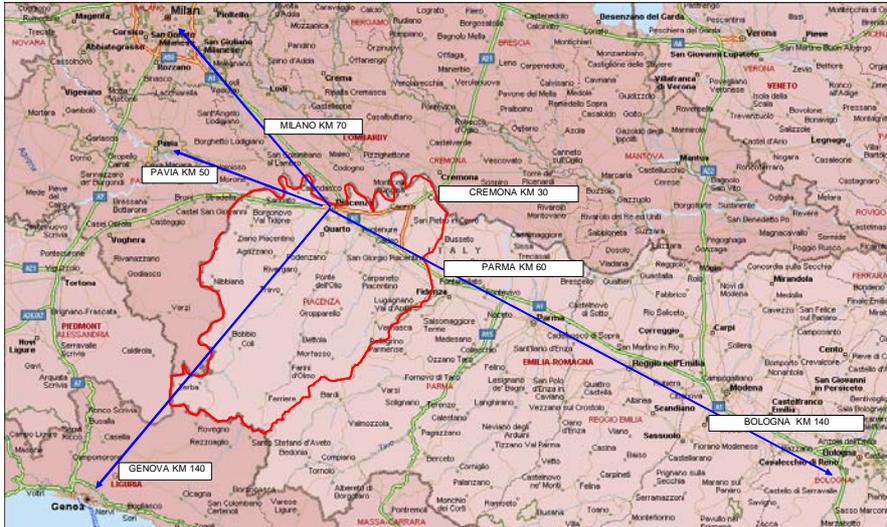


Figura 219: Distanze dai capoluoghi di Provincia limitrofi.

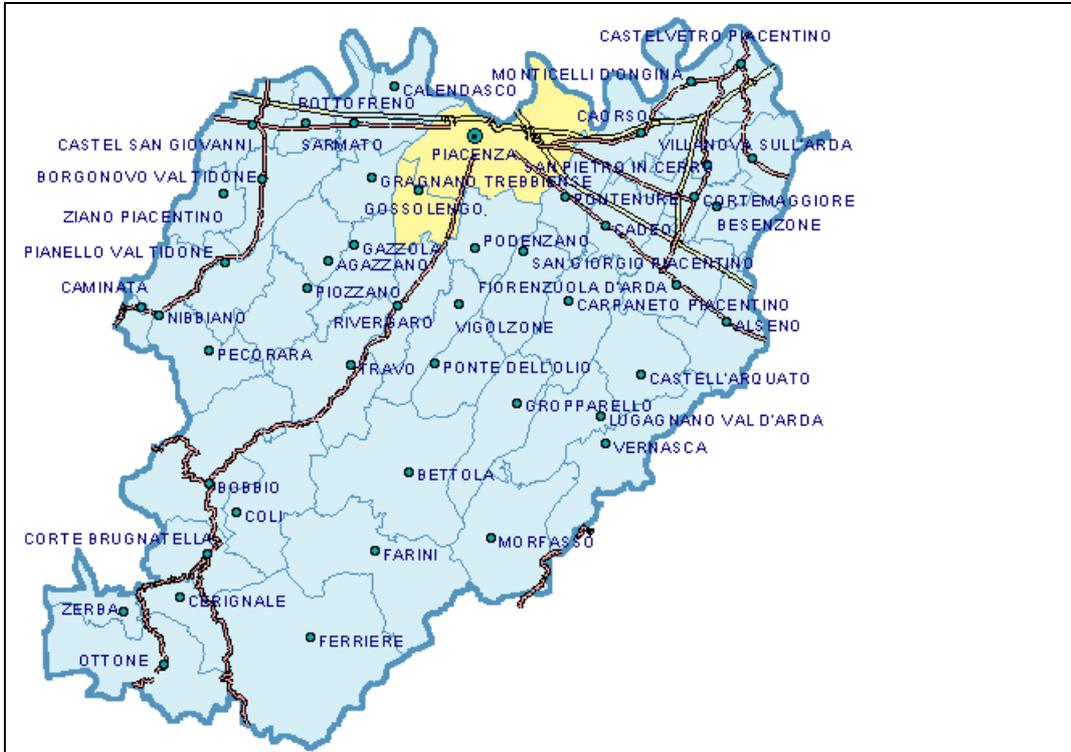


Figura 220: Viabilità.



La distribuzione della popolazione per zone altimetriche è sostanzialmente sovrapponibile a quella regionale (vedi Figura 221⁷). In provincia di Piacenza le percentuali sono rispettivamente: pianura 66,3%, collina 29,0%, montagna 4,7%, in Regione pianura 68,3%, collina 27,4%, montagna 4,3%.

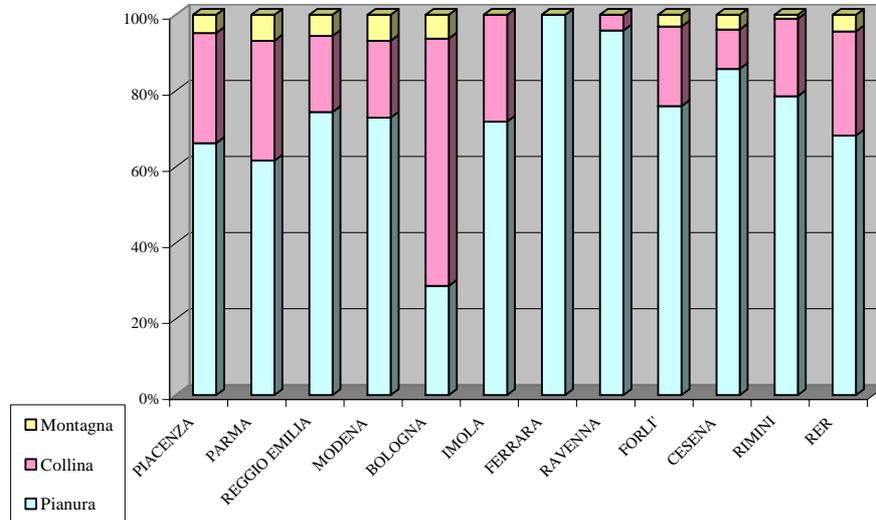


Figura 221: Distribuzione della popolazione per zone altimetriche.

A livello provinciale (vedi Figura 222) la quota di popolazione residente in montagna ammonta al 9,0% nel distretto di Ponente e al 6,3% in quello di Levante.

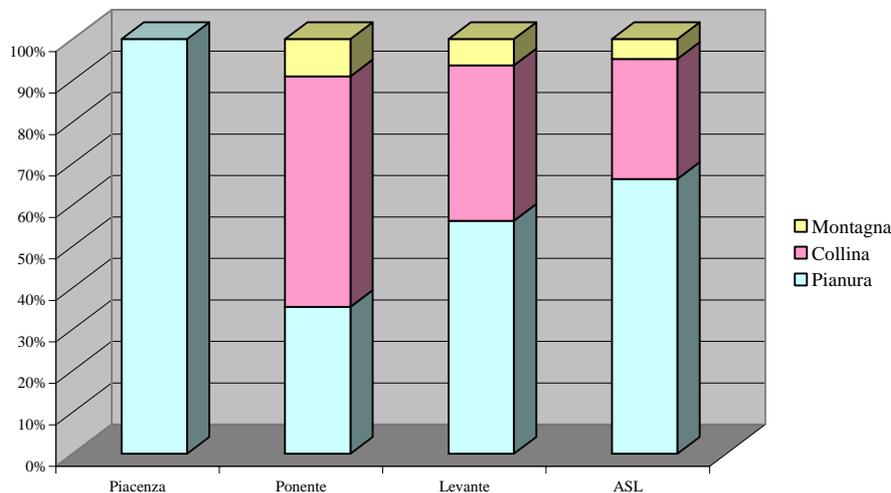


Figura 222: Distribuzione della popolazione dei distretti per zone altimetriche.

Negli anni la montagna tende a pesare sempre meno in termini di quota di popolazione residente, perdendo in termini relativi quasi l'1,3% medio annuo, a fronte di un aumento della popolazione complessiva della Provincia (vedi Figura 223).

⁷ Tutti i grafici, dove non altrimenti specificato, sono riferiti all'anno 2013.

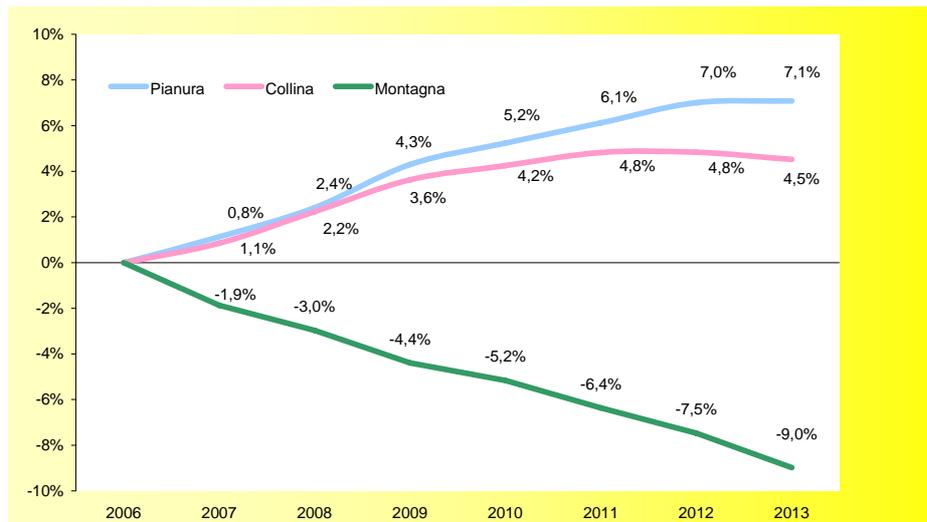


Figura 223: Trend popolazione per zone altimetriche.

La densità della popolazione in Provincia di Piacenza è pari a 112 abitanti per Km² e risulta essere la più bassa della Regione Emilia Romagna (media regionale: 199 abitanti per Km²). La dinamica della densità della popolazione in Provincia di Piacenza è tra le più lente in Regione: negli ultimi tre anni è quella che è cresciuta meno⁸.

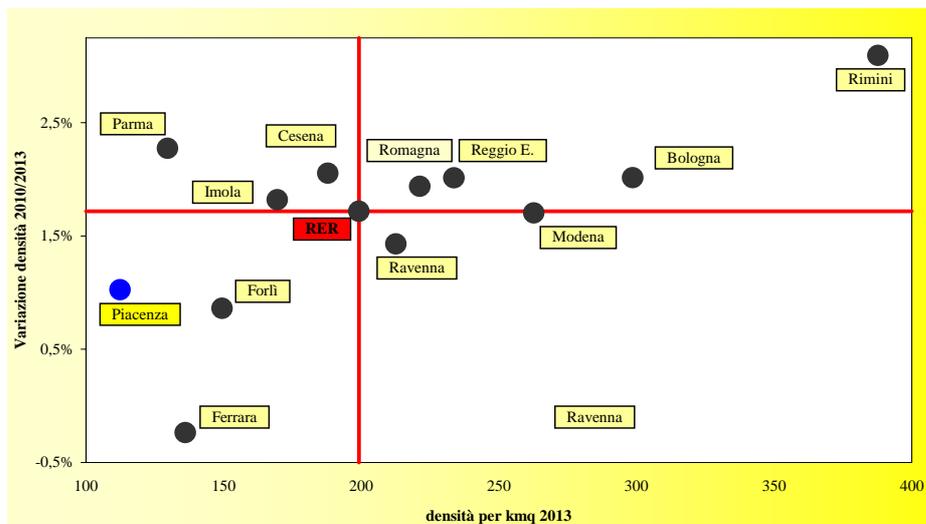


Figura 224: Densità della popolazione e variazione.

La distribuzione della popolazione nei distretti dell'AUSL di Piacenza risulta molto disomogenea (vedi Figura 225): la densità abitativa del distretto di Levante (78) e Ponente (73) sono abbastanza simili, ma il Ponente (+1,9% dal 2010) cresce a ritmi molto superiori al Levante (+0,5%). Caso a sé ovviamente la città con una densità di 875 abitanti per Km², che dal 2010 è cresciuta solo dell'1%.

⁸ Da quest'anno molti trend sono analizzati a partire dal 2010, in modo da poter nuovamente inserire nella rappresentazione grafica anche la Provincia di Rimini dopo l'ingresso dei comuni della ValMarecchia (nelle scorse edizioni in alcuni casi il dato era stato escluso perché spesso non confrontabile o confondente).



All'interno dei distretti di Levante e Ponente la densità oscilla rispettivamente: fra gli 8,1 abitanti per Km² del Comune di Ferriere ed i 259,5 del Comune di Fiorenzuola e fra i 3,4 abitanti per Km² del Comune di Zerba ed i 345,6 del Comune di Rottofreno, che ha stabilmente superato per densità il Comune capo distretto (Castel San Giovanni: 310,5 ab/km²).

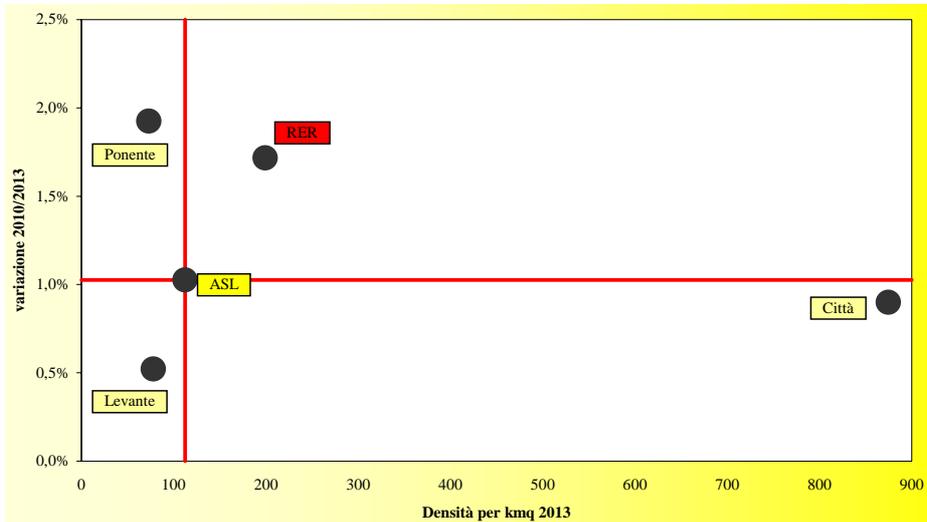


Figura 225: Densità e variazione distretti.

Se si analizza, in ambito regionale, la percentuale di popolazione residente in centri con più di 10.000 abitanti, si può notare che solo poco meno del 50% degli abitanti della Provincia risiede negli unici quattro centri (Piacenza, Fiorenzuola, Castel San Giovanni e dal 2006 Rottofreno) con queste caratteristiche, contro il 76% medio regionale, mentre in centri con più di 3.000 abitanti vive l'87% della popolazione piacentina contro un 97% medio regionale (vedi Figura 226).

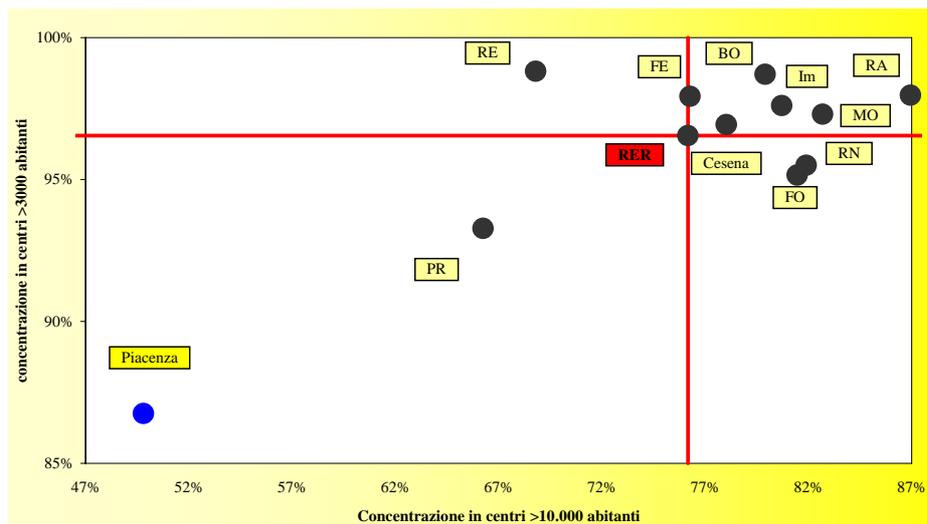


Figura 226: Concentrazione della popolazione in centri con più di 10.000 e di 3.000 abitanti.

Nella successiva Figura 227 sono riportati i Comuni per fasce di popolazione: la Provincia di Piacenza presenta la massima concentrazione comuni sotto i 1.000 abitanti (10 sui 21 totali).

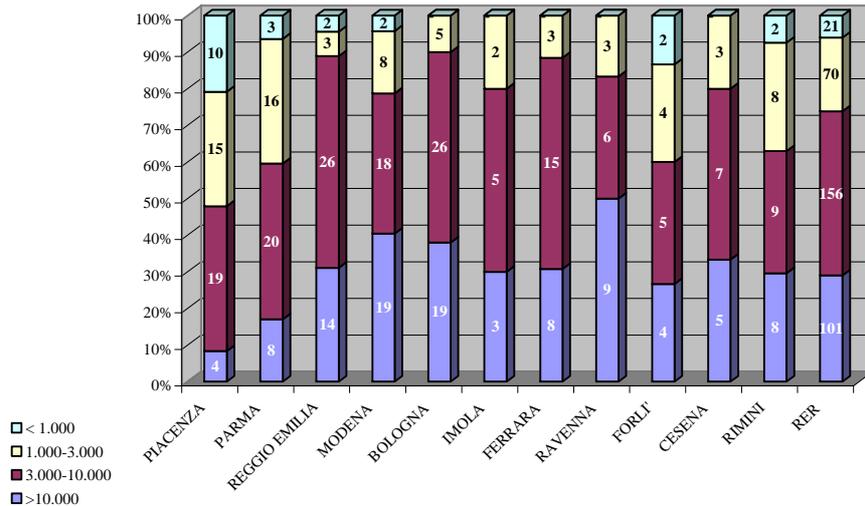


Figura 227: Numero di Comuni per fasce di popolazione.

Nella Figura 228 sono riportate le variazioni tra il 2010 e il 2013 nelle diverse Province della Regione: in quasi tutti i territori aumenta il numero dei Comuni nelle fasce più alte di popolazione (complessivamente i comuni in regione con più di 10.000 abitanti sono passati da 95 a 101).

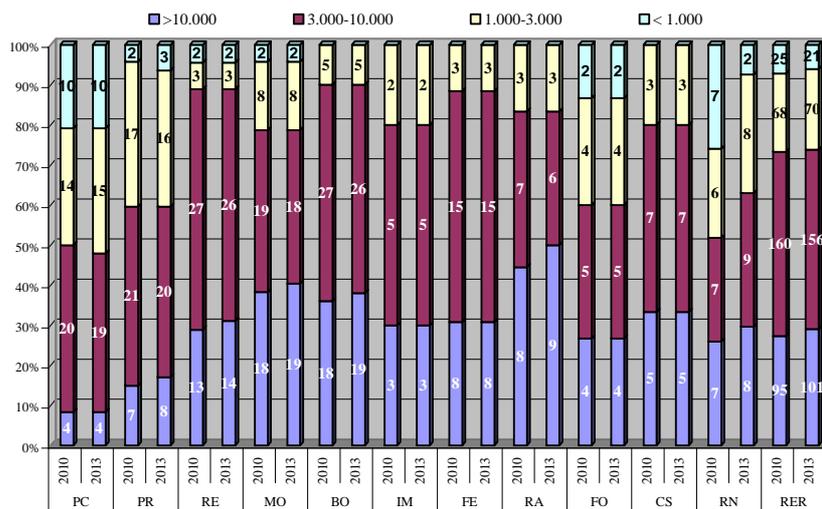


Figura 228: Variazione numero di Comuni per fasce di popolazione.

Ambiente

L'inquinamento atmosferico è un riconosciuto rischio per la salute. Molti studi epidemiologici hanno evidenziato che, a fronte di un aumento anche modesto delle concentrazioni di inquinanti nell'aria, si registra un aumento sia della morbosità che della mortalità. In particolare risultano più esposte le fasce più deboli della popolazione: bambini, anziani, portatori di patologie cardiache e broncopolmonari.

Attualmente, come indicatore della qualità dell'aria urbana, vengono utilizzate le concentrazioni di PM10, uno dei sette inquinanti dell'aria più importanti (gli altri sono: biossido di zolfo, monossido di carbonio, ossidi di azoto, idrocarburi, ozono e piombo). Il PM10 è definito come il materiale particolato (particelle solide o liquide sospese nell'aria, esclusa l'acqua pura, con dimensioni



microscopiche) con un diametro aerodinamico medio inferiore a 10 micron ($1 \mu\text{m} = 1$ millesimo di millimetro). Fino al 2004 erano utilizzati come valori di riferimento i valori medi registrati nelle stazioni presenti nelle città capoluogo. Dal 2005 è cambiato il sistema di rilevazione: il conteggio viene effettuato separatamente per ogni stazione e il valore massimo è stato scelto come indicatore per tutto l'agglomerato del capoluogo di Provincia. A Piacenza nel 2013 il numero di giornate in cui si sono superati i valori soglia (sia in riferimento al valore di $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ che di $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$) si è ulteriormente ridotto, ed è rientrato per il secondo anno consecutivo, al di sotto del valore medio regionale (vedi le successive Figura 229 e Figura 230).

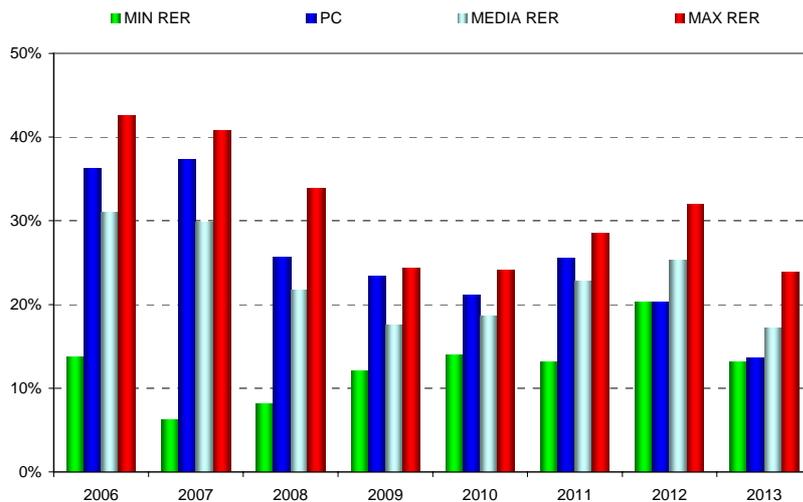


Figura 229: % di giornate anno fuori norma per $\text{PM}_{10} >50 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

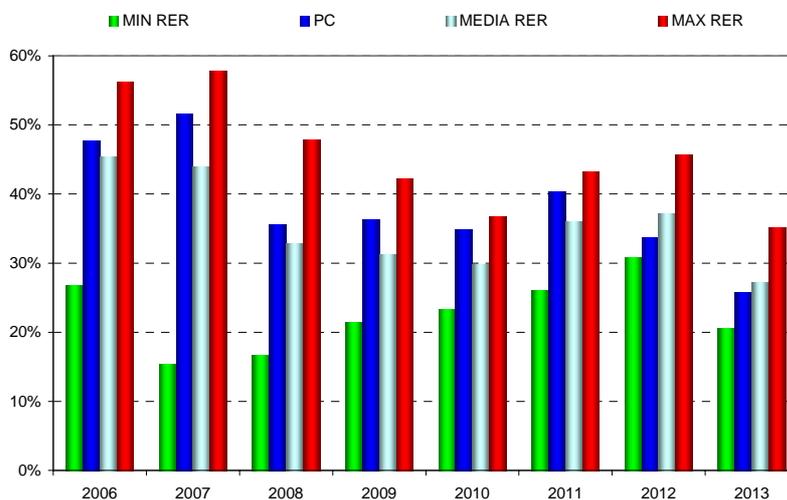


Figura 230: % di giornate anno fuori norma per $\text{PM}_{10} >40 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Popolazione

Tra il 2006 e il 2013 la popolazione della Provincia è aumentata di 15.000 residenti (da 275.947 a 290.966). Il tasso di incremento complessivo (+5,4%) resta comunque tra i più bassi della Regione, la cui popolazione è cresciuta mediamente del 6,7% (vedi Figura 231). Nel 2013 la popolazione è per la prima volta da 15 anni in calo, anche se di poche unità (-336).

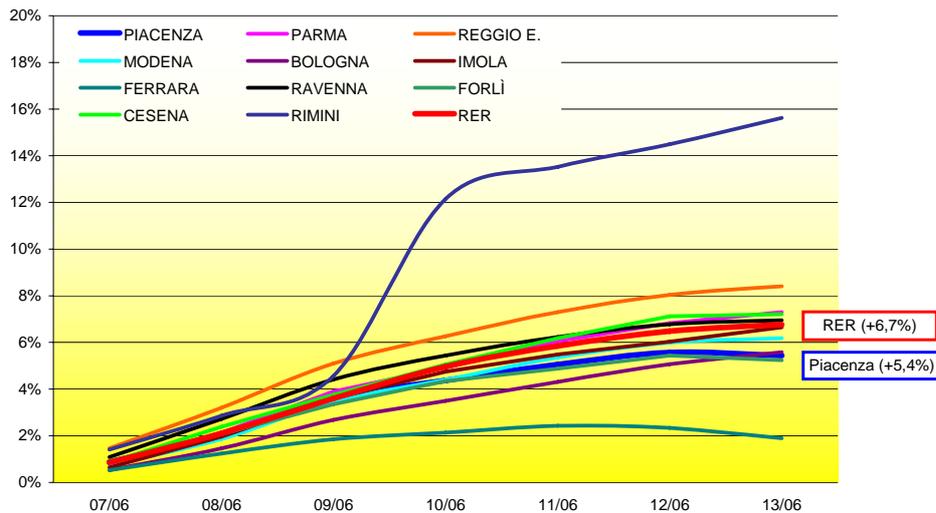


Figura 231: Trend popolazione residente.

