

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

BILANCIO DI MISSIONE

AUSL di PIACENZA







INDICE

Presentazione	7
1 Contesto di riferimento	9
2 Profilo aziendale	11
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	11
2.1.1 Sintesi dei risultati economici 2011	11
2.1.2 Sostenibilità economica	16
2.1.3 Sostenibilità finanziaria	20
2.1.4 Sostenibilità patrimoniale	22
2.2 Impatto sul contesto territoriale	25
2.2.1 Impatto economico	25
2.2.2 Impatto sociale	28
2.2.3 Impatto culturale	28
2.2.4 Impatto ambientale	33
2.3 Livelli essenziali di assistenza	34
2.3.1 Costi	34
2.3.2 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	39
2.3.3 Assistenza distrettuale	45
2.3.4 Assistenza ospedaliera	71
2.3.5 Qualità dell'assistenza	84
3 Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	87
3.1 Lo stato di avanzamento del Piano Strategico: il Piano delle Azioni 2010	88
3.2 Lo stato di avanzamento del Piano Strategico: il Piano degli investimenti	94
3.3 Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria	95
3.4 Universalità ed equità di accesso	97
3.5 Centralità del cittadino	101
3.5.1 I Comitati Consultivi Misti	104
3.5.2 L'Ufficio Relazioni con il Pubblico	105
3.5.3 Cittadini, comunità e servizio sanitario	106
3.6 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	108
3.6.1 Interventi sull'accessibilità dei servizi	108
3.6.2 Interventi sui processi assistenziali e sull'appropriatezza	109
3.6.3 Interventi sulle reti interistituzionali	112
3.6.4 Interventi sui percorsi multiprofessionali	114
3.7 Promozione del cambiamento tecnologico e organizzativo	115
3.8 Sicurezza delle cure	117



3.8.1	Assetto organizzativo per rischio e sicurezza.....	117
3.8.2	Sorveglianza e Monitoraggio.....	118
3.8.3	Gestione eventi critici	122
3.8.4	Tracciabilità pazienti e prevenzione errori di identificazione.....	123
3.8.5	Altri obiettivi.....	123
4	Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione.....	125
4.1	La “carta di identità “ delle persone in azienda	125
4.2	Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa.....	126
4.3	Sicurezza e gestione del rischio.....	127
4.3.1	Lavoro femminile nel settore sanitario.....	127
4.3.2	Valutazione dei rischi da stress lavoro correlato	128
4.3.3	Violenza sugli operatori del settore sanitario: formazione e la valutazione del rischio	129
4.4	Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali.....	130
4.5	Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti.....	131
4.6	Formazione.....	132
4.6.1	Formazione e sviluppo professionale del personale dipendente	132
4.6.2	Collaborazione alla formazione universitaria.....	138
4.6.3	Collaborazione con altri enti di formazione.....	140
4.7	Sistema informativo del personale	140
4.8	Struttura delle relazioni con il personale e sue rappresentanze	141
5	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	143
5.1	Premessa	143
5.2	La comunicazione per l'accesso ai servizi	144
5.3	La comunicazione per le scelte di interesse della comunità	144
5.4	La comunicazione interna aziendale.....	146
6	Governo della ricerca e innovazione tecnologica.....	147
6.1	Attività di ricerca e innovazione.....	147
6.1.1	Sviluppo della infrastruttura locale.....	147
6.1.2	Integrazione tra i vari sottosistemi aziendali.....	148
6.1.3	Attività di monitoraggio dei progetti di ricerca.....	148
6.1.4	Aree tematiche di orientamento per la ricerca.....	149
6.1.5	Ricerca e ricaduta	150
6.1.6	Progetto regionale “Anagrafe della ricerca”	150
6.1.7	Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori privati	151
6.2	Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche.....	151
6.3	Accessibilità all'informazione e documentazione scientifica	153



6.4	Valorizzazione del Comitato etico	154
7	Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale: il progetto “ <i>Guadagnare salute a Podenzano</i> ”	157
7.1	Premesse e obiettivi	157
7.2	Fasi e azioni	157
7.3	Valutazione e considerazioni conclusive.....	164
	Conclusioni	167
	APPENDICI.....	169





Presentazione

Quella che mi trovo a presentare è la settima 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. L'esperienza di Piacenza è stata tra l'altro scelta tra quelle raccolte nel volume a cura di Marco Biocca "Bilancio di Missione: aziende sanitarie responsabili si raccontano", Pensiero Scientifico Editore, aprile 2010.

La struttura del documento ricalca per gran parte quella consolidata:

- la Terza Sezione è incentrata sullo stato di avanzamento del Piano delle azioni 2010, ultimo anno del nuovo ciclo strategico, e sulla rendicontazione degli obiettivi regionali; dalla scorsa 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 recepite le indicazioni del Gruppo di lavoro regionale, che per l'edizione 2011 riguardano, oltre alla complessiva ridefinizione degli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza (vedi par. 2.3.5, da pag. 84 e per i dettagli l'appendice 3, pag. XLV), la nuova Sezione sulla sicurezza delle cure (vedi par. 3.8, da pag. 117), che raccoglie e meglio struttura tutte le informazioni su un tema delicato e di sempre maggiore importanza per il sistema sanitario pubblico.

In questa edizione si è cercato di rendicontare tutti gli obiettivi regionali nella Sezione 3, anche se con qualche difficoltà di strutturazione.

In relazione infine alla scelta dell'argomento della Sezione 7, quella relativa alla rendicontazione su obiettivi di particolare rilevanza aziendale, per il 2011 ho deciso di illustrare il progetto "guadagnare salute a Podenzano".





1 Contesto di riferimento

Tutti dati sono illustrati attraverso grafici e commentati in modo approfondito in Appendice 1 (da pagine I a XXXIX, da Figura 207 a Figura 310). Qui si riporta una fotografia sintetica del contesto in cui l'azienda opera.

TERRITORIO E POPOLAZIONE (da pag. I)

Negli ultimi 6 anni si è verificato un incremento nella popolazione provinciale (+6%), determinato esclusivamente dall'aumento della popolazione immigrata (il saldo naturale rimane, infatti, negativo). Si nota un aumento superiore anche alla media regionale nel Distretto di Ponente, inferiore alla media regionale e coincidente con la media provinciale nel Distretto di Levante, e molto inferiore a entrambi nel Distretto della Città. La densità della popolazione in Provincia di Piacenza è la più bassa in Regione (112 ab./Kmq contro 200) con una distribuzione, nei tre Distretti, estremamente disomogenea: 78 ab./Kmq nel Distretto di Levante, 72 in quello di Ponente e 871 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, dovrebbe allineare la percentuale degli ultrasessantacinquenni residenti in Provincia alla media regionale. In particolare la zona di montagna, pur avendo la percentuale relativa più alta di anziani, mostra un calo in valore assoluto dell'1,5% medio annuo. Va rimarcato come, da un paio d'anni la componente anziana, pur continuando a crescere, come detto, in termini assoluti, registra un calo in termini relativi, soprattutto nel Distretto di Ponente. Disaggregando per Distretto: per tutte le classi di età anziane il Distretto Città di Piacenza presenta percentuali di incremento più alte rispetto agli altri due Distretti, e sovrapponibili alla media regionale.

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 appena inferiore 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'8,5 del 2011.

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, seppure in riduzione, sono dal 2007 superiori alla media regionale.

CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE (da pag. XXIV)

Il tasso di occupazione provinciale, in aumento negli ultimi 10 anni soprattutto per quanto riguarda la componente femminile, mostra nel 2010 un brusco calo per le conseguenze della crisi economica, calo che nel resto della regione si era già registrato nell'anno precedente. Il tasso di disoccupazione è inferiore al dato medio regionale, e anche l'aumento della disoccupazione dovuta alla crisi è inferiore al resto della regione.

OSSERVAZIONI EPIDEMIOLOGICHE (da pag. XXXI)

Mortalità - In Provincia si registra un tasso di mortalità significativamente più elevato rispetto alla media della Regione Emilia Romagna per la mortalità generale, 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. XXXVI)

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 con riferimento ad ogni anno. I risultati sono illustrati in Appendice.

SICUREZZA (da pag. XXXVII)

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. Il tasso standardizzato è sempre inferiore alla media regionale.



2 Profilo aziendale

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

2.1.1 Sintesi dei risultati economici 2011

Nel 2011 l'Azienda ha pienamente manifestato la propria capacità di governo della gestione, migliorando l'obiettivo economico-finanziario definito in sede di Bilancio Economico Preventivo e raggiungendo la condizione di equilibrio così come definita a livello regionale, più restrittiva rispetto alla condizione di equilibrio ministeriale concordata in sede di programmazione. Il positivo risultato dell'esercizio 2011 presenta, infatti, un miglioramento di circa 2 milioni di euro rispetto al preventivo e consente all'Azienda di garantire la copertura di tutti i costi d'esercizio, ad esclusione dei costi non monetari derivanti dagli ammortamenti non coperti da sterilizzazione di beni già presenti in inventario al 31/12/2007, rispettando il vincolo regionale di condizione di equilibrio, definito a partire dall'esercizio 2008, al fine di sostenere la politica degli investimenti aziendali.

In sede di concertazione e definizione delle linee di programmazione e finanziamento delle Aziende Sanitarie per l'anno 2011, a fronte di un incremento di risorse indistinte da FSR per l'Azienda USL di Piacenza di soli 3,3 milioni di euro, pari al + 0,7% rispetto al 2010, e valutato l'impatto in termini di maggiori costi di azioni strategiche aziendali, si era evidenziata la particolare difficoltà per l'Azienda di raggiungere l'obiettivo, ovvero il sostanziale equilibrio tra ricavi e costi, considerati questi ultimi al netto di ammortamenti e sterilizzazioni dei beni ante 2008.

L'Azienda, anche in considerazione dei provvedimenti regionali che le assegnavano un contributo a garanzia dell'equilibrio di 10 milioni di euro, pari a quanto assegnato negli esercizi 2009 e 2010, a conferma di una complessiva riduzione delle risorse regionali a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario coerente con i richiesti Piani di rientro strutturale dal deficit, aveva invece ritenuto possibile concordare il raggiungimento dell'obiettivo così come configurato a livello nazionale ed esplicitato nella richiesta di garantire copertura finanziaria agli ammortamenti non sterilizzati dei beni entrati in funzione nel 2010 e 2011.

In sede di verifica infrannuale, è stata comunicata la rideterminazione del finanziamento a quota capitaria per l'anno 2011, in seguito all'entrata in vigore del D.L. n. 98/2011, convertito con L. n. 111 del 15/7/2011, recante "*Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*". Il finanziamento per l'Azienda USL di Piacenza è stato ridotto di 1.650.118 euro, in relazione in particolare alla reintroduzione della quota di compartecipazione alla spesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di pronto soccorso ospedaliero già previste all'art.1, c.796, lettera p) e p bis) della Legge 27/12/2006 n. 296 (Legge Finanziaria 2007), così come attuata dalla Regione Emilia Romagna con propria deliberazione n.1190/2011.



Pur in presenza quindi di un obiettivo di equilibrio per l'anno 2011 già definito in sede previsionale come particolarmente difficile, alla luce dell'ulteriore criticità introdotta dalla disposizione normativa sopra citata, la capacità dell'Azienda di conseguire il "pareggio tecnico" per il 2011 con la definizione di una perdita entro il limite di 5,3 milioni di euro, ha consentito di assorbire all'interno del vincolo di equilibrio di bilancio le quote di ammortamento dei nuovi investimenti realizzati a partire dal 2008 per complessivi 3,832 milioni di euro, con un miglioramento di circa 2 milioni di euro rispetto alla perdita di euro 7,2 milioni di euro fissata a livello di bilancio preventivo.

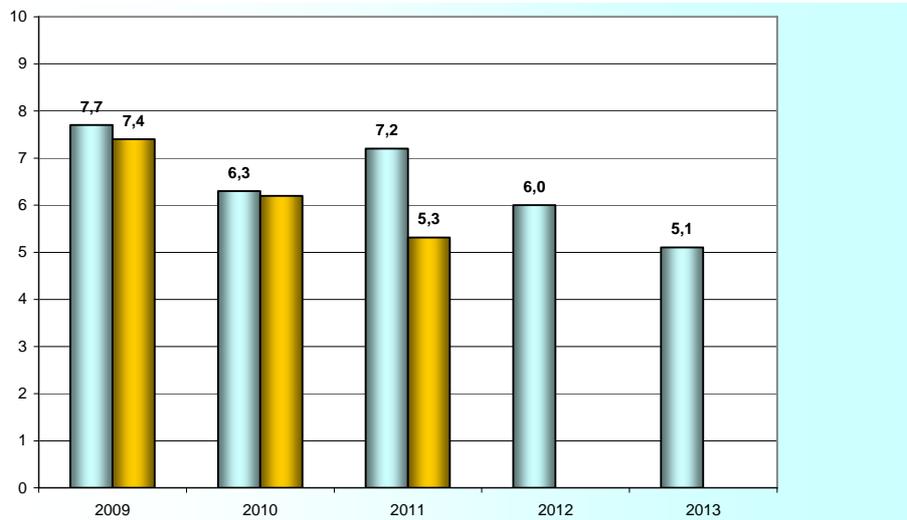


Figura 1: andamento del disavanzo in relazione al piano di rientro.

Il miglioramento del risultato rispetto dell'obiettivo assegnato in sede di bilancio preventivo è stato evidenziato dall'Azienda solo a consuntivo, in relazione in particolare alla conferma del positivo esito delle azioni di controllo e contenimento dei costi e alla disponibilità di dati di mobilità particolarmente positivi.

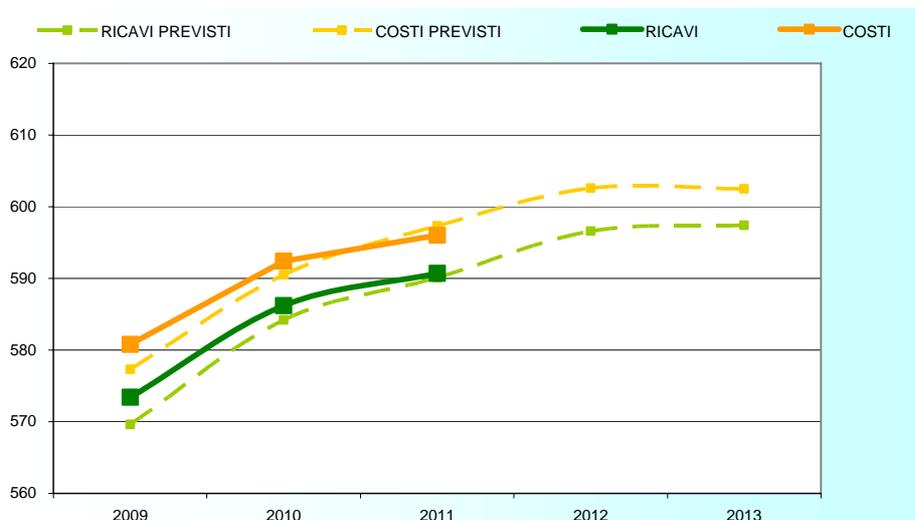


Figura 2: trend costi e ricavi rispetto al piano di rientro definito nel Piano Strategico.



Si può affermare che la definizione di una programmazione sostenibile e orientata alla costruzione di un reale equilibrio economico del sistema, unitamente alla forte attenzione al governo dei fattori produttivi e agli obiettivi di sviluppo, hanno realizzato un circolo virtuoso che ha consentito all'azienda di mantenere il raggiungimento dell'obiettivo economico già conseguito nei quattro anni precedenti.

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 3). Il dato complessivo di sistema del 2011 non è al momento attuale ancora disponibile.

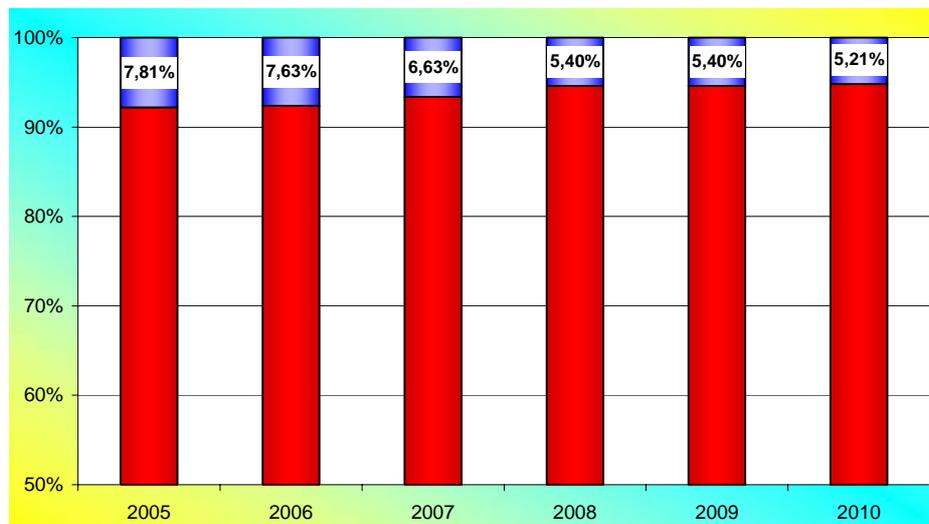


Figura 3: Contributo % al deficit complessivo regionale.

In relazione ai ricavi l'Azienda ha registrato un totale complessivo di 590,764 milioni di euro, con un incremento dello 0,79% rispetto al 2010, dovuto essenzialmente:

- all'incremento dell'assegnazione indistinta (+1,9 milioni di euro);
- ad un incremento dei ricavi e proventi derivanti da mobilità attiva (+1,3 milioni di euro) e da compartecipazione alla spesa sanitaria (+0,6 milioni di euro).

Complessivamente nel 2011 l'Azienda ha sostenuto costi per un valore di 596,029 milioni di euro con un incremento dello 0,6% rispetto al consuntivo 2010.

L'efficacia dell'azione di risanamento è direttamente proporzionale non solo alla capacità dell'azienda di esprimere un'adeguata pianificazione, che preveda interventi di sostenibilità economica e di rilancio/sviluppo dei servizi erogati, ma è proporzionale anche alla capacità dell'Azienda stessa di attenersi alla pianificazione effettuata, di rispettare e raggiungere i vincoli e gli obiettivi in essa contenuti. Nella successiva Figura 4, sono messi a confronto i costi della produzione dei bilanci previsionali nel periodo 2006-2011 con quelli dei bilanci consuntivi del medesimo periodo. A fronte di un totale di costi pianificati nel bilancio preventivo 2011 di 597,3



milioni, il totale dei costi complessivamente registrati è stato di 596 milioni di euro, con uno scostamento dello 0,2%. A partire dal 2006 Piacenza si è sempre mantenuta in uno scostamento fra previsione e consuntivo ad un valore fisiologico inferiore all'1% e nel 2011 i costi a consuntivo sono stati inferiori a quanto preventivato.

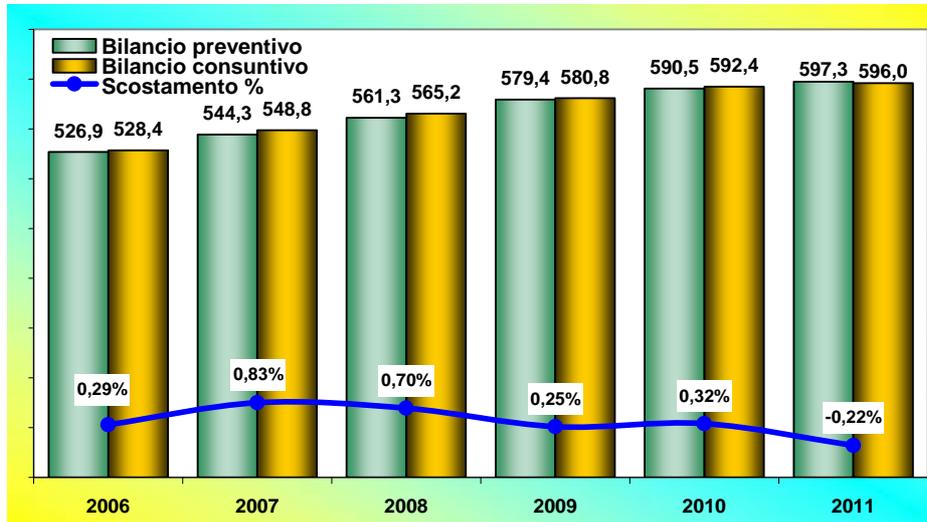


Figura 4: Scostamento preventivo consuntivo.

L'analisi a consuntivo della dinamica dei principali fattori produttivi determinanti della struttura dei costi della produzione nel triennio 2009-2011 è rappresentata nelle successive Figura 5 e Figura 6.

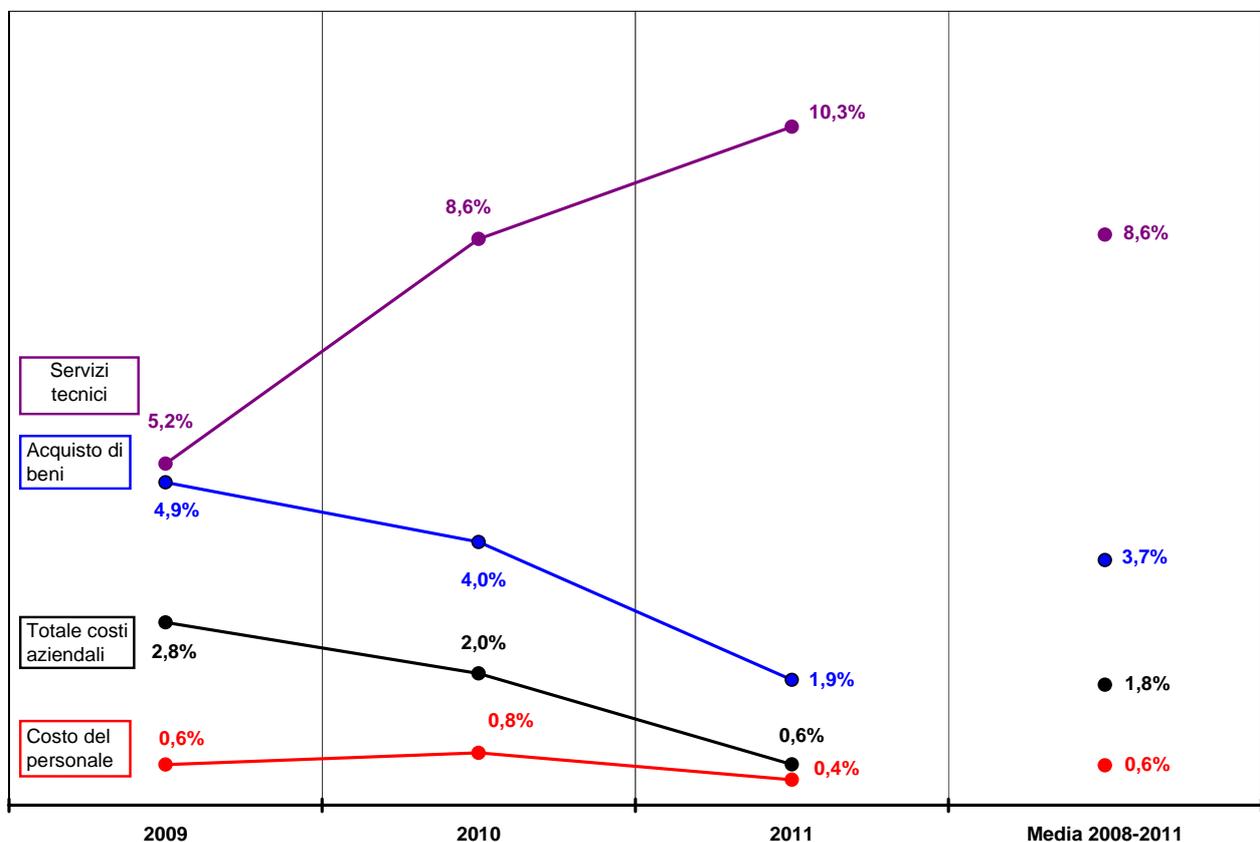


Figura 5: Dinamica dei principali fattori produttivi – 1.

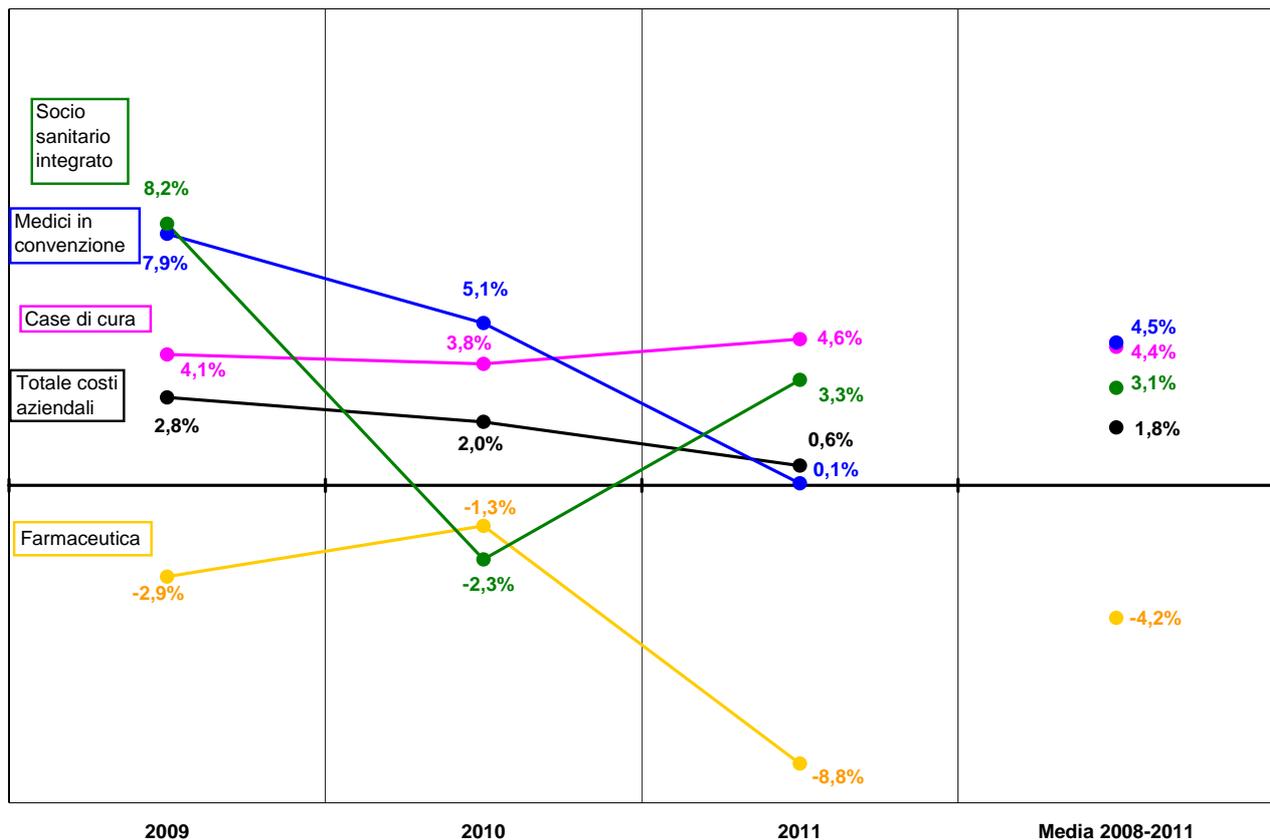


Figura 6: Dinamica dei principali fattori produttivi – 2.

Di seguito si analizza l'esito relativo al 2011 per alcuni macro fattori produttivi, a confronto con i dati 2010:

- **acquisto di beni:** il significativo trend incrementale di questa voce subisce nel 2011 una diminuzione (+1,8% rispetto ad una media del triennio +3,7%), in conseguenza di un attento monitoraggio dei consumi e delle scorte che, abbinato ad un diverso mix dell'attività chirurgica, ha permesso soprattutto il contenimento dell'incremento dell'aggregato dei dispositivi medici/materiale protesico e di sutura;
- **personale:** il costo dell'esercizio 2011, al netto degli oneri per rinnovi contrattuali e per contrattazione integrativa, ha evidenziato un incremento molto contenuto (pari allo 0,3%), in linea con le politiche regionali delle risorse umane, che prevedevano l'adozione di misure per il contenimento della spesa per il personale; l'incremento è principalmente dovuto al maggior importo dell'indennità di vacanza contrattuale, applicata per il 2010 solo per parte dell'anno e alla stabilizzazione di alcune figure professionali; complessivamente il costo è risultato in linea con il perseguimento dell'obiettivo assegnato per il 2011; l'incremento della voce comprensiva degli accantonamenti per oneri contrattuali del biennio economico 2008-2009, dell'indennità di vacanza contrattuale 2011 e degli oneri di contrattazione integrativa, rileva, di fatto, uno scostamento minimo, data la sostanziale invarianza di tali importi, fissati per norma fino al 2013;



- servizi tecnici: evidenziano l'incremento più significativo (+10,3%), correlato alla messa a regime di alcuni importanti appalti (gestione pasti degenti esternalizzata, gestione farmaco monodose) e agli importanti incrementi subiti dal costo degli approvvigionamenti di energia;
- farmaceutica territoriale: si sono rilevati risultati nettamente positivi per la voce in oggetto (in calo dell'8,8%), risultato ottenuto grazie alle azioni realizzate (incremento distribuzione diretta, incontri con NCP, ecc.) e all'impatto della manovra prevista dalla L. n. 111/2011, che ha previsto in particolare per la voce l'applicazione di ticket in riduzione ulteriore al costo aziendale;
- case di cura: l'incremento rilevato alla voce è interamente imputabile ai maggiori costi per prestazioni di degenza verso istituti privati della Regione, per l'erogazione in particolare di prestazioni di alta complessità per le quali l'Azienda non ha possibilità di negoziare budget ed ha rappresentato tale difficoltà nelle opportune sedi regionali, mentre sono rimasti sostanzialmente invariati gli oneri per le altre tipologie di prestazioni, per i quali non si sono peraltro avuti incrementi tariffari come da accordo AIOP-ARIS;
- medici in convenzione: è tra i fattori produttivi che hanno avuto il maggiore incremento medio nel triennio 2009-2011, ciò in funzione sia delle specifiche azioni aziendali (ad esempio costituzione Medicine di Gruppo) per lo sviluppo della medicina generale, sia dell'applicazione della nuova convenzione nazionale e dell'accordo regionale;
- socio-sanitario integrato: l'incremento medio nel triennio della voce in oggetto continua ad essere significativo (+3,1%), anche se la sostanziale stabilità 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; ancorché nel 2011 molti servizi ormai siano consolidati, l'impatto delle politiche per l'accreditamento ha determinato un incremento di spesa del 3,3% rispetto all'anno precedente; la flessione rilevata nel 2010 era invece dovuta al fatto che alcune voci di costo (reti sociali, sostegno a domicilio anziani, sistema e presa in carico) sono state finanziate con fondi dal FNA, come deciso in sede di programmazione distrettuale, e non sono pertanto state imputate al bilancio FRNA in questo esercizio.

2.1.2 Sostenibilità economica

Tutte le analisi che seguono confrontano alcuni indici aziendali ai corrispondenti valori medi regionali, e sono quindi calcolati a partire dalle 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. Migliore comprensione delle determinanti della situazione reddituale dell'Azienda può derivare 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 e parallelamente dal reddito operativo della gestione non caratteristica (ROGnC). Come si può vedere dai 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, il deficit dell'Azienda è



determinato per la maggior parte dalla gestione caratteristica, con una percentuale che, come già nel 2009, presenta uno scostamento rispetto alla media regionale.

Nell'esercizio 2011 l'incidenza dei componenti straordinari è aumentata rispetto ai valori registrati nel precedente triennio, e ciò in funzione soprattutto di due elementi: da un lato l'obiettivo di equilibrio economico-finanziario posto dalla Regione alle Aziende impone 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, i componenti straordinari 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. E' soprattutto l'incidenza di tali oneri (42% del risultato netto) e un minor impatto del saldo dei componenti straordinari (7% sul risultato netto) a comporre il valore di riferimento del ROGnC per il 2011; poiché il risultato complessivo è migliorato rispetto al 2010, l'incidenza dei componenti straordinari, ancorché in lieve riduzione, induce, di fatto, l'incremento evidenziato dai grafici.

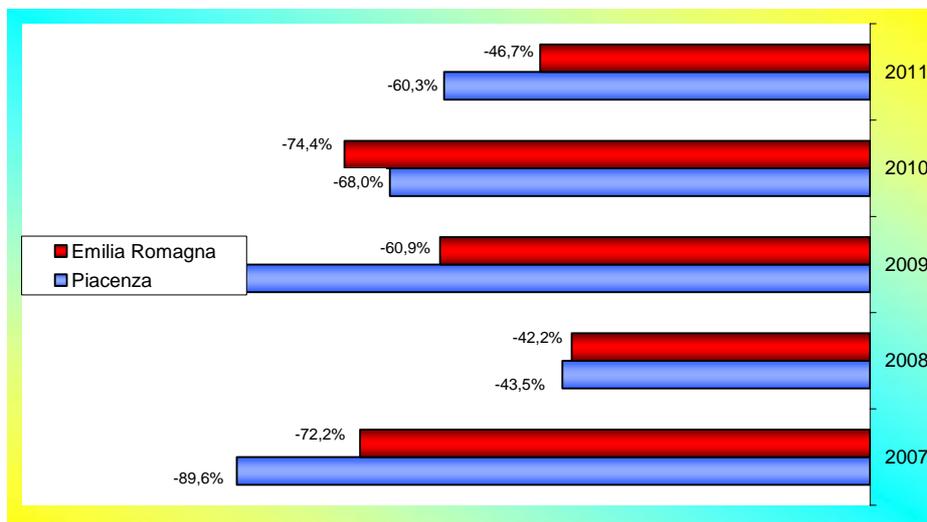


Figura 7: Incidenza della gestione caratteristica sul deficit.

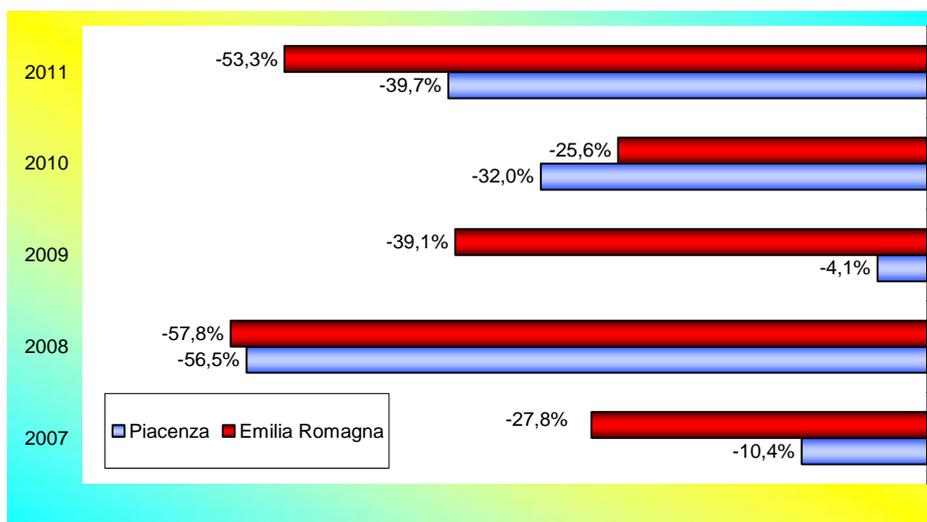


Figura 8: Incidenza della gestione non caratteristica sul deficit.



L'andamento discontinuo dell'indicatore di incidenza del ROGC sui ricavi disponibili è significativamente influenzato dalle variazioni subite dai contributi in conto esercizio assegnati all'Azienda. E' opportuno segnalare come gli esercizi in cui l'Azienda ha conseguito l'obiettivo del "pareggio tecnico", ovvero gli ultimi anni a partire dal 2007, evidenziano per tale indice un indicatore prossimo allo zero, in quanto i costi dell'attività caratteristica trovano copertura nei ricavi disponibili dell'Azienda: dato un trend di incremento dei 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.

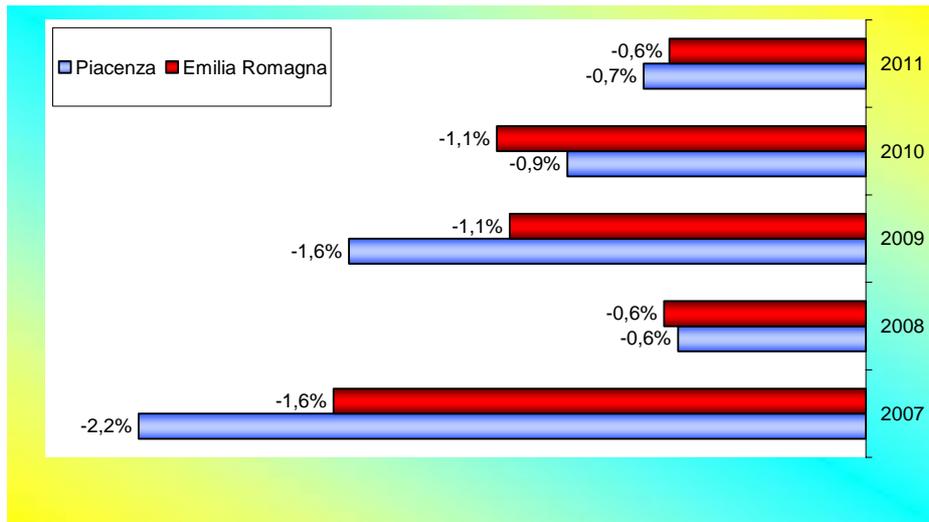


Figura 9: Incidenza della gestione caratteristica sui ricavi disponibili.

La struttura dei costi dell'Azienda e il confronto con i dati regionali, disponibili per il consuntivo 2011, evidenziano un sostanziale allineamento dell'Azienda con il trend dei dati medi regionali.

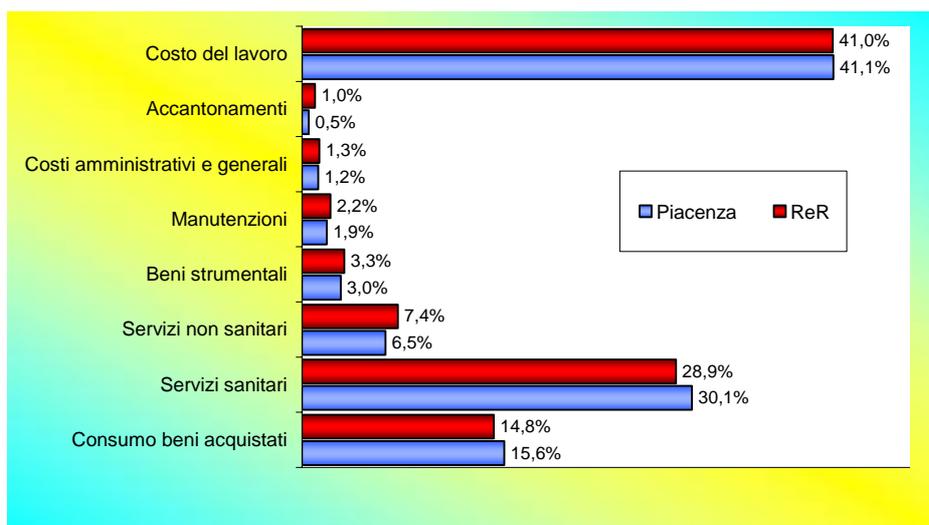


Figura 10: Composizione dei costi.



L'analisi dei principali fattori produttivi viene proposta con riferimento al periodo 2007-2011, 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.

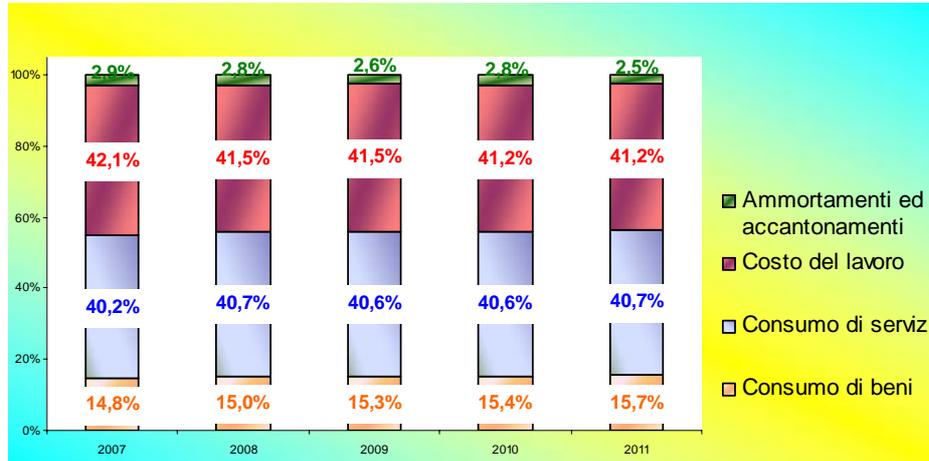


Figura 11: Trend composizione dei costi aziendali.

Nelle figure che seguono 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 2007-2011.

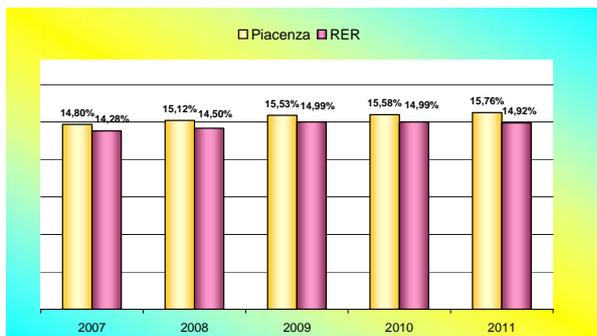


Figura 12: Consumo di beni / ricavi disponibili.

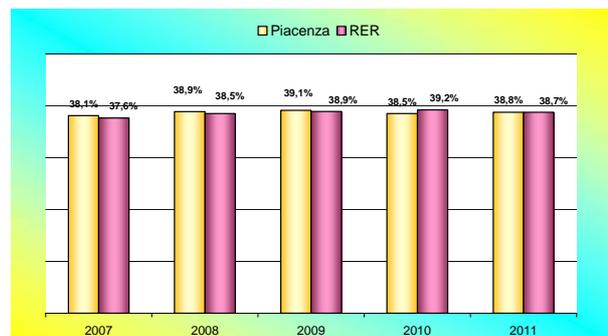


Figura 13: Consumo di servizi / ricavi disponibili.

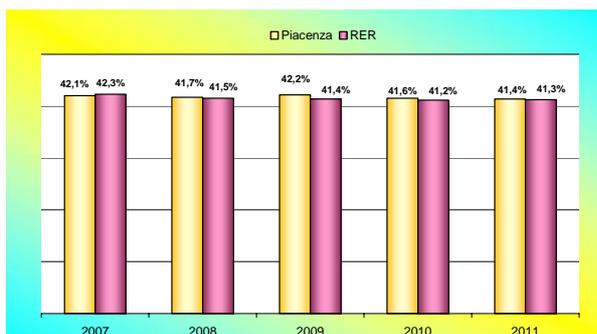


Figura 14: Costo del lavoro / ricavi disponibili.

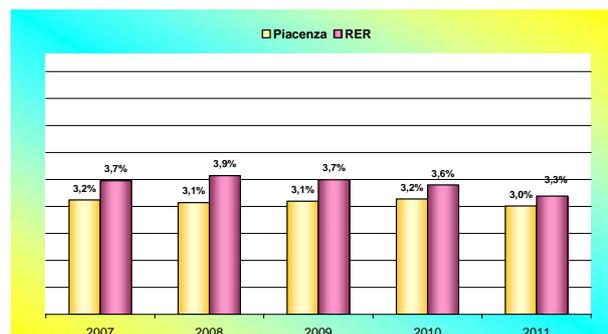


Figura 15: Beni strumentali / ricavi disponibili.

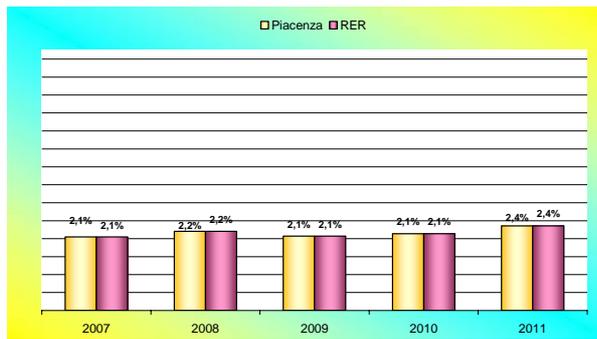


Figura 16: Oneri diversi / ricavi disponibili.

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 decisamente inferiore a quello medio del sistema emiliano romagnolo (il cui ultimo valore disponibile è peraltro relativo al 2005). Tale dato è una diretta conseguenza 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.

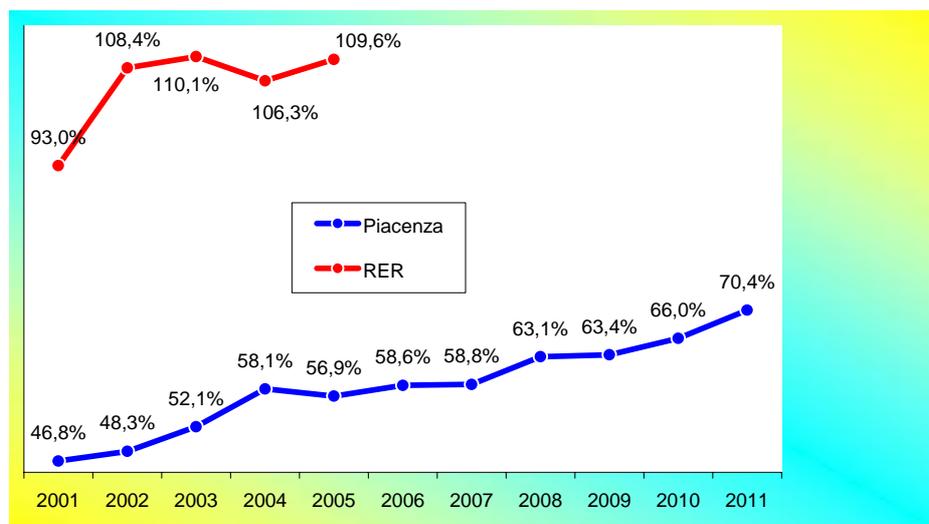


Figura 17: Indice di attrazione.

2.1.3 Sostenibilità finanziaria

Nell'esercizio 2010 il lento miglioramento della situazione di crisi di liquidità in cui l'Azienda, nonché l'intero sistema regionale, si sono trovati a partire dal 2005 ha subito una battuta d'arresto, la cui prima conseguenza è stata un aumento delle passività a breve termine: il 2011 ha confermato l'aggravarsi di tale crisi, soprattutto con riferimento agli ultimi mesi dell'anno.

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 ulteriormente i tempi di pagamento delle forniture sanitarie, e di ridurre l'esposizione finanziaria nei confronti dei fornitori di beni e servizi; l'intervento ha perseguito l'obiettivo di migliorare l'efficienza delle Aziende sanitarie nel rapporto con i fornitori assicurando al sistema produttivo la disponibilità di maggiori risorse, riducendo l'esposizione nei confronti degli Istituti di credito.

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 n. 529/2011). La rimessa mensile per l'AUSL di Piacenza è rimasta invariata rispetto agli ultimi mesi del 2010, e questo fino al mese di ottobre 2011, dove con DGR n. 1384/2011 l'adeguamento è stato tuttavia limitato al 2% circa (+700 mila euro mensili). 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. Il rispetto del vincolo dell'equilibrio economico-finanziario così come definito dalla Regione, dato un incremento di risorse e un contenimento di costi corrispondente, genera di per sé debiti a breve termine dal momento che tali ricavi non sono completamente incassati a fine esercizio.

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 2011 e dei primi mesi del 2012. 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 pari 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.

In presenza di tali criticità, con la successiva DGR n. 2038/2011, 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 solo nel corso del 2012, ha così consentito una significativa riduzione dei tempi di pagamento a partire dal mese di marzo 2012, portando l'Azienda di Piacenza in linea con i tempi medi di pagamento regionali.

A completamento del quadro di crisi di liquidità 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 è tuttavia andata deserta: le attuali condizioni di mercato ed i tassi che attualmente risulterebbero accettabili per le banche renderebbero la contrazione del mutuo estremamente onerosa. Nel corso del 2011 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 è rappresentato per macro linee il rendiconto di liquidità del 2011, a confronto con il dato del 2010, in cui si evidenziano gli effetti complessivi degli adeguamenti illustrati.

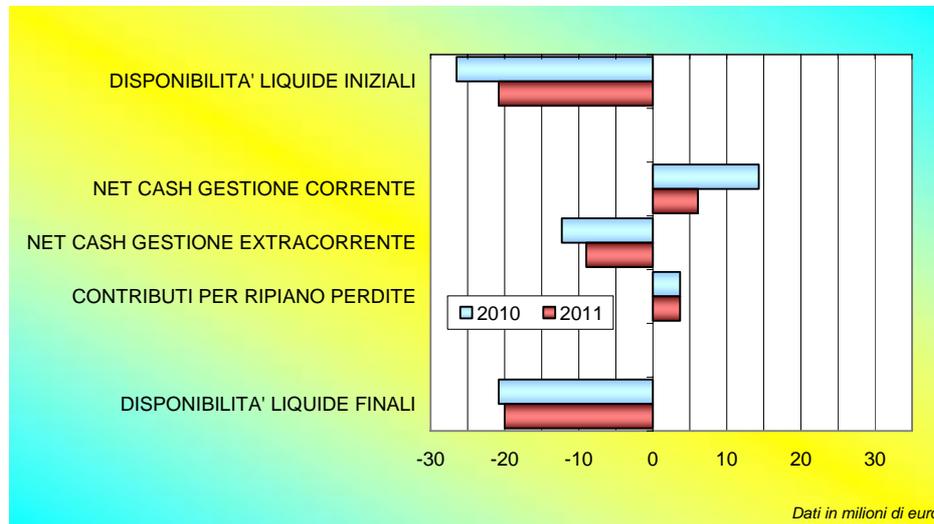


Figura 18: Rendiconto di liquidità.

L'analisi dei flussi finanziari della gestione extracorrente per l'anno 2011 evidenzia impieghi per nuovi investimenti pari a 12,9 milioni e per rimborso quote di mutui per 1,9 milioni di euro, a fronte di contributi regionali incassati pari a 5 milioni e contributi per ripiano perdite pari a 3,7 milioni.

L'obiettivo di una gestione degli investimenti i cui costi risultino completamente coperti con finanziamenti dedicati, confermato dalla Regione in sede di redazione del Bilancio preventivo 2011, è stata tra le priorità che l'Azienda si è posta per la programmazione degli investimenti nel triennio 2011-2013. Nel 2011 l'obiettivo di coprire con fonti di finanziamento dedicate gli investimenti realizzati nel periodo è stato raggiunto, ancorché la manifestazione temporale di incassi e pagamenti non ne renda evidenza tramite lo strumento del rendiconto di liquidità, soprattutto per gli effetti sul mutuo e sulle alienazioni prima citati, nonché per effetto dell'utilizzo autorizzato delle quote di ammortamento nel Piano Investimenti.

Il rendiconto evidenzia un net cash positivo della gestione corrente (+6 milioni di euro), determinato sostanzialmente dall'incremento dei crediti non finanziari, con i risultati in termini di incremento dei tempi di pagamento più sopra evidenziati.

2.1.4 Sostenibilità patrimoniale

La riclassificazione dello Stato Patrimoniale in chiave monetaria, graficamente illustrato nelle figure successive, propone per il 2011 una situazione di sostanziale continuità rispetto ai due anni precedenti, in cui si è concretizzata per l'Azienda una situazione nettamente migliorativa rispetto al



biennio 2007/2008. Grazie infatti al conseguimento di risultati di perdita contenuta nei limiti predefiniti di “equilibrio tecnico”, l’Azienda presenta un patrimonio netto positivo, ancorché in assenza nelle annualità 2009, 2010 e 2011 dell’erogazione di contributi a ripiano delle perdite; il decremento rilevato (dall’1,68% allo 0,93%) è principalmente frutto dell’utilizzo dei contributi per la sterilizzazione degli ammortamenti e della rilevazione della perdita autorizzata dell’esercizio corrente. La composizione dell’attivo è ancora fortemente focalizzata sulle immobilizzazioni che costituiscono oltre il 61% del totale, e sostanzialmente allineate ai valori del precedente esercizio appaiono sia le scorte (2,7%) che le liquidità immediate e differite (36%). L’indebitamento a medio lungo termine si è ridotto per l’estinzione avvenuta nel 2011 di un mutuo decennale, a fronte del quale l’Azienda non ha potuto contrarre il nuovo mutuo autorizzato dalla Regione poiché la gara è andata deserta. Il passivo evidenzia ancora pertanto una netta prevalenza a favore delle passività a breve termine, che costituiscono circa il 90% delle fonti di finanziamento aziendale.

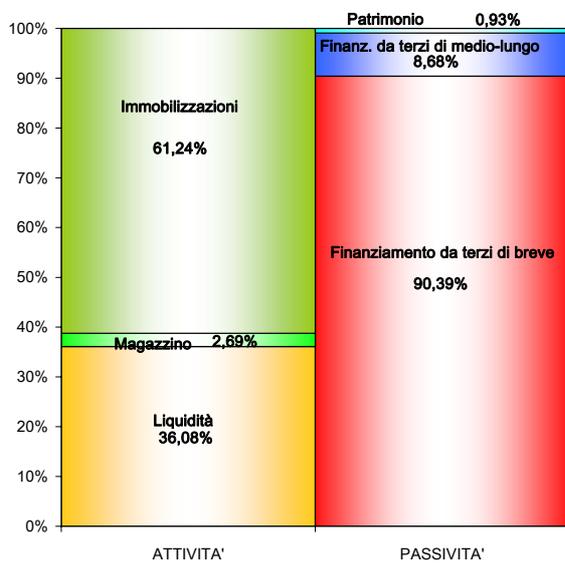


Figura 19: Stato patrimoniale riclassificato.

L’analisi dello Stato Patrimoniale e il confronto con il precedente esercizio è in grado di evidenziare non solo il forte impegno dell’Azienda nella patrimonializzazione e nel miglioramento degli investimenti in tecnologie, punto focale del Piano Strategico 2009-2011 e priorità degli strumenti di programmazione per il 2011-2013, ma anche i forti condizionamenti determinati dai vincoli di equilibrio più sopra richiamati disposti dalla Regione in sede di linee guida per la programmazione dal 2008. Il piano strategico 2009-2011 aveva infatti sottolineato soprattutto 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.

La volontà di tenere alto l’obiettivo di ammodernamento strutturale e tecnologico deve tuttavia trovare un punto di incontro con le indicazioni regionali in merito alla redazione del Piano degli Investimenti, che hanno posto in evidenza come le risorse necessarie a garantire tali investimenti siano da recuperare nella più oculata gestione della spesa corrente (con la possibilità di utilizzo



delle quote di ammortamento “coperte” a seguito di una perdita di esercizio inferiore o pari al valore degli ammortamenti netti non sterilizzati) e dalle risorse dedicate che l’Azienda riesce a recuperare (alienazioni, donazioni), mentre altre risorse necessarie dovranno essere reperite all’interno dei prossimi finanziamenti statali e regionali. 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, con il già citato Piano, interamente esaurito il patrimonio alienabile e, come più sopra ricordato, con il nuovo mutuo autorizzato, ancorché 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 2011, ma si conferma il rallentamento già evidenziato nel 2009 e 2010 nel grado di rinnovo del patrimonio aziendale: all’incremento percentuale del 7% del 2008 si contrappone un 5,1% del 2009, un 3,3% del 2010 e un 4,8% del 2011, cui corrisponde un valore assoluto di nuovi investimenti nell’anno appena concluso di circa 12 milioni di euro (pari al 2010, contro i 19 milioni del 2009 e i 25 del 2008).

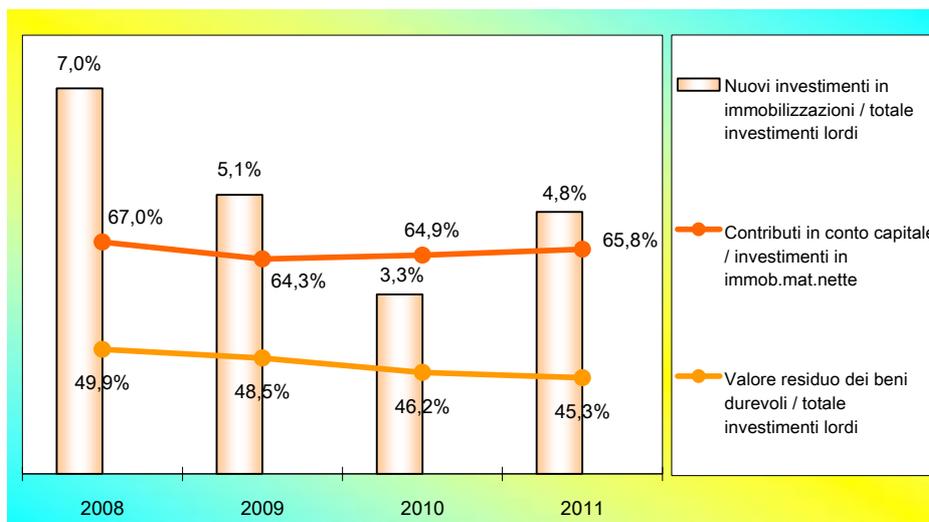


Figura 20: Grado di copertura degli investimenti.

Il grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici è sostanzialmente allineato ai valori dei precedenti esercizi, in relazione alle politiche di finanziamento degli investimenti prima esaminate. Vale la pena ricordare comunque che investimenti in beni mobili (soprattutto attrezzature sanitarie, hardware, e software) e interventi di manutenzione straordinaria non sono interamente finanziati con contributi pubblici, ma con altre fonti dedicate, quali mutui, alienazioni patrimoniali, donazioni o quote di ammortamento utilizzabili a seguito dei risultati di bilancio conseguiti in linea con gli obiettivi economico-finanziari assegnati dalla Regione.

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".

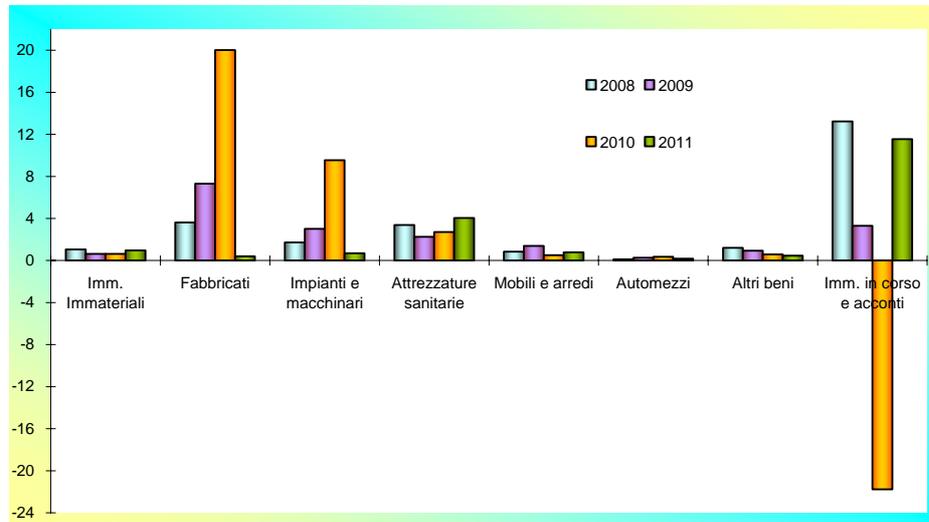


Figura 21: Investimenti per tipologia.

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.

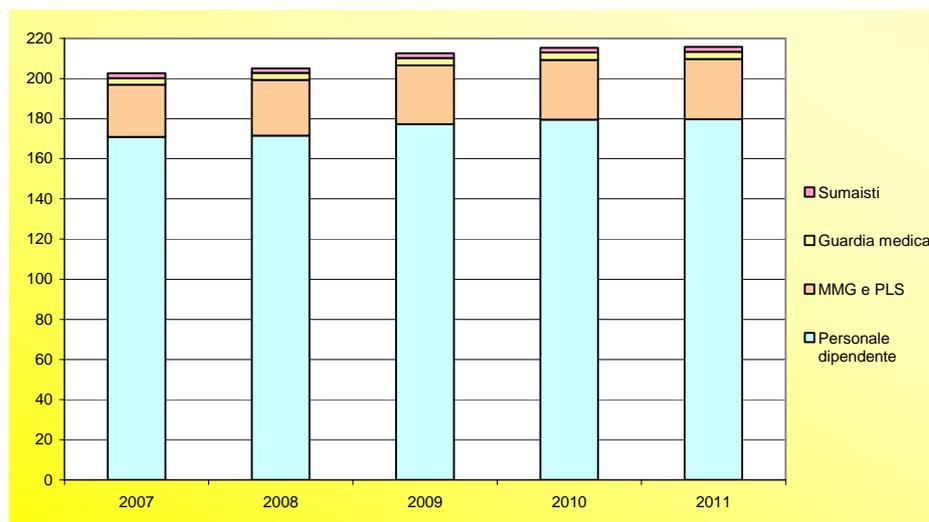


Figura 22: Volume degli stipendi del personale dipendente e convenzionato.

I numeri del contributo complessivo dell'azienda all'economia della Provincia sono i seguenti: 3.658 lavoratori dipendenti al 31 dicembre 2011 (per un approfondimento sulla composizione del personale si veda il successivo paragrafo 4.1, la "carta di identità" delle persone in azienda, pag. 125 e soprattutto la relativa Appendice 4, pag. XLIX), cui vanno aggiunti i convenzionati (circa 400



tra MMG, PLS, medici di continuità assistenziale e sumaiisti) 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 215 milioni di euro (vedi Figura 22). Quasi il 90% dei dipendenti risiede in Provincia.

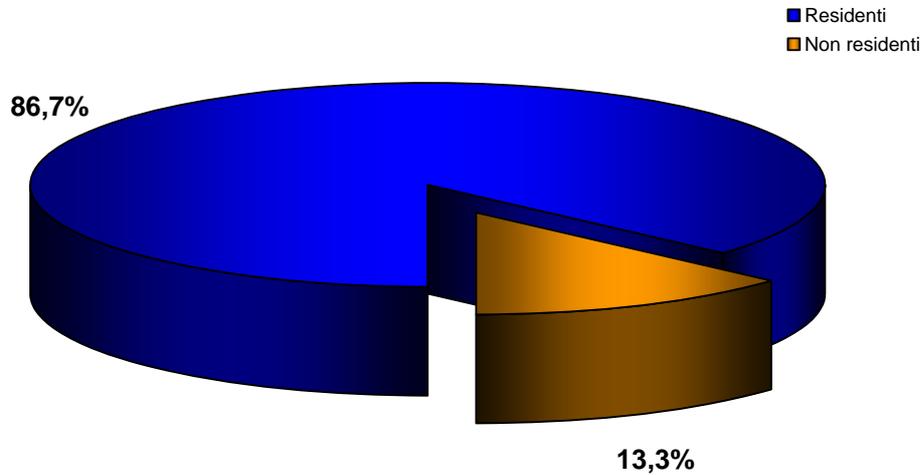


Figura 23: Dipendenti per residenza.

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 completamente risolta. Cominciano quindi a diminuire i lavoratori stranieri presenti in azienda. Al 31 dicembre 2011 lavoravano in Azienda 44 stranieri, provenienti sia da Paesi comunitari che extracomunitari (vedi Figura 24), contro i 64 del 2007.

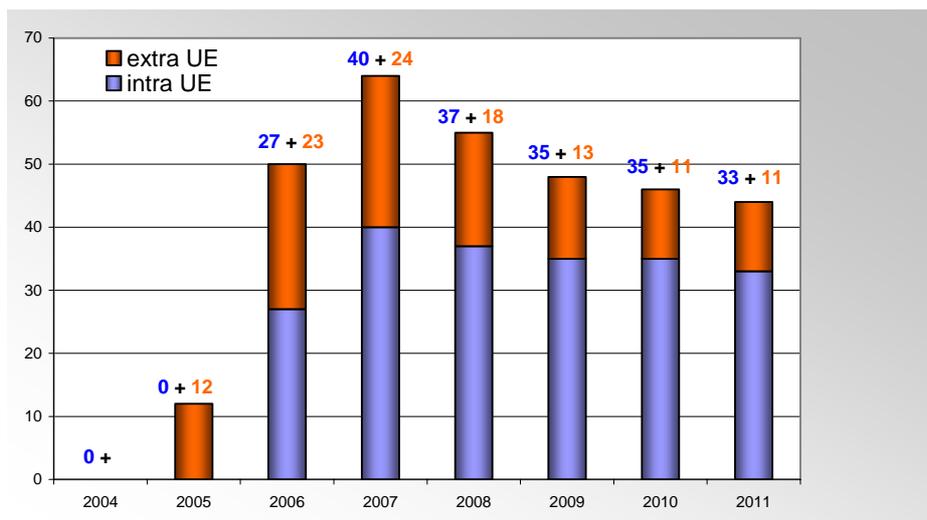


Figura 24: Lavoratori stranieri.

Il numero dei dipendenti appartenenti alle categorie protette è stabilmente intorno alle 90 unità (vedi Figura 25).

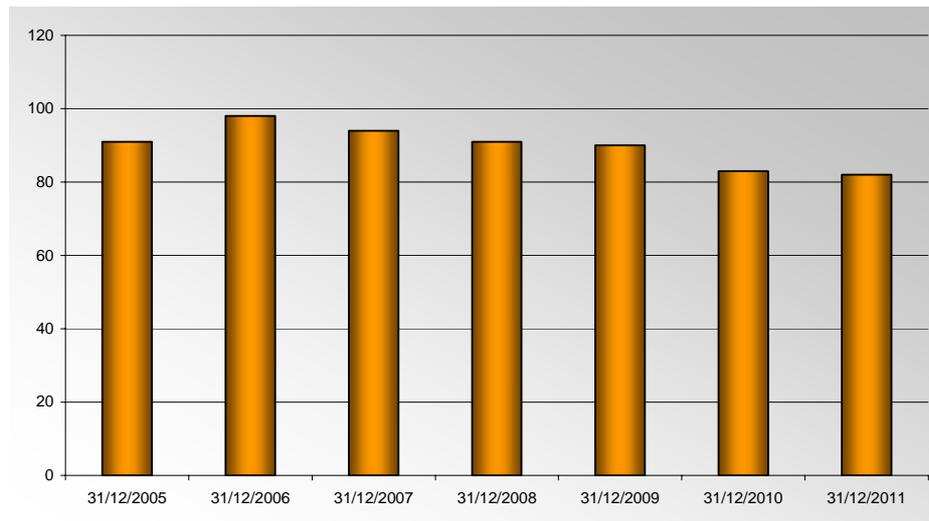


Figura 25: Dipendenti occupati nell'ambito delle categorie protette.