Disaggregando per distretto (vedi Figura 232), Levante ha visto rallentare negli ultimi anni la crescita fino a fermarsi nel 2012 e decrescere nel 2013, così come il distretto Città di Piacenza (che già dal 2009 presentava l'incremento più basso a livello provinciale), mentre Ponente risulta quello in maggiore espansione, con tassi di crescita abbondantemente sopra la media regionale.

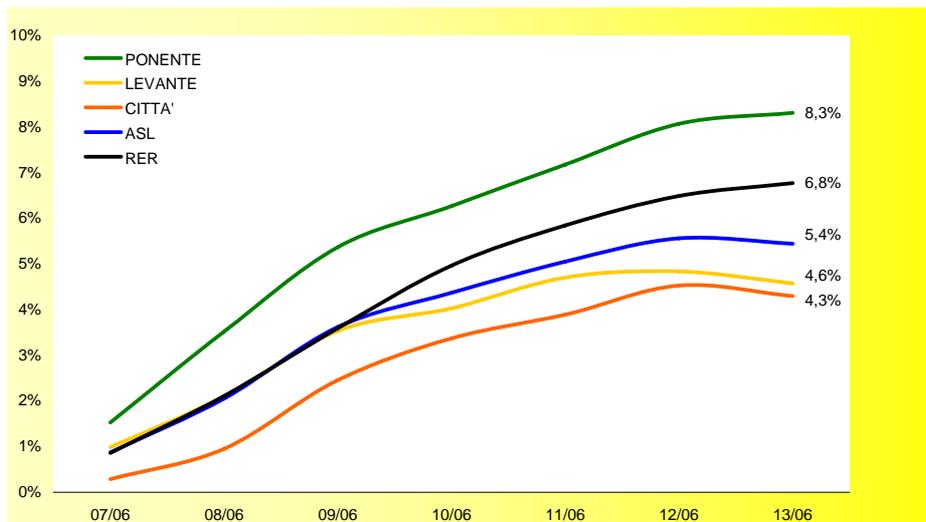


Figura 232: Trend popolazione residente distretti.

La componente *ultrasessantacinquenne* della popolazione è tra le più alte della Regione (pari al 24%, inferiore solo alla Provincia di Ferrara, anche se ormai anche le province di Bologna, Forlì e Ravenna presentano valori molto simili), e cresce a ritmi inferiori alla media regionale (+3,3% dal 2006 contro il 5,9% - vedi Figura 233), presentando il trend di incremento più basso tra tutte le Province (vedi Figura 234), simile solo a Ferrara e Parma⁹. Tuttavia, pur continuando a crescere in termini assoluti, la popolazione ultrasessantacinquenne fino al 2011 è calata in termini relativi, ritornando a Piacenza ai valori inferiori al 2007, per poi risalire nel 2012 e 2013 (vedi Figura 235).

⁹ Il deciso incremento relativo alla provincia di Rimini deriva dall'accorpamento dal 2010 dei Comuni della Val Marecchia, che presentano livelli di popolazione anziana molto più elevati del resto della Provincia.

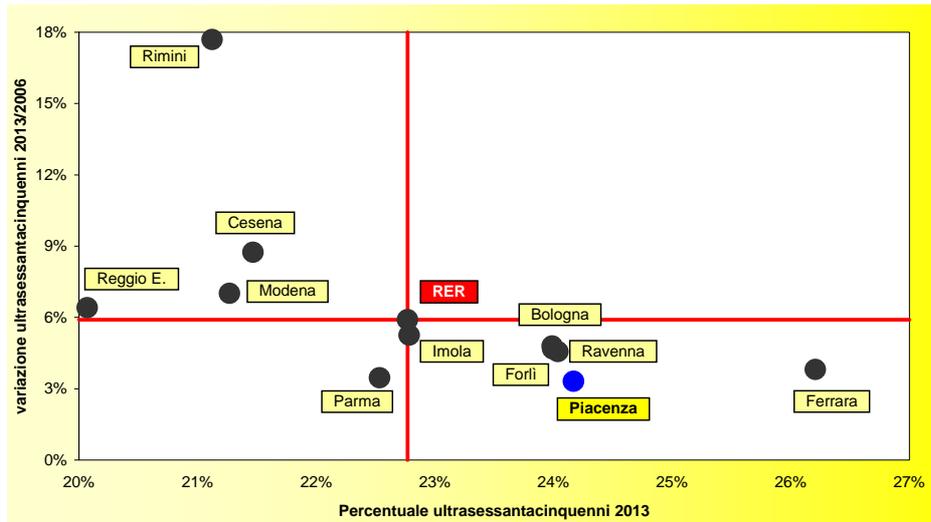


Figura 233: % ultrasessantacinquenni e variazione.

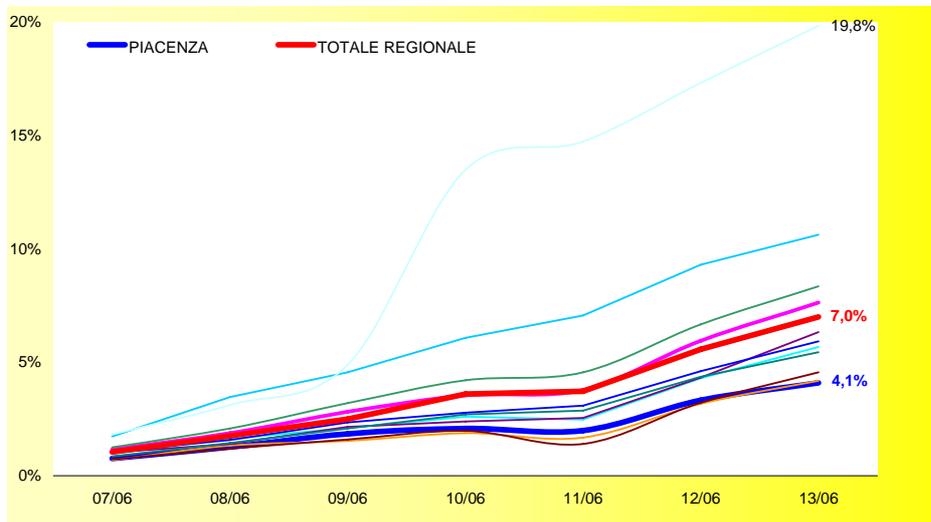


Figura 234: Trend assoluto ultrasessantacinquenni

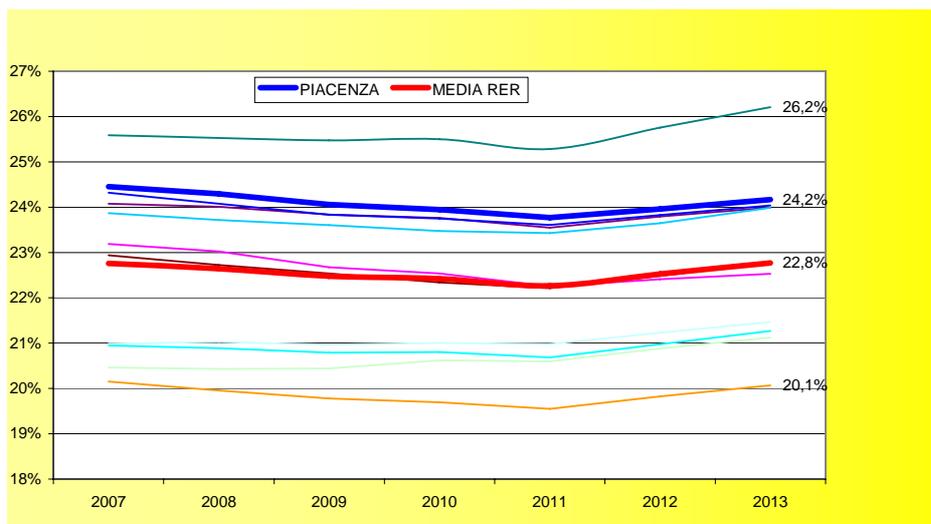


Figura 235: Trend percentuale ultrasessantacinquenni.

Piacenza è anche la terza Provincia con la più alta percentuale di ultrasettantacinquenni (12,7% contro un 11,9% medio regionale - vedi Figura 236), dopo Ferrara (13,6%) e Ravenna (12,9%).



Anche in questo caso il trend di crescita è tra i più bassi della Regione (+9% dal 2006), superiore solo alla Provincia di Parma (vedi Figura 237), mentre la crescita prosegue anche in termini relativi (vedi Figura 238).

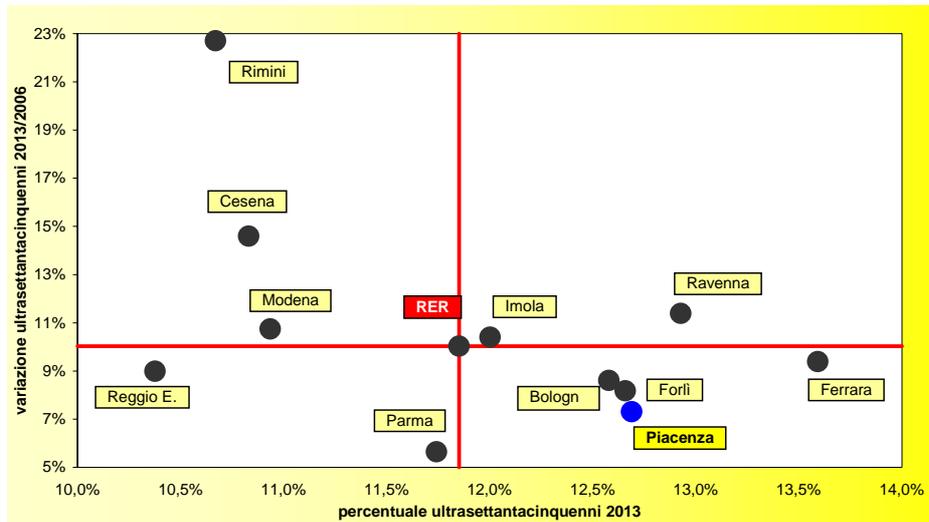


Figura 236: % ultrasessantacinquenni e variazione.

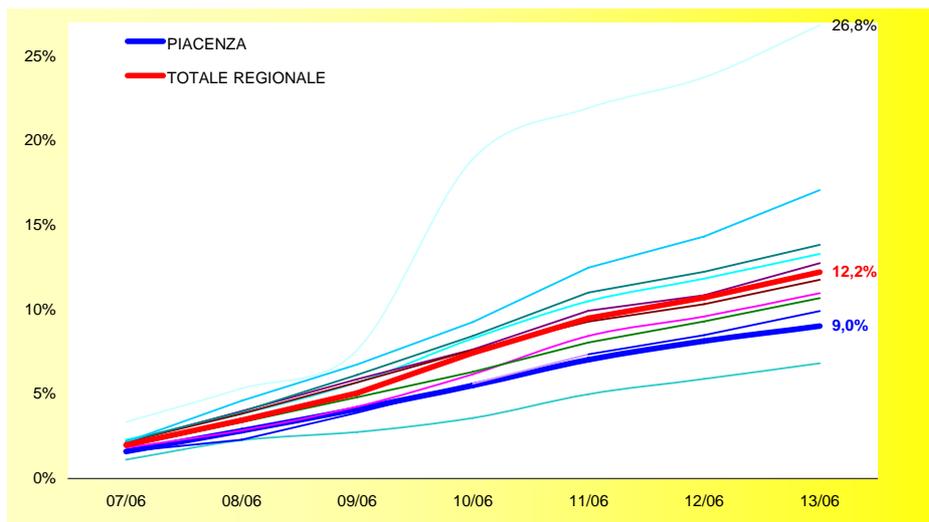


Figura 237: Trend assoluto ultrasessantacinquenni.

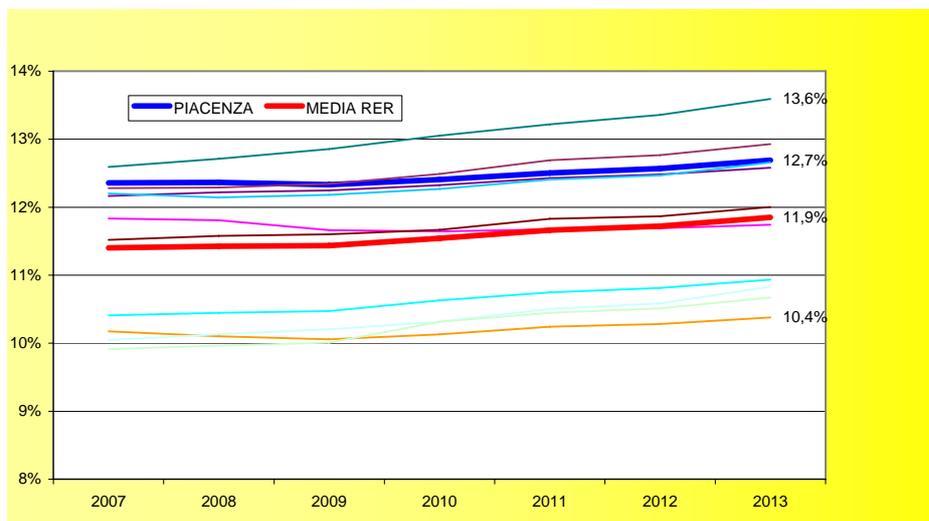


Figura 238: Trend percentuale ultrasessantacinquenni.



Nel 2012 la percentuale di *ultraottantacinquenni* a Piacenza è del 3,9%, contro un 3,6% medio (vedi Figura 239). Piacenza presenta il trend di incremento più basso a livello regionale dopo Parma e Imola (Figura 240), e la crescita prosegue anche in termini relativi (Figura 241).

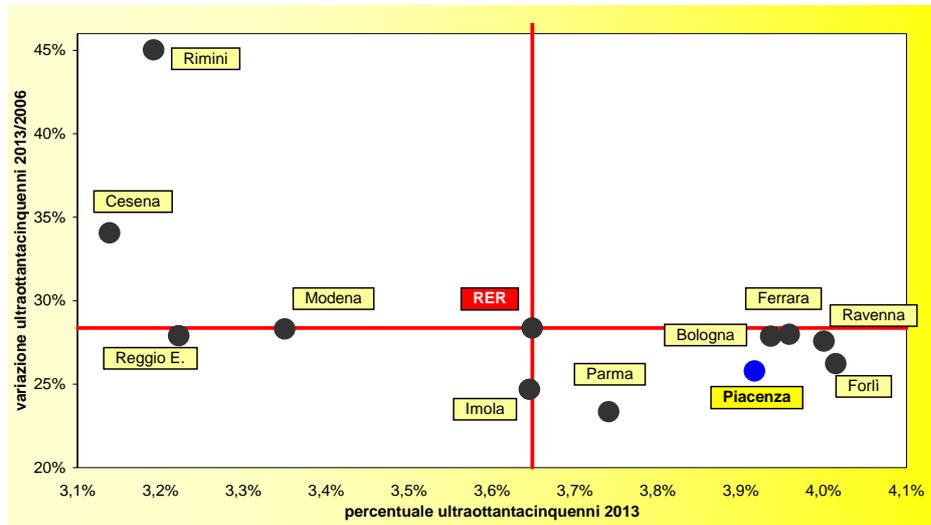


Figura 239: % ultraottantacinquenni e variazione.

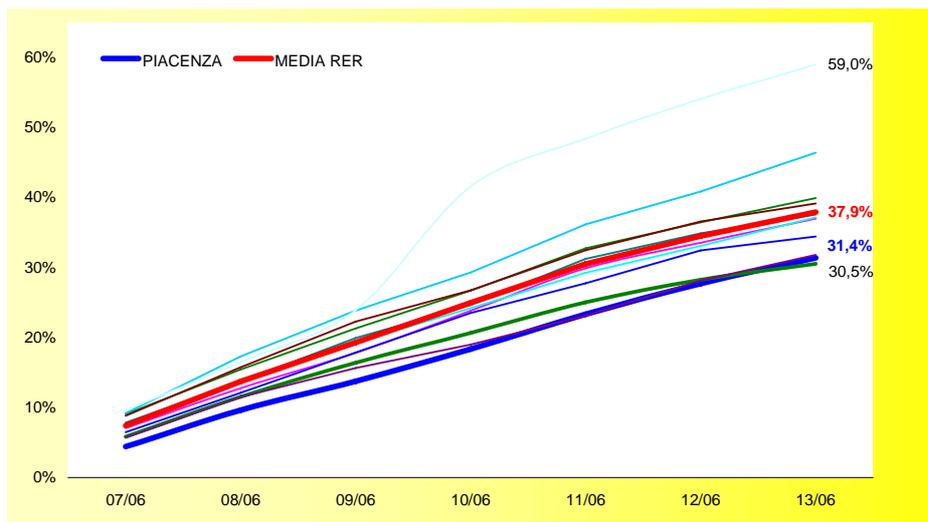


Figura 240: Trend assoluto ultraottantacinquenni.

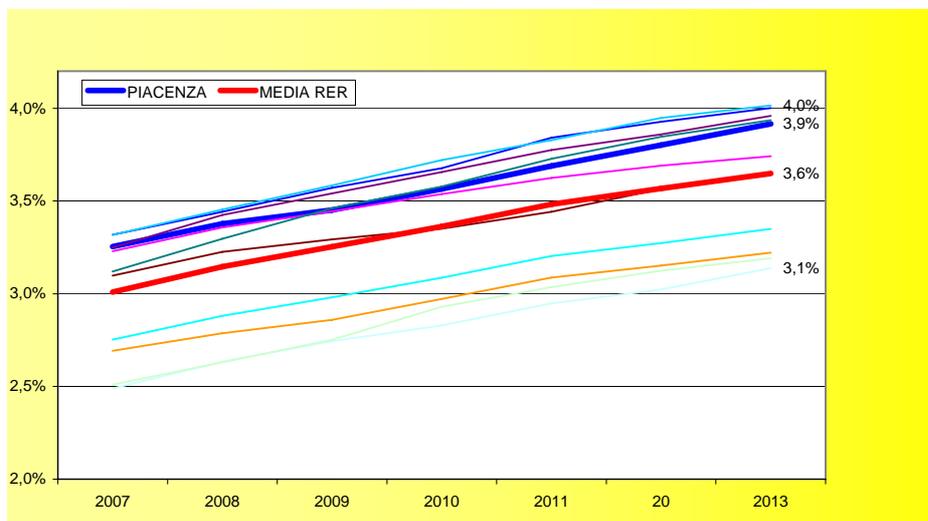


Figura 241: Trend percentuale ultraottantacinquenni.



Le successive figure rappresentano le stesse informazioni sull'andamento della popolazione anziana nelle diverse fasce di età, disaggregate per distretto e confrontate con la media aziendale e regionale (vedi da Figura 242 a Figura 247).

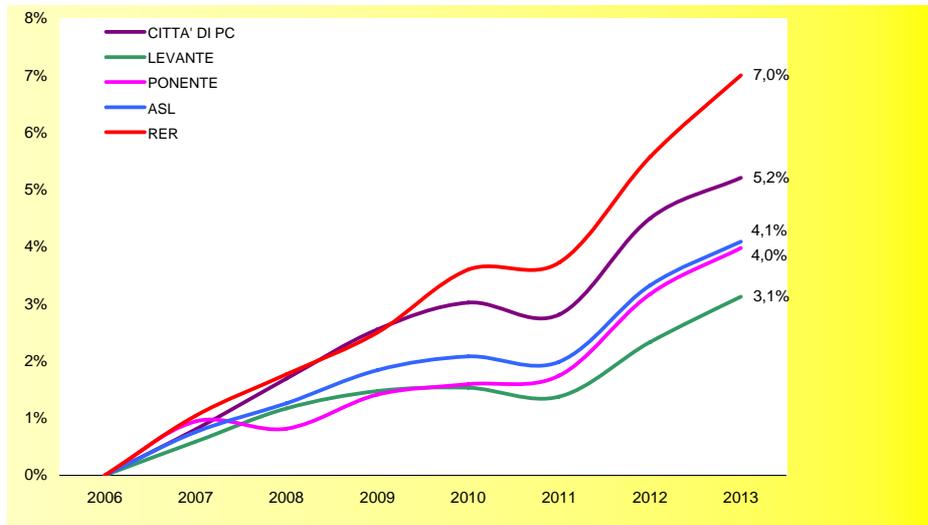


Figura 242: Trend assoluto ultrasessantacinquenni per distretto.

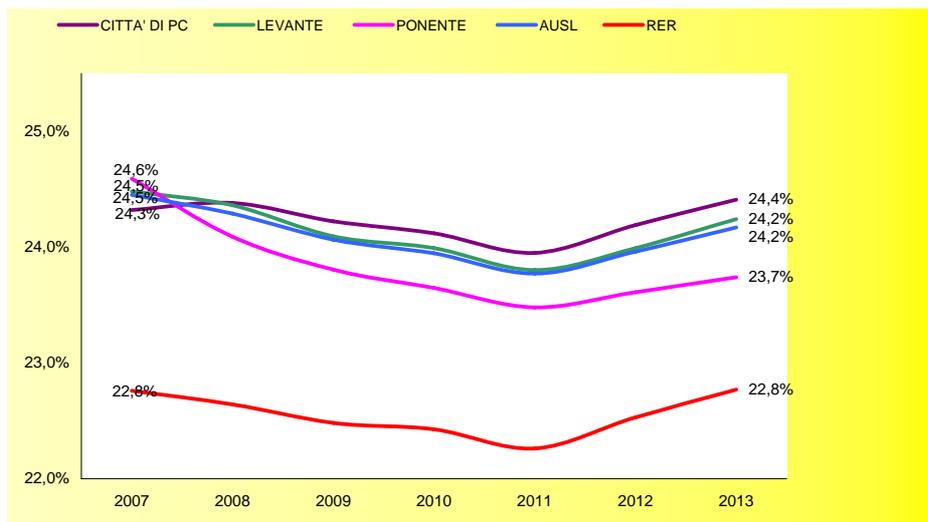


Figura 243: Trend percentuale ultrasessantacinquenni per distretto.

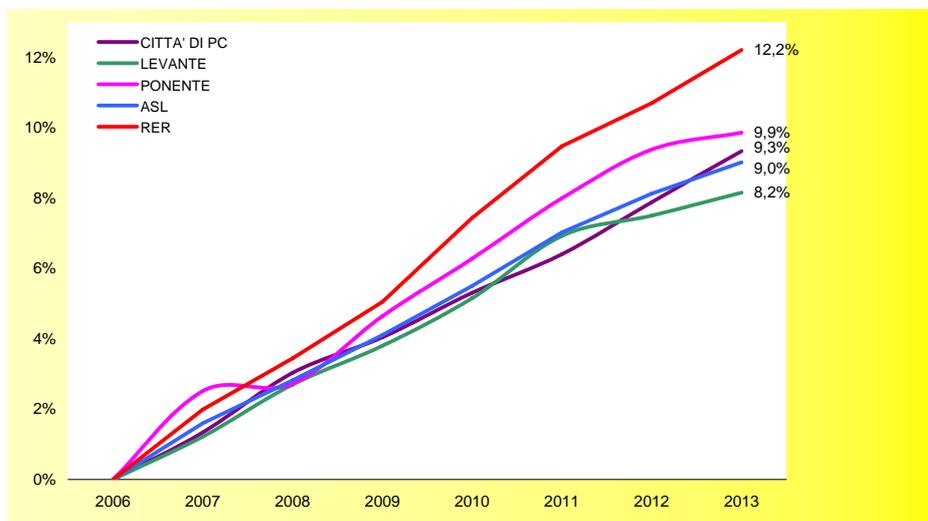


Figura 244: Trend assoluto ultrasessantacinquenni per distretto.

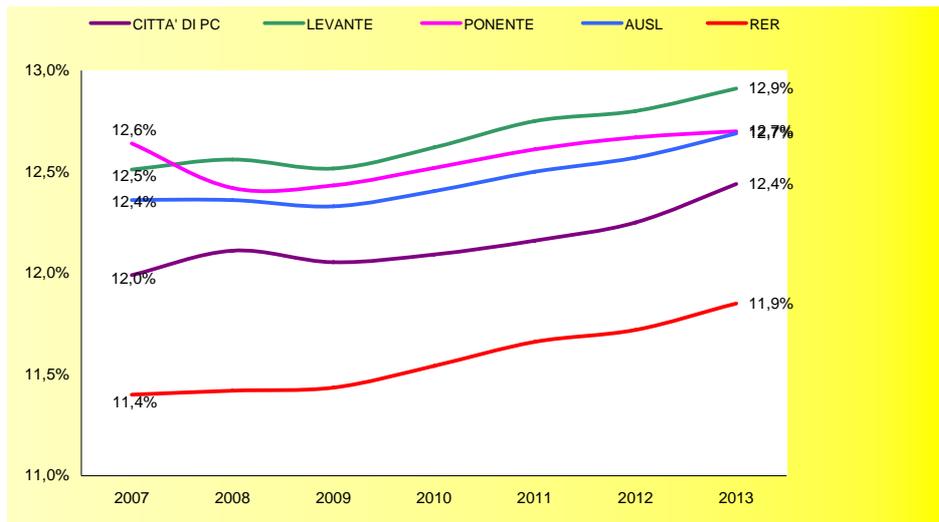


Figura 245: Trend percentuale ultrasettantacinquenni per distretto.

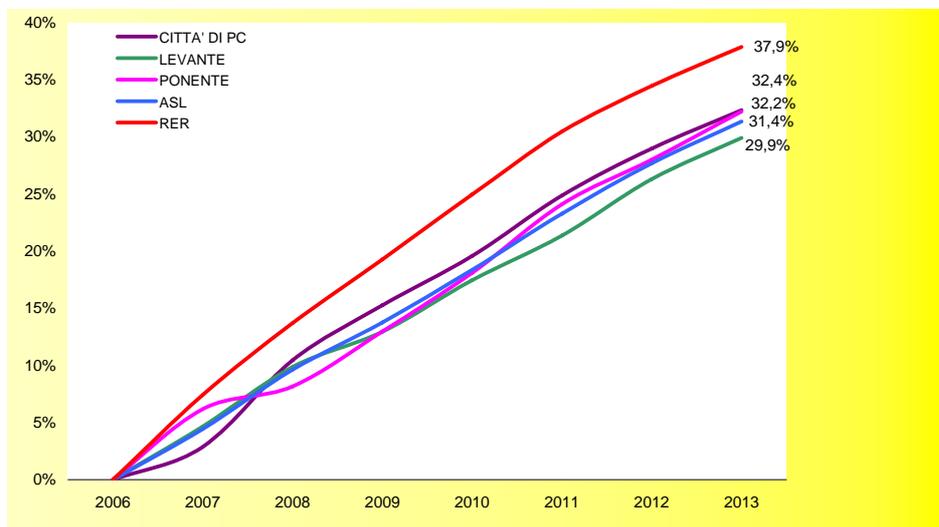


Figura 246: Trend assoluto ultraottantacinquenni per distretto.

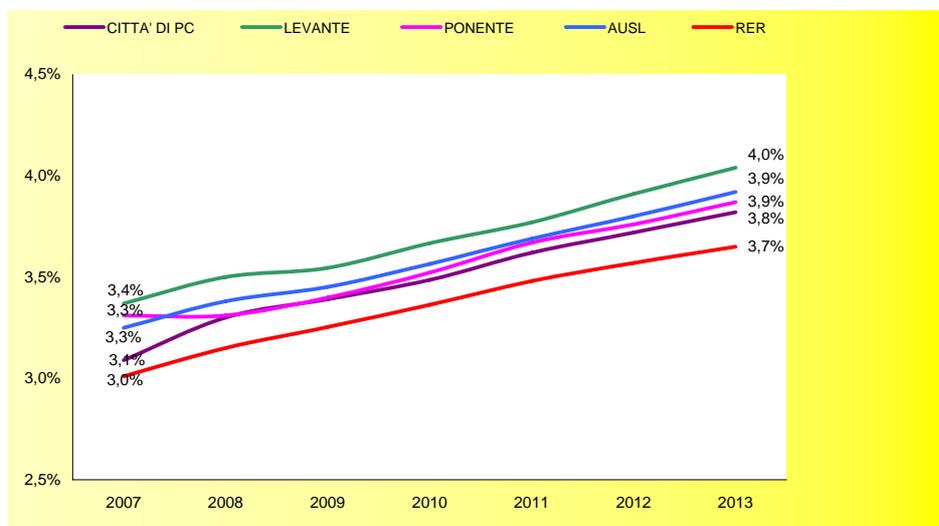


Figura 247: Trend percentuale ultraottantacinquenni per distretto.



La percentuale di *stranieri residenti* ha rallentato negli ultimi anni il trend di crescita, dopo un periodo in cui è incrementata a ritmi molto superiori a quelli regionali fino a superarne il dato medio ed essere dal 2009 la provincia con la percentuale di stranieri più alta a livello regionale. Nel 2001, infatti, gli stranieri erano il 2,6% della popolazione, dato superiore solo a quello di Ferrara, nel 2006 il 7,5% esattamente sovrapponibile al 7,45% regionale, e nel 2009 l'11,6% contro un 9% medio regionale. Nel 2013 la percentuale si è assestata sul 14,4% (vedi Figura 248), con un incremento di oltre il 95% dal 2006 (vedi Figura 249).

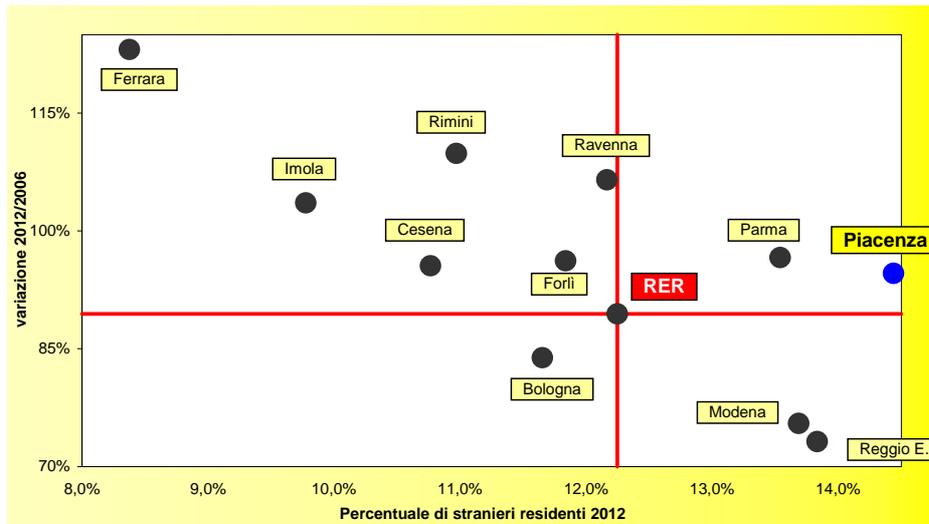


Figura 248: % stranieri e variazione.

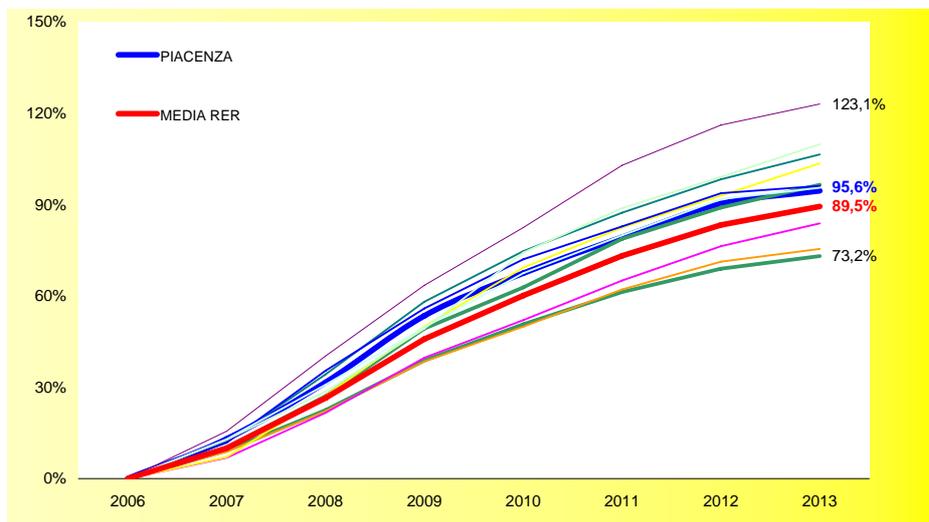


Figura 249: Trend stranieri.

Tra il 2006 e il 2012 la popolazione regionale, senza l'apporto della componente immigrata, avrebbe visto il suo incremento ridotto dal 6,5% a poco meno dell'1% (vedi Figura 250). Alcune Province senza la componente immigrata avrebbero addirittura visto ridursi la popolazione residente (Forlì, Ferrara e Piacenza), mentre le altre sarebbero rimaste sostanzialmente stabili o



con un leggero incremento¹⁰. Solo in Pprovincia di Reggio Emilia si sarebbe assistito comunque a un incremento superiore al 2% della popolazione residente. Piacenza in particolare avrebbe visto un calo dei residenti del 2,1 %, il più consistente a livello regionale dopo Ferrara.

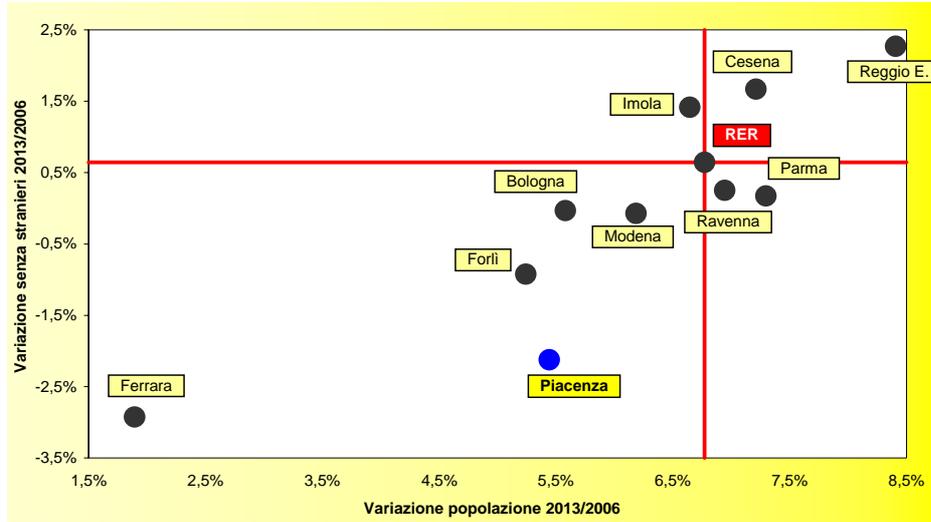


Figura 250: Variazione popolazione e variazione stranieri.

La composizione per età della popolazione straniera è fortemente sbilanciata verso le età lavorative: quasi il 75% degli stranieri ha tra 15 e 60 anni, contro poco più del 50% degli italiani (vedi da Figura 251 a Figura 253).

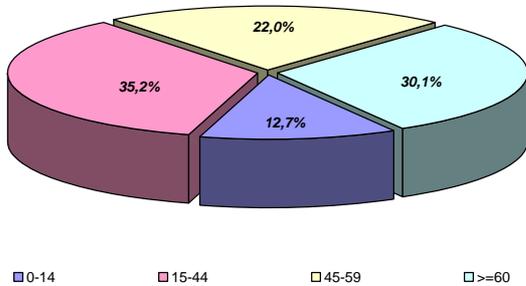


Figura 251: Composizione per classi di età della popolazione complessiva residente in Provincia.

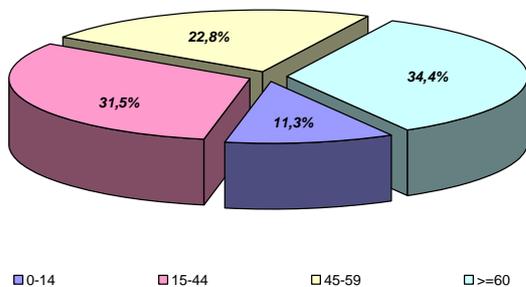


Figura 252: Composizione per età della popolazione residente italiana.

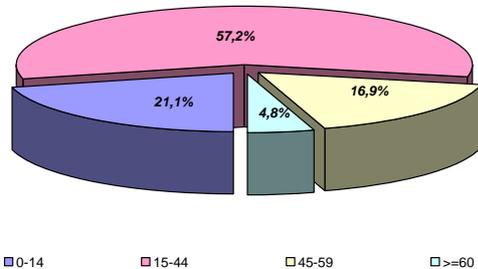


Figura 253: Composizione per età della popolazione residente straniera.

¹⁰ Dalla rappresentazione è stata esclusa la Provincia di Rimini, perché non sono disponibili i dati di confronto senza la Val Marecchia.



Le figure seguenti mostrano la distribuzione per distretto degli stranieri residenti: il 45% risiede in città, il 30% a Levante, il 25% a Ponente. La composizione per età è sovrapponibile tra i distretti nelle fasce di età più alte, la fascia infantile è percentualmente più presente nei distretti laterali, la fascia 15-44 in città.

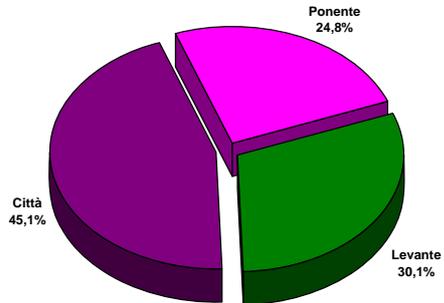


Figura 254: Distribuzione degli stranieri per distretto.

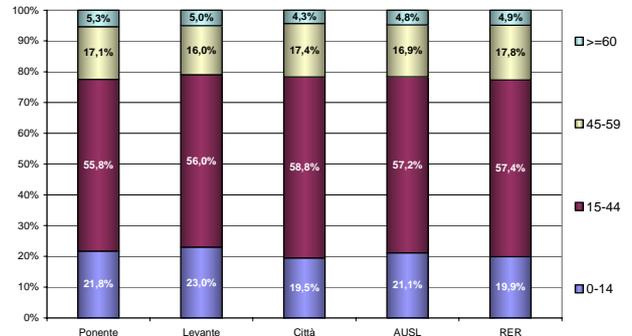


Figura 255: Composizione per età della popolazione residente straniera per distretto.

La provenienza degli stranieri residenti in Provincia di Piacenza e nel complesso della Regione sono illustrati nelle successive Figura 256 e Figura 257, il confronto con tutte le province nella successiva Figura 258.

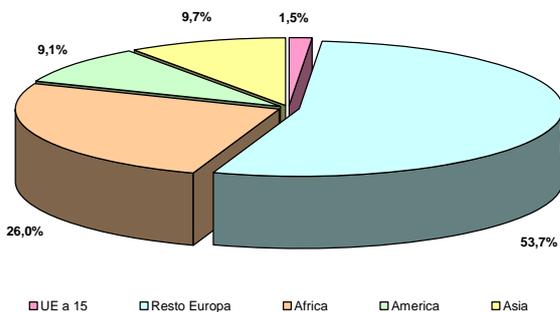


Figura 256: Provenienza della popolazione straniera, PC.

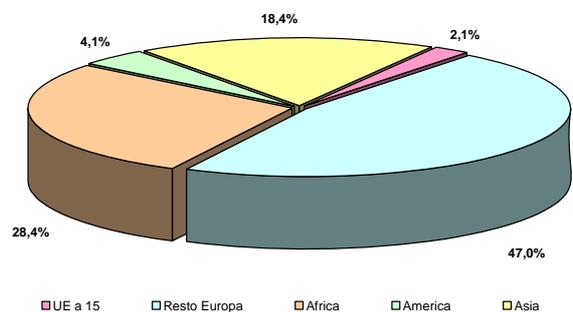


Figura 257: Provenienza della popolazione straniera, RER.

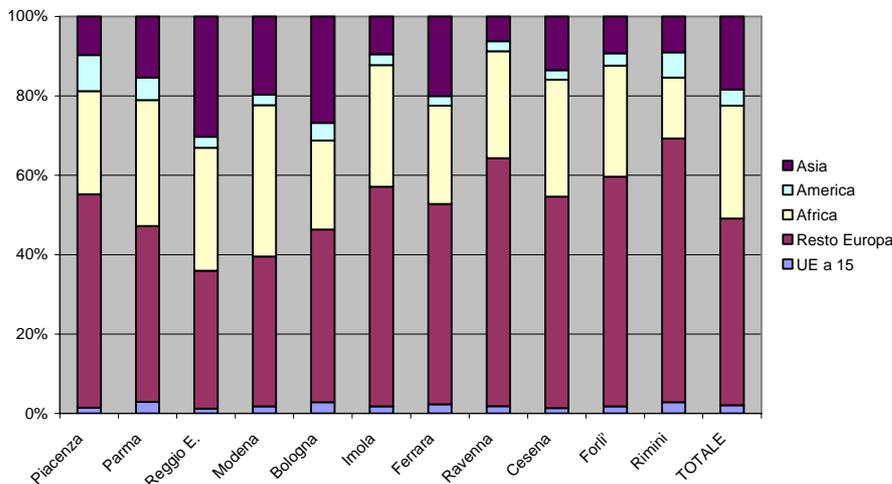


Figura 258: Provenienza della popolazione straniera per Provincia.



Va specificato che il dato relativo all'Unione europea è ancora relativo a 15 Paesi; si spiega così anche l'innalzamento del tasso di crescita delle provenienze dal resto d'Europa, in particolare dal 2009 in poi (vedi Figura 259).

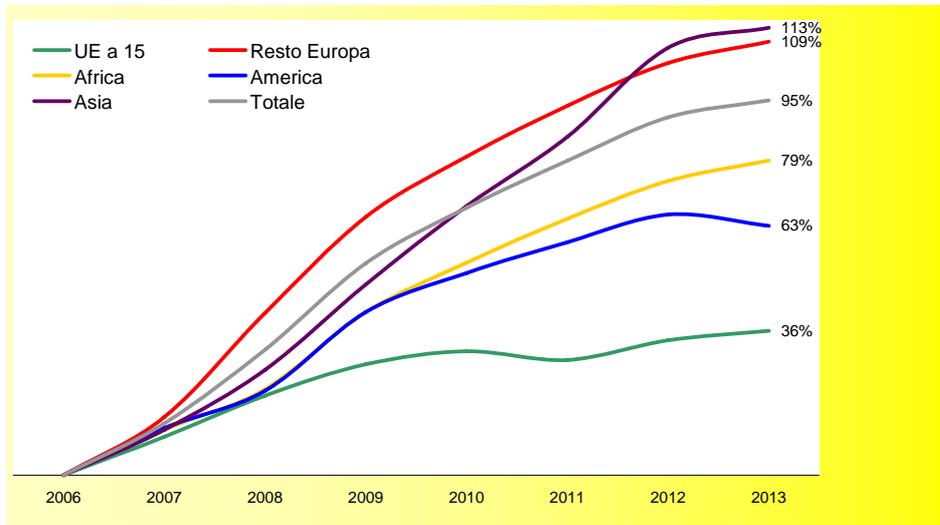


Figura 259: Trend stranieri per provenienza, Provincia di Piacenza

La presenza di stranieri residenti per sesso in rapporto alla popolazione complessiva ha visto fino al 2010 la Provincia di Piacenza in linea con la media regionale (vedi Figura 260) nella prevalenza di uomini rispetto alle donne. Negli ultimi due anni, mentre in media la proporzione di donne immigrate ha superato quella degli uomini, in provincia di Piacenza la proporzione di immigrati uomini è ancora maggiore rispetto a quella delle donne.

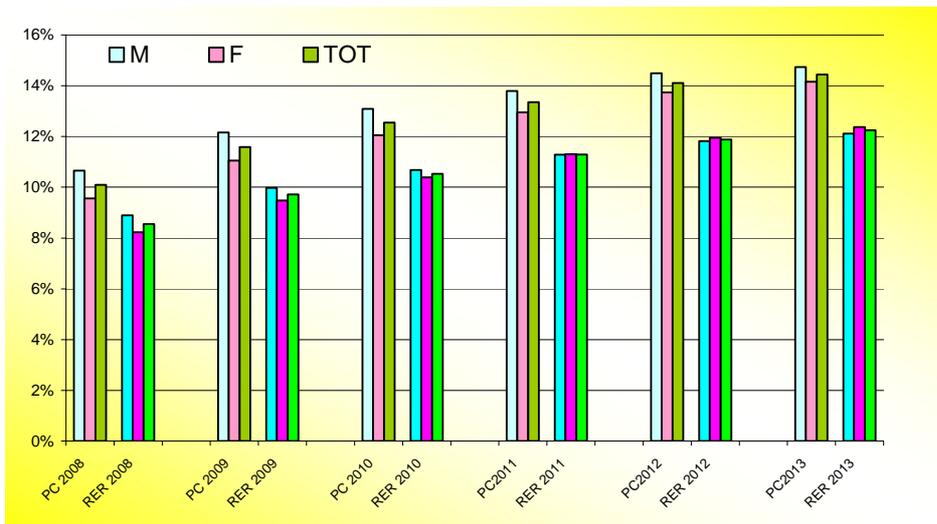


Figura 260: % stranieri residenti per sesso.

La composizione della popolazione delle Province della Regione per sesso e nazionalità è illustrata nella successiva Figura 261.

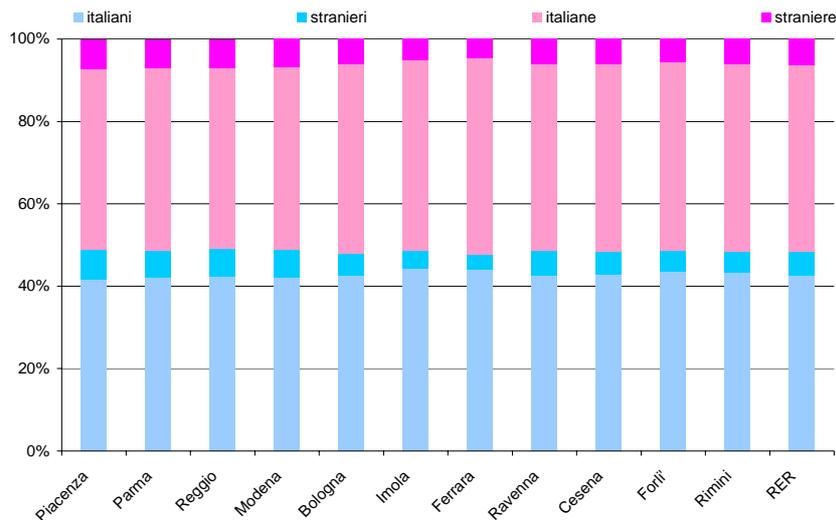


Figura 261: Composizione della popolazione per sesso e nazionalità.

La popolazione straniera sta contribuendo non solo alla crescita complessiva della popolazione, ma anche all'incremento del tasso di natalità e ad un "ringiovanimento" della popolazione. Negli ultimi dieci anni i nati da madri straniere in provincia sono più che raddoppiati, e la percentuale sul totale dei nati è in continua crescita (vedi Figura 262), fino al 42% nel 2013. Confrontando il dato con le altre Province, per Azienda di residenza della madre e non per Azienda di evento (con l'esclusione della mobilità passiva extra, non inserita nel flusso CEDAP), la Provincia di Piacenza presenta il valore più alto (vedi Figura 263, ultimo dato disponibile il 2012).

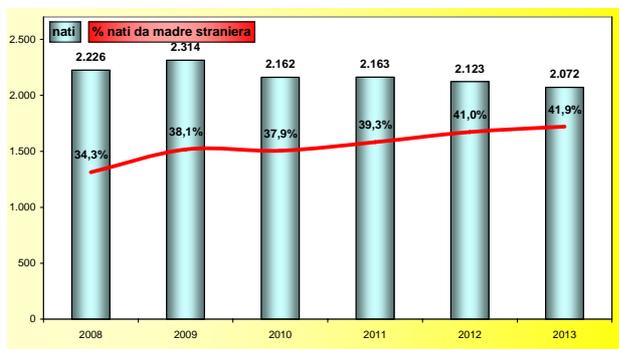


Figura 262: Parti e % da madre straniera AUSL Piacenza

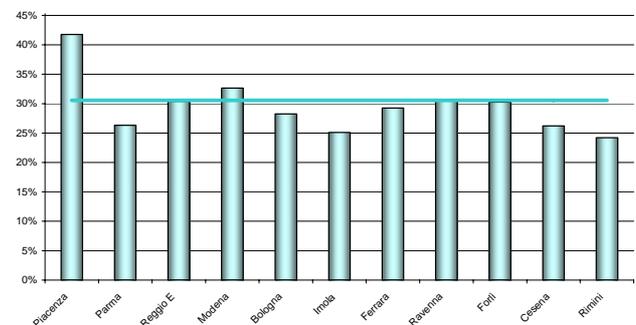


Figura 263: % parti da madre straniera RER.

Da qualche anno sono inseriti tra i dati illustrati nel bilancio di missione anche quelli relativi alle popolazioni in condizioni di marginalità, potenzialmente portatori di bisogni, e in particolare detenuti, nomadi e senza fissa dimora. Per le prime due sono disponibili alcuni dati e indicatori, mentre i senza fissa dimora sono molto più difficilmente censibili e l'unica fonte possibile per reperire il dato è la Caritas. Nel 2013 sono state assistite 385 persone senza dimora, di cui 335 uomini e 50 donne, e di cui 173 di cittadinanza italiana/mista e 212 di cittadinanza non italiana stabile rispetto al 2012 (vedi Tabella 15).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Persone senza dimora	270	289	324	314	386	385

Tabella 15: Persone senza dimora assistite dalla Caritas.



I detenuti nel carcere di Piacenza a fine 2013 erano 308, di cui 11 donne e 183 stranieri. Pur in netta riduzione rispetto agli oltre 420 presenti a fine 2010, i presenti sono molto superiori alla capienza, come negli altri istituti regionali.

L'unico campo nomadi della Provincia si trova nel territorio del Comune di Piacenza, in cui vivevano, a fine 2013, 145 persone, dato sostanzialmente stabile dal 2008. La distribuzione per residenza e per età (distintamente per adulti e minori) sono illustrate nelle successive figure.

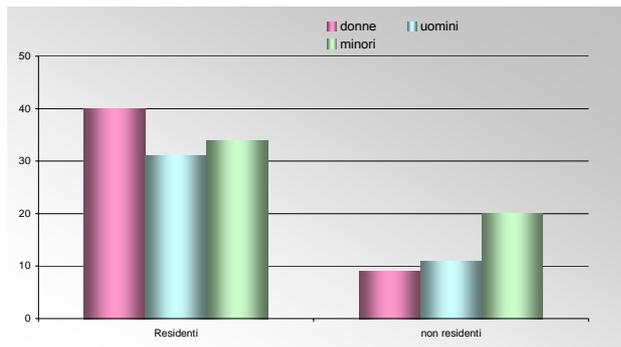


Figura 264: Nomadi adulti per residenza, Comune di Piacenza.

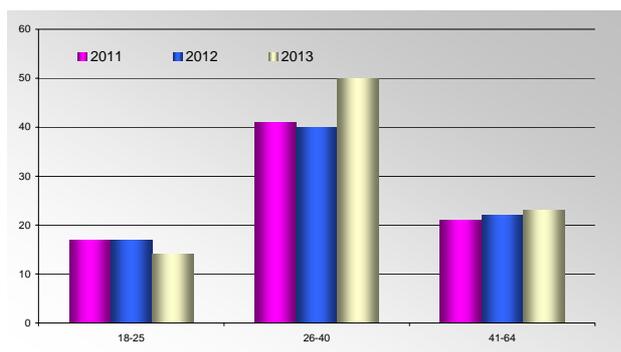


Figura 265: Nomadi adulti per età, Comune di Piacenza.

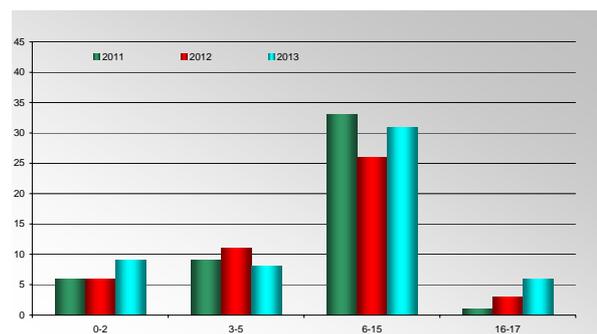


Figura 266: Nomadi minori per età, Comune di Piacenza.

Il tasso grezzo di natalità (vedi Figura 267), dopo un incremento negli anni precedenti, dal 2008 è in leggero decremento, seppure con valori disomogenei tra le province. In Provincia di Piacenza, che mostra dei valori inferiori alla media regionale, il tasso 2012 è stato pari all'8,3/1.000.



Figura 267: Trend tasso di natalità.