Circa il 17% dei beni e servizi sono acquistati da imprese con sede in Provincia (in aumento rispetto al 15% del 2009), il 26% da imprese con sede nel resto della Regione e il restante 57% da imprese con sede legale altrove (vedi Figura 26).

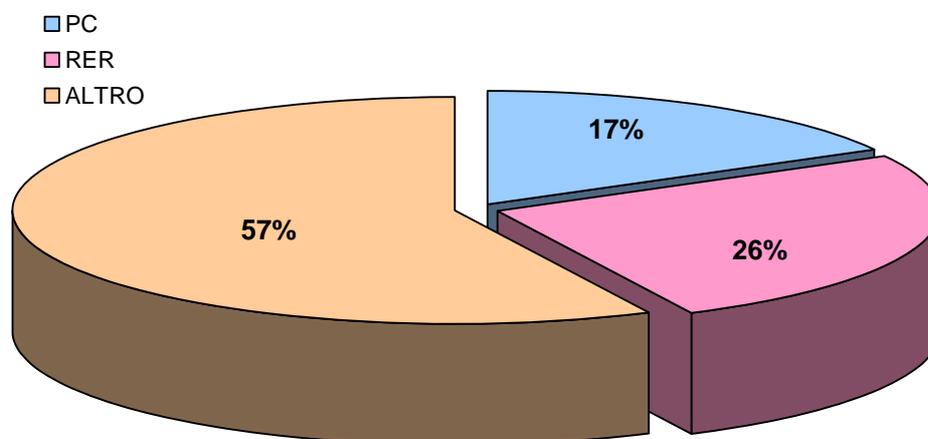


Figura 26: Volume acquisti per sede del fornitore.

E' comunque interessante disaggregare il dato e rilevare come le imprese di Piacenza (vedi Figura 27) siano molto presenti nei settori delle manutenzioni (oltre il 50%), dei servizi non sanitari (35%), dei beni economici (28%) e soprattutto servizi alla persona (44%).

Vanno inoltre considerati due fattori importanti:

- l'appalto delle pulizie, che rientra nei servizi non sanitari, è aggiudicato ad un'impresa di Bologna, ma l'esecutore è di Piacenza;



- nei servizi alla persona alcuni fornitori del settore socio sanitario sono cooperative emiliane con sede al di fuori della Provincia, ma il personale che vi opera e' quasi tutto piacentino.

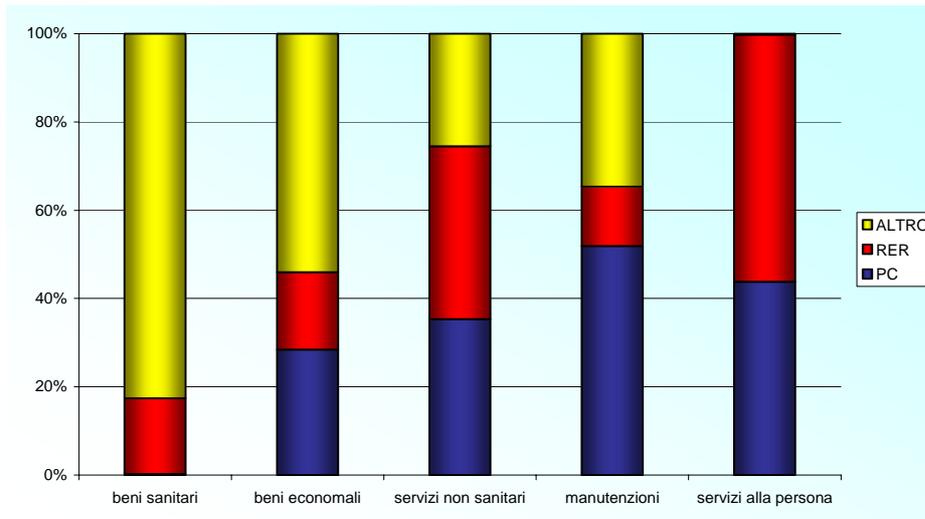


Figura 27: Volume acquisti per sede del fornitore per settore.

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 2011 il valore delle donazioni è stato complessivamente pari a oltre 650mila euro, in linea con i dati degli ultimi anni (vedi Tabella 1), soprattutto da parte di fondazioni bancarie e imprese, con una consistente quota rappresentata dalle donazioni della Fondazione di Piacenza e Vigevano.

	2007		2008		2009		2010		2011	
	n.	importo								
donazioni in denaro da privati	3	1.550	2	54.217	7	216.327			3	3.900
donazioni di beni da privati	2	5.350	2	3.000	4	52.345	7	14.640	2	16.100
donazioni in denaro da fondazioni bancarie e ditte	15	302.525	14	346.698	21	403.561	24	551.006	39	594.734
donazioni di beni da fondazioni bancarie e ditte	20	108.548	26	255.448	31	104.500	16	61.235	6	36.937
totale valore donazioni	40	417.972	44	659.363	63	776.733	47	626.881	50	651.671

Tabella 1: Donazioni.

2.2.3 Impatto culturale

Anche nel 2011 l'Azienda ha proseguito il percorso, intrapreso alcuni anni or sono, per la conservazione, restauro, valorizzazione e conoscenza dell'importante patrimonio costituito da beni storico-artistici, librari e documentari, architettonici e ambientali.



Le attività sono proseguite sulla scorta dei programmi aziendali già definiti ed anche di programmi individuati nel progetto regionale di cui alla DGR n. 889 del 2008 di valorizzazione dei beni culturali delle Aziende USL, cui l'Azienda ha ritenuto di aderire prevedendo, al fine di garantire adeguate condizioni per la corretta conservazione del patrimonio e consentire l'operatività necessaria nella realizzazione, diverse modalità operative e conseguenti articolazioni:

- 1° Parte: catalogazione del fondo antico della Biblioteca di Sala Colonne;
- 2° parte: recupero e riqualificazione Chiesa di San Giuseppe;
- 3° parte: recupero e valorizzazione dell'ex Convento Olivetano di San Sepolcro.



Figura 29: corridoio dell'ex Convento Olivetano di San Sepolcro.



Figura 30: Sala Colonne.

Per ciò che concerne la catalogazione del fondo antico della Biblioteca di Sala Colonne, dove viene conservato il patrimonio librario di rilevante interesse storico, in attuazione a quanto previsto dall'All. al Progetto contenuto nella DGR n. 889/2008, ed in conformità alla stessa, l'Azienda ha concluso l'attività di catalogazione del materiale librario, da parte della Ditta Pierreci Codess



Coopcultura, aggiudicataria della gara d'appalto realizzata nell'anno 2010. Durante l'anno 2011 dopo aver promosso diversi sopralluoghi già in corso d'opera da parte dei Consulenti della Soprintendenza ai beni artistici e culturali della Regione, e del Conservatore della Biblioteca Passerini Landi, ha organizzato in novembre un evento pubblico per la presentazione alla cittadinanza del lavoro compiuto.



Si tratta di un grande patrimonio storico-artistico di proprietà dell'Azienda, ospitato oggi in quello che è stato il Monastero degli Olivetani, committenti della basilica di San Sepolcro ad Alessio Tramello. Durante la manifestazione, che ha visto la partecipazione di un folto e qualificato pubblico, il risultato del lavoro di restauro che ha impegnato l'azienda per oltre un anno, è stato illustrato, oltretutto dal Direttore generale, da Rosaria Campioni (Soprintendente ai beni librari e documentari dell'Emilia-Romagna), Stefano Arieti (docente di storia della medicina all'università di Bologna), e Antonio Corvi (Presidente dell'Accademia italiana di storia della farmacia).

Al di là dell'interesse che rivestono per gli studiosi, le tavole dei volumi di grande formato messi in mostra (selezionati tra i quasi 3.400 titoli del Fondo antico, cronologicamente compreso tra il 1501 e il 1830, cui si aggiungono altrettanti libri del Fondo moderno, dal 1831 ai giorni nostri) hanno indubbiamente anche un pregio artistico, con vere rarità bibliografiche, come una cinquantina di Benedetto Vittori, «che non risulta censita in nessuna biblioteca italiana». Pur essendo prevalente l'ambito medico, tra i volumi ci sono anche testi giuridici, geografici, musicali e letterari.

In ordine al recupero e alla riqualificazione della Chiesa di San Giuseppe, completato nel 2009 il restauro estetico-conservativo di tutto il ciclo pittorico a olio su tela, l'Azienda ha ottenuto dalla Soprintendenza per i Beni Architettonici e per il Paesaggio l'autorizzazione a procedere ad un intervento di recupero complessivo della Chiesa, ed in particolare dell'apparato decorativo.



Figura 31: interno della chiesa di San Giuseppe.

Al fine di sensibilizzare la cittadinanza e reperire fondi per proseguire nelle attività di restauro, l'azienda aveva presentato l'iniziativa "Adotta un Putto" già al Forum P.A. di Roma del 2010. Tale iniziativa prevedeva l'intervento di restauro, con oneri a carico dei cittadini che "avrebbero adottato" i dipinti (angioletti in volo ad affresco a muro) collocati in apposite riquadrature di stucco lungo le pareti perimetrali della navata centrale, nelle cappelle laterali, nel sottarco della zona absidale, negli spicchi sopra cappelle laterali, opera del pittore fiammingo Robert De Longe. L'iniziativa è stata accolta con grande successo di pubblico e di critica e la stampa locale ne ha dato notevole risalto.



Figura 32: Putti



Gli angioletti affrescati lungo la navata della chiesa di San Giuseppe hanno trovato chi si è preso cura di loro: otto putti sono già stati recuperati, sotto la direzione della competente Soprintendenza, ma altri sei hanno già trovato chi si sobbarcherà l'onere del restauro, segno dell'accoglienza favorevole dell'iniziativa da parte di associazioni e privati cittadini. Nel corso di una breve cerimonia organizzata nel novembre 2011 i risultati dell'iniziativa "Adotta un putto" sono stati presentati alla cittadinanza, alla presenza del restauratore Davide Parazzi, che ha illustrato l'intervento eseguito, e dello storico dell'arte Ferdinando Arisi, che si è soffermato sulla figura dell'artista Robert De Longe, artefice di varie opere custodite nell'edificio religioso di via Campagna. Ai benefattori è stata consegnata una riproduzione dei putti realizzata su legno con la tecnica dell'affresco. Nell'anno 2012 occorre proseguire i lavori di recupero e restauro: si provvederà, con l'aiuto di sponsor locali, a completare il restauro delle due cappelle e dei putti ivi rappresentati.

Nell'anno 2011 inoltre, alla presenza dell'Assessore alle politiche per la salute Carlo Lusenti, è stata inaugurato il nuovo reparto di oncologia, con accesso dai chiostri di Santa Vittoria. L'opera ha comportato una consistente operazione di recupero architettonico. Nella nuova sede, pur rispettando la bellezza e la storicità della struttura, la superficie a disposizione dell'Oncologia è stata quasi raddoppiata; nell'allestimento degli ambienti, l'Azienda UsI ha prestato grande attenzione all'accoglienza e al comfort dei pazienti.



Figura 33: Chiostri di Santa Vittoria.

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, tra i quali vale la pena ricordare:

- 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 concerto “Solstizio di estate”, che si è tenuto nei chiostri dell’ospedale grande nell’ambito delle iniziative della “Festa europea della musica”, patrocinato dal Comune di Piacenza;
- il concerto delle “Voci bianche” del Coro Farnesiano in Sala Colonne in occasione del consueto incontro prenatalizio del Vescovo con gli operatori della sanità e le associazioni di volontariato.
- la mostra fotografica “Le dimore invisibili”, allestita nel periodo delle festività natalizie al primo piano del polichirurgico. Palazzi abbandonati, stanze sporche, finestre senza vetri, frigoriferi usati come armadi sono le “abitazioni” fotografate da Giulio Merli per raccontare le storie dei senza dimora di Piacenza. L’iniziativa rientrava nel progetto regionale di contrasto alla povertà e all’esclusione sociale, promosso dal Centro di servizio per il volontariato di Piacenza. Le fotografie, scattate tra aprile e settembre 2011, erano accompagnate da interviste alle persone senza dimora, realizzate da Merli insieme ai co-autori del progetto, gli operatori sociali Brunello Buonocore, Rita Casalini, Stefania Mazza e Fabrizio Statelo.

2.2.4 Impatto ambientale

Le azioni intraprese per il perseguimento degli obiettivi in campo energetico ed ambientale sono state nel 2011 in estrema sintesi le seguenti:

- l’azienda ha aderito a numerose convenzioni intercent-er con requisiti di compatibilità ambientale, in particolare in relazione a: derrate alimentari (prodotti provenienti da agricoltura convenzionale), automezzi (automezzi con alimentazione bi-fuel e ibrida, o dotati di FAP o con omologazione Euro 5 come di seguito meglio specificato), calzature e dispositivi di sicurezza, carta e cancelleria (vari articoli in convenzione), n° 11 notebook (come da convenzione), noleggio di fotocopiatori (come da convenzione);
 - in relazione in particolare agli automezzi, l’Azienda ha completato gli atti preliminari, quali ad esempio il completamento delle informazioni necessarie ad un più efficiente censimento di tutto il parco auto e una razionalizzazione nella gestione dei dati necessari, avviando poi le procedure per l’affidamento della gestione del parco auto; inoltre sono state sostituite n° 16 autovetture pre-euro con altrettanti nuovi veicoli funzionanti a gas metano. Alcune autovetture (due) sono state trasformate per adattare a funzionare con il combustibile GPL;
 - l’Energy Manager dell’Azienda ha partecipato ai lavori del Gruppo Regionale Energia e si è risposto nei tempi previsti a tutte le richieste relative ai diversi debiti informativi, e in particolare: dati tecnici e di consumo necessari per la fornitura di energia elettrica attraverso la gara regionale effettuata da Intercent-ER, scheda tecnica relativa al monitoraggio dell’adozione delle politiche per l’uso razionale dell’energia, rendicontazione energetica dell’azienda;
 - è 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;
 - è stato affidato un appalto per la fornitura e l’installazione di un impianto fotovoltaico da 158 kW;
- Infine, con l’obiettivo di contenere i consumi energetici nelle varie strutture, si è provveduto a:



- sostituire alcuni refrigeratori d'acqua per il condizionamento estivo di vecchia generazione con altri aventi COP più elevati;
- installare inverter su motori elettrici di Unità di Trattamento Aria e di pompe di circolazione;
- ottimizzare i tempi di funzionamento degli impianti di condizionamento estivo;
- monitorare le temperature estive ed invernali.

2.3 Livelli essenziali di assistenza

2.3.1 Costi

Nel 2010 il costo pro capite ponderato è stato nuovamente al di sotto della media regionale, consolidando così l'obiettivo di riallineamento che l'azienda sta perseguendo fin dal 2002. Per l'analisi dei risultati economici e finanziari aziendali si veda il precedente paragrafo 2.1, pag. 11.

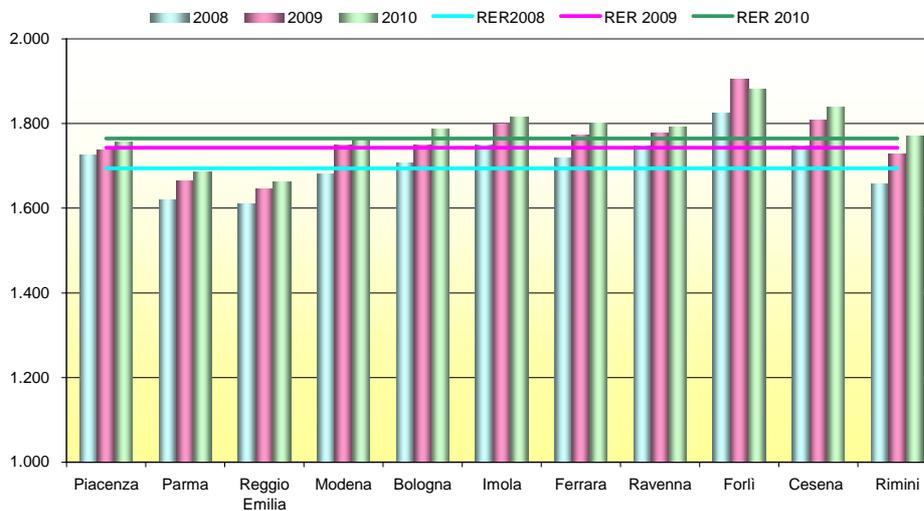


Figura 34: Costo pro capite ponderato.

I ricavi pro capite ponderati sono tutti ovviamente sostanzialmente allineati tra le diverse realtà (vedi Figura 35).

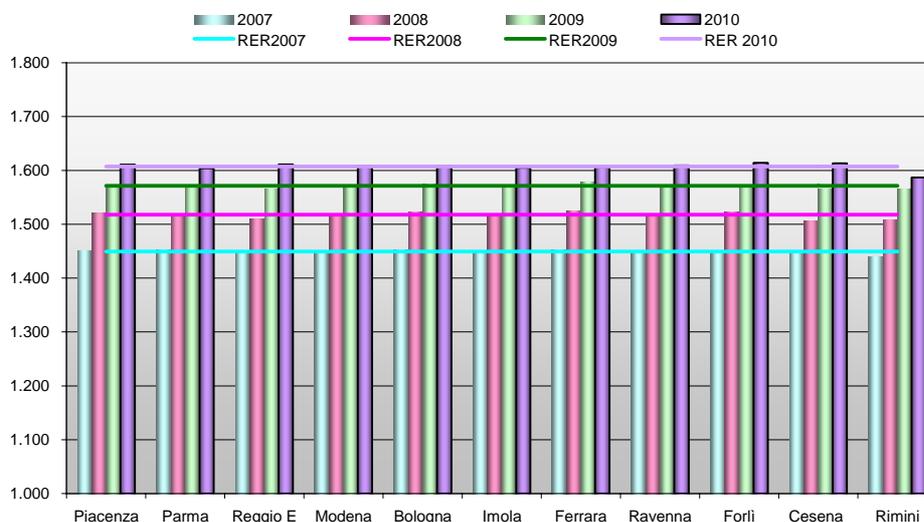


Figura 35: Finanziamento pro capite ponderato.



Sono ad oggi disponibili i primi dati di confronto relativi al 2011, come ad esempio i costi e ricavi complessivi, che non erano disponibili alla data della stesura della relazione al bilancio di esercizio.

Complessivamente le azioni di governo dei costi hanno permesso anche per il 2011 di mantenere un trend di crescita dei costi inferiore a quello delle aziende della stessa tipologia (e cioè senza un'azienda ospedaliera nel territorio di riferimento) di oltre il 6%. Negli ultimi anni la crescita dei costi a Piacenza è stata tra le più basse della Regione (vedi Figura 36).

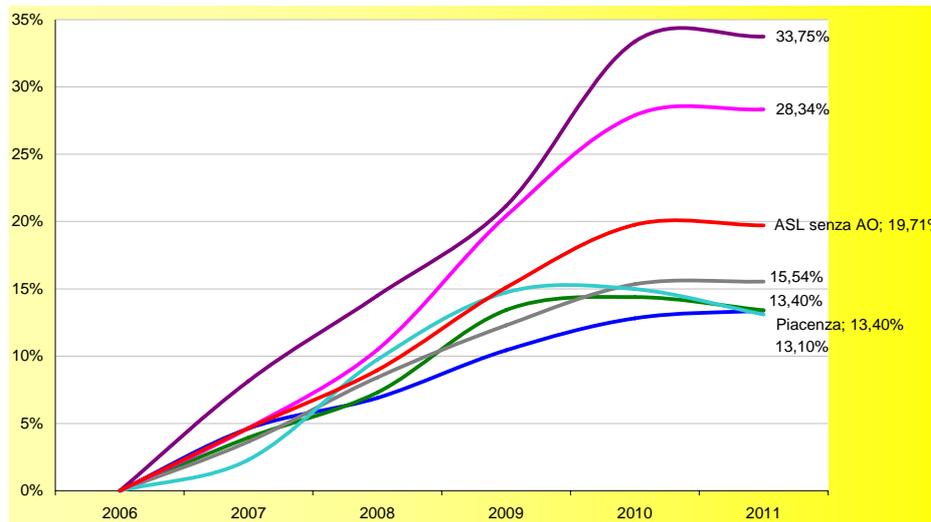


Figura 36: Trend di crescita dei costi.

Anche se si analizza il trend dei ricavi complessivi (anche in questo caso è disponibile il dato 2011), si evidenzia come Piacenza sia tra le aziende con l'incremento più basso a livello regionale, inferiore alla media delle aziende della stessa tipologia di circa il 3,5%, grazie ai risultati ottenuti in termini di governo del disavanzo.

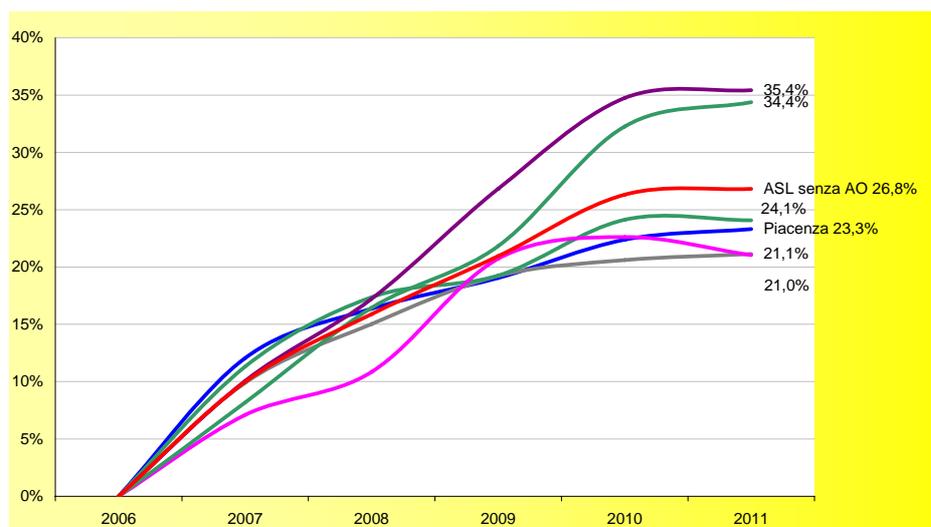


Figura 37: Trend di crescita dei ricavi.



Le successive figure mostrano il costo pro capite ponderato per livello di assistenza, aggiornato anch'esso al 2010. Per quanto riguarda la Sanità pubblica (vedi Figura 38), il dato è stabile rispetto al 2009 (59,1 euro procapite, contro i 59,3 dell'anno precedente) e la differenza con la media è ora intorno al 2% (la media regionale è stata nel 2010 di 57,9 euro procapite). Il riallineamento con la media regionale si può quindi considerare quasi completato (vedi Figura 39).

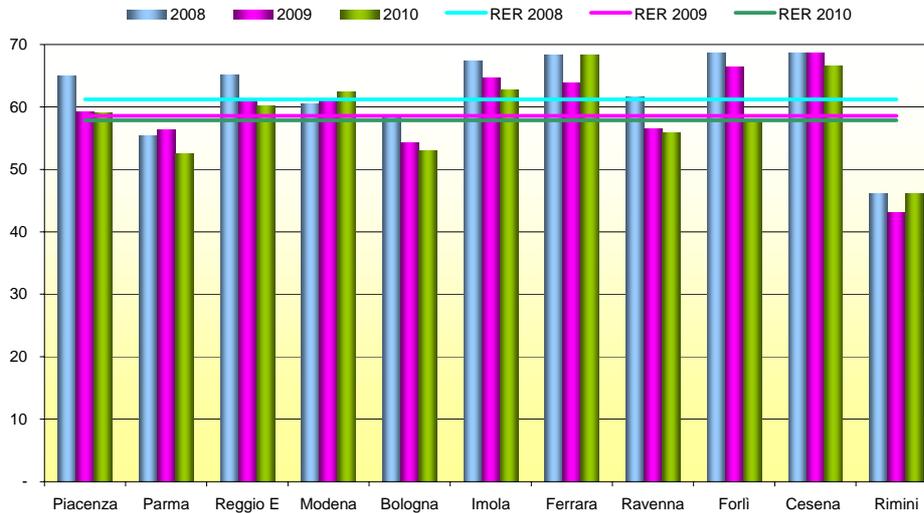


Figura 38: Costo pro capite Sanità pubblica.

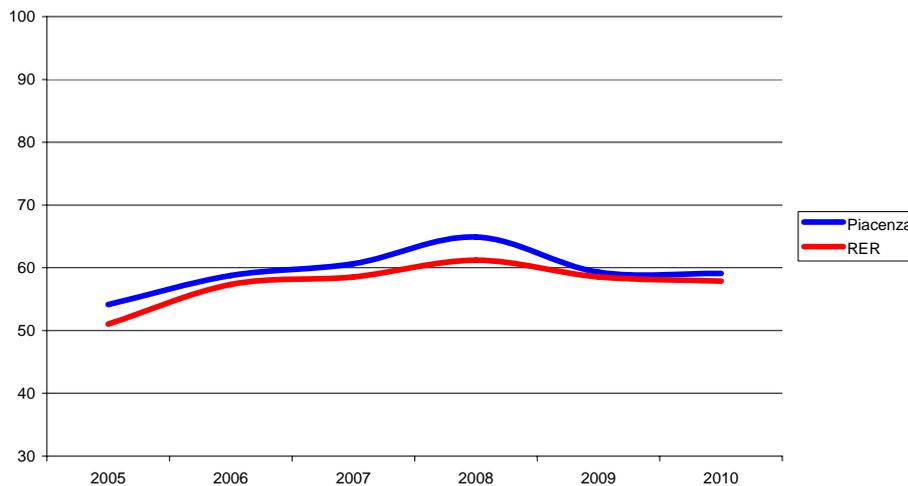


Figura 39: Trend costo pro capite Sanità pubblica.

In relazione all'assistenza territoriale l'AUSL di Piacenza ha mostrato tassi di crescita inferiori alla media regionale, la spesa pro capite è in sostanziale allineamento (vedi Figura 41), pur restandone al di sopra (vedi Figura 40), anche se di soli 4 euro pro capite (1.023 contro 1.019, pari allo 0,4%).

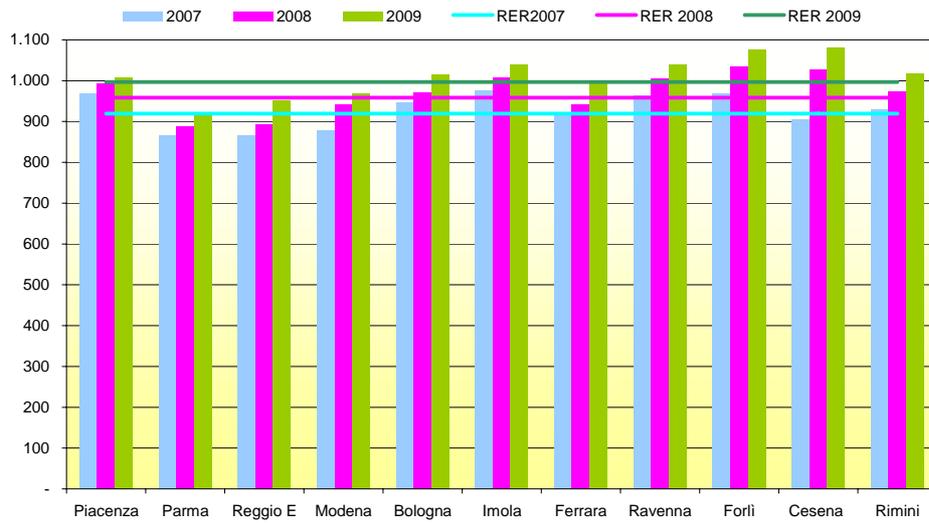


Figura 40: Costo pro capite assistenza territoriale.

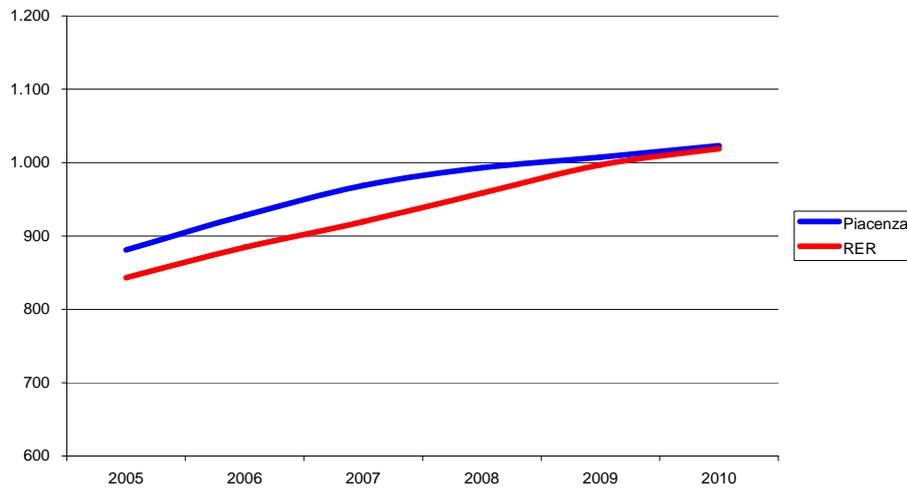


Figura 41: Trend costo pro capite assistenza territoriale.

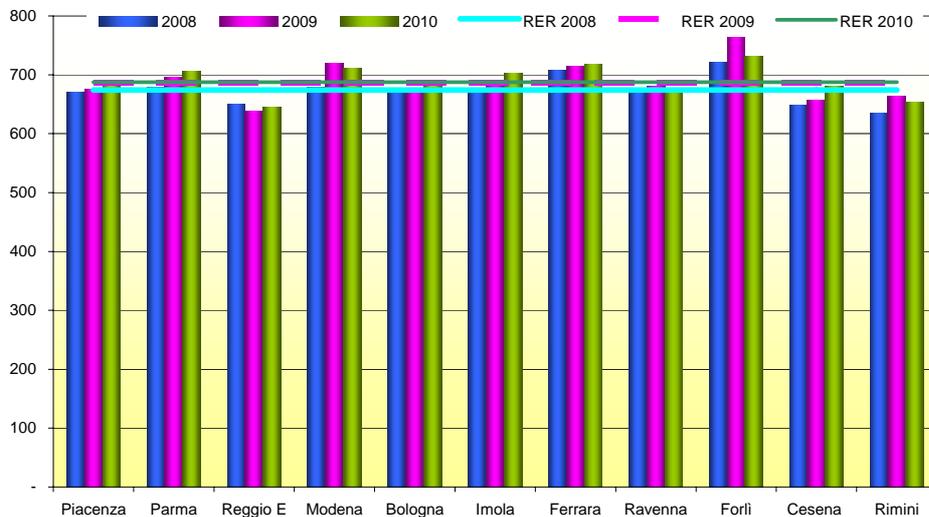


Figura 42: Costo pro capite assistenza ospedaliera.



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 173 a pag. 72), 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 è stabilmente al di sotto della media regionale (vedi Figura 42 e Figura 43). Nel 2010 il costo è stato inferiore di circa l'1% (680,4 euro contro 687,6).

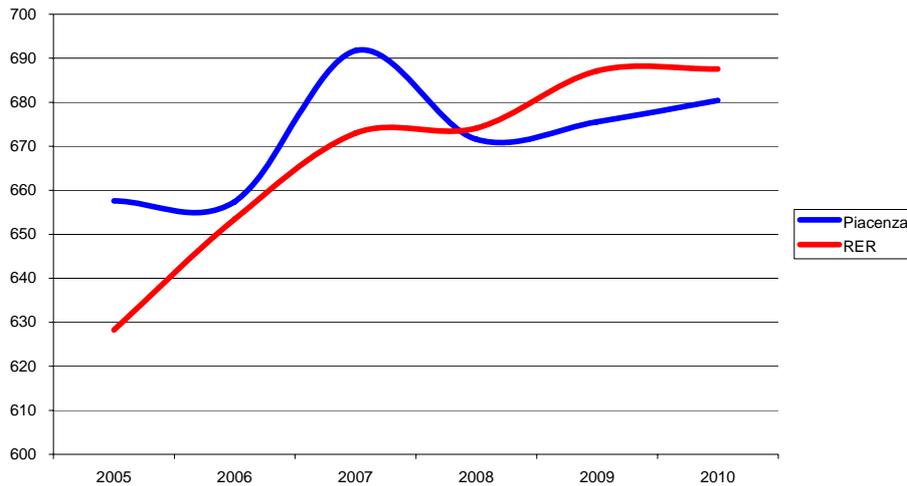


Figura 43: Trend costo pro capite assistenza ospedaliera.

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 degli sforzi dell'azienda verso il governo dei costi, ormai allineati alle medie regionali, anche se ancora leggermente superiori per il livello territoriale e inferiori come detto per il livello ospedaliero (vedi Figura 44).

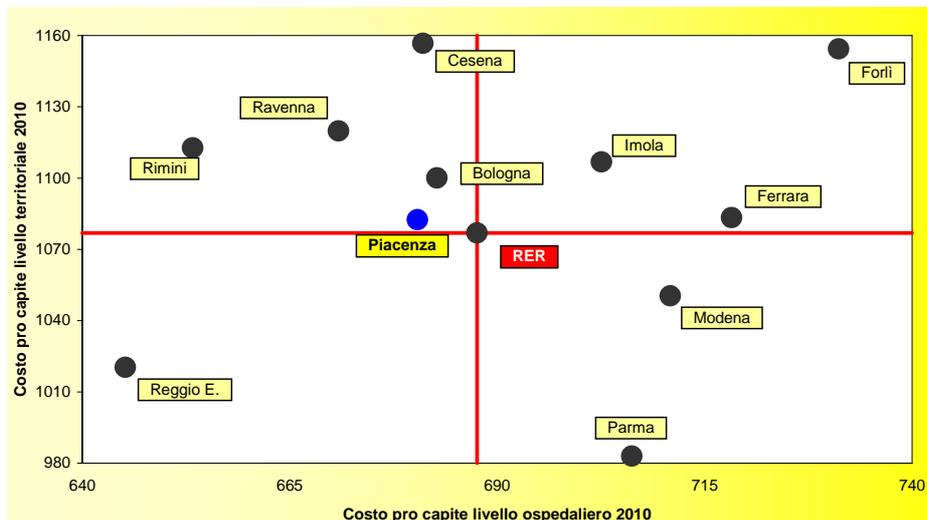


Figura 44: Costo pro capite assistenza ospedaliera e territoriale.



2.3.2 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Riguardo ai controlli sugli ambienti di lavoro l'azienda nel 2010 ha confermato il valore superiore alla media regionale in relazione alla percentuale di unità controllate (vedi Figura 45), mentre le infrazioni rilevate hanno raggiunto il dato regionale, pur con un andamento variabile negli anni (vedi Figura 46). Il numero complessivo delle Unità controllate è passato da circa 800 nel 2005 a quasi 1.500 nel 2011, confermando l'attenzione al comparto metalmeccanico, edile e dell'agricoltura.

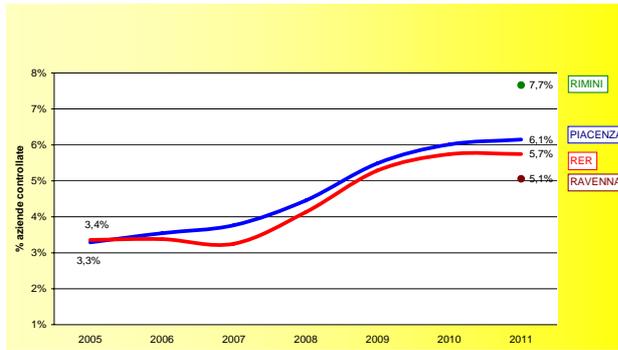


Figura 45: % di unità locali controllate.

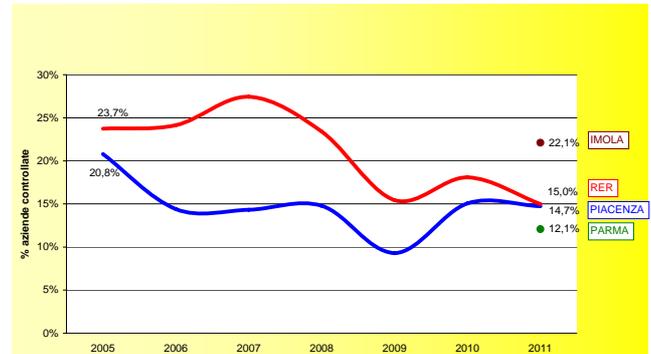


Figura 46: % di infrazioni.

A fine 2008 sono state unificate a livello nazionale le modalità di conteggio e di calcolo degli indicatori di attività e gli obiettivi sono stati rideterminati come illustrato nella successiva Figura 47. Il nuovo obiettivo è stato raggiunto fin dal 2008, attestandosi nel 2011 all'11,4% a fronte di un 10,5% medio regionale.

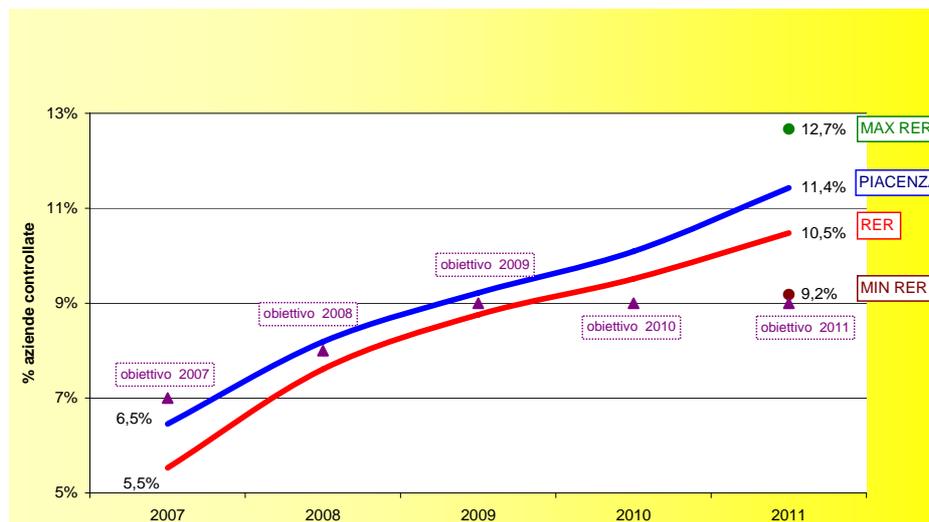


Figura 47: % unità controllate nuovo sistema di calcolo.

La percentuale di sopralluoghi sugli allevamenti presentava nel 2002 l'indicatore più basso a livello regionale; negli ultimi anni il trend è stato in decisa crescita e sono stati raggiunti risultati in linea con la media regionale (vedi Figura 48). Nel 2011 i sopralluoghi complessivi sono stati più di 9.000.

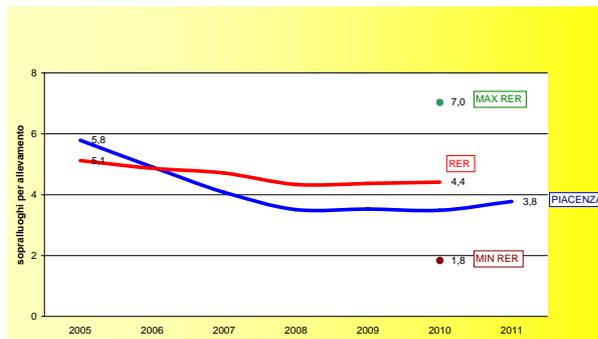


Figura 48: Sopralluoghi sugli allevamenti censiti.

In relazione alle aziende di ristorazione e alle aziende alimentari, l'andamento degli indicatori relativi a controlli e infrazioni, molto variabile nel tempo, è illustrato nelle figure seguenti (vedi da Figura 49 a Figura 52).

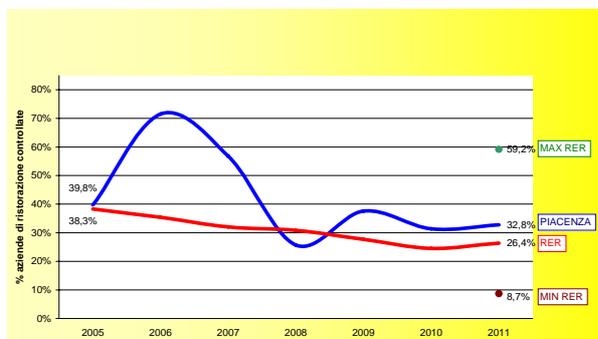


Figura 49: % di aziende di ristorazione controllate.

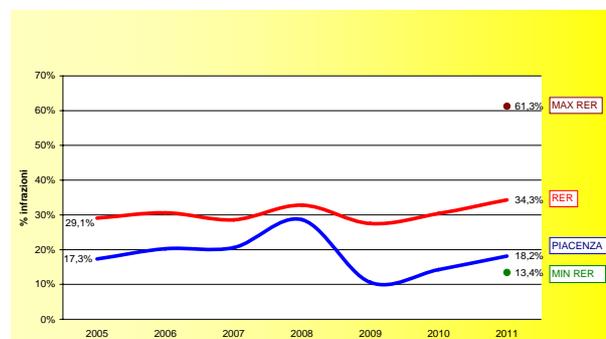


Figura 50: % di infrazioni.

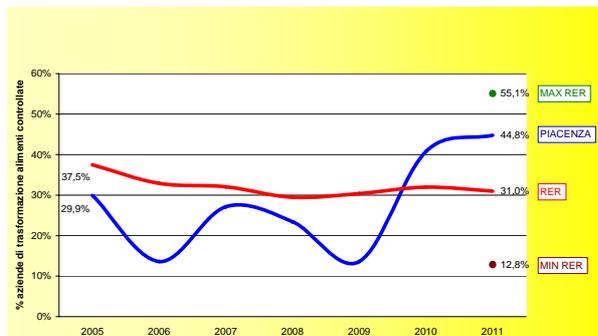


Figura 51: % di aziende alimentari controllate.

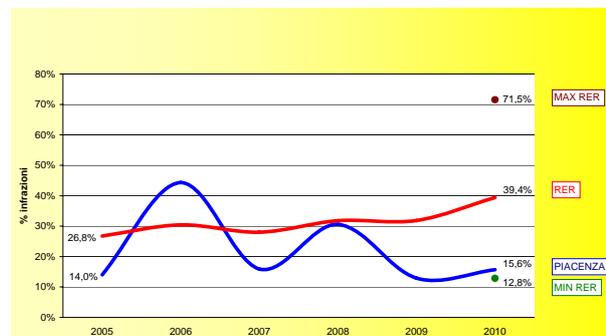


Figura 52: % di infrazioni.

Quanto alle attività di screening, il percorso è ormai consolidato: l'avanzamento dei programmi nel 2011 è risultato pari al 100% per il pap-test e il colon-retto, e al 99% per il mammografico. L'adesione corretta è superiore al valore soglia per tutti gli screening, e rispettivamente: 68% per il mammografico, 65,5% per il pap-test (che supera per la prima anche volta il valore definito "desiderabile") e 52,5% per il colon-retto, mentre i corrispondenti valori di adesione grezza sono stati rispettivamente 60%, 57% e 51,5%. I risultati in termini di adesione con l'indicazione dei rispettivi valori soglia e desiderabili sono illustrati nelle successive figure (vedi da Figura 53 a



Figura 55). In particolare in relazione allo screening mammografico va specificato che il valore aziendale 2011 comprende tutte le fasce di età (quindi anche le nuove fasce di età 45-49 e 70-74 da poco inserite nel programma), mentre il confronto con i dati regionali fino al 2010 è relativo alla fascia di età storicamente oggetto di screening (50-69). Relativamente al 2010 (ultimo confronto disponibile a livello regionale) l'adesione specifica per le nuove fasce di età inserite nello screening è stata del 61,6% per la fascia 45-49 (molto vicina alla media regionale, pari al 62,7%) e del 56% per la fascia 70-74, sensibilmente inferiore al 65,6% medio regionale.

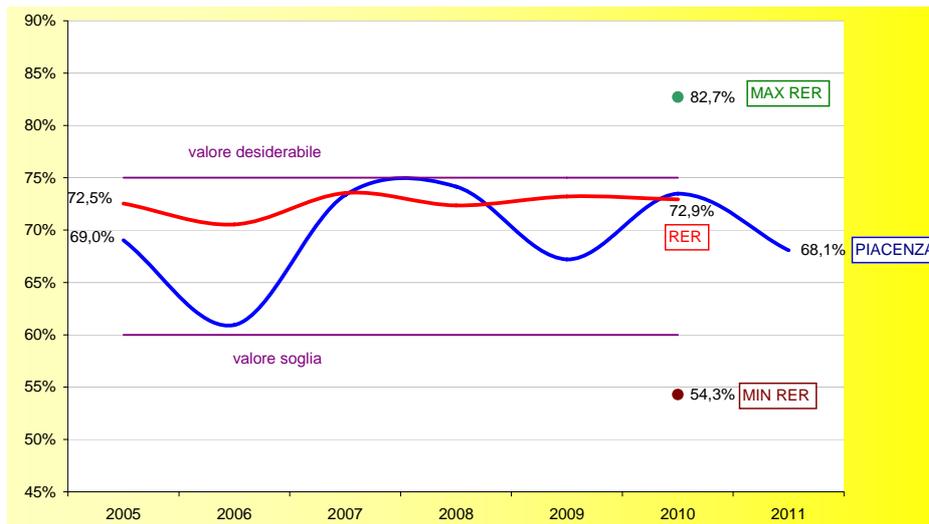


Figura 53: Adesione allo screening mammografico.

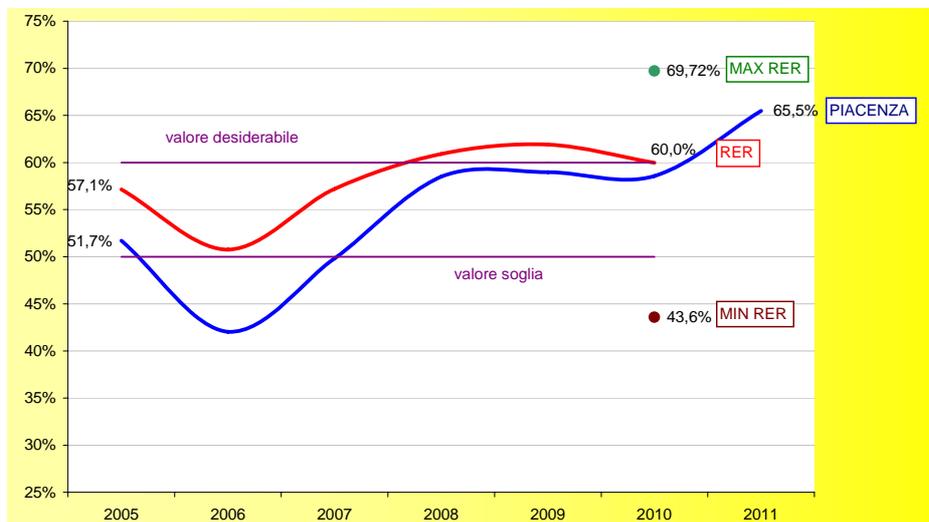


Figura 54: Adesione allo screening citologico.

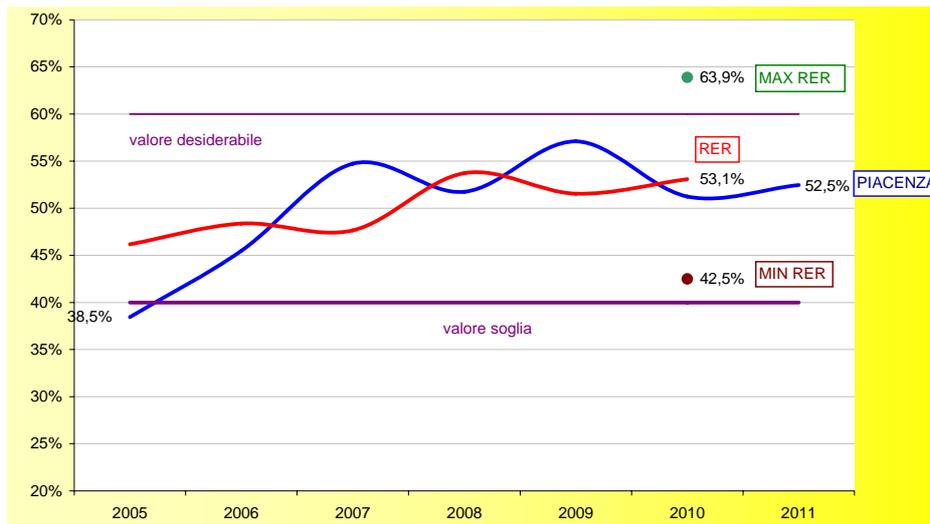


Figura 55: Adesione screening colon retto.

In relazione alla vaccinazione antinfluenzale della popolazione anziana, nel 2010 si è assistito ad un calo generalizzato a livello regionale e nazionale, forse dovuto agli allarmi degli ultimi anni, poi rivelatisi sovradimensionati. Il dato della campagna 2011/1012 è in ripresa sia a Piacenza che a livello regionale (vedi Figura 56). Anche la copertura del personale di assistenza è stata in forte calo in tutta la regione lo scorso anno, per poi risalire in provincia di Piacenza nel 2011, in controtendenza con la media regionale. Il dato piacentino è sovrapponibile al dato medio regionale, intorno al 21%.

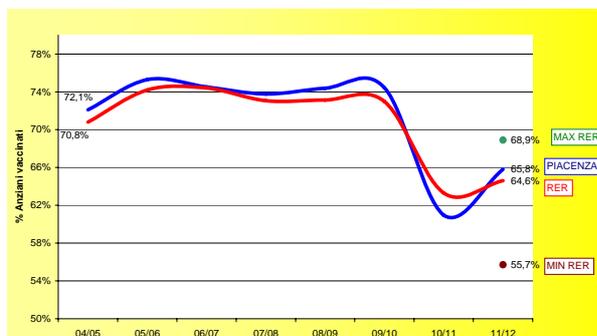


Figura 56: % anziani vaccinati contro l'influenza.

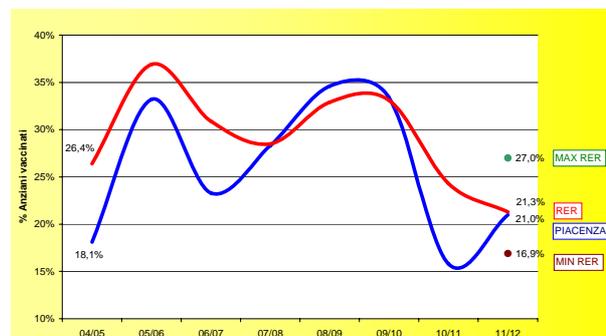


Figura 57: % operatori vaccinati contro l'influenza.

Le coperture vaccinali per l'infanzia sono state mantenute, anche se in ulteriore leggero calo nel 2011, sia per le vaccinazioni obbligatorie che quelle consigliate (vedi dalla Figura 58 alla Figura 61). Per tutte le vaccinazioni le percentuali di copertura sono significativamente superiori alla media regionale e nel 2010 (ultimo confronto disponibile) in tutti i casi le più alte in assoluto.

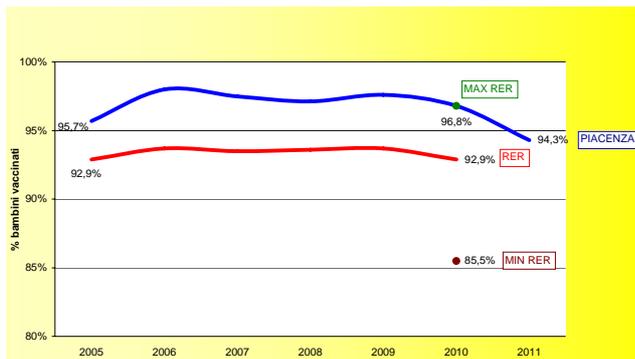


Figura 58: % bambini vaccinati contro il morbillo a 24 mesi.

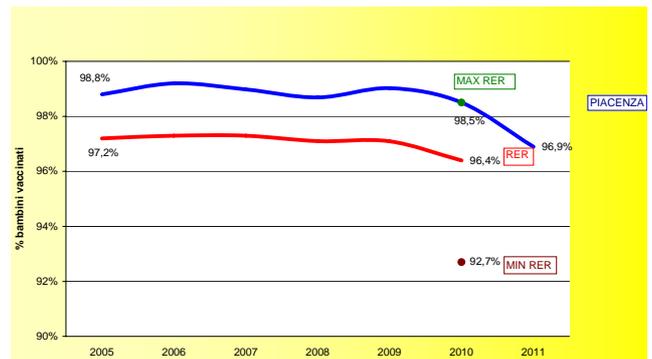


Figura 59: % bambini vaccinati contro la pertosse.

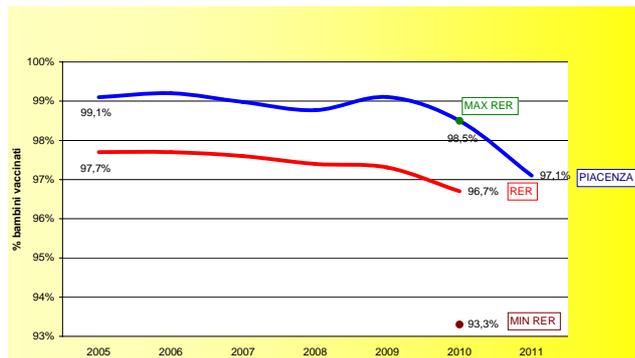


Figura 60: % bambini vaccinati contro la polio.

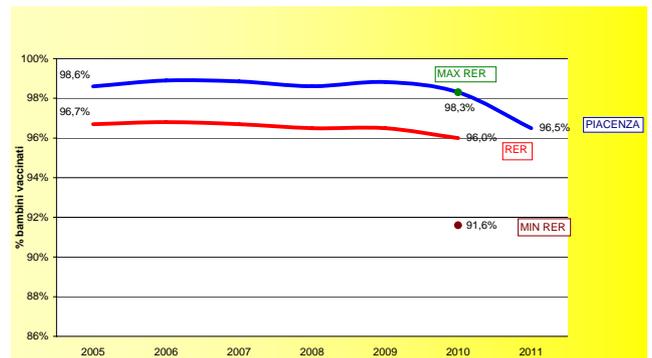


Figura 61: % bambini vaccinati contro la meningite.

A livello distrettuale (ultimo dato disponibile il 2010) è stata confermata la scelta di confrontare il dato relativo alla vaccinazione contro il morbillo a 24 mesi: i dati (vedi Figura 62), pur abbastanza sovrapponibili in tutti i distretti, evidenziano fino al 2009 un incremento rispetto all'anno precedente nei distretti laterali, mentre resta stabile e appena inferiore agli altri due territori la copertura in città. Il calo registrato a livello provinciale nel 2010 non ha riguardato il distretto di Ponente, che ha invece visto aumentare la copertura.

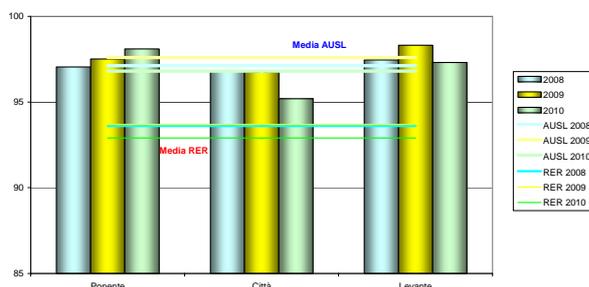


Figura 62: % bambini vaccinati contro il morbillo per distretto.

E' ormai consolidata la disponibilità dei dati di confronto a livello regionale sulle vaccinazioni antipneumococcica (vedi Figura 63) e antimeningococcica (vedi Figura 64 e Figura 65) per le coorti di riferimento. I risultati sono positivi, e vedono l'azienda di Piacenza vaccinare una percentuale di popolazione sempre superiore alla media regionale.

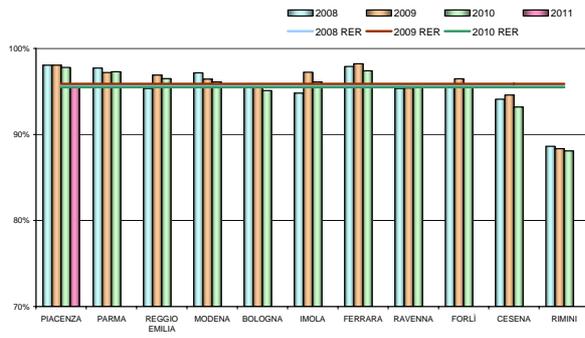


Figura 63: Vaccinazioni antipneumococco.

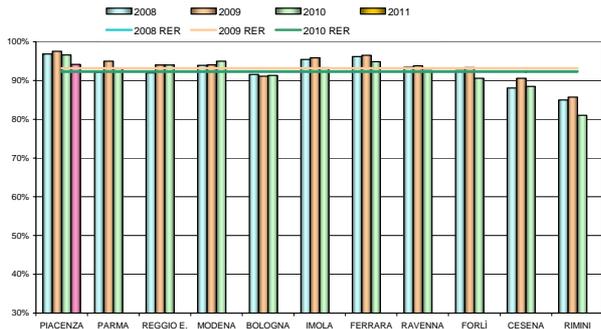


Figura 64: Vaccinazioni antimeningococco a 24 mesi.

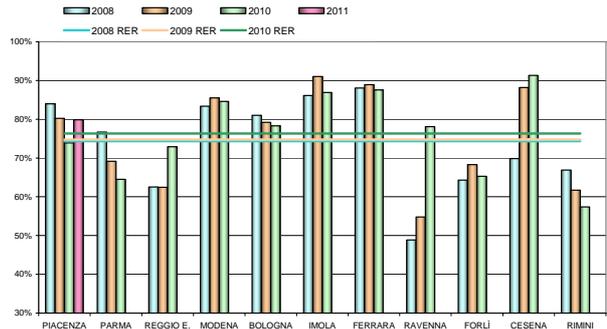


Figura 65: Vaccinazioni antimeningococco a 16 anni.

Le attività del nuovo 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 attualmente interessate alla vaccinazione su chiamata attiva è riportata nelle successive Figura 66 (prima dose) e Figura 67 (tre dosi).

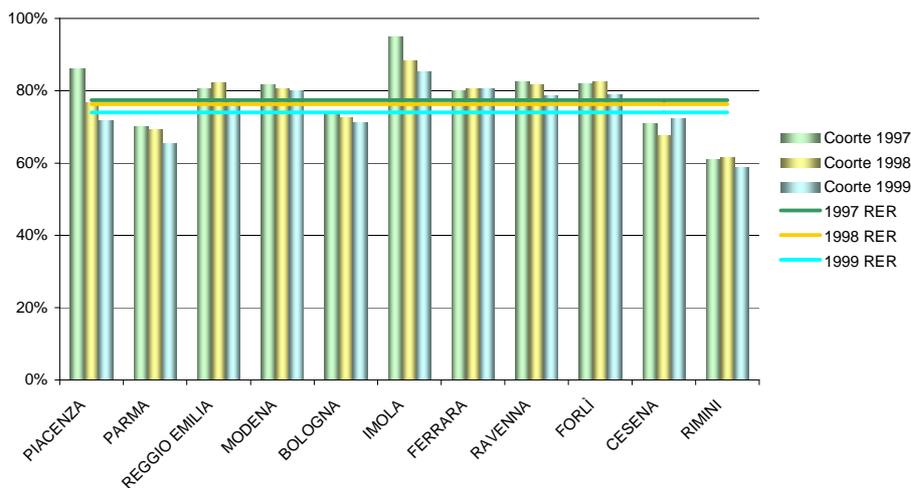


Figura 66: Vaccinazioni HPV (prima dose).

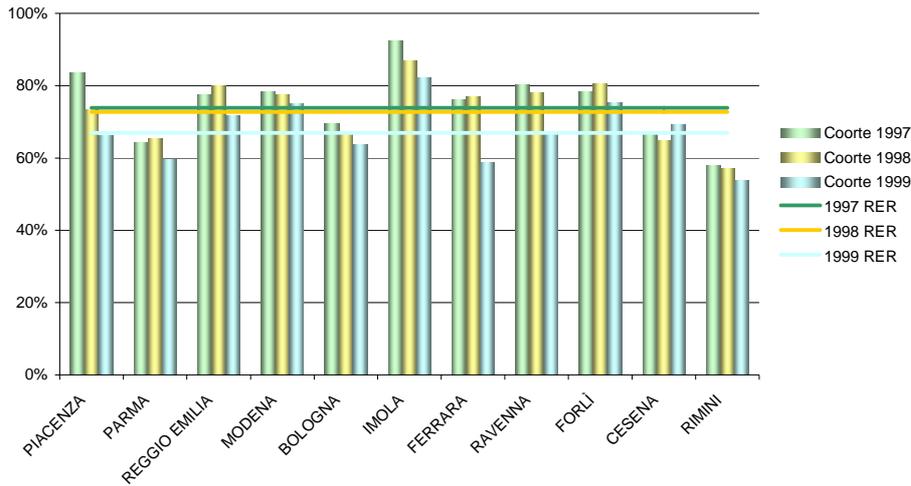


Figura 67: Vaccinazioni HPV (tre dosi).

Disaggregando per distretto, per le coorti con chiamata attiva il distretto che maggiore copertura è quello di Ponente, sia in relazione alla prima dose che a tre dosi (vedi Figura 68 e Figura 69).

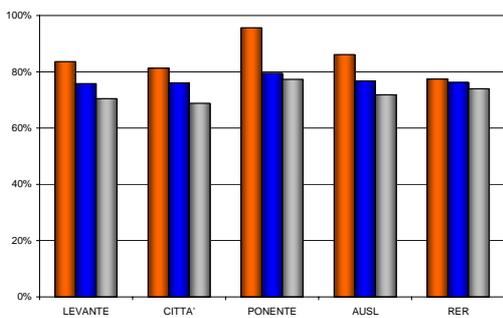


Figura 68: Vaccinazioni HPV per distretto (una dose).

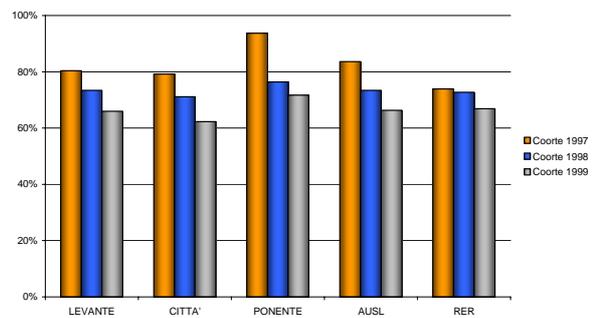


Figura 69: Vaccinazioni HPV per distretto (tre dosi).

2.3.3 Assistenza distrettuale



Figura 70: Comuni e distretti.



Le mappe che illustrano la distribuzione delle sedi erogative nel territorio della Provincia sono riportate in Appendice 2 (vedi da Figura 311, da pag. XL).

L'assistenza domiciliare è percentualmente superiore al dato regionale nella quota di assistenza erogata a ultranovantenni (vedi Figura 71 e Figura 72), nelle altre classi di età le percentuali sono molto simili a quelle medie regionali.

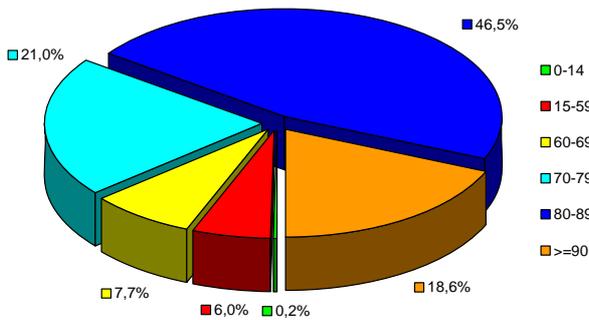


Figura 71: Composizione per età PC.

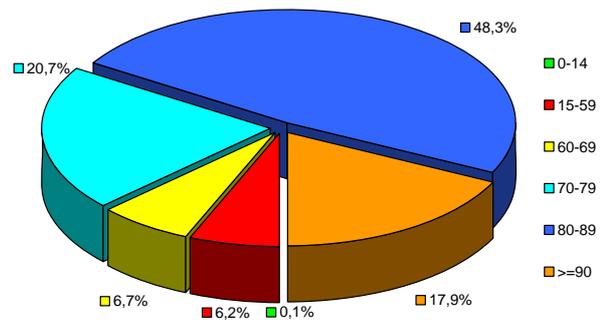


Figura 72: Composizione per età RER.

La successiva Figura 73 mostra i dati assoluti di attività in termini di pazienti seguiti in assistenza domiciliare, divisa per i diversi distretti per intensità: Assistenza domiciliare programmata (ADP) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di primo, secondo e terzo livello.

Nel 2010 le persone assistite in ADP sono ulteriormente incrementate rispetto al 2010 e sono complessivamente oltre 1.970, mentre è ancora leggermente in calo l'ADI. In ADI sono state assistite, nel 2011, oltre 650 persone.

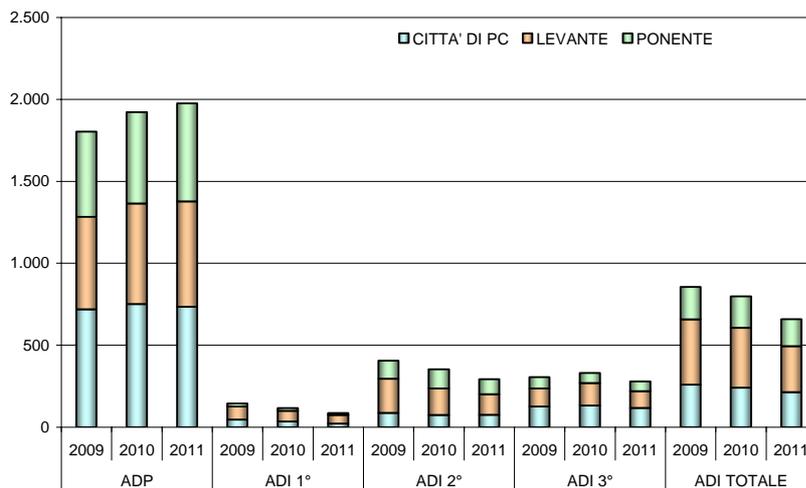


Figura 73: Assistenza domiciliare, pazienti assistiti.

La successiva Figura 74 mostra, sempre per distretto, la disaggregazione per tipologia: l'assistenza domiciliare medica è percentualmente più presente a Ponente, quella infermieristica in città e quella sociosanitaria a Levante.

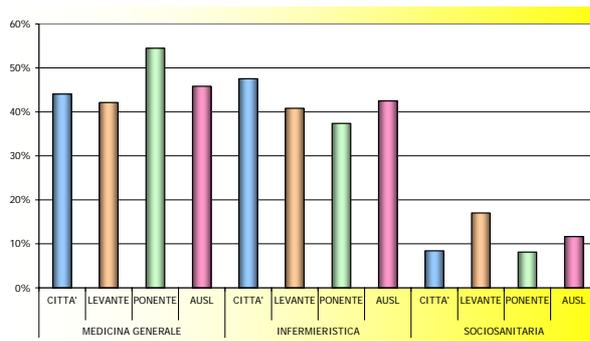


Figura 74: Composizione assistenza domiciliare per tipologia e distretto.

Il tasso specifico per classi di età per mille residenti, disaggregato per distretto e complessivo di azienda, è rappresentato nella successiva Figura 75.

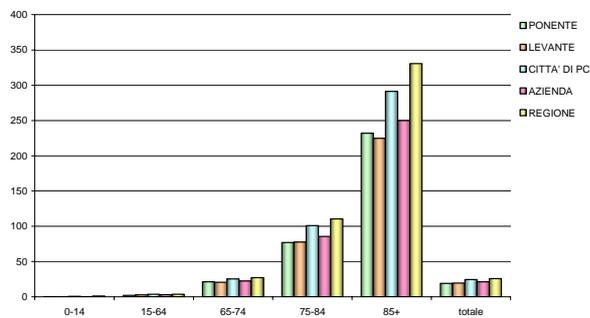


Figura 75: Tassi specifici per età e distretto.

La successiva Figura 76 evidenzia l'andamento degli ultimi tre anni del tasso complessivo, disaggregato per distretto, e confrontato con la media aziendale e regionale.

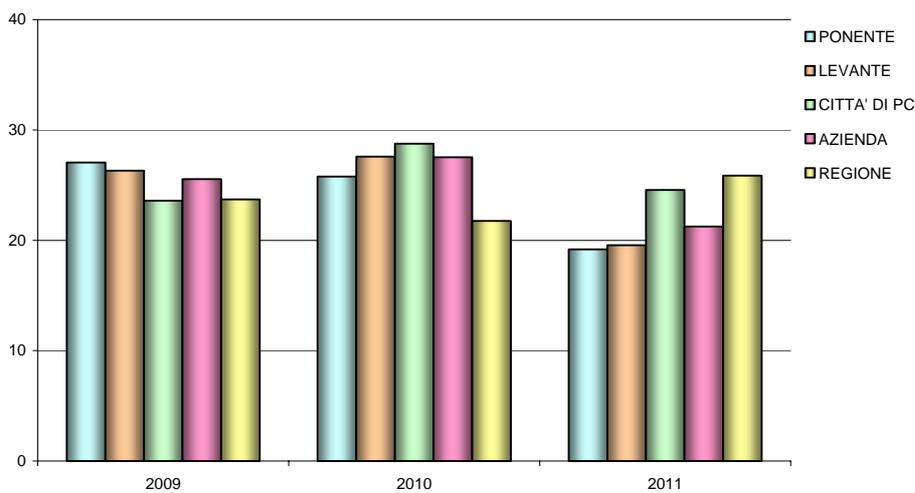


Figura 76: Tasso specifico complessivo per distretto.



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 sale all'80% se si considera il solo secondo semestre), e sempre compreso tra l'80% e il 90% negli anni successivi.

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%. La successiva Figura 77 mostra l'andamento dell'indice di occupazione settimanale delle due strutture.

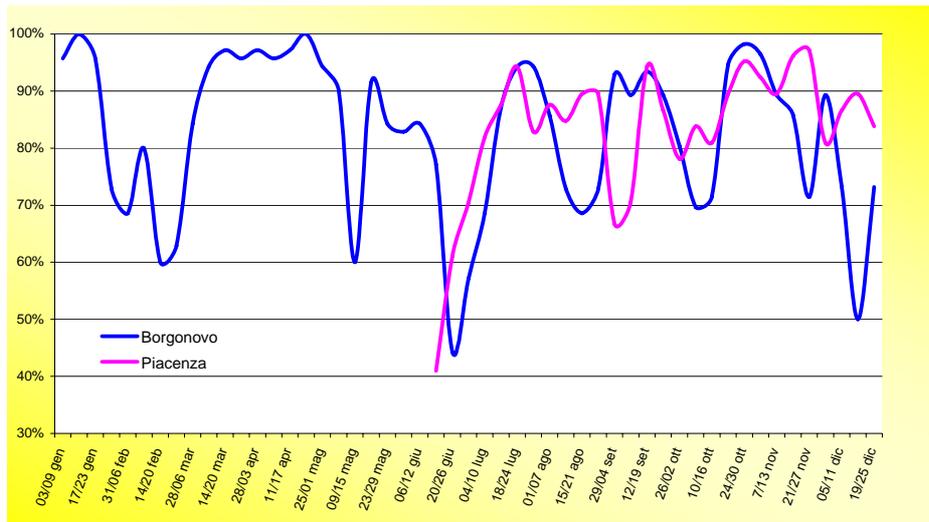


Figura 77: Tasso di occupazione settimanale hospice provinciali 2011.

Le figure che seguono mostrano, sempre in relazione al 2011, la composizione per provenienza degli utenti delle due strutture e la destinazione dei residenti dei distretti provinciali.

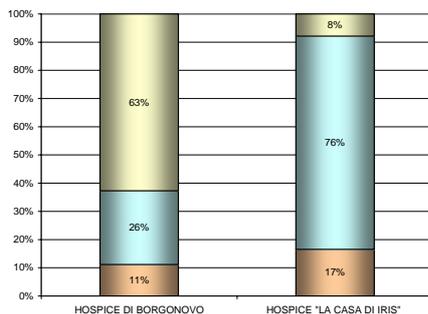


Figura 78: Composizione per provenienza.

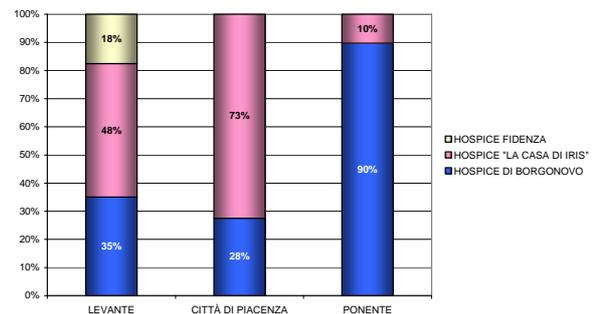


Figura 79: Composizione per destinazione.

Rispetto agli altri hospice presenti sul territorio regionale, entrambi gli hospice regionali presentano valori di degenza media e percentuale di deceduti sui dimessi molto vicini alla media regionale (vedi Figura 80).

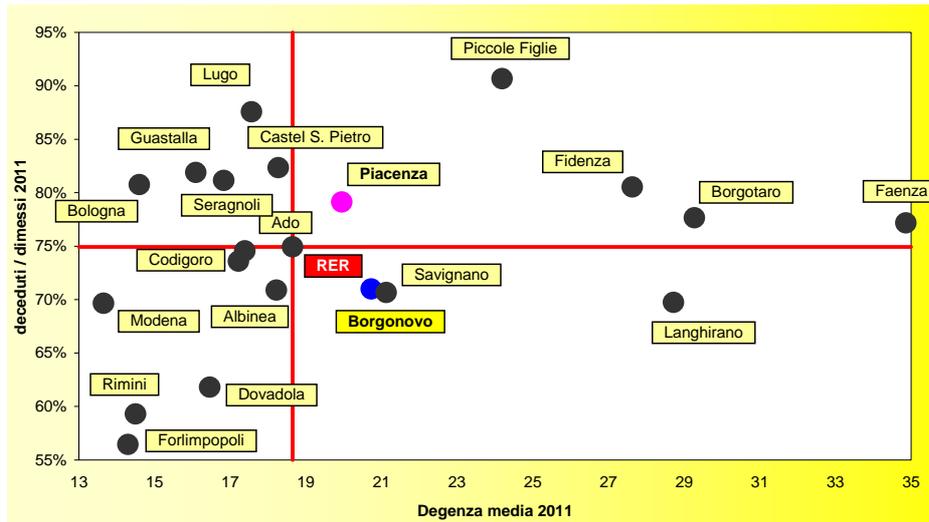


Figura 80: Degenza media e percentuale di deceduti sul totale dei dimessi da hospice.

Relativamente all'attività dei consultori, la percentuale di gravidanze seguite in rapporto ai nati (vedi Figura 81) è in linea con la media regionale, mentre è ormai da anni la più alta in Regione la quota di straniere sul totale delle donne seguite (vedi Figura 82).

La percentuale della popolazione target assistita per le attività di ostetricia e ginecologia è di poco inferiore alla media regionale (vedi Figura 83), mentre resta sempre molto inferiore alla media regionale la percentuale della popolazione target assistita per le attività psicoterapiche (vedi Figura 85).

Da qualche anno questi ultimi due indicatori sono monitorati anche per distretto: il dato disponibile è quello 2010, in modo da rendere possibile il confronto non solo aziendale ma anche con il dato medio regionale. In relazione alla percentuale di donne seguite per ostetricia e ginecologia (vedi Figura 84), il dato relativo ai distretti di Levante e Ponente inferiore alla media provinciale, mentre il dato della Città è superiore anche alla media regionale. In relazione invece alla percentuale di donne seguite per attività psicoterapiche (vedi Figura 86), è il distretto di Ponente a presentare i valori più alti.

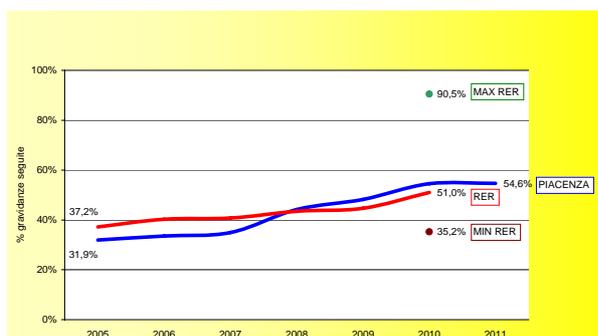


Figura 81: % donne seguite in gravidanza.

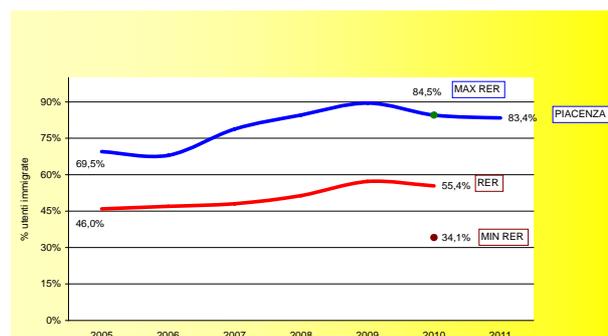


Figura 82: % immigrate sul totale donne seguite.

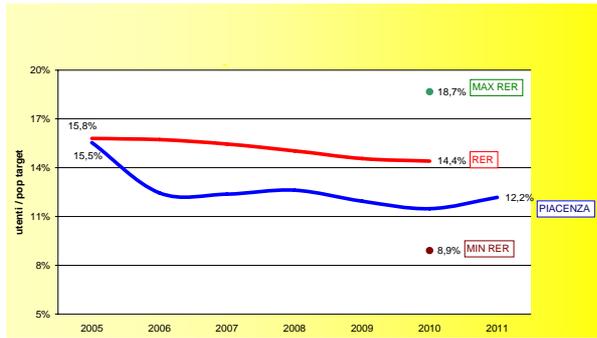


Figura 83: % donne seguite per ostetricia e ginecologia.

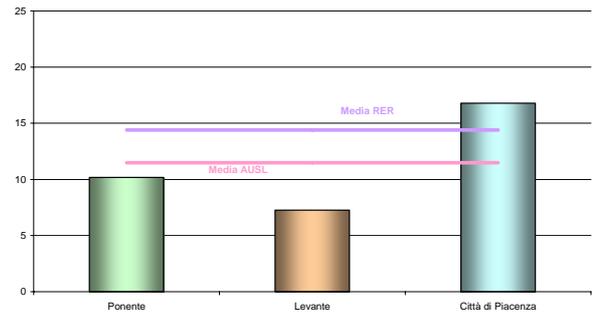


Figura 84: % donne seguite ostetricia e ginecologia per distretto.

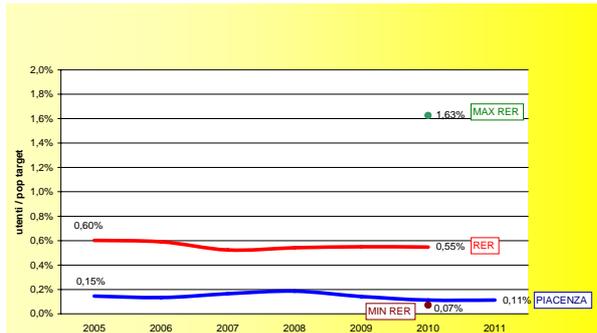


Figura 85: % donne seguite per psicologia.

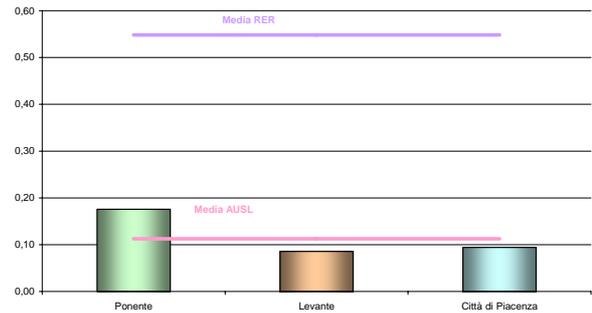


Figura 86: % donne seguite per psicologia per distretto.

Riguardo alla composizione percentuale dell'attività dei consultori, anche in riferimento al dato medio regionale (vedi Figura 87 e Figura 88), questa si concentra soprattutto sulla specialistica ginecologica e sulla prevenzione tumori in quota parte anche superiore alla media regionale.

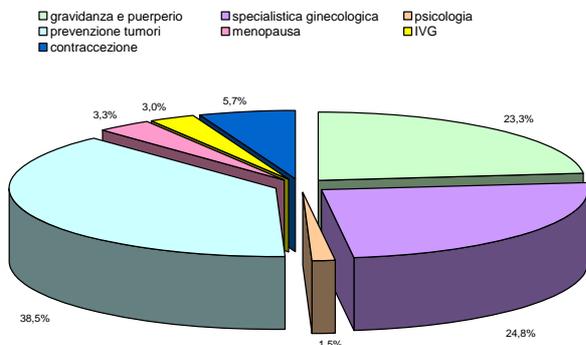


Figura 87: Composizione % dell'attività dei consultori PC.

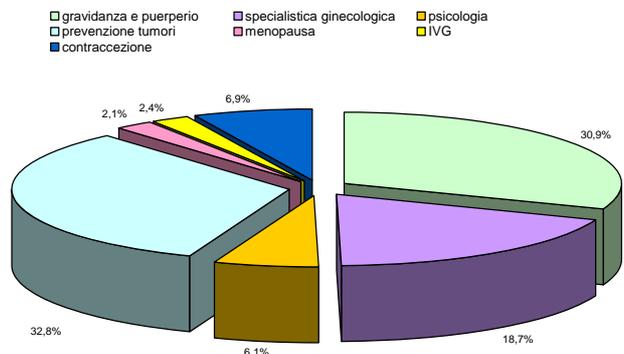


Figura 88: Composizione % dell'attività dei consultori RER.

Il trend delle varie tipologie di prestazioni è rappresentato nella successiva Figura 89 ed evidenzia il consolidamento delle attività di prevenzione dei tumori e il progressivo orientamento verso l'assistenza alla gravidanza e al puerperio.

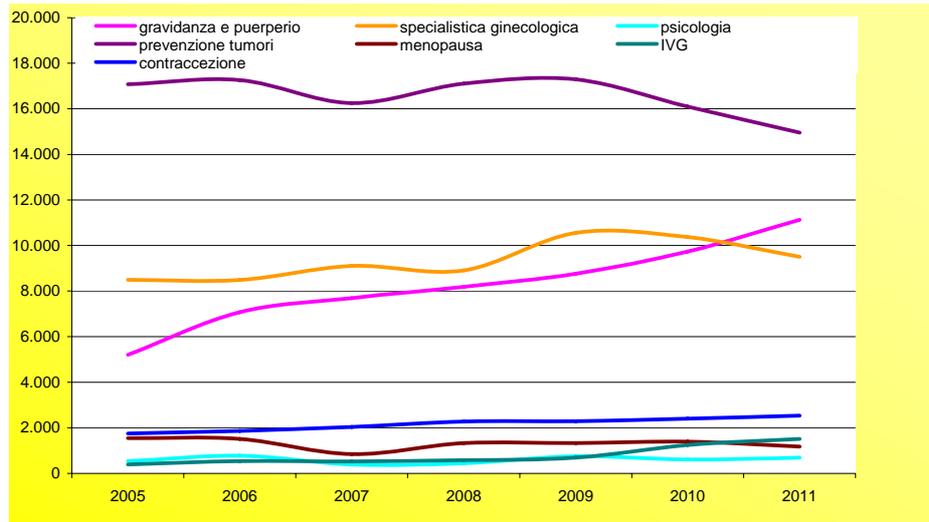


Figura 89: Trend delle prestazioni dei consultori.

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. Tutti i dati sottoriportati derivano dal Capitolo dedicato all'Infanzia e all'Adolescenza del Programma Provinciale Politiche Sociali 2012, e sono riferiti all'anno 2010, l'ultimo anno disponibile.

Alla data del 31/12/2010 i minori in carico a vario titolo ai servizi sociali erano 5.315, con un incremento del 34% dal 2006 al 2010 (vedi la successiva Figura 90).

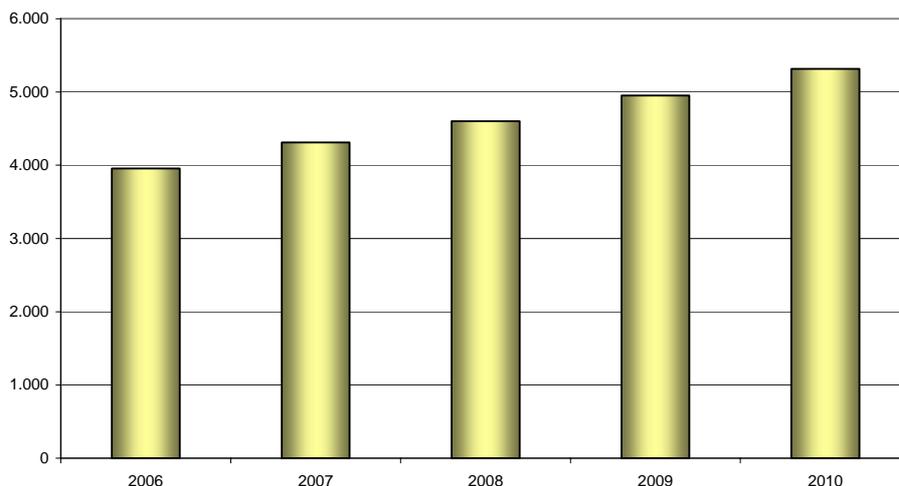


Figura 90: Minori in carico.

Sempre alla data del 31/12/2010 erano in corso a livello provinciale 164 interventi di affido, così articolati: 110 italiani e 54 stranieri, 94 maschi e 70 femmine, 142 a tempo pieno e 22 a tempo parziale, 60 in affido parentale e 104 etero familiare, 95 consensuali e 69 giudiziali. La distribuzione



per età dei bambini e ragazzi per i quali erano in corso interventi di affido è rappresentata nella successiva Figura 91.

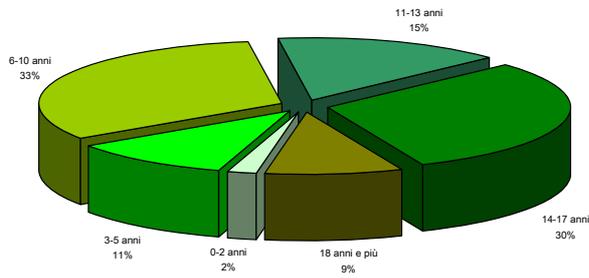


Figura 91: Distribuzione interventi di affido per classe di età.

I minori inseriti in strutture residenziali socio-assistenziali alla data del 31/12/2010 erano 119, di cui 62 maschi e 57 femmine. Il 38% era ospitato in comunità educativa, il 17% in casa famiglia e il 12% in comunità/casa per gestanti e madri con bambini. La scomposizione per tipo di struttura di accoglienza al 31/12/2010 è rappresentata nella successiva Figura 92.

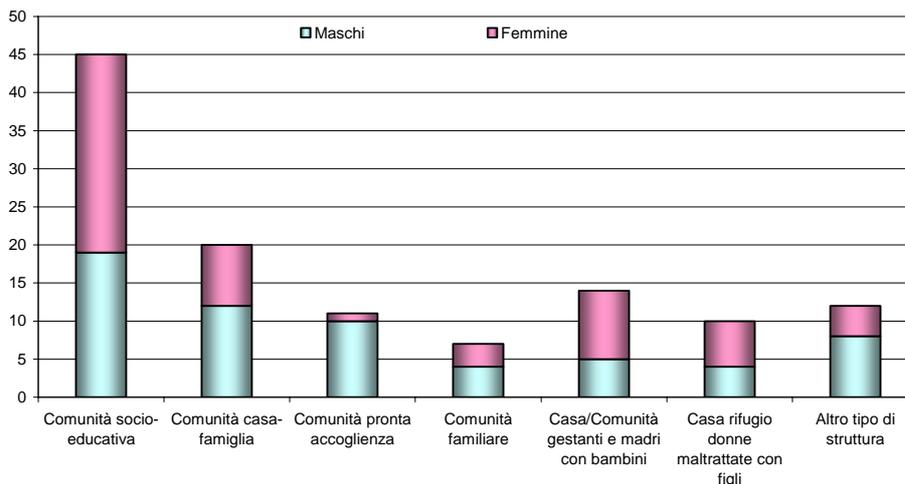


Figura 92: Distribuzione interventi di accoglienza per tipologia di struttura.

Nel corso del 2010 sono stati avviati 16 interventi di adozione¹, ne sono stati conclusi 16 e, alla data del 31/12/2010, ne risultavano 29 in corso. Del totale di interventi dell'anno 2009 il 69% riguardava adozioni internazionali, il 20% adozioni nazionali e l'11% affidi a rischio giuridico a scopo adottivo.

	Adozione Internazionale	Adozione Nazionale	Affido rischio giurid.scopo adottivo	Totale
Iniziato nel 2010	13	1	2	16
Concluso nel 2010	8	6	2	16
In corso al 31/12/10	23	3	3	29

Tabella 2: Interventi di adozione 2010.

¹ per interventi di adozione si intendono tutte le attività svolte dagli operatori del servizio sociale a sostegno dell'inserimento del bambino adottato nella nuova famiglia (c.d. post-adozione), sia nel periodo previsto per legge (anno di affido preadottivo) che successivamente in base a progetti di accompagnamento specifici.



Le coppie con istruttoria di adozione iniziata nel 2010 sono state 36 (di cui 27 hanno partecipato al corso di formazione/informazione provinciale). Per 32 coppie si è conclusa l'istruttoria e per altrettante coppie risultava in corso alla data del 31/12/2010. Nel 2010, le richieste d'istruttoria di adozione pervenute ai Servizi sono state 38, di cui 31 come prima adozione.

La spesa farmaceutica territoriale netta pro capite continua ad essere inferiore alla media regionale (vedi Figura 93 e Figura 94): la spesa pro capite 2010 è infatti già inferiore alla media regionale, ma considerando la spesa pesata per età, che permette di annullare gli effetti della maggior presenza di popolazione anziana sul territorio provinciale, Piacenza è la seconda in valore assoluto e inferiore di oltre 10 euro pro capite alla media regionale.

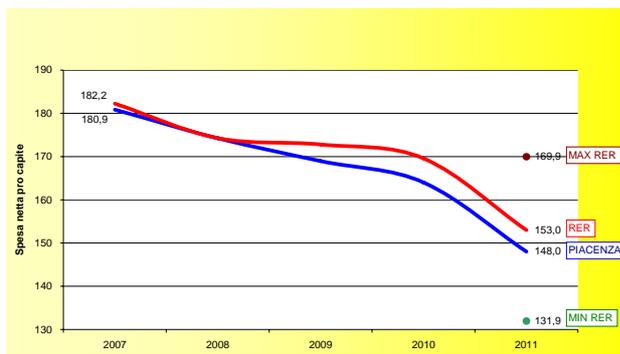


Figura 93: Spesa farmaceutica pro capite.

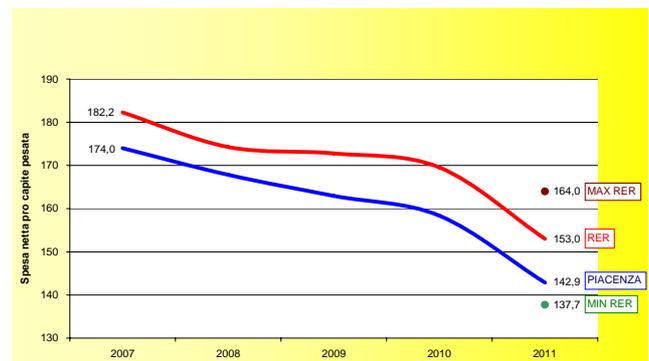


Figura 94: Spesa farmaceutica pro capite pesata.

Il grafico che segue (vedi Figura 95) illustra la spesa pro capite per distretto e disaggregata tra le principali categorie terapeutiche.

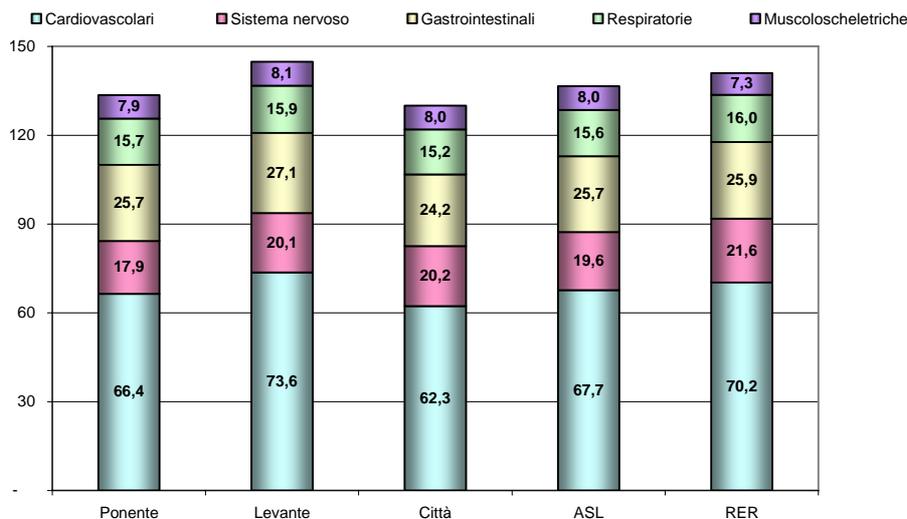


Figura 95: Spesa farmaceutica pro capite per distretto e categoria.

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 cosiddetta "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. I dati che seguono sono aggregati a livello provinciale, sommando cioè i dati delle aziende territoriali con quelle delle aziende ospedaliere che insistono sullo stesso territorio, che ovviamente non hanno in carico la farmaceutica territoriale ma effettuano parte della distribuzione diretta. La quota di spesa per la farmaceutica distribuita direttamente (vedi Figura 96) è cresciuta negli ultimi anni raggiungendo il 35% del totale, inferiore alla media regionale di circa due punti percentuali.

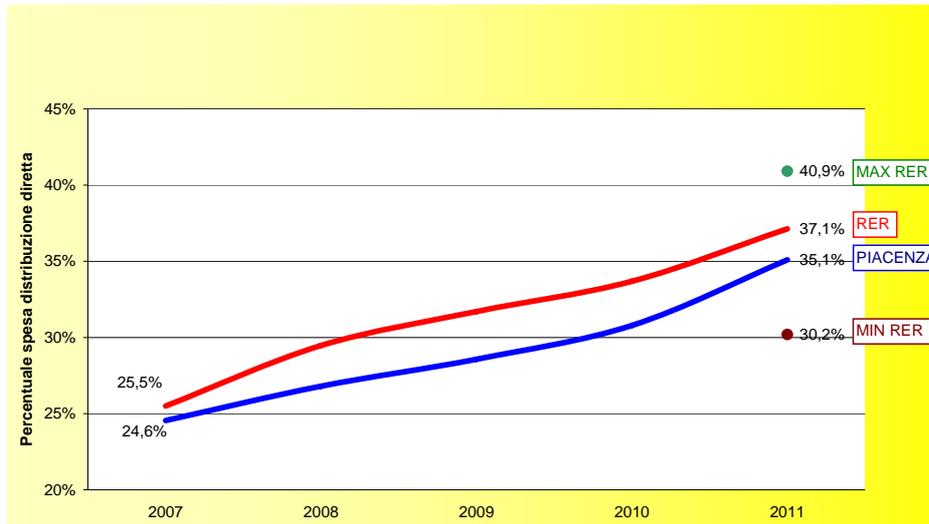


Figura 96: Trend % di spesa in distribuzione diretta.

Considerando quindi tutte le tipologie di spesa farmaceutica territoriale, l'AUSL di Piacenza presenta ancora una volta il secondo più basso livello di spesa pro capite pesata di tutte le Province della Regione (vedi la successiva Figura 97), con uno scarto di circa 12,5 euro procapite.

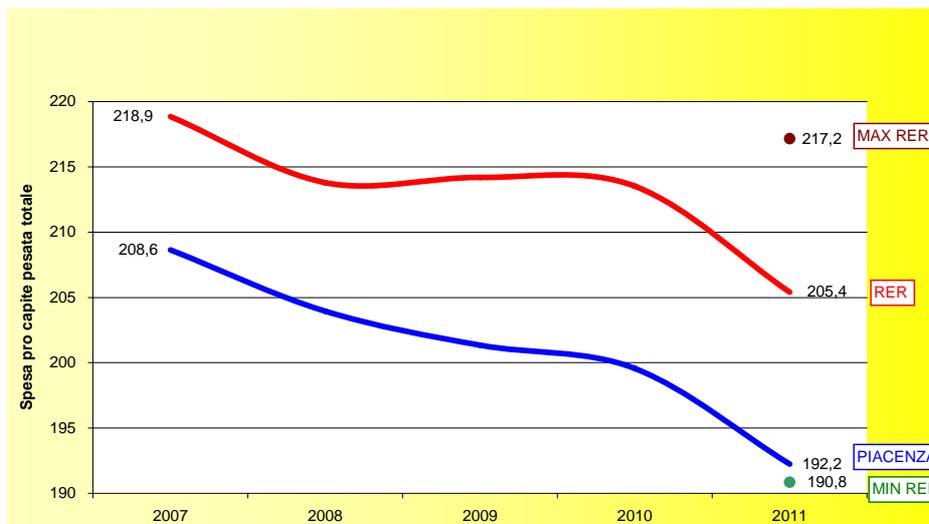


Figura 97: Trend spesa territoriale pesata, comprensiva della distribuzione diretta.



Le figure seguenti (vedi da Figura 98 a Figura 109) confrontano il consumo, sempre standardizzato per età, di *specialistica ambulatoriale* dei residenti della Provincia rispetto ai corrispondenti valori medi regionali. Da alcune edizioni del Bilancio di missione, vengono presentati anche i consumi di specialistica a livello distrettuale, confrontati con la media aziendale oltre che regionale. Nelle prime due figure (vedi Figura 98 e Figura 99) 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 100) risultano al di sotto della media regionale in particolare per le prime visite (le visite di controllo risultano invece superiori), 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 complessivamente al dato medio provinciale.

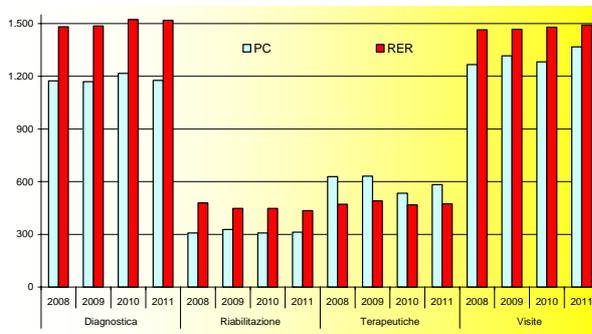


Figura 98: Consumo specialistica.

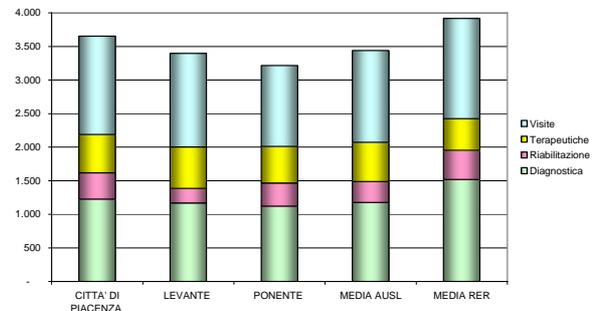


Figura 99: Consumo specialistica per Distretto.

Le figure seguenti (da Figura 100 a Figura 109) 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 disaggregato per distretto.

I dati di consumo distrettuali risultano tra loro omogenei in relazione alle prestazioni di laboratorio e terapeutiche, mentre per tutte le altre tipologie il consumo è più alto in città, anche se con situazioni differenti tra una tipologia e l'altra di prestazioni. In particolare i residenti del distretto di Ponente sono quelli che consumano meno visite e diagnostica, mentre quelli di Levante sono quelli che consumano meno prestazioni riabilitative.

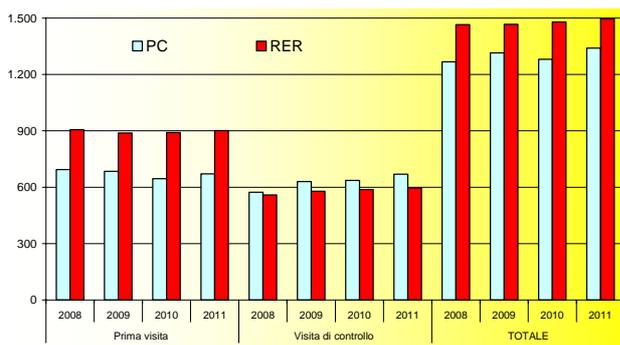


Figura 100: Consumo visite.

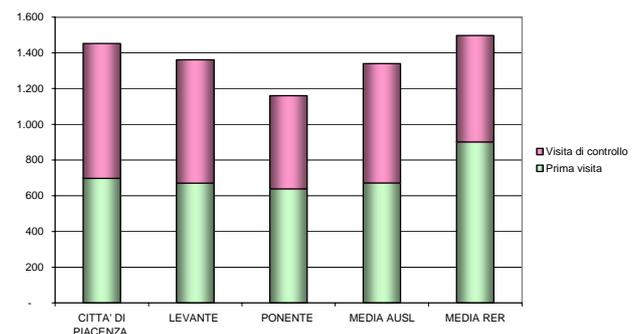


Figura 101: Consumo visite per distretto.

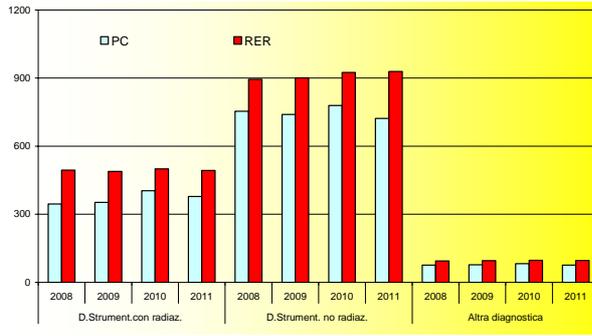


Figura 102: Consumo diagnostica.

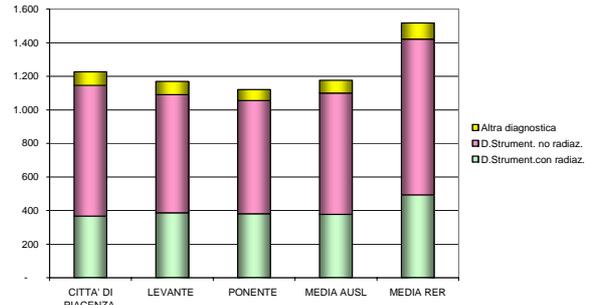


Figura 103: Consumo diagnostica per distretto.

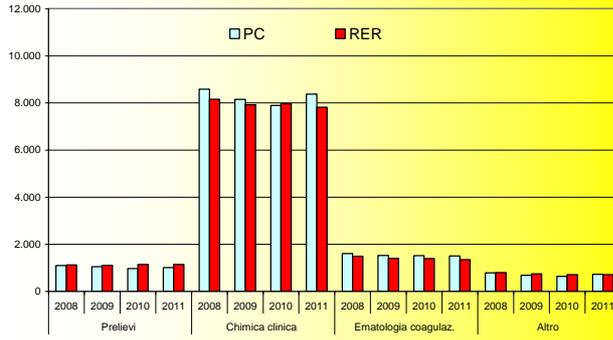


Figura 104: Consumo laboratorio.

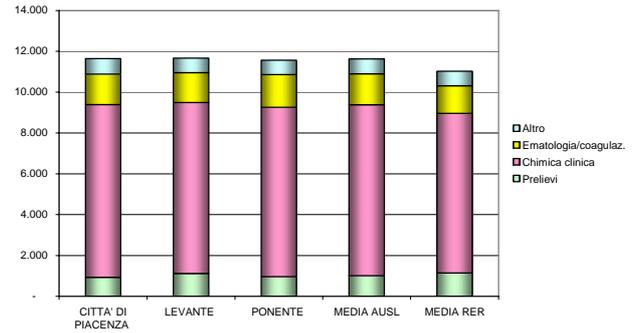


Figura 105: Consumo laboratorio per distretto.

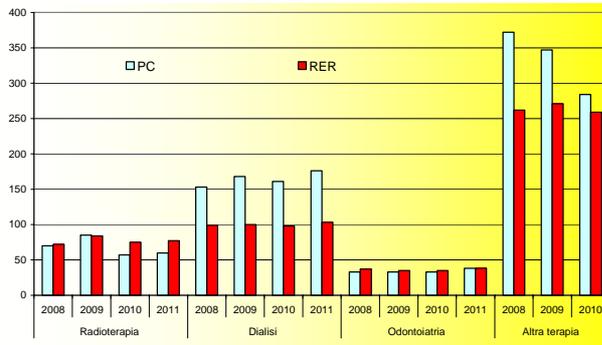


Figura 106: Consumo prestazioni terapeutiche.

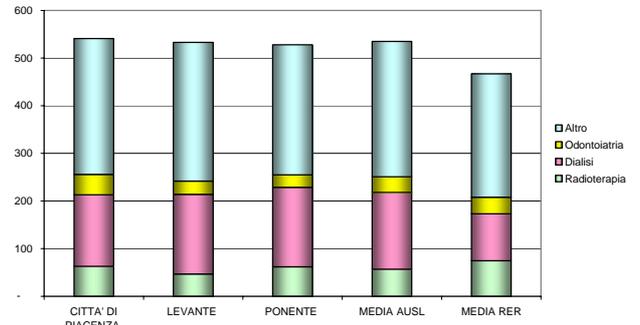


Figura 107: Consumo prestazioni terapeutiche per distretto.

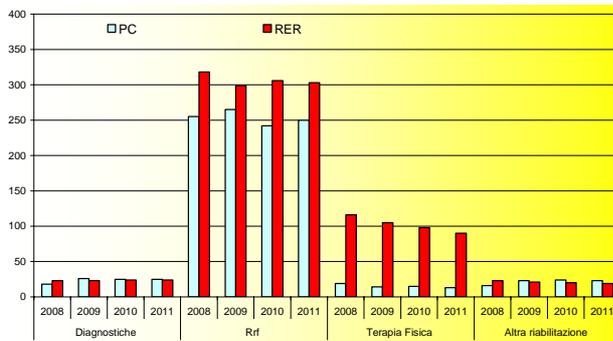


Figura 108: Consumo prestazioni riabilitative.

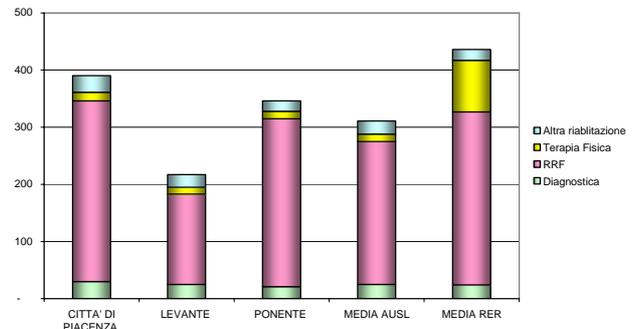


Figura 109: Consumo prestazioni riabilitative per distretto.



Le figure che seguono mostrano gli indici di consumo standardizzato per età di alcune specifiche prestazioni e per distretto di residenza (vedi da Figura 110 a Figura 113).

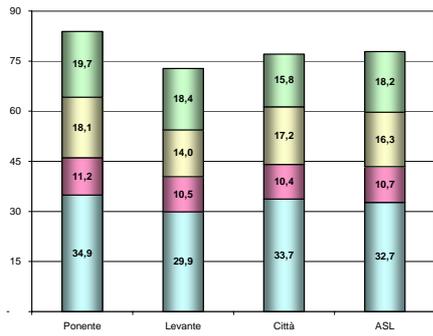


Figura 110: Indici di consumo visite - 1.

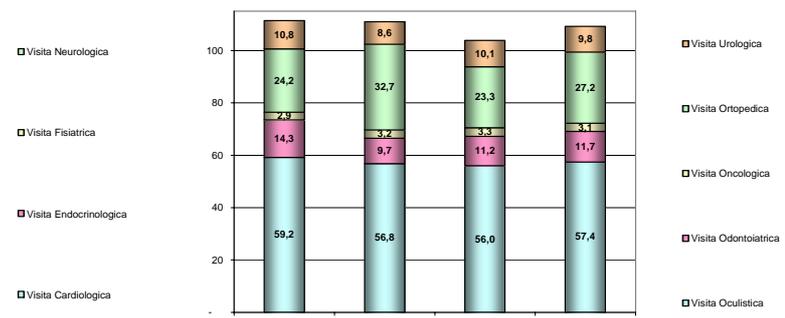


Figura 111: Indici di consumo visite - 2.

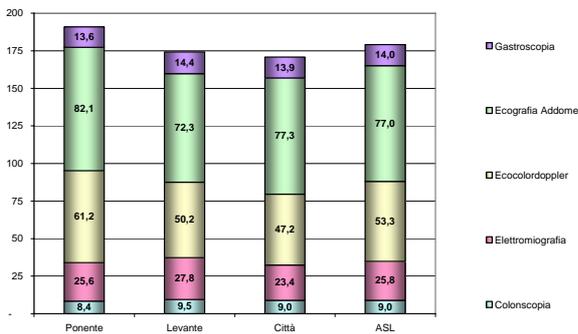


Figura 112: Indici di consumo diagnostica - 1.

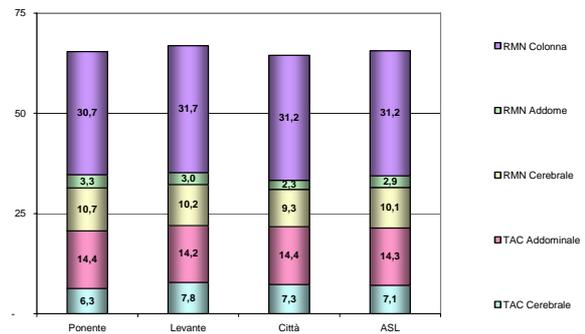


Figura 113: Indici di consumo diagnostica -2.

L'attività di specialistica ambulatoriale (vedi Figura 114 e Figura 115), sia in termini di prestazioni che di valore tariffario associato, è stabile negli ultimi anni, dopo il consistente incremento del triennio 2006-2009: escludendo le prestazioni di laboratorio l'azienda eroga oltre un milione e centomila prestazioni l'anno, per un valore associato di oltre 40 milioni di euro. La Successiva Figura 116 disaggrega la produzione per tipologia di prestazioni: le visite erogate sono state oltre 500mila, le prestazioni diagnostiche sono state circa 380.000.



Figura 114: Produzione ambulatoriale complessiva.

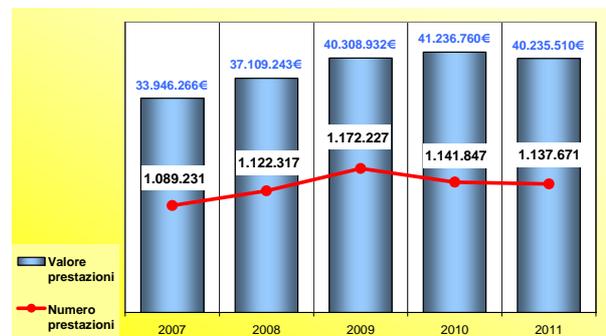


Figura 115: Produzione ambulatoriale senza laboratorio.

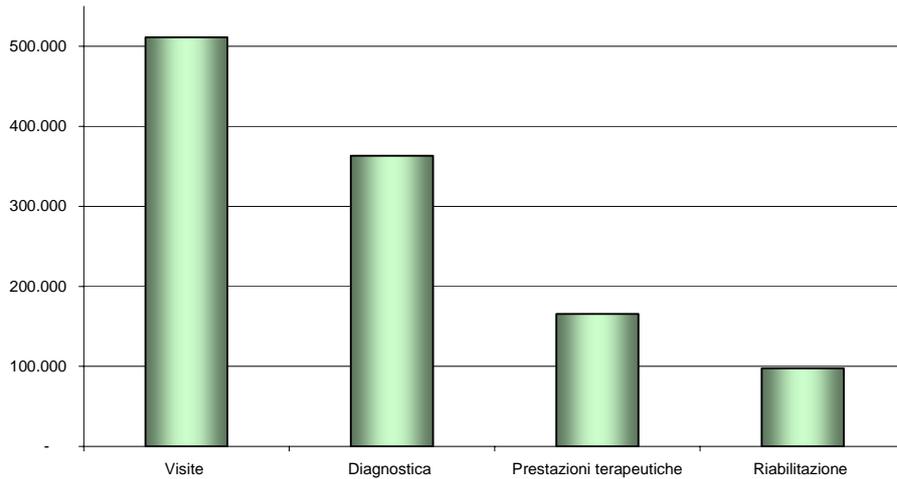


Figura 116: Produzione ambulatoriale per tipologia di prestazioni.

Un altro dato interessante riguarda la geografia del consumo di specialistica, se cioè le prestazioni sono consumate all'interno del distretto di residenza, o fuori distretto ma all'interno del territorio provinciale, o fuori Azienda.

Le successive figure mostrano il dato relativo al 2010 (l'ultimo disponibile con la mobilità extraregionale definitiva), prima confrontando il dato aziendale con quello medio regionale (vedi Figura 117 e Figura 118), da cui emerge il maggiore consumo dei piacentini sia fuori azienda che fuori distretto rispetto alla media regionale, poi rappresentando i dati relativi ai residenti dei distretti (vedi da Figura 119 a Figura 121).

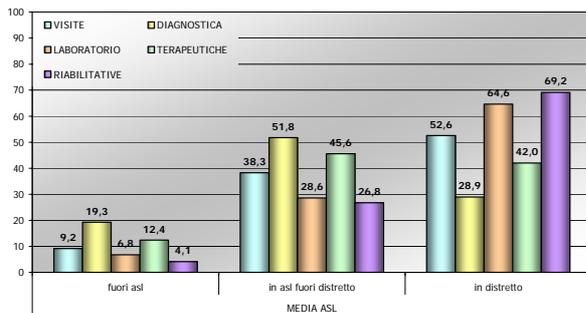


Figura 117: Consumo per destinazione, ASL.

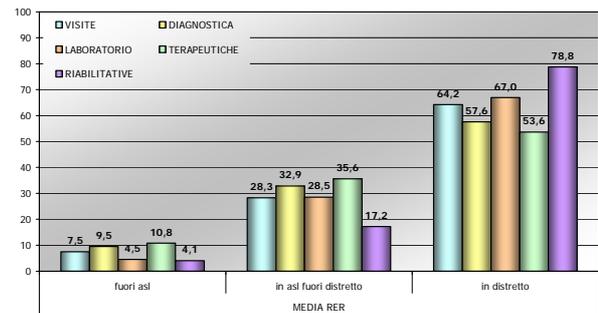


Figura 118: Consumo per destinazione, RER.

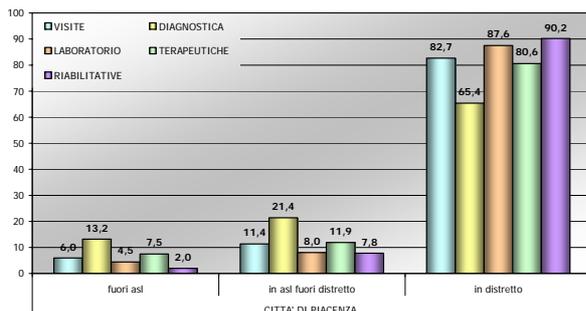


Figura 119: Consumo per destinazione, distretto Città di Piacenza.

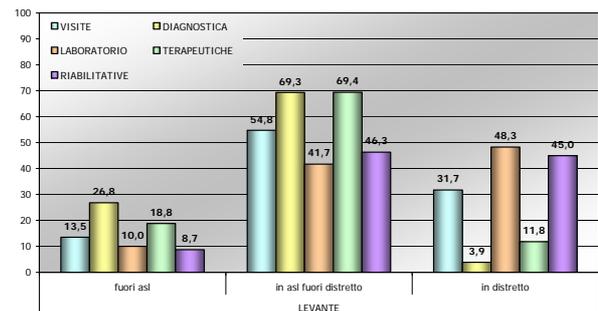


Figura 120: Consumo per destinazione, distretto di Levante.

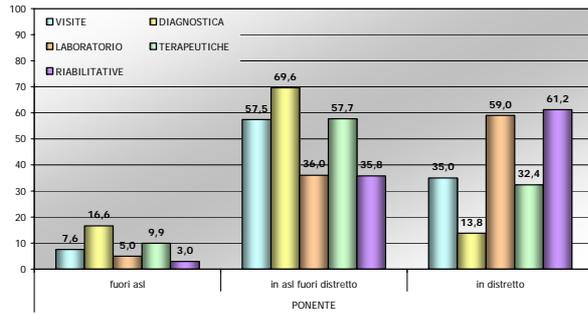


Figura 121: Consumo per destinazione, distretto di Ponente.

Va tenuto comunque 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 122).

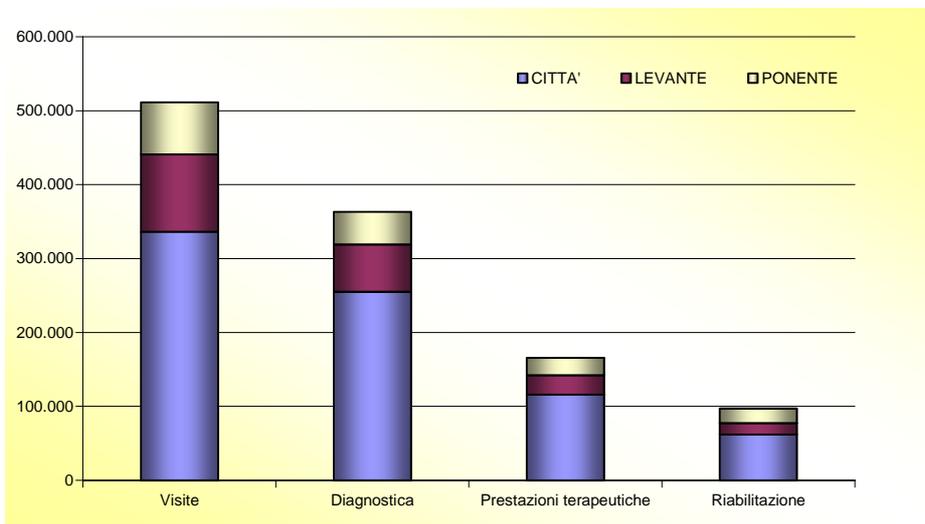


Figura 122: Volumi di prestazioni erogate per distretto.

I risultati rispetto alle *liste d'attesa* sono, nel tempo, migliorati, anche se a volte contraddittori: alcune prestazioni hanno visto ridursi i tempi sia per l'aumento della produzione che per l'applicazione di linee guida e attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni, mentre altre (sempre meno) restano ancora al di fuori dei tempi previsti, e cioè 30 giorni per le visite e 60 per le indagini strumentali. Va comunque ribadito che sono sempre state garantite nei termini previsti di sette giorni le cosiddette "urgenze differibili", prescritte cioè dal medico di medicina generale con la specifica indicazione. Dal 2007 i dati rilevati e disponibili in relazione ai tempi d'attesa illustrano, oltre alla composizione della produzione per fasce di tempi, il dato del tempo *medio* di attesa, calcolato retrospettivamente. Il solo dato del tempo minimo, infatti, oltre a poter essere riferito ad una sede disagiata e quindi poco richiesta, può essere il frutto di disdette di prestazioni prenotate (anche se il sistema considerava il terzo posto libero e non il primo) che lasciano spazi singoli nell'agenda, e sono quindi non sempre indicativi della reale attesa.



Nel gruppo di visite ormai da anni monitorate dalla RER attraverso specifiche rilevazioni trimestrali (vedi Figura 123), sono state mediamente al di sopra dei 30 giorni le visite cardiologica e oculistica, nonostante nel 2011 siano state offerte rispettivamente 300 e 462 prestazioni settimanali. In ogni caso la situazione è stata in miglioramento rispetto al 2010.

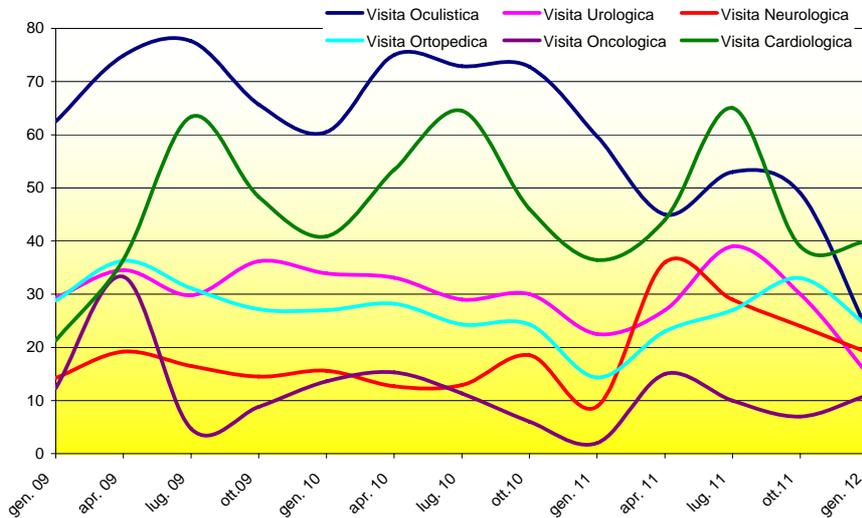


Figura 123: Andamento tempi medi di attesa per visite - 1.

All'interno del Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa, dal 2007 sono state incrementate le prestazioni monitorate, sia visite (vedi Figura 124) che strumentali (Figura 126 e successiva). Tra le nuove visite monitorate ancora critica nel corso del 2010 si è rivelata la visita per chirurgia vascolare, e in misura minore quella ginecologica.

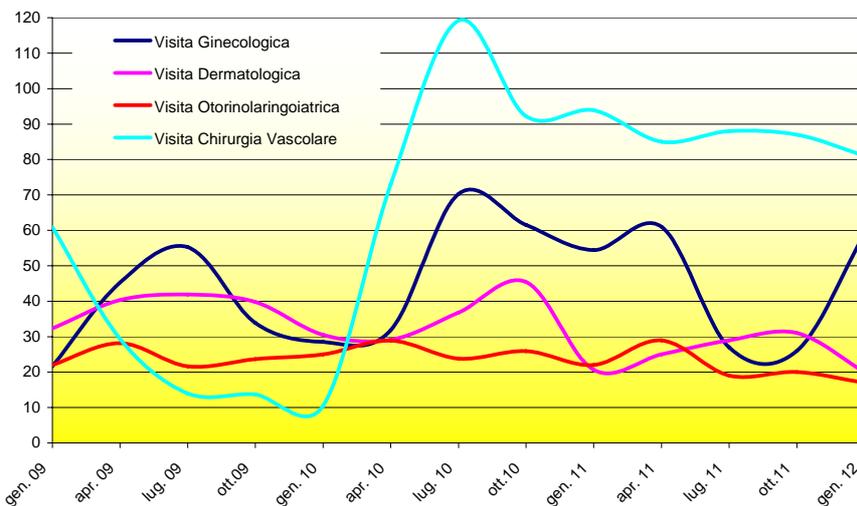


Figura 124: Andamento tempi medi di attesa per visite - 2.

In relazione alle prestazioni strumentali monitorate fin dall'inizio della rilevazione (vedi Figura 125), eccedono i 60 giorni medi, anche se solo in una delle quattro rilevazioni solo le colonscopie, anche se in misura minima (il tempo medio più alto è stato di 66 giorni a ottobre). Tra le nuove prestazioni strumentali sottoposte a monitoraggio (vedi Figura 126 e Figura 127), sono state tutte mediamente



al di sotto dei 60 giorni, con le sole eccezioni dell'ecocolordoppler cardiaca (solo nella rilevazione di luglio) e della spirometria per buona parte dell'anno.

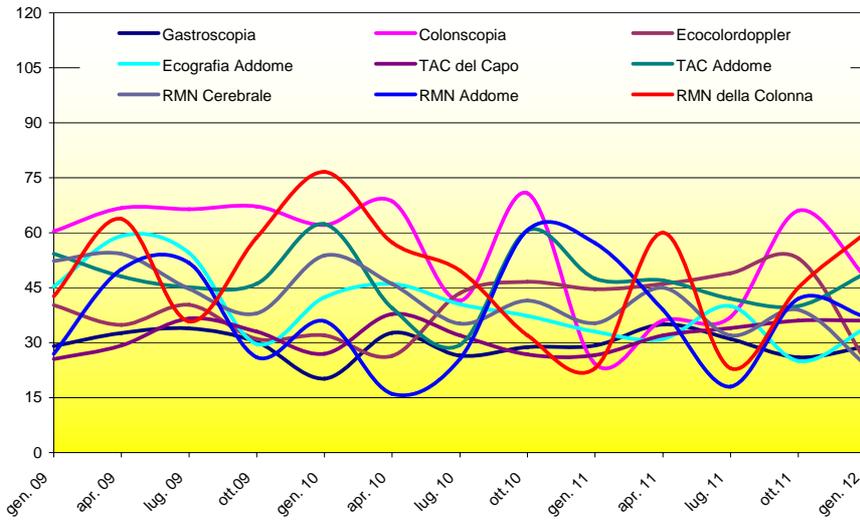


Figura 125: Andamento tempi medi di attesa per prestazioni strumentali -1.

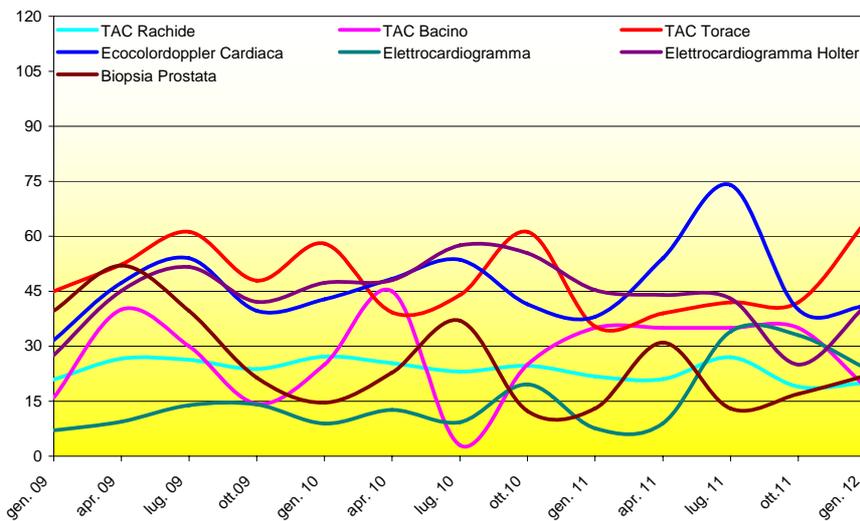


Figura 126: Andamento tempi medi di attesa per prestazioni strumentali - 2.

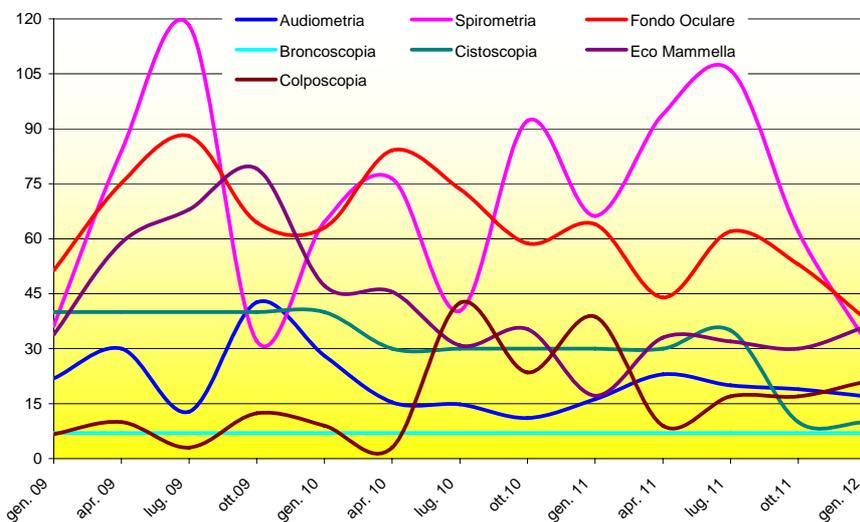


Figura 127: Andamento tempi medi di attesa per prestazioni strumentali - 3.



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 128 a Figura 131) 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. La successiva Figura 132 mostra il confronto con l'anno precedente e i risultati sono sostanzialmente stabili.

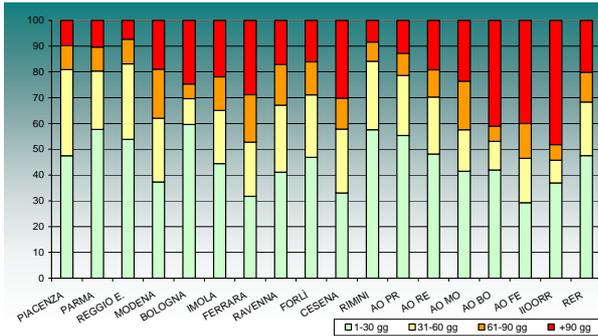


Figura 128: Attesa visite.

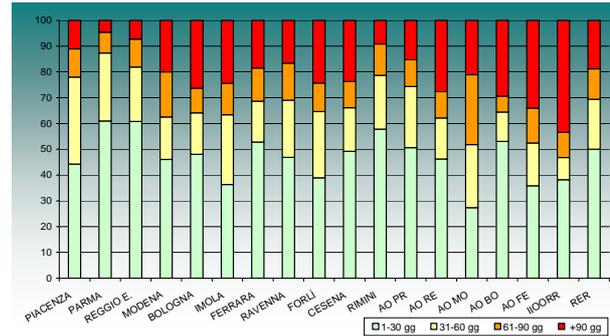


Figura 129: Attesa diagnostica.

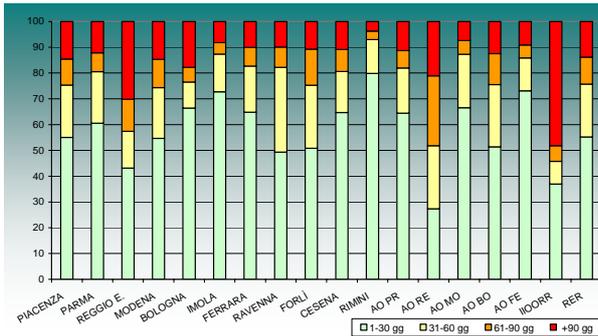


Figura 130: Attesa prestazioni terapeutiche.

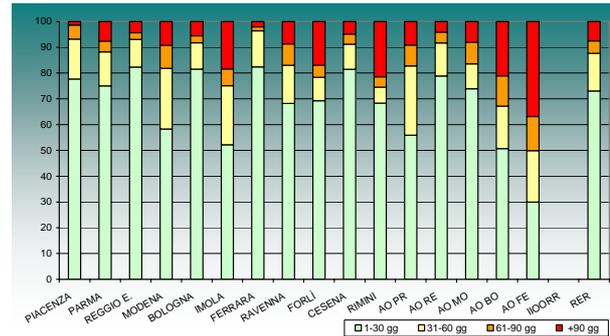


Figura 131: Attesa prestazioni riabilitative.

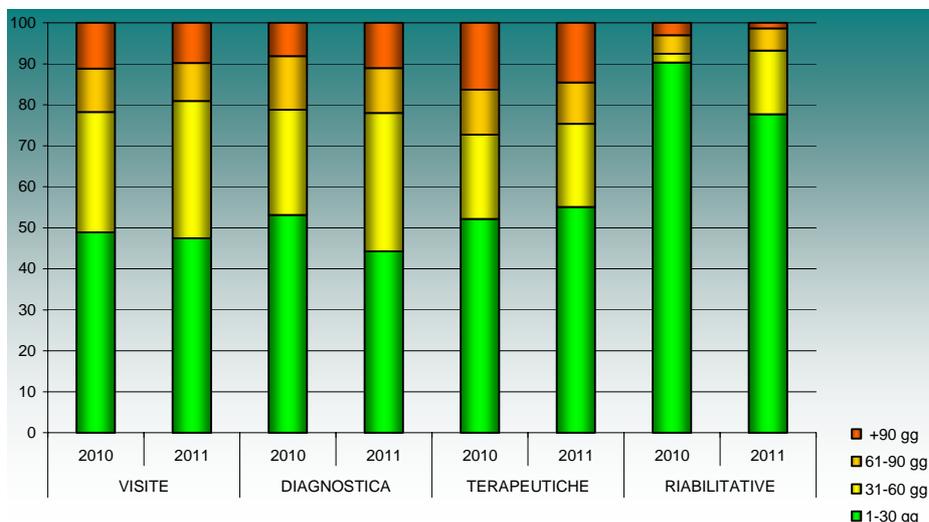


Figura 132: Andamento attesa prestazioni biennio 2010-2011.



Da qualche anno rientra nella struttura del bilancio di missione anche la rappresentazione distretto della composizione dei tempi di attesa. I risultati sono abbastanza omogenei per tutte le tipologie di prestazioni, leggermente migliori a Levante con la sola eccezione delle riabilitative.

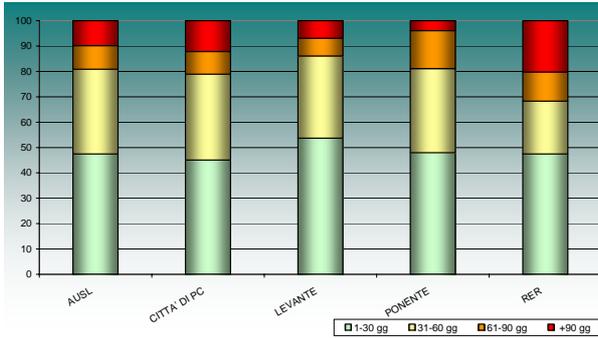


Figura 133: Attesa visite per distretto.