Le figure seguenti mostrano i dati relativi al numero medio di componenti per famiglia e alla percentuale di famiglie unipersonali: anche nel 2013 il dato piacentino è sostanzialmente sovrapponibile al dato medio regionale (vedi Figura 268).

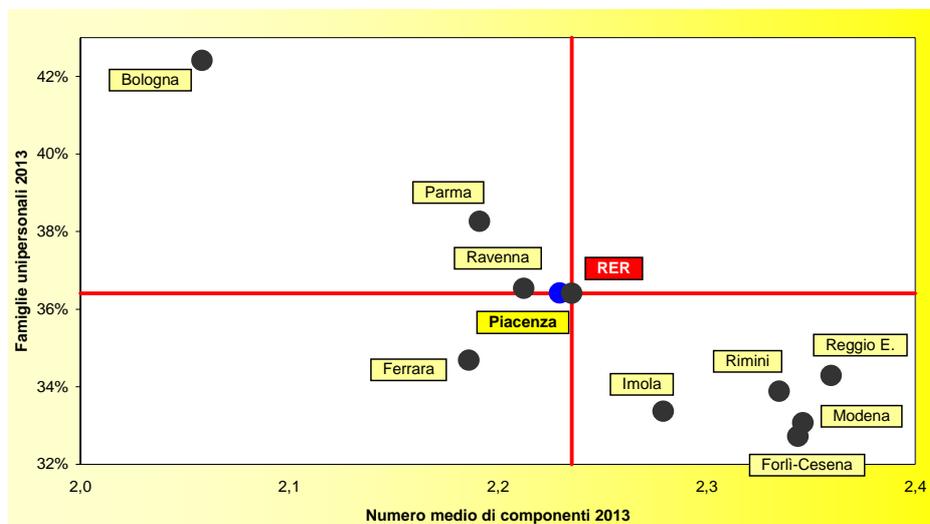


Figura 268: Famiglie unipersonali e numero medio componenti.

Il confronto con i dati del censimento 2001 sono illustrati nelle successive Figura 269 e Figura 270.

Tra il 2001 e il 2013 il numero medio di componenti per famiglia a Piacenza è passato da 2,31 a 2,23, avvicinandosi alla media regionale, passata da 2,39 a 2,24.

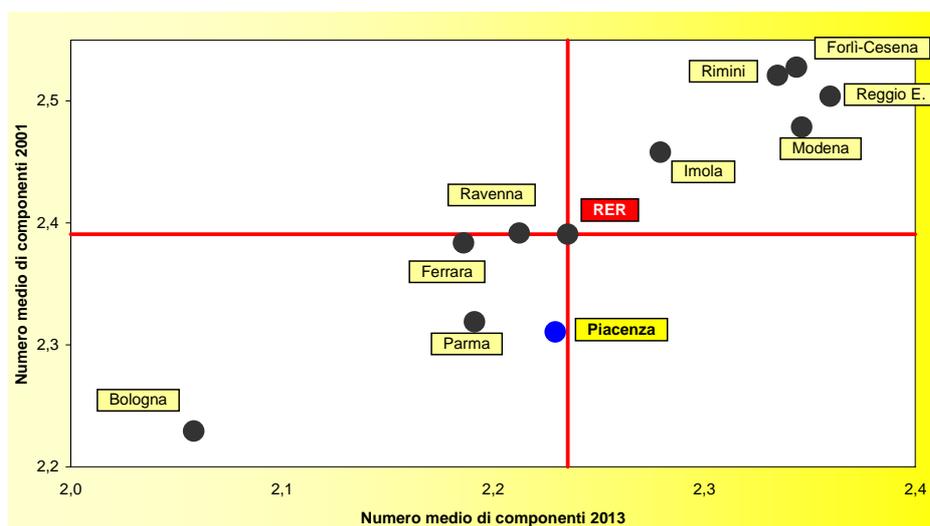


Figura 269: Numero medio di componenti per famiglia 2013 e 2001.

Le famiglie uni personali sono passate dal 31 al 36%, contro valori regionali rispettivamente di 28 e 36% (vedi Figura 270).

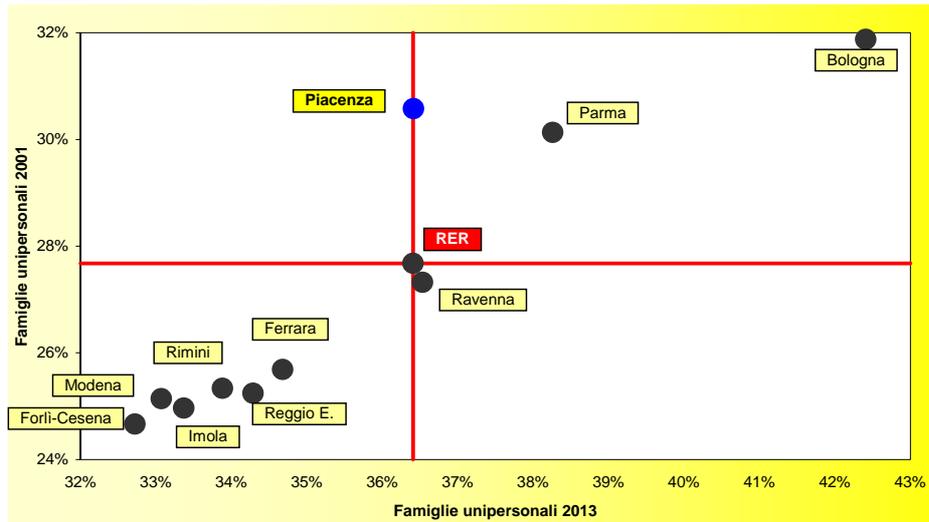


Figura 270: % famiglie unipersonali 2013 e 2001.

In Regione, la speranza di vita alla nascita, calcolata su base triennale per disporre di indicatori più affidabili, è maggiore per le femmine (84,7 anni) rispetto ai maschi (80,3) e risulta in aumento in tutte le Province di poco più di un anno per triennio per i maschi e mezzo anno per triennio per le femmine. In Provincia di Piacenza, la speranza di vita alla nascita per le femmine è inferiore di circa 5 mesi alla media regionale (84,2 anni) , per i maschi, invece, di circa 9 mesi (79,5 anni).

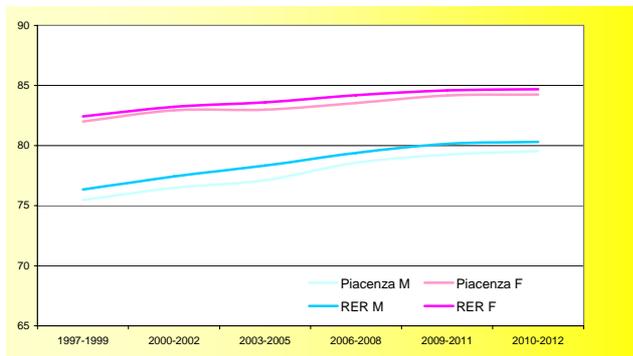


Figura 271: Speranza di vita alla nascita.

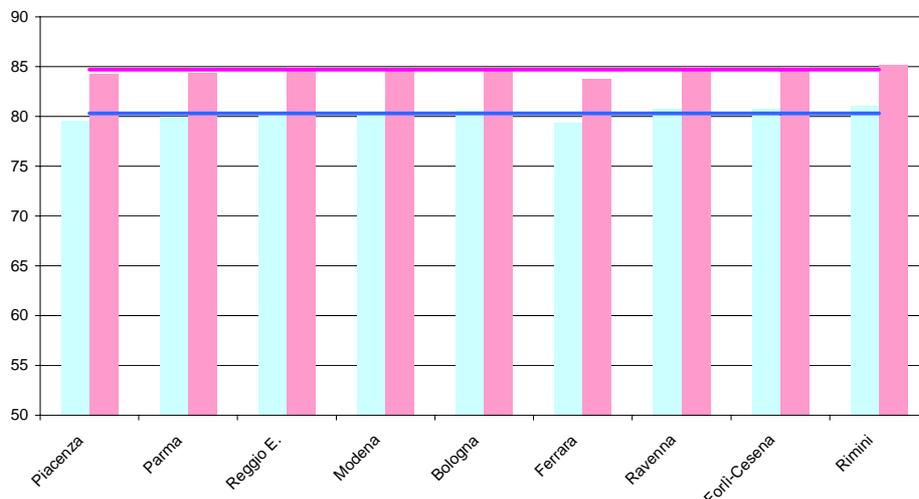


Figura 272: Speranza di vita alla nascita, triennio 2010-2012.



Come la speranza di vita alla nascita, anche la speranza di vita a 65 anni (per i maschi 18,8 anni, per le femmine 21,9 anni) è in aumento in regione di circa 7 mesi ogni triennio per i maschi e 4 per le femmine. Nella Provincia di Piacenza, la speranza di vita a 65 anni è di poco inferiore alla media regionale, di circa 7 mesi per i maschi (18,1 anni) e di 3 per le femmine (21,7 anni).

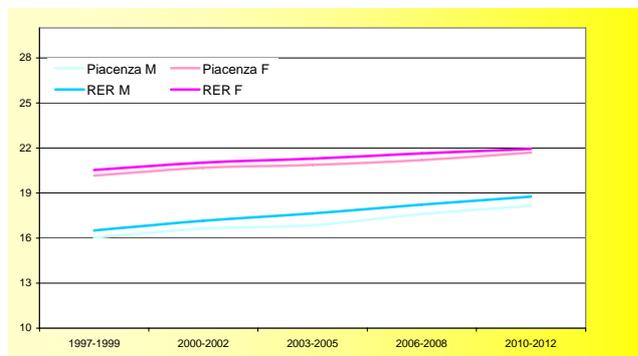


Figura 273: Speranza di vita a 65 anni.

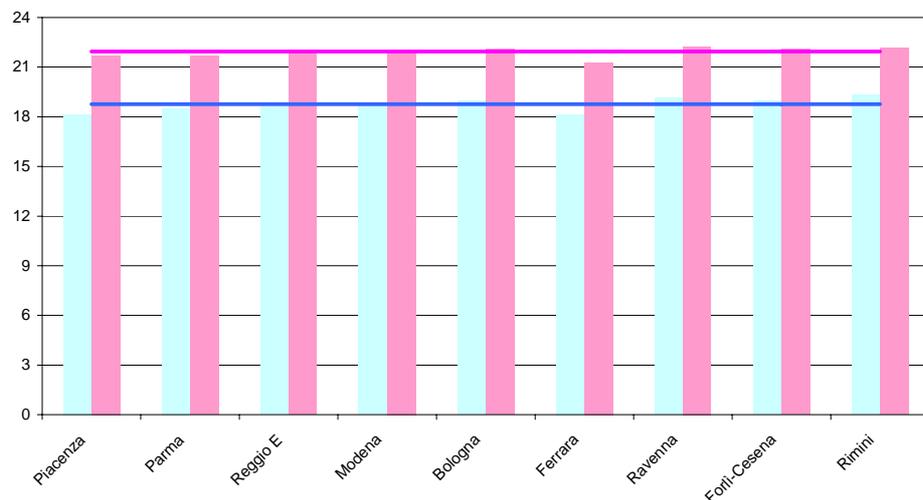


Figura 274: Speranza di vita a 65 anni, triennio 2010-2012.

Condizioni socio-economiche

E' noto che complessivamente le condizioni economiche della Regione Emilia Romagna sono mediamente più elevate rispetto a quelle medie nazionali. E' presente, comunque, nell'ambito regionale una certa disomogeneità fra le diverse Province. L'ISTAT ha cambiato dal 2004 le modalità di rilevazione degli indici, avviando una nuova analisi del trend con i nuovi dati.

Per quanto concerne la Provincia di Piacenza, i dati evidenziano che tutti i tassi (attività: forza lavoro/popolazione, occupazione: occupati/popolazione e disoccupazione: in cerca di prima occupazione/popolazione) risultano inferiori al dato regionale.

L'avvento della crisi economica ha in qualche Provincia invertito la precedente generale tendenza all'incremento dei tassi di occupazione fin dal 2008, mentre a Piacenza il dato è in calo solo dal 2010 (vedi la successiva Figura 276). Nel 2012 in tutta l'Emilia si è assistito ad una piccola



inversione di tendenza (la più consistente in provincia di Modena), contrariamente alla Romagna (con l'esclusione della provincia di Forlì-Cesena) e al dato medio regionale, anche nel 2012 complessivamente in calo. Nel 2013 il dato è nuovamente in calo quasi ovunque.

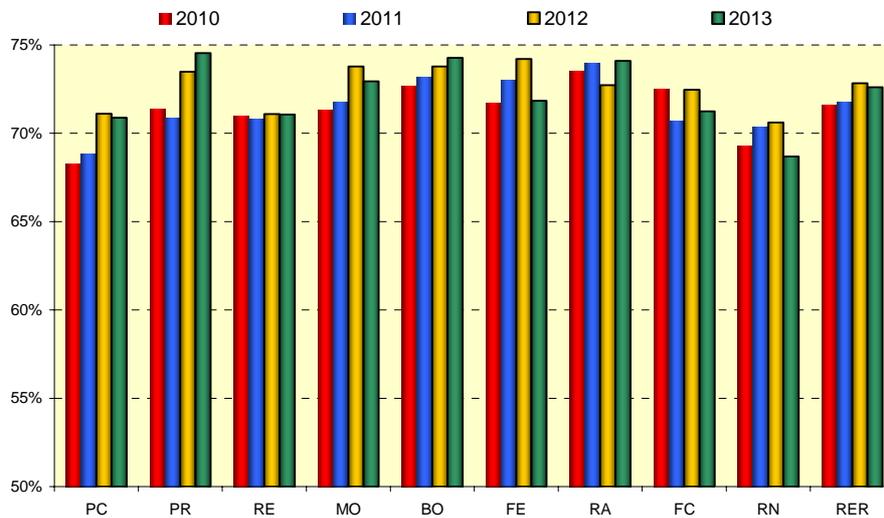


Figura 275: Tasso di attività.

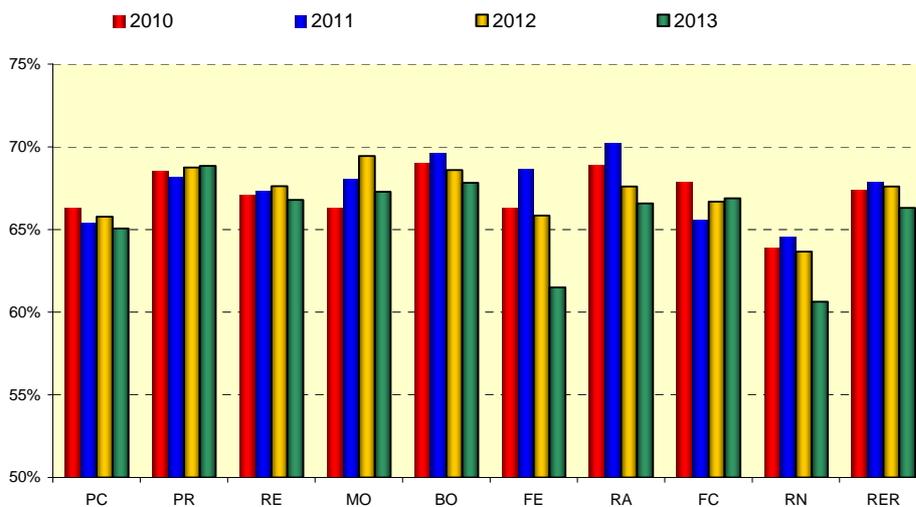


Figura 276: Tasso di occupazione.

Il tasso di disoccupazione è stato dal 2012 in ulteriore crescita più o meno consistente in tutte le Province (vedi Figura 277). A Piacenza, dove storicamente il tasso di disoccupazione era il più basso a livello regionale, il dato è passato dal 5 a quasi l'8%, in linea col dato medio regionale. La successiva Figura 278 mostra i valori di occupazione e disoccupazione in tutte le province in rapporto alla media regionale: solo Piacenza si colloca nel primo quadrante del grafico.

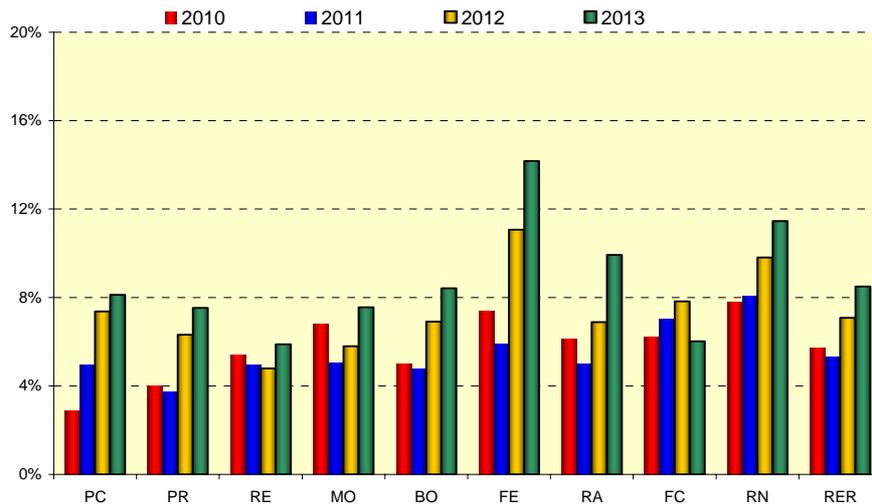


Figura 277: Tasso di disoccupazione.

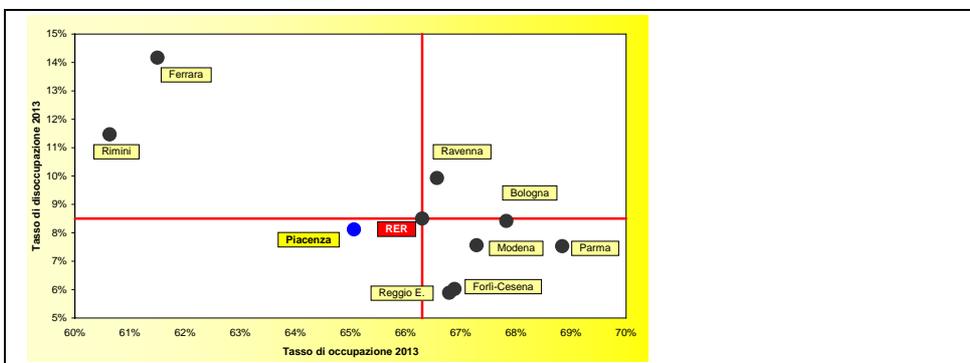


Figura 278: Tasso di occupazione e disoccupazione.

Contrariamente al resto della Regione, a Piacenza i lavoratori con contratto interinale sono in calo, e si assestano su valori inferiori al 2005. La successiva Figura 279 mostra il rapporto tra lavoratori interinali e popolazione attiva nel 2011 e la variazione assoluta rispetto al 2005.

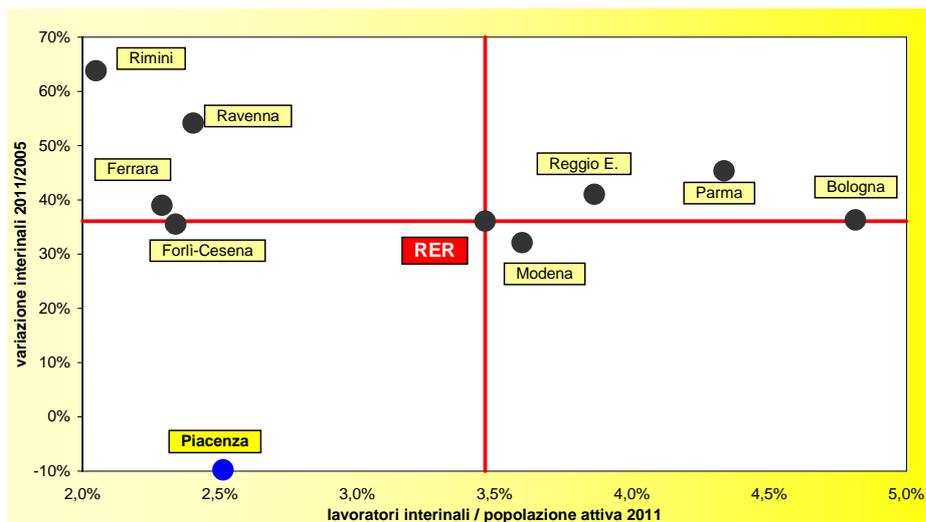


Figura 279: Lavoratori interinali e variazione.

La composizione per genere dei lavoratori interinali è rappresentata nella successiva Figura 280. Le Province di Modena, Parma, Bologna e Ferrara presentano in termini relativi il maggior numero di donne, le Province di Ravenna, Forlì-Cesena e Reggio Emilia la percentuale più alta di



uomini. A Piacenza gli uomini sono il 55% del totale.

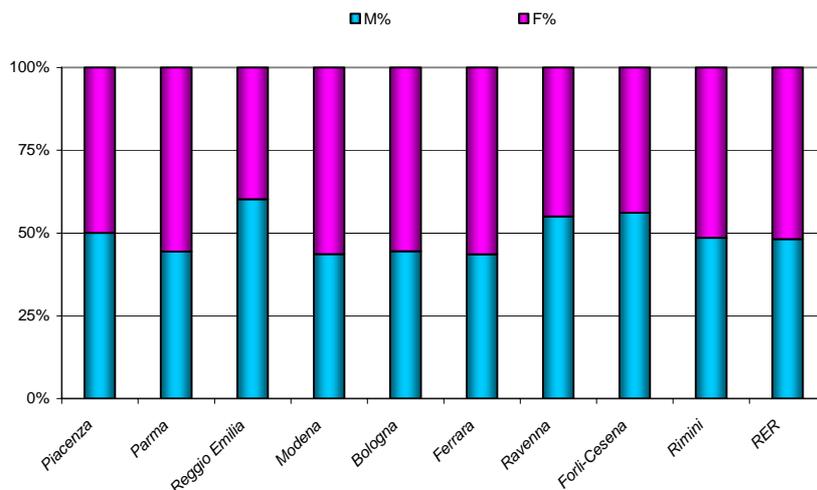


Figura 280: Composizione lavoratori interinali per genere.

I lavoratori extracomunitari (l'ultimo dato disponibile è relativo al 2012) rappresentano in Regione il 6,7% della popolazione in età lavorativa, e sono cresciuti di oltre il 35% rispetto al 2006 (vedi Figura 281). Nel 2012 Piacenza presenta il terzo rapporto più alto tra lavoratori stranieri e popolazione attiva (7,2%), ma la crescita più alta della Regione (+149% rispetto al 2006).

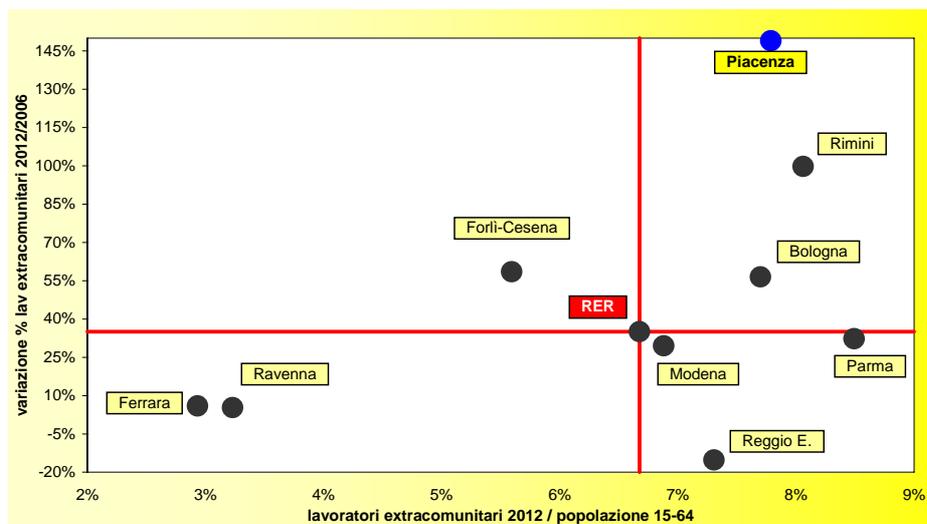


Figura 281: Lavoratori extracomunitari su popolazione attiva.

La successiva Figura 282 rappresenta in valore assoluto la presenza di lavoratori extracomunitari nelle diverse Province della Regione, nel 2012 oltre 190.000. Per la prima volta nel 2013 il dato è in flessione in tutta l'Emilia (e in particolare a Piacenza), mentre continua a crescere in Romagna e complessivamente a livello regionale. Disaggregando l'incremento dei lavoratori extracomunitari per genere, a livello regionale l'aumento delle lavoratrici è stato di tre volte superiore a quello relativo ai lavoratori (vedi Figura 283), con situazioni molto differenziate tra le diverse realtà provinciali. La percentuale di donne sul totale dei lavoratori extracomunitari è a Piacenza stabilmente al di sotto del 40%, inferiore di circa 5 punti alla media regionale (vedi Figura 284).

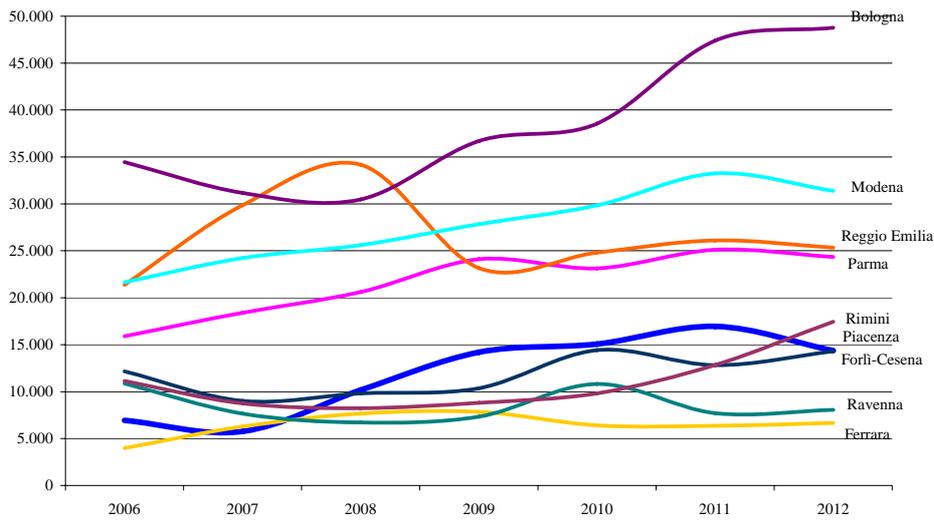


Figura 282: Trend lavoratori extracomunitari.