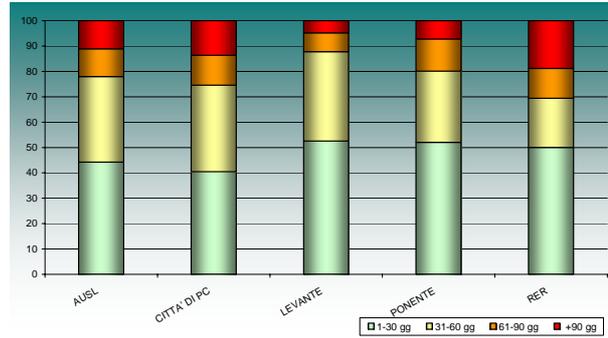


Figura 134: Attesa diagnostica per distretto.

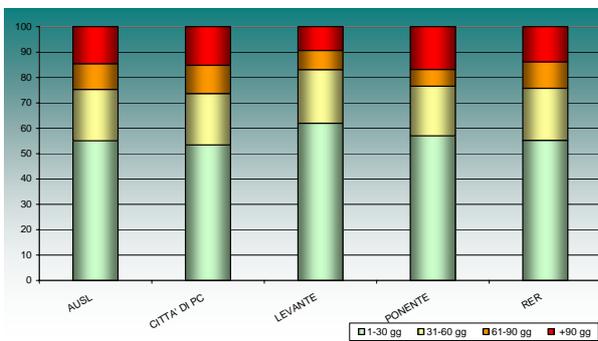


Figura 135: Attesa prestazioni terapeutiche per distretto.

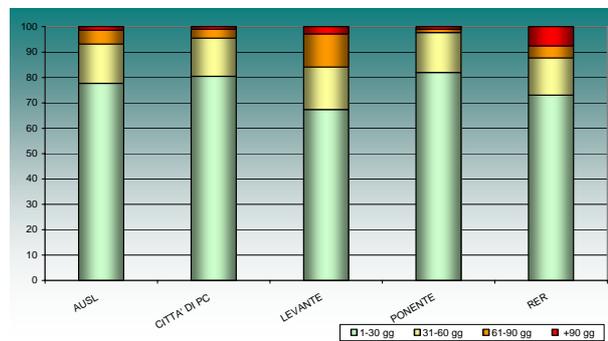


Figura 136: Attesa prestazioni riabilitative per distretto.

La successiva Figura 137 mostra il confronto con l'anno precedente e i risultati evidenziano un netto miglioramento dei risultati nei distretti di Levante e Ponente, a fronte di un leggero peggioramento in città.

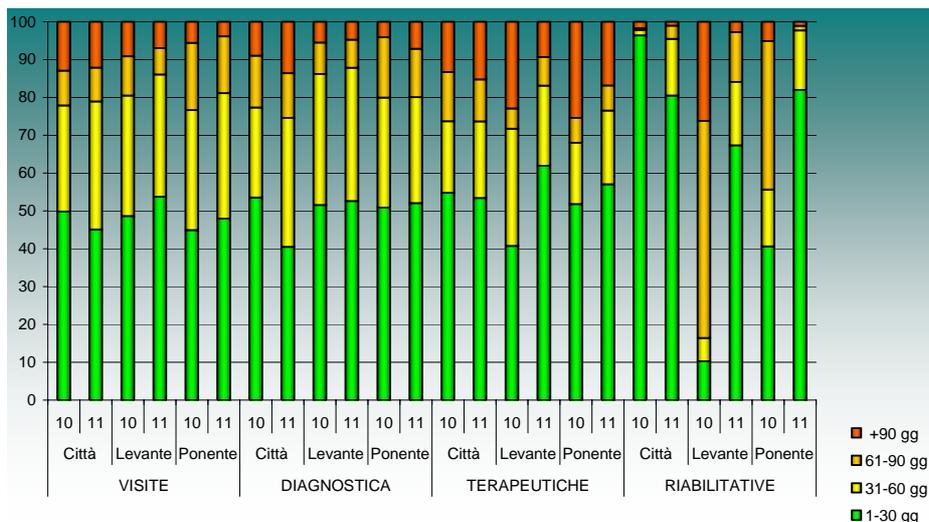


Figura 137: Andamento attesa prestazioni biennio 2010-2011.



L'offerta di posti residenziali per anziani si sta allineando alla media regionale, anche se risulta ancora superiore (Figura 138) di circa 2,5 posti per mille abitanti ultrasettantacinquenni. Negli anni precedenti 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 offerti a fine 2011 sono leggermente incrementati a seguito del percorso di accreditamento e della successiva contrattualizzazione di alcuni ulteriori posti nel distretto della Città e nel distretto di Levante.

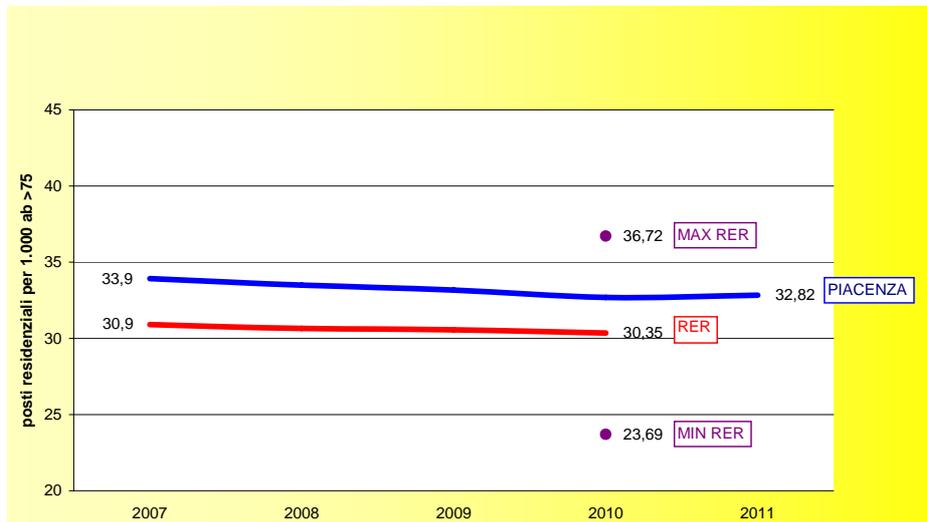


Figura 138: Posti letto residenziali per anziani.

L'offerta rapportata alla popolazione ultrasettantacinquenne è ancora superiore alla media nel Distretto di Ponente, anche se in leggera riduzione, e sostanzialmente sovrapponibile anche se ancora leggermente superiore alla media regionale negli altri due distretti.

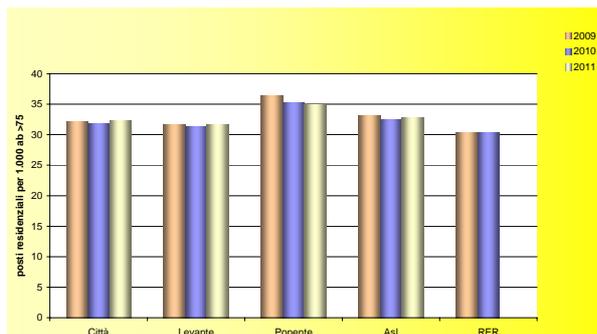


Figura 139: Posti letto per anziani per mille residenti over 75.

La successiva Figura 140 mostra l'andamento dei posti disponibili e consumati² dell'ultimo biennio 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.

² Il dato comprende le giornate consumate da utenti gracer/2068 in inserimento individuale.

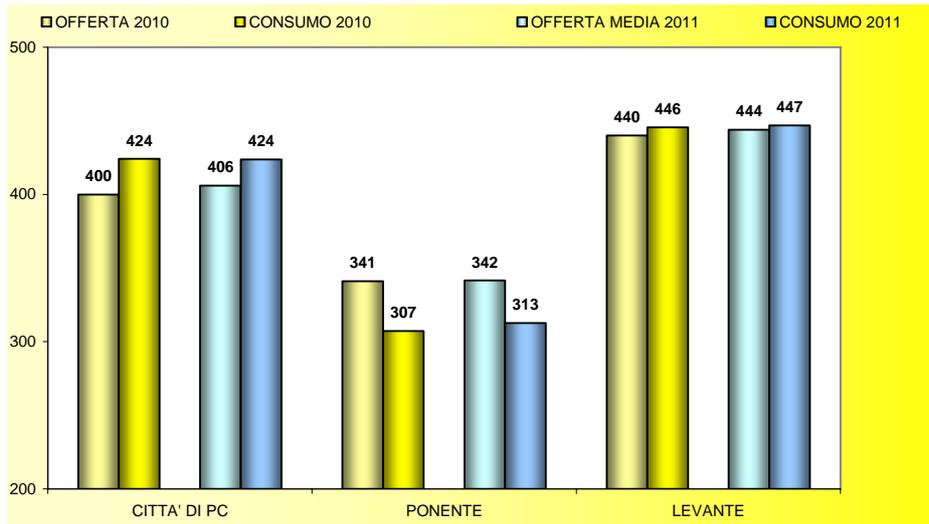


Figura 140: Posti in CP e RSA offerti e utilizzati.

Le successive figure (vedi Figura 141 e Figura 142) mostrano il tasso di offerta e di consumo in rapporto alla popolazione di riferimento.

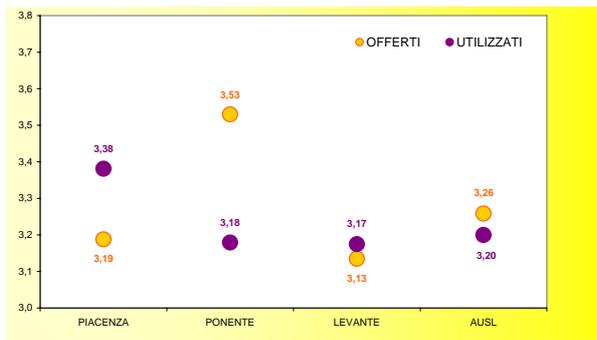


Figura 141: Consumo CP RSA per 1.000 over 75 2010.

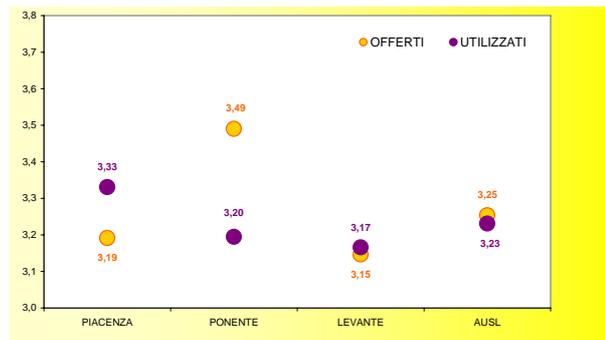


Figura 142: Consumo CP RSA poi CRA per 1.000 over 75 2011.

L'offerta di posti nei centri diurni per anziani è ancora inferiore alla media regionale (Figura 143), è incrementata in tutto il territorio tra il 2008 e il 2009 e ulteriormente nell'ultimo anno a Levante (vedi Figura 144). Il consumo nell'ultimo biennio è rappresentato nella successiva Figura 145.

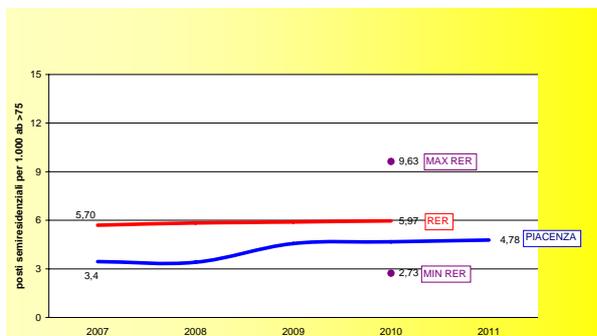


Figura 143: Posti semiresidenziali per anziani.

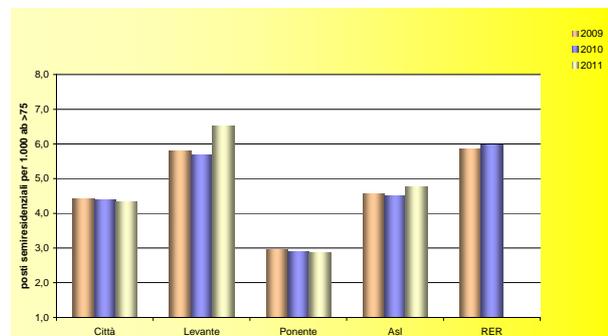


Figura 144: Posti diurni per mille residenti over 75.

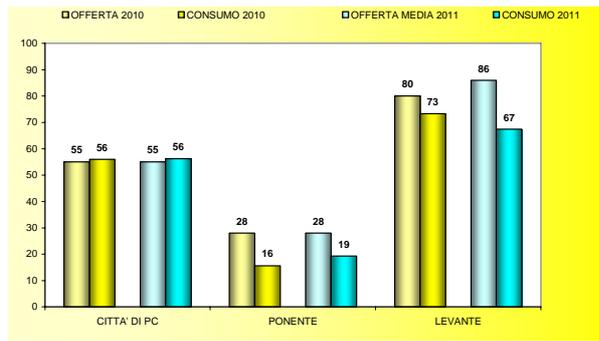


Figura 145: Posti semiresidenziali offerti e utilizzati.

I distretti hanno definito all'interno della pianificazione del FRNA sia l'erogazione degli assegni di cura, che dell'assistenza domiciliare erogata dai Comuni (a cui il FRNA contribuisce per gli utenti non autosufficienti).

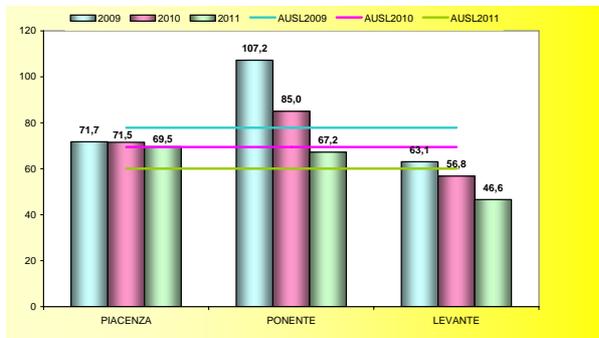


Figura 146: Media spesa pro capite over 75 per assegni di cura.

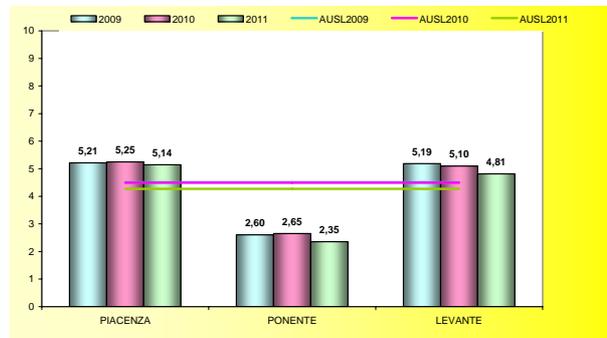


Figura 147: Ore pro capite over 75 SAD.

E' stata infine consolidata l'erogazione dei contributi per le assistenti familiari con regolare contratto, avviata da qualche anno: nel corso del 2011 in Provincia ne sono stati erogati quasi 200, a fine anno i contratti attivi erano complessivamente 156.

Nel corso degli anni è notevolmente incrementata l'attività del Consultorio demenze e dei Centri delegati (vedi Figura 148 e Figura 149). Dal 2009 i dati sono disponibili anche per distretto (vedi Figura 150 e Figura 151) e nel 2011 l'attività è notevolmente incrementata in particolare nel distretto di Ponente.

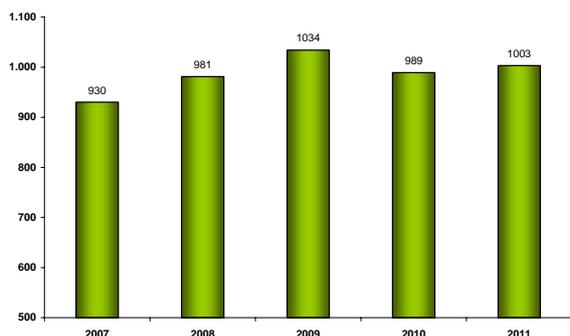


Figura 148: Prime visite.

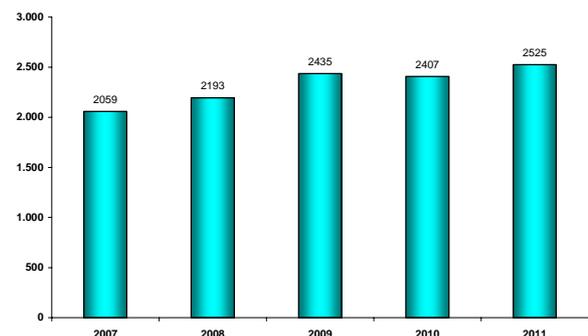


Figura 149: Controlli.

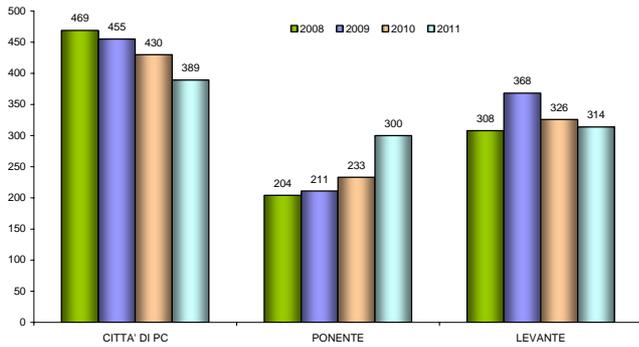


Figura 150: Prime visite per distretto.

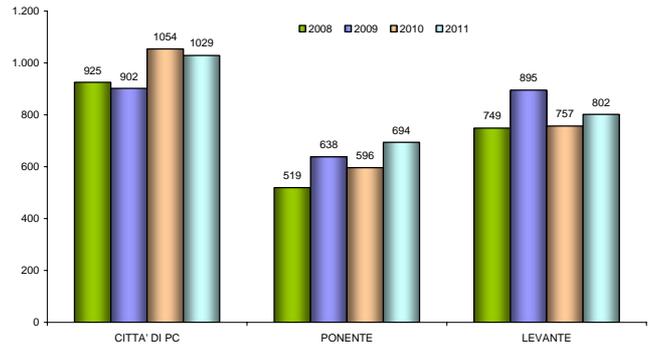


Figura 151: Controlli per distretto.

L'offerta residenziale per disabili³ è incrementata dalla seconda metà del 2009 (vedi Figura 152); 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 153).



Figura 152: Posti letto residenziali per disabili.



Figura 153: Posti semiresidenziali per disabili.

Il consumo confrontato con l'offerta disponibile, limitatamente alle strutture oggetto di accreditamento (CSRR e CSRD), è stabile nel distretto della Città e in incremento degli altri due distretti (vedi Figura 154 e Figura 155).

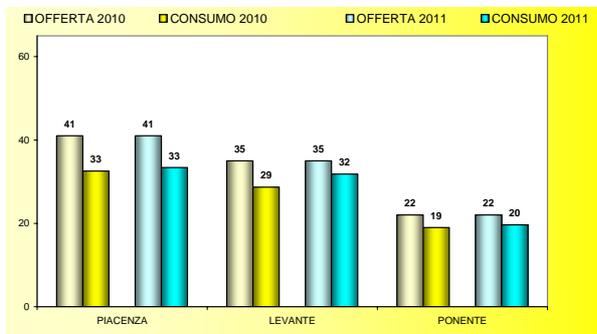


Figura 154: Posti in CSRR offerti e utilizzati.

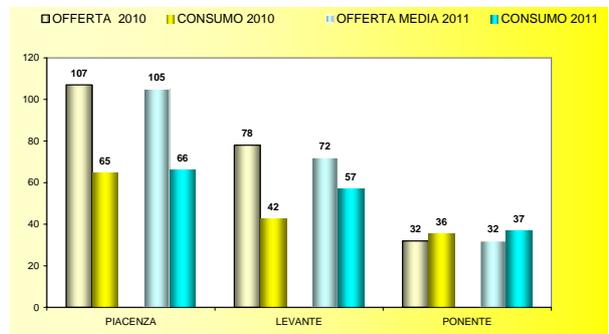


Figura 155: Posti in CSRD offerti e utilizzati.

³ Il dato di offerta comprende tutte le tipologie di posti



In riferimento alle gravissime disabilità acquisite, nel corso dell'anno sono stati assistiti complessivamente in strutture residenziali 43 utenti (vedi Figura 156); al 31/12 erano presenti 33 persone così suddivise per residenza: 19 del distretto della Città, 5 del distretto di Ponente e 9 del distretto di Levante. Inoltre, nel corso del 2011, sono stati erogati complessivamente 36 assegni di cura a favore di utenti in condizione di "gravissima disabilità acquisita", al 31/12 gli assegni erano attivi 33 (13 del distretto della Città, 6 del distretto di Ponente e 11 del distretto di Levante).

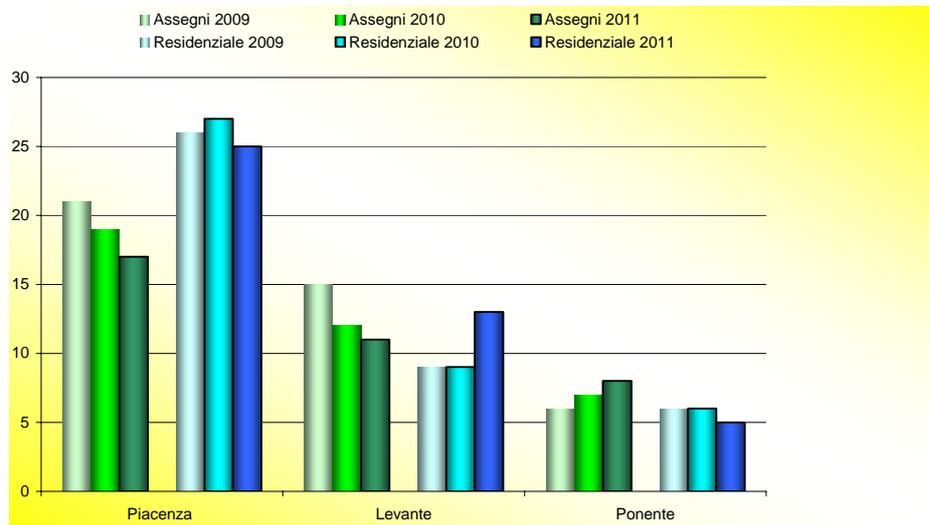


Figura 156: Gravissimi disabili acquisiti per tipologia di assistenza e per distretto.

L'incidenza dei gravissimi disabili acquisiti assistiti in struttura o che percepiscono l'assegno di cura in rapporto alla popolazione è rappresentata nella successiva Figura 157, dato abbastanza variabile data la scarsa numerosità dei casi. La distribuzione per età di tutti i casi (incluso anche le persone assistite a domicilio che non percepiscono l'assegno di cura) nelle diverse Province della regione, è rappresentata nella successiva Figura 158.

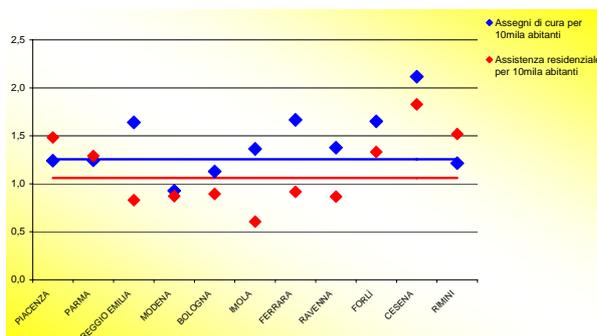


Figura 157: Gravissimi disabili acquisiti assistiti su popolazione.

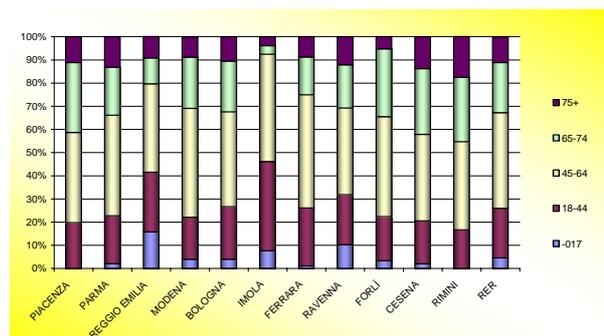


Figura 158: Gravissimi disabili acquisiti per età.

L'offerta residenziale psichiatrica, in calo dal 2008, si è allineata alla media regionale, l'offerta semiresidenziale è stabile e appena superiore alla media (vedi Figura 159 e Figura 160). I dimessi per 10.000 abitanti dai servizi psichiatrici di diagnosi e cura sono in linea con la media regionale



(vedi Figura 161), il trend dei trattamenti sanitari obbligatori rispetto alle dimissioni totali hanno un andamento variabile nel tempo, abbastanza allineati alla media regionale (Figura 162).

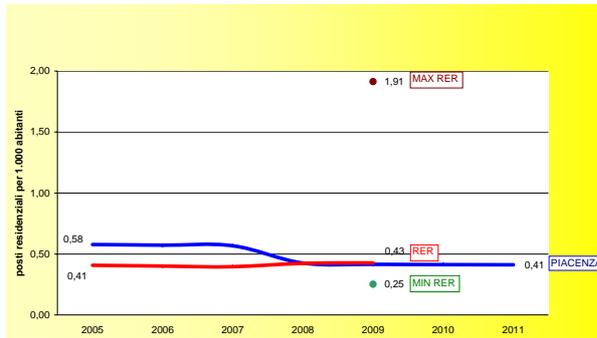


Figura 159: Posti letto residenziali salute mentale.

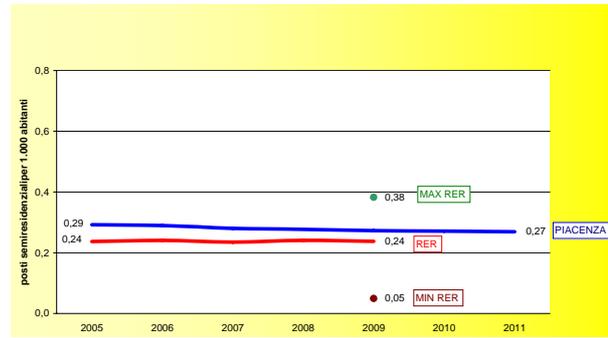


Figura 160: Posti semiresidenziali salute mentale.

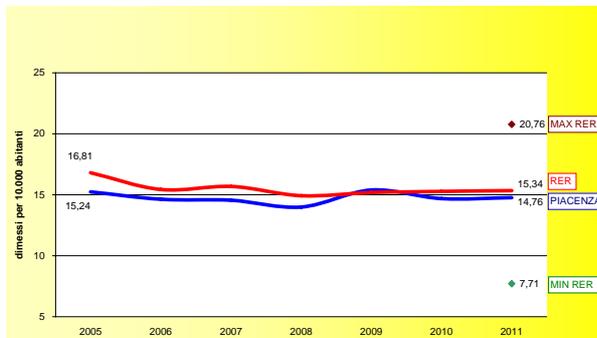


Figura 161: Dimessi da SPDC per 10.000 abitanti.

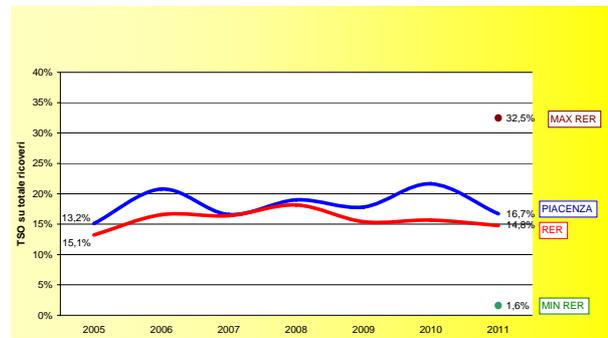


Figura 162: % di TSO su dimessi da SPDC.

Gli utenti in carico al servizio territoriale per 10.000 abitanti maggiorenni (popolazione target) sono dal 2007 superiori al dato regionale; trend, in crescita in tutti i territori, segue in modo speculare l'andamento regionale.

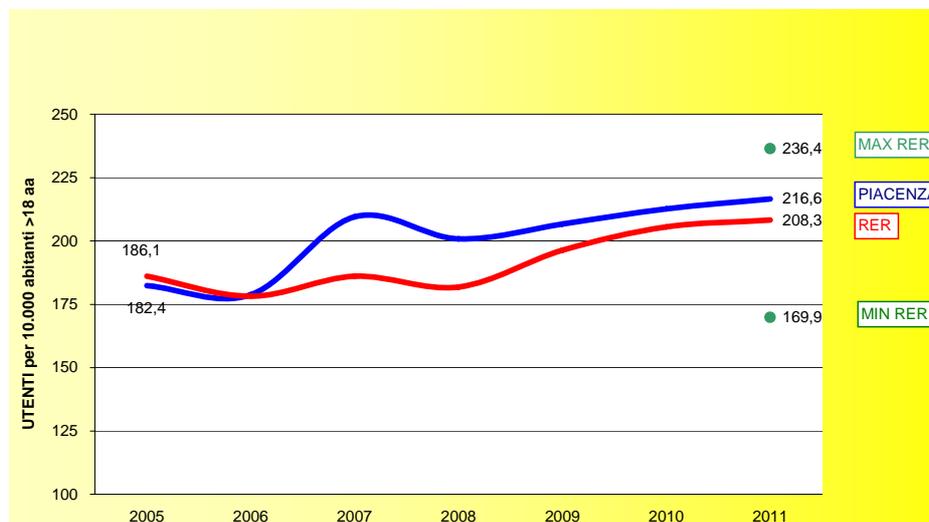


Figura 163: Utenti in carico al Dipartimento di salute mentale per 10.000 abitanti maggiorenni.



La disaggregazione per distretto degli utenti della salute mentale in rapporto alla popolazione maggiorenne è rappresentato nella successiva Figura 164: il trend è in crescita nei distretti di Levante e Ponente, mentre è stabile in città dove però il dato è storicamente più alto.

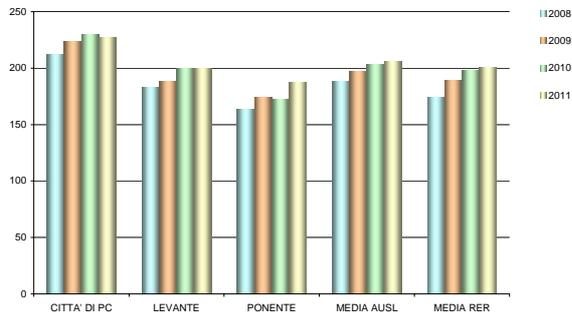


Figura 164: Utenti in carico al Dipartimento di salute mentale per 10.000 abitanti maggiorenni per distretto 2008-2009.

In relazione alle attività dei *Sert.T.*, gli indicatori di incidenza (nuovi casi di residenti in rapporto alla popolazione target) e prevalenza (utenti in rapporto alla popolazione target) dell'utenza tossicodipendente in carico, rimangono al di sotto della media regionale ed evidenziano un andamento abbastanza stabile nel tempo (vedi da Figura 165 e Figura 166), e con tassi tra i più bassi a livello regionale. In relazione invece alla dipendenza da alcool, Piacenza mostra il dato di incidenza più alto a livello regionale, e anche in relazione alla prevalenza il dato è superiore alla media (vedi Figura 167 e Figura 168).

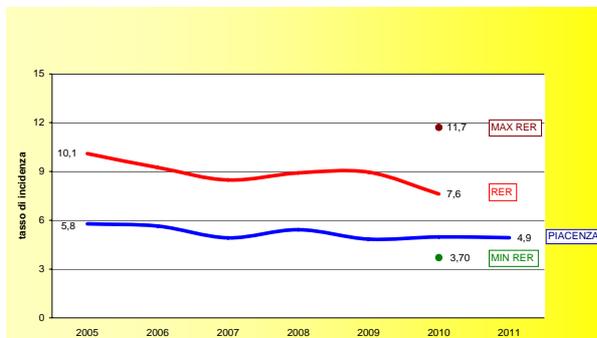


Figura 165: Tasso di incidenza tossicodipendenti.

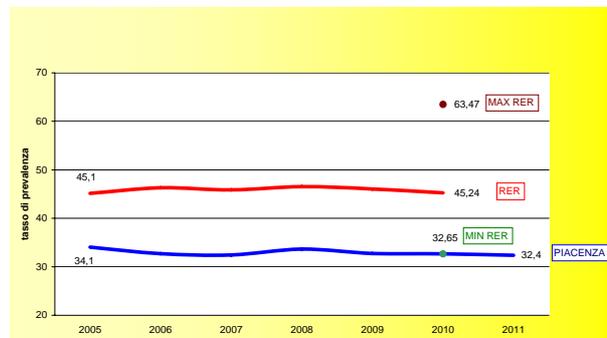


Figura 166: Tasso di prevalenza tossicodipendenti.

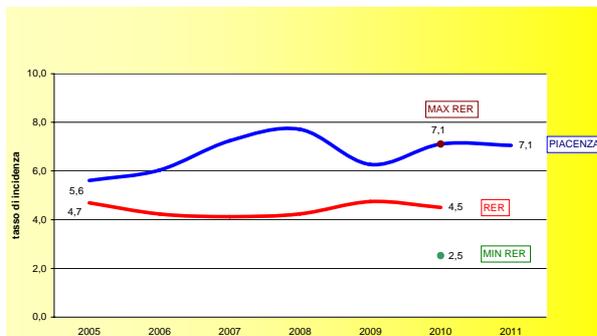


Figura 167: Tasso di incidenza alcolodipendenti.

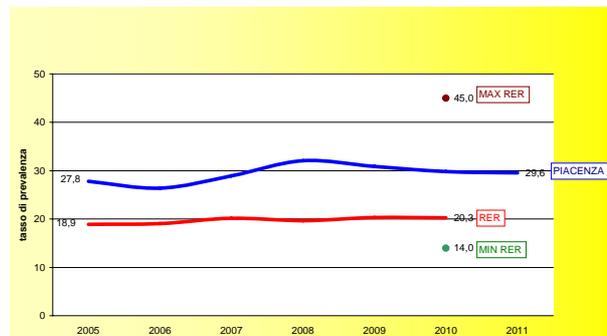


Figura 168: Tasso di prevalenza alcolodipendenti.



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 169) e in rapporto alla popolazione (vedi Figura 170). La Provincia di Piacenza ha una capacità di offerta leggermente inferiore alla media regionale in relazione ai posti residenziali, mentre come altre realtà locali (ad esempio Modena e Imola) non dispone di posti semiresidenziali.

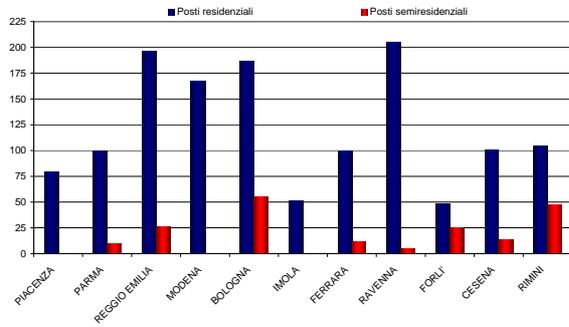


Figura 169: Posti.

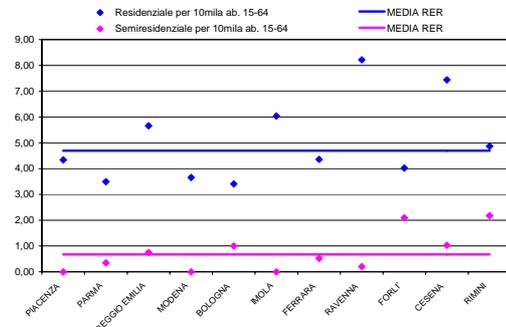


Figura 170: Posti per 10.000 abitanti.

2.3.4 Assistenza ospedaliera

I posti letto per mille abitanti, il cui trend è rappresentato nella Figura 171, è già nello standard di 4,5 previsto dall'accordo Stato-Regioni, ed è già avvenuto lo spostamento di letti dall'acuzie alla lungodegenza e riabilitazione, con risultati migliori rispetto alla media regionale. L'offerta, sostanzialmente stabile negli anni precedenti, è nuovamente incrementata nel 2009 con l'apertura del nuovo corpo di fabbrica dell'ospedale di Fiorenzuola.

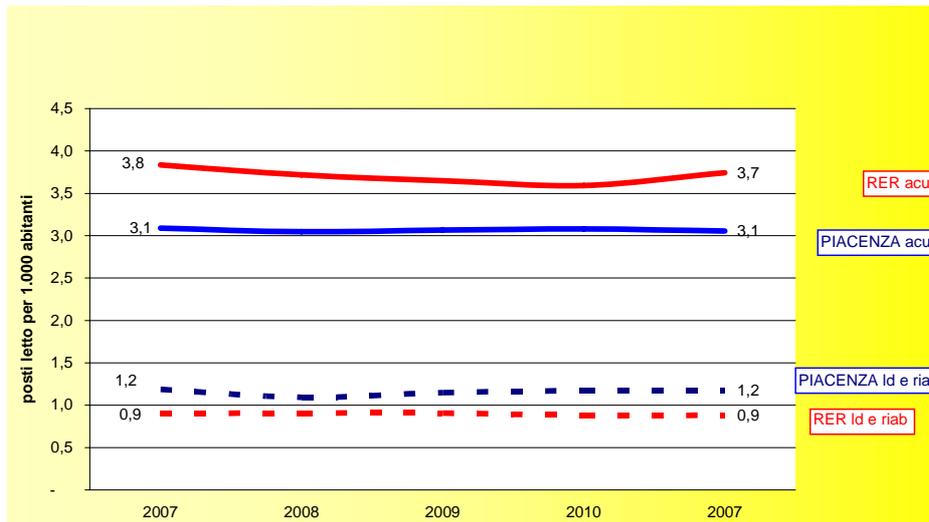


Figura 171: Posti letto per mille abitanti.

Analizzando il trend anche per regime e produttore (vedi Figura 172), la diminuzione dei letti per acuti è ormai da tempo avvenuta a totale carico dei letti di degenza ordinaria (sia privati che pubblici): sono stati infatti ridefiniti i contratti con gli erogatori privati locali, in una logica di complementarità e di collaborazione competitiva, riorientando verso la lungodegenza e



riabilitazione l'offerta di letti in specialità in cui l'Azienda esprime particolare forza, condividendo i percorsi diagnostico-terapeutici e gli standard di offerta, incentivando al rinnovo tecnologico.

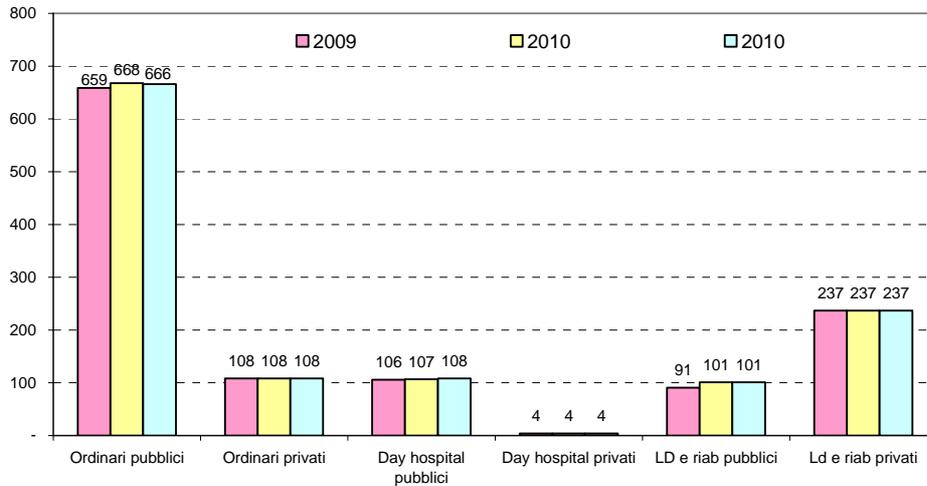


Figura 172: Posti letto per tipologia e produttore.

In termini di appropriatezza lo sforzo aziendale ha dato chiaramente i suoi frutti riportando nei range regionali (fra i migliori in Italia) il tasso di ospedalizzazione per mille abitanti, specie quello per i ricoveri ordinari, ampiamente diminuito all'inizio degli anni duemila, e ora praticamente stazionario dal 2008 (vedi Figura 173).

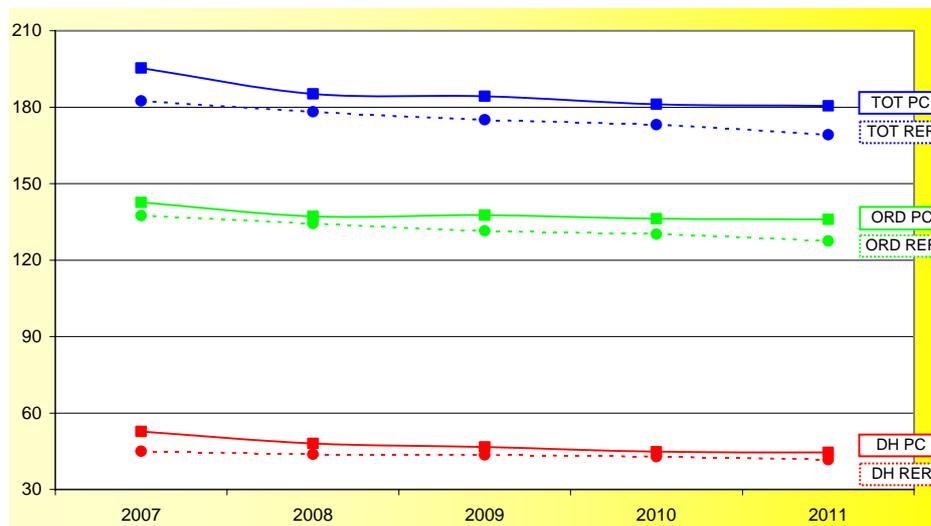


Figura 173: Tasso di ospedalizzazione.

Il tasso di ospedalizzazione del day hospital è ancora leggermente superiore alla media regionale, determinato però esclusivamente dal day hospital medico: quello chirurgico è dal 2008 allineato e spesso inferiore al dato medio regionale (vedi Figura 174). La differenza ancora esistente in relazione al day hospital medico deriva soprattutto dalla mobilità passiva, 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 177). La successiva Figura 175 rappresenta il tasso di ospedalizzazione standardizzato disaggregato per distretto, affiancato alla media provinciale e regionale: in tutti i distretti sia il tasso complessivo che specifico per regime



sono superiori alla media regionale; a livello locale la Città presenta i tassi più alti e il distretto di Ponente quelli più bassi.

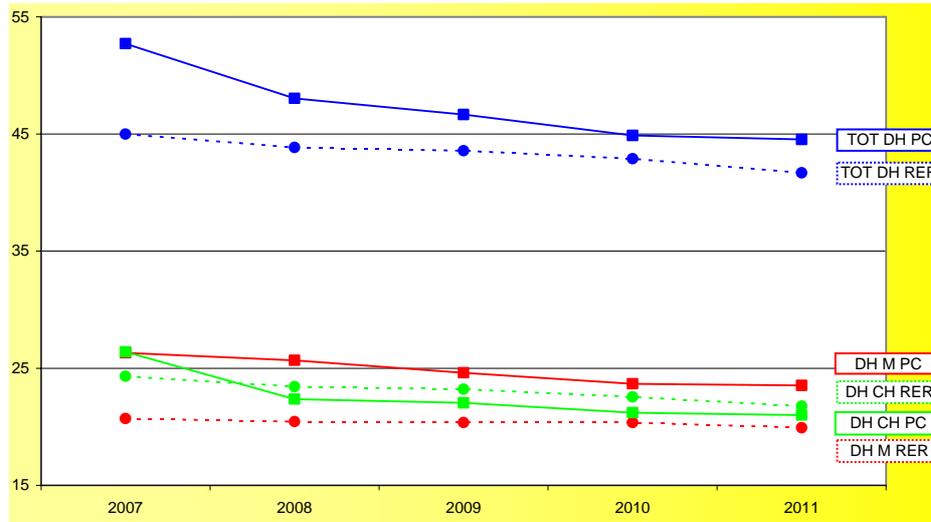


Figura 174: Tasso di ospedalizzazione day hospital.

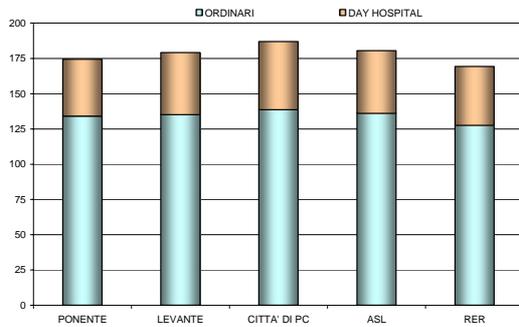


Figura 175: Tasso di ospedalizzazione per distretto.

Le figure che seguono illustrano l'andamento della *produzione*, distinta nei due regimi di ricovero (vedi Figura 176). In regime ordinario la produzione, abbastanza stabile nel triennio precedente, è nel 2011 incrementata in entrambi i regimi.

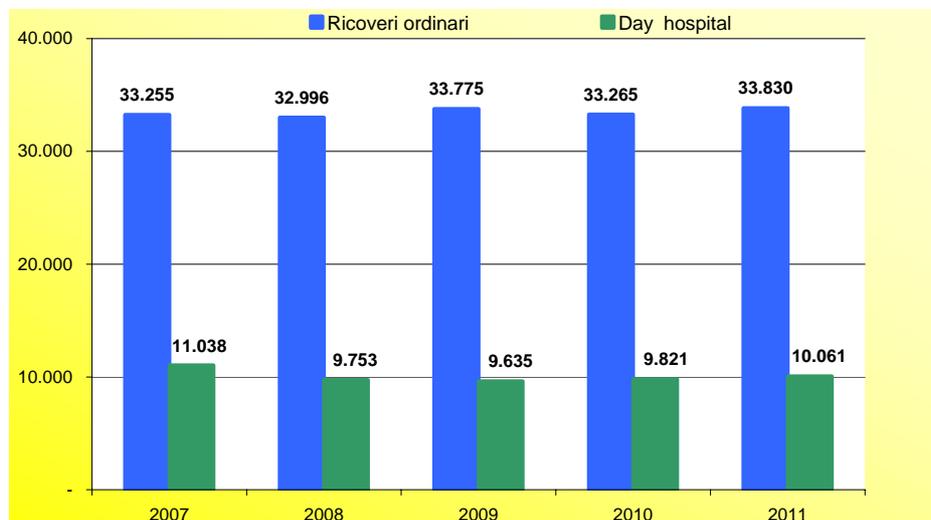


Figura 176: Produzione ricoveri per regime.



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 2011 (vedi Figura 177).

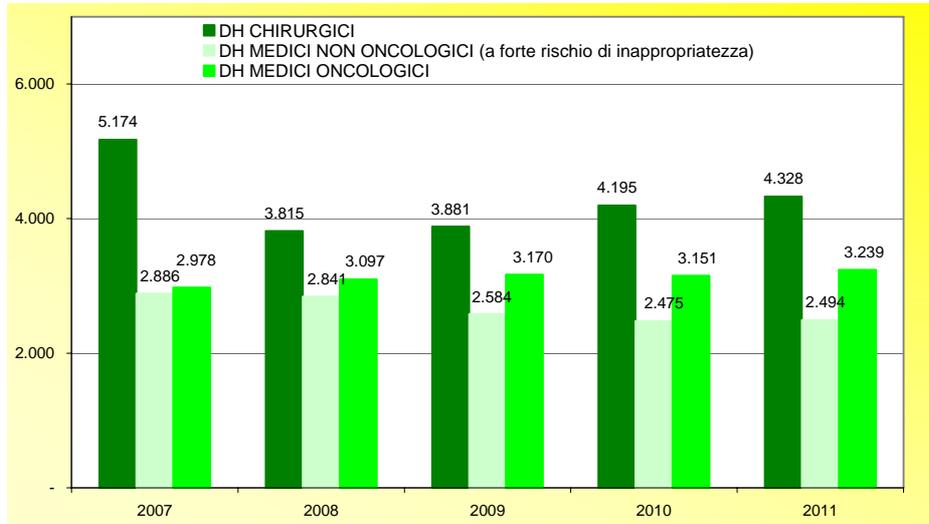


Figura 177: Produzione day hospital per tipo.

La *dipendenza delle strutture ospedaliere aziendali dalla popolazione* (cioè la composizione dell'attività degli ospedali per residenza degli utilizzatori), è illustrata nella successiva Figura 178, confrontata con l'analogo indicatore medio regionale (vedi Figura 179).



Figura 178: Dipendenza della struttura dalla popolazione, PC.



Figura 179: Dipendenza della struttura dalla popolazione, RER.

Da sottolineare a questo proposito l'incremento percentuale dell'attività in favore di non residenti provenienti da fuori Regione avvenuto negli scorsi anni e dal 2008 stabilmente intorno al 17% (Figura 180). La quota di pazienti provenienti da altre Province della Regione è invece molto inferiore alla media per ovvie ragioni di posizionamento geografico della Provincia di Piacenza. Simmetricamente è più alta della media regionale la quota di utilizzo delle strutture da parte dei residenti, con una differenza stabile negli anni di circa 5 punti percentuali.

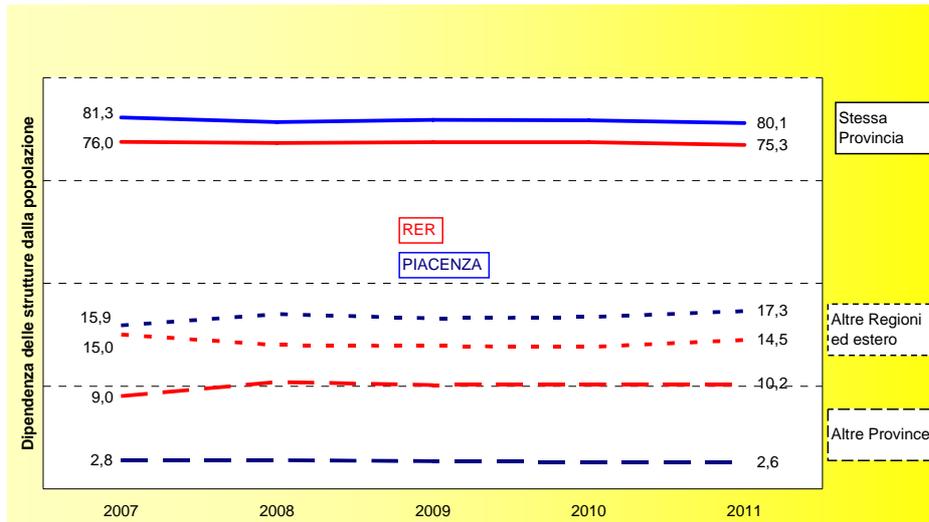


Figura 180: Dipendenza della struttura dalla popolazione.

La dipendenza della popolazione dalle strutture (cioè la composizione del consumo dei residenti per sede di ricovero) è illustrata nelle successive Figura 181 e Figura 182. 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. Negli anni la percentuale di residenti che si rivolge alle strutture provinciali è in crescita, a fronte del calo del ricorso a strutture fuori Regione; resta invece stabile il ricorso a strutture regionali.

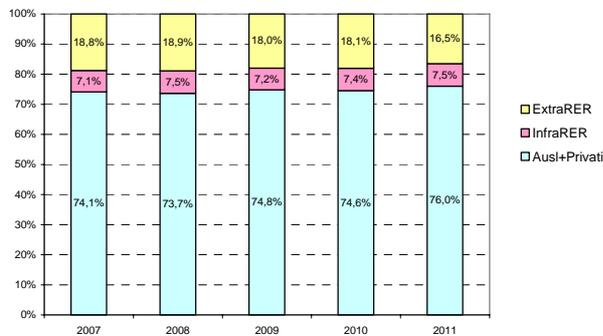


Figura 181: Dipendenza della popolazione dalle strutture, PC.

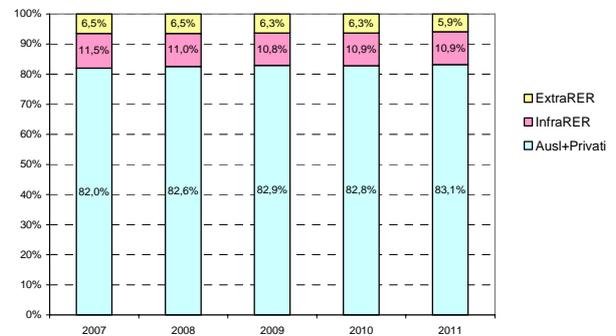


Figura 182: Dipendenza della popolazione dalle strutture, RER.

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 (Figura 183 e seguenti) e 180 giorni (Figura 186 e seguenti). Il secondo gruppo di figure (Figura 189 e seguenti) scompone i ricoveri per blocchi di tempi di attesa (entro 30 giorni, tra 30 e 60, tra 60 e 120, e oltre 120 giorni).



Nel 2011 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 contatto⁴ (vedi da Figura 183 a Figura 185). Si confermano ovviamente vicine al 100% le percentuali per tutti gli interventi oncologici, per le procedure relative alla gestione dell'infarto miocardico acuto, oltre ad altri interventi.

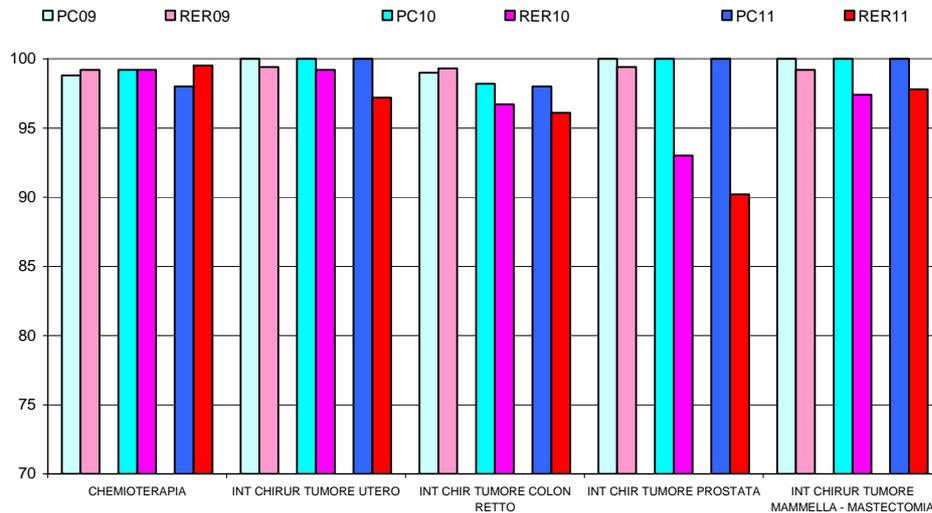


Figura 183: % interventi eseguiti entro 90 giorni – 1.

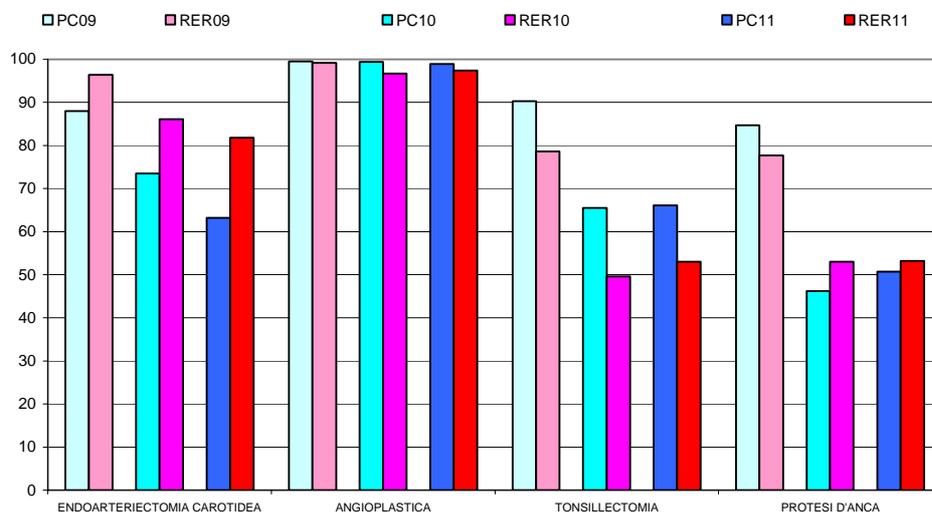


Figura 184: % interventi eseguiti entro 90 giorni – 2.

⁴ 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 permettono una buona elasticità nella somministrazione dei trattamenti chemioterapici e non sia mai 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).

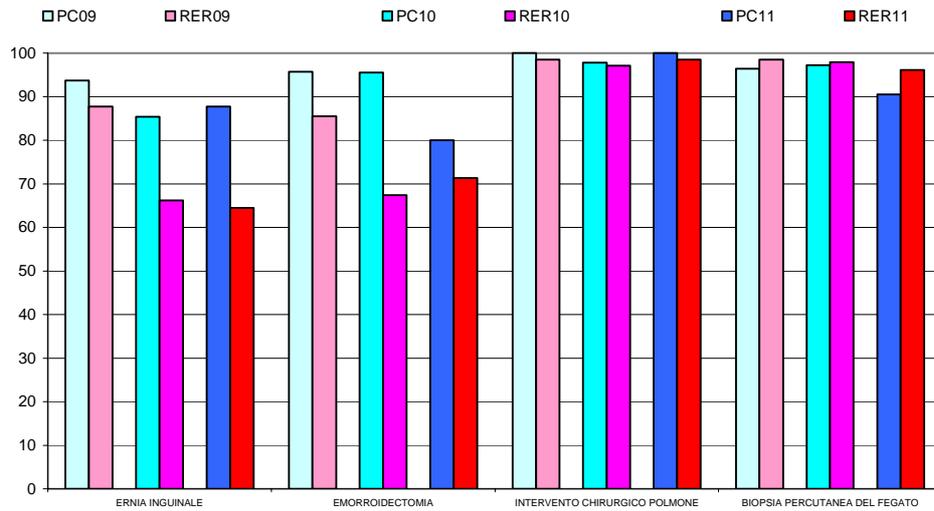


Figura 185: % interventi eseguiti entro 90 giorni – 3.

Le successive Figure mostrano le percentuali per le stesse prestazioni riferite a 180 giorni (vedi da Figura 186 a Figura 188): la seconda parte dell'obiettivo dell'accordo Stato Regioni prevede infatti che il 90% degli interventi sia eseguito appunto entro 180 giorni.

Nel 2011 sono state eseguite nei tempi obiettivo tutte le prestazioni, con l'eccezione della protesi d'anca (85%, in ogni caso in incremento rispetto al 79% del 2010), e emorroidectomia. Vale la pena di sottolineare come per molti interventi, e non solo di tipo oncologico, entro 180 giorni sia eseguita la totalità degli interventi previsti.

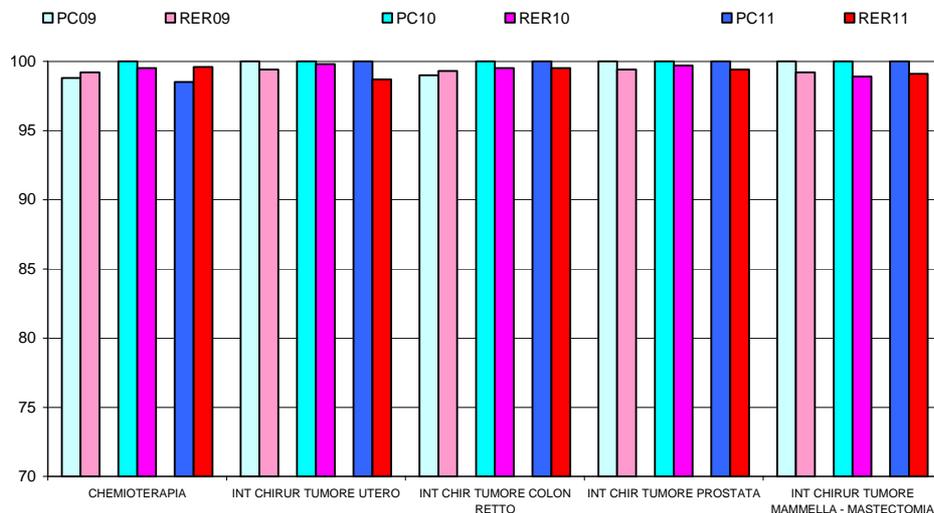


Figura 186: % interventi eseguiti entro 180 giorni – 1.

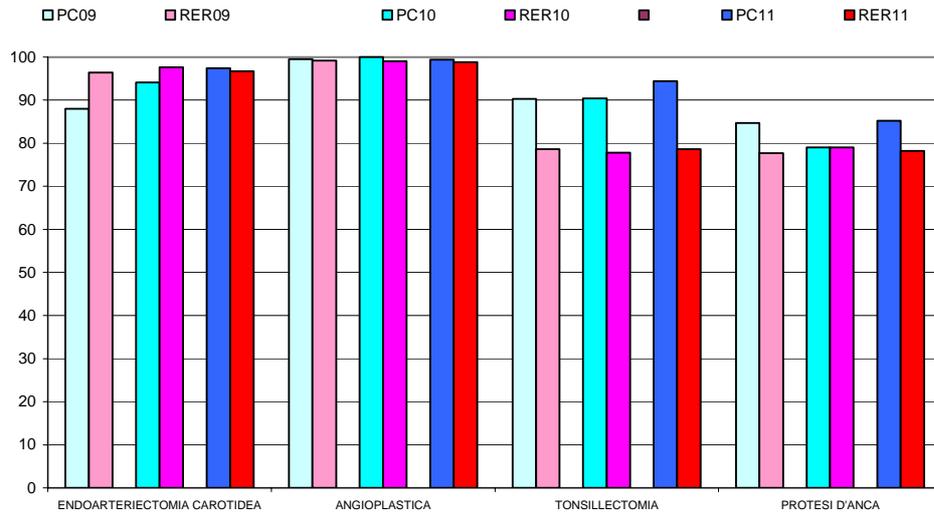


Figura 187: % interventi eseguiti entro 180 giorni – 2.

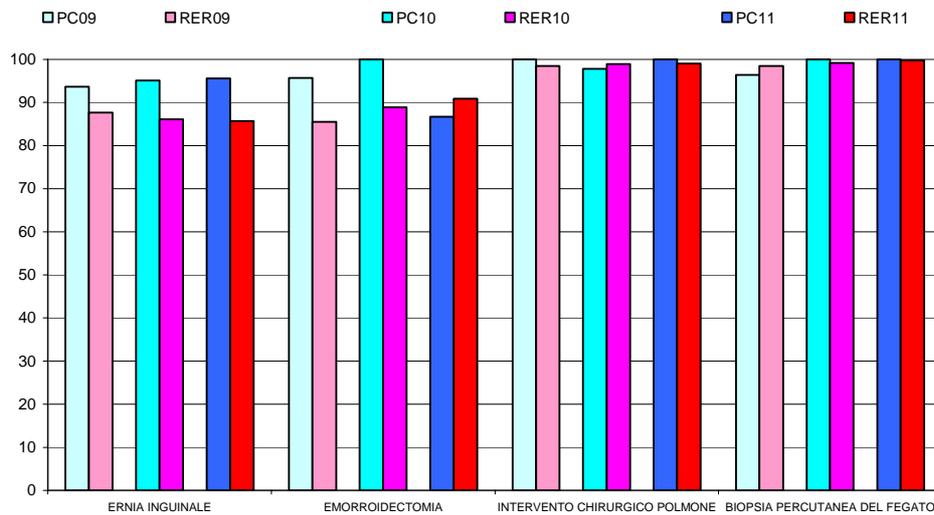


Figura 188: % interventi eseguiti entro 180 giorni – 3.

Le Figure che seguono mostrano la composizione delle liste di attesa confrontate con la media regionale in relazione agli ultimi due anni. Queste rappresentazioni utilizzano, come detto in precedenza scale, di tempi più restrittive di quelle previste dall'Accordo Stato Regioni e cioè 30, 60, 120 giorni.

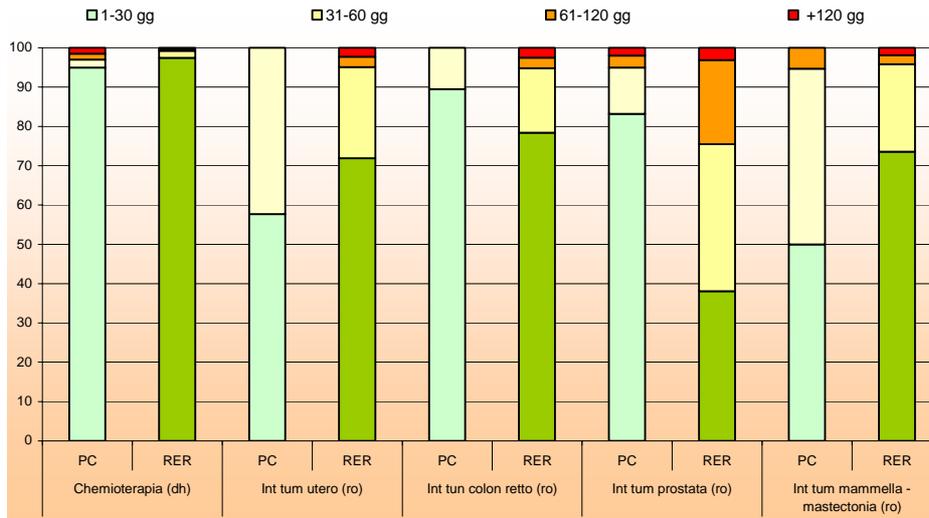


Figura 189: Attesa interventi - 1.

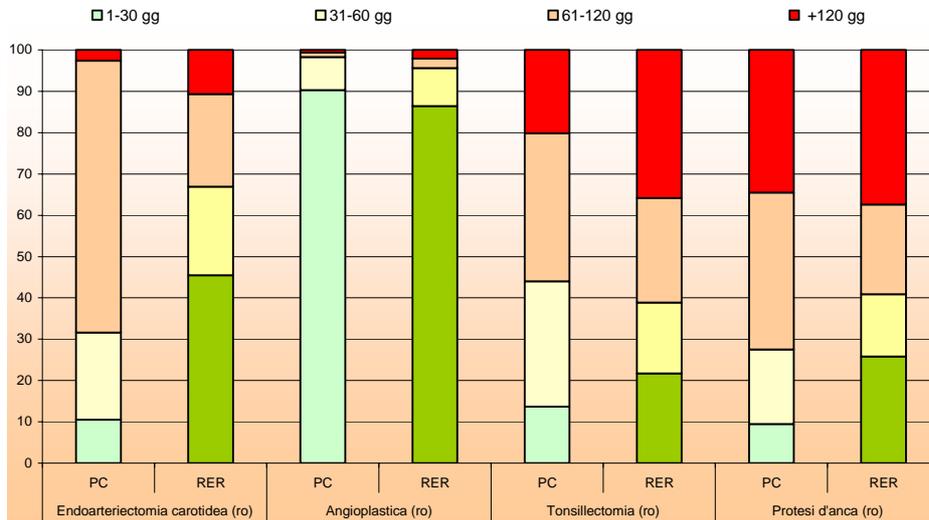


Figura 190: Attesa interventi - 2.

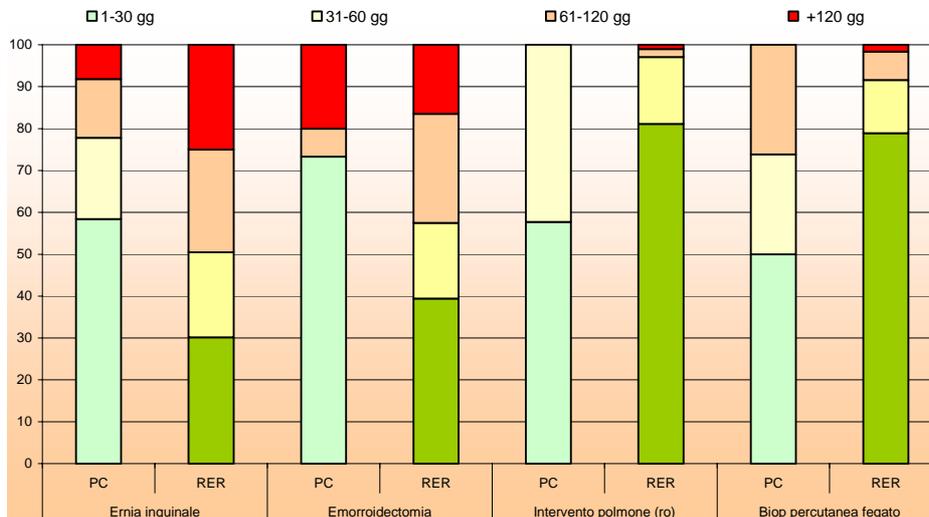


Figura 191: Attesa interventi - 3.



In relazione agli accessi in Pronto soccorso, tra il 2000 e il 2008 gli accessi sono cresciuti a livello provinciale di oltre il 20%, quindi con un incremento medio di circa il 3% all'anno. Gli incrementi più consistenti in termini percentuali hanno riguardato l'ospedale di Fiorenzuola. Dal 2009 c'è stata un'inversione di tendenza complessiva (vedi Figura 192), 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, mentre gli accessi sono nuovamente cresciuti nel 2011, riportando i dati ai valori degli anni 2004-2005. Gli accessi complessivi sono stati 110.000, contro i quasi 116.000 del 2008. La rappresentazione attraverso numeri indice consente di non risentire della diversa numerosità assoluta (dai circa 3.500 accessi di Bobbio agli oltre 68.000 di Piacenza). La successiva Figura 193 illustra l'andamento degli accessi per fasce di età: gli accessi delle persone in età infantile e anziana (insieme poco meno del 40% del totale) sono in ulteriore crescita, nelle altre fasce di età i valori sono inferiori al 2005.

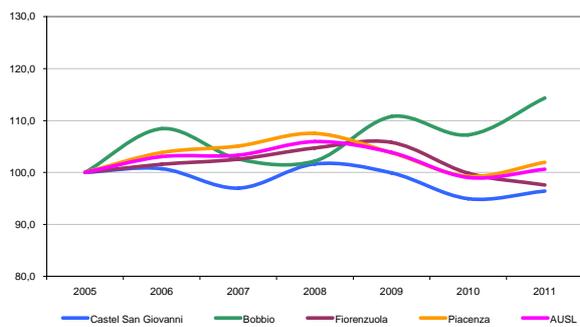


Figura 192: Accessi in PS, numeri indice.

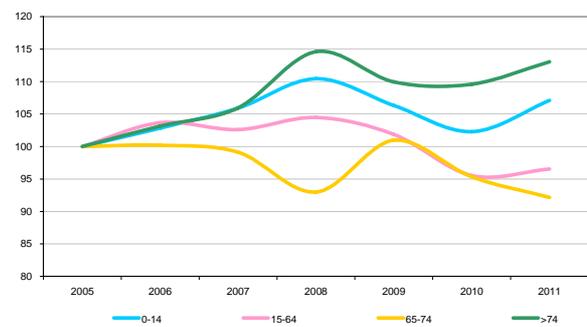


Figura 193: Accessi in PS per fascia di età, numeri indice.

In relazione poi ai giorni della settimana (vedi Figura 194), il maggior numero di accessi avviene nella giornata di lunedì, il minimo nella giornata di domenica. Gli altri giorni della settimana sono abbastanza sovrapponibili.

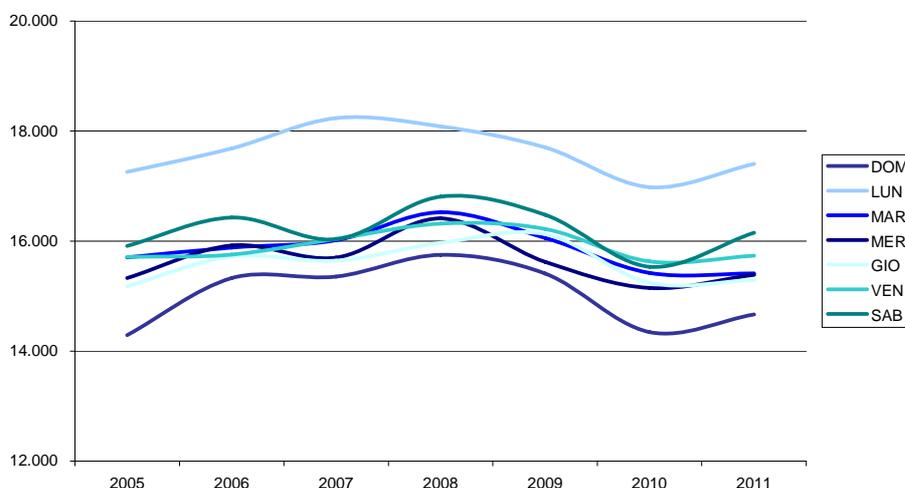


Figura 194: Accessi in PS per giorno della settimana – valori assoluti.



La successiva Figura 195 mostra la composizione percentuale degli accessi per codice colore alla dimissione: nel 2011 i codici bianchi sono stati circa l'1,3% degli accessi, i gialli circa il 10%, i verdi intorno al 75% e il restante bianchi, composizione abbastanza stabile nel tempo.

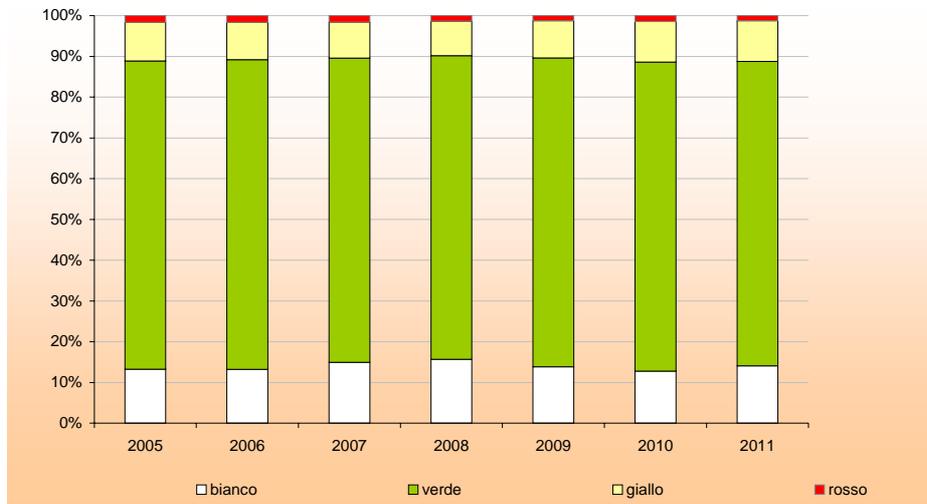


Figura 195: Accessi in PS per codice alla dimissione.

La successiva Figura 194 mostra infine gli indici di accesso per distretto espresso in accessi per mille abitanti. Va precisato che il dato non tiene conto degli accessi in mobilità extraregionale.

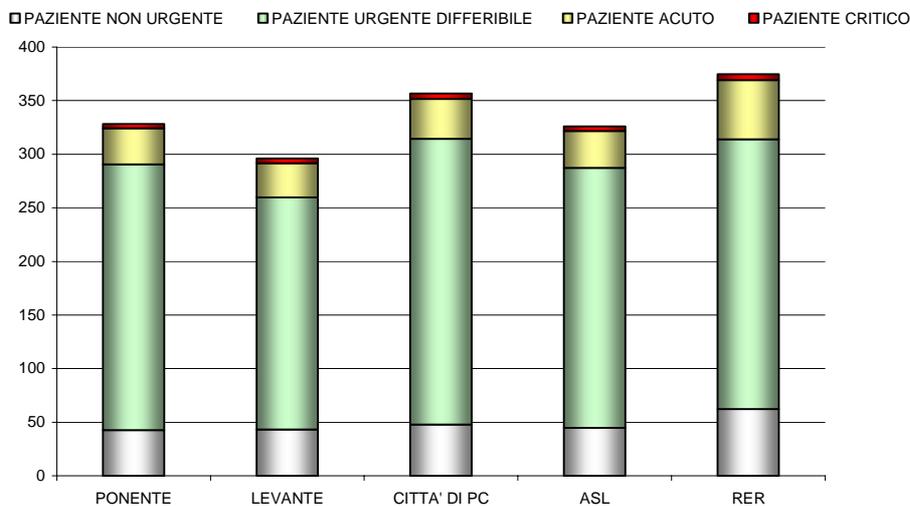


Figura 196: Accessi in PS per codice alla dimissione.

La percentuale di accessi rispetto alla popolazione (vedi Figura 197) è stata nel 2010 del 37%, inferiore alla media regionale (42%). I dati comprendono le attività delle aziende territoriali e delle aziende ospedaliere che insistono sullo stesso territorio.

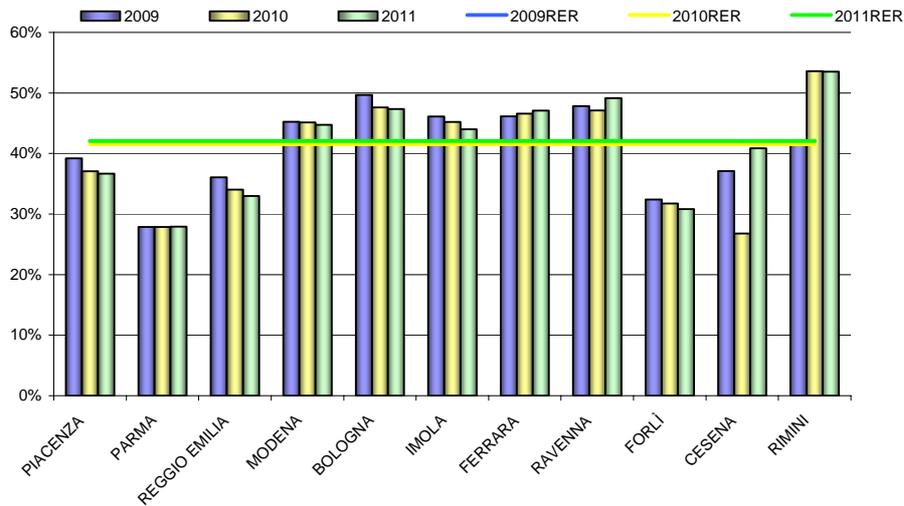


Figura 197: Accessi su popolazione residente.

La percentuale di accessi cui è seguito un ricovero (vedi Figura 198) è intorno al 15%, leggermente superiore alla media regionale.

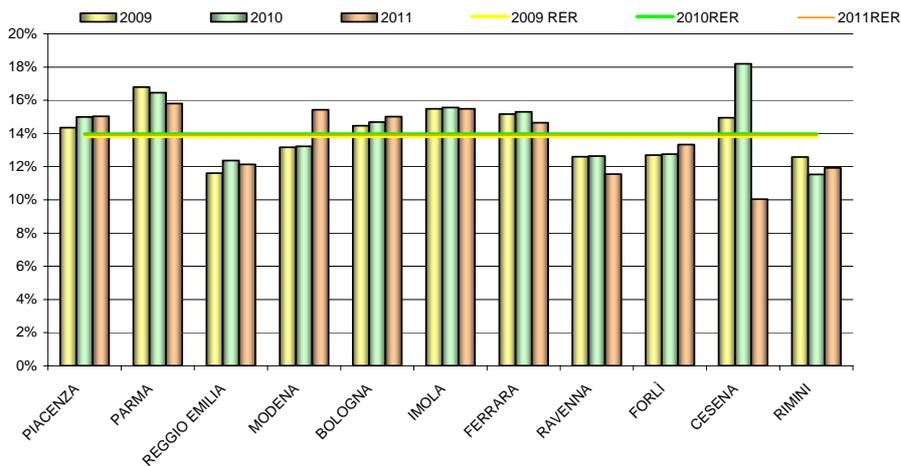


Figura 198: Ricoveri su accessi.

Le successive Figura 199 e Figura 200 illustrano i casi di Osservazione Breve Intensiva (OBI), in rapporto al totale degli accessi in pronto soccorso e in rapporto alla popolazione residente. Dopo un incremento nel 2010, nel 2011 il rapporto tra OBI e totale accessi si è attestato sul 6% superiore di circa due punti percentuali alla media regionale, mentre in rapporto alla popolazione sui 22 accessi per mille abitanti, contro una media regionale di 17. 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 201.

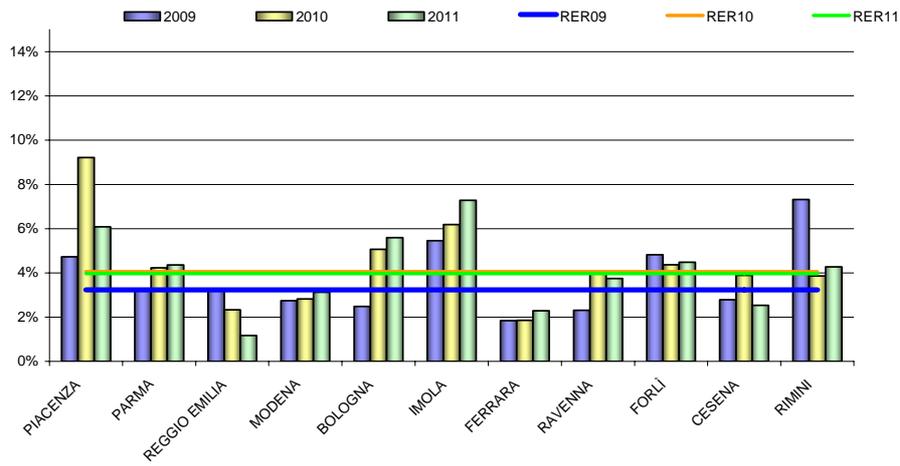


Figura 199: OBI su accessi.

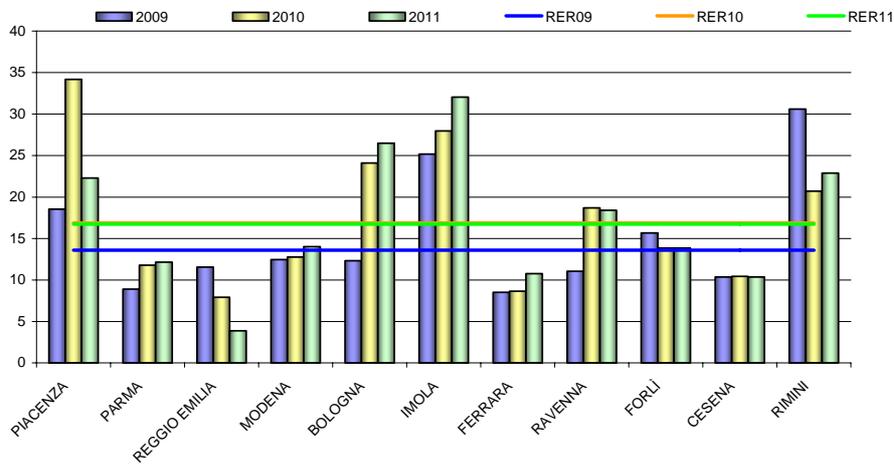


Figura 200: OBI su popolazione.

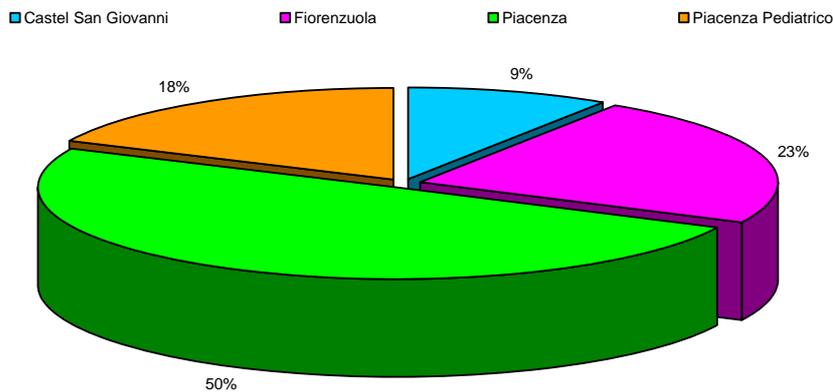


Figura 201: OBI per ospedale.



Riguardo infine al *piano sangue*, nel 2011 si è assistito ad un leggero calo della raccolta dopo tre anni di forte crescita, attestandosi nel 2011 intorno alle 15.000 unità, in ogni caso con un trend di crescita dal 2005 a oggi ancora superiore alla media regionale (vedi Figura 202).

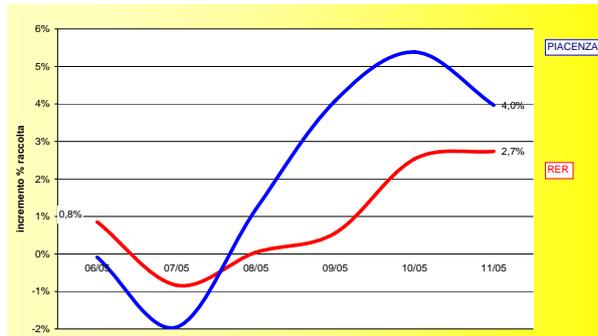


Figura 202: Trend unità raccolte.

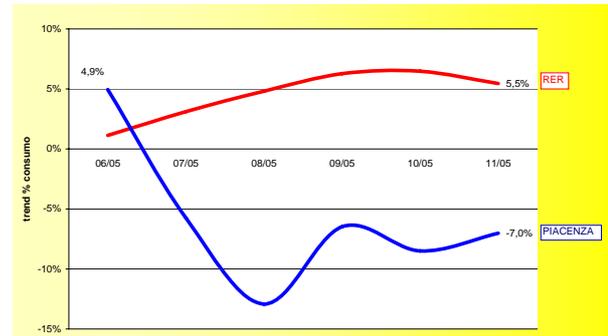


Figura 203: Trend "unità rosse" consumate.

Il trend del consumo è stabile dal 2009 (vedi Figura 203) e nel 2011 sono state consumate quasi 13.600 "unità rosse".

Piacenza ha raggiunto ormai da anni l'autosufficienza piena (vedi Figura 204), attestandosi nel 2011 a 115 unità raccolte ogni 100 consumate, contro una media regionale del 104%.

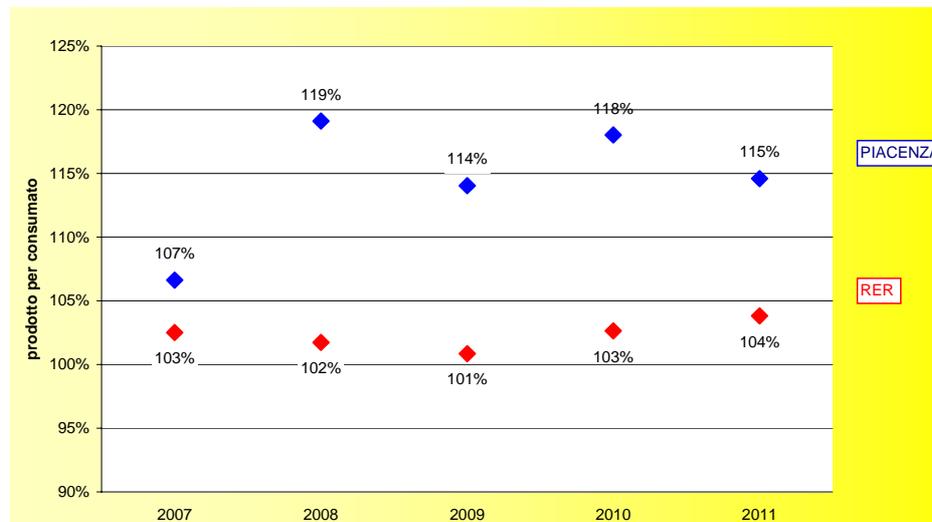


Figura 204: Unità prodotte per cento unità consumate.

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", che 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 in riferimento al primo e all'ultimo anno disponibile⁵, quest'ultimo confrontato con la media regionale. Sono evidenziati in verde gli indicatori rispetto ai quali l'azienda presenta un risultato migliore della media regionale, in rosso quelli sui quali il risultato è peggiore.

	AUSL PC 2007	AUSL PC 2009	AUSL PC 2011	RER 2011
% interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero	53,8	56,2	68,1	49,0
% parti con taglio cesareo primario	26,3	24,0	24,5	20,0
% interventi di colecistectomia laparoscopica	86,3	84,9	92,7	90,8
% PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione	n.d.	66,7	65,9	60,4
Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco congestizio	29,1	34,7	36,3	40,7
Tasso di ospedalizzazione per complicanze a breve termine in pazienti diabetici	3,0	2,9	3,3	4,0
Tasso di ospedalizzazione per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici	22,9	30,6	31,5	21,8
Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani	3,8	3,8	4,9	5,0
Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili	40,1	42,3	37,8	37,9
% ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione	1,7	1,7	1,9	1,4

Tabella 3: Indicatori di qualità 2007-2011.

	AUSL PC 2008	AUSL PC 2010	RER 2010
% decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI	15,0	18,0	14,0
% decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI	7,1	7,4	8,1
% decessi entro 30 giorni da un ricovero in urgenza per stroke	14,2	17,8	18,7

Tabella 4: Indicatori di qualità 2008-2010.

⁵ Per gli indicatori che derivano da dati di attività è già disponibile il dato 2011, mentre per quelli che derivano dal registro di mortalità regionale l'ultimo anno disponibile è il 2010.



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 315 a Figura 332, pag. XLV e seguenti).

L'azienda si posiziona molto bene in relazione agli indicatori di tempestività (vedi Figura 315 e Figura 318), in linea o in molti casi al di sotto della media regionale per gli indicatori di ospedalizzazione (vedi da Figura 319 a Figura 325), con la sola eccezione delle complicanze a lungo termine del diabete, dato che andrà indagato più in profondità. Resta da lavorare ancora, dopo i positivi risultati ottenuti fino al 2004, sul miglioramento dei risultati in termini di riduzione dei cesarei primari: l'Azienda nel 2011 ha completato il consolidamento della parto analgesia, incrementando i casi di oltre il 50%. Va rimarcato come alcune difficoltà siano comunque legate agli altissimi tassi di cesarizzazione che presentano alcuni ospedali delle Regioni confinanti.



3 Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Come ogni anno questa sezione del bilancio di missione contiene innanzitutto lo stato di avanzamento del Piano strategico aziendale 2009-2011, definito nel Piano delle Azioni 2011, approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria insieme al bilancio di previsione. La struttura ricalca l'indice del Piano strategico. 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.

Dallo scorso anno viene riportato anche l'avanzamento del Piano degli investimenti (infrastrutturali e tecnologici), anch'esso presentato e approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria 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 2010, sia in fase di progettazione, o di esecuzione dei lavori o completato. In blu gli investimenti realizzati anche se inizialmente non previsti nel Piano.

I paragrafi successivi inquadrano, nella successione delle sezioni previste dallo schema regionale del bilancio di missione, i risultati rispetto agli obiettivi aziendali 2011, definiti all'interno delle linee di programmazione regionale (DGR n. 732/2011), di cui si riporta il riferimento, con l'esclusione di quegli obiettivi cui il bilancio riserva delle sezioni dedicate (in particolare il paragrafo 3.8 "Sicurezza delle cure" e l'intera Sezione 6 "Governare la ricerca e dell'innovazione tecnologica"). La DGR n. 732/2011 articola infatti gli obiettivi aziendali nelle seguenti categorie: dignità della persona (A), accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure (B), valorizzazione ed empowerment degli operatori (C), promozione della salute e prevenzione delle malattie e del disagio (D), sviluppo della ricerca e dell'innovazione nei processi di cura e di governo del sistema dei servizi (E).

La riconciliazione della struttura dei due documenti non è sempre stata agevole⁶ e probabilmente sarà necessario, sin dalla prossima edizione del bilancio, ripensare ad alcune delle sottoarticolazioni di questa Sezione, perseguendo due obiettivi sostanziali:

- rappresentare in un unico documento, e in particolare in questa Sezione, i risultati sia in relazione alle linee di indirizzo regionali che agli impegni di carattere più locale assunti in sede di Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria;
- rendere sempre maggiormente fruibile un documento che resta, nonostante i tentativi di sintesi, ancora molto corposo e complesso.

⁶ Nelle scorse edizioni alcuni risultati erano riportati nella Sezione 2, e integravano la griglia di indicatori prevista dalle linee guida. Se da un lato era molto più semplice collocare alcuni risultati per livello di assistenza, le diverse rendicontazioni risultavano poi "sparse" all'interno del documento.



3.1 Lo stato di avanzamento del Piano Strategico: il Piano delle Azioni 2010

1. GLI OSPEDALI IN RETE

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Completamento della rete endocrinologica		✓		
Rete di terapia del dolore		✓		
Rete delle cure palliative		✓		
Riorganizzazione del Dipartimento di riabilitazione		✓		

1.1 OSPEDALE DI CASTEL SAN GIOVANNI

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Organizzazione per intensità di cura e durata della degenza		✓		
Revisione della continuità assistenziale di area medica			✓	
Hub aziendale di chirurgia dei legamenti e percorso dell'urgenza differibile della traumatologia sportiva dilettantistica			✓	
Riabilitazione cardiologica e respiratoria;		✓		Nella più complessiva riorganizzazione dell'area della riabilitazione
Rafforzamento delle funzioni di diagnostica per immagini;	✓			Nuova tac e organizzazione completata col direttore U.O.C.
Hub provinciale della patologia coloproctologica	✓			

1.4 OSPEDALE DI BOBBIO

Azioni 2011	Consolidato	Avviato	Rinviato	Note
Sviluppo delle attività di day service	✓			
Consolidamento del progetto di prevenzione del rischio fratture	✓			

1.2 OSPEDALE UNICO DELLA VAL D'ARDA

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Potenziamento attività urologiche, in particolare nell'ambito del progetto "Centro di 1° livello per l'infertilità"		✓		
Potenziamento chirurgia plastica		✓		
Gestione informatizzata del farmaco e dei dispositivi, somministrazione in dose unitaria	✓			
Fattibilità casa domotica presso l'ospedale di Villanova			✓	



1.3 OSPEDALE DI PIACENZA

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Ulteriore consolidamento collaborazione il Rizzoli di Bologna, in particolare per ortopedia pediatrica	✓			
Riorganizzazione dell'urgenza endoscopica;		✓		Definito il progetto
Consolidamento ed estensione della gestione informatizzata del farmaco e dei dispositivi, somministrazione in dose unitaria	✓	✓		Consolidato sul farmaco, avviato per i dispositivi
Centralizzazione della preparazione antiblastici		✓		Avviato a novembre, centralizzazione completata entro quest'anno
Potenziamento delle attività urologiche		✓		
Sviluppo della chirurgia del dorso	✓			

2. LA RETE TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA

2.1 LE CURE PRIMARIE

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Attivazione della medicina di gruppo presso l'ospedale di Borgonovo	✓			
Avvio della medicina di gruppo di San Giorgio	✓			
Definizione accordi per la medicina di gruppo Besurica			✓	
Acquisizione di ecografo doppler per la diagnostica vascolare venosa (varici) e arteriosa sovraortica (TSA) e definizione di percorsi per la diagnosi e il trattamento presso le medicine di gruppo	✓			
Continuità assistenziale: numero unico di chiamata attraverso l'attivazione di una centrale operativa unica e progressiva estensione a tutto il territorio		✓		Al 31/12 collegate 6 sedi
Ulteriore consolidamento mirato della specialistica	✓			
Promozione della prescrizione dei farmaci generici	✓			
Appropriatezza prescrittiva, in particolare in relazione agli antipertensivi	✓			
Prevenzione delle recidive cardiovascolari	✓			
Informazione indipendente: attivazione di consulenze individuali ai MMG in relazione al profilo prescrittivo farmacologico			✓	Avviato nel primo semestre 2012



2.1.1. SALUTE DONNA E INFANZIA

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Consolidamento della figura dei case manager (ostetriche) per la presa in carico della gravidanza a basso rischio e per l'accompagnamento alla nascita nei consultori distrettuali		✓		
Consolidamento del percorso nascita	✓			
Progetto di contrasto alle mutilazioni genitali femminili		✓		Programmata la formazione da fare nel 2012

2.1.2 ASSISTENZA PROTESICA

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Nuovo percorso per la fornitura e sostituzione di cannule tracheostomiche, già consolidato nelle strutture residenziali: avvio degli ambulatori dedicati nei tre comuni capofila	✓			

2.2 IL SISTEMA SOCIO SANITARIO INTEGRATO

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Sviluppo del sistema informativo integrato;		✓		
Completamento della definizione di percorsi di accesso integrato;	✓	✓		
Consolidamento: - team di transizione tra area salute mentale e area della non autosufficienza; - consulenze specialistiche a favore di anziani e disabili in struttura;	✓	✓		

2.2.1 ASSISTENZA AI DISABILI

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Definizione dei criteri e delle modalità di passaggio dei disabili over 64 alla rete anziani	✓			
Completamento della diffusione del modello di valutazione basato sul funzionamento (ICF), esteso anche agli interventi a bassa intensità;	✓			ICF integrata con altri strumenti per le valutazioni infermieristiche



2.2.2 ASSISTENZA AGLI ANZIANI

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Consolidamento del progetto di prevenzione rischio fratture nella popolazione anziana residente in montagna;	✓			
Avvio/prosecuzione della sperimentazione dell'utilizzo di strumenti di telemedicina: <ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio cardiologico pazienti con scompenso cardiaco nei distretti di Levante e Ponente; - monitoraggio del trattamento con ossigeno a domicilio nella zona montana della val Tidone; - monitoraggio di pazienti fragili in alta val Tidone; 		✓		Acquisite e collaudate le attrezzature, collegamento col primo paziente

2.2.3 INNOVAZIONE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Integrazione tra servizio protesica e centro adattamento domestico (CAAD) provinciale	✓			
Ricerca sugli esiti nella popolazione assistita a domicilio	✓			

2.3 SALUTE MENTALE

2.3.1 RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI "STORICHE"

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Attivazione di una funzione residenziale post-crisi		✓		E' avviata sperimentalmente una funzione di residenza post-crisi presso la struttura di una RTP in riconversione. Ne hanno usufruito sinora 12 pazienti.
Riorganizzazione e nuove funzioni dei centri diurni psichiatrici	✓			Completata la riconversione e il rilancio organizzativo del CD di Ponente. Completato il nuovo assetto dirigenziale / professionale affidato a psicologi clinici anziché a psichiatri.
Completamento della riorganizzazione della rete delle residenze		✓		
Consolidamento del nuovo programma aziendale alcolico	✓			Completata la rete ambulatoriale / ospedaliera / di residenza.
Consolidamento centro di terzo livello (e hub di Area Vasta) per i disturbi del comportamento alimentare	✓			Consolidata sia la prestazione clinica di 3° livello per pazienti di altre Province (PR, RE, MO, BO e FE) presso il Reparto di Pediatria di Piacenza, che l'organizzazione di corsi di formazione per tutti gli operatori AVEN.



2.3.2 SVILUPPO DELLE ATTIVITA' DI COLLEGAMENTO

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Sviluppo del Programma "Autismo 0-30"		✓		Operative le procedure di transizione dei pazienti autistici dalla UONPIA alla Psichiatria di collegamento.
Avvio della costruzione di rapporti di lavoro strutturati con i Servizi sociali comunali e il Servizio lavoro dell'amministrazione provinciale		✓		Prevista per il 2012 una formazione sul campo che coinvolge nella gestione dei casi di adulti fragili complessi, che coinvolge 15 operatori DSM che 20 operatori dei comuni.
Attivazione di residenze socio-assistenziali: appartamenti, comunità			✓	
Attivazione del centro di inclusione socio-lavorativa con gruppi appartamento "I Perinelli"			✓	Prevista per il 2012

2.4 SANITA' PUBBLICA

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
A regime il registro di patologia e consolidamento del registro tumori;	✓			
Avvio del programma interdipartimentale promozione della salute e costituzione del un gruppo di lavoro aziendale;		✓		
Realizzazione del programma sperimentale "guadagnare salute" presso il territorio del comune di Podenzano		✓		Concluso a maggio 2012

3 L'AZIENDA TECNOLOGICA E LOGISTICAMENTE AVANZATA

3.1 L'INNOVAZIONE LOGISTICA

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Consolidamento del progetto di gestione informatizzata del reparto, finalizzato ad informatizzare tutte le informazioni di gestione del paziente;		✓		Acquisito il repository e il software di gestione della sala operatoria
Progressivo sviluppo ed estensione del monodose	✓	✓		



3.3 L'INNOVAZIONE PER IL RISPETTO AMBIENTALE

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Progetto per lo sviluppo del fotovoltaico	✓			

4 PROGRAMMARE AD AREA VASTA

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Istituzione e avvio delle attività della Commissione unica per i dispositivi medici		✓		Gruppo di lavoro ben strutturato e con alti livelli di collaborazione, non ancora formalizzata la commissione unica. Ogni azienda ha istituito la propria.
Progressiva adozione della codifica unica dei dispositivi	✓	✓		Completata l'adesione alle indicazioni regionali, va completata la parte di competenza AVEN, anche in relazione all'avvio del magazzino unico.

5 GOVERNO CLINICO E GESTIONE DEL RISCHIO

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato	Note
Segnalazione e gestione degli eventi avversi	✓			

ORIENTAMENTI PER LE AZIONI DI SOSTENIBILITA'

Azioni 2011	Consolidato	In corso	Rinviato
Trascinamento e sviluppo di alcuni effetti delle "azioni centralizzate" del 2010, in particolare quelle legate alla politica del farmaco	✓		
Azioni di razionalizzazione non più basate su "poche grandi azioni", ma legate allo sviluppo e all'implementazione di una serie di iniziative volte all'utilizzo appropriato e monitorato delle diverse risorse (prestazioni di laboratorio, di diagnostica, ecc.)	✓	✓	
Analisi, revisione e reingegnerizzazione di alcuni processi aziendali al fine di migliorare le performance		✓	
Adesione e partecipazione attiva allo svolgimento delle gare AVEN e Intercenter	✓		
Sviluppo controllato di una serie di investimenti in corso e previsti all'interno del triennio destinati a produrre un miglioramento dell'offerta, dell'appropriatezza e della sicurezza	✓	✓	
Interventi sui settori in cui l'AUSL di Piacenza presenta costi pro-capite pesati più alti della media RER		✓	
Negoziazione, anche con l'intervento regionale, dei contratti di fornitura con i principali fornitori fuori provincia	✓		
Azioni di maggiore fidelizzazione dell'utenza attraverso potenziamenti mirati di attività (ortopedia, urologia, chirurgia, ecc.)		✓	



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

Tutta la rete	Progetto	Lavori in corso	Completato	Note
Rete voip e telefonia (2010-11)		✓		
Logistica integrata area vasta (2011)		✓		
Programma annuale di rinnovo e potenziamento I.C.T. (2011-12)		✓		

Distretto di Levante	Progetto	Lavori in corso	Completato	Note
Ambulatori monticelli (2011)		✓		
Palestra (2011-12)	✓			
Ascensori (2011-12)	✓			
Tetto villanova (2010-12)			✓	
Tetto palazzina arpa (2011-12)			✓	
Interventi vari per accreditamento (2012)	✓	✓		
Casa della salute di Podenzano (2012)		✓		
Consolidamento statico ospedale di Villanova	✓			
Pronto soccorso, blocco parto, rinnovo tecnologico e impiantistico del blocco operatorio (ventilatori e monitor per anestesia, tavoli operatori, scialitiche, letto parto, sistema di monitoraggio e telemetria CTG), sicurezza Ospedale della Val d'Arda (2012)				Da realizzare attraverso il finanziamento previsto dalla Finanziaria 2008, ancora in attesa di stipula l'accordo di programma Stato - Regione

Distretto di Ponente	Progetto	Lavori in corso	Completato	Note
Ttrasferimento riabilitazione (2011-12)	✓			
Interventi vari per accreditamento (2012)	✓	✓		
MOC per l'ospedale di Bobbio (2011)			✓	
RMN per ospedale di Castel San Giovanni (2011-12)	✓			
CSR di Borgonovo (2011)		✓		
Casa della salute di Borgonovo (2011-12)	✓			
Ristrutturazione e ampliamento degenze ospedale Castel San Giovanni (2012)	✓	✓		
Adeguamento sicurezza ospedale Castel San Giovanni (2012)				Da realizzare attraverso il finanziamento previsto dalla
Rinnovo tecnologico e arredi comparto operatorio, terapie intensive, degenze (2012): Tavoli operatori, ventilatori e monitor per anestesia, elettrobisturi, letti elettrici per degenza medicina e rianimazione, ventilatori per rianimazione				
Ristrutturazione ospedale di Bobbio: 3° piano e zona spogliatoi (2012)	✓			
Comparto operatorio e altro ospedale di Castel San Giovanni (2011-12)		✓		
Completamento ristrutturazione dialisi ospedale di Bobbio (2011-12)	✓			lavori appaltati



Distretto Città di Piacenza:	Progetto	Lavori in corso	Completato	Note
Cellule staminali (2011-12)	✓			nel più complessivo progetto del laboratorio
Interventi vari per accreditamento (2011-12)	✓	✓		
Nuova TAC a 128 strati			✓	
Edificio 4: realizzazione del poliambulatorio chirurgia (2011 e 2012)		✓		
Nuova cabina elettrica, scala esterna di sicurezza e ascensori (2011 e 2012)		✓		
Ristrutturazione ex igiene e profilassi per trasferimento del DH oncologico e del Ser.T (+ diabetologia nell'attuale dh oncologico) + copertura pneumologia (2011 e 2012)		✓		
Gamma camera doppia testa (2010-11)		✓		gara aggiudicata, saranno acquisite e installate nei nuovi locali ex cucina
Gamma camera mobile a singola testa (2010-11)		✓		
Sonda per linfonodo sentinella (2011)			✓	
Adeguamento strutture, nuovo pronto soccorso e interventi infrastrutturali, piattaforma per la medicina diagnostica per immagini, a partire dalla medicina nucleare (2010, 2011 e 2012)		✓		
Tetto palazzina ex neurologia			✓	
Nuova sede NPI (2011)			✓	
Nuovo deposito farmaci e nuova cucina (2010 e 2011)		✓		
Adeguamento impianti di trattamento aria e gruppo frigorifero (2012)	✓			
Arredi e attrezzature Pronto Soccorso Piacenza (2012): 1 Tac 16 strati, 2 DR, 1 amplificatore di brillantezza, 1 ecografo, sistema per telemetria, rinnovo attrezzature varie per obsolescenza, tecnologie informatiche				Da realizzare attraverso il finanziamento previsto dalla Finanziaria 2008, ancora in attesa di stipula l'accordo di programma Stato - Regione
Adeguamento impiantistico e tecnologico del comparto operatorio (2012): ventilatori e monitor per anestesia, tavoli operatori, scialitiche, pensili, letti rianimazione per recovery room				

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 2011 i tre Comitati di distretto hanno definito e approvato i Piani Attuativi, in coerenza con i Piani di Zona per la Salute e il Benessere sociale per il triennio 2009-2011, ma l'impegno maggiore ha riguardato la definizione e sottoscrizione dei contratti di servizio successivi al rilascio dei provvedimenti di accreditamento transitorio o provvisorio da parte di ciascun organismo istituzionalmente competente. A tal fine è stato costituito un gruppo di lavoro interdistrettuale, che ha redatto uno schema di contratto di servizio omogeneo per tutto il territorio provinciale. Parallelamente ogni distretto ha lavorato alla definizione dei costi di riferimento di ogni servizio, a



partire dagli strumenti di calcolo messi a disposizione della regione, completando la sottoscrizione dei contratti di servizio, tutti con decorrenza 1 luglio.

L'Ufficio di Supporto e l'Ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, ognuno per le rispettive responsabilità, hanno presidiato principalmente le attività relative:

- alla definizione di indirizzi e criteri per il riparto del FRNA, finalizzati ad una ripartizione condivisa e sostenibile per tutti i distretti, e al successivo monitoraggio dei livelli di spesa;
- al monitoraggio del processo di accreditamento;
- alla definizione di un regolamento per l'accesso per utenti con gravissime disabilità acquisite, come da DGR n. 2068/2004 (finalità, destinatari, modalità di accesso, indicatori di monitoraggio, etc.), attualmente in corso di approvazione;
- al consolidamento del progetto sul sistema informativo sociosanitario, con la prosecuzione dei lavori per la definizione, sviluppo e implementazione del sistema di ambito provinciale, in coerenza con gli indirizzi della cabina di regia.

A livello provinciale si segnalano due iniziative istituzionali che hanno visto la partecipazione congiunta di Provincia, Comuni e di altri soggetti istituzionali:

- la riesamina del Protocollo di intesa fra scuole e servizi sociali redatto nel 2010, diventato quindi oggetto di studio e di lavoro di un gruppo tecnico integrato composto da tecnici provinciali, operatori sanitari e sociali, rappresentanti del privato sociale e delle istituzioni scolastiche, come previsto nel "Programma provinciale per le politiche di accoglienza e tutela dell'infanzia e dell'adolescenza" del 2011. Il documento, una volta completato, dovrà essere sottoscritto e verrà quindi diffuso presso le scuole e gli enti competenti;
- la prosecuzione del progetto provinciale "Non è stato un incidente" per la lotta contro alla violenza alle donne⁷. Il tavolo di lavoro integrato (Provincia, EE.LL., Ausl, privato sociale) ha sottoscritto uno specifico protocollo d'intesa. Il lavoro di rete degli operatori sociali e sanitari, degli amministratori locali e dei volontari ha consentito di produrre un opuscolo informativo per le donne vittime di abuso e maltrattamento, stampato in più lingue, intitolato "Entra nella tua vita". E' stato realizzato un percorso formativo destinato agli operatori dei servizi dedicati, che ha avuto come esito finale la redazione di specifiche linee guida per gli operatori del settore.

Si segnala infine la conclusione, nel gennaio 2012, del progetto di modernizzazione dell'Area Vasta Emilia Nord "La presa in carico del disabile adulto", che ha visto l'Azienda USL di Piacenza quale capofila. Il confronto e l'analisi di alcuni parametri e degli aspetti operativi nei servizi per la disabilità nei diversi territori hanno fatto emergere modelli differenti, evidenziare le esperienze da valorizzare e le singole criticità per le quali sono stati individuate proposte di miglioramento.

⁷ Per un approfondimento sulle altre attività legate all'obiettivo regionale sull'accoglienza e presa in cura di donne e bambini vittime di violenza e/o maltrattamento vedi oltre, par. 3.4, da pag. 97.



3.4 Universalità ed equità di accesso

Si riportano qui di seguito gli obiettivi regionali 2011 legati al tema dell'accesso ai servizi, con la sintetica relazione delle principali azioni realizzate e dei risultati ottenuti.

<p>Obiettivo A.2 - <i>migliorare la conoscenza e l'accesso al sistema dei servizi per le persone non autosufficienti</i></p>	<p>Nel distretto Città di Piacenza si è lavorato all'aggiornamento della "Guida ai servizi per gli anziani", conclusa e pubblicata nei primi mesi del 2012. E' stato inoltre avviato con il gruppo famiglie degli utenti disabili un confronto strutturato sull'accesso ai servizi sanitari, in continuità con il progetto su cui ha lavorato il CCM distrettuale, che ha riguardato in particolare la definizione di percorsi specifici per l'accesso dei ragazzi disabili al laboratorio analisi e alla radiologia. E' inoltre in corso, e si concluderà nel 2012, il confronto sull'accesso in Pronto soccorso, i cui esiti saranno estesi a tutti i pronti soccorso aziendali,</p> <p>Il distretto di Ponente ha operato un'informazione sistematica tramite stampa, giornalini e opuscoli promossi dai singoli Comuni. Inoltre alcuni Comuni/Unioni di Comuni hanno realizzato una carta dei servizi. E' stato realizzato ed utilizzato uno specifico opuscolo informativo finalizzato a facilitare i cittadini disabili nella richiesta di ausili utili all'adattamento domestico</p> <p>Nel distretto di Levante è stata realizzata un'indagine conoscitiva, promossa da A.Fa.Di (Associazione famiglie disabili) e da SVEP e con la partecipazione degli operatori del Servizio Sociale Delegato di Levante, rivolta ai familiari di disabili adulti e minori del Distretto per verificare la conoscenza e percezione del livello qualitativo della risposta offerta dai servizi in rete rispetto alle esigenze e ai bisogni dei familiari, di cui sono stati restituite le evidenze di risultato.</p> <p>Il Dipartimento di cure primarie, e in particolare la U.O. gestione territoriale della non autosufficienza, ha predisposto e diffuso materiale informativo sull'erogazione di ausili e materiale protesico, e sulle attività e le modalità di accesso alla struttura di riabilitazione ambulatoriale cittadina.</p>
<p>Obiettivo B.2 - <i>garanzie per l'accesso e la continuità assistenziale per gli utenti afferenti al Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche</i></p>	<p>Il Piano dipartimentale per l'accesso è stato formalizzato nel Manuale Qualità accreditato dall'Agenzia Sanitaria Regionale nel maggio 2011. Il piano è articolato per ogni U.O.C. con cinque indicatori di garanzia e relativi standard. Il Programma Regionale Dipendenze è stato attuato in ogni sua parte, come documentato attraverso i report trimestrali inviati in Regione.</p> <p>E' stata data piena attuazione del programma aziendale sui disturbi del comportamento alimentare (DCA) e, come HUB, sono state garantite per tutte le aziende dell'AVEN le attività di coordinamento, di supporto clinico internistico di formazione su tecniche psicoterapeutiche.</p> <p>E' stata data piena attuazione anche al programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA), e si è sperimentalmente avviato il programma aziendale "Autismo 0-30".</p> <p>E' stato attivato presso la U.O. NPIA, il centro di 2° livello per i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), per implementare e monitorare il percorso diagnostico terapeutico.</p> <p>In particolare nel distretto Città di Piacenza prosegue l'azione del team di transizione, composto da personale della NPIA e dei Servizi Comunali della Disabilità Adulti, anche per l'eventuale attivazione di percorsi specialistici. Si è in particolare identificato un</p>



	<p>educatore professionale, formato dall'Azienda ed inserito presso il Centro Socio-Occupazionale, al fine di accogliere i nuovi utenti, attivare la rete e sostenere il percorso dell'utente con progetti e attività personalizzati.</p> <p>Nel Distretto di Levante inoltre è stato sviluppato e consolidato un gruppo di lavoro integrato composto da operatori sociali del Comune (assistente sociale e assistente domiciliare) dell'istituto "P. Verani" , dai volontari delle Associazioni "Agape" e "Fiorenzuola oltre i Confini" e da operatori sanitari del Servizio Psichiatrico/SERT e del Pronto Soccorso per definire modalità di presa in carico congiunte (raccordo di metodiche di lavoro, condivisione di un linguaggio comune...) per utenti psichiatrici (non in fase di acuzie o recrudescenza dei sintomi) che necessitano di percorsi diversificati (ad es. sul versante sociale: politiche abitative, supporto all'inserimento lavorativo, etc.; sul versante sanitario: mantenimento dello stato di salute), ma che mantengano un elevato livello di integrazione.</p>
<p>Obiettivo B.3 - <i>erogazione prestazioni specialistiche ambulatoriali appropriate, in tempi adeguati e con percorsi chiari e definiti, gestione appropriata delle liste di attesa per ricoveri programmati</i></p>	<p>Il Programma Attuativo Aziendale per il governo delle liste di attesa è stato predisposto, sottoposto alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria in data 26 settembre 2011 e trasmesso in Regione. Quanto ai piani di comunicazione è stato attivato un gruppo di lavoro all'interno dei Comitati Consultivi Misti, finalizzato alla predisposizione di strumenti di comunicazione non solo sui percorsi aziendali, ma anche sulla responsabilizzazione degli utenti, mentre sul sito aziendale è attivo il link al portale regionale dei tempi di attesa.</p> <p>E' stata definita la procedura per la gestione delle liste d'attesa per i ricoveri programmati, in cui sono chiare le responsabilità di inserimento della prenotazione nel programma informatizzato SIGLA e le attività per il mantenimento della corretta tenuta della lista e di contatto con i pazienti in lista. Le prenotazioni del ricovero programmato, superiore a 3 giorni, sono inserite in base alle classi di priorità (A, B, C, D). Sono stati organizzati gruppi di lavoro (in ambito chirurgico e ortopedico) per definire i raggruppamenti di patologie per ciascuna classe di priorità, condivise a livello aziendale da tutti i clinici. Sono stati inoltre condivisi in ambito oculistico tra specialisti ambulatoriali e specialisti ospedalieri i criteri per la definizione delle classi di priorità per l'immissione in lista per patologie chirurgiche oculistiche.</p>
<p>Obiettivo B.6 - <i>facilitazione dell'accesso ai servizi distrettuali: le Case della salute; utilizzo dei Profili di Nucleo</i></p>	<p>La programmazione delle Case della salute per il 2011 è contenuta nel Piano delle Azioni, approvato in CTSS insieme al bilancio di previsione, e più sopra rendicontato. Per ciascuna delle Case della salute previste, a seconda della tipologia, sono stati definiti i servizi da inserire, e le relazioni tra professionisti.</p> <p>Nel 2011 sono stati presentati i profili di NCP con i dati relativi all'anno 2010, a tutti i Coordinatori di Nucleo dell'Azienda, che a loro volta hanno esteso la presentazione a tutti i componenti dei Nuclei. Sono state programmate iniziative di formazione, attualmente in corso, in particolare su antidepressivi, PPI, poliprescrizione nell'anziano.</p>
<p>Obiettivo B.8 - <i>miglioramento della presa in carico di pazienti fragili, con particolare attenzione al passaggio da un ambito assistenziale a un altro e alla fornitura di presidi</i></p>	<p>I case manager per la dimissione protetta hanno consolidato ruolo e strumenti. In particolare nel distretto Città di Piacenza, che aveva avviato nel 2010 la sperimentazione del nuovo modello che prevede l'ingresso nelle strutture di ricovero di operatori territoriali (infermiere e assistente sociale) per la valutazione ed eleggibilità alla dimissione protetta, dal 2011 il percorso è stato esteso, oltre che alla popolazione anziana, anche agli adulti in situazioni di particolare fragilità.</p> <p>Le attività CAAD e prescrizione di ausili sono da tempo organizzate e consolidate. In</p>



	<p>particolare nel distretto Città di Piacenza è proseguito il rapporto con il Servizio Informahandicap, che ha garantito l'accessibilità e la fruibilità delle informazioni necessarie all'autonomizzazione nell'ambiente domestico di pazienti fragili, nonché specifiche valutazioni in situazione rispetto all'utilizzo di ausili e interventi dedicati all'adattamento del contesto domestico.</p> <p>Sono state attivate le 3 UVM psichiatriche distrettuali per l'inserimento in strutture residenziale di tipo socio-sanitario di pazienti psichiatrici o con dipendenze patologiche (nel corso dell'anno sono state effettuate 125 rivalutazioni di utenti già inseriti e 10 valutazioni per nuovi inserimenti).</p> <p>E' stata avviata l'integrazione tra UVM di primo livello, specialistica di secondo livello e UVM psichiatrica per i passaggi di età e passaggi in cura.</p> <p>E' stato definito nel distretto di Levante il progetto "ambulatorio per la fragilità", che sarà sperimentato nel 2012 con un MMG.</p>
Obiettivo B.10 - <i>collegamento sportelli sociali e altri sportelli di accesso ai servizi</i>	<p>In tutti i distretti è stata consolidata la rete degli sportelli sociali, e il loro coinvolgimento nella condivisione del patrimonio informativo condiviso tra Comuni e Azienda.</p>
Obiettivo B.20 - <i>attuazione programmi aziendali per la salute negli istituti penitenziari</i>	<p>Sono stati consolidati i percorsi clinico-assistenziali per i detenuti del carcere di Piacenza relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none">• assistenza sanitaria di base;• assistenza medico-plurispecialistica;• assistenza psichiatrica;• assistenza per abuso di sostanze stupefacenti. <p>Sono inoltre attivi i percorsi di screening per tumori del collo dell'utero e del colon-retto. Infine il personale del Dipartimento di Sanità pubblica effettua accessi mensili alla casa circondariale per la vaccinazione dei detenuti ad alto rischio, e sono stati definiti e applicati protocolli condivisi di sorveglianza della tubercolosi e di sorveglianza virologica dell'influenza.</p>
Obiettivi B.29, 30, 31, 32 - <i>attività di donazione e trapianto di organi e tessuti</i>	<p>L'attività di procurement, principalmente di tessuti, prosegue con ottimi risultati, mentre è da tempo consolidato il coordinamento delle attività legate alla donazione, attraverso l'individuazione, all'interno delle diverse articolazioni organizzative aziendali, di personale medico, infermieristico e tecnico specificamente formato. Esistono procedure aziendali per l'identificazione dei potenziali donatori (organi, tessuti, cornee), aggiornate nel novembre 2011, che prevedono che personale posto in diversi snodi dei percorsi aziendali individui e segnali al coordinamento i potenziali donatori. Nel 2011 si è mantenuta l'elevata operatività degli anni precedenti nel reclutamento di donatori di midollo, tipizzando più di 100 nuovi donatori. Sono state raccolte 180 sacche di sangue cordonale. In Azienda vengono effettuati esclusivamente trapianti di cornea. La lista d'attesa per il trapianto di cornee è attualmente di 7 persone. Nel novembre scorso è stato organizzato un trapianto di rene da vivente.</p>
Obiettivo C.4 - <i>accoglienza e presa in cura di donne e bambini vittime di violenza e/o maltrattamento</i>	<p>Oltre a quanto già illustrato sopra in relazione al progetto "non è stato un incidente", si segnalano le principali azioni realizzate:</p> <ul style="list-style-type: none">• è stata completata la definizione della procedura " <i>valutazione psicologica del minore nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria</i>", finalizzata ad omogeneizzare gli



	<p>interventi di psico-diagnosi dei minori in situazioni di pregiudizio, maltrattamento e abuso con invio delle Autorità giudiziarie e ai Servizi sociali del territorio;</p> <ul style="list-style-type: none">• nell'ambito del "Programma provinciale per le politiche di accoglienza e tutela dell'infanzia e dell'adolescenza" è stato realizzato un percorso di formazione giuridica, rivolto in particolar modo agli operatori sociali e sanitari dedicati (assistenti sociali, psicologi, educatori, ma, anche avvocati ed altri operatori del territorio), al fine di migliorare la qualità della comunicazione e della collaborazione, oltre a tempestività e adeguatezza degli interventi. <p>E' infine attiva fin dal 2010 la procedura aziendale per la prima risposta alla donna che, avendo subito violenza, si rivolge alla struttura sanitaria, con l'obiettivo di uniformare i comportamenti e migliorare le interfacce tra le UU.OO. coinvolte (Pronti Soccorso, Consultori familiari, Psicologia di base, Ostetricia e Ginecologia), oltre a monitorare l'efficacia degli interventi.</p>
<p>Obiettivo D.2 - <i>promozione attività fisica e stili di vita salutari</i></p>	<p>In relazione all'accordo con CONI, si è in attesa dell'accordo quadro regionale che, in seguito, dovrà essere contestualizzato in tutte le Aziende. Anche in relazione alla campagna per l'utilizzo delle scale, si è in attesa della predisposizione del materiale da parte della Regione.</p> <p>Per quanto concerne l'attività motoria degli anziani, questa è stata promossa in collaborazione con i Comuni in cui sono in corso progetti più ampi in tema di promozione dell'attività motoria. Nonostante numerosi tentativi, infatti, la promozione diretta da parte dell'Azienda nei centri anziani non ha prodotto risultati apprezzabili (solo alcuni centri hanno mostrato un iniziale interesse al tema, che comunque non ha poi esitato in azioni concrete).</p> <p>Vale la pena segnalare, nell'ambito delle iniziative di promozione di stili di vita salutari rivolte alla cittadinanza, il Progetto CCM "Guadagnare salute" nel Comune di Podenzano, che, approvato sia dalla Direzione Aziendale che dalla Regione, ha preso avvio e prosegue secondo il cronogramma stabilito. La rendicontazione di dettaglio sarà illustrata nella Sezione 7, da pag. 156.</p> <p>Nel Distretto di Ponente l'Ausl ha collaborato con il Comune di Rottofreno per sostenere il progetto "San Nicolò cammina", attivo già dall'anno precedente. Si è dato avvio ad una serie di incontri con il Comune di Rottofreno finalizzati alla sensibilizzazione della cittadinanza sulle opportunità dello svolgimento costante di attività fisica e per estendere la buona prassi di ritrovarsi tutte le sere dopo cena per una camminata a passo veloce della durata di circa 45 minuti, prevalentemente in campagna o in paese, su strade poco trafficate.</p> <p>Nel distretto di Levante il Comitato Consultivo Misto degli utenti, in collaborazione con il Comune di Vernasca, ha organizzato e realizzato a Vigoleno un incontro con i cittadini su specifiche tematiche di salute, dal titolo: "Riabilitazione e Movimento" (Maggio 2011).</p> <p>Si segnala poi che nei Centri diurni per anziani del distretto di Levante è stato coinvolto personale sanitario (ad es. fisioterapisti) per la realizzazione di specifiche iniziative e percorsi informativi e preventivi per l'utenza.</p> <p>In relazione alla promozione del benessere nella terza età, l'Azienda ha partecipato con i propri professionisti, se coinvolti nelle numerose iniziative promosse nel territorio provinciale da Enti locali, associazioni di volontariato, altri enti di promozione.</p> <p>Nell'ambito del programma "salute alimentare e sanità pubblica veterinaria" è stato</p>



	<p>costituito l'Ufficio Ristorazione Utenze Sensibili (URUS) con l'attivazione di un tavolo di lavoro misto (dietiste aziendali, personale dei Comuni e delle ditte appaltatrici), finalizzato al miglioramento della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare nella ristorazione, non solo scolastica. All'interno dell'URUS, è stato anche attivato un team interdisciplinare (pediatra di base, igienista e dietista) per il controllo degli aspetti nutrizionali e di sicurezza alimentare delle diete scolastiche speciali e non. L'attività ha portato a modifiche dei piani dietetici.</p> <p>Nel distretto Città di Piacenza, nell'ambito degli Interventi di informazione e prevenzione presso locali notturni e luoghi di ritrovo giovanili, in rete con diversi servizi sanitari e sociosanitari territoriali (Ser.T, Consultorio giovani, ...), si sono distribuiti materiali informativi su effetti derivanti dall'uso ed abuso di sostanze legali ed illegali e da comportamenti sessuali a rischio, profilattici e alcool-test monouso. Si è inoltre introdotto nei locali l'etilometro digitale messo a disposizione dei giovani frequentatori.</p> <p>Nel distretto di Levante il Comitato Consultivo Misto degli utenti, in collaborazione con il Comune di Vernasca, ha organizzato e realizzato a Vigoleno due incontri con i cittadini su specifiche tematiche di salute, dal titolo: "Stili di vita e Prevenzione" e "Alimentazione e benessere" (Maggio 2011).</p>
Obiettivo D.3 - <i>programmi di screening oncologici</i>	<p>I risultati in termini di avanzamento del programma e adesione della popolazione sono stati illustrati nella sezione 2, par. 2.3.2, pag. 40.</p> <p>È stato inoltre sviluppato e attivato un nuovo strumento informatico, che permette anche la gestione delle donne ad alto rischio per il tumore alla mammella, da cui sarà possibile l'estrazione dei tracciati record individuali richiesti dalla Regione.</p>

3.5 Centralità del cittadino

Si riportano qui di seguito gli obiettivi regionali 2011 legati al tema della centralità del cittadino, con la sintetica relazione delle principali azioni realizzate e dei risultati ottenuti.

Inoltre, analogamente alle precedenti edizioni del bilancio di missione, saranno approfonditi nei paragrafi successivi: le attività dei Comitati Consultivi Misti (par. 3.5.1), i dati della banca dati URP (par. 3.5.2), 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 le indagini qualità percepita (par. 3.5.3).

Obiettivo A.1 - <i>sviluppo di relazioni empatiche e attività di counselling nella relazione operatore assistito; miglioramento comprensibilità e chiarezza del linguaggio nella relazione operatore assistito e nella redazione di materiali informativi</i>	<p>Al fine di consolidare le capacità di comunicazione empatica dei professionisti nella relazione con gli assistiti e i loro familiari, nel 2011 sono state realizzate le seguenti iniziative formative:</p> <ul style="list-style-type: none">• "le competenze comunicative per un'efficace gestione delle relazioni con pazienti familiari";• "aspetti relazionali ed emotivi nel rapporto con il paziente in trattamento radioterapico";• "miglioramento della comunicazione tra gli operatori sanitari ed il paziente all'interno dei percorsi clinici e assistenziali dell'U.O. ORL"
---	--



- “addestramento Care Giver e comunicazione”;
- “la gestione dei conflitti nella relazione con il bambino e la sua famiglia nel Dipartimento Materno Infantile”.

In relazione alle diverse articolazioni aziendali, si riportano le attività e iniziative più significative realizzate nel 2011.

Nel Dipartimento di Salute mentale e dipendenze patologiche:

- tra le attività legate all'avvio sperimentale di un modello ambulatoriale psichiatrico per esordio psicotico, sono stati attivati interventi di psicoeducazione strutturata per familiari (progetto “Stand-UP”);
- in relazione al reclutamento tempestivo di genitori di minori con diagnosi precoce di autismo, sono consolidati gruppi strutturati di parent-training con cadenza trimestrale (all'interno del programma “PRIA”).

Nel Dipartimento delle Cure Primarie:

- è stata consolidata l'équipe multidisciplinare per la SLA, anche in previsione delle attività legate alla programmazione e utilizzo del relativo Fondo, da realizzarsi nel 2012;
- sono stati consolidati i percorsi di presa in carico integrata per pazienti e familiari nelle gravi disabilità acquisite;
- è stato predisposto materiale informativo per utenti, familiari e caregiver, in particolare relativo a: alimentazione nell'anziano, alimentazione della persona ileostomizzata, uso delle medicazioni a domicilio;
- sono stati realizzati percorsi formativi per assistenti sociali, educatori e infermieri della U.O. Gestione territoriale della non autosufficienza sulla valutazione e la pianificazione assistenziale integrata, che nel distretto di Levante è stato esteso alle assistenti sociali comunali.

Nel distretto di Levante inoltre:

- è stato costituito nel febbraio 2011 un gruppo di lavoro tematico composto da Medici di Medicina Generale e componenti del Comitato Consultivo Misto per favorire una rete informativa sui diritti di salute e sulle modalità di accesso agli ambulatori e medicine di gruppo (in prospettiva alle Casa della salute), con la proposta condivisa di una “Carta dei percorsi”;
- si sono realizzati gruppi di lavoro composti da professionisti delle discipline individuate, da esperti in comunicazione e in counselling, da rappresentanti dei Comitati Consultivi Misti e del volontariato per pianificare sperimentazioni di comunicazione semplificata in merito a: percorsi di integrazione ospedale-territorio, percorsi di accesso, guida ai servizi, progetto di accoglienza nell'emergenza;
- è stato realizzato un incontro pubblico, organizzato dall'AUSL e dal Comune di Fiorenzuola, per la promozione del percorso aziendale dedicato al tumore alla mammella. Analoghi incontri sono stati realizzati nei Comuni di Gropparello e Caorso;
- è stata presentata a marzo 2011 l'indagine conoscitiva rivolta ai MMG sulla qualificazione della relazione tra familiari, pazienti e medico realizzata nel 2010 dall'Associazione “la Selce”, in collaborazione con DSM e DCP. A seguito di tale indagine sono state realizzate iniziative pubbliche di promozione della conoscenza



	<p>della rete di servizi "Assistenza ai malati di mente: bisogni e prospettive", in collaborazione con i Comuni di Monticelli, Caorso e Castelvetro (giugno 2011);</p> <p>Operatori della U.O. Comunicazione e U.O. Oncologia hanno aderito al progetto regionale sul tema dell'Health Literacy, partecipando a tutti gli incontri del gruppo di lavoro, ed effettuando una prima revisione degli strumenti di comunicazione destinati al paziente oncologico. E' stata progettata la ricaduta di tale formazione nelle diverse articolazioni dell'Azienda a cominciare dal dipartimento della Onco Ematologia.</p> <p>Gli strumenti di comunicazione prodotti dalla Regione vengono regolarmente analizzati prima della distribuzione ed eventualmente affiancati da materiale di maggior dettaglio contenente le specifiche locali. Analogamente il processo di ideazione e produzione di strumenti di comunicazione propri, prevede sempre ricognizioni ed analisi di materiale eventualmente già prodotto da altre aziende sanitarie sul medesimo argomento.</p>
<p>Obiettivo A.2 - <i>ampliare conoscenze e competenze delle persone che garantiscono cura e assistenza ai malati d'Alzheimer</i></p>	<p>A livello aziendale sono state ridefinite le modalità di valutazione per la presa in carico degli utenti con Alzheimer. E' in preparazione (il cui completamento e diffusione sono previsti per i primi mesi del 2012) il manuale per l'addestramento dei caregiver sul supporto al mantenimento delle ADL (vestirsi, lavarsi ...), attraverso l'utilizzo della comunicazione aumentativa adattativa. È stato realizzato un nuovo opuscolo informativo per l'accesso ai servizi dedicati ai malati di Alzheimer, ai caregiver ed ai familiari.</p> <p>Vale la pena di segnalare inoltre alcune iniziative realizzate nel distretto di Levante:</p> <ul style="list-style-type: none">• presso la struttura accreditata "P. Verani" di Fiorenzuola d'Arda è stato proiettato il dvd "Una giornata particolare", rivolto a coloro che si prendono cura delle persone con demenza, operatori e familiari, con lo scopo di supportare i caregiver nella comprensione e gestione dei disturbi del comportamento. Il dvd è sottotitolato in italiano e in 5 lingue straniere (rumeno, russo, inglese, francese e spagnolo)• presso la struttura accreditata "Emilio Biazzi" di Castelvetro Piacentino è stata creata una stanza multisensoriale per la stimolazione multisensoriale nei deterioramenti cognitivi secondo il metodo olandese SNOEZELEN.
<p>Obiettivo D.1 - <i>ascolto e coinvolgimento dei cittadini e della comunità</i></p>	<p>Il Dipartimento di Cure Primarie, e in particolare la U.O.C. Consultori Familiari, ha attivato nel 2011 gruppi di sostegno alla genitorialità. I gruppi sono attivi nei tre distretti con l'obiettivo di attuare interventi di: supporto alla relazione madre-bambino, promozione e sostegno dell'allattamento al seno, individuazione precoce di disagio emotivo. Tali interventi consistono, oltre in prestazioni erogate a livello individuale, nel facilitare la creazione di gruppi di mamme, che possano anche interagire tra loro e favorire così una sorta di "auto-mutuo-aiuto".</p> <p>In particolare nel distretto Città di Piacenza, è stata ulteriormente consolidata la collaborazione ormai attiva da anni, con il Centro famiglie comunale.</p> <p>Nel distretto di Ponente si è lavorato in particolare, in sinergia con CCM di nuova nomina, per avviare il progetto di accoglienza presso il Pronto soccorso dell'Ospedale di Castel San Giovanni e di sostegno ai ricoverati presso il reparto di medicina. Attraverso assemblee nei Comuni / Unioni di Comuni del territorio, si è promossa la partecipazione della popolazione al corso di formazione per volontari, avviato a marzo 2011.</p> <p>Nel distretto di Levante è stata completata la mappatura delle associazioni socio-sanitarie e tutela dei diritti del distretto, in collaborazione con Provincia e SVEP. Si è poi proposto alle associazioni di aderire alla costruzione di una rete distrettuale che</p>



promuova scambi informativi e di conoscenza dei bisogni di salute dei cittadini attraverso incontri tematici in collaborazione con il CCM.