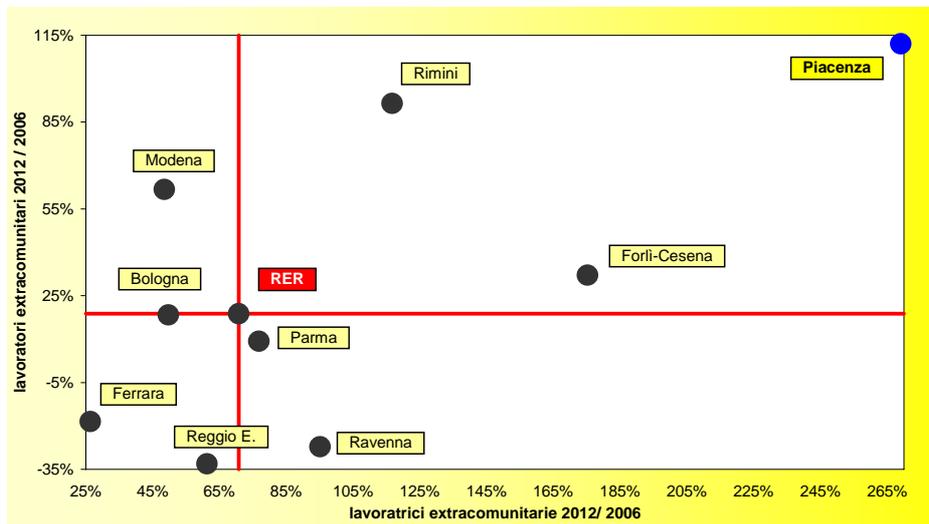


Figura 283: Andamento lavoratori extracomunitari per genere.

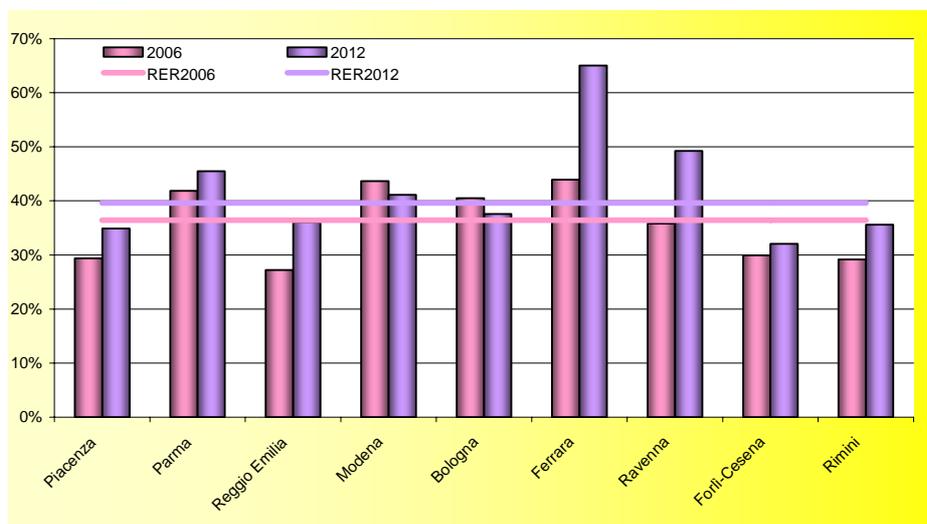


Figura 284: % lavoratrici extracomunitarie.



La maggior parte della popolazione lavorativa è occupata nel terziario. La Figura 285 mostra l'andamento degli occupati per settore in Provincia (in migliaia di unità) e la Figura 286 il confronto con le altre Province in termini percentuali.

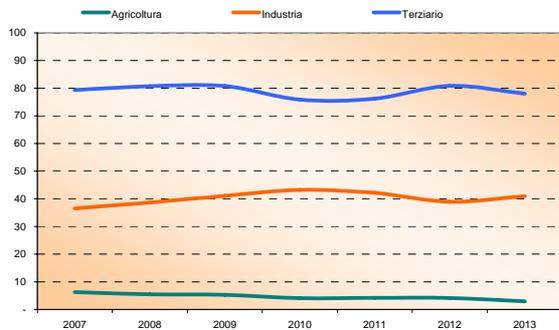


Figura 285: Trend occupati per settore, Provincia di Piacenza.

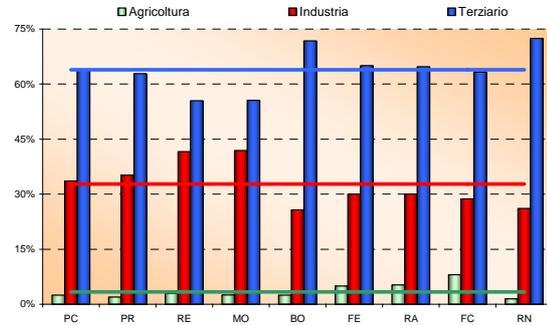


Figura 286: % occupati per settore.

Il reddito pro capite (vedi Figura 287) è leggermente inferiore a quello regionale (€ 20.500 contro € 21.700), con una tendenza ad una ridotta spesa pro capite per consumi familiari (€ 17.800 contro € 18.800).

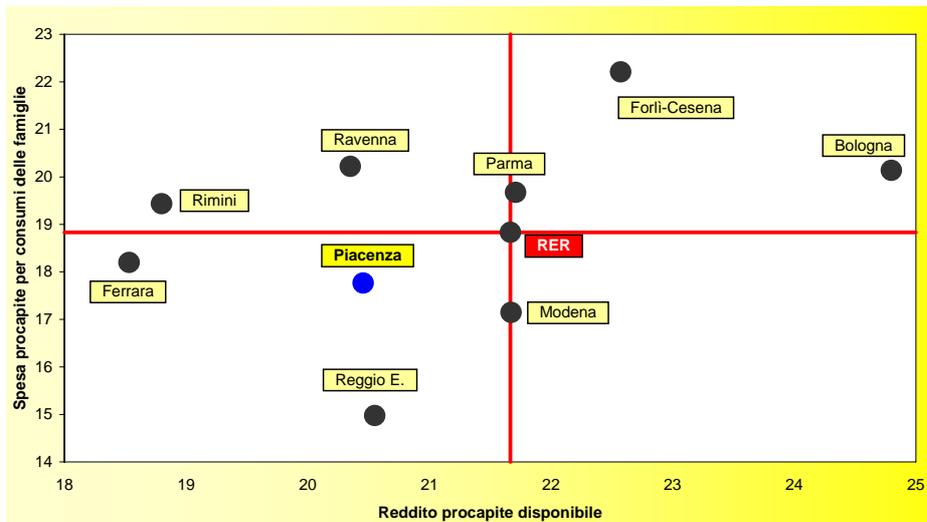


Figura 287: Reddito medio e consumi pro capite delle famiglie.

Dal 2006 il reddito disponibile è cresciuto in maniera inferiore alla media regionale, leggermente superiori i consumi (vedi Figura 288).

Dal 2009 si è registrato una leggera flessione in tutta la regione del reddito disponibile, in leggera ripresa nel 2011, confermatasi nei due anni successivi. In relazione invece alla spesa per consumi finali, alla flessione del 2009 è corrisposta una crescita fin dal 2010, che si è fermata nel 2012 per poi risalire leggermente nel 2013. L'andamento dei due indici a Piacenza e a livello medio regionale è illustrato nella successiva Figura 289.

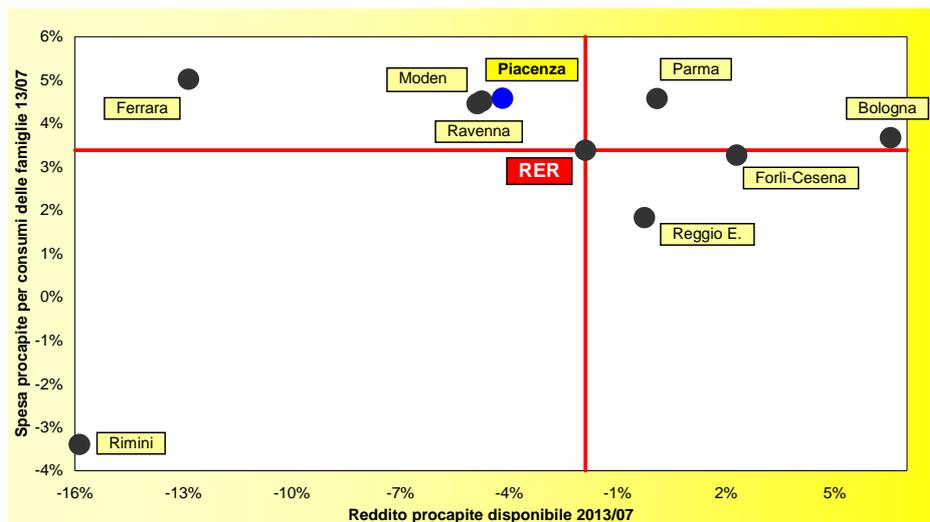


Figura 288: Variazione % reddito medio e consumi delle famiglie.

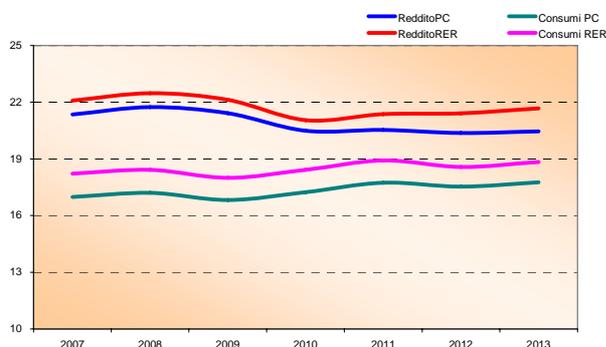


Figura 289: trend reddito e consumi, Piacenza e media regionale.

Osservazioni epidemiologiche

I dati di mortalità costituiscono, anche se in modo indiretto, un importante fonte di conoscenza dello stato di salute della popolazione. Da questi dati si possono infatti ottenere informazioni per comprendere l'origine e l'andamento di determinate patologie nella popolazione, per predisporre interventi mirati a ridurre la mortalità per quelle cause che oggi sono ritenute prevenibili e, ancora, possono essere utilizzate per la programmazione di quei servizi di assistenza e prevenzione per le patologie più frequentemente riscontrate. Come si evince dalle figure che seguono (vedi Figura 290 e Figura 291), il tasso standardizzato di mortalità 2011 (ultimo anno disponibile) per tutte le cause della nostra Provincia è significativamente superiore alla media regionale, sia in relazione alla popolazione maschile che, in misura molto minore, in relazione alla popolazione femminile. Se si analizzano le diverse cause di morte, nella Provincia di Piacenza, così come in Regione Emilia Romagna, le principali cause sia per i maschi che per le femmine sono: malattie cardiovascolari, tumori, traumatismi ed avvelenamenti, malattie dell'apparato respiratorio e malattie dell'apparato digerente, i cui tassi specifici influenzano quindi il dato di mortalità generale.

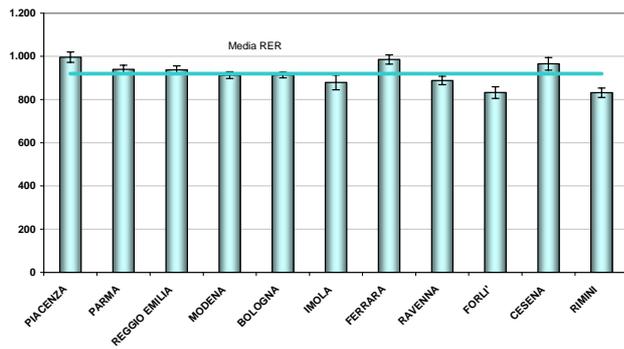


Figura 290: Mortalità per tutte le cause maschi.

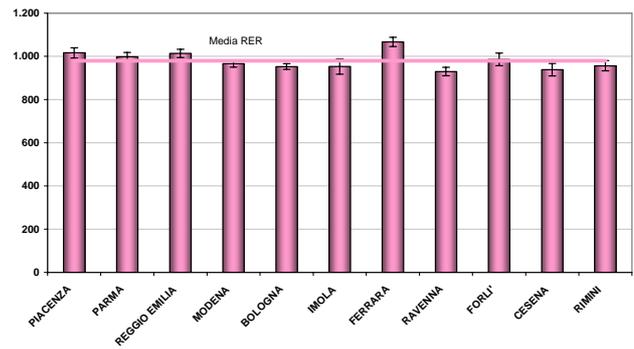


Figura 291: Mortalità per tutte le cause femmine.

Per la maggior parte delle cause di morte (vedi da Figura 292 a Figura 304), se si confrontano i tassi standardizzati, si può osservare che non sussistono differenze significative di mortalità fra la Provincia di Piacenza e la Regione, con l'esclusione della mortalità per tumore tra gli uomini.

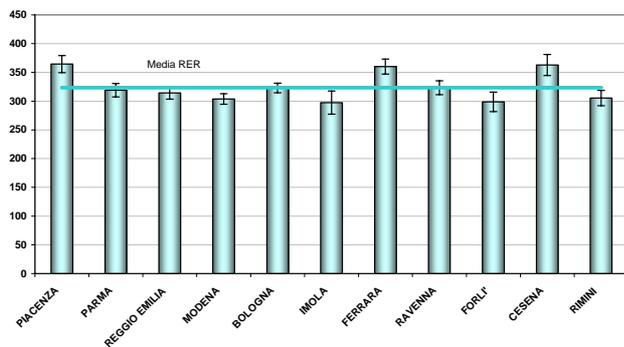


Figura 292: Mortalità per tumore M.

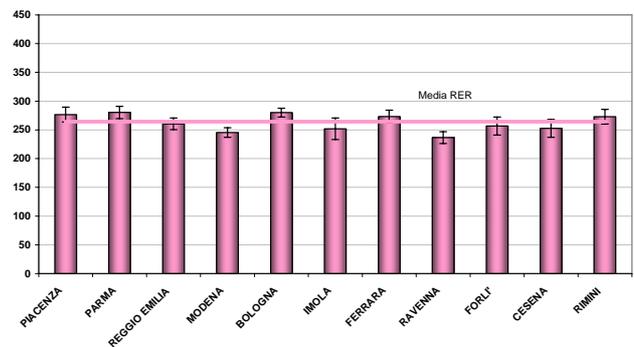


Figura 293: Mortalità per tumore F.

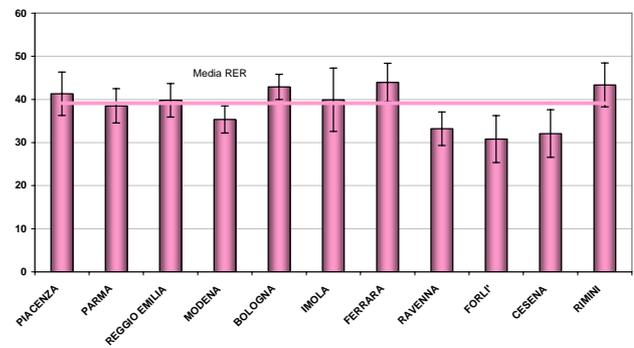


Figura 294: Mortalità per tumore mammella F.

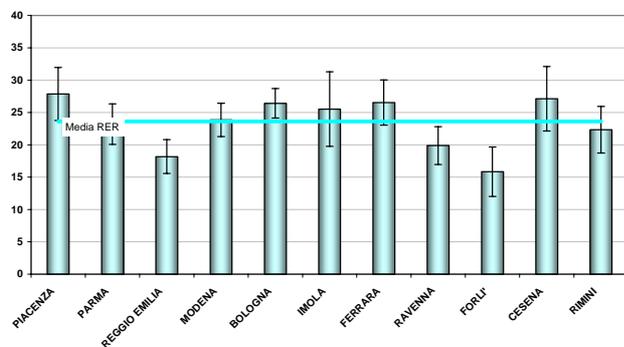


Figura 295: Mortalità per tumore colon retto M.

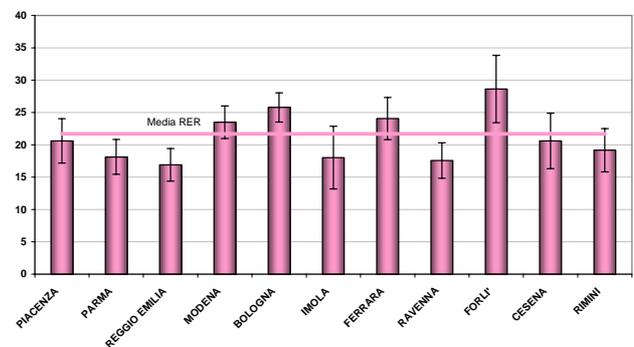


Figura 296: Mortalità per tumore colon retto F.

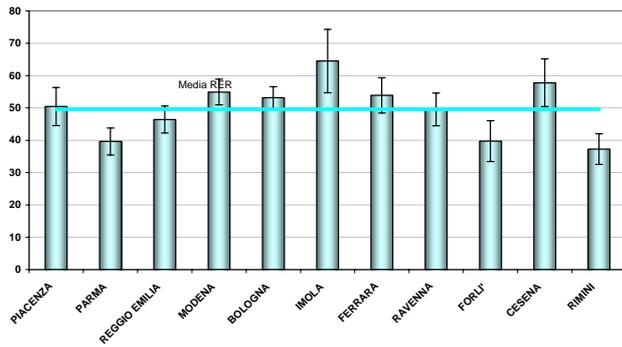


Figura 297: Mortalità per trauma ed avvelenamenti M.

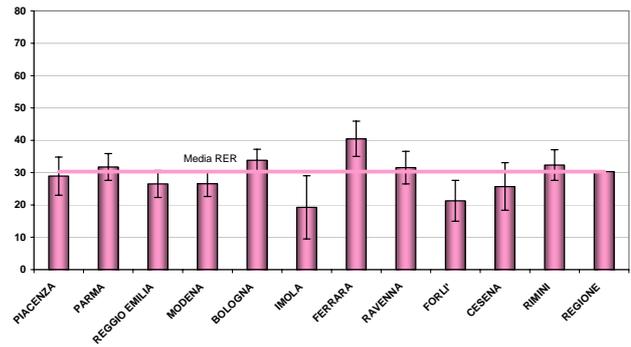


Figura 298: Mortalità per trauma ed avvelenamenti F.

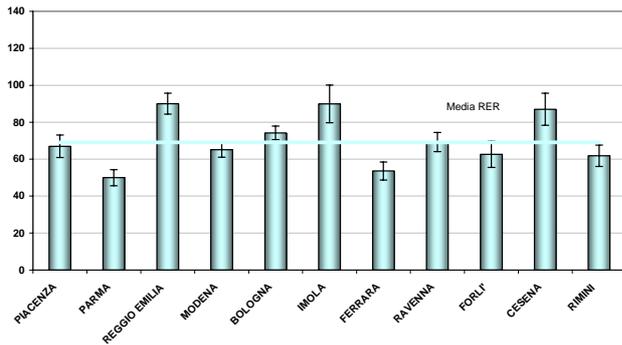


Figura 299: Mortalità per malattie app. respiratorio M.

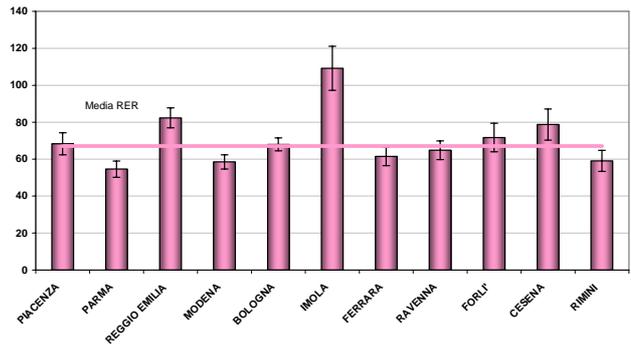


Figura 300: Mortalità per malattie app. respiratorio F.

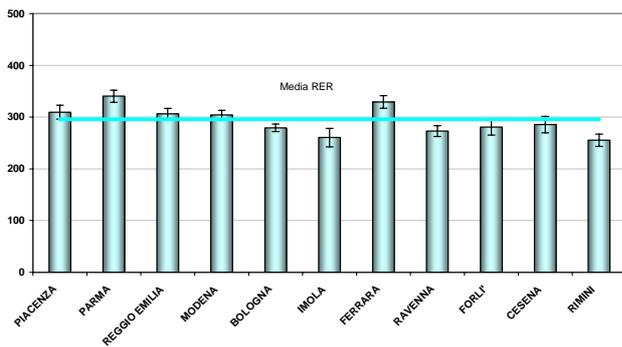


Figura 301: Mortalità per malattie sist. circolatorio M.

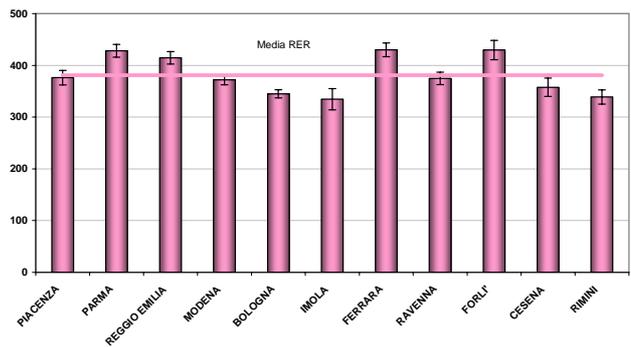


Figura 302: Mortalità per malattie sist. circolatorio F.

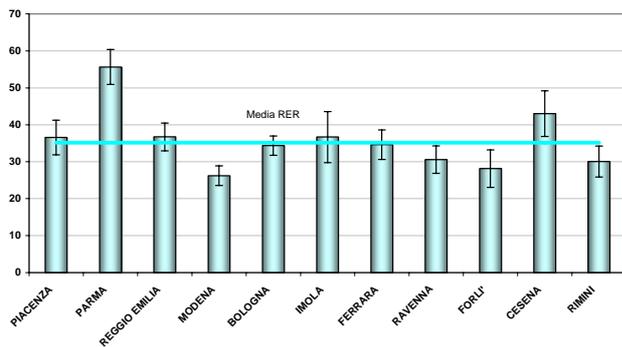


Figura 303: Mortalità per malattie app. digerente M.

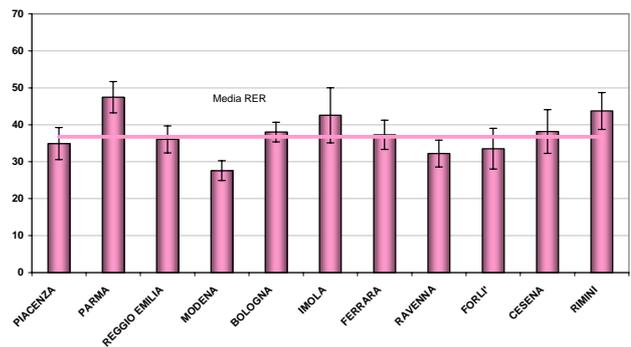


Figura 304: Mortalità per malattie app. digerente F.

Un altro indicatore che viene utilizzato per l'analisi della mortalità è il calcolo degli anni di vita persi: esprime la prematurità della morte e misura la quantità di anni potenzialmente persi e calcolati come la differenza tra l'età di morte di ciascun individuo deceduto e un'età standard presa come riferimento. Le figure che seguono mostrano gli anni di vita persi per le principali cause di morte, calcolati su un triennio per una maggiore stabilità dei dati (ultimo disponibile il



triennio 2010-2012). In genere i valori a Piacenza sono inferiori alla media regionale, con la sola eccezione del tumore del colon retto per le femmine, delle malattie dell'apparato respiratorio e in misura minore dell'apparato digerente per i maschi.

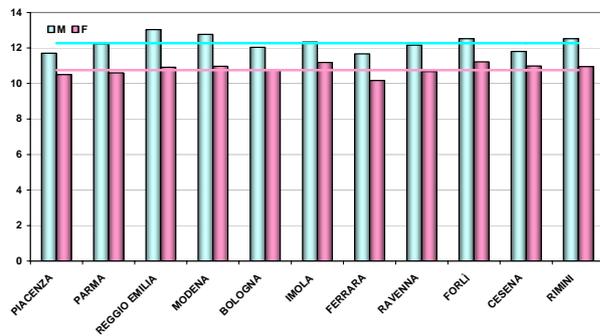


Figura 305: Anni di vita persi per mortalità generale.

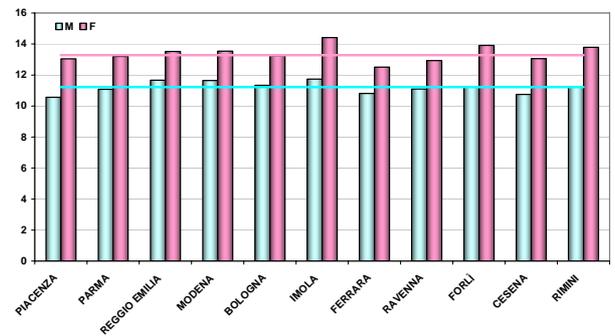


Figura 306: Anni di vita persi per tumori.

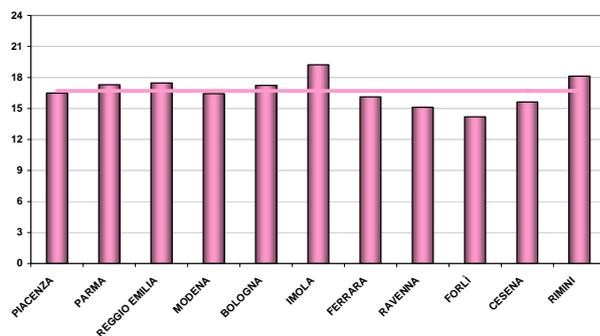


Figura 307: Anni di vita persi per tumore mammella.

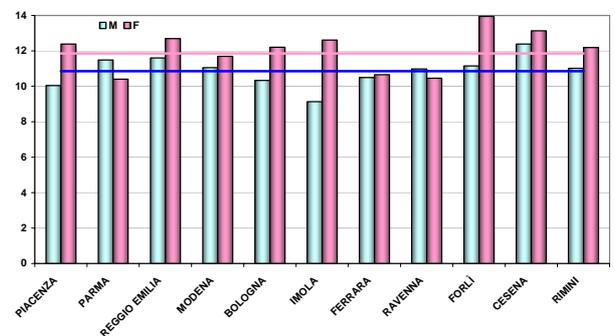


Figura 308: Anni di vita persi per tumore del colon retto 2007-09.

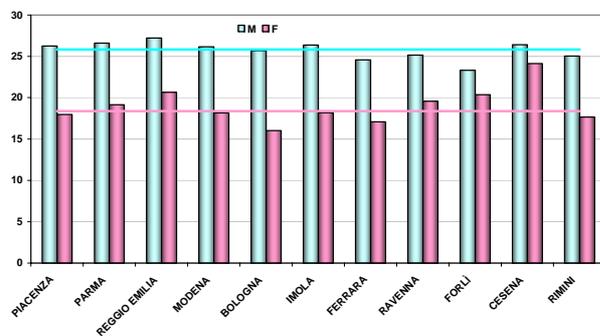


Figura 309: Anni di vita persi per traumatismi ed avvelenamenti.

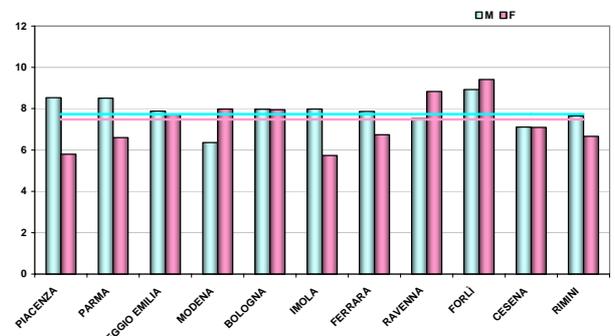


Figura 310: Anni di vita persi per malattie apparato respiratorio.

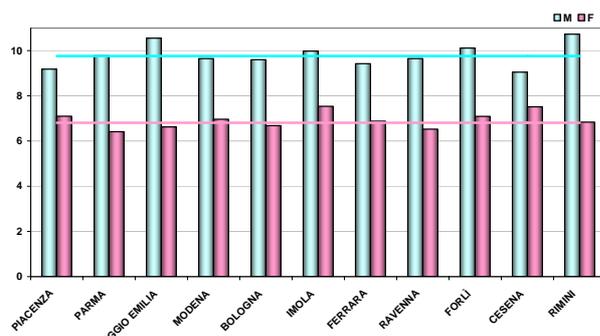


Figura 311: Anni di vita persi per mal sist circolatorio.

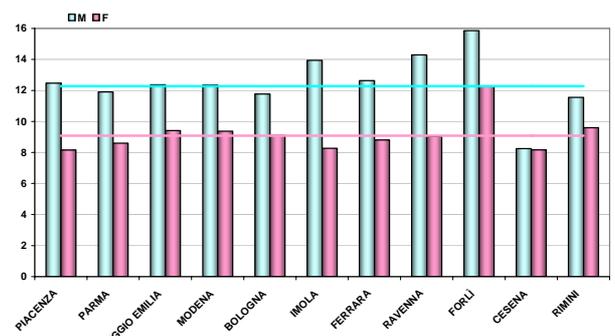


Figura 312: Anni di vita persi per malattie apparato digerente.



L'impatto delle malattie infettive è ancora importante in termini di morbosità mentre la mortalità è nettamente diminuita. Le malattie più frequenti sono sicuramente ancora quelle dell'infanzia ma quelle a maggior impatto, soprattutto nell'adulto, sono la tubercolosi e l'AIDS.

La tubercolosi è una patologia la cui frequenza è diminuita in modo costante dall'inizio del secolo fino agli anni '80 ed è rimasta stabile fino all'inizio degli anni '90, periodo in cui si è evidenziato una tendenza all'aumento. L'incidenza nelle diverse province tra il 2007 e il 2012, calcolata biennale per una maggiore stabilità, è illustrata nella successiva Figura 313.

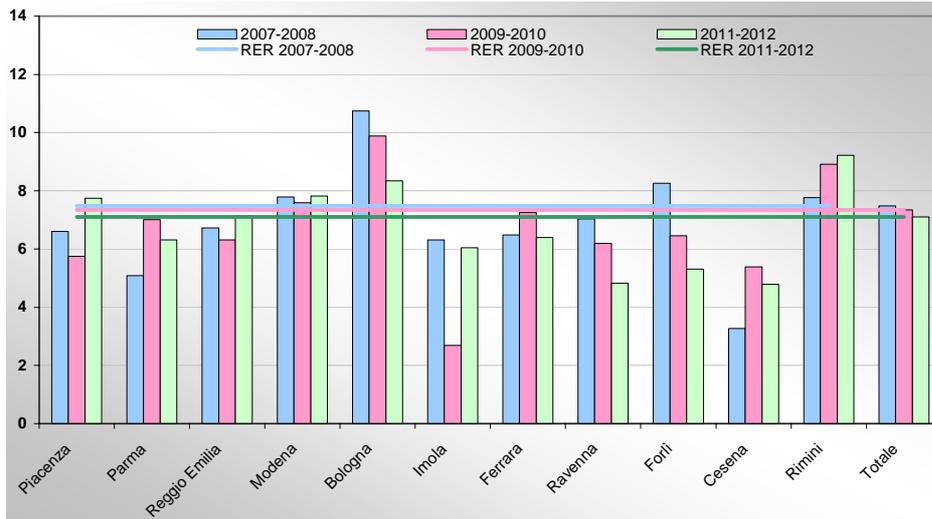


Figura 313: Incidenza TBC.

Per quanto concerne l'AIDS, i dati relativi alla prevalenza (vedi Figura 314) indicano sia un andamento che un valore in linea con la media regionale: nel 2012 il tasso di prevalenza provinciale era pari a 42 per 100.000 abitanti e quello regionale pari a 40 per 100.000 abitanti. I dati relativi all'incidenza (sempre calcolata biennale per una maggiore stabilità) mostrano con tassi molto differenziati tra le Province; Piacenza risulta poco al di sopra della media regionale (vedi Figura 315) e in costante calo dal 2007.

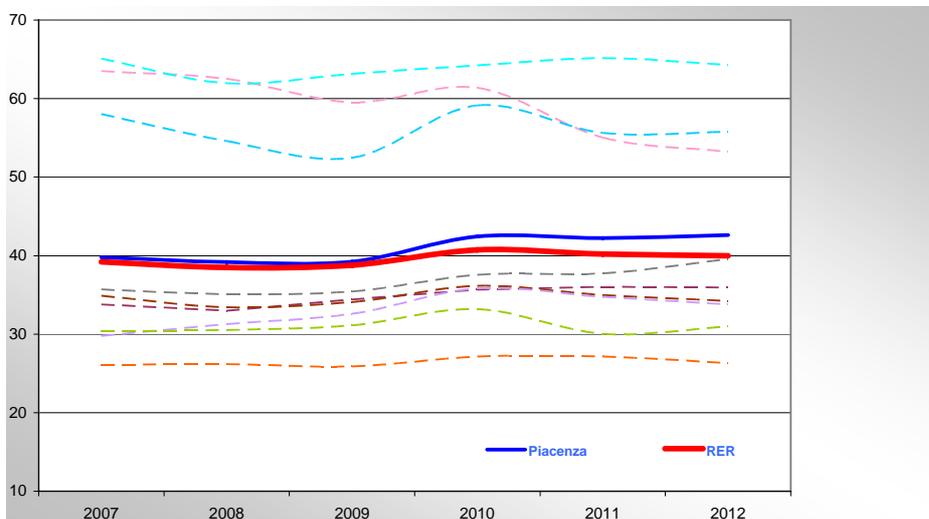


Figura 314: Prevalenza AIDS.

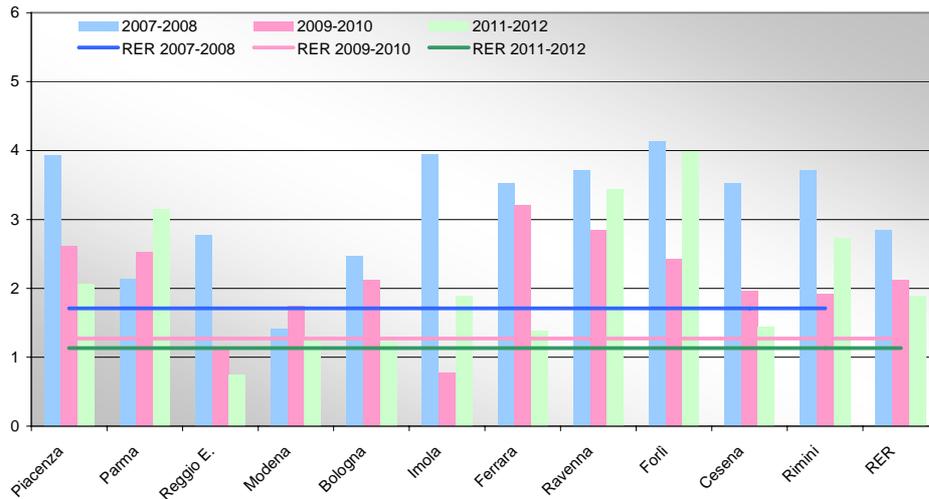


Figura 315: Incidenza AIDS.

Stili di vita

Dal 2007, nella nostra Azienda come a livello regionale e nazionale, è stato avviato il sistema di sorveglianza “Passi” finalizzato al monitoraggio continuo di abitudini e stili di vita. Dai dati relativi al triennio 2010-2013 (confrontati con i dati regionali e la precedente rilevazione 2008-2011), emerge che in Provincia di Piacenza:

- la percentuale di obesi è inferiore rispetto a quella regionale (9 % contro 11%), il valore rimane invariato rispetto al dato precedentemente disponibile (9,1% contro 11,4%);
- la percentuale delle persone sedentarie (quelle che non effettuano un lavoro pesante e praticano attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato), invece, è sovrapponibile alla percentuale regionale (22% contro 21%). Il valore risulta essere sovrapponibile al dato precedente (21,8% contro 21,5%);
- il 38% della popolazione aderisce alle linee guida sull'attività fisica contro il 37% della popolazione regionale, in misura maggiore rispetto alla precedente rilevazione (35% contro 31,6%);
- i fumatori, invece, sono in percentuale maggiore (31% contro 29%), dato invariato rispetto alla precedente rilevazione (31,5% contro 29,3%), Come a livello regionale, i fumatori sono in maggioranza maschi (38%, contro 23% regionale e in diminuzione rispetto ai precedenti 37,4% e 33%).

Per quanto riguarda infine il consumo di alcol, viene monitorato il dato relativo ai consumatori a rischio (nuova classificazione INRAN). I bevitori a rischio comprendono i “forti bevitori” (>2 unità alcoliche per gli uomini e >1 unità per le donne al giorno), i bevitori “binge” (6 o più unità alcoliche in un'unica occasione almeno una volta al mese), e i bevitori “fuori pasto”. La percentuale di bevitori a rischio nel nostro territorio è superiore a quella regionale (24% contro 21%).



Sicurezza

Incidenti stradali

Gli incidenti stradali costituiscono uno dei maggiori fenomeni che hanno impatto sulla morbosità e sulla mortalità della popolazione. La Regione Emilia Romagna e in particolare Piacenza presentano, sia per loro rilevanza come nodo stradale tra il nord ed il centro del paese sia per l'intensa attività economica che induce una elevata mobilità, una incidentalità rilevante. Il numero degli incidenti, sia in Provincia che in Regione, tende dal 1980 a rimanere costante nel tempo e negli ultimi dieci anni presenta un trend in riduzione, il numero dei morti sembra evidenziare un trend in diminuzione (la notevole variabilità del dato provinciale è soprattutto legata al fenomeno di una ridotta popolazione), il numero dei feriti, strettamente correlato a quello degli incidenti, tende anch'esso a calare (vedi Figura 316). La successiva Figura 317 mostra, sempre attraverso numeri indice con base 2005, i diversi indicatori relativi agli incidenti stradali: rapporto di pericolosità (morti/morti e feriti), rapporto di mortalità (morti/incidenti), e rapporto di lesività (feriti/incidenti).

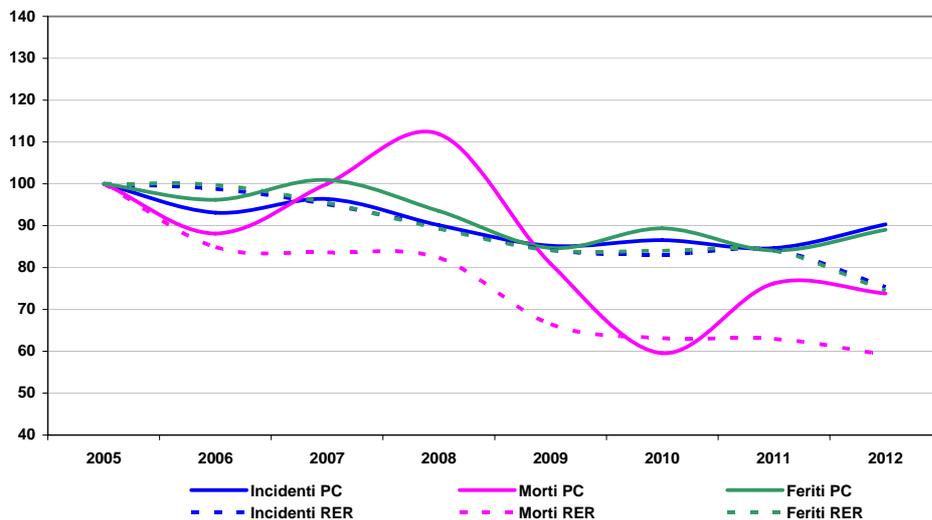


Figura 316: Numeri indice incidenti stradali.

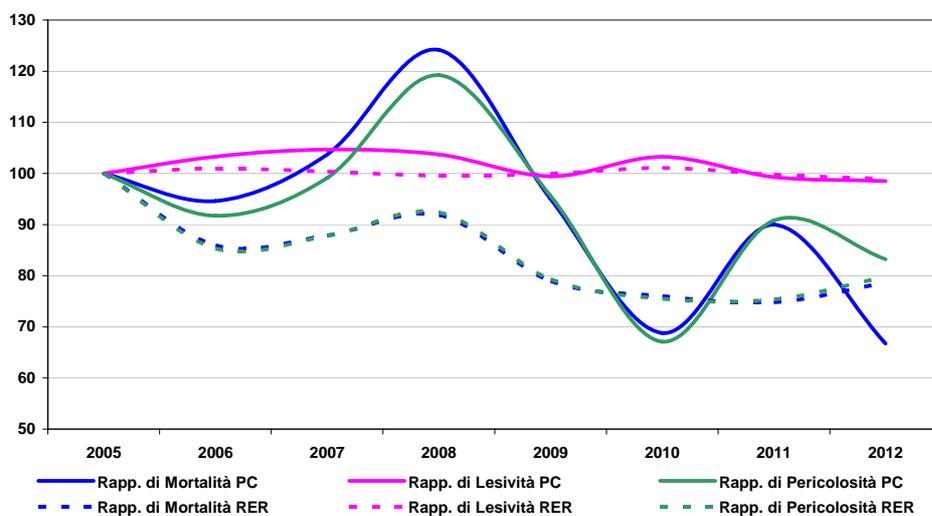


Figura 317: Numeri indice indicatori relativi agli incidenti stradali.



In valore assoluto nel 2011 il rapporto di mortalità è stato superiore alla media regionale, mentre rapporto di pericolosità è stato inferiore (vedi la successiva Figura 318).

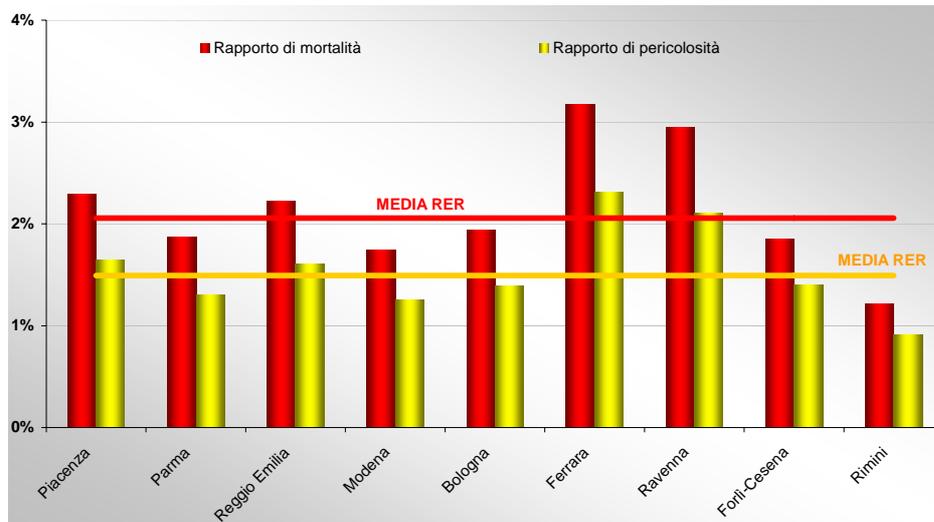


Figura 318: Confronto RER indicatori relativi agli incidenti stradali.

Infortunati

L'andamento complessivo degli infortuni sul lavoro, espresso come tasso per 100 addetti, nella nostra Provincia come a livello regionale, mostra un trend in diminuzione fin dal 2000. Per il dato grezzo è disponibile anche un confronto con il dato medio nazionale (vedi Figura 319), mentre per il dato standardizzato sono possibili confronti solo all'interno della Regione (vedi Figura 320). Il dato regionale, anche se grezzo, è molto superiore al dato nazionale, sia per lo specifico tessuto produttivo rispetto alla realtà media nazionale, sia per una più puntuale attività di denuncia.

Il tasso standardizzato a Piacenza è sempre inferiore al dato medio regionale, anche se con scarti sempre più ridotti. Anche nel 2012, ultimo dato disponibile, si è verificato un ulteriore calo sia a livello regionale che ancora più marcato a livello locale.



Figura 319: Infortunati indennizzati per 100 addetti (tasso grezzo).

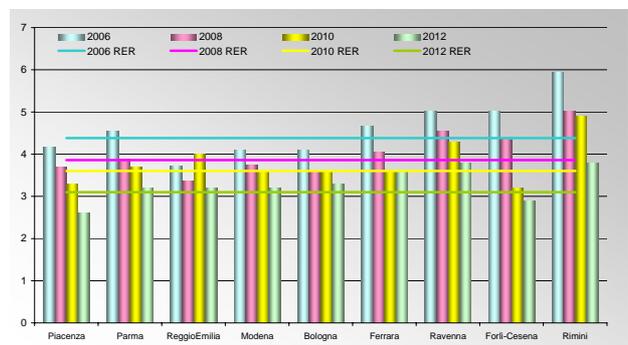


Figura 320: Infortunati indennizzati per 100 addetti (tasso standardizzato).





Appendice 2: Mappe delle sedi erogative

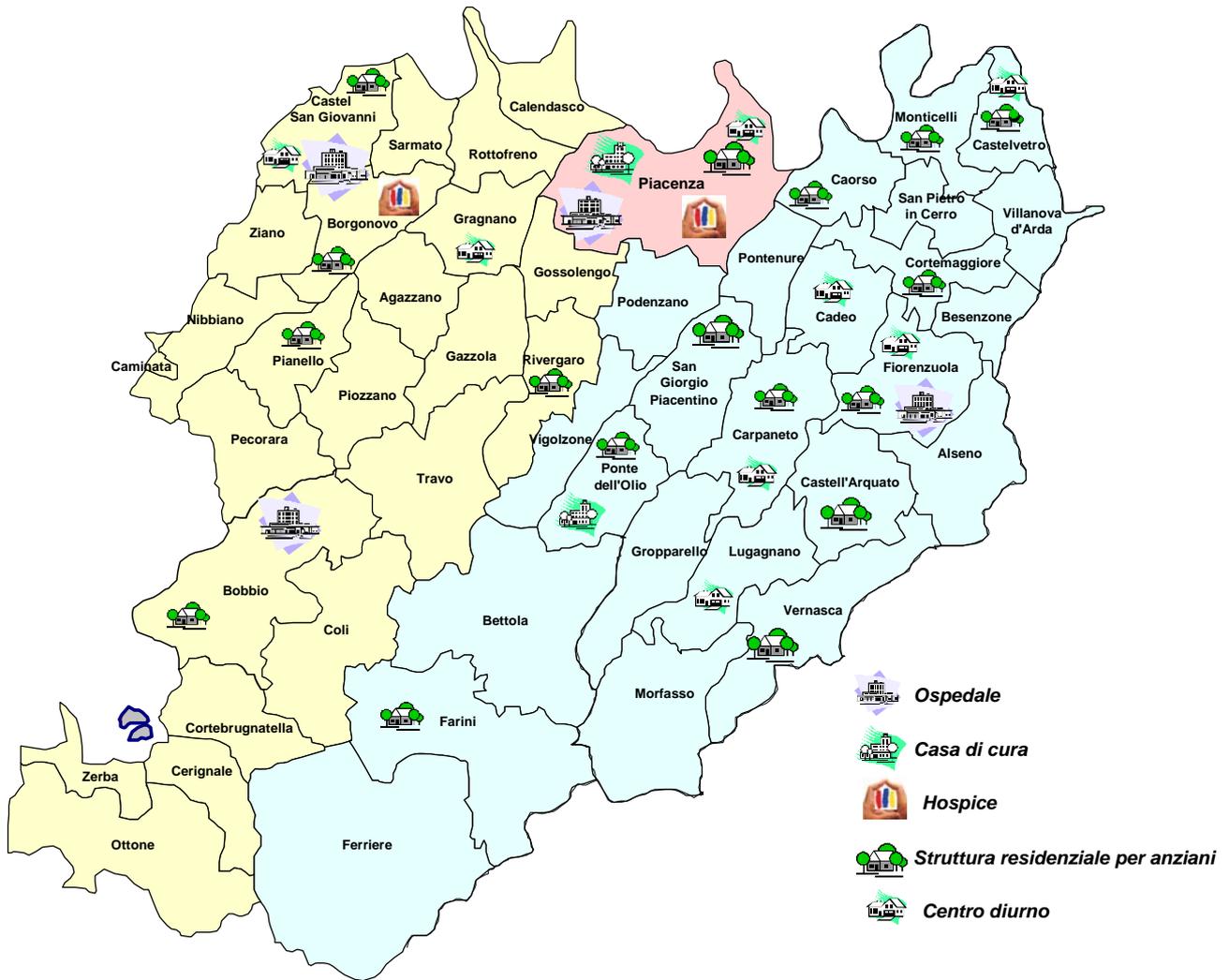


Figura 321: Offerta territoriale – 1.



Figura 322: Offerta territoriale – 2.



Figura 323: Offerta territoriale – 3.



Figura 324: Offerta territoriale – 4.





Appendice 3: Qualità dell'assistenza

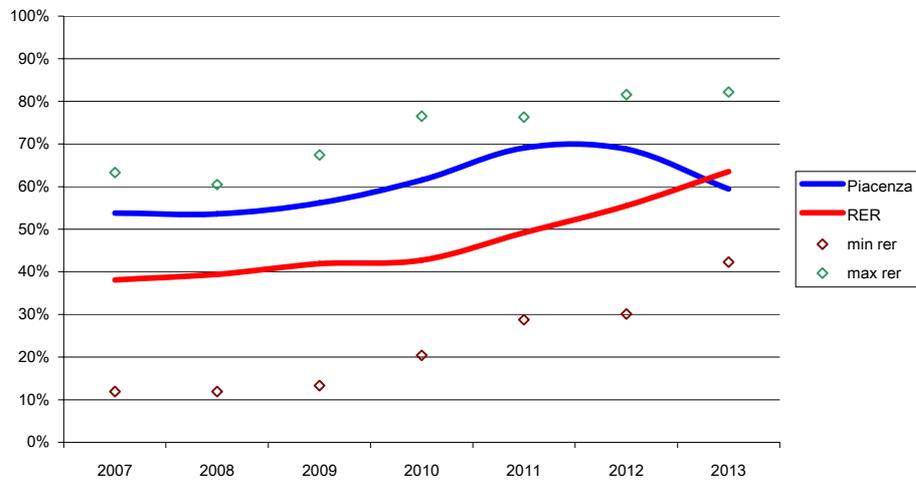


Figura 325: Proporzioe di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero.

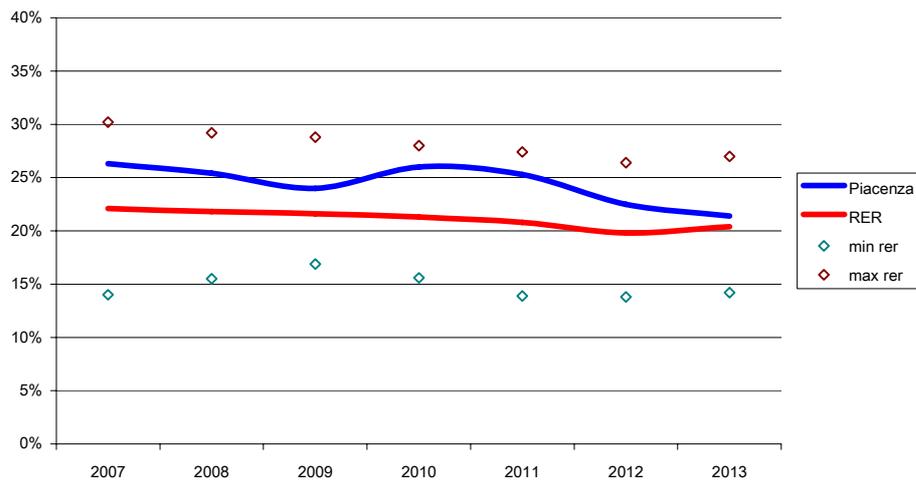


Figura 326: Proporzioe di parti con taglio cesareo primario.

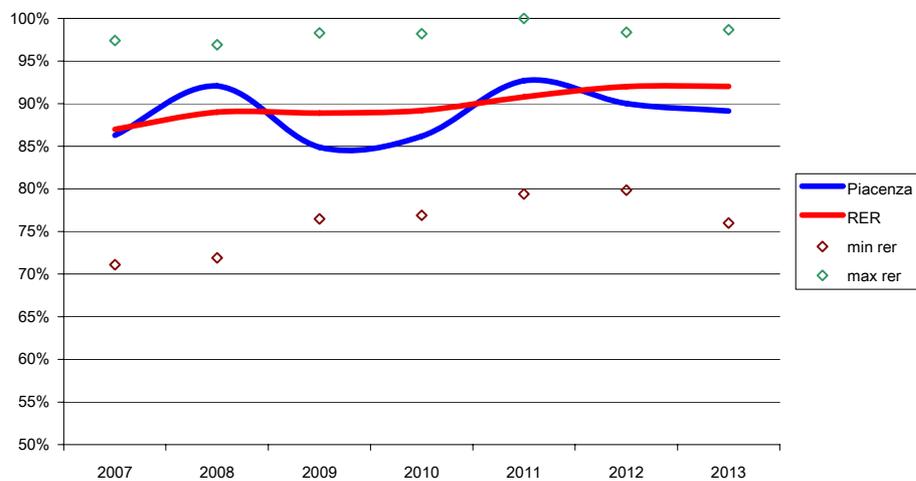


Figura 327: Proporzioe di interventi di colecistectomia laparoscopica.