Il 15 giugno, in una iniziativa pubblica organizzata in collaborazione con SVEP e Comitato paritetico del volontariato e rivolta a tutte le associazioni del Distretto, sono state presentate le iniziative comprese nel Piano attuativo 2011 per l'area della non autosufficienza, e in particolare sulle novità accreditamento, sui contratti di servizio, sulla la promozione del volontariato e della cittadinanza attiva sul territorio.

In collaborazione con la dirigenza del distretto è stato realizzato un incontro pubblico rivolto al mondo del volontariato sul tema: "conoscere, per sapere - l'influenza" (Novembre 2011).

Nel distretto Città di Piacenza è proseguita la riflessione sulla revisione delle forme di partecipazione, avviata nel 2010. I risultati della prima parte del lavoro sono stati illustrati in un incontro con le Organizzazioni del privato sociale, gli Enti del tavolo istituzionale del Piano di Zona e le Organizzazioni sindacali.

3.5.1 I Comitati Consultivi Misti

Nel 2011 sono stati portati a termine i lavori programmati e distribuiti secondo piani di attività, per ciascun CCM, al fine di promuovere il concetto diritto di cittadinanza e di responsabilizzazione nel percorso di tutela della salute individuale e collettiva. Ai gruppi di lavoro, con l'obiettivo di migliorare l'interazione tra l'Azienda e gli utenti, hanno partecipato anche i professionisti aziendali di riferimento sui temi individuati.

Il Comitato Consultivo Misto del distretto Città di Piacenza ha approfondito le seguenti tematiche:

- la gestione delle prestazioni ambulatoriali per i pazienti non autosufficienti, con l'intento di verificare le effettive modalità accesso e presa in carico delle persone che accedono all'ospedale in barella, sedia a rotelle, o comunque accompagnate da caregiver o da servizi di trasporto. Il risultato auspicato, oltre a quello di facilitare l'accesso alle persone non autosufficienti, è quello di consentire a chi effettua i trasporti di ridurre i tempi di permanenza, con una ricaduta positiva sulla cittadinanza, che vedrebbe aumentare le possibilità di supporto a parità di tempi;
- la valutazione della segnaletica per l'accesso ai reparti e agli ambulatori dell'ospedale di Piacenza, con l'intento di studiare lo stato attuale, segnalare le criticità e proporre correttivi;
- i tempi di d'attesa delle prestazioni specialistiche: l'azione è rivolta a un'analisi sul tema delle liste di attesa, da realizzare anche attraverso interviste e/o questionari, al fine di produrre documentazione specifica da divulgare alla cittadinanza, ed eventualmente proporre azioni di miglioramento dove possibile.

Il Comitato Consultivo Misto del distretto di Levante, nel corso dell'anno 2011, ha realizzato:

- l'apertura della nuova sede nella palazzina ex centralino ospedale di Fiorenzuola con apertura dedicata alle associazioni tutti i giovedì mattina;
- un corso di formazione di 22 ore, aperto anche a operatori della sanità, per volontari per la realizzazione del progetto "accoglienza nell'emergenza" nel Pronto soccorso di Fiorenzuola. Al



corso hanno partecipato 16 volontari che successivamente hanno iniziato la propria attività nei locali del PS;

- diversi incontri con i cittadini su temi della salute in collaborazione con il Comuni del distretto illustrati sopra.

Il Comitato Consultivo Misto del distretto di Ponente, nel corso dell'anno 2011 ha concentrato la propria attività su due progetti:

- promozione del volontariato ospedaliero (AVO): grazie al lavoro di promozione svolto in diversi comuni del distretto il gruppo AVO ora risulta composto da oltre volontari. Per la formazione dei nuovi volontari ci si è avvalsi anche di un tutoraggio da parte dei volontari Avo di Piacenza. Tutti i volontari hanno valutato molto positivamente l'esperienza;
- promozione del volontariato presso il Pronto soccorso (GAPS): il gruppo di volontari è risultato alla fine composto da 22 persone che dal mese di maggio hanno iniziato la loro attività presso l'ospedale di Castel San Giovanni.

L'attività dei CCM è stata 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 CCM, in una seduta dedicata, ha inoltre valutato e approvato gli indicatori in garanzia per l'anno 2011 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.

3.5.2 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; nell'anno 2011 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 hanno 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 2011 si sono rivolti all'URP: 8.500 utenti mediante telefono (di cui 5.100 per di informazioni sull'autocertificazione fasce di reddito per reddito), 23.050 utenti direttamente (di cui 17.450 per la consegna delle autocertificazioni per fasce di reddito e autocertificazioni di esenzioni), 669 utenti mediante e-mail, 354 utenti sono stati messi in collegamento dal Numero Verde regionale al nostro Ufficio, come secondo livello, per la specificità del quesito posto. A fronte di tali



accessi, sono state attivate 1.071 pratiche registrate come segnalazione sul data base regionale e di queste, quasi 800 hanno dato origine alle successive attività di gestione dei relativi reclami (269), rilievi (354), suggerimenti (5) ed elogi (153). Tutti i reclami ed i rilievi sono stati gestiti fornendo risposte in accordo con gli operatori sanitari interessati. Le segnalazioni sono inoltre state oggetto di valutazione da parte della Direzione di Presidio e, se ritenuto utile, dal Nucleo valutazione del rischio, accompagnate da un processo di mediazione col cittadino. La successiva Figura 205 illustra la scomposizione per argomento delle richieste di informazione, dirette e telefoniche, pervenute nel 2011.

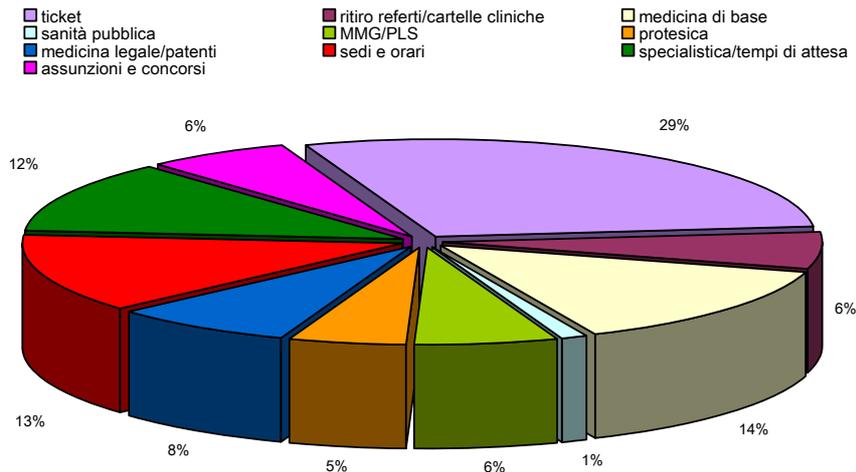


Figura 205: Domande dirette e telefoniche 2011.

Le segnalazioni suddivise per categoria e relative al periodo 2007-2011 sono rappresentate nella Tabella 5: le uniche variazioni sostanziali rispetto al 2010 riguardano aspetti economici e di adeguamento alla normativa, riconducibili all'introduzione delle nuove modalità di compartecipazione alla spesa introdotte la scorsa estate.

	2007	2008	2009	2010	2011	2011 vs. 2010
Aspetti strutturali	7	13	12	5	9	4
Informazione	22	36	19	18	18	0
Aspetti organizzativi burocratici amministrativi	69	89	156	93	92	-1
Aspetti tecnico professionali	72	72	92	76	81	5
Umanizzazione e aspetti relazionali	31	39	15	28	32	4
Aspetti alberghieri e confort	18	7	11	13	11	-2
Tempi d'attesa	43	49	59	30	22	-8
Aspetti economici	264	237	227	230	327	97
Adeguamento alla normativa	3	2	7	2	32	30
Altro	2	19	1	1	2	1
Totale complessivo	531	563	599	496	626	130

Tabella 5: Segnalazioni per macrocategoria 2007-2011.

3.5.3 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 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 2011, 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;
- campagne di sensibilizzazione in tema di prevenzione e problemi sanitari emergenti.

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 (vedi sopra).

L'Azienda partecipa inoltre al laboratorio FIASO sulla "Comunicazione e Promozione della Salute".

Secondo il programma triennale impostato nel 2008, anche nel corso del 2011 sono proseguite le Indagini di qualità percepita, che hanno coinvolto oltre 5.000 pazienti di tutti i reparti di degenza dei quattro 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. Anche i risultati dell'indagine di qualità percepita sono pubblicati sia sul sito intranet dell'azienda sia sul sito pubblico, a disposizione di tutti i cittadini.

Per far conoscere i propri percorsi anche al di fuori delle strutture ospedaliere, l'azienda ha inoltre partecipato alle iniziative di Pulcheria (Donne, talenti e professioni), organizzata dal comune di Piacenza nel mese di ottobre con diverse iniziative tra le quali:

- "L'immaginario del seno femminile ... di donna in donna", esposizione di dipinti dell'artista Ilia Rubini;
- "Son tutte belle le mamme del mondo: culture e maternità", tavola rotonda che ha raccontato le esperienze delle mamme e i percorsi nascita nelle diverse culture, attraverso un confronto tra donne italiane e immigrate;
- "Storie di straordinaria prevenzione", provocazioni, dialoghi e canti per ricominciare a sognare dopo l'esperienza traumatica di un tumore al seno;



- “Non pesare la vita... sbilanciati”, iniziativa di sensibilizzazione sulla diagnosi e cura dei disturbi del comportamento alimentare.

3.6 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

Si riportano qui di seguito gli obiettivi regionali 2011 legati al tema della qualità dell'assistenza e dell'efficienza gestionale, con la sintetica relazione delle principali azioni realizzate e dei risultati ottenuti, mantenendo l'articolazione prevista nelle linee guida per la redazione del bilancio.

3.6.1 Interventi sull'accessibilità dei servizi

<p>Obiettivo B.5 - <i>prescrizione dell'attività fisica a persone con fragilità o malattia persone con disabilità, anziani</i></p>	<p>E' stato definito il progetto di prescrizione attività fisica rivolto a persone con fragilità o malattia. Il percorso prenderà avvio sperimentalmente nel 2012 (quando saranno disponibili le attrezzature acquisite con fondi dedicati ex DGR n. 2128/2010), coinvolgendo inizialmente pazienti seguiti dal DSM (e in particolare dalla U.O. Psichiatria di collegamento) e pazienti diabetici in gestione integrata in carico alla Medicina di gruppo “M. Gioia” di Piacenza.</p> <p>I pazienti, selezionati dagli specialisti indicati, saranno valutati presso l'Ambulatorio aziendale di Medicina dello Sport.</p>
<p>Obiettivo B.21 - <i>prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili: miglioramento dei sistemi di sorveglianza e di diagnosi</i></p>	<p>Sono stati consolidati i programmi di vaccinazione con chiamata attiva adolescenti, prevenzione morbillo, rosolia congenita, varicella (vedi). Sono stati mantenuti i sistemi di sorveglianza e controllo delle malattie trasmesse da alimenti, malattie invasive batteriche, malattie trasmesse da vettori, tubercolosi. E' stato realizzato il piano zanzara tigre relativo al monitoraggio della presenza dell'insetto in tutti i comuni della pianura e della collina. Sulle MTA sono stati effettuati i corsi di formazione per gli alimentaristi ed è stata applicata la procedura codificata tra le UU.OO. interessate.</p> <p>Il coinvolgimento delle comunità di immigrati avviene in diversi ambiti aziendali, quali l'ambulatorio infettivologico per la Salute del Migrante e di Medicina Interculturale, le sedi consultoriali del centro salute donna, le sedi dei servizi territoriali. In questi luoghi, è garantita la presenza di sistematica di mediatori culturali. E' stato progettato analogo supporto di mediazione culturale per il servizio di medicina penitenziaria.</p>
<p>Obiettivo B.22 - <i>tutelare la salute delle persone e degli animali con adeguate misure di prevenzione in materia di mangimi, alimenti e acque potabili, sanità e benessere animale</i></p>	<p>In sintesi:</p> <ul style="list-style-type: none">• è stata effettuata la formazione del personale ai corsi auditor regionali e la formazione interna accreditata ECM;• l'utilizzo degli strumenti regionali (SCU e SCUNC) è obbligatorio in tutti gli interventi;• sono stati eseguiti tutti i piani di campionamento previsti ed è consolidata la procedura interna per verifica qualità campioni.• la vigilanza e controllo degli alimenti destinati ai celiaci è stata svolta dalla U.O. igiene alimenti e nutrizione. <p>Nell'ambito delle iniziative svolte in occasione delle Giornate della tiroide (maggio), si è provveduto alla produzione di materiale informativo (locandine, brochure, ...) sul tema “poco sale e iodato”. Analogo messaggio è stato ripreso sulla stampa e sui media locali. Nel mese di ottobre una trasmissione televisiva del ciclo “Spazio-Salute” in onda sull'emittente locale “Telelibertà” è stata dedicata alla carenza di iodio nelle donne in gravidanza.</p>



<p>Obiettivo B.24 - <i>proseguimento dell'implementazione del programma stroke care</i></p>	<p>E' in funzione la rete aziendale dello stroke, sono stati definiti i criteri di valutazione e di elegibilità alla trombolisi e le modalità di centralizzazione. L'Azienda ha partecipato all'audit clinico-organizzativo.</p> <p>In relazione in particolare alle attività domiciliari, è stato formato il personale per le attività di valutazione a domicilio della disfagia, e sono state consolidate procedure per la valutazione motoria, il posizionamento della spalla dolorosa, il posizionamento arti plegici e l'addestramento dei caregiver.</p>
---	--

3.6.2 Interventi sui processi assistenziali e sull'appropriatezza

<p>Obiettivo A.5 - <i>uso di metodiche per il controllo del dolore nel travaglio di parto</i></p>	<p>Nel 2011 è stata resa sistematica nei due punti nascita aziendali l'offerta gratuita di partoanalgesia farmacologica, con cui sono state trattate 273 partorienti (oltre il 15% dei parti vaginali). E' consolidato da anni l'utilizzo della doccia e della vasca (a Piacenza per travaglio e parto, a Fiorenzuola per il solo travaglio), sono strutturati sia l'utilizzo delle posizioni alternative e libere che del massaggio e dell'impacco caldo. Sono stati trattati con metodi non farmacologici oltre 400 parti. E' stato riorganizzato l'ambulatorio della gravidanza a 40 settimane, nel quale ora l'ostetrica assiste in autonomia le pazienti a basso rischio.</p>
---	--

<p>Obiettivo B.12 - <i>appropriatezza prescrittiva</i></p>	
--	--

<p>Obiettivo B.12.1 - <i>aree critiche della farmaceutica convenzionata</i></p>	<p>Nel corso del 2011 si è consolidato e rafforzato quanto da un paio d'anni si andava proponendo nei vari incontri di NCP in ambito cardiovascolare. Sono state condivise con i MMG di ciascun NCP Linee guida sul trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia, con riferimento alla nuova nota 13.</p> <p>Nell'accordo dei MMG, per il secondo anno, si è concordato un obiettivo di appropriatezza prescrittiva basato sul raggiungimento di almeno il 72% di prescrizione di ace-inibitori e 28% sartani. Parallelamente, all'interno del processo di budget, alle UU.OO. maggiormente coinvolte è stato assegnato un obiettivo più ambizioso sulla percentuale di ace inibitori da raggiungere (80%, indicato dalle linee guida). La differenza di percentuale attribuita è stata stabilita per fare in modo che sul territorio si potesse avere un approccio diverso nei confronti della farmaceutica, non basato solo sul contenimento della spesa, ma anche e soprattutto sull'appropriatezza prescrittiva e creare una comunicazione territorio-ospedale con l'intento di raggiungere obiettivi comuni. Sono state diffuse in maniera capillare le linee guida regionali, sia all'interno delle strutture ospedaliere che sul territorio.</p> <p>Gli incontro di NCP hanno riguardato anche le statine, in particolare in relazione alle modifiche apportate alla Nota Aifa.</p> <p>Particolare attenzione è stata posta infine all'incentivazione della prescrizione del farmaco generico o equivalente, promuovendo incontri o più semplicemente parlandone durante gli incontri in cui si trattava di farmaceutica, spesa ed appropriatezza prescrittiva. L'approfondimento sul generico e la bioequivalenza è stato oggetto di incontri anche in alcuni dipartimenti ospedalieri. L'attività proseguirà nel 2012.</p> <p>Questa continua formazione da parte dell'Azienda sia in ospedale che sul territorio ha portato ad un miglioramento prescrittivo in ambito cardiovascolare, con una percentuale di MMG che ha raggiunto l'obiettivo quasi triplicata rispetto all'anno precedente, mentre</p>
---	--



	<p>all'interno dell'ospedale la prescrizione per principio attivo ed il rispetto della corretta indicazione delle note Aifa ha raggiunto ormai una percentuale mediamente superiore all'80%.</p>
<p>Obiettivo B.12.2 - <i>implementazione di linee guida</i></p>	<p>Sono state divulgate in tutti i NCP le linee guida regionali sulla terapia delle infezioni delle vie urinarie, attraverso interventi mirati con la partecipazione dei medici infettivologi ospedalieri. L'azione ha avuto un positivo riscontro evidenziato dalla massiccia partecipazione e dall'interesse riscontrato. La stessa divulgazione avverrà anche all'interno delle UU.OO ospedaliere. Nel corso del 2012 saranno valutati i risultati in termini di adesione alle linee guida prodotte.</p>
<p>Obiettivo B.14 - <i>appropriatezza d'uso dei farmaci specialistici e monitoraggio</i></p>	<p>Sono stati condotti vari audit clinici locali e regionali con i dipartimenti di produzione per valutare l'appropriatezza prescrittiva secondo linee guida e/o raccomandazioni regionali e aifa, e più in dettaglio:</p> <ul style="list-style-type: none">• audit regionale per l'uso dei farmaci biologici in reumatologia per la terapia dell'artrite reumatoide severa: valutate 33 cartelle cliniche;• audit regionale per l'uso dei farmaci biologici in dermatologia per la terapia della psoriasi grave a placche: valutate 5 cartelle cliniche;• audit interno per l'uso dei farmaci biologici in neurologia per la terapia della sclerosi multipla (secondo raccomandazioni AIFA): valutate 5 cartelle cliniche;• audit interno per l'uso dei farmaci antiretrovirali per la verifica del percorso e della terapia del paziente di nuova presa in carico: valutate 20 cartelle cliniche;• audit interno per l'uso corretto degli antibiotici nel trattamento della sepsi severa con due emocolture positive secondo protocollo aziendale. valutate 54 cartelle cliniche;• sono stati rendicontati i risultati degli audit condotti in onco-ematologia relativi all'uso appropriato dei farmaci innovativi nel ca polmonare e nel ca del colon-retto come da raccomandazioni GREFO: valutate 82 cartelle cliniche in totale. <p>I risultati di tutti gli audit indicati sono stati positivi ed in linea con le indicazioni regionali (per il solo audit sugli antibiotici l'analisi dei risultati verrà svolta nel 2012). Inoltre è stata verificata una perfetta adesione e rispetto degli indicatori selezionati sul percorso del paziente nuovo in trattamento con farmaci antiretrovirali.</p>
<p>Obiettivo B.15 -<i>prescrizione dei farmaci con brevetto scaduto</i></p>	<p>Sono state condivise con i MMG di ciascun NCP le indicazioni per l'impiego di farmaci bioequivalenti a brevetto scaduto. Anche nel 2011, come già negli anni precedenti, una particolare attenzione è stata posta all'incentivazione della prescrizione del farmaco generico o equivalente, promuovendo incontri ad hoc nei NCP o anche accennando al tema durante gli incontri in cui si trattava di farmaceutica, spesa ed appropriatezza prescrittiva. All'interno dell'ospedale inoltre non solo è stata promossa la prescrizione del farmaco generico nelle singole UU.OO, ma si è modificata la lettera di dimissione informatizzata, in modo che comparisse sempre ed esclusivamente la prescrizione con il nome del principio attivo, con l'intento anche di orientare e facilitare il MMG. Si intende nel 2012 apportare la stessa modifica anche alle lettere di dimissione dal day hospital e conseguenti a prestazioni ambulatoriali.</p>
<p>Obiettivo B.16 - <i>interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa</i></p>	<p>L'Accordo aziendale comprende, già da alcuni anni, azioni specifiche per lo sviluppo dell'appropriatezza prescrittiva relativamente ad ACE inibitori, sartani, statine e farmaci equivalenti.</p> <p>Durante il 2011 sono state condotte analisi sulle prescrizioni ambulatoriali delle UU.OO. ospedaliere maggiormente coinvolte da questo tipo di prescrizioni, al fine di poter</p>



	<p>effettuare nei primi mesi 2012 audit mirati.</p> <p>Nel corso dell'anno si sono costruite le basi per poter lavorare con lo stesso criterio nel 2012 anche sugli antidepressivi e gli inibitori di pompa, anche attraverso la costituzione di specifici gruppi di lavoro.</p> <p>Il gruppo di lavoro aziendale a fine 2011, oltre alle categorie individuate dalla Regione, ha posto attenzione a livello locale anche su altre due categorie (bifosfonati ed i nuovi farmaci anticoagulanti orali), di particolare impatto sia dal punto di vista del rischio di inappropriata che dell'impatto economico.</p>
<p>Obiettivo B.17 - <i>mantenimento e sviluppo delle attività di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera</i></p>	<p>Nel corso dell'anno 2011 sono stati stipulati accordi con i più importanti fornitori pubblici e privati accreditati sia per prestazioni di degenza che ambulatoriali; a seguito del rinnovo dell'accordo AIOF Regione 2011-2014 (che è stato approvato a fine anno), sono stati avviati incontri di area vasta per definire strategie comuni al fine di ottimizzare la produzione dei suddetti centri, migliorare la risposta al bisogno locale e rafforzare il recupero di mobilità passiva. Gli incontri sono proseguiti, intensificandosi, nei primi mesi del 2012.</p> <p>Quanto ai controlli sulle cartelle cliniche, la percentuale del 10% indicata è ampiamente superata, in particolare nel 2011: ospedale di Piacenza: 23%, ospedale di Fiorenzuola: 35%, ospedale di Castel San Giovanni: 11%, ospedale di Bobbio: 11%, clinica Piacenza: 14%, clinica S. Antonino: 86%, clinica San Giacomo: 10%.</p>
<p>Obiettivo B.26 - <i>garanzie verso i cittadini sottoposti a contenzione fisica presso gli SPDC</i></p>	<p>La circolare regionale n. 16/2009 è stata applicata. Sono stati effettuati gli audit previsti (7 nel 2011, vedi anche par. 3.8.3, "Gestione degli eventi critici", all'interno della Sezione "Sicurezza delle cure", da pag. 122) ed è stata inviata semestralmente la reportistica concordata.</p>
<p>Obiettivo B.28 - <i>monitoraggio dei pazienti con fratture di femore</i></p>	<p>La percentuale di interventi chirurgici per la correzione di frattura di femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione supera il 65%.</p> <p>Il modello ortogeriatrico è in atto da anni al P.O. di Piacenza ed attualmente vede coinvolto un geriatra per circa 20 ore la settimana ed un internista a tempo pieno</p>
<p>Obiettivo D.4. - <i>promozione della salute e prevenzione infortuni sul lavoro</i></p>	<p>L'attività del 2011 ha previsto interventi ispettivi in 1.410 unità locali pari al 10% delle posizioni assicurative territoriali. I sopralluoghi hanno riguardato il controllo di 116 aziende agricole, 666 imprese edili e 310 cantieri, le restanti divise negli altri comparti lavorativi. Sono stati realizzati 6 incontri informativi/formativi per il settore dell'agricoltura e 1 per l'edilizia. Sono state presentate le Linee guida per la valutazione dello stress lavoro correlato in iniziative rivolte alle aziende in collaborazione con l'associazione industriali, ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza in collaborazione con le organizzazioni sindacali, e alla scuola. Sono stati effettuati 15 sopralluoghi per il controllo degli obblighi di legge sullo stress lavoro correlato.</p> <p>Professionisti aziendali hanno inoltre partecipato a due incontri di informazione, rivolti ai lavoratori stranieri, organizzati con le associazioni dei mediatori culturali.</p> <p>Sono state valutate le richieste di aspettativa dal lavoro anticipata, o prolungamento della stessa, di 194 lavoratrici. Sono state controllate le modalità organizzative per la protezione della gravidanza in 31 aziende.</p>
<p>Obiettivo D.5 - <i>le relazioni tra ambiente naturale,</i></p>	<p>In tutti i casi si tratta di progetti regionali cui l'azienda ha partecipato o partecipa: "Monitor" si è concluso, "Supersito" è ad oggi in fase di avvio. La formazione sulle</p>



<i>ambiente costruito e salute</i>	ripercussioni delle scelte urbanistiche sulle abitudini dei cittadini e la loro salute sarà avviata non appena saranno disponibili le Linee guida regionali.
Obiettivo D.6 - <i>tutela della salute e del benessere degli animali e prevenzione delle malattie trasmissibili da animali a uomo</i>	Sono stati realizzati tutti i piani previsti per sorveglianza e monitoraggio malattie del bestiame e zoonosi. Sono state eseguite le verifiche previste dal piano nazionale sul benessere animale. Il piano aziendale di sterilizzazione è stato attuato in relazione ai gatti delle colonie feline del Comune di Piacenza.

3.6.3 Interventi sulle reti interistituzionali

Obiettivo B.18 - <i>continuità e presidio processi di cura, prevenzione e sostegno anche nell'ambito sociale per adolescenti e giovani</i>	<p>E' stato attivato presso i Ser.T. aziendali un percorso di cura specifico per giovani tossicodipendenti, mentre è già attiva in ogni distretto una procedura accreditata per le attività del "Team di transizione", che presidia il passaggio degli utenti della UONPIA verso i Centri di salute mentale CSM e/o le strutture socio sanitarie per la disabilità adulta. E' stata inoltre sperimentata la stessa metodologia per il passaggio al 18° anno nell'area della disabilità adulta dei pazienti affetti da autismo.</p> <p>Quanto alle attività del Consultorio giovani, nel 2011 si è concentrata sulla promozione della salute sessuale e sulla contraccezione in adolescenza attraverso interventi rivolti a classi di istituti professionali della provincia e gruppi a rischio con la partecipazione di psicologa e ginecologa. Quanto agli interventi di tipo clinico, è stata consolidata la consulenza e presa in carico psicologica per ragazzi (target 14-20 anni) a livello ambulatoriale nel distretto città di Piacenza, con accesso libero e gratuito.</p> <p>Nel distretto Città di Piacenza, nell'ambito del Percorso Giovani a cura del Ser.T, della Rete dell'Unità di Strada Giovani, dell'Associazione "la Ricerca" e degli istituti scolastici superiori si segnala il consolidamento delle:</p> <ul style="list-style-type: none">• attività del Percorso clinico dedicato al target 15-25 anni;• attività di prossimità nei "luoghi di vita";• iniziative di counselling rivolte alla popolazione scolastica e al mondo dell'aggregazione giovanile. <p>Con riferimento agli interventi di informazione e prevenzione presso locali notturni e luoghi di ritrovo giovanili, è stato consolidato l'utilizzo di strumenti informatici per favorire il contatto tra i ragazzi (social network) anche per la prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili (MST).</p> <p>Nel distretto di Levante infine è stata completata la mappatura delle attività e dei luoghi di socializzazione, con analisi delle criticità e dei punti di forza, e sono stati definiti standard minimi di funzionamento (in termini di attività e competenze, di criteri di accesso e di riorganizzazione dei servizi).</p>
Obiettivo B.19 - <i>rimozione condizioni di svantaggio e discriminazione nell'accesso ai servizi di fasce deboli di popolazione</i>	<p>Nell'ambito dell'area psichiatria adulti è stata istituita una specifica Unità Operativa Complessa trasversale di "Psichiatria di Collegamento". Tale Unità garantisce:</p> <ul style="list-style-type: none">• la consulenza strutturata alla rete disabilità adulti;• l'attuazione programma Autismo 0-30;• interventi in sinergia con i Servizi Sociali Comunali e Associazioni del Privato Sociale per l'assistenza integrata ad adulti fragili. <p>Nel distretto di Ponente in particolare il sostegno all'accesso ai servizi e all'informazione della popolazione migrante (numericamente molto elevata), attraverso il consolidamento</p>



	<p>della rete di sportelli dedicati presso le sedi di molti Comuni del Distretto.</p> <p>Nel distretto Città di Piacenza solo state potenziate le attività di orientamento alle risorse del territorio: informazioni, invii ai Servizi sociosanitari territoriali, consulenza e supporto educativo. E' ormai consolidata in particolare l'attività del centro diurno a bassa soglia "il quadrifoglio", gestito attraverso la collaborazione tra Comune, Azienda, Caritas e Lila.</p>
<p>Obiettivo C.3 - <i>partecipazione, protagonismo e benessere di adolescenti e giovani</i></p>	<p>In tutti i distretti sono stati previsti nei piani di zona per la salute e il benessere sociale iniziative per il protagonismo e il benessere di adolescenti e giovani, tra cui vale la pena di segnalare in particolare due progetti del distretto Città di Piacenza:</p> <ul style="list-style-type: none">• nell'ambito del progetto "SERVER" (rete di operatori pubblici e privati che favorisce forme di coordinamento permanente e promuove l'attivazione di esperienze di progettazione preventiva dei comportamenti a rischio dei giovani), è stata promossa una logica di partecipazione giovanile tramite l'ascolto dei target, la co-progettazione degli interventi, la condivisione dei risultati;• il distretto Città di Piacenza ha perseguito l'obiettivo della promozione di esperienze di cittadinanza sociale, anche attraverso l'attivazione di progetti di Servizio Civile Volontario. Sono stati approvati tre progetti ("Servizi territoriali per minori e famiglie", "Giovani e giovani 4"; "Minori stranieri, erranze e migrazioni: un progetto per l'integrazione"), sono state raccolte le domande di partecipazione (29) e ultimate le selezioni dei candidati. I volontari selezionati sono stati 10.
<p>Obiettivo C.6 - <i>unitarietà e omogeneità dei percorsi di cura delle persone con disabilità</i></p>	<p>E' stata resa omogenea la partecipazione dei professionisti sanitari, con la presenza di un educatore e di un neurologo, in ogni UVM distrettuale, sia in caso di valutazione di nuovi utenti che in occasione delle rivalutazioni annuali degli utenti già in carico nelle strutture accreditate previste nei contratti di servizio.</p> <p>Sono stati individuati inoltre specialisti di riferimento per gli utenti in struttura, come già avveniva nelle strutture per anziani, in modo da garantire continuità valutativa e terapeutica.</p> <p>Sono stati inoltre definiti percorsi di continuità assistenziale, rivolta ai pazienti GRACER/2068 e pazienti affetti da SLA, con accessi domiciliari dello specialista neurologo e dello specialista pneumologo.</p>
<p>Obiettivo C.7 - <i>accompagnamento e sostegno degli operatori nel percorso di accreditamento dei servizi sociosanitari</i></p>	<p>La definizione dei contratti di servizio, nodo cruciale del percorso di accreditamento per il 2011, è stata gestita attraverso l'istituzione di un tavolo interdistrettuale, composto da professionisti aziendali, dei servizi sociali comunali e degli uffici di piano. Il tal modo i contratti di servizio, poi stipulati a livello distrettuale, sono stati strutturati in modo omogeneo per tutto il territorio provinciale.</p> <p>Parallelamente a livello distrettuale si è proceduto al calcolo dei costi di riferimento e ai successivi incontri con i gestori finalizzati alla sottoscrizione dei contratti stessi. La delega alla negoziazione prima e alla firma poi è stata attribuita ai Direttori di distretto.</p> <p>In questa fase è stato garantito, in tutti i distretti, il supporto tecnico da parte di professionisti aziendali: del controllo di gestione, della direzione amministrativa di rete territoriale e della U.O. gestione territoriale della non autosufficienza, il cui direttore è stato poi indicato come referente operativo per parte aziendale in tutti i contratti.</p> <p>Sono stati perfezionati i contratti di servizio con tutti i gestori accreditati e sono state avviate le attività di monitoraggio previste.</p>



<p>Obiettivo D.4.1 e D.4.2 - <i>prevenzione malattie rilevanti o ad alto impatto sociale: promozione della sicurezza stradale e domestica</i></p>	<p>Si è in attesa degli accordi a livello regionale cui seguiranno le attività locali.</p> <p>E' in corso di realizzazione il progetto del Piano Prevenzione "Allacciati alla vita" per l'uso delle cinture di sicurezza nei bambini. Quanto alla sicurezza domestica, sono state realizzate due iniziative, uno rivolto agli anziani e uno ai bambini, in collaborazione con il Centro famiglie di Piacenza.</p>
---	---

3.6.4 Interventi sui percorsi multiprofessionali

<p>Obiettivo A.5 - <i>progetto la prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari</i></p>	<p>E' ormai stabilmente adottata la lettera di dimissione secondo il format regionale per i pazienti dimessi dopo evento coronarico acuto. Alla dimissione dopo evento acuto (IMA/SCA) è prevista la promozione delle modificazione degli stili di vita; al follow-up dopo un mese vengono effettuati rafforzamento della promozione degli stili di vita e la valutazione della compliance terapeutica, ripresi nel controllo a 6 mesi. In ogni fase del percorso il Medico di Medicina Generale viene coinvolto nella gestione del paziente, oltre che attraverso l'utilizzo della lettera di dimissione secondo il format regionale, anche con la lettera aziendale di controllo ambulatoriale alle viste successive.</p>
<p>Obiettivo B.11 - <i>rete delle farmacie oncologiche</i></p>	<p>Il percorso dell'allestimento centralizzato dei farmaci antitumorali ha previsto un primo periodo di formazione dei farmacisti e dei medici per l'apprendimento e l'utilizzo del software dedicato. I primi 3 mesi (giugno-settembre) sono stati interamente dedicati a: valutazione dei principi attivi inseriti nel programma, all'inserimento del prodotto commerciale aggiudicatario di gara aven/intercenter, alla valutazione dei diluenti e dei dispositivi medici necessari all'allestimento sotto cappa, dei protocolli di terapia e dei relativi trias clinici a conferma dell'efficacia, al confronto tra schemi terapeutici inseriti nel sistema informatico e schemi utilizzati precedentemente, alla doppia validazione (medico-farmacista) degli schemi. Gli schemi inseriti sono stati circa 200 e i farmaci inseriti e valutati circa 250. L'attività centralizzata è iniziata il 23 settembre e a fine 2011 i reparti arruolati sono: oncologia degenza, urologia, ematologia degenza.</p>
<p>Obiettivo B.25 - <i>proseguimento dell'implementazione dell'organizzazione dell'assistenza alle persone con epilessia</i></p>	<p>E' stato garantito l'intervento integrato diagnostico-terapeutico in età evolutiva con relativa assistenza per l'integrazione scolastica e sociale.</p> <p>Sono state avviate le iniziative propedeutiche all'attivazione, presso l'ospedale di Piacenza, di un Centro epilessia integrato minori-adulti: individuazione di operatori specialisti neuropsichiatra infantile e neurologo, acquisto delle attrezzature sanitarie. Presso la neurologia di Piacenza è attivo un ambulatorio dedicato settimanale per l'epilessia, con esami elettroencefalografici di base e dopo deprivazione di sonno, Holter EEG. Il personale medico della neurologia ha fatto proprio il PDO epilessia della regione, ed è stato definito insieme alla Rianimazione un percorso/linea guida locale per lo stato di male epilettico. Il piano di formazione del personale medico ha compreso nel 2011 iniziative su stato di male epilettico e chirurgia dell'epilessia con particolare riguardo alle linee guida, percorsi regionali e con condivisione degli aggiornamenti dei medici dedicati, mentre per il personale assistenziale tali temi sono stati previsto nel piano di formazione per il 2012. La collaborazione con il Centro regionale di riferimento è consolidata, e per il 2011 è stato inviato un paziente con proposta di valutazione per l'intervento chirurgico.</p>
<p>Obiettivo B.27 - <i>diffusione dei modelli organizzativi per la gestione integrata delle</i></p>	<p>E' proseguito il progetto gestione integrata del diabete mellito e durante il 2011 si sono tenute iniziative formative per i MMG per consolidare il percorso. A fine anno sono inseriti nel progetto 1.449 pazienti, afferenti a 135 MMG. Il percorso diagnostico</p>



<i>patologie croniche</i>	<p>terapeutico sullo scompenso cardiaco è stato predisposto ed è alla discussione del tavolo negoziale. Sarà sperimentalmente avviato presso alcune Medicine di Gruppo.</p> <p>Sono stati formati e identificati 3 case manager per i pazienti in ventilazione cronica con o senza tracheotomia, mentre in relazione ai pazienti affetti da diabete, scompenso e ipertensione assistiti a domicilio, i casi in carico sono seguiti attraverso gli infermieri di riferimento di comune/quartiere e non per patologia.</p>
---------------------------	--

3.7 Promozione del cambiamento tecnologico e organizzativo

Si riportano qui di seguito gli obiettivi regionali 2011 legati al tema della promozione del cambiamento, in particolare organizzativo. L'innovazione tecnologica è rendicontata nello specifico paragrafo 6.2 "Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche", da pag. 151.

<i>Obiettivo A.4 - reti cure palliative e terapia del dolore</i>	<p>Sono state ridefinite, separandole, le reti della terapia del dolore e delle cure palliative, collocate rispettivamente nei Dipartimenti di Anestesia e di Oncematologia, E' stata istituita la U.O.S.D. di cure palliative, ne è stata assegnata la responsabilità, sono definiti i criteri di accesso ed è iniziata la attività coordinata tra le strutture ospedaliere e i servizi e le strutture territoriali, con particolare attenzione ai due hospice. E' in corso la definizione degli accordi e delle integrazioni con i MMG.</p> <p>E' consolidata l'assistenza domiciliare integrata rivolta a pazienti in palliazione e terapia del dolore. E' stato ridefinito il Comitato ospedale-territorio senza dolore ed è in corso di elaborazione il piano di attività, compresi gli aspetti di comunicazione.</p> <p>Nel distretto di Levante inoltre, il 20 ottobre 2011 è stato realizzato un incontro pubblico rivolto alla cittadinanza e promosso dall'AIDO, in collaborazione con l'AUSL (in particolare CCM e professionisti del P.O. di Fiorenzuola) dal titolo: "Il dolore nella società moderna", incentrato sulle metodiche di controllo del dolore per migliorare la qualità di vita nei percorsi clinico assistenziali.</p>
<i>Obiettivo B.7 - modello organizzativo per lungodegenza</i>	<p>E' stato consolidato il percorso di accesso alle lungodegenze, mentre sono stati ridefiniti i criteri, le schede di valutazione dei pazienti e le modalità di monitoraggio dei contratti con le strutture private accreditate, ridefiniti e rinegoziati anch'essi nel corso dell'anno. Le nuove modalità di valutazione dei pazienti, utilizzate sia all'atto del trasferimento in lungodegenza che durante la permanenza per il monitoraggio delle condizioni dei pazienti, sono state avviate ad ottobre, ed è attualmente in corso l'analisi dei risultati. Sono stati effettuati audit specifici nelle strutture accreditate, mentre sono in corso di definizione le modalità di svolgimento di audit strutturati e periodici, finalizzati anche alla definizione di percorsi condivisi. L'azienda ha inoltre partecipato all'indagine regionale sui "bed blockers".</p>
<i>Obiettivo B.9 - potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti - Rete Sole - e della diffusione del Fascicolo sanitario elettronico dell'assistito</i>	<p>Sono stati effettuati gli adeguamenti dell'applicativo Med's Office Web per il ritorno ai MMG a mezzo SOLE dei referti di specialistica ambulatoriale. La refertazione informatizzata è stata inserita dal 2011 tra gli obiettivi di Budget per le UU.OO. Ospedaliere. E' stato formato, con il supporto del fornitore, il personale degli sportelli aziendali e delle farmacie.</p> <p>Il fascicolo sanitario elettronico è attivo dallo scorso mese di luglio, e viene attivato su richiesta dell'utente. L'informazione è stata per ora limitata al sito aziendale.</p>



<p>Obiettivo C.1 - <i>ospedale per intensità di cura e/o per complessità assistenziale</i></p>	<p>Il modello per durata-intensità di cura è attivo in area chirurgica a Piacenza e Fiorenzuola, mentre è in corso di definizione a Castel San Giovanni. E' inoltre in corso di definizione un modello applicabile alle aree mediche.</p>
<p>Obiettivo C.1.1. - <i>revisione delle funzioni e dell'organizzazione delle Unità di terapia intensiva coronarica (Utic) non sede di emodinamica</i></p>	<p>L'unica Unità di terapia intensiva coronarica provinciale si trova presso l'ospedale di Piacenza, ed è sede di emodinamica. La rete cardiologica è consolidata e permette il trattamento in urgenza di tutti i pazienti che afferiscono ai diversi ospedali dell'Azienda, oltre a quelli soccorsi dal servizio di emergenza territoriale. L'attività dell'UTIC di Piacenza è organizzata in relazione all'emergenza cardiologica acuta, in particolare della cardiopatia ischemica acuta (emodinamica h 24 hub aziendale a Piacenza). Fa fronte inoltre alle necessità di trattamento di altre emergenze nel paziente cardiopatico (dialisi, insufficienza respiratoria, post-operatorio).</p>
<p>Obiettivo C.2 - <i>implementare e sviluppare le attività di emergenza - urgenza secondo le indicazioni regionali</i></p>	<p>L'azienda è in linea con quanto attualmente previsto dalla soluzione ponte per il NUE 112 da luglio 2010: procedura d'intesa con il 112 locale per il trasferimento della chiamata sanitaria, e tecnologia dedicata presso la centrale operativa 118 per ricezione di mail da parte del 112 che accede al ced. interforze e permette la localizzazione della cella telefonica chiamata.</p> <p>Il percorso di accreditamento delle strutture di soccorso e trasporto infermi per l'UOC 118 Emergenza territoriale si è ottimamente conclusa con le visite della Commissione regionale a novembre 2011.</p> <p>In relazione alle strategie di gestione appropriata dei posti letto:</p> <ul style="list-style-type: none">• sono state consolidate le attività di OBI, anche quale strumento di appropriatezza per il ricovero e la dimissione in sicurezza di alcune tipologie di pazienti;• viene svolta una puntuale attività di "bed management" quotidiana;• è stato da tempo rivisto il regolamento per i ricoveri da PS e definito strategie in caso di assenza di posti (circostanza peraltro non molto frequente). <p>Le problematiche di turn-over del personale medico sono state affrontate e in larga parte risolte attraverso una profonda e consolidata integrazione e gestione unitaria del personale medico tra le UU.OO. di Pronto soccorso di Piacenza ed Emergenza territoriale -118, e il consolidamento della gestione dipartimentale (in caso di criticità di personale medico in una delle UU.OO. si ricorre a risorse all'interno del dipartimento). Quanto al personale assistenziale sono stati attivati:</p> <ul style="list-style-type: none">• percorsi formativi di specifico professionale per consolidare le competenze e migliorare l'autonomia professionale, e percorsi formativi per migliorare la capacità di comunicazione la gestione del conflitto;• procedure per standardizzare le modalità operative e migliorare la qualità del lavoro;• la rotazione del personale tra le UU.OO. del Dipartimento;• momenti di ascolto degli operatori. <p>Nel distretto di Levante, nell'ambito dell'Ufficio di Direzione Distrettuale (con la partecipazione dei MMG), ha preso avvio un gruppo di lavoro tematico finalizzato all'individuazione di possibili correttivi per ridurre i casi di accesso improprio al PS. Si è partiti da un'analisi dei casi di codici bianchi, ogni codice bianco è stato quindi attribuito al rispettivo MMG per il confronto e la valutazione nei singoli Nuclei di Cure Primarie.</p> <p>I flussi NSISS da parte dell'UOC Centrale operativa 118 vengono forniti alla RER da agosto 2010, come condiviso dal gruppo TECNO regionale.</p>



3.8 Sicurezza delle cure

Da quest'anno il bilancio di missione si arricchisce 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. 127) 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.

3.8.1 Assetto organizzativo per rischio e sicurezza

L'assetto organizzativo delle diverse Strutture che si occupano di gestione del rischio e sicurezza è stato definito nei tempi in coerenza con quanto previsto nell'Atto Aziendale e nel Piano Strategico 2009-2011, che identificava e prevedeva lo sviluppo nel triennio 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, nonché il supporto amministrativo all'attività di valutazione e liquidazione sinistri).

3.8.2 Sorveglianza e Monitoraggio

In tema di *infezioni correlate all'assistenza* (ICA), il sistema di segnalazione rapida di epidemia ed eventi sentinella è a regime. Quanto alle variabili oggetto di analisi specifica:

- *igiene delle mani*: nel 2011 è stato prodotto il documento "lavaggio delle mani" con le modalità di utilizzo del gel alcolico "no water", distribuito a tutte le Unità Operative e pubblicato sulla intranet aziendale, sono stati applicati i dispenser a muro in alcune UU.OO. per la valutazione dell'impatto di utilizzo, e il consumo di gel alcolico è stato di 2.662 litri in tutte le aree ospedaliere dell'Azienda, contro un consumo 2010 di 950 litri. Il punteggio riportato nella specifica griglia di autovalutazione dell'OMS è stato nel 2011 297,5 (corrispondente ad un livello "intermedio"), in miglioramento rispetto al 2010 (197,5, corrispondente al livello "base");
- *infezioni del sito chirurgico*: nel 2011 sono stati sorvegliati 537 interventi di 10 tipologie di interventi in 7 UU.OO. (dati 2010: n. 373 interventi sorvegliati di 6 interventi in 3 UU.OO.). Nel 2011 la sorveglianza ha riguardato l'8% degli interventi, contro un 5-6% del 2010. L'incidenza delle infezioni rilevata è scarsa ed in linea con i dati regionali, tuttavia la scarsa numerosità assoluta dei casi non permette analisi significative;
- *infezioni in terapia intensiva*: la sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva viene effettuata non col il sistema SITIER, ma attraverso il sistema PROSAFE del GiViTi, nel cui ambito vengono controllate le infezioni (petalo infezioni). Dalla sorveglianza è risultato che molte delle infezioni erano già presenti al momento del ricovero;
- *sepsi*: nel 2011 è stato condotto un audit sulla gestione della sepsi nelle Unità Operative dell'Azienda maggiormente coinvolte (rianimazioni, malattie infettive, medicina con area critica), che ha comportato l'esame del 35% delle cartelle cliniche di pazienti con DRG riferibili a sepsi severa con emocultura positiva dimessi nel 2010 (57 dei complessivi 167 casi individuati). L'audit ha purtroppo evidenziato che la campagna "Lotta alla sepsi in Emilia Romagna" (LASER) ha parzialmente esaurito il suo impatto sull'attività giornaliera dei reparti, pur rimanendo quello della sepsi il problema sanitario più importante in termini di mortalità e morbilità dei nostri ospedali. È stato quindi deciso di rivedere gli schemi terapeutici e i percorsi dei pazienti all'interno dei reparti, eseguire un reset delle conoscenze legate alla sepsi in tutti i reparti proponendo contestualmente modalità corrette di diagnosi, impostazione terapeutica (sia antibiotica che di supporto emodinamico), monitoraggio del quadro clinico e collocazione intraospedaliera dei pazienti più gravi;



- *infezioni delle vie urinarie*: è stata rivista nel 2011 l'istruzione operativa relativamente a posizionamento e gestione del catetere vescicale. Sono state anche definite le modalità di verifica tramite audit, che è stato programmato per il 2012.

Quanto alla *gestione dei sinistri e del contenzioso*, è stato scelto di analizzare e valutare due indicatori costruiti sulla base delle informazioni presenti nella banca dati regionale, che alimenta a sua volta il flusso ministeriale SIMES. Per entrambi gli indicatori considerati, e relativi al triennio 2009-2011, l'Azienda presenta valori migliori della media regionale, e in particolare:

- in relazione al primo indicatore, ovvero la "*percentuale di valori missing relativi alle variabili danno lamentato, tipo prestazione, anno di nascita, codice ministeriale*", che misura la completezza della rilevazione, risultano non compilate l'1,5% delle variabili complessive, contro una media regionale di oltre il 7%. Disaggregando il dato per singola informazione, tutti i dati mancanti riguardano il danno lamentato (1,6%) o il tipo prestazione (4,7%), mentre sono stati sempre compilati anno di nascita e codice ministeriale;
- in relazione al secondo indicatore, "*percentuale di sinistri eligibili per la chiusura ma non ancora chiusi*", che misura l'efficienza nella gestione delle procedure, risultano non chiusi il 2,5% dei sinistri contro una media regionale del 4,6%.

In relazione poi *alla sicurezza in sala operatoria*: adesione a database SOSnet. L'Azienda ha definito un dossier per la sicurezza del paziente chirurgico, che segue il paziente durante tutto il suo percorso preoperatorio ed operatorio, che contiene e integra quanto previsto scheda SOSnet. Tutto il dossier è in corso di informatizzazione, compresa la scheda SICHER. Nel 2011 tale strumento è entrato in uso in tutte le U.O. chirurgiche aziendali, ma le schede sono analizzate e successivamente i dati immessi nella banca dati regionale a campione: questo spiega la bassa percentuale riscontrata nel database regionale (1,4%, contro una media regionale del 16,4%).

Quanto infine al sistema RIS-PACS, è stata completata l'implementazione del nuovo RIS-PACS e sono state definite le procedure di sicurezza, ora in corso di validazione.

Nelle indicazioni regionali per la redazione di questa sezione del bilancio di missione, sono stati individuati ulteriori temi relativi alla sorveglianza che, seppure non obbligatori, ci è sembrato interessante riportare.

Il sistema di *emovigilanza* aziendale, basato sui criteri dettati dalla normativa vigente, prevede la presenza di un referente, punto di riferimento per le procedure di segnalazione, che raccoglie ed inserisce in SISTRA i dati riguardanti gli eventi avversi, gli errori e near miss che si verificano in tutto il processo trasfusionale dal prelievo di sangue ai donatori all'atto trasfusionale nelle U.O. (è utilizzata la modulistica indicata dal centro regionale sangue). I concetti generali dell'emovigilanza sono stati diffusi in Azienda attraverso un percorso conclusosi nel 2011 con un evento formativo, nel quale è stata descritta la nuova procedura trasfusionale aziendale, precedentemente presentata, condivisa ed approvata dal Comitato per il buon uso del sangue, e sono stati discussi i punti critici della procedura stessa. I dati raccolti attraverso le segnalazioni sono oggetto di report



periodico da parte del centro regionale sangue e ogni segnalazione è oggetto di analisi secondo modalità definite dai referenti aziendali per il rischio clinico: la procedura trasfusionale è stata scritta tenendo conto dei risultati di queste analisi.

Quanto alla *farmacovigilanza* e all'*uso sicuro dei farmaci* sono stati selezionati tre aspetti:

- *attività del gruppo regionale sul rischio clinico da farmaci*: nel 2011 l'Azienda ha collaborato alla definizione delle raccomandazioni per la nuova procedura sulla gestione clinica dei farmaci e alcuni professionisti hanno partecipato con agli eventi formativi promossi dall'Agenzia Sanitaria regionale per la presentazione e la divulgazione della raccomandazione stessa. L'Azienda ha inoltre costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per la declinazione nella realtà locale della raccomandazione regionale definendo una procedura aziendale che ha tenuto conto, oltre alle specifiche dettagliate relative al percorso del farmaco, anche di alcuni aspetti innovativi quali l'inserimento della scheda di ricognizione, l'attivazione del processo di riconciliazione nonché la gestione informatica della prescrizione della terapia e la gestione in "monodose" del farmaco. E' stato pianificato un percorso di formazione dedicato a tutti gli operatori sanitari per l'implementazione della procedura;
- *uso appropriato di antibiotici*: nel 2011 è stato realizzato un percorso di audit sull'osservanza delle linee guida sull'utilizzo degli antibiotici nella terapia empirica delle infezioni respiratorie (definite dai professionisti delle aree mediche dell'azienda), con particolare riguardo con le infezioni HCAP, audit che prosegue nel 2012;
- *reazioni avverse da farmaci*: nell'anno 2011 sono pervenute 28 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. Sono pervenute 11 segnalazioni riguardanti vaccini, gestite come previsto dalla procedura aziendale per le segnalazioni di sospette ADR da vaccini. I referenti aziendali hanno inoltre partecipato alle riunioni preliminari dei 2 progetti multicentrici a cui AUSL PC ha aderito, inseriti nel programma regionale di farmacovigilanza attiva/AIFA, con inizio previsto nel 2012 ("Interazioni clinicamente rilevanti nel paziente anziano pluritrattato, a livello territoriale" e "Monitoraggio epidemiologico di reazioni ed eventi avversi da farmaci in pronto soccorso"). Per quanto riguarda in particolare il Pronto soccorso sono stati preliminarmente coinvolti il direttore e il coordinatore infermieristico, mentre per la politerapia nell'anziano l'Azienda ha acquisito un software dedicato, per iniziare, già prima dell'avvio del progetto previsto per il 2012, ad avere una visione d'insieme calata nella realtà piacentina, attraverso l'analisi le prescrizioni SSN del 2010. L'analisi delle prescrizioni ha permesso di costruire un percorso, parallelo e complementare al progetto AIFA, personalizzato per ogni singolo MMG, in relazione alle interazioni che avrebbe potuto generare sui propri pazienti. Nel 2012 si intende sviluppare questo percorso anche attraverso singoli colloqui. Pur non aderendo allo specifico progetto di farmacovigilanza nelle strutture accreditate per anziani, sono stati avviati sia il monitoraggio della prescrizione, finalizzato ad una maggior appropriatezza prescrittiva, che il controllo del



corretto utilizzo della nutrizione enterale. In relazione poi alla diffusione in azienda delle raccomandazioni, il personale sanitario interno ed esterno all'Azienda è stato informato con diversi strumenti: collaborazione alla rivista "Confronti" per MMG/PLS, aggiornamento costante della specifica sezione "farmacovigilanza" sul sito Intranet, e risposte a specifici quesiti posti da diversi operatori sanitari, interni ed esterni ad AUSL PC, con invio di documentazione. Infine nel corso della campagna vaccinale contro l'influenza stagionale sono stati sensibilizzati gli operatori coinvolti, attraverso una nota informativa con documentazione e scheda per segnalare sospette ADR ai referenti per le vaccinazioni del personale interno AUSL, ai MMG/PLS vaccinatori tramite le farmacie ospedaliere (contestualmente alla consegna delle dosi di vaccino) ed ai farmacisti territoriali tramite le associazioni di categoria (ordine dei farmacisti e Federfarma).

Completano questa Sezione del documento, alcune ulteriori attività relative ai dispositivi medici e alla prevenzione del rischio cadute e lesioni da pressione. Vale la pena in sintesi riportare le azioni 2011 e le prassi consolidate, in particolare:

- *dispositivi medici*: nel 2011 l'Azienda ha proseguito nella partecipazione attiva ai gruppi di lavoro regionali, quali la Commissione Regionale dei Dispositivi Medici e il Gruppo Regionale Tecnologie. Nel 2011 è stato implementato il percorso per l'attivazione di un sistema di gestione informatizzato dei dispositivi medici in monodose, con importanti ricadute sulla gestione dei magazzini, sulle analisi di appropriatezza di utilizzo e sulla sicurezza dei pazienti legata alla tracciabilità. L'Azienda ha applicato l'istruzione operativa regionale per la codifica dei dispositivi, mediante la revisione dell'anagrafica locale dei prodotti movimentati, permettendo il regolare invio dei flussi DIME. Il farmacista competente, in collaborazione con l'ingegnere clinico, ha supportato il Comitato etico nella valutazione dei dispositivi coinvolti nelle sperimentazioni. Accanto alla partecipazione attiva alla stesura di capitolati di gara e alle Commissioni tecniche di diverse figure professionali sanitarie, ingegneri clinici, farmacisti, sono stati avviati gruppi di lavoro per analizzare e valutare l'uso di dispositivi per aree omogenee, di dividerne l'appropriatezza di utilizzo e di uniformare e razionalizzare a livello aziendale la loro diffusione. Su indicazione della CADM è proseguita nel corso del 2011 l'adozione di modulistica dedicata per la richiesta di nuovi dispositivi e, nel secondo semestre 2011 si sono intensificate le azioni di monitoraggio dei consumi finalizzate alla verifica dell'appropriatezza clinica e della sostenibilità economica della loro gestione, che hanno portato anche a considerevoli contenimenti dei costi.
- *rischio di cadute in ospedali e strutture residenziali*: in azienda sono utilizzate sistematicamente schede di valutazione del rischio di caduta e viene effettuato il monitoraggio delle cadute attraverso l'utilizzo di apposita scheda di segnalazione. Vengono analizzati i dati relativi per valutare l'incidenza di cadute nelle diverse U.O. aziendali e gli effetti di tali cadute. La stessa metodologia di analisi è stata applicata alle strutture residenziali, in particolare quelle oggetto di



accreditamento e di successiva stipula di contratti di servizio, e in alcuni casi sono stati proposti percorsi formativi e di affiancamento ai gestori;

- *rischio di lesioni cutanee in ospedali e strutture residenziali*: sono utilizzate sistematicamente schede di valutazione del rischio di lesioni da pressione (Braden) e viene effettuato il monitoraggio dell'incidenza, del trattamento e dell'evoluzione delle stesse.

3.8.3 Gestione eventi critici

In tema di gestione degli eventi critici, è proseguita l'attuazione del piano programma di gestione del rischio già definito, e rendicontata attraverso specifici report periodici, e in particolare:

- è proseguita, ed è tuttora in corso, la sensibilizzazione sull'utilizzo della scheda di segnalazione dell'evento (incident reporting), attraverso la modalità del "porta a porta" (incontri di circa due ore ognuna delle UU.OO. dell'Azienda). La priorità è stata data alle UU.OO. in corso di accreditamento e in corso di verifica di accreditamento. Da quest'anno sono state coinvolte anche le UU.OO. del Dipartimento di salute mentale e di Dipendenze patologiche;
- il numero delle segnalazioni di incident reporting nel corso dell'anno è rimasto costante, con una prevalenza delle segnalazioni di provenienza infermieristica rispetto alle segnalazioni fatte dai medici. Non tutte le schede di segnalazione sono state utilizzate in modo appropriato: numerose segnalazioni non sono classificabili come eventi avversi ma piuttosto riconducibili a problemi tecnico/organizzativi. Le schede ritenute valide ed inserite nella banca dati regionale al momento sono 62. E' comunque da valorizzare lo sforzo che gli operatori stanno facendo nell'utilizzare il sistema di segnalazione dell'evento come strumento per attivare processi di miglioramento e cambiamento nell'approccio alla gestione dell'errore. Rimane costante il dato che le segnalazioni aumentano in prossimità degli eventi formativi a riguardo;
- sono state effettuate 7 RCA su casi di eventi segnalati attraverso IR o segnalazione telefonica. Le RCA sono state svolte con due modalità: una forma "breve" che prevede un unico incontro per i casi più semplici da analizzare e una forma "lunga" con più incontri, per analizzare i casi più complessi;
- sono stati effettuati 7 audit nell'U.O. S.P.D.C. nell'ambito dell'applicazione della procedura aziendale per la "gestione della contenzione fisica superiore a 24 ore continuative", per l'implementazione delle raccomandazioni regionali;
- la mediazione del conflitto ha affrontato 15 casi (che hanno richiesto 28 ascolti con i cittadini e 45 con i professionisti), in 7 dei quali si è giunti all'incontro di mediazione;
- è proseguita anche l'attività del punto di ascolto per il benessere dei dipendenti, cui si sono rivolti, nel 2011, 8 professionisti;
- la formazione aziendale sul rischio clinico ha coinvolto, nel 2011, 144 operatori, sia di area medica che assistenziale. L'evento formativo è stato articolato su due giornate, la prima con inquadramento più teorico e di informazione sul percorso aziendale, la seconda con carattere più operativo (anche attraverso la simulazione della gestione di casi-tipo). Spazio sia teorico che simulato è stato dato anche agli altri strumenti che concorrono per le garanzie di sicurezza,



quali le ADR, la mediazione dei conflitti, gli aspetti medico-legali (principalmente la tenuta della documentazione clinica), l'acquisizione del consenso e la sua importanza nella gestione del contenzioso. Inoltre, un evento formativo specifico è stato dedicato ai 95 operatori del comparto della U.O. gestione territoriale della non autosufficienza.

3.8.4 Tracciabilità pazienti e prevenzione errori di identificazione

In tutte le strutture di ricovero ospedaliero e nei pronto soccorso aziendali è utilizzato il braccialetto con codice a barre e dati personali in chiaro. E' disponibile in tutti i punti di accesso il lettore di codice a barre per la lettura della tessera sanitaria.

3.8.5 Altri obiettivi

In relazione agli altri obiettivi legati all' applicazione e monitoraggio della DGR n. 1706/2009:

- il foglio unico di terapia è adottato in tutta l'azienda; è in corso l'implementazione del sistema di gestione informatizzato della terapia (prescrizione e somministrazione) in monodose, esteso nel 2011 a circa metà dei posti letto ordinari;
- sono stati ridefiniti i protocolli di profilassi antibiotica ed antitromboembolica e le schede di valutazione per la corretta prescrizione; sono definiti protocolli per il follow-up in terapia intensiva e recovery room e per il controllo del dolore;
- è stata ridefinita la procedura dell'informazione al paziente e la modulistica per la raccolta del consenso;
- sono stati definiti fogli informativi per numerose procedure.





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 31/12/2011, in relazione alle persone che ci lavorano evidenzia che:

- il personale femminile rappresenta il 74% di tutto il personale, ma costituisce l'82% del personale del comparto e il 45% nella dirigenza;
- la dirigenza rappresenta il 20% 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 68% dei dipendenti;
- all'interno del Comparto il personale infermieristico si distribuisce prevalentemente nella fascia 36-44 (42%).

In relazione alla composizione per età del personale vale la pena notare come nel tempo si stia assistendo ad un sostanziale "invecchiamento" della popolazione lavorativa dell'azienda: tra il 2005 e il 2011 infatti le unità di personale di età inferiore a 45 anni sono calate di oltre 330 unità, a fronte di una crescita di 445 unità nelle fasce di età superiori (vedi la successiva Figura 206).

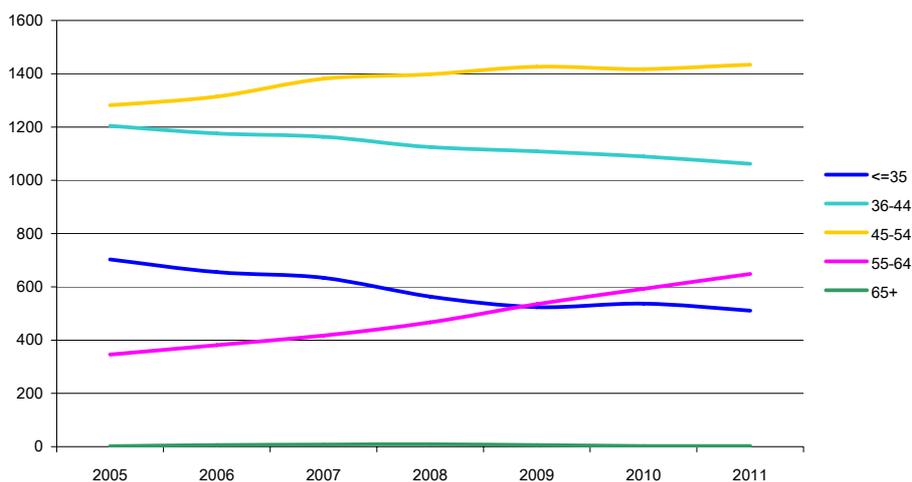


Figura 206: Trend personale dipendente per fasce di età.

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



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 2011 in particolare:

- si è concluso a gennaio il ciclo di tre sedute residenziali sullo “stato dell'arte e scenari futuri per l'Azienda”, con l'obiettivo di una maggiore condivisione e una consapevolezza diffusa sulle linee di sviluppo dell'Azienda. La terza seduta è stata dedicata alle prospettive di tenuta e di sviluppo complessive;
- la parte centrale dell'anno, oltre che alla condivisione delle linee di programmazione regionali e alla verifica dell'andamento della programmazione aziendale, è stata dedicata principalmente alla discussione e definizione di alcune riorganizzazioni interne all'azienda, quali ad esempio quelle relative alle cure palliative, al rischio clinico, al dipartimento farmaceutico.

Nel periodo settembre-dicembre 2011 il Collegio di Direzione dell'Azienda è stato fortemente coinvolto nell'analisi della situazione complessiva e nella definizione di azioni destinate a ricercare una sostenibilità economico-finanziaria sempre più difficile. Ad ottobre sono stati costituiti degli specifici gruppi di lavoro orientati a definire azioni di intervento. Tale attività ha portato a definire un ampio elenco di 26 azioni, suddivise in 3 macro-categorie:

- *appropriatezza prescrittiva*: tra cui interventi specifici su determinate categorie di farmaci, appropriatezza di utilizzo dei dispositivi medici ed una maggiore appropriatezza nel consumo di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche e della colonna;
- *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, una maggiore condivisione delle tecnologie ed un ulteriore sviluppo di formazione e aggiornamento sul campo;
- *progetti strategici*: tra cui lo sviluppo dell'attività di fund-raising e l'installazione di pannelli fotovoltaici su edifici aziendali.

Infine i membri del Collegio sono stati coinvolti nella definizione delle strategie comunicative dell'Azienda, e alcuni di essi hanno fatto parte del Comitato di redazione del progetto “professionisti in Tv” (per un approfondimento vedi oltre, par. 5.2, pag. 144).



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 LIX.

Vale la pena riportare qui le principali aree di lavoro del 2011, 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, che 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.