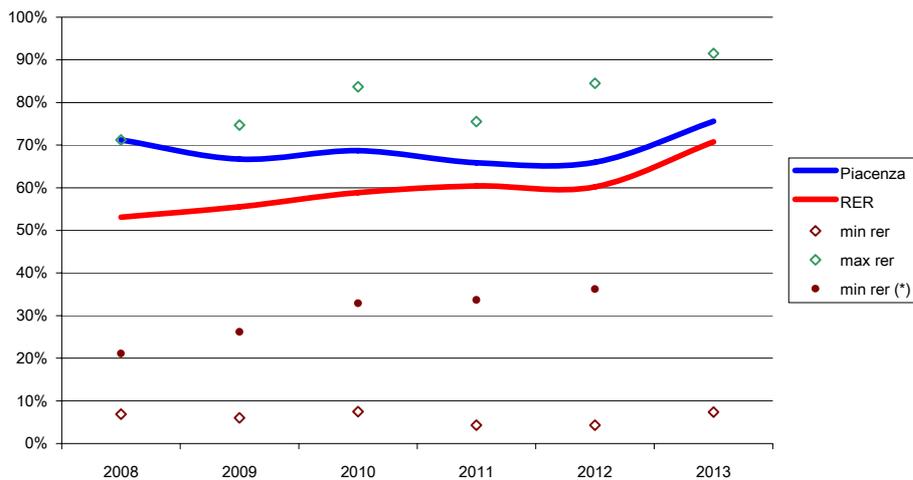


Figura 328: Proporzione di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI per singola azienda di ricovero. (*) = Proporzione di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti (per Provincia di ricovero11).

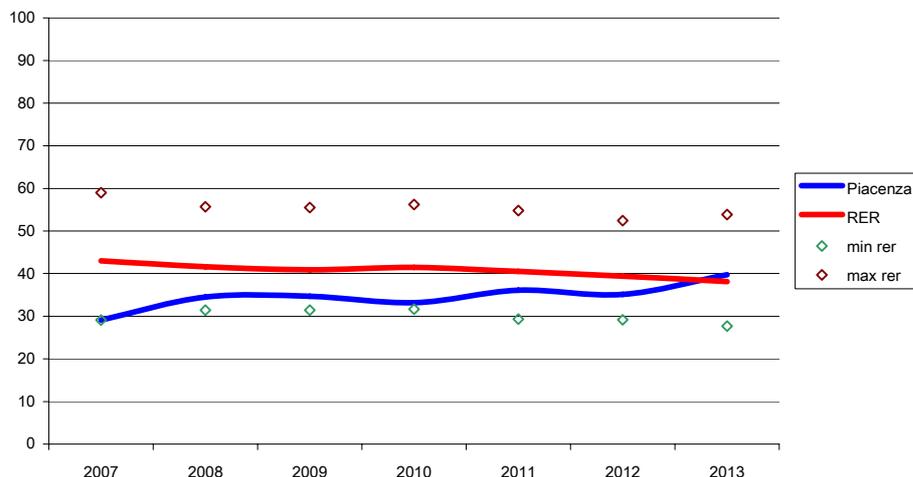


Figura 329: Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio*10.000 residenti.

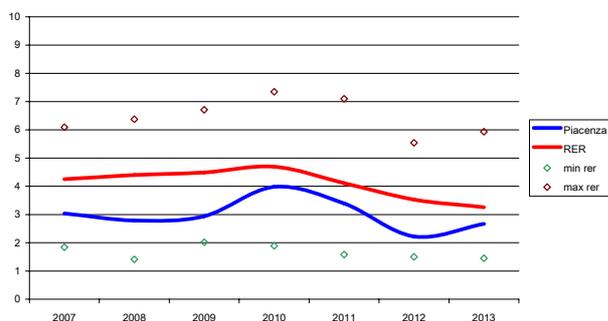


Figura 330: Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a breve termine in pazienti diabetici *10.000 residenti.

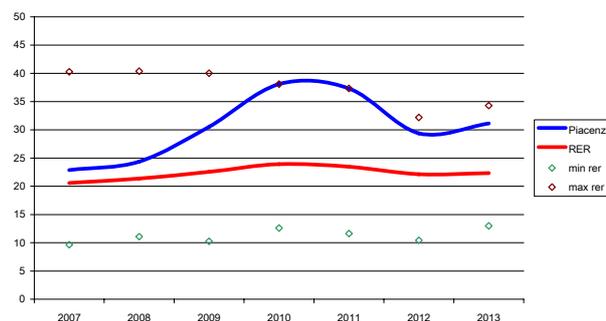


Figura 331: Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici *10.000 residenti.

¹¹ La scarsa numerosità dei casi in Aziende con la presenza anche di un'Azienda ospedaliero-universitaria nel territorio di riferimento, dove afferiscono la maggior parte dei casi più gravi, ci ha fatto scegliere di presentare l'indicatore anche sommando a livello provinciale la casistica complessiva, che contribuisce a ridurre la variabilità. Non è stato possibile elaborare tale dato per il 2013.

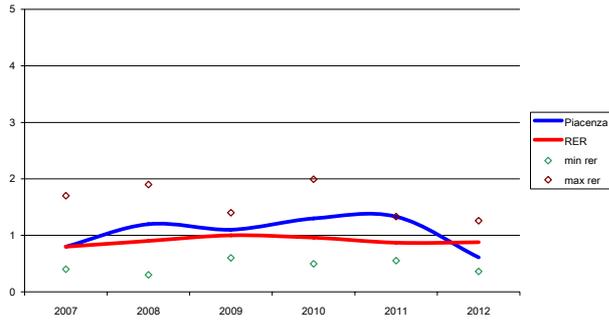


Figura 332: Tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici*10.000 residenti.

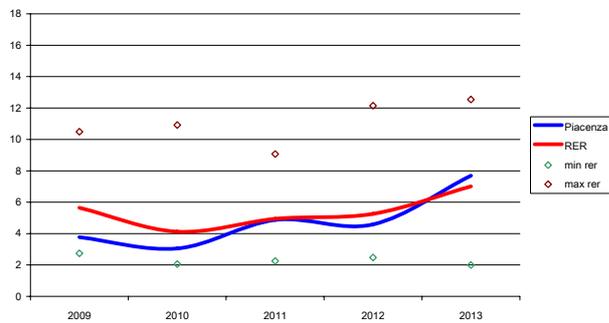


Figura 333: Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani (> 65 anni)*10.000 residenti.

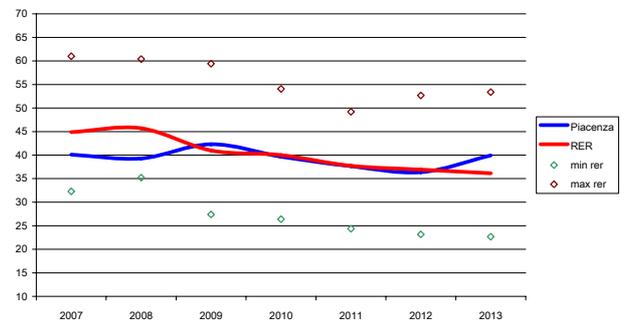


Figura 334: Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili (asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari)*10.000 residenti.

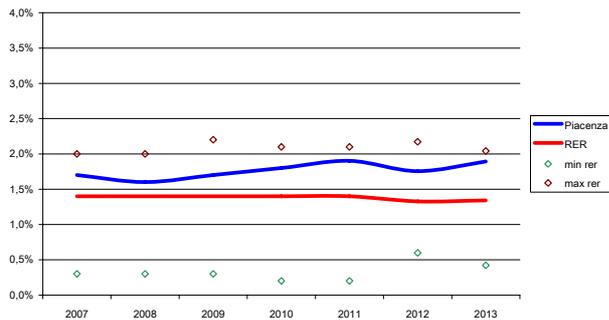


Figura 335: Proporzione di ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione.

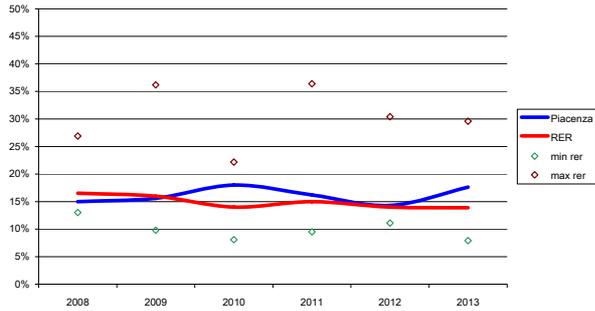


Figura 336: Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI. Per Azienda sanitaria di ricovero.

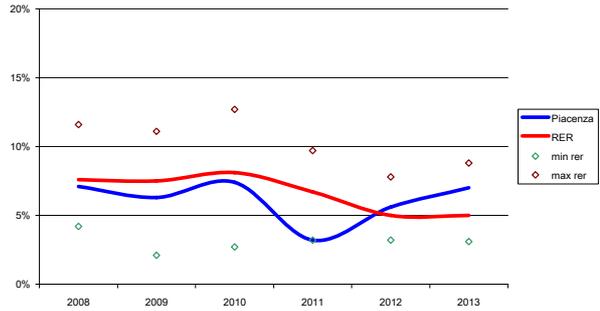


Figura 337: Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI. Per Azienda sanitaria di ricovero.

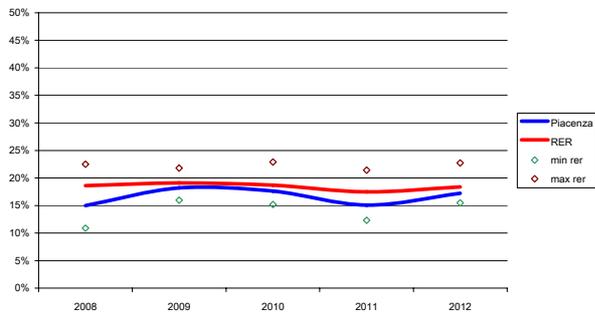


Figura 338: Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di ICTUS. Per Azienda sanitaria di residenza.

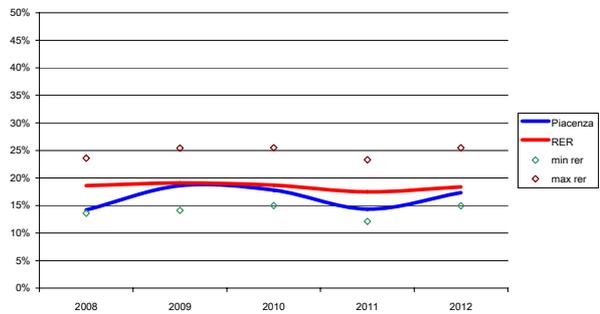


Figura 339: Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di ICTUS. Per Azienda sanitaria di ricovero.



Appendice 4: La “carta di identità” del personale

Tipologia Contrattuale	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dipendenti	3.563	3.600	3.639	3.658	3.657	3.649
Convenzionati	393	391	402	399	404	390
Altro	102	119	100	83	80	73
TOTALE	4.058	4.110	4.141	4.140	4.141	4.112

Tabella 16: Personale per tipologia.

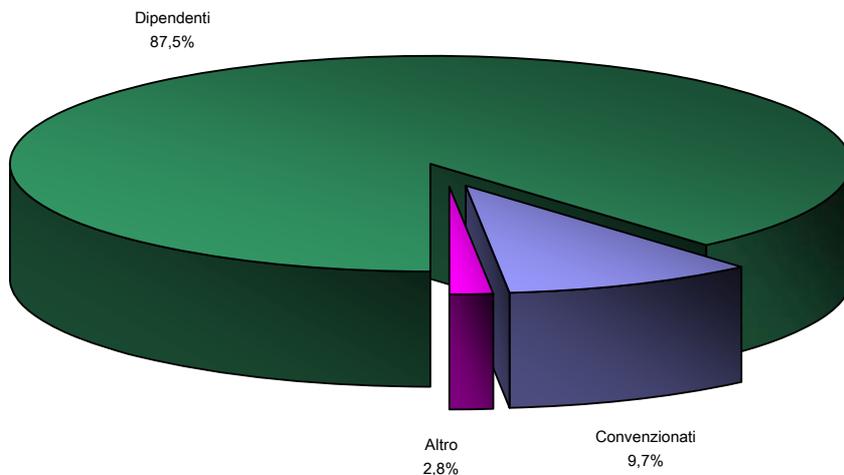


Figura 340: Composizione del personale.

Assunzioni	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-2013
Tempo Indeterminato	96	144	133	101	79	47	600
Tempo determinato (compreso art. 15)	39	58	67	60	75	76	375
Mobilità da altre Aziende	15	13	13	18	21	0	80
Categorie protette	0	0	0	0	0	0	0
Incarichi straordinari annuali	22	3	2	3	0	7	37
Totale assunzioni	172	218	215	182	175	130	1092

Cessazioni	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-2013
Pensionamenti	73	54	93	59	77	37	393
Dimissioni volontarie:							
- Tempo indeterminato	16	26	20	40	30	8	140
- Tempo determinato	24	47	17	8	29	15	140
Fine incarico	76	14	21	15	16	42	184
Mobilità verso altre Aziende	18	37	16	31	13	18	133
Altro	5	3	9	10	11	18	56
Totale cessazioni	212	181	176	163	176	138	1046

Assunzioni-cessazioni	-40	37	39	19	-1	-8	46
-----------------------	-----	----	----	----	----	----	----

Tabella 17: Movimento del personale.



Dipendenti	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Medici e veterinari	614	615	612	614	611	613
Altri dirigenti	101	103	100	101	99	99
Infermieri	1.416	1.433	1.465	1.475	1.482	1.480
OTA, OSS, Ausiliari	259	269	284	300	308	320
Tecnici sanitari	170	171	176	177	177	178
Amministrativi	347	343	339	331	326	327
Altro personale	656	666	663	660	654	632

Tabella 18: Personale dipendente per categoria.

La categoria “altro personale” comprende:

- personale di riabilitazione;
- personale di vigilanza e ispezione e di prevenzione ambiente e luoghi di lavoro;
- massofisioterapista e massaggiatore (ad esaurimento);
- assistente religioso;
- assistente sociale;
- assistente tecnico;
- collaboratore tecnico professionale;
- programmatore;
- operatore tecnico specializzato e/o esperto;
- operatore tecnico;
- assistente sanitario.

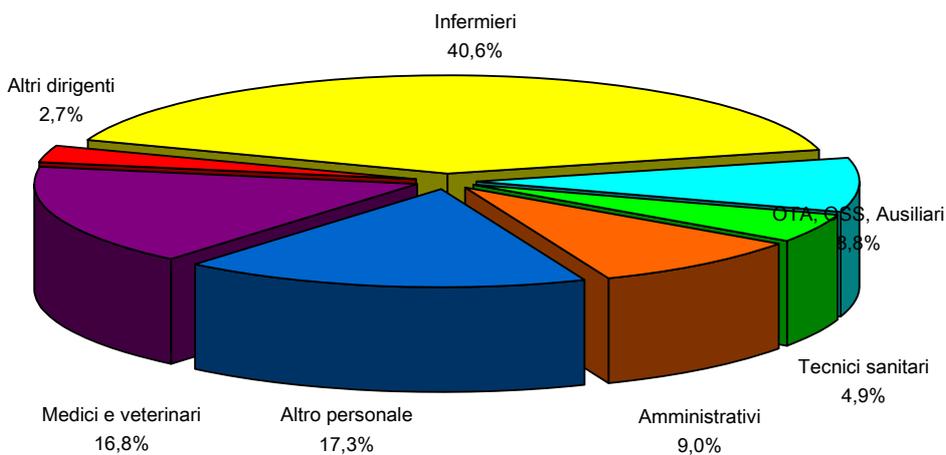


Figura 341: % personale dipendente per categoria.



Convenzionati	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MMG	213	214	213	206	202	197
PLS	33	34	33	33	34	34
Continuità assistenziale	82	79	86	89	96	90
Sumaisti e Medicina dei servizi	65	64	70	71	72	69
<i>Continuità assistenziale (pers. equivalente)</i>	<i>53,3</i>	<i>53,1</i>	<i>52,6</i>	<i>52,6</i>	<i>53,2</i>	<i>52,7</i>
<i>Sumaisti e medicina dei servizi (pers. equivalente)</i>	<i>28,0</i>	<i>29,8</i>	<i>32,5</i>	<i>33,5</i>	<i>33,7</i>	<i>33,8</i>

Tabella 19: Personale convenzionato per categoria.

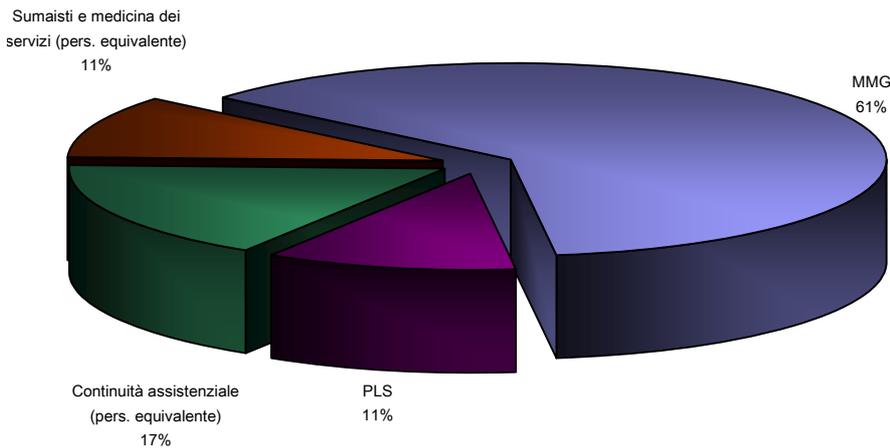


Figura 342: % personale convenzionato per categoria.

Altro personale	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Incarichi libero professionali	65	84	78	64	65	62
Co.co.co.	28	27	17	13	9	8
Borse di studio	9	8	5	6	6	3
Totali	102	119	100	83	80	73

Tabella 20: Altro personale per categoria.

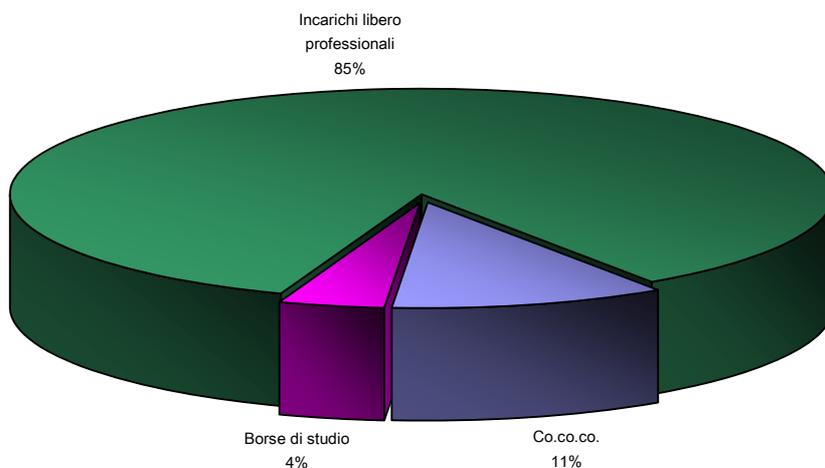


Figura 343: % altro personale per categoria.



	Ospedale						Territorio						Supporto					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Medici e veterinari	445	442	446	455	454	459	163	154	148	142	140	140	6	19	18	17	17	14
Altri dirigenti	15	11	11	11	10	11	36	36	35	37	40	40	50	56	54	53	49	48
Infermieri	1140	1136	1152	1134	1136	1129	239	257	275	270	268	271	37	40	38	71	78	80
OTA - OSS - Ausiliari	212	222	237	252	260	271	40	40	40	41	39	39	7	7	7	7	9	10
Tecnici sanitari	170	170	174	175	175	176	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2
Amministrativi	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	345	343	339	331	326	327
Altro personale	202	195	179	174	167	176	234	233	240	236	232	220	220	238	244	250	255	236

Tabella 21: Personale dipendente per livello di assistenza.

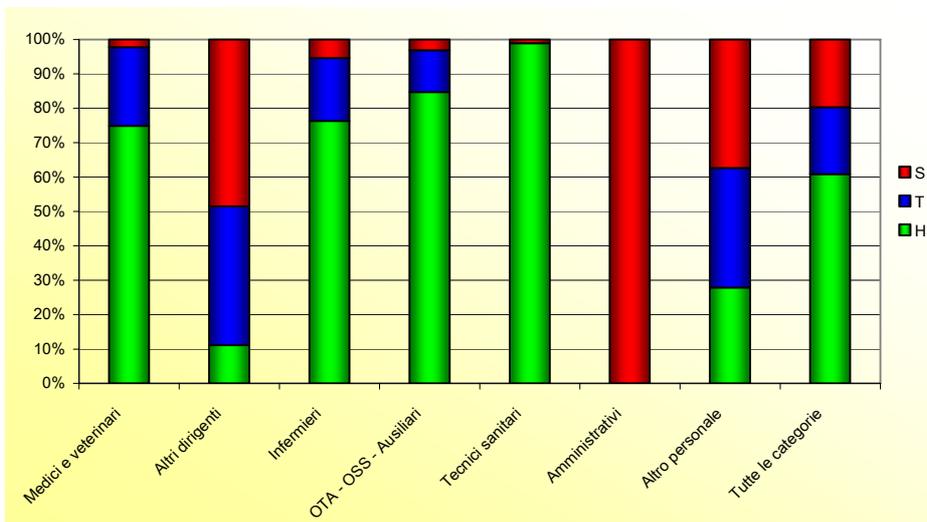


Figura 344: Distribuzione dipendenti per categoria e livello di assistenza.

	2008					2009					2010				
	<=35	36-44	45-54	55-64	65+	<=35	36-44	45-54	55-64	65+	<=35	36-44	45-54	55-64	65+
Medici e veterinari	55	122	256	173	8	60	119	240	191	5	65	121	227	197	2
Altri dirigenti	4	20	51	26	0	3	18	48	34	0	4	15	42	39	0
Infermieri	356	615	371	74	0	316	628	388	101	0	312	630	413	110	0
OTA - OSS - Ausiliari	24	83	136	16	0	20	78	146	25	0	19	72	160	33	0
Tecnici sanitari	38	49	66	17	0	39	47	69	16	0	41	45	66	24	0
Amministrativi	26	86	175	59	1	22	73	191	57	0	25	71	178	65	0
Altro personale	61	150	343	102	0	64	146	344	111	1	71	135	331	125	1
Tutte le categorie	564	1125	1398	467	9	524	1109	1426	535	6	537	1089	1417	593	3



	2011					2012					2013				
	<=35	36-44	45-54	55-64	65+	<=35	36-44	45-54	55-64	65+	<=35	36-44	45-54	55-64	65+
Medici e veterinari	60	133	220	200	1	51	142	208	207	3	46	152	189	226	0
Altri dirigenti	3	18	41	38	1	2	20	38	39	0	2	18	33	46	0
Infermieri	302	617	443	113	0	295	588	480	119	0	284	546	492	158	0
OTA - OSS - Ausiliari	13	73	170	44	0	11	59	185	52	1	12	58	185	65	0
Tecnici sanitari	44	41	61	31	0	45	35	61	36	0	43	37	59	39	0
Amministrativi	21	64	168	78	0	16	63	169	78	0	16	59	164	87	1
Altro personale	68	116	331	144	1	67	111	321	154	1	56	94	296	186	0
Tutte le categorie	511	1062	1434	648	3	487	1018	1462	685	5	459	964	1418	807	1

Tabella 22: Personale dipendente per età e categoria.

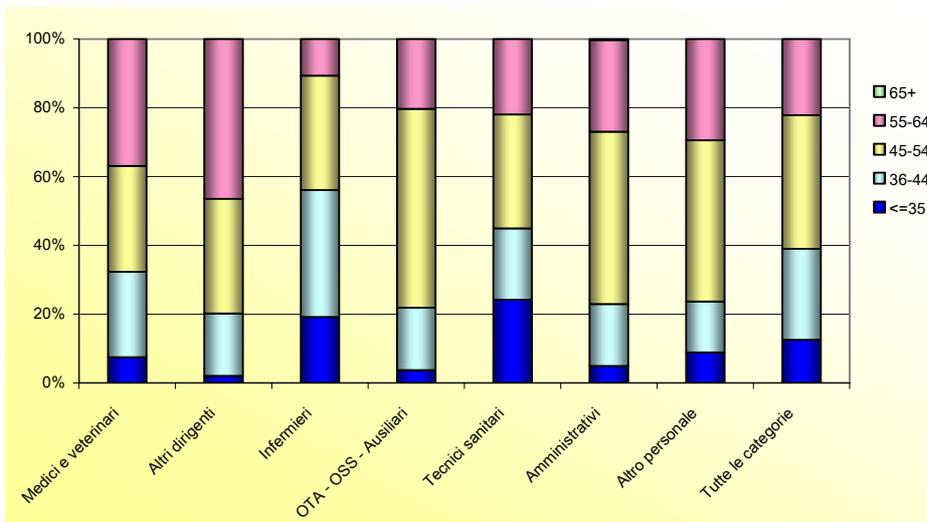


Figura 345: % dipendenti per categoria ed età.