Il Dipartimento infatti ha tra i principali obiettivi generali quelli di promuovere la prevenzione e il controllo delle infezioni nell'ambito delle strutture assistenziali sanitarie, con particolare attenzione alle infezioni emergenti e riemergenti, attraverso azioni per assicurare la sorveglianza di queste malattie ed il loro monitoraggio, oltreché applicare programmi di controllo e realizzare idonee innovazioni organizzative. Sta costruendo, attraverso forme di integrazioni interservizi e forme di sinergia per la prevenzione di rischi occupazionali e in generale legati alle prestazioni sanitarie, una modalità operativa che realizzi livelli di sicurezza sempre maggiori e tenuti costantemente sotto controllo. In particolare le aree del rischio biologico e del rischio fisico sono state oggetto di fattiva collaborazione intra ed interdipartimentale. Nell'area medico legale il percorso sul consenso informato ed il governo del contenzioso rappresentano ulteriori momenti di riflessione e di miglioramento per la prevenzione dei rischi ed anche per il governo dei sistemi adottati.

In particolare l'U.O. gestione del rischio infettivo, in tema di sicurezza dei lavoratori (in relazione alla sicurezza dei pazienti si rimanda al par. 3.8, da pag. 117), nel corso del 2011 si è occupata di:

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

4.3.1 Lavoro femminile nel settore sanitario

Nel 2011 è stata aggiornata la valutazione del rischio per la sicurezza delle lavoratrici in gravidanza e nel periodo di allattamento. 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 riproduttiva che lavora in questo settore (sino al 60% della forza occupata) 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 è stata condotta (in alcuni luoghi anche senza la presenza di lavoratrici in gravidanza) 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.L.vo. 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.

4.3.2 Valutazione dei rischi da stress lavoro correlato

L'obbligo della valutazione, tra i diversi rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, anche dello stress lavorativo viene esplicitamente previsto dal D. L.vo n. 81/08 (cosiddetto Testo unico). L'art. 28 stabilisce infatti che la valutazione deve riguardare tutti i rischi, compresi i rischi particolari *“tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'Accordo europeo dell'8 ottobre 2004”*. Con questo accordo si è infatti convenuto che *“i problemi associati allo stress possono essere affrontati nel quadro del processo di valutazione di tutti i rischi, programmando una politica dell'organizzazione specifica in materia di stress e/o attraverso misure specifiche mirate per ogni fattore di stress individuato”*. Nel 2008 a livello nazionale è stato sottoscritto un accordo collettivo interconfederale, che recepisce l'accordo quadro europeo sullo «stress lavoro-correlato». Successivamente, nel novembre 2010 la Commissione consultiva per la valutazione dello stress lavoro correlato, ha emanato linee di indirizzo e indicazioni metodologiche e operative.

La valutazione del rischio di stress lavoro correlato consiste nell'attivazione di un processo conoscitivo e decisionale che prevede innanzitutto l'individuazione di indicatori del fenomeno in esame, di manifestazione e di rischio.

Il coordinamento dei responsabili dei servizi di prevenzione e protezione delle Aziende sanitarie della Regione ha applicato un sistema di valutazione del rischio stress lavoro correlato, mutuandolo da quello inizialmente sperimentato dall'Azienda di Piacenza. Del metodo, della sua concreta realizzazione e dei principali esiti si sono messe in evidenza, oltre alle potenzialità, anche i limiti e le possibili criticità.

La sperimentazione, iniziata nel 2009 è proseguita fino ad oggi, è giunta alla fase della redazione di un documento che ha tenuto conto nel dettaglio del sistema di valutazione basato su indicatori appropriati e in linea con la normativa vigente, specificando preliminarmente che l'oggetto e lo scopo della valutazione 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 completata da una successiva analisi approfondita dei lavoratori interessati, i cui dati sono attualmente in fase di analisi e i cui risultati saranno comunicati nel 2012, occorrerà affrontare la fase successiva della gestione degli eventuali rischi rilevati (“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”. Questo tipo di analisi ha consentito di compiere alcune considerazioni sia di natura metodologica riguardo al modo di definire 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 ma, 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 evidenziare meglio alcuni importanti aspetti emersi.

4.3.3 Violenza sugli operatori del settore sanitario: formazione e la valutazione del rischio

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.

Sebbene gli atti di violenza generalmente non abbiano esiti gravi e consistano in aggressione (o tentativo di aggressione) fisica e verbale, una stima allarmante del Bureau of Labor Statistics statunitense indica per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione ben più elevato di quanto riscontrato nei lavoratori delle industrie del settore privato.



Riguardo all'Italia non ci sono molte ricerche in merito ma anche nel nostro paese la frequenza delle aggressioni sembra essere maggiore che in altri comparti lavorativi.

Su questo tema l'azienda, e in particolare il Servizio di prevenzione e protezione in collaborazione con il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, ha organizzato un seminario rivolto agli operatori, che permettesse di raccogliere elementi e informazioni direttamente dai vari settori in modo particolare negli ambiti dove c'è un maggiore contatto diretto con il paziente e vengono gestiti rapporti caratterizzati da una *“condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga”*. Si è scelto di avvalersi della collaborazione di esperti provenienti dalla Gran Bretagna, allo scopo di confrontare la nostra realtà locale con un modello ben consolidato come quello inglese. Infatti nel Regno Unito il governo ha adottato negli ospedali una sorta di "tolleranza zero" contro i casi di violenza sugli operatori e, per sostenere questo atteggiamento come scelta istituzionale, il Servizio sanitario nazionale inglese ha condotto una campagna d'informazione/formazione ed addestramento di quattro anni (2004/2008) rivolta ai propri dipendenti, finalizzata alla prevenzione e al contenimento dei danni dovuti ad azioni violente in ambiente sanitario. Al seminario, oltre al personale delle partizioni organizzative a maggior rischio, hanno partecipato anche altri operatori provenienti dai servizi di prevenzione e protezione di aziende vicine dell'Emilia e della Lombardia nonché operatori e dirigenti della Polizia di Stato e si è conclusa con una serie di indicazioni fornite da un avvocato penalista, per illustrare anche quali siano i reati che si possono configurare.

Nel prossimo biennio (2012-13) il Dipartimento della sicurezza si farà carico di organizzare un percorso aziendale di prevenzione dei rischi psicosociali, con particolare riguardo allo stress lavoro correlato ed alla violenza, proponendo azioni di miglioramento, sostenute da appropriati percorsi formativi.

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

In coerenza con quanto definito nel Piano strategico 2009-2011, anche nel 2011 è proseguito lo sviluppo del ruolo e delle competenze delle professioni sanitarie, in particolare per consolidare:

- lo sviluppo di ruolo e funzioni di coordinamento, degli staff e di governo dei processi assistenziali, tecnici e sanitari;
- il completamento nella definizione e attivazione delle specifiche posizioni funzionali che contribuiscono al raggiungimento dei risultati aziendali, in particolare in tema di governo clinico;
- implementazione dell'utilizzo della consulenza infermieristica come modalità di confronto interprofessionale.

E' stata consolidata nel 2011 la posizione organizzativa della Direzione assistenziale aziendale su ricerca e innovazione clinica ed organizzativa, con l'obiettivo di diffondere la cultura della ricerca in



ambito assistenziale e organizzativo, promuovere progetti di ricerca e il trasferimento delle innovazioni nella pratica clinica, oltre alla valorizzazione dei risultati della ricerca applicata.

In particolare nel 2011 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.

Nel 2011 si è consolidato il paradigma della sicurezza nell'assistenza infermieristica attraverso l'applicazione di strumenti di assessment e presa in carico in ambito ospedaliero e domiciliare;

- sono state definite e sviluppate le competenze assistenziali e organizzative per il governo dei processi assistenziali degli operatori e dell'organizzazione nel dipartimento di anestesia e rianimazione, in ADI e per il coordinatore infermieristico;
- è stato validato e applicato il panel di indicatori e outcomes correlati alla sicurezza del paziente nei trattamenti assistenziali ospedalieri e domiciliari;
- sono stati creati documenti aziendali su organizzazione, competenze ed esiti sensibili all'assistenza;
- è stata diffusa e condivisa la documentazione assistenziale in forma cartacea in due dipartimenti aziendali.

E' in corso di completamento la formazione specifica sulla diffusione della cultura del rischio, che nel 2011 ha coinvolto anche gli operatori del comparto della U.O. gestione territoriale della non autosufficienza.

4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Il sistema premiante aziendale, ormai consolidato da anni, è strettamente connesso alla gestione del budget, e si basa sui seguenti principi generali:



- il sistema di incentivazione è unico per l'intera azienda, per tutto il personale dirigente e per tutto il personale di comparto, seppur con una distinzione degli obiettivi all'interno delle schede di budget;
- il principio di congruenza per cui, a parità di funzione e responsabilità e a parità di obiettivi negoziati e risultati raggiunti, corrisponde uguale incentivo: questo presuppone l'unificazione dei fondi nell'ambito della medesima categoria contrattuale;
- la partecipazione ai progetti è ricondotta totalmente alla gestione budgetaria, con la sola eccezione dei progetti strategici;
- focalizzazione sui risultati di squadra, con obiettivi unici per ogni unità operativa, attraverso la partecipazione di tutti gli operatori.

La definizione di obiettivi quali quantitativi per ogni Dipartimento e per ogni unità operativa consente di determinare per ogni ciclo annuale la percentuale di risultato raggiunta da ogni struttura. Il sistema di incentivazione prevede la corresponsione di una quota di incentivazione per ogni operatore proporzionale alla percentuale di risultati raggiunti dalla struttura di appartenenza, con la possibilità di differenziare una parte del compenso. Integra il sistema premiante la remunerazione dei risultati di alcuni "progetti strategici", finanziati con una piccola quota del fondo di risultato.

In termini economici, per quanto relativo alla dirigenza, la totalità dell'incentivazione è collegata al raggiungimento degli obiettivi di budget e quindi variabile in funzione dei risultati stessi, mentre per il comparto solo una parte del fondo di incentivazione è distribuito attraverso il meccanismo appena descritto mentre la restante parte è distribuita in relazione alle presenze in servizio.

E' infine stato esteso, a tutte le strutture aziendali, il nuovo processo di valutazione individuale dei dirigenti, anche attraverso l'utilizzo della nuova scheda di valutazione, avviato nel 2009. Il percorso di valutazione, così come ridefinito, prevede momenti strutturati di confronto tra valutatore e valutato sia nel momento della definizione degli obiettivi individuali che nella valutazione dei risultati, oltre ad un monitoraggio intermedio. Riguardo ai contenuti, la scheda di valutazione contiene sia gli obiettivi del dirigente legati al contratto individuale sottoscritto all'atto del conferimento dell'incarico, sia l'apporto dei singoli rispetto agli obiettivi complessivi della struttura di appartenenza definiti nel processo di programmazione e controllo.

4.6 Formazione

4.6.1 Formazione e sviluppo professionale del personale dipendente

I principali dati e macroindicatori sulle attività formative effettuate nel corso del 2011, ricavati in automatico dal sistema informatico in uso (vedi la successiva Tabella 6), segnalano che la percentuale dei formati è rimasta sostanzialmente stabile, mentre sono aumentate le ore dedicate e soprattutto la numerosità dei corsi organizzati, scelte rese necessarie dall'obbligo a garantire un maggior numero di crediti ai dipendenti di ruolo sanitario (150 nel triennio 2011-2013).



	2007	2008	2009	2010	2011
Persone formate	2.565	2.709	2.719	2.843	2.828
percentuale formati	71,8%	75,8%	75,1%	77,9%	77,7%
Iniziative	438	540	505	539	778
Media per Centro gestionale	9,7	13,4	12,6	13,0	22,0
Media partecipanti	24,7	24,3	26,7	26,2	18,0
Ore medie per persona formata	35,8	43,6	38,0	39,5	48,0
Ore medie per corso	11,9	12,7	12,5	12,8	13,6
crediti medi	28	34	29	32	42
Coerenza	47,0%	65,0%	69,0%	89,0%	72,0%
Budget complessivo	424.000	337.495	365.900	407.456	371.795

Tabella 6: Dati di sintesi attività di formazione 2006-2009.

Il 2011 inoltre è stato l'anno dei tagli al budget e di avvio del sistema ECM a regime con nuove regole, decisamente più impegnative del passato, per cui è stato necessario studiare nuove opportunità di formazione, lavorare con maggiore attenzione all'utilizzo delle risorse e richiamare tutti ad occuparsi dell'aggiornamento obbligatorio in modo più sistematico, nella logica del dossier formativo di gruppo, e soprattutto con più attenzione alla pianificazione.

Le edizioni realizzate sono state 778 (+ 44,3% rispetto al 2010) a fronte delle 916 accreditate (84,9%), poiché anche quest'anno la pianificazione iniziale si è evidenziata superiore alle reali possibilità del personale di partecipare, oltre al fatto che alcuni progetti di formazione sul campo non sono stati conclusi e alcune progettazioni avviate hanno poi incontrato difficoltà di varia natura per cui sono state dapprima sospese e poi di fatto abbandonate. L'incremento dei corsi di aggiornamento interni è stato determinato sia dalla necessità di acquisire più crediti da parte degli operatori sanitari, sia dalla ridotta possibilità economica di partecipare a corsi esterni.

Per quanto riguarda i contenuti, i corsi organizzati hanno trattato tutte le tematiche individuate come di interesse nelle diverse aree ed i corsi proposti dai Dipartimenti hanno ripreso il fabbisogno formativo per il 72%. Questo dato, in sé positivo, rappresenta comunque una criticità per la nostra Azienda, perché evidenzia una pianificazione meno puntuale rispetto allo scorso anno, nonostante le sollecitazioni ad introdurre il Dossier formativo di gruppo in tutte le articolazioni aziendali.

Per quanto riguarda la metodologia, il 90% degli accessi è stato garantito dalla formazione interna (39% centralizzata e 51% dipartimentale o di unità operativa), e solo il 10% è stato acquisito all'esterno da singoli. Il 44% dei corsi organizzati dai dipartimenti è stato in modalità "Formazione sul campo" e, anche se la maggior parte dei corsi di aggiornamento si configura ancora come formazione residenziale, questa tipologia di formazione sta incrementando i volumi. Non altrettanto si può dire della FAD: nessun corso è stato strutturato con queste caratteristiche nonostante l'adesione al consorzio di area vasta; anche alcune sperimentazioni, proposte a gruppi professionali, abbiano dato risultati poco incoraggianti: abbandoni, tempi lunghi, valutazioni tiepide.



Si ritiene che sia uno strumento su cui investire, soprattutto per quella formazione incentrata sull'aggiornamento di conoscenze e che è efficace anche se fatta individualmente, e quindi andranno prese in considerazione nuove iniziative, a partire da percorsi blended, che utilizzano la FAD ad integrazione di apprendimento in aula, settore in cui si stanno moltiplicando le esperienze e le opportunità.

I corsi di aggiornamento sono stati organizzati con caratteristiche analoghe agli anni precedenti, in cui il format più rispondente alle esigenze dei partecipanti e più compatibile con l'organizzazione delle attività è quello che aggrega le attività di aula in due, tre pomeriggi o una giornata d'aula. Il tempo medio espresso in ore è stato 13,6 e la media dei partecipanti 18, indicatori di qualità in miglioramento anche se sostenuti principalmente dai progetti di formazione sul campo con impegno di tempo mediamente più alto e numerosità più bassa: piccoli gruppi di miglioramento, team di audit, ecc.

Il totale degli accessi ha raggiunto quota 11.308: di questi solo il 10% (-2,5 % rispetto al 2010) è stato effettuato in aggiornamento esterno per un totale di 30.083 ore, mentre il 90% è determinato dalla partecipazione ai 778 corsi interni, 563 organizzati dai dipartimenti e 215 dall'U.O. formazione.

L'aggiornamento obbligatorio, come da disposizione del Collegio di Direzione, è stato messo a disposizione di tutti i lavoratori dipendenti o con contratto almeno biennale, dimostrando nei fatti la volontà espressa in più occasioni di avvalersi della formazione per mantenere alta la qualità dei servizi e dell'offerta sanitaria in particolare. Per questa ragione nel corso del 2011 hanno frequentato almeno un corso di formazione 2.839 operatori dipendenti a diverso titolo, che hanno tutti transitato in Azienda, ma che in qualche caso sono usciti in corso d'anno e quindi non sono più stati conteggiati nella sintesi finale.

Dato che il nuovo corso dell'ECM disciplina in modo rigoroso l'esonero dai crediti, si è proceduto ad una verifica sistematica dei dipendenti che ne hanno avuto diritto per l'anno 2011 e la successiva Tabella 7 dà evidenza dei dati distribuiti in tutte le qualifiche professionali.

La stessa tabella conferma quanto sopra accennato, e cioè che si sono formati anche professionisti non più presenti in azienda (in alcune situazioni il numero dei formati è maggiore del numero totale degli addetti) o esonerati, tanto che possiamo sostenere che sono veramente pochissimi gli operatori sanitari non formati nel periodo. Per quanto riguarda l'acquisizione dei crediti ECM, l'offerta aziendale ha garantito a tutti l'opportunità di ottenere la copertura attesa (50 crediti): i crediti medi sono infatti 42.

Lo stesso non vale per i dipendenti di ruolo tecnico e amministrativo che si sono formati per il 39%.



Profilo professionale	Presenti (*)	Formati	% formati
Assistente sanitario	58	58	100%
Dietista	5	4	80%
Dirigente professioni sanitarie	4	3	75%
Dirigente medico	545	509	93%
Dirigente veterinario	44	45	102%
Dirigente sanitario non medico	60	63	105%
Educatore	47	45	96%
Fisioterapista	92	87	95%
Infermiere	1346	1295	96%
Logopedista	20	18	90%
Ostetrica	62	58	94%
Tecnico laboratorio	79	78	99%
Tecnico prevenzione	55	54	98%
Tecnico radiologia	90	91	101%
Tecnico sanitario altro	19	18	95%
TOTALE PERSONALE SANITARIO	2.526	2.426	96%
PERSONALE NON SANITARIO	1.058	413	39%
TOTALE GENERALE	3.584	2.839	79%

Tabella 7: Percentuale formati per profilo professionale.

Nella costruzione del Piano per il 2011 il Collegio di Direzione ha confermato molti degli obiettivi strategici già individuati per il 2010 ed anche alcune attività formative sono state rieditate per coinvolgere un maggior numero di dipendenti.

Si ritiene di segnalare qui di seguito alcuni obiettivi che hanno trovato nella formazione occasioni significative di cambiamento, verificate attraverso valutazioni di impatto concrete:

- appropriatezza clinica dell'uso del sangue. L'obiettivo aziendale di focalizzare l'attenzione dei clinici sull'utilizzo del sangue e degli emoderivati nella pratica clinica, realizzato attraverso tre steps consequenziali, ha rappresentato l'occasione di applicare metodologicamente la formazione al raggiungimento di un obiettivo strategico e la valutazione di impatto, effettuata in questo caso attraverso l'audit in un gruppo significativo di unità operative di area medica e di area chirurgica: stesura di una procedura aziendale da parte di un gruppo multiprofessionale interdipartimentale che comprendeva medici del Servizio trasfusionale e di area medica e chirurgica, infermieri con il supporto metodologico del sistema qualità aziendale. E' stato strutturato un modulo formativo di 4 ore a cui hanno partecipato 24 medici, con il seguente programma: il supporto al paziente critico (con particolare attenzione al supporto trasfusionale), il supporto trasfusionale al paziente chirurgico, il supporto trasfusionale alle anemie croniche, l'uso trasfusionale delle piastrine e del plasma, l'uso dell'albumina, il risparmio del sangue e le alternative all'uso del sangue, l'esperienza aziendale di audit clinico per l'appropriatezza trasfusionale. La discussione preordinata era incentrata su: indicazioni alla trasfusione (trasfondere, trasfondere poco o non trasfondere?). E' infine stato programmato un audit nel secondo semestre da parte di alcuni membri del gruppo di lavoro che aveva steso la procedura ed aveva condotto la formazione;



- gestione del paziente diabetico ricoverato. L'attenzione dell'Azienda al paziente diabetico, alle sue problematiche ed alla necessità di garantire una presa in carico ampia e qualificata è dimostrata da interventi costanti sia sul versante della presa in carico che della costruzione di una rete estesa ed efficiente, che garantisca a questa tipologia di pazienti di essere trattati adeguatamente in tutte le strutture sanitarie. Nel 2011 è stato fatto un lavoro mirato alla gestione del paziente diabetico ricoverato in ospedali per problematiche diverse dal diabete. Lo staff della diabetologia in collaborazione con la direzione assistenziale ha gestito due diversi corsi di formazione dedicati alla corretta gestione del paziente diabetico ricoverato in reparti di area chirurgica o medico specialistica, dove l'attenzione e la competenza medica è dedicata ad altri quadri patologici. Al corso, "Gestione del paziente diabetico in ospedale", della durata di 8 ore, ripetuto in due edizioni, hanno partecipato 36 operatori, mentre al corso "L'assistenza al paziente diabetico ricoverato" della durata di 11 ore, hanno partecipato 19 operatori. Dopo l'estate il gruppo di lavoro che ha promosso la formazione ha condiviso una check list che ha utilizzato per effettuare audit clinici nelle unità operative i cui operatori avevano partecipato alla formazione: in particolare è stato verificato il monitoraggio glicemico e l'applicazione delle raccomandazioni presentate nel corso di formazione. L'esito dell'audit è stato utilizzato per programmare azioni di rinforzo a diversi livelli.
- il dolore post operatorio. Per garantire a tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in Azienda la stessa attenzione e lo stesso trattamento in merito alla gestione del dolore post operatorio si è ritenuto di organizzare un evento formativo che richiamasse tutte le buone pratiche vigenti in azienda, promosse dai diversi gruppi di lavoro, e recepite in una procedura aziendale. Il corso di aggiornamento, di cui si riporta qui di seguito il programma, è stato proposto in quattro edizioni per favorire la partecipazione degli operatori interessati, ed in effetti hanno partecipato complessivamente 198 tra medici e infermieri. Successivamente alle aule di formazione la direzione sanitaria di presidio ha recepito alcune osservazioni espresse dai partecipanti ed ha validato la nuova versione della procedura aziendale che verrà verificata nel 2012.

Si ritiene opportuno infine segnalare tre progetti che, per i contenuti trattati e la metodologia utilizzata nella realizzazione, hanno dato contributi di valore alla cultura ed all'organizzazione aziendale:

- Il consenso informato: una svolta nell'etica medica. Tra gli obiettivi strategici del 2011 è stata posta attenzione al consenso informato, che stenta ancora oggi a realizzarsi nella sua interezza nella pratica medica quotidiana: molti professionisti hanno colto maggiormente l'aspetto "burocratico", piuttosto che il suo significato profondo, che sottende un cambiamento radicale nella gestione dei rapporti tra medico e paziente. Per questo l'Azienda ha inteso sostenere i professionisti nello sviluppo di atteggiamenti, competenze, modelli operativi coerenti con le più attuali cognizioni etico-deontologiche, normative e con consolidati strumenti per una efficace gestione della decisione in medicina. Il progetto formativo è stato articolato su due livelli, uno



centrato prioritariamente sui contenuti, avvalendosi delle competenze del medico legale dell'azienda ed uno più di tipo relazionale-comunicativo. Sono stati impegnati i professionisti di tre dipartimenti (anestesiologie, terapie intensive e terapia del dolore, chirurgia generale e salute mentale), che hanno partecipato al corso interattivo "La gestione del consenso informato nell'Azienda USL di Piacenza", per rivedere e aggiornare testi e procedure in uso nei reparti e poi al successivo corso "Il consenso informato: una svolta nell'etica della relazione medico - paziente". Sono state effettuate due edizioni seminariali, cui hanno partecipato rispettivamente 12 e 10 medici dei tre dipartimenti. La metodologia utilizzata ha previsto brevi introduzioni teoriche per creare un background comune, seguite da discussioni in plenaria, mentre particolare rilevanza ha avuto il ruolo attivo dei partecipanti promosso tramite lavori di gruppo e analisi di casi concreti. I clinici hanno espresso apprezzamento per questa strategia di lavoro sul consenso informato, in quanto percorso centrato sulle problematiche dei diversi dipartimenti con opportunità di partecipazione e di confronto.

- *L'integrazione multiculturale nelle aziende sanitarie.* Nel corso degli ultimi anni il fenomeno migratorio ha assunto anche in Emilia Romagna proporzioni notevoli influenzando in modo irreversibile il contesto sociale e demografico in cui i servizi sanitari si trovano ad operare. Conseguenza del cambiamento sociale in atto è l'insorgere di problematiche legate al rapporto tra popolazione immigrata e servizi sanitari. Alcune criticità sono legate all'organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali, che in una situazione di scarsità di risorse non può adattarsi in modo flessibile a tutte le richieste che i migranti pongono, altre sono invece da attribuire agli operatori, che non sempre pongono la dovuta attenzione alla diversità culturale. Per rafforzare il ruolo dei servizi nella promozione della salute delle minoranze etniche oggi non basta più la buona volontà o l'impegno di pochi, è necessario infatti un diverso modo di lavorare e di comportarsi. Bisogna favorire lo sviluppo di servizi sanitari più accessibili e rispondenti ai bisogni di persone con background etnici e culturali diversi, di superare le barriere linguistiche e culturali e di aumentare il coinvolgimento e la partecipazione delle comunità immigrate. Finalità dell'iniziativa è stata quella di diffondere tra gli operatori sanitari dell'ospedale e del territorio la dovuta attenzione al problema della diversità culturale e avviare processi operativi per promuovere l'effettiva integrazione. Il corso si proponeva di far acquisire ai partecipanti una maggiore consapevolezza del proprio ruolo nello sviluppo di un ospedale accessibile e rispondente ai bisogni di persone con background etnici e culturali diversi. Obiettivi specifici: sensibilizzare gli operatori sui problemi degli utenti stranieri, rilevare i problemi organizzativi dovuti all'impatto dell'utenza straniera con la struttura ospedaliera, coinvolgere gli operatori nella soluzione dei problemi organizzativi legati al fenomeno migratorio, conoscere la funzione e le modalità di accesso alla mediazione culturale. L'approccio metodologico che si intende seguire è quello incentrato sui partecipanti: per ciascuna giornata formativa si ritiene utile proporre, dopo la comunicazione dei docenti in plenaria, alcuni lavori di gruppo seguiti da una discussione guidata di confronto e restituzione degli elaborati di ciascun gruppo. Tali attività



hanno la finalità di garantire approfondimenti, scambi, negoziazioni, per una condivisione più ampia possibile delle problematiche trattate. Ciascun partecipante potrà così centrare l'attenzione sia su problemi inerenti la realtà lavorativa nella quale opera sia su aspetti più generali inerenti l'organizzazione dell'azienda ospedaliera. E' stata fatta un'edizione prototipo il 20 e 21 dicembre, durata 16 ore d'aula con 19 partecipanti di tutte le professioni. La partecipazione dei mediatori culturali che operano in azienda e la testimonianza di colleghi che lavorano in servizi dedicati agli immigrati, oltre alla interattività della didattica, hanno trovato alto gradimento nei partecipanti e orientato nuovi comportamenti e l'opportunità di far partire progetti di miglioramento nelle Unità Operative. Nella successiva analisi di fabbisogno, circa 300 dipendenti hanno chiesto di partecipare a questo corso.

- *La Cognitive Analytic Therapy (CAT) applicata a casi clinici di DCA.* Esiste da diversi anni in azienda un Programma dedicato alla presa in carico multidisciplinare dei pazienti con disturbo del comportamento alimentare ed i professionisti che ne fanno parte hanno strutturato competenze avanzate nel settore anche partecipando ed organizzando corsi di formazione che si sono avvalsi di docenti esperti nazionali ed internazionali. Qui di seguito si segnala un'esperienza molto qualificata ed interessante che fa parte di un progetto più ampio di formazione dei clinici di area psicologica e psicoterapeutica da parte di un gruppo anglosassone molto apprezzato in tutto il mondo e che è stata estesa dal gruppo piacentino a colleghi delle aziende dell'area vasta. Il progetto formativo aveva lo scopo di introdurre la teoria e la pratica clinica della Cognitive Analytic Therapy, un modello integrativo e basato sulle evidenze sviluppato recentemente, con focus puntato decisamente sulla relazione. E' stata data particolare enfasi al training sulle dimensioni relazionali del lavoro per la salute mentale, sia in termini di comprensione psicopatologica, sia di lavoro con gli aspetti relazionali della terapia, con particolare focus sul lavoro con i cosiddetti pazienti difficili e "hard to help". Il workshop comprendeva parti cliniche, didattiche e sperimentali. L'obiettivo generale consisteva nel permettere ai partecipanti di utilizzare il modello CAT per arricchire la loro pratica clinica di routine, specie con pazienti difficili e 'sfidanti' nella relazione. Il workshop costituirà anche una preparazione di base per eventuali livelli di training più avanzati. Al seminario, articolato su due giornate, hanno partecipato 17 psicoterapeuti con esperienza del settore, di cui 8 appartenenti ad Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord.

4.6.2 Collaborazione alla formazione universitaria

L'Azienda è sede distaccata dei Corsi di laurea in infermieristica e fisioterapia. Gli studenti iscritti nell'anno accademico 2011/2012 al Corso di laurea in Infermieristica sono complessivamente 210 così distribuiti: 74 al primo anno, 71 al secondo e 65 al terzo. Al corso di Fisioterapia sono iscritti 48 studenti: 21 al primo anno, 17 al secondo e 10 al terzo. Entrambi i coordinatori sono dedicati a tempo parziale e si avvalgono, per l'espletamento di tutte le attività necessarie, di 9 tutor di area formativa, di cui sei a tempo pieno e tre a tempo parziale.

L' Azienda ha inoltre convenzioni attive con le Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università di:



- Pavia, per le Scuole di specializzazione in Medicina Fisica e riabilitazione, Patologia Clinica, Microbiologia e Virologia, Oncologia Medica, Ortopedia e Traumatologia, Anestesia e Rianimazione, Biochimica Clinica;
- Modena e Reggio Emilia, per le Scuole di specializzazione in Ematologia e Anestesia e Rianimazione;
- Parma, per le Scuole di specializzazione dettagliate nella successiva Tabella 8.

Allergologia e Immunologia	Geriatria e Gerontologia
Anatomia Patologica	Igiene e Medicina Preventiva
Anestesia e Rianimazione	Medicina d'Emergenza/Urgenza
Biochimica Clinica	Medicina Interna
Chirurgia Generale	Neuropsichiatria Infantile
Endocrinologia e Malattie del ricambio	Psichiatria
Farmacia Ospedaliera	Radiodiagnostica
Gastroenterologia	Radioterapia

Tabella 8: Convenzioni attive con l'università di Parma.

L'Azienda, in quanto sede collegata di numerose Scuole di specializzazione, nel corso del 2011 ha accolto 6 studenti medici di Medicina Generale e 13 specializzandi. In ogni unità operativa in cui i medici effettuano il tirocinio è stato individuato un tutor tra i dirigenti medici formati. E' in uso una procedura di gestione che accompagna il tirocinante dal suo ingresso in Azienda (accoglienza) alla conclusione del tirocinio.

Sono attive numerose convenzioni (dettagliate nella successiva Tabella 9) con le scuole di specializzazione in Psicoterapia e con altre facoltà per la formazione di figure professionali sia di ruolo sanitario che tecnico ed amministrativo che abbiano spendibilità professionale nelle aziende sanitarie. 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	Materia
IULM Libera Università di Lingue e Comunicazione Politecnico - Milano		Convenzione Quadro
Università Bocconi - Milano		Convenzione Quadro
Università Carlo Cattaneo - LIUC di Varese		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" Chieti		Convenzione Quadro
Università degli Studi della Calabria	Scienze Politiche	Assistenti Sociali
Università degli Studi di Bologna	Psicologia	Psicologi post lauream
		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Firenze		Convenzione Quadro
	Psicologia	Psicologi post lauream
Università degli Studi di Genova	Medicina e Chirurgia	Convenzione Quadro
Università degli Studi di Milano		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Milano - Bicocca		Convenzione Quadro
		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	Bioscienze e Biotecnologie	Convenzione Quadro
	Scienze della Formazione	Educatori professionali
		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Padova	Psicologia	Psicologi post lauream
Università degli Studi di Palermo	Scienze della Formazione	Educatori professionali
		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Parma		Psicologi post lauream
		Convenzione Quadro
Università degli Studi di Pavia	Psicologia	Psicologi post lauream
		Convenzione Quadro
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 9: Altre convenzioni attive.



4.6.3 Collaborazione con altri enti di formazione

L'azienda ha stabilizzato le collaborazioni 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 (6 corsi);
- 5 Istituti superiori statali della Provincia, per stage di orientamento scuola-lavoro di studenti del quarto anno.

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.

Il database delle informazioni relative allo stato giuridico ed economico dei dipendenti viene via via arricchito di nuovi contenuti; per esempio è stata predisposta un'area dedicata agli incarichi dirigenziali ed alle posizioni organizzative, finalizzata a supportare il sistema di valutazione degli incarichi alle scadenze indicate dai contratti nazionali e dagli accordi aziendali.

All'interno del sistema informativo del personale già esistente, sono state 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.

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

- i regolamenti aziendali ed i CC.CC.NN.LL.;
- gli accordi sindacali aziendali;
- il work flow per la gestione delle ferie, l'autorizzazione al recupero delle ore eccedenti, la delle correzione timbrature e la visualizzazione del cartellino;
- la modulistica di settore (permessi, ferie, richiesta di prestazioni etc.);
- un'area denominata "Risorse umane informa", contenente le comunicazioni per i dipendenti.

E' stato infatti implementato un programma che consente di decentrare attraverso la intranet aziendale, mediante un sistema gerarchico di autorizzazioni progressive, la gestione dei cartellini presenze, la giustificazione delle assenze e l'autorizzazione alla fruizione delle ferie. Alla fine dei



percorsi autorizzativi si raggiungerà il risultato di eliminare il flusso cartaceo e di evitare il data entry liberando così una buona capacità di forza lavoro. Si sta inoltre studiando l'integrazione di nuove funzioni. 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 (utilizzando il certificato Microsoft).

E' stata attivata la possibilità di visualizzare e stampare il cedolino mensile, per ora 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, a partire dal 2011, è possibile stampare il modello cud per tutto il personale dell'Azienda.

Sul sito web aziendale della rete internet (visibile quindi anche all'esterno dell'Azienda), sono inoltre 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 convezioni 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.

E' inoltre in fase di sviluppo la funzionalità di visualizzazione e stampa del cedolino paga dal sito internet aziendale, in modo da rendere il servizio fruibile anche per i dipendenti cessati o assenti dal servizio.

4.8 Struttura delle relazioni con il personale e sue rappresentanze

La complessità organizzativa aziendale, gli intrecci con il territorio per quanto concerne le attività socio assistenziali hanno caratterizzato la fitta rete delle relazioni sindacali, non da ultimo la contemporanea attivazione di tavoli sindacali confederali e di categoria.

Il sistema delle relazioni sindacali è per sua natura un sistema complesso, di particolare delicatezza e difficoltà per quanto concerne la gestione delle informazioni, la stesura e l'applicazione degli accordi. Il Servizio relazioni sindacali attua un costante confronto con la Direzione generale, la Direzione assistenziale e i responsabili di struttura / RAD per l'elaborazione di strategie negoziali,



consulenze su tematiche inerenti la gestione del personale, l'applicazione di istituti contrattuali e di accordi aziendali.

Gli strumenti che consentono un'adeguata gestione delle problematiche di natura sindacale e gestionale, sono quelli dell'ascolto, del confronto e della condivisione che si concretizzano con l'attuazione di periodiche riunioni aziendali e un costante contatto con le rappresentanze sindacali. Sono pertanto riconfermate, anche per il 2011, le linee di azione che hanno sotteso la negoziazione aziendale, con particolare riguardo ai sistemi premianti, ai percorsi di carriera e all'organizzazione del lavoro. Il confronto aziendale si è articolato in numerosi incontri tra le tre aree di negoziazione, dirigenza medico veterinaria, SPTA e Comparto, producendo molteplici accordi su materie espressamente demandate dai CCNL, alla contrattazione di secondo livello. Gli accordi sono stati pubblicati nel sito intranet/internet aziendale e resi disponibili a tutto il personale nonché al pubblico. In particolare si sottolinea la rivalutazione complessiva - ai sensi delle disposizioni contenute nell'art. 16 della Legge n. 183/2010 - dei rapporti di lavoro a tempo parziale in essere, al termine della quale si è previsto l'apposizione di un termine di durata pari a quattro anni, con possibilità di ulteriore proroga nel caso continuino a sussistere le necessità dei dipendenti e la compatibilità organizzativa con le esigenze dell'Azienda.



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 consente maggiore equità nell'accesso e nella fruizione, oltre a consolidare la fiducia dei cittadini 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, sia alla comunità locale, oltre che al personale che collabora alla realizzazione della mission aziendale.

Anche nel 2011 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 200 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.

5.2 La comunicazione per l'accesso ai servizi

Nel 2011 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 “Spazio salute” (Telelibertà), “I giovedì della salute” (Teleducato), “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. 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.

Nel 2011 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 2011 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: "Tieni fuori l'AIDS dalla tua vita". Le iniziative messe in campo dall'Azienda, hanno coinvolto Comune e Provincia di Piacenza, oltre al mondo sindacale, della scuola e delle associazioni. Diversi sono stati gli eventi realizzati, dalla presentazione dello sportello counselling AIDS, allo spettacolo teatrale "Una tundra di anime" - Pensieri trasformati in parole di una persona sieropositiva, dall'iniziativa "i ragazzi parlano ai ragazzi" un incontro tra pari organizzato dalle scuole superiori della città all'incontro con i sindacati ed i lavoratori, nel corso di un concerto presso la Sala dei Teatini a Piacenza.

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 2011 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 2011 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);
- revisione della sezione dedicata al Comitato Pari Opportunità;
- 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 (in applicazione della DGR n. 1066/2009). Con il supporto dell'unità operativa qualità e formazione, coordina e presidia l'avvio di progetti per la ricerca applicata, l'applicazione di linee guida, la costruzione di percorsi di cura. Il gruppo, designato del Collegio stesso, 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, all'interno del costituito programma di ricerca e innovazione, è garantita da un organismo aziendale (board della ricerca) con compiti specifici:

- 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 e Comunità europea;
- acquisire competenze formative in metodologia della ricerca e della progettazione per l'innovazione da diffondere aziendalmente, nonché competenze per la candidatura di progetti ai bandi nazionali ed europei;
- coordinare una rete aziendale tecnicamente qualificata e dedicata, per conto del Collegio di Direzione, a: ricognizione degli studi in essere in azienda, proposte o articolazione /costruzione di progetti su input del collegio in sinergia coi professionisti di branca, valutazioni tecniche di progetti candidati interni o esterni all'azienda.

Il board della ricerca è composto da un responsabile, un medico e un dirigente infermieristico a metà tempo, un infermiere coordinatore di direzione sanitaria e un amministrativo a tempo pieno.



6.1.2 Integrazione tra i vari sottosistemi aziendali

Sono stati mantenuti i corsi di formazione progettati nel 2010 sulla capacità di attivare progettazioni a valenza aziendale e/o dipartimentale, finalizzati alla costruzione di percorsi di cura e al monitoraggio della performance, coinvolgendo altri 200 nuovi professionisti dell'azienda, raggruppati in quattro titoli:

- le linee guida nel governo clinico;
- strategie di ricerca nella banca dati e utilizzo delle risorse di rete;
- dall'idea al progetto: saper formulare e disegnare uno studio clinico;
- coperture assicurative per le sperimentazioni cliniche dei medicinali;

Sono state coinvolte nella formazione 60 Unità Operative di tutti i Dipartimenti aziendali.

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 2011 sono rappresentati nella successiva Tabella 10.

Dipartimento	Progetto
Chirurgia specialistica/ortopedica	Acquisizione del linguaggio in bambini con sordità congenita sottoposti ad impianto cocleare: analisi ad un anno da intervento ed al terzo anno di vita
	I benefici della laser terapia a bassa intensità sulle mucositi orali nei pz chemo-radio trattati
	Trattamento della lesione del tendine d'achille con fattori di crescita derivati dalle piastrine: studio controllato randomizzato
	Uso di gel piastrinico nelle fratture di omero: RCT
Direzione assistenziale	Assessment infermieristico e profili di rischio: screening del paziente onco-ematologico attraverso la Index
	Gestione monitoraggio delle lesioni da pressione (push tool 3.0)
	Mantenere una continuità di accesso a tutti i pz colo-ileo-urostomizzati, per garantire comportamenti di equità assistenziale aziendale
Emergenza-urgenza	Ricerca infermieristica: La malnutrizione in ospedale: studio osservazionale prospettico
	L'applicazione dell'ecografia toracica nell'embolia polmonare
	Migliorare l'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali per il trattamento precoce del dolore nel pz adulto anziano in PS
Farmaceutico	Sopravvivenza in Terapia Semi-intensiva
	Interazioni clinicamente rilevanti nel paziente anziano pluritrattato, a livello territoriale
Funzioni radiologiche	Monitoraggio epidemiologico di reazioni ed eventi avversi da farmaci in pronto soccorso
	Valutazione degli effetti emodinamici sulla funzione renale separata nella stenosi dell'arteria renale, terapia radiologica interventistica vs medica intensiva
Medicina specialistica	Cardiac: Riparazione del tessuto miocardico infartuato mediante l'infusione intracoronarica percutanea di cellule di midollo osseo mononucleate autologhe: follow up
	F.A. negli ultra ottantenni: studio prospettico osservazionale sulle complicanze emorragiche nei trattati con t.a.o. con patologia dei piccoli vasi
	Riduzione dell'incidenza di nefropatia da mdc in pz con insuff. renale con due differenti protocolli infusivi di prevenzione
	Screening e monitoraggio della glicemia e dei fattori di rischio correlati del pz psichiatrico
Riabilitazione	Servizi di telecardiologia per una efficace integrazione ospedale-territorio: dimissioni protette da aziende ospedaliere
Riabilitazione	Studio prospettico multicentrico: Validazione dell'uso-guidato della fes nella terapia riabilitativa attiva
Onco-ematologia	Ricerca clinica: Studio osservazionale retrospettivo e prospettico sull'incidenza di metastasi al sistema nervoso centrale nel paziente affetto da ca gastrico her-2 positivo
Patologia clinica	Stimolazione perioperatoria dell'eritropoiesi con ferro ed eritropoietina: RCT per ridurre le richieste di trasfusione nelle fratture di femore ed anca
Salute mentale e dipendenze patologiche	Programma Strategico GET UP (Genetics, Endophenotypes and Treatment: Understanding early Psychosis)

Tabella 10: Progetti di ricerca 2011.

Numerosi sono anche i progetti di ricerca che vedono l'Azienda coinvolta sia come partnership che come capofila: Regione-Università, Modernizzazione, ricerca finalizzata, società scientifiche, medicina non convenzionale (Osservatorio regionale), ricerca spontanea.



6.1.4 Aree tematiche di orientamento per la ricerca

Per favorire la partecipazione alle attività di ricerca, nella logica di produrre proposte innovative, legate alle esperienze maturate in azienda, è stato proposto dal programma al gruppo del Collegio di Direzione una griglia con le Aree tematiche di orientamento per i ricercatori. La proposta è stata fatta sulla base delle direttive regionali e ministeriali, al fine di realizzare un bando interno aziendale di ricerca spontanea.

Le aree tematiche di orientamento del programma Regione-Università sono: medicina rigenerativa, neuroscienze, oncologia, diagnostica avanzata, valutazione di costo efficacia di tecnologie innovative.

Le aree tematiche di orientamento dei progetti di modernizzazione sono: assistenza territoriale, gestione della cronicità, area materno infantile e psichiatrica, promozione della salute e dell'equità nell'accesso e nella erogazione dei servizi, sperimentazione di modelli assistenziali innovativi in generale e in particolare rivolti a specifiche categorie di popolazione, quali anziani e minori.

Le aree tematiche di orientamento dei progetti di ricerca finalizzata sono: studi clinici di attività ed efficacia su interventi sanitari/test diagnostici/marcatori (in questa categoria sono compresi studi di fase II con end point clinici e studi di fase III); studi comparativi finalizzati alla valutazione di efficacia o costo-efficacia di interventi sanitari (tecnologie o modelli organizzativi) condotti nel setting della pratica clinica generale, studi epidemiologici di popolazione; studi di implementazione, impatto clinico, metodologie di verifica e di controllo in itinere (o ex- post) di interventi sanitari diagnostico-terapeutici di comprovata efficacia anche finalizzati alla prioritizzazione delle iniziative di ricerca.

Le aree tematiche di orientamento dei progetti di ricerca AIFA sono: confronto fra farmaci e fra strategie terapeutiche per patologie e condizioni cliniche ad elevato impatto per la salute pubblica e per il SSN; confronto fra farmaci e fra strategie terapeutiche in pediatria: ottimizzazione all'uso dei farmaci per l'apparato respiratorio, gastro-enterico e cardiovascolare; confronti fra nuovi farmaci antitumorali e strategie terapeutiche standard volti a chiarire il valore aggiunto dei nuovi farmaci e stabilirne il corretto utilizzo in oncologia; confronto tra strategie terapeutiche per il trattamento della spasticità in Neurologia; confronto e valutazione del profilo beneficio-rischio di strategie terapeutiche nei pazienti ricoverati in terapia intensiva, con specifico riferimento all'insorgenza di antibiotico-resistenza, all'insufficienza multi-organo e alla sepsi; studi di farmaco-epidemiologia sul profilo beneficio-rischio dei trattamenti e studi sull'impatto di strategie di miglioramento dell'appropriatezza delle cure; strategie di ottimizzazione dell'uso dei farmaci equivalenti (generici); valutazione dell'appropriatezza d'uso degli antibiotici, antistaminici, cortisonici, antidiarroeici in pediatria; valutazione del profilo beneficio-rischio delle strategie terapeutiche nella popolazione anziana con polipatologia finalizzata alla semplificazione degli interventi e alla riduzione delle interazioni tra farmaci; valutazione del profilo beneficio-rischio di psicofarmaci utilizzati a scopo



sedativo-ipnotico in pazienti anziani ed in pazienti ologofrenici affetti da disturbi del sonno e del comportamento.

Le aree tematiche di orientamento dei progetti di ricerca del Ministero della Salute e del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie riguardano progetti a sostegno del piano nazionale della prevenzione e di guadagnare salute, e in particolare: prevenzione universale, stili e ambienti di vita: rischi emergenti nella catena alimentare, promozione di stili di vita salutari, emergenze infettive con particolare riguardo a quelle di origine animale, malattie sessualmente trasmesse; supporto all'implementazione e trasferimento di programmi di medicina predittiva di provata efficacia: fattori predittivi in oncologia, salute neonatale; prevenzione nella popolazione a rischio: gruppi di popolazioni deboli; prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia e supporto alla presa in carico multidimensionale e multi specialistica in gruppi di popolazioni deboli: problemi di salute mentale, disabilità, medicina della complessità, malattie ereditarie, promozione dell'attività fisica come atto terapeutico, modelli organizzativi di prevenzione attiva nel rischio cardiovascolare, assistenza di base ai pazienti immigrati, prevenzione delle complicanze della patologia diabetica.

6.1.5 Ricerca e ricaduta

Sono state consolidate anche nel 2011 le azioni finalizzate alla strutturazione, implementazione e controllo delle attività cliniche ed assistenziali multidisciplinari o multi professionali. L'attività di supporto tecnico metodologico ha consentito la strutturazione di diversi processi qui elencati e suddivisi per aree tematiche:

- controllo indicatori da linee guida/raccomandazioni;
- audit clinici ed autovalutazioni;
- percorsi clinico-assistenziali;
- strutturazione e sviluppo delle reti aziendali;
- sono stati rivisitati ed implementati i controlli di natura assistenziale;
- monitoraggio sperimentazioni cliniche: condivisione dei risultati delle sperimentazioni all'interno delle varie unità operative dipartimentali.

6.1.6 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 dal 2009 secondo le direttive regionali; in particolare nel 2011 è stata caricata la progettazione 2010 (70 progetti) e 2011 (80 progetti).

I professionisti aziendali hanno infine partecipato alle attività di mantenimento e di sviluppo dei data-base clinici regionali (Grace, Real, Ripo e Rerai): sono state acquisite tutte le password per



accesso ai data-base ed effettuati i controlli di caricamento, stabilendo contatti con i professionisti nei casi di necessità. Il caricamento dei dati è sostanzialmente allineato alle attività svolte.

6.1.7 Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori privati

Con i finanziatori privati sono definiti atti formali di delibera per le donazioni, ormai consolidati da tempo. L'azienda riceve ogni anno donazioni orientate alla ricerca, sia da istituzioni, che da associazioni di pazienti che da ditte private, tutte finalizzate all'acquisto di attrezzature, o al finanziamento di incarichi di studio o di ricerca, o al sostegno a progetti. Tutti i progetti sono gestiti e rendicontati con le stesse metodologie adottate per tutti i progetti aziendali. Le persone che partecipano vengono scelte anche per le loro competenze (valutatori, facilitatori, responsabili di team), e le informazioni sono depositate in un database all'interno del percorso per la qualità adottato aziendalmente.

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 2011 le innovazioni di maggiore spessore sono sicuramente rappresentate dall'aggiornamento di uno degli acceleratori lineari e dall'acquisizione della TAC Big Bore per l'U.O. Radioterapia dell'ospedale di Piacenza. Dal punto di vista dell'introduzione di tecnologie con rilevanti implicazioni cliniche o organizzative, vale la pena inoltre segnalare:

- il Densitometro osseo acquisito per l'ospedale di Bobbio, nell'ambito progetto "Contrastare il rischio di fratture ossee da fragilità nella popolazione anziana della montagna" e funzionale all'operatività del Centro di riferimento provinciale per l'osteoporosi. Il progetto prevede la valutazione clinico-strumentale della popolazione a maggior rischio di frattura selezionata fra i residenti ultrasessantacinquenni della media-alta Val Trebbia, attraverso la misurazione standard della densità ossea nelle sedi elettive (colonna lombare e femore prossimale) e la misurazione della composizione corporea in specifici sottogruppi di popolazione;
- il CFM (Cerebral Function Monitoring), elettroencefalografo in grado di operare un monitoraggio continuativo dell'attività cerebrale del neonato per più settimane. Permette di riconoscere l'attività convulsiva generalizzata a pochi giorni dalla nascita e di impostare un percorso riabilitativo adeguato. Grazie alla connettività via rete riesce a colloquiare col sistema di refertazione ubicato presso gli ambulatori della Neurologia, consentendo un'analisi



multidisciplinare dei neonati in osservazione. E' particolarmente interessante inoltre la possibilità di fruire del CFM, senza rinunciare ad alcuna delle funzionalità avanzate di analisi elettroencefalografica e video EEG avanzata;

- la cabina per fototerapia UVB, che permette di limitare al minimo i rischi di esposizione mantenendo una grande efficienza del trattamento di molte malattie della pelle, con rare controindicazioni e senza la necessità di assumere farmaci. Opportuni protocolli terapeutici ne permettono l'uso anche su donne in gravidanza e bambini anche in età prescolare. Può eventualmente integrare altri trattamenti, sia topici che sistemici e permette di effettuare una terapia di mantenimento personalizzata e continua nel tempo.

Vale la pena infine di illustrare lo stato di avanzamento del progetto di assistenza domiciliare dei pazienti con controllo da remoto (progetto "Telemedicina"), che consente il follow-up di pazienti dimessi con diverso iter clinico. Il progetto, che coinvolge operatori dell'ADI e medici di Medicina Generale del distretto di Ponente, prevede di fornire al domicilio di pazienti selezionati, dispositivi elettromedicali in grado d'inviare i dati ad un server, attraverso il quale il personale sanitario può monitorare i parametri trasmessi, con molteplici obiettivi:

- riduzione degli spostamenti dei pazienti e del personale, con conseguente riduzione di disagi soprattutto nella popolazione anziana;
- intenso follow up dei pazienti (l'invio dei segnali/parametri può essere anche giornaliero);
- semplificazione della comunicazione paziente-personale grazie alla videochiamata;
- archiviazione e tracciabilità dei dati grazie al server e agli applicativi.

Nel corso del 2011 è stato avviato lo start-up del progetto, con l'attivazione dell'infrastruttura necessaria alla trasmissione dati, l'acquisto e il collaudo di tutte le attrezzature, l'installazione della postazione di osservazione, archiviazione parametri, refertazione presso la sede dell'ADI di Castel San Giovanni, il reclutamento del primo paziente cui è stato consegnato un pulsossimetro. Ad inizio 2012 è proseguito il reclutamento dei pazienti e la consegna delle attrezzature. A regime saranno reclutati: 15 pazienti con problemi cardiologici (cui sarà consegnato un ECG), 15 pazienti con problemi respiratori cui sarà consegnato (pulsossimetro), 15 pazienti con Alzheimer (cui sarà consegnato un monitor televisivo con telecamera e microfono, che consentirà ai pazienti anche un legame visivo con il personale sanitario).

Dal punto di vista clinico-organizzativo l'innovazione più importante riguarda sicuramente l'estensione dell'informatizzazione e della tracciabilità nell'utilizzo dei dispositivi medici, rispetto alla quale nel corso del 2011:

- è stato definito compiutamente il progetto;
- è stata riorganizzata la logistica del comparto operatorio, unificando i magazzini in un'unica sede;
- è stata allineata l'anagrafe dei dispositivi interessati.

Ad inizio 2012 il nuovo sistema è stato avviato in angiografia.



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 2011 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 2011 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, NATURE e SAGE), per un totale di circa 3.800 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), Embase (banca dati bibliografica che copre tutti i settori della medicina, con particolare riguardo alla farmacologia e alla tossicologia), Springer Protocols, Springer Images (banca dati di immagini mediche), Clinical Evidence (manuale sulla efficacia degli interventi medici EBM);



- è stato attivato un nuovo abbonamento a UpToDate la banca dati che fornisce ai professionisti le sintesi delle migliori evidenze EVIDENCE BASED.

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. Le postazioni abilitate alla navigazione sono circa 1.100. 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 47 titoli mantenuti in forma cartacea acquisiti a seguito di specifica gara di appalto e conservati presso la biblioteca dell'ospedale di Piacenza oltre a 30 titoli in versione elettronica di editori diversi;
- dalla conferma dell'acquisizione della banca dati di informazione sui farmaci "Micromedex", delle banche dati giuridiche "Leggi d'Italia Professionale", "Appalti e contratti", e "DeJure";
- 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 2011 sono stati forniti agli utenti dell'azienda tramite il servizio di "document delivery" complessivamente 74 articoli, mentre da parte della biblioteca scientifica aziendale sono stati forniti, agli utenti interni e agli utenti delle altre biblioteche che ne hanno fatto richiesta, complessivamente 224 articoli.

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 22 operatori.

6.4 Valorizzazione del Comitato etico

Il Comitato etico è un organismo indipendente, composto da personale sanitario e non, che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti coinvolti nelle sperimentazioni e di fornire pubbliche garanzie di tale protezione. Effettua la valutazione e la revisione ed esprime parere relativamente ai protocolli di studio, all'idoneità degli sperimentatori e delle sperimentazioni, delle strutture, dei metodi e del materiale da impiegare per ottenere e documentare il consenso informato dei partecipanti allo studio clinico. Fornisce se richiesto, pareri e raccomandazioni di indirizzo su specifiche problematiche di rilevanza etica connesse ad attività assistenziali o a compiti istituzionali del personale.

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, e ogni volta che se ne ravvisi la necessità. Le sedute del Comitato etico si svolgono in genere secondo il seguente schema: il Presidente accerta la presenza del quorum previsto, e, prima di procedere all'esame dell'Ordine del giorno, invita i componenti a dichiarare eventuali conflitti di interessi in relazione alle



sperimentazioni in esame (come da art. 11 del Regolamento costitutivo). Verifica che nel corso della seduta permanga il numero legale dei componenti del Comitato etico e qualora il numero legale venisse a mancare, aggiorna la seduta. Il relatore incaricato di relazionare illustra lo studio sperimentale ed espone eventuali tematiche e/o dubbi; successivamente ogni componente chiede chiarimenti in merito a vari argomenti quali ad esempio la copertura assicurativa, il trattamento dei dati, il testo del consenso informato, la validità statistica della raccolta dei dati, l'impegno dello sponsor alla pubblicazione degli stessi, ecc.

Il Comitato esamina le richieste di parere ed esprime, tramite voto palese, il parere motivato, che può essere formulato secondo le seguenti tipologie:

- approvato senza prescrizioni, con l'indicazione che il Protocollo potrà essere attuato, così come presentato;
- approvato con prescrizioni, in subordine cioè all'accettazione da parte dello sponsor e/o dello sperimentatore di modifiche da apportare al protocollo dei termini di cui agli artt. 6 e 7 del D.Lvo n. 211 del 24 giugno 2003;
- rinviato per eventuali richieste di integrazioni e/o chiarimenti (talora con la decisione, alla seduta successiva, della presenza dello sperimentatore);
- non approvato, in quanto ritenuto eticamente e/o scientificamente non giustificato.

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. E' stato elaborato il report dei progetti autorizzati 2010-2011 e del monitoraggio effettuato.





7 Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale: il progetto “Guadagnare salute a Podenzano”

7.1 Premesse e obiettivi

Nell'ambito del Piano regionale della prevenzione 2010-2012 (DGR n. 2071/2010), la Regione Emilia Romagna ha promosso la creazione e attuazione di programmi finalizzati a promuovere stili di vita favorevoli alla salute (anche in riferimento al Programma nazionale “Guadagnare salute”), sulla base di alcuni punti qualificanti:

- il miglioramento delle reti di relazioni, a livello regionale e locale, tra enti ed istituzioni interessati alla promozione di stili di vita sani, capaci di supportare l'organizzazione di interventi multisettoriali integrati, in coerenza al Programma Guadagnare salute;
- l'introduzione dei progetti nella programmazione delle Aziende sanitarie;
- il miglioramento della qualità degli interventi e delle competenze degli operatori, attraverso il consolidamento di abilità nel campo della promozione della salute (progettazione, comunicazione e valutazione).

In questa cornice istituzionale, la Regione Emilia-Romagna ha aderito, insieme ad altre quattro Regioni, al progetto del Ministero della Salute “CCM – guadagnare salute”, dando mandato all'Azienda di Piacenza di sperimentare la “promozione della salute come empowerment di comunità” per poter, in seguito, valutare se e come estendere tale modalità nei diversi ambiti della promozione della salute.

La sperimentazione è stata realizzata attraverso:

- la costituzione di un gruppo aziendale in possesso delle competenze per realizzare l'intervento;
- la costituzione di un “gruppo di comunità” attivo sul territorio identificato;
- la programmazione condivisa di azioni di promozione della salute;
- la realizzazione delle azioni predisposte;
- il monitoraggio e la valutazione dei risultati.

Il Comune scelto per la sperimentazione è stato quello di Podenzano, comunità di medie dimensioni (poco meno di 10.000 abitanti), ideali per la sperimentazione della metodologia sia dal punto di vista del coinvolgimento dei diversi attori presenti, sia per un più attento e preciso monitoraggio e valutazione delle attività e dei risultati.

7.2 Fasi e azioni

Il progetto consta sostanzialmente di due fasi. La prima fase (gennaio - luglio 2011), è stata dedicata alla formazione del gruppo aziendale e al coinvolgimento dei diversi attori presenti sul territorio, al fine di acquisire un linguaggio condiviso e un'unica metodologia di lavoro. Gruppo



aziendale e i diversi attori coinvolti hanno predisposto, in modo condiviso, le azioni di promozione della salute da realizzare.

La prima tappa

- **Definizione gruppo di progetto**
- **Formazione**
- **Definizione piano di valutazione**
- **Coinvolgimento attivo dei cittadini**



Più in dettaglio si riportano qui di seguito tempi e attività della prima fase:

- a gennaio è stato costituito un Comitato di pilotaggio del progetto, con il compito di monitorare le azioni del Gruppo di Progetto e di verificare il rispetto dei tempi e la coerenza con gli obiettivi generali e specifici;
- sempre a gennaio si è formato il Gruppo di progetto, con il mandato di realizzare con i cittadini di Podenzano la “progettazione partecipata” di azioni finalizzate alla promozione della salute rispetto ai 4 temi e di seguirne la realizzazione;
- nel periodo febbraio - marzo sono state effettuate, dal Gruppo di progetto, le attività utili per la messa a fuoco di quello che è stato definito il “patto “ del gruppo, la formazione metodologica sul lavoro di comunità, la valutazione delle caratteristiche di comunità, dal punto di vista geografico, economico, culturale, psicosociale, raccolti dal Gruppo per un’analisi condivisa del comune di Podenzano;
- alla fine di marzo è stata presentata l’ipotesi del lavoro di comunità al Gruppo di pilotaggio, che ha contribuito con indicazioni strategiche e si è fatto carico di presentare il progetto al Sindaco di Podenzano, in quanto Autorità sanitaria del Comune;
- il mese di aprile è stato dedicato nella prima parte, alla preparazione del lavoro nella comunità e nella seconda, e fino ai primi di maggio, al coinvolgimento dei cittadini scelti fra coloro che, per il loro ruolo o posizione nella comunità, per l’appartenenza a istituzioni, associazioni, gruppi formali e informali o particolari attitudini a coinvolgere la comunità, potevano essere interessati



a dare il loro contributo di idee e di esperienza. I componenti del Gruppo di progetto hanno contattato telefonicamente i cittadini selezionati, per fissare con ciascuno di loro un incontro e presentare di persona l'idea progettuale e raccogliere il loro punto di vista:

- sabato 14 maggio è stato realizzato il primo incontro con i cittadini, cui sono stati invitati tutti i cittadini incontrati individualmente, per discutere insieme del progetto e dar vita ad un Comitato promotore, che avrebbe avuto il compito di pianificare e realizzare, insieme agli operatori dell'AUSL, il "Laboratorio di comunità". All'incontro hanno partecipato 43 cittadini (sui 62 incontrati individualmente). Hanno partecipato tutti quelli che avevano dichiarato la loro disponibilità (37) e il 45% degli incerti (5 su 11). La maggior parte dei contattati che sapevano di non poter partecipare al primo incontro, ha comunque espresso la volontà di partecipare al progetto. Nel corso dell'incontro si è costituito, per autocandidatura fra i presenti, il Comitato promotore - che è risultato composto da 18 cittadini di Podenzano, ben distribuiti per territorio, sesso, gruppi di appartenenza e rappresentatività.

La seconda tappa 14 maggio: primo incontro collettivo



- **presentazione ufficiale del progetto ai cittadini contattati**
- **costituzione Comitato promotore**

Questionario di
percezione del progetto
e valutazione incontro



Il Comitato promotore, affiancato dagli operatori della AUSL del Gruppo di progetto, ha organizzato operativamente e promosso tra i cittadini del Comune di Podenzano il "laboratorio di comunità" che si è svolto il 17 e 18 giugno: un incontro, aperto a tutti i cittadini, nel quale i partecipanti - facilitati dagli operatori AUSL e dai consulenti - hanno avuto modo di interagire e discutere tra loro per:

- calare nella loro realtà i temi di Guadagnare salute;
- individuare gli ambiti in cui progettare azioni utili a rendere più facili scelte salutari nel loro territorio;
- costituire Gruppi di progettazione composti dai cittadini e facilitati dagli operatori AUSL.



la terza tappa

17 - 18 giugno: laboratorio di comunità



Obiettivi:

- conoscersi, confrontarsi, condividere
- discutere, riflettere, proporre
- scegliere, organizzarsi, iniziare



Questionario di
percezione del progetto
e valutazione incontro



La seconda fase (settembre 2011 - maggio 2012) è stata dedicata all'individuazione e alla realizzazione di azioni concrete "per rendere più facili scelte di vita salutari". I gruppi di progettazione costituiti nel Laboratorio hanno avuto il compito di: individuare le azioni possibili, declinarne tempi, modi e risorse, presentare le azioni individuate ai cittadini, avviare la realizzazione delle azioni previste, presentare ai cittadini l'evoluzione delle azioni intraprese.

la quarta tappa: i tre gruppi di progettazione

Elaborazione di azioni e attività integrate da realizzare



Questionario di
percezione e focus
di valutazione



Tra luglio e settembre, i 3 gruppi di progettazione che si sono costituiti nel corso del Laboratorio di Comunità (alimentazione, attività fisica e divertimento sano), hanno individuato, attraverso un



percorso strutturato in incontri programmati, un elenco di azioni che avrebbero voluto realizzare per conseguire i rispettivi obiettivi, cioè proposte concrete per diffondere l'attività fisica, promuovere sane abitudini alimentari, favorire forme di divertimento alternative all'uso/abuso di alcolici e al tabagismo. Quindi ciascun gruppo ha "pesato" le azioni individuate in base a una griglia di criteri, precedentemente individuati e validati con tutti i partecipanti ai gruppi, e ne ha selezionate tre.

Per diffondere l'attività fisica:

- *gruppi di cammino*: costituire un gruppo stabile che organizzi occasioni di cammino organizzato su basi regolari, non competitivo e per tutte le età;
- *pedibus*: incentivare il moto dei più piccoli, accompagnandoli a scuola insieme, diminuendo traffico e inquinamento intorno e fornendo a tutti (con l'aiuto di nonni e genitori come accompagnatori) un buon esempio di attività fisica, di socializzazione e di esplorazione del paese;
- *bici bus*: con la stessa logica del pedibus, organizzare carovane di due ruote per i ragazzi delle scuole medie che devono raggiungere la scuola.

Per promuovere sane abitudini alimentari:

- *cucina insieme*: laboratorio di cucina indirizzato ad adulti, ragazzi e bambini per aumentare le conoscenze nutrizionali degli adulti, saper cucinare ricette semplici, sane, rapide, oltre che rispettose delle tradizioni e della stagionalità, educare il gusto e l'esperienza, aumentare la consapevolezza e la capacità di far bene e con piacere le cose che fanno bene;
- *mensa scolastica come momento educativo*: promuovere momenti dedicati agli alunni per farli diventare protagonisti del luogo mensa, educarli al piacere di mangiare bene insieme, di riscoprire il gusto di cibi semplici condividendo esperienze positive, riscoprendo emozioni legate al piacere del cibo, inteso anche come scambio di cultura e tradizione, nel rispetto delle differenze individuali attraverso momenti di gioco, di sperimentazione, di manipolazione;
- *il nostro orto*: sperimentare l'orto come mezzo di aggregazione tra giovani, adulti, anziani: far incontrare i saperi di nonni e nipoti, genitori e figli, per stimolare e incuriosire i ragazzi alla conoscenza, al rispetto e al piacere di assaggiare i sapori di un cibo coltivato da loro; riscoprire il piacere e la fatica di lavorare insieme la terra; sviluppare la conoscenza della stagionalità, dei prodotti tipici della zona di appartenenza e delle tradizioni culinarie.