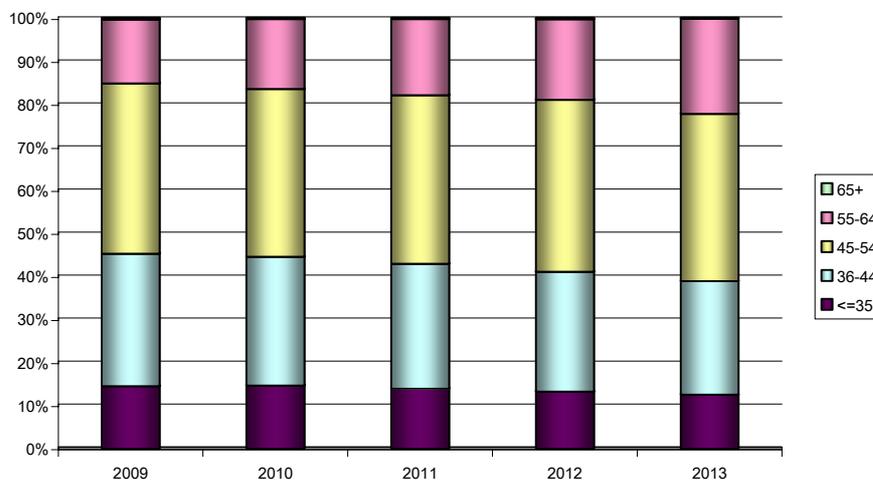


Figura 346: Trend % dipendenti per età.



	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Medici e veterinari	378	236	372	243	368	244	354	260	343	268	343	270
Altri dirigenti	39	62	39	64	37	63	37	64	36	63	36	63
Infermieri	199	1.217	198	1.235	211	1.254	217	1.258	218	1.264	214	1.266
OTA - OSS - Ausiliari	15	244	15	254	16	268	21	279	18	290	20	300
Tecnici sanitari	56	114	57	114	60	116	59	118	62	115	64	114
Amministrativi	55	292	53	290	50	289	51	280	51	275	52	275
Altro personale	188	468	191	475	197	466	200	460	201	453	201	431
Tutte le categorie	930	2.633	925	2.675	939	2.700	939	2.719	929	2.728	930	2.719

Tabella 23: Distribuzione dipendenti per categoria e sesso.

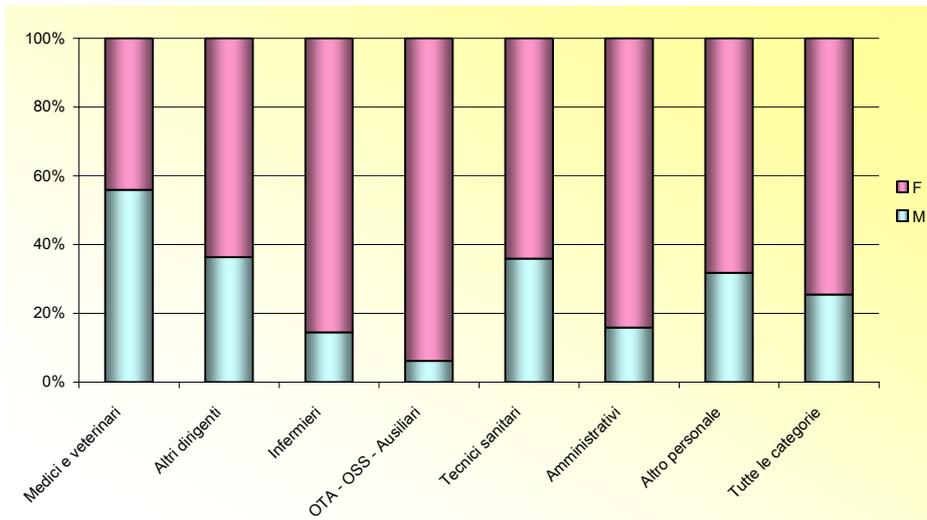


Figura 347: Distribuzione dipendenti per categoria e sesso.

	2008			2009			2010			2011			2012			2013		
	PTM	PTF	%F															
Infermieri	8	296	97%	7	278	98%	9	265	97%	8	249	97%	8	249	97%	8	252	97%
OTA - OSS - Ausiliari	4	25	86%	4	20	83%	4	20	83%	4	17	81%	4	16	80%	4	21	84%
Tecnici sanitari	4	18	82%	3	18	86%	3	16	84%	3	14	82%	3	13	81%	3	11	79%
Amministrativi	5	34	87%	4	32	89%	3	34	92%	3	32	91%	3	32	91%	3	34	92%
Altro personale	10	73	88%	9	70	89%	7	66	90%	7	66	90%	6	61	91%	7	56	89%
Totale comparto	31	446	94%	27	418	94%	26	401	94%	25	378	94%	24	371	94%	25	374	94%

Tabella 24: Distribuzione dipendenti in part time per categoria.

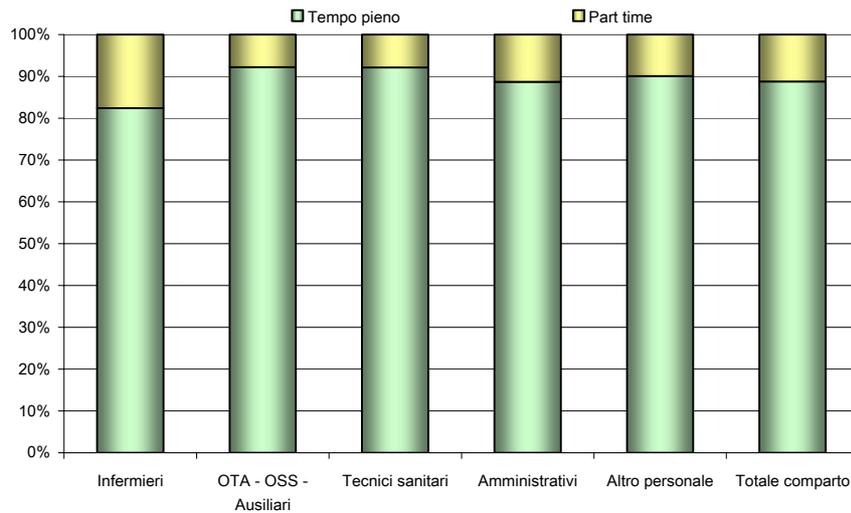


Figura 348: % dipendenti in part time per categoria.

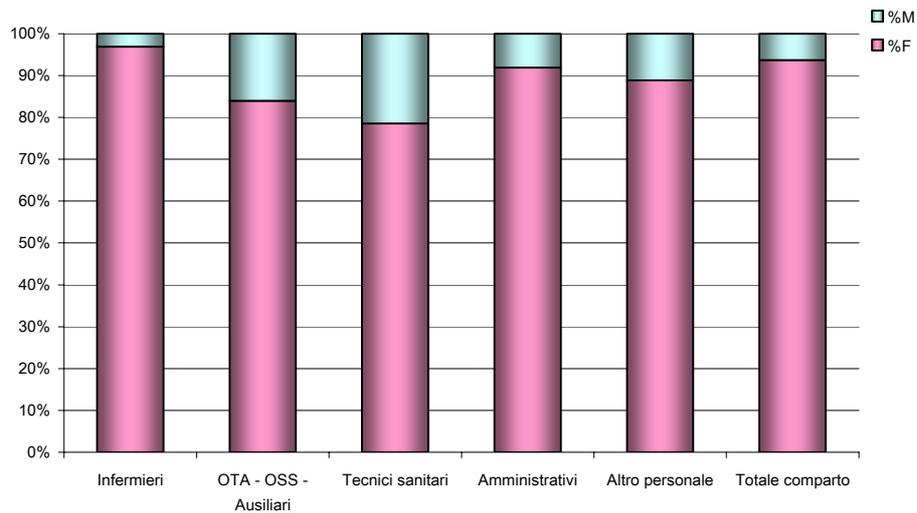


Figura 349: Composizione % dipendenti in part time per sesso.





Appendice 5: Gestione del rischio e sicurezza

Valutazione dei rischi

Nel sistema di gestione della sicurezza del lavoro la valutazione dei rischi è lo strumento che, dopo avere individuato i pericoli relativi alla salute e alla sicurezza presenti in Azienda, ne promuove la valutazione e attua le conseguenti misure di prevenzione e protezione. Tali misure entrano nel sistema della pianificazione, attuazione, controllo e miglioramento per verificarne l'efficacia. In tal modo il sistema trasforma la valutazione, attraverso la verifica del continuo allineamento fra obiettivi e risultati diventando la "Fabbrica" della prevenzione. La valutazione dei rischi è pertanto uno strumento gestionale imprescindibile per il datore di lavoro e per tutta la dirigenza, assicurando all'organizzazione le condizioni essenziali per il corretto funzionamento. Per realizzare tale condizione in modo efficiente, è in fase di sperimentazione la versione informatica del Documento di valutazione dei rischi (DVR) consultabile dai responsabili aziendali nelle sue varie componenti. I gestori potranno apportare ogni variazione che possa contribuire alla produzione degli adeguamenti documentali ed operativi conseguenti. Tale sistema è integrato con la produzione del Documento unico di valutazione dei rischi interferenti (DUVRI), necessario alla gestione della sicurezza e salute nel corso di lavori in appalto.

In particolare negli ultimi anni si è provveduto a rivisitare la valutazione dei rischi aggregando i dati per dipartimento, in modo tale da rendere fattibile la gestione dei rischi occupazionali da parte dei dirigenti delle partizioni organizzative prese in esame. Il riesame continuo, nella sua progressione temporale precede le rivalutazioni dell'accreditamento regionale, consentendo in tal modo il continuo riallineamento tra l'accreditamento e l'autorizzazione delle strutture. Negli anni scorsi si era provveduto ad aggiornare il DVR con le funzioni aziendali di volta in volta individuate o attivate nel contesto territoriale dell'Azienda, interconnettendolo con l'attività di autorizzazione delle strutture ex D. lvo n. 502/1992 e L.R. n. 34/1998 e successive indicazioni regionali. Nel 2013 sono proseguite ulteriori azioni di prevenzione, tra cui la formazione e l'addestramento sul rischio biologico per quanto riguarda gli aghi di sicurezza in riferimento al recepimento dalla direttiva europea n. 2010/32, in tema di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero sanitario che ha posto il maggio 2013 come data entro la quale le organizzazioni sanitarie erano tenute ad adottare idonee misure di prevenzione e protezione dalle punture accidentali. La direttiva sopra citata aveva come finalità quella di rispondere alle evidenze che si erano manifestate in Europa in materia di punture accidentali: studi indipendenti hanno dimostrato che oltre l'80% degli tali eventi sono prevenibili, grazie ad un approccio gestionale che comprenda una formazione efficace e attuazione di prassi operative più sicure con l'adozione di dispositivi di sicurezza. L'Azienda in applicazione alla norma, previa l'azione di un censimento condotto grazie alla collaborazione tra il Dipartimento della Sicurezza e il Dipartimento Farmaceutico, ed in



accordo con le linee guida regionali, intende procedere ad una progressiva applicazione del mandato normativo, in considerazione dell'evidente vantaggio che tutti i componenti dell'organizzazione ne potranno trarre. Pertanto la Direzione Generale, tramite il Dipartimento della sicurezza e il Dipartimento di presidio unico, in collaborazione con la Direzione assistenziale, ha iniziato un percorso finalizzato all'introduzione dei Dispositivi per la prevenzione delle punture accidentali (Needlesticks Prevention Device - NPDS) ed ha condotto una prima fase di valutazione della percezione del rischio in un campione significativo degli utilizzatori professionali della nostra organizzazione sanitaria. Questa esplorazione è stata arricchita nel 2013 si è basata sull'indagine condotta nel 2012 in collaborazione con l'Università di Genova applicando un test denominato IAT (acronimo del Implicit Association Test) per esplorare la propensione al rischio negli operatori sanitari. Questa ricerca condotta con il prof. Fabrizio Bracco Ricercatore di Psicologia Generale presso l'Università di Genova ha consentito di porre le basi per l'approfondimento di ulteriori studi sulla percezione del rischio.

Nel 2013 i Comparti Operatori degli ospedali di Piacenza e di Castel San Giovanni sono stati rivalutati per quanto riguarda i parametri ricompresi nella Norma UNI 11425 relativa ad impianti di servizio alle sale operatorie con Ventilazione a Contaminazione Controllata (VCC). Tale rivalutazione ha prodotto un aggiornamento della procedura inserita nel SGSSL in fase di allestimento e si prevede per il 2014 una sua concreta e diretta applicazione.

Nell'ambito del rischio chimico sono stati affrontati in modo risolutivo alcuni problemi:

- formaldeide;
- revisione sistema di monitoraggio degli antineoplastici nell'Unità Farmaci Antineoplastici;
- completamento della rete di monitoraggio dei gas anestetici;

Nell'ambito dei rischi psicosociali, è stato affrontato il problema della violenza verso gli operatori sanitari nei Pronto Soccorso Aziendali, in particolare nel Pronto Soccorso dell'ospedale di Piacenza con la dotazione di attrezzature e di apposito lay-out.

Dal punto di vista ergonomico infine, è stata arricchita la valutazione sulla movimentazione manuale dei carichi con il completamento sul rischio dovuto al traino e spinta con un approfondimento particolare sulla dotazione del materiale addetto al trasferimento dei pazienti.

Sorveglianza sanitaria

Ad integrazione e completamento del DVR viene condotta una valutazione relativa ai rischi per la salute dei dipendenti. Tale valutazione, attraverso l'applicazione di protocolli sanitari, si esprime nella sorveglianza sanitaria. La valutazione dei rischi per la salute viene effettuata rispetto agli agenti fisici, chimici, biologici, ergonomici e organizzativi. La sorveglianza è integrata tenendo conto dei contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004 sui rischi correlati allo stress anche in una prospettiva di gestione globale del rischio. Nella sorveglianza sanitaria vengono identificate e successivamente registrate le persone soggette a sorveglianza preventiva e periodica, con



particolare attenzione alle idoneità critiche. Viene inoltre attivata una sorveglianza straordinaria in caso di eventi particolari non convenzionali. La sorveglianza sanitaria è stata rivisitata in termini di appropriatezza e periodicità ed arricchita di attività tecniche di sorveglianza del rischio biologico in particolare aereodisperso (test di Mantoux). A seguito di tale azione gli operatori del Servizio di prevenzione e protezione proseguiranno nella effettuazione di audit specifici nelle UU.OO. e nei luoghi di lavoro in generale, attuando anche formazione e informazione sul campo.

Proseguendo su questa linea, nel 2013 è stata ampliata e rivisitata la sorveglianza sanitaria sul rischio ergonomico di natura biomeccanica (rachide, arto superiore e postura), finalizzata al miglioramento dei processi lavorativi ed in particolare delle ausiliazioni. Un ulteriore argomento in fase di standardizzazione è l'introduzione della sorveglianza sanitaria, per alcool e droghe, sul personale dipendente. E' in corso infine una sperimentazione per l'allestimento di uno strumento informatico che consenta la gestione del dato sanitario singolo e collettivo, sia in termini di pianificazione e programmazione che di rendicontazione e produzione di documentazione legalmente opponibile. In particolare questo strumento sarà di rilevante importanza per la gestione dei casi critici (cioè di quelle persone gravate da limitazione e/o prescrizioni). Tali casi saranno inoltre oggetto di un audit a campione per verificare la loro gestione. La successiva Figura 350 evidenzia in percentuale la distribuzione dei casi critici riscontrati nel 2013; in totale sono stati 163 casi critici con limitazione o prescrizione su 1.766 lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno 2013.

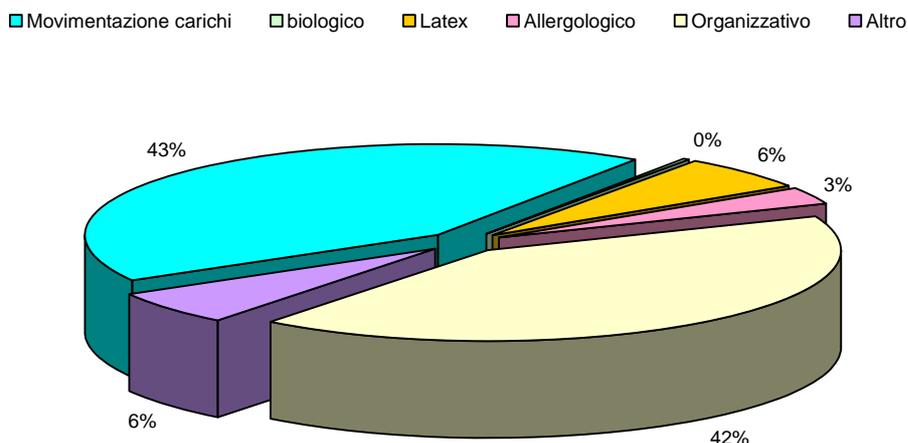


Figura 350: Casi critici 2013.

Gestione degli infortuni

Ad integrazione e completamento del documento di valutazione dei rischi è stata effettuata la registrazione del fenomeno infortunistico a partire dal 2000, con l'obiettivo di individuare i comportamenti non sicuri e i mancati infortuni al fine di correggere le situazioni ambientali e/o



comportamentali che li hanno generati attraverso un sistema di auditing permanente. La successiva Tabella 25 mostra l'andamento del fenomeno infortunistico aziendale, suddiviso nelle principali tipologie considerate. Nel totale 2013 sono considerate otto malattie professionali denunciate.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CONTAMINAZIONE BIOLOGICA	137	111	114	84	109	103	123
TRAUMA	36	34	36	56	20	47	42
CAUSE DIVERSE	120	122	146	131	148	124	111
IN ITINERE	34	32	32	38	30	46	39
TOTALE	327	299	328	309	307	320	315

Tabella 25: Trend infortuni per tipologia.

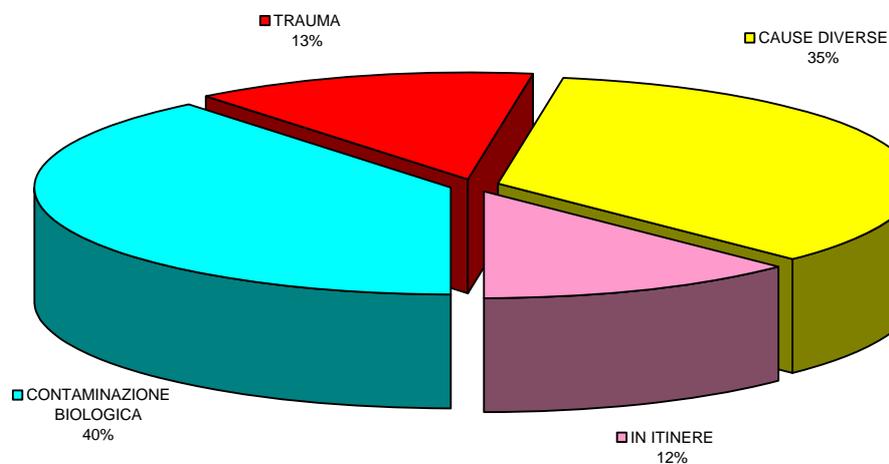


Figura 351: Infortuni per tipologia.

Dall'esame dei dati sopra riportati si evidenzia come il numero totale degli infortuni nel 2013 sia in calo rispetto all'anno precedente e pressoché stazionario rispetto agli anni passati. Si deve evidenziare che dei 315 infortuni, 123 sono risultati con prognosi zero giorni (tutti da rischio biologico, i restanti 36 sono di tipologie diverse). Sono in riduzione anche le giornate lavorative perse e, di conseguenza, la durata media degli infortuni (vedi Tabella 26 e Tabella 27).

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Numero Totale Infortuni	327	299	328	309	307	320	315
Giornate lavorative perse (gg)	6.282	5.041	4.459	5.859	5.077	7.162	4.953
Durata media infortunio (gg)	19,2	16,9	13,6	19,0	16,5	22,4	15,7

Tabella 26: Infortuni per durata.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0 - 3	190	140	167	110	137	140	159
4 - 20	122	150	140	178	154	142	127
21 - 40	16	9	21	20	15	25	16
> 40	0	1	0	1	1	1	3

Tabella 27: Infortuni per giorni di prognosi.



Analizzando i dati rispetto al genere, emerge che la distribuzione (il 22% degli infortuni è occorso a dipendenti maschi e il restante 78% a donne) è coerente con la distribuzione di genere nell'Azienda USL di Piacenza (25% a 75%).

Le fasce di età maggiormente interessate (vedi) risultano quelle comprese tra 38 e 42 anni (17%), tra 43 e 47 (22%), tra 48 e 52 anni (17%), tra 38 e 42 anni e tra 53 e 57 anni (15%), peraltro anche le fasce di età più rappresentative del totale dei dipendenti. Da questi dati si evince, inoltre, che i dipendenti neo-assunti (popolazione più giovane) risultano i meno colpiti, per rinforzare tale tendenza si ritiene che va quindi mantenuto il piano formativo dedicato ai neo-assunti, già attuato in passato per obbligo di legge integrandolo sulle tematiche più carenti.

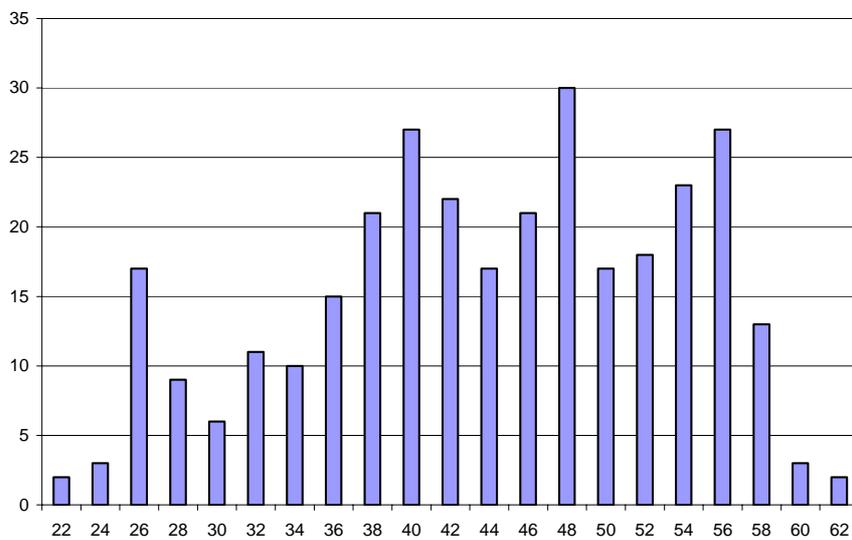


Figura 352: Infortuni per età.

Analizzando infine gli indici frequenza, incidenza e gravità si riscontra che l'indice di gravità e l'indice di frequenza hanno subito una leggera diminuzione rispetto all'anno precedente, contrariamente all'indice di incidenza. Nel calcolo degli indici sotto riportati interviene il fattore ore annue lavorate, quest'anno in lieve aumento rispetto al passato.

	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Indice di Gravità	1,24	0,96	0,85	1,1	0,94	1,33	0,92
Indice Incidenza	89,88	83,01	90,13	84,91	88,08	87,47	86,32
Indice Frequenza	64,9	57,44	62,64	58,2	57,25	59,7	58,85

Tabella 28: Indici infortuni.



Riprendendo l'analisi degli infortuni per tipologia (vedi Figura 351), e analizzando in dettaglio gli infortuni da trauma, si riscontrano due tipologie ricorrenti: traumi legati ad eventi fisici dovuti ad imperizia del lavoratore ed eventi legati a trauma a seguito di aggressione verso dipendenti. Al fine di sensibilizzare i dipendenti e coadiuvarli in queste particolari situazioni di rischio, si è pensato di creare corsi ad hoc per la gestione dei pazienti violenti e corsi specifici inerenti alla psicologia della comunicazione supportate da docenti di riferimento. Preso atto della tipologia degli infortuni verificatisi, anche in relazione alla particolare attività svolta, è opportuno continuare con l'informazione, la formazione e l'addestramento già svolta, approfondendo gli interventi già attivati (es. corsi di aggiornamento sulla biosicurezza per gli infortuni da contaminazione biologica), cercando di aumentare la consapevolezza e il coinvolgimento degli addetti sui temi inerenti alla sicurezza del lavoro. Potrebbe essere utile prevedere anche azioni di miglioramento finalizzate a prevenire gli infortuni in itinere nelle aree non ancora presidiate (ad esempio con corsi di guida sicura). Ulteriori commenti e approfondimenti saranno proposti, analizzati e valutati con i dirigenti aziendali, ovvero con i Responsabili delle Unità Lavorative (dando la precedenza alle aree maggiormente colpite dal fenomeno infortunistico) per determinare una linea da seguire, individuando le priorità per raggiungere un abbattimento significativo degli infortuni, sia come frequenza che come gravità. Non bisogna dimenticare infatti che una diminuzione degli infortuni si traduce anche in un risparmio economico per l'azienda, non solo per una diminuzione delle giornate lavorative perse dai dipendenti, ma anche in relazione all'abbassamento del tasso del premio annuale da versare all'INAIL.

Gestione delle emergenze

Il riferimento su questo tema è il piano generale di emergenza che, con l'obiettivo di limitare i danni alle persone e alle cose e i disagi agli utenti in caso di eventi dannosi, ha le seguenti finalità complessive:

- identificare le emergenze che più probabilmente possono essere causate da eventi indesiderati;
- definire l'insieme dei provvedimenti e delle azioni conseguentemente ritenuti necessari;
- individuare le persone e i gruppi di persone incaricate delle azioni di cui al punto precedente;
- produrre informazioni (tavole grafiche, planimetrie, tabelle, descrizioni) ritenute utili per comprendere le realtà dei vari fabbricati per la gestione complessiva delle emergenze possibili;
- impedire in generale che il personale aziendale sia colto impreparato nell'affrontare eventi ritenuti pericolosi.

E' attivo in azienda (per gli ospedali e per le altre sedi più significative) un sistema di audit antincendio realizzato dal Servizio di Prevenzione e Protezione e dagli addetti all'emergenza (squadra emergenza antincendio), integrato con esercitazioni pratiche antincendio in vari reparti. Gli addetti all'emergenza (circa 464) dispongono di un set di attrezzature, collocate in specifici armadietti da utilizzare in caso di necessità. Gli audit sono elaborati con un sistema informatico



denominato ARGOS che ne consente la condivisione e la tracciabilità. Allo stato attuale, sono state elaborate:

- norme comportamentali e procedure da adottare in caso di eventi potenzialmente pericolosi;
- considerazioni propedeutiche riferite a problematiche inerenti eventi specifici complessi non di natura sanitaria, ma che possono coinvolgere gli ospedali in modo significativo (ad es. l'esondazione fiume Po, l'afflusso massiccio di feriti, altri eventi non convenzionali).

E' in corso, in collaborazione con il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco, un programma di studio che riguarda l'individuazione dei percorsi di accesso degli stabilimenti ospedalieri e l'individuazione dei principali fabbricati con relativa destinazione d'uso per consentire ai Capi Squadra dei Vigili del Fuoco di orientarsi nelle singole strutture sanitarie.