Per favorire forme di divertimento alternative all'uso/abuso di alcolici e al tabagismo:

- *fuori e dentro la scena, il Laboratorio teatrale*: cominciare a imparare a stare in scena, diventare attori, imparare a improvvisare e scrivere un testo teatrale, passando attraverso l'uso della voce, del corpo, delle immagini; Imparare le tecniche base per incominciare a capire il mistero della scena;
- *mostra dell'utopia*: individuare, all'interno del comune, luoghi in disuso che potrebbero essere restaurati o riutilizzati, e provare ad elaborarli attraverso fotografie o disegni; realizzare una mostra fotografica per mettere in evidenza, attraverso foto, disegni e scritti, come possa



trasformarsi un luogo abbandonato o dismesso in uno spazio di divertimento sano e fruibile dalla comunità di Podenzano;

- *salta rotola rimbalza, il laboratorio di Parkour*: una disciplina sportiva, uno stile di vita, un nuovo modo di interpretare e ridisegnare lo spazio urbano. Promuovere il divertimento attraverso la partecipazione ad attività che impegnino nella conoscenza di sé, delle proprie potenzialità e dei propri limiti, in alternativa all'uso di alcol.

Per le nove azioni scelte, si sono costituiti in ottobre sottogruppi di cittadini, ciascuno con un "referente" (affiancato da un operatore AUSL), per la pianificazione condivisa di tempi-modi-risorse necessari per la realizzazione di ciascuna azione. Si è costituito un Coordinamento composto dai referenti delle azioni, gli operatori AUSL e i responsabili del Progetto, con il compito - attraverso incontri programmati - di monitorare l'andamento dei sottogruppi, condividere e affrontare le eventuali criticità, verificare lo sviluppo delle azioni.

Il 6 novembre è stata realizzata "La Fiera delle attività: fioriscono le azioni", presentazione alla cittadinanza delle 9 azioni individuate, attraverso dimostrazioni e "assaggi" delle azioni in corso di realizzazione. Per una domenica mattina, la piazza principale di Podenzano si è trasformata in uno spazio espositivo nel quale i cittadini che hanno contribuito in prima persona al progetto, hanno presentato agli altri abitanti del paese le idee elaborate e le azioni che si stanno mettendo in cantiere, per raccogliere nuove adesioni alla partecipazione attiva.



Tra novembre e dicembre ciascuno dei nove sottogruppi ha declinato una pianificazione operativa delle azioni da realizzare, per arrivare al dettaglio degli strumenti, ambienti, e specifiche risorse umane (docenti/allenatori/ ...) che era necessario acquisire.



Tra gennaio e marzo ogni sottogruppo è passato dalla progettazione alla realizzazione, affrontando le difficoltà amministrativo-burocratiche legate alle procedure di acquisizione di strumenti, ambienti e risorse umane necessarie, con il coinvolgimento di diverse istituzioni, enti, associazioni e privati cittadini. Fatta eccezione per la Mostra dell'utopia, che ha incominciato la raccolta delle proposte durante la festa del paese per S. Lucia (13 dicembre 2011), le altre 8 attività hanno preso l'avvio tra la fine di gennaio e la metà di marzo 2012.



L'adesione a tutte le attività realizzate è stata alta e in costante aumento, come riportato nella successiva Tabella 11.

Tema	Attività	partecipanti alla individuazione	partecipanti alla progettazione	partecipanti alle attività
ALIMENTAZIONE	Cucina insieme	15	6	32
	Mensa momento educativo		5	531
	Il nostro orto		15	268
ATTIVITÀ FISICA	Gruppi di cammino	11	3	213
	Pedibus		7	62
	Bicibus			13
DIVERTIMENTO SANO	Mostra dell'utopia	14	2	22
	Parkour		2	32
	Laboratorio di teatro		3	77
TOTALE		40	43	1.250

Tabella 11: Partecipanti alle diverse fasi del progetto.

Il 25 maggio 2012 si è realizzata la festa conclusiva di "Guadagnare salute a Podenzano", con l'inaugurazione ufficiale dell'Orto di comunità - che ha cominciato a produrre -, la partecipazione dei Gruppi di cammino e dei bambini di Pedibus ad una marcia organizzata da una associazione del Comune - a sottolineare la sinergia con tutte le manifestazioni che condividono i principi di Guadagnare salute -, e una serata, nel giardino del Comune, "vetrina" delle attività in corso: dai



gustosi piatti preparati dal gruppo “Cucina insieme”, alle dimostrazioni dei ragazzi del Parkour e del laboratorio teatrale, alla premiazione della Mostra dell’utopia. La mattina successiva, in concomitanza con la festa di fine anno del comprensorio scolastico Parini di Podenzano, è stata proposta dai ragazzi delle medie una merenda come momento ludico-educativo, animata per i bambini delle elementari dai cuochi clown. Infine, i primi di giugno, i bambini del laboratorio di teatro hanno avuto modo di esprimersi nel corso di una rappresentazione curata dal Laboratorio del Teatro alla Scala di Milano.



7.3 Valutazione e considerazioni conclusive

La valutazione del progetto è stata pianificata sin dall’inizio, con un apposito documento di pianificazione per ciascuna delle due fasi. In particolare:

- sono state registrate - in file - le risposte alle interviste semi-strutturate dei cittadini contattati: le aggregazioni di items, e le indicazioni emerse sono state presentate all’incontro del 14 maggio;
- la motivazione e la soddisfazione dei partecipanti agli incontri di costituzione del gruppo promotore e del laboratorio di comunità sono state rilevate principalmente attraverso un questionario costruito appositamente da un valutatore esterno e somministrato in entrambi gli incontri. Facendo compilare due strumenti molto simili tra loro è stato anche possibile rendere confrontabili le informazioni raccolte;
- i partecipanti al laboratorio di comunità sono stati monitorati anche con l’osservazione partecipante nelle giornate 17-18 giugno e un’analisi dei cartelloni prodotti, contenenti aspettative e timori di alcuni sottogruppi;
- l’analisi SWOT, frutto di una discussione in più fasi che ha visto coinvolti il Gruppo di pilotaggio e il Gruppo di progetto, è stata ricostruita dal valutatore e perfezionata con le responsabili del



progetto. L'analisi SWOT è stata presentata a Perugia nel corso dell'incontro di tutte le Regioni che hanno partecipato al Progetto nazionale, per un confronto finalizzato alla costruzione di linee di indirizzo operative per Guadagnare salute. Dalla presentazione sono tratte tutte le immagini presentate in queste pagine.

Infine, durante le varie fasi dell'attività sono stati redatti dal Valutatore documenti valutativi sulle informazioni raccolte e sono stati diffusi agli stakeholder del progetto (decisori ed operatori).

Sono stati finora redatti due report di valutazione:

- uno ad agosto, su tutta la prima fase del progetto;
- uno a dicembre, per la stima intermedia della seconda fase del progetto.

E' previsto entro fine estate un documento di valutazione conclusiva del progetto, ma anche una valutazione a distanza di un anno (nella primavera del 2013) per le considerazioni di follow-up.

A progetto concluso si possono trarre le prime considerazioni e valutazioni rispetto agli obiettivi specifici richiamati all'inizio:

- *“costituzione di un gruppo aziendale in possesso delle competenze per realizzare un intervento di empowerment”*: l'investimento sul gruppo di lavoro aziendale è stato cospicuo. Aveva la finalità di costituire un team multidisciplinare di operatori con competenze specifiche su una modalità innovativa di promuovere salute: attraverso l'empowerment di comunità. Si è pertanto scelto un programma di formazione articolato: solo inizialmente finalizzato ad un approfondimento delle competenze specifiche di promozione della salute, quindi un percorso formativo guidato dallo psicologo di comunità, che ha accompagnato tutto lo svolgimento del progetto. Anche la formazione ha avuto un'impronta diversa: più maieutica che direttiva, con l'intento di allenare il gruppo a “innescare” e accompagnare processi di partecipazione tra i cittadini. Nella logica del progetto, pertanto, l'impegno degli operatori del gruppo si è adeguato ai tempi scanditi dalla disponibilità dei cittadini: gli incontri, le manifestazioni collettive, i laboratori, si sono sempre svolti al di fuori dei normali orari di lavoro, per lo più di sera e nei giorni festivi, senza peraltro potersi permettere di sottrarre energie allo svolgimento dei normali compiti di servizio. Da ultimo, ma non ultimo, si è investito sulla valutazione, per acquisire, sotto la guida dell'esperto di valutazione della comunità, le basi della cultura dell'evidenza anche in un ambito così insolito come un processo partecipato di promozione di salute, e documentare, fin dall'inizio e in termini sia quantitativi che qualitativi, l'evoluzione del percorso;
- *“costituzione di un gruppo di comunità attivo sul territorio oggetto dell'intervento”*: i cittadini che hanno costituito “il gruppo di comunità” attivo sul territorio non sono stati scelti dall'Azienda, né rappresentano enti, istituzioni o associazioni. Si sono auto-selezionati nel corso del laboratorio di comunità, e hanno consolidato il loro impegno nel corso della progettazione, pianificazione e realizzazione delle attività, affiancati dagli operatori del gruppo aziendale. Per mantenere il senso di unitarietà del progetto, si è costituito un coordinamento composto dai cittadini, rappresentanti dei sotto-gruppi in cui sono state declinate le azioni, dai responsabili del progetto



e da una rappresentanza degli operatori aziendali. Attualmente i cittadini che hanno partecipato attivamente al percorso, stanno cercando un modo per costituirsi in una entità giuridicamente riconosciuta, che rappresenti la trasversalità dei componenti (già appartenenti a diverse associazioni o semplici cittadini) e delle iniziative, mantenendo la coerenza con i principi cardine di guadagnare salute. Solo in questo modo potranno proseguire autonomamente le attività sul territorio e rinnovarle nel tempo;

- *“programmazione condivisa di azioni di promozione della salute”*: ai cittadini presenti al Laboratorio di comunità sono stati illustrati e chiariti, attraverso interventi interattivi e lavori di gruppo, sia l’obiettivo (rendere facili scelte salutari rispetto ai quattro temi di Guadagnare salute - alcool, fumo, alimentazione, attività fisica -, quindi trovare proposte “accattivanti” in grado di motivare il cambiamento di abitudini di vita), che il metodo (un percorso di partecipazione attiva in tutte le fasi, dall’ideazione, alla progettazione, alla pianificazione e, infine, alla realizzazione e al mantenimento). E’ evidente che, senza alcuna proposta pre-confezionata “da condividere”, con un approccio maieutico teso a valorizzare l’apporto di tutti, indipendentemente da sesso, età, etnia o ruolo sociale, e, al contempo, mantenere saldo l’obiettivo, ha richiesto - da parte del gruppo aziendale - fatica, impegno e la necessità di “corroborare” la competenza attraverso la formazione continua. D’altra parte, è stata proprio questa modalità di approccio che ha stimolato la partecipazione “autentica” dei cittadini.
- *“realizzazione azioni predisposte”*: tutte le 9 azioni scelte dai gruppi di progettazione dei cittadini (alimentazione – attività fisica - divertimento sano) sono state realizzate e, per quasi tutte, ci sono buoni presupposti perché possano proseguire autonomamente anche dopo la conclusione formale del progetto.



Conclusioni

Il bilancio di mMissione, 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, per la terza e ultima annualità del Piano strategico aziendale 2009-2011.

In sede di 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, in un quadro ulteriore contrazione dell'incremento dei ricavi, di raggiungere e superare l'obiettivo economico-finanziario assegnato dalla Regione (vedi par. 2.1.1, pag. 9);
- Il buon posizionamento dell'azienda rispetto agli indicatori di qualità dell'assistenza inseriti da quest'anno tra quelli monitorati all'interno di questo bilancio (vedi par. 2.3.5, pag. 84);
- l'incremento delle attività in regime di ricovero, e in particolare in area chirurgica, dove si è assistito anche ad un maggiore efficienza nell'utilizzo delle sale operatorie;
- un netto miglioramento del saldo di mobilità, dovuto soprattutto ad un incremento della mobilità attiva;
- il definitivo consolidamento della parto analgesia nell'ospedale di Piacenza (176 casi nel 2011, contro i 76 del 2010 e una media di 25/anno negli anni precedenti);
- l'avvio delle attività dell'hospice di Piacenza, con ottimi risultati in termini di utilizzo, che si affianca all'hospice di Borgonovo completando così l'offerta prevista all'interno della rete provinciale;
- 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 positivo completamento in tutto il territorio provinciale delle procedure di accreditamento transitorio e provvisorio e la stesura di tutti i contratti di servizio.





APPENDICI

INDICE

Appendice 1: Il contesto.....	I
Territorio	I
Ambiente	V
Popolazione.....	VII
Condizioni socio-economiche.....	XXIV
Osservazioni epidemiologiche.....	XXXI
Stili di vita	XXXVI
Sicurezza.....	XXXVII
Appendice 2: Mappe delle sedi erogative	XLI
Appendice 3: Qualità dell'assistenza	XLV
Appendice 4: La "carta di identità" del personale.....	XLIX
Appendice 5: Gestione del rischio e sicurezza	LVII
Valutazione dei rischi	LVII
Sorveglianza sanitaria	LVIII
Gestione degli infortuni.....	LIX
Gestione delle emergenze	LXI





Appendice 1: Il contesto

Territorio

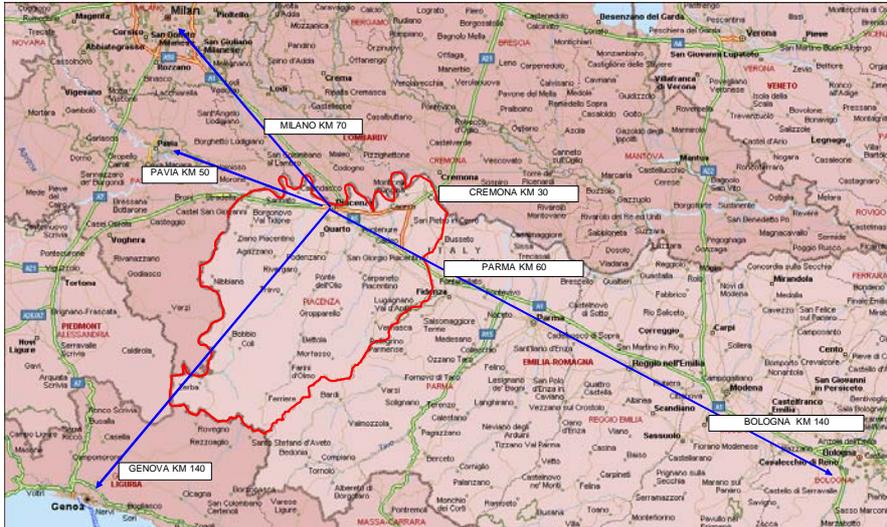


Figura 207: Distanze dai capoluoghi di Provincia limitrofi.

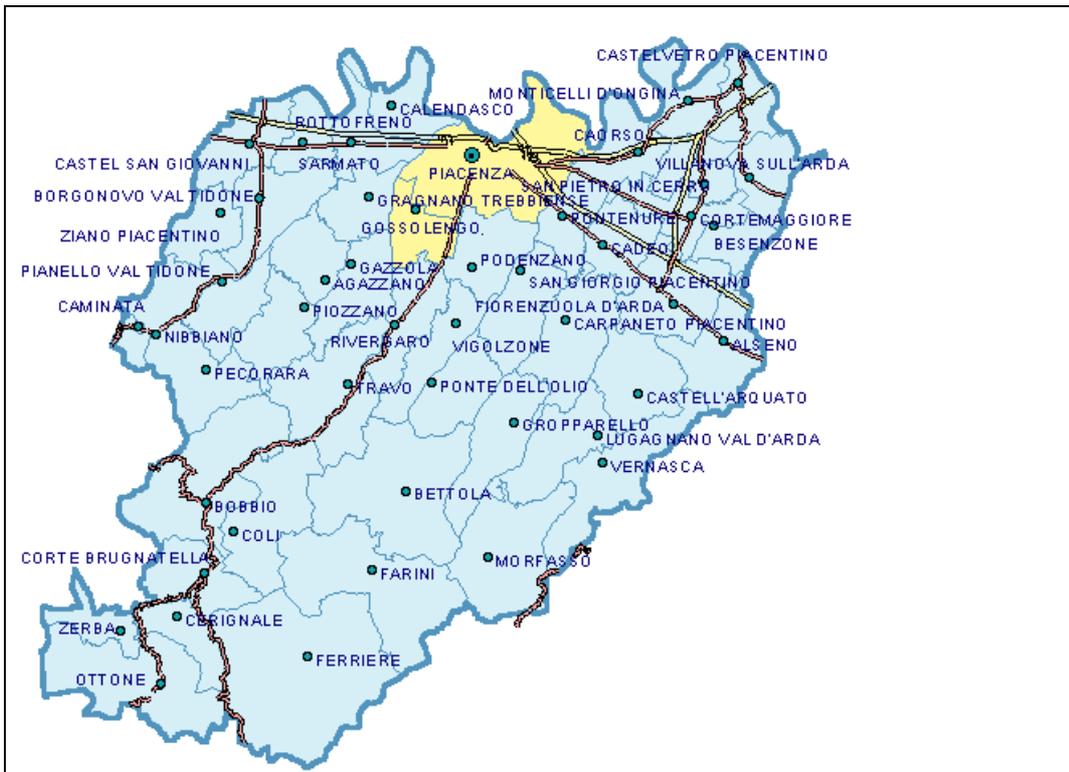


Figura 208: Viabilità.



La distribuzione della popolazione per zone altimetriche è sostanzialmente sovrapponibile a quella regionale (vedi Figura 209⁸). In provincia di Piacenza le percentuali sono rispettivamente: pianura 65,9%, collina 29,2%, montagna 4,9%, in Regione pianura 68,2%, collina 27,4%, montagna 4,4%.

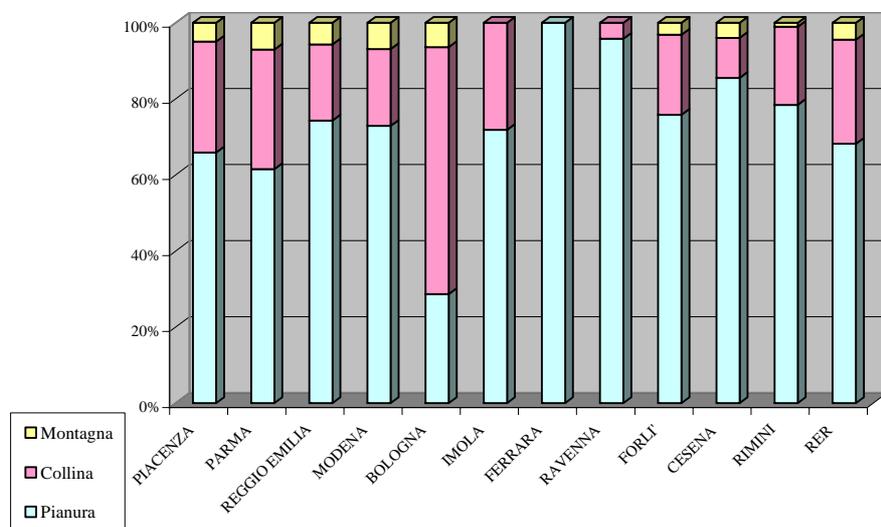


Figura 209: Distribuzione della popolazione per zone altimetriche.

A livello provinciale (vedi Figura 210) la quota di popolazione residente in montagna ammonta al 9,3% nel distretto di Ponente e al 6,5% in quello di Levante.

Negli anni la montagna tende a pesare sempre meno in termini di quota di popolazione residente, perdendo in termini relativi l'1,3% medio annuo, a fronte di un aumento della popolazione complessiva della Provincia (vedi Figura 211).

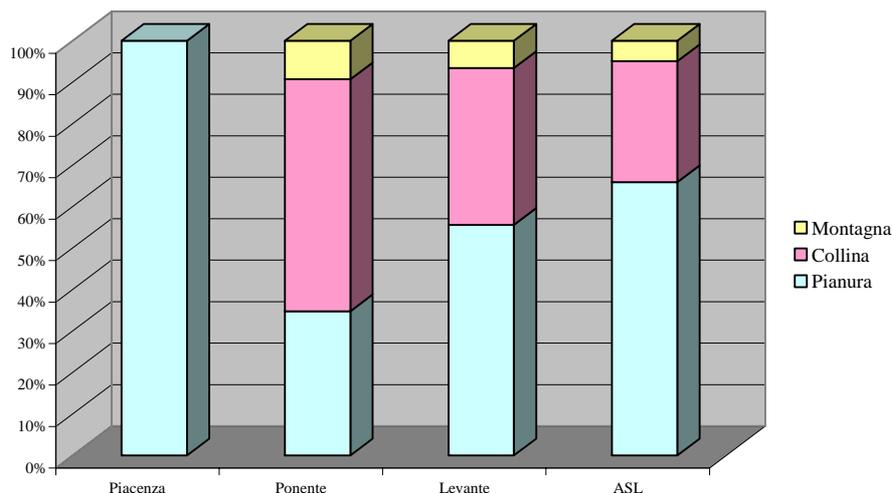


Figura 210: Distribuzione della popolazione dei distretti per zone altimetriche.

⁸ Tutti i grafici, dove non altrimenti specificato, sono riferiti all'anno 2011.

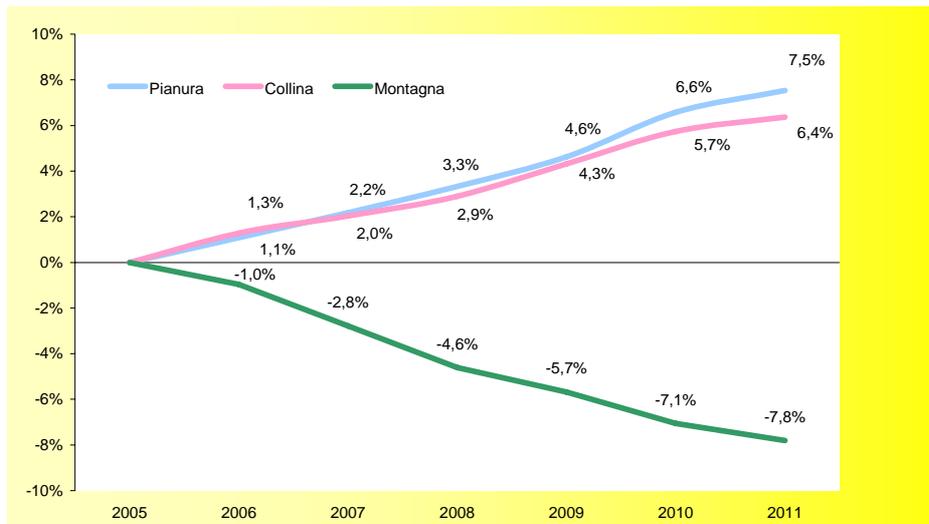


Figura 211: Trend popolazione per zone altimetriche.

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: 200 abitanti per Km²). La dinamica della densità della popolazione in Provincia di Piacenza è tra le più lente in Regione: rispetto al 2005 solo le Province di Ferrara e in misura minore Bologna e Forlì hanno visto aumentare meno la propria densità.

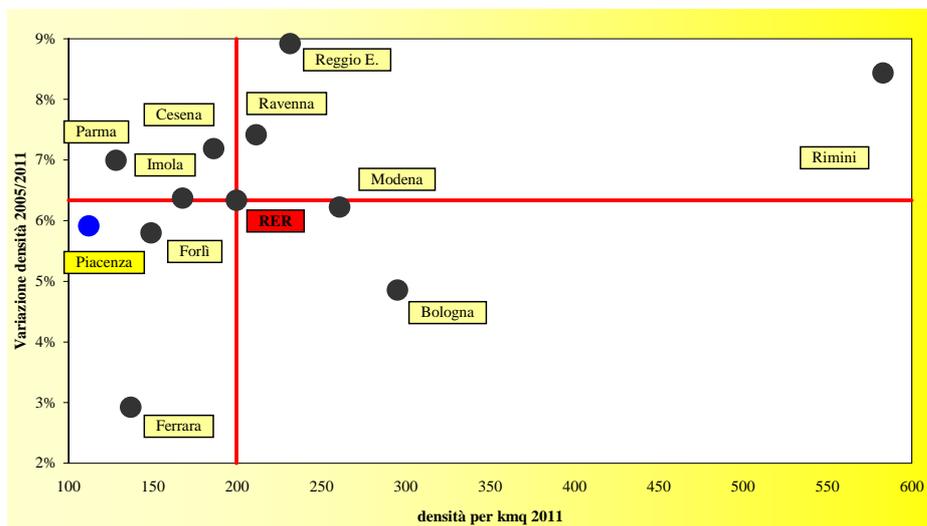


Figura 212: Densità della popolazione e variazione.

La distribuzione della popolazione nei distretti dell'AUSL di Piacenza risulta molto disomogenea (vedi Figura 213): la densità abitativa del distretto di Levante (78) e Ponente (72) sono abbastanza simili, ma il Ponente (+8,8% dal 2005) cresce a ritmi molto superiori al Levante (+5,7%). Caso a sé ovviamente la città con una densità di 871 abitanti per Km², che dal 2005 è cresciuta solo del 4%.

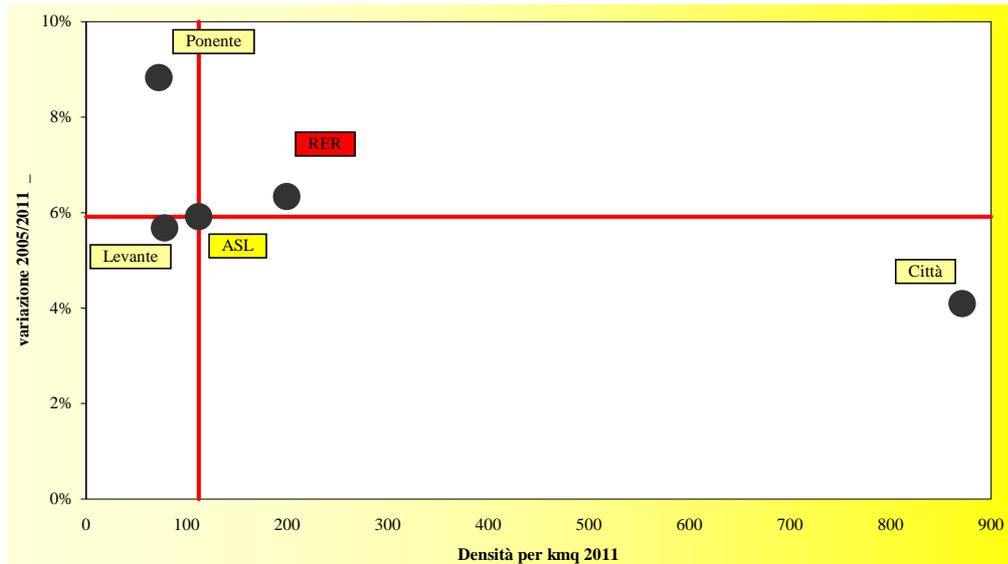


Figura 213: Densità e variazione distretti.

All'interno dei distretti di Levante e Ponente la densità oscilla rispettivamente: fra gli 8,6 abitanti per Km² del Comune di Ferriere ed i 254,5 del Comune di Fiorenzuola e fra i 3,7 abitanti per Km² del Comune di Zerba ed i 333,7 del Comune di Rottofreno, che ha stabilmente superato per densità il Comune capo distretto (Castel San Giovanni: 312,1 ab/kmq). 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 di Piacenza risiede negli unici quattro centri (Piacenza, Fiorenzuola, Castel San Giovanni e dal 2006 Rottofreno) con queste caratteristiche, contro il quasi 75% medio regionale, mentre in centri con più di 3.000 abitanti vive l'87% della popolazione piacentina contro un 96% medio regionale (vedi Figura 214).

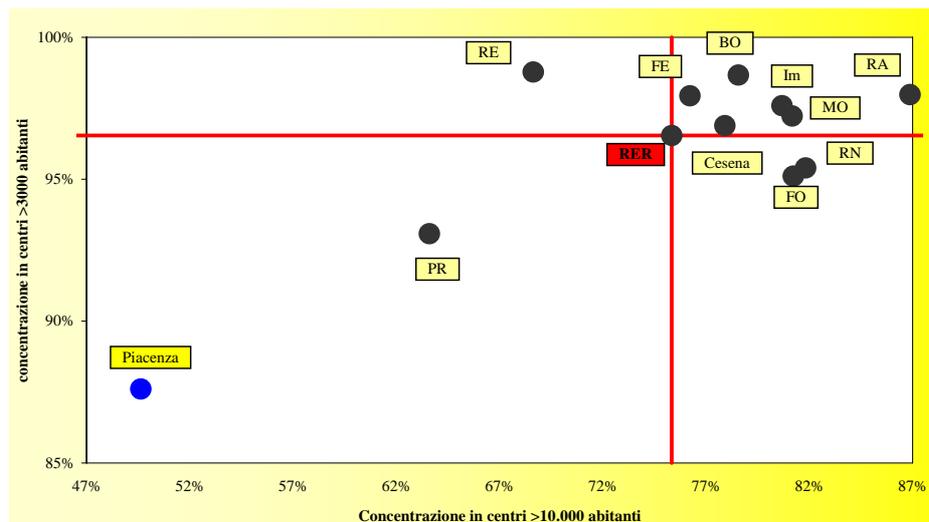


Figura 214: Concentrazione della popolazione in centri con più di 10.000 e di 3.000 abitanti.

Nella successiva Figura 215 sono riportati i Comuni per fasce di popolazione: la Provincia di Piacenza presenta il maggior numero di comuni sotto i 1.000 abitanti (9 sui 19 totali della regione).

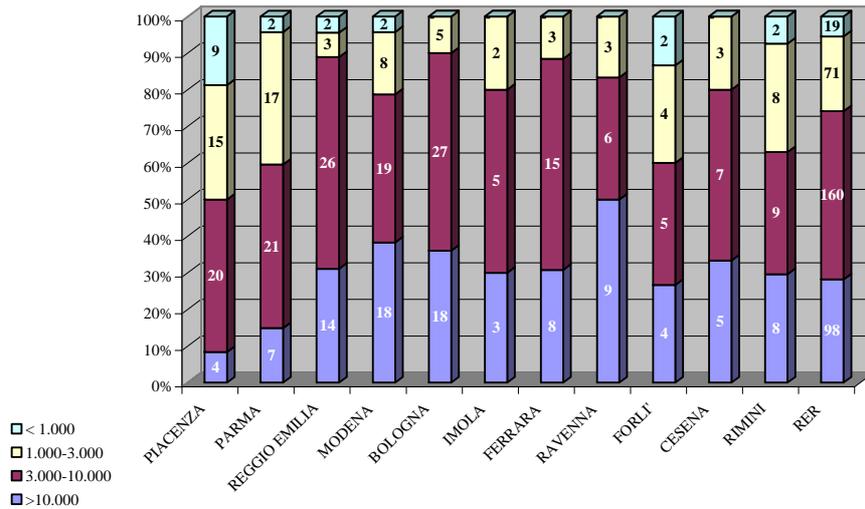


Figura 215: Numero di Comuni per fasce di popolazione.

Nella Figura 216 sono riportate le variazioni tra il 2006 e il 2011 nelle diverse Province⁹ 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 77 a 95).

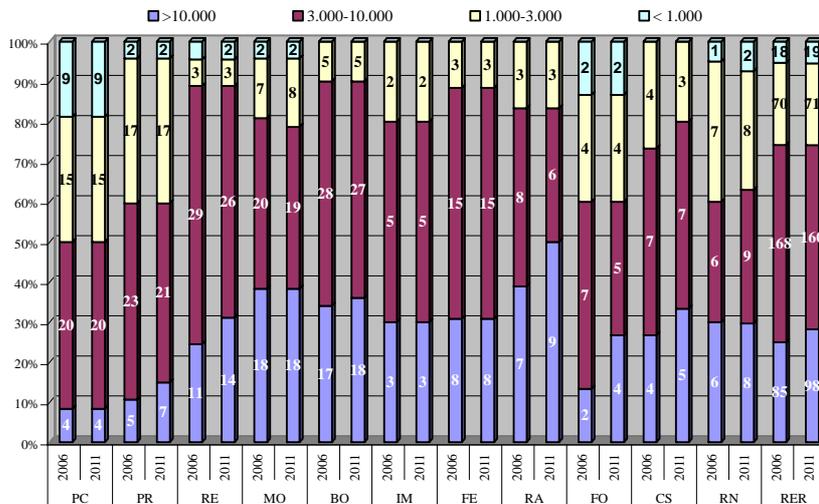


Figura 216: Variazione numero di Comuni per fasce di popolazione.

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

⁹ In Provincia di Rimini si sono aggiunti i sette Comuni della Valmarecchia: due sotto i mille abitanti, due tra mille e tremila e tre tra tremila e diecimila abitanti.



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 μm = 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. Piacenza risulta superiore al dato regionale sia in riferimento al valore di 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ sia per le giornate in cui il PM10 ha superato il valore di 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Entrambe le percentuali di giornate oltre soglia sono in aumento, dopo diversi anni di riduzione consistente.

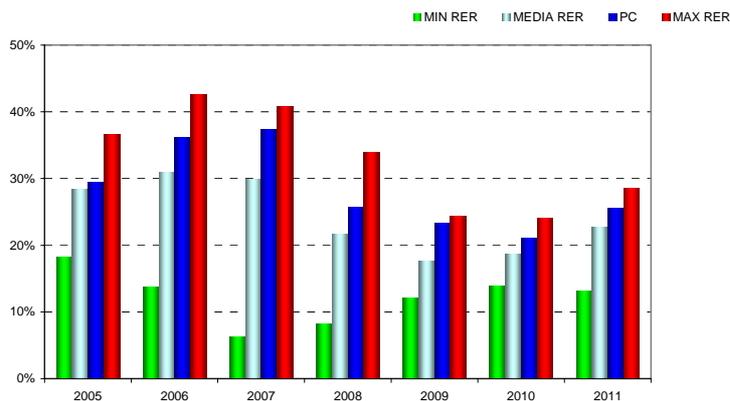


Figura 217: % di giornate anno fuori norma per PM 10 >50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

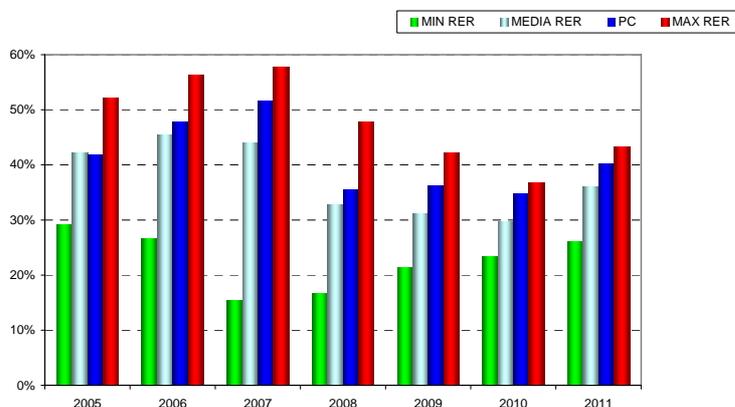


Figura 218: % di giornate anno fuori norma per PM 10 >40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.



Popolazione

Tra il 2005 e il 2011 la popolazione della Provincia è aumentata di 16.000 residenti (273.705 a 289.887). Il tasso di incremento complessivo (+5,9%) resta comunque tra i più bassi della Regione, la cui popolazione è cresciuta mediamente del 6,8% (vedi Figura 219).

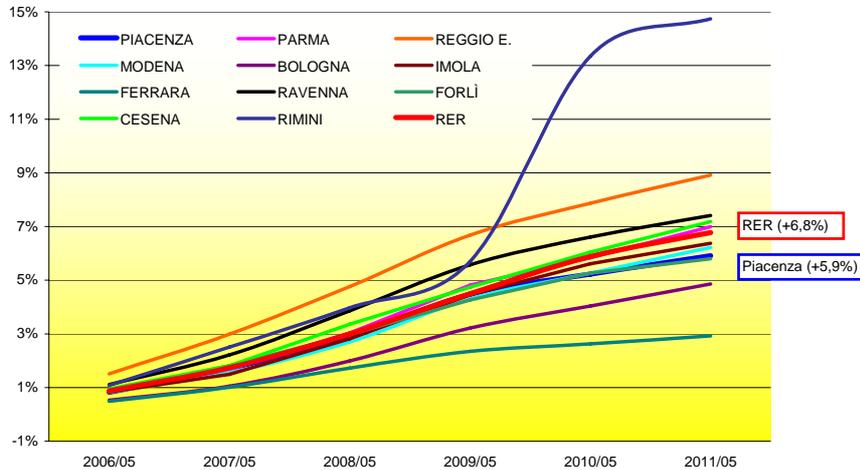


Figura 219: Trend popolazione residente.

Disaggregando per distretto (vedi Figura 220), il dato più simile alla media provinciale è quello del distretto di Levante, il distretto Città di Piacenza è quello che ha visto l'incremento minore, mentre la crescita negli altri due distretti (soprattutto in quello di Ponente) ha abbondantemente riassorbito il calo della popolazione dell'area montana (vedi sopra, Figura 211).

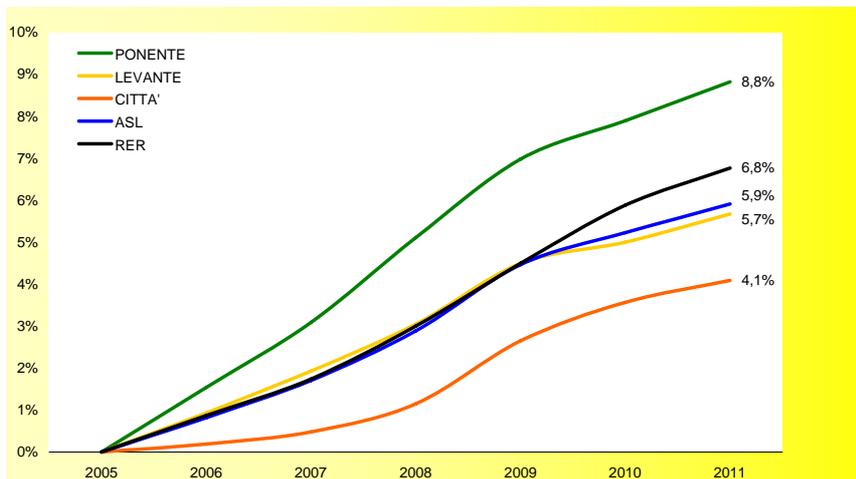


Figura 220: Trend popolazione residente distretti.

La componente *ultrasessantacinquenne* della popolazione si conferma tra le più alte della Regione (pari al 24%, inferiore solo alla Provincia di Ferrara), che cresce a ritmi decisamente inferiori alla media regionale (+3% dal 2005 contro il 5% - vedi Figura 221), e presenta il trend di incremento più basso tra tutte le Province (vedi Figura 222), simile solo a Ferrara e Parma. 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.

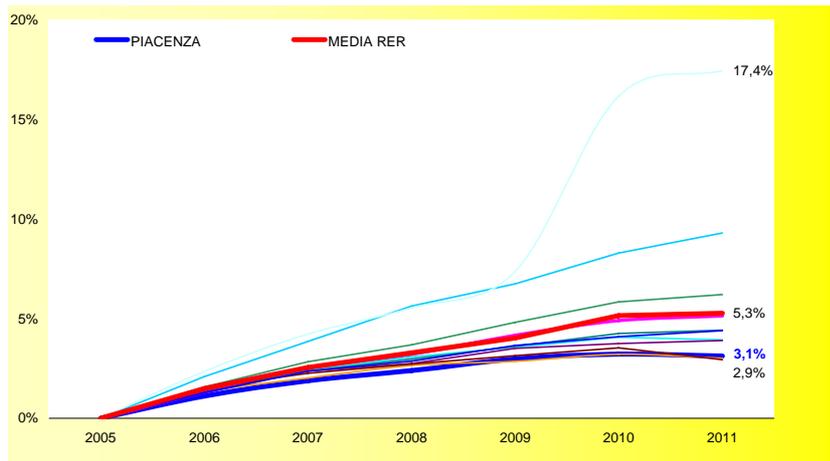


Figura 221: Trend ultrasessantacinquenni.

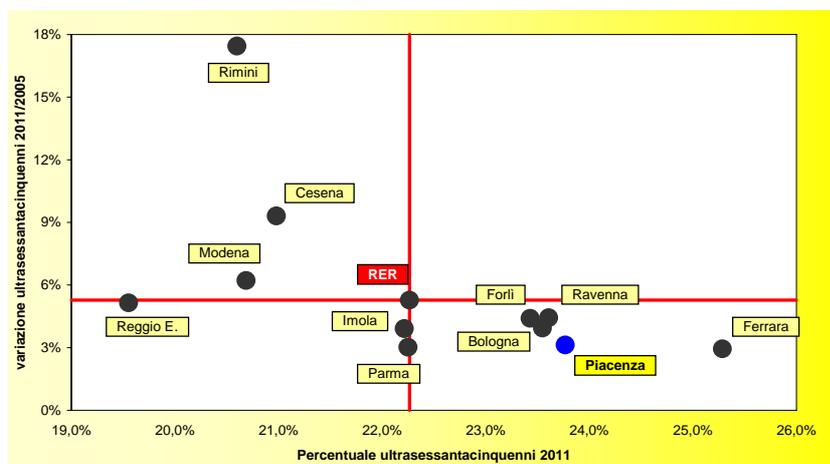


Figura 222: % ultrasessantacinquenni e variazione.

Tuttavia, pur continuando a crescere in termini assoluti, la popolazione ultrasessantacinquenne negli ultimi anni è calata in termini relativi, ritornando ad esempio a Piacenza ai valori inferiori al 2005 (vedi Figura 223), con andamenti differenziati sul territorio regionale.

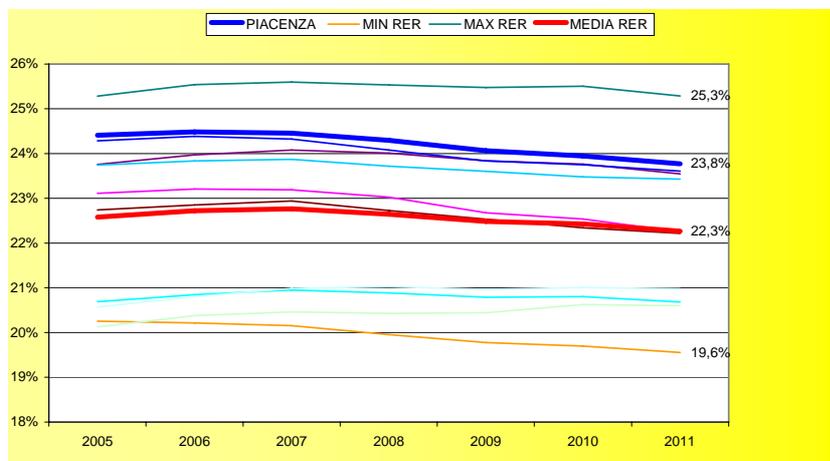


Figura 223: Trend percentuale ultrasessantacinquenni.



Piacenza è anche la terza Provincia con la più alta percentuale di *ultrasessantacinquenni* (12,5% contro un 12,1% medio regionale - vedi Figura 224), dopo Ferrara (13,2%) e Ravenna (12,7%).

Anche in questo caso il trend di crescita è tra i più bassi della Regione (+9,6% dal 2005), superiore solo alla Provincia di Parma e pari a Forlì (vedi Figura 225), mentre la crescita prosegue anche in termini relativi (vedi Figura 226).

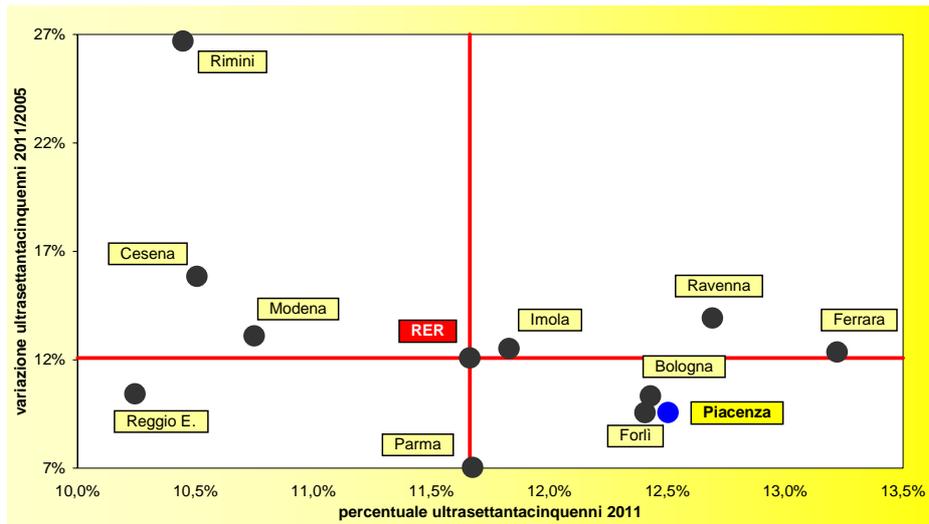


Figura 224: % ultrasessantacinquenni e variazione.

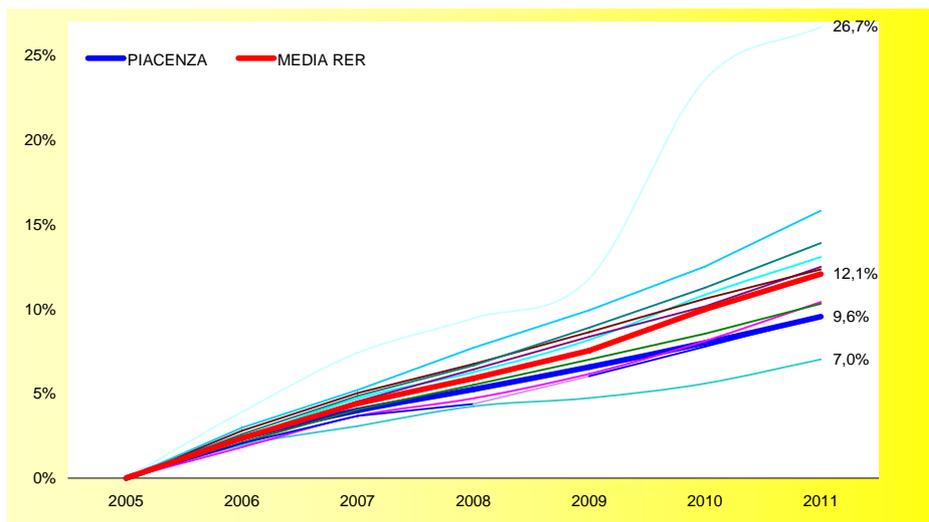


Figura 225: Trend ultrasessantacinquenni.

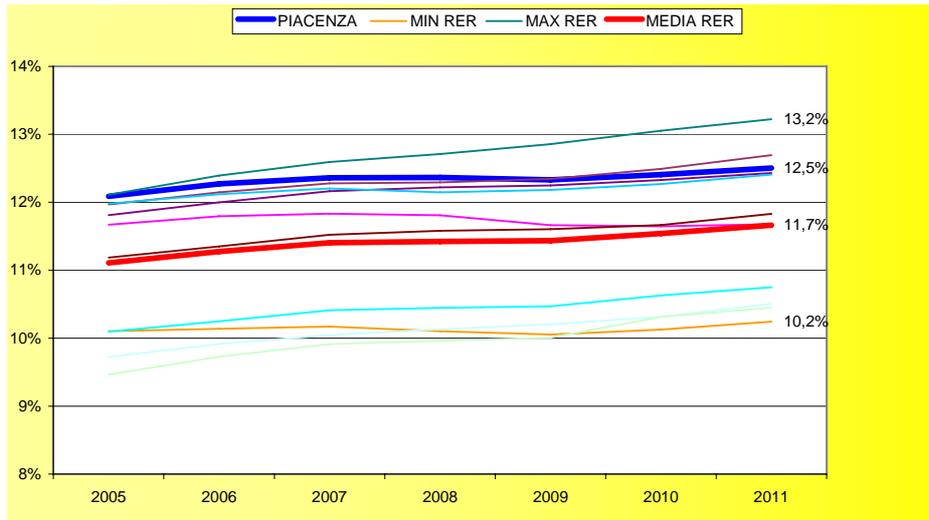


Figura 226: Trend percentuale ultrasettantacinquenni.

Nel 2011 la percentuale di *ultraottantacinquenni* a Piacenza è del 3,7%, superata negli ultimi tre anni da Forlì, Ravenna, e Bologna e Ferrara, contro un 3,5% medio regionale e il 2,9% minimo di Cesena (vedi Figura 227).

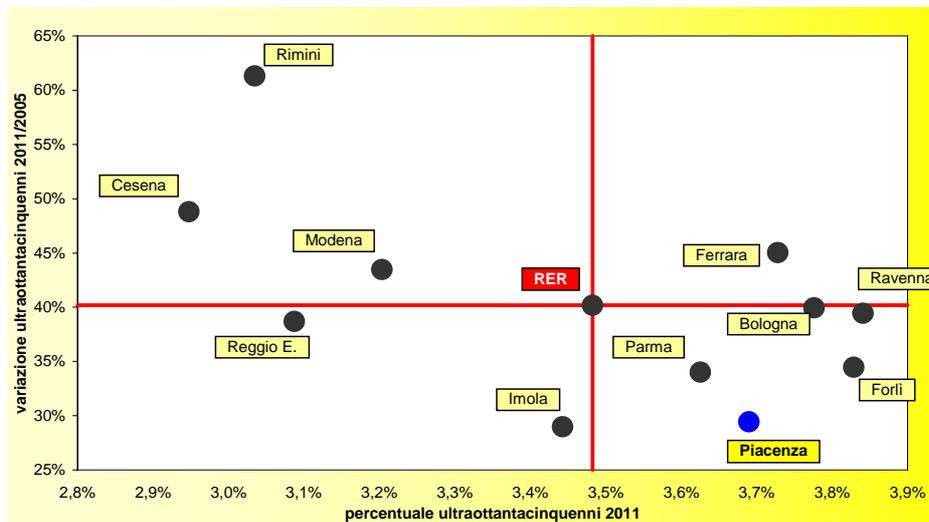


Figura 227: % ultraottantacinquenni e variazione.

La popolazione ultraottantacinquenne è stata in calo tra il 2002 e il 2004 in quasi tutta la Regione, per l'ingresso in questa fascia di età delle generazioni nate durante la prima guerra mondiale. Il trend discendente si attenua in qualche caso già dal 2003, in generale dal 2004 e ha ripreso a salire dal 2005 in tutta la Regione (vedi Figura 228). Piacenza presenta il secondo minor trend di



incremento a livello regionale. Anche in questo caso la crescita prosegue anche in termini relativi (vedi Figura 229).

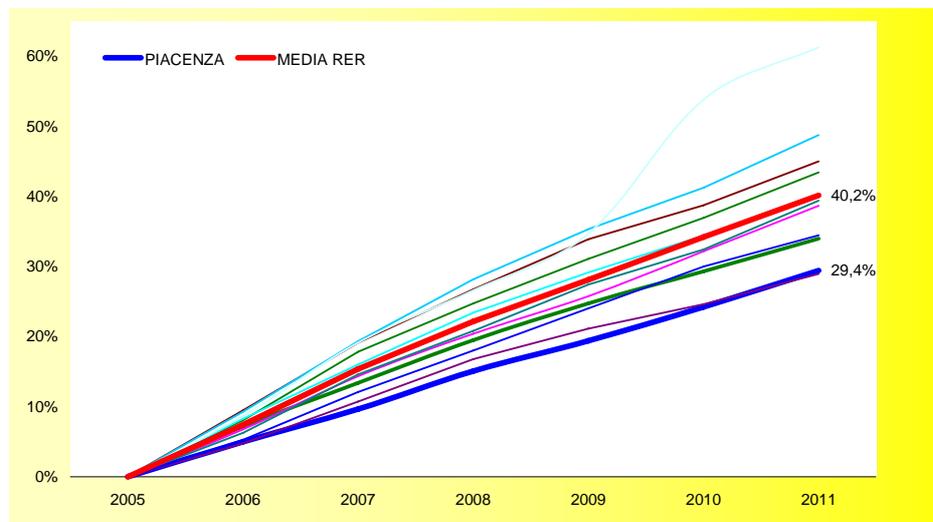


Figura 228: Trend ultraottantacinquenni.

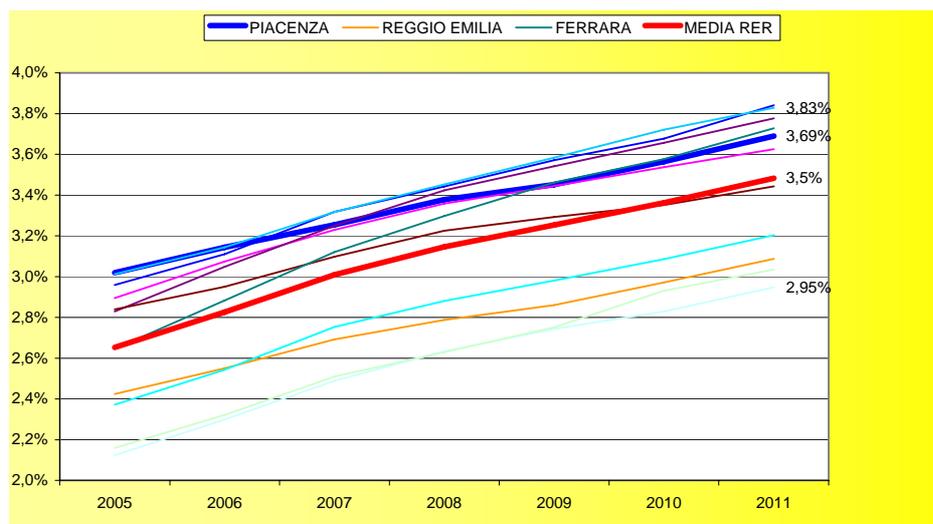


Figura 229: Trend percentuale ultraottantacinquenni.

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 230 a Figura 234).

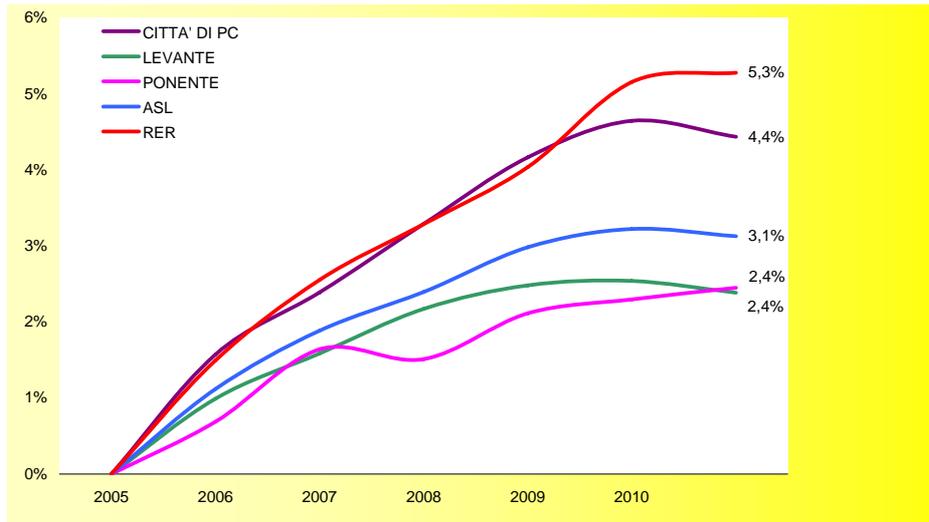


Figura 230: Trend percentuale ultrasessantacinquenni per distretto.

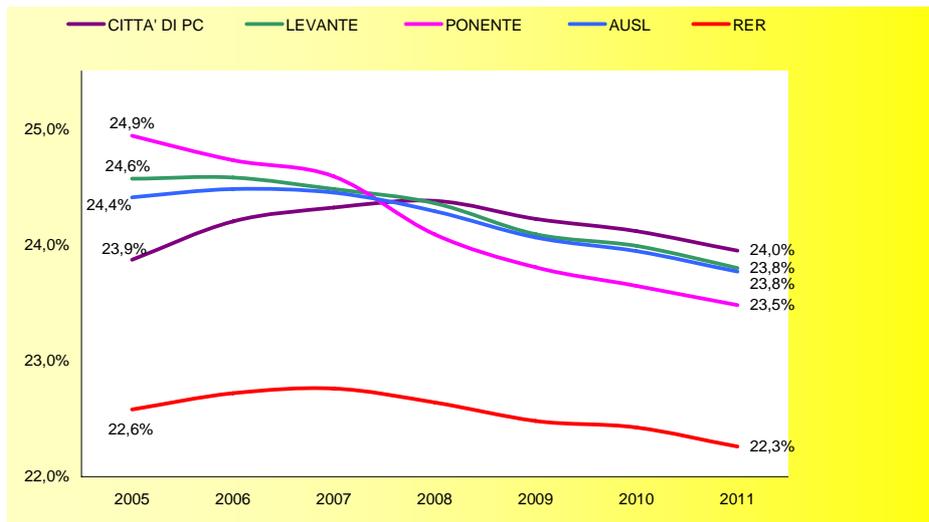


Figura 231: Trend percentuale ultrasessantacinquenni per distretto.

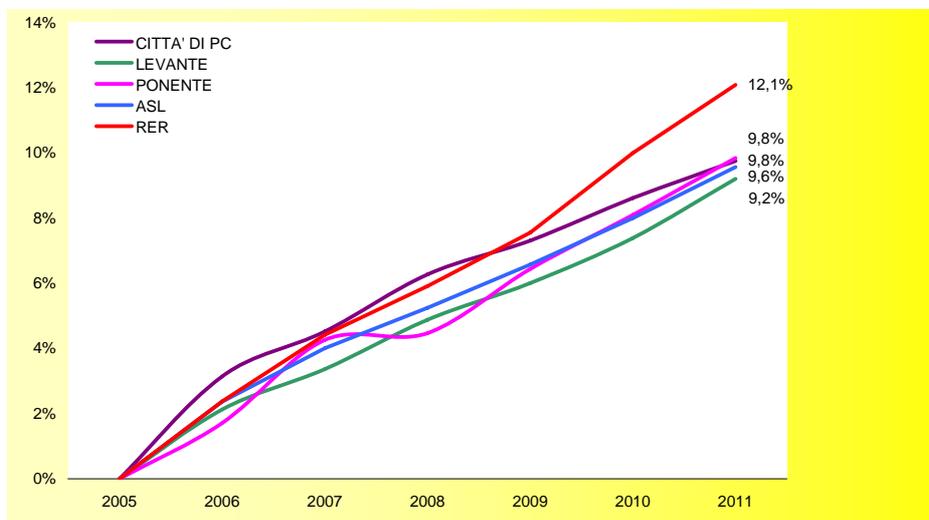


Figura 232: Trend ultrasettantacinquenni per distretto.

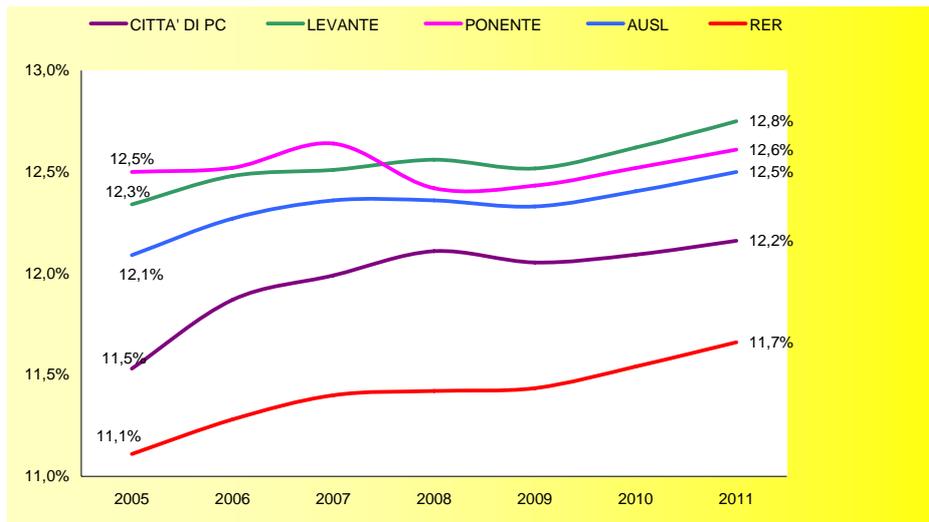


Figura 233: Trend percentuale ultrasettantacinquenni per distretto.

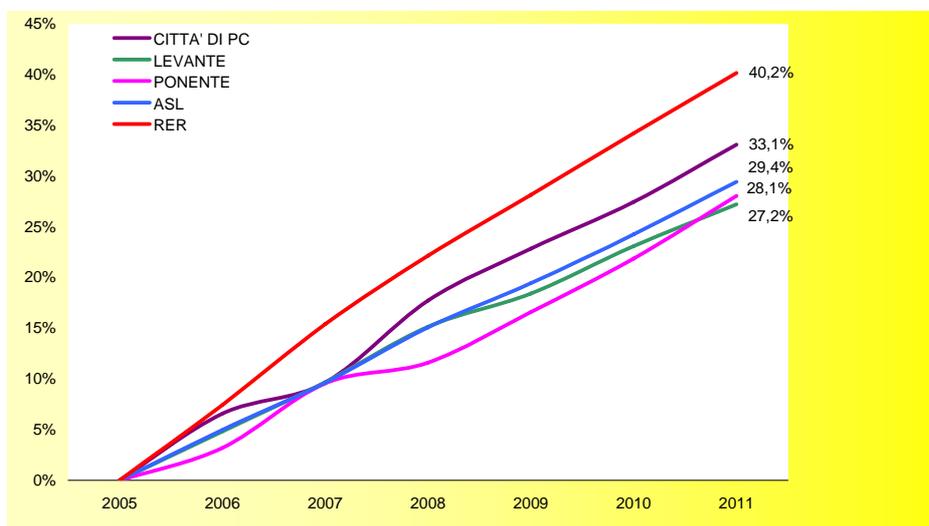


Figura 234: Trend ultraottantacinquenni per distretto.

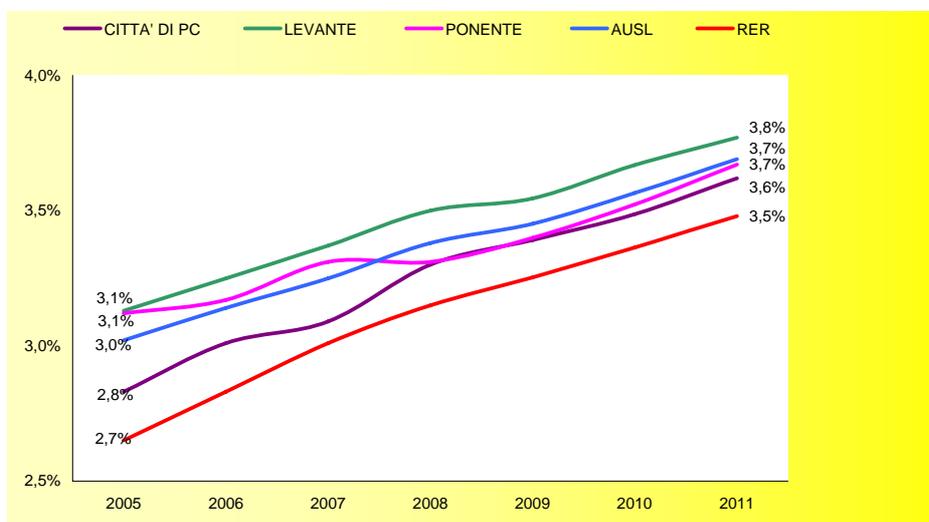


Figura 235: Trend percentuale ultraottantacinquenni per distretto.



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 2011 la percentuale si è assestata sul 13,4% (vedi Figura 236), con un incremento di oltre il 100% dal 2005 (vedi Figura 237).

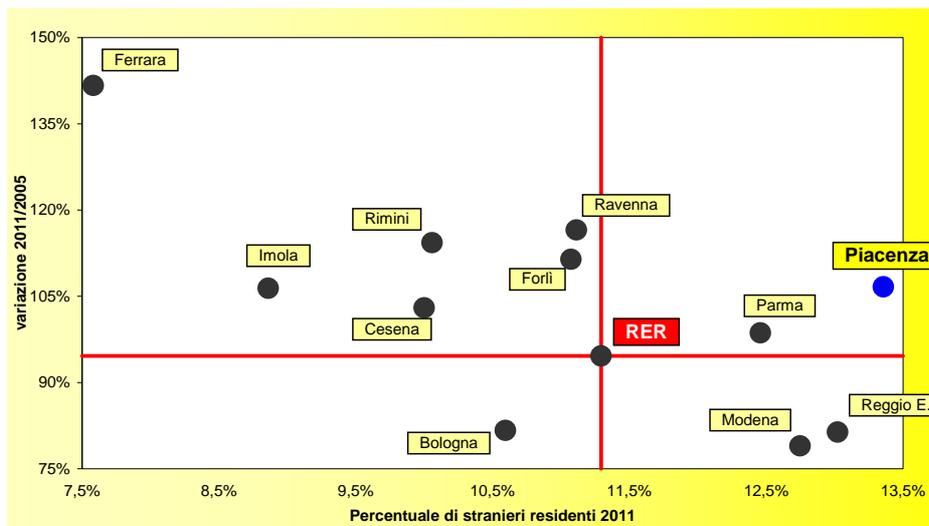


Figura 236: % stranieri e variazione.

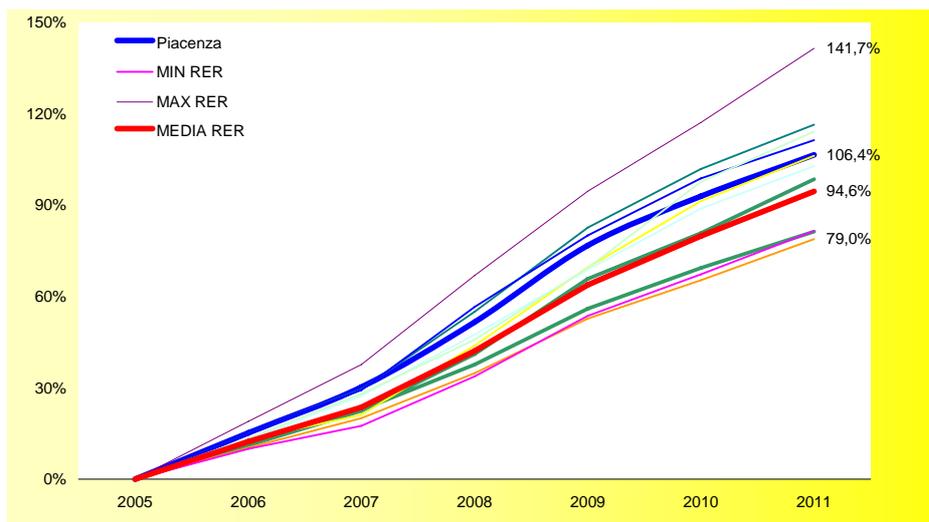


Figura 237: Trend stranieri.

Tra il 2005 e il 2011 la popolazione regionale, senza l'apporto della componente immigrata, avrebbe visto il suo incremento ridotto dal 6,8% a poco meno dell'1% (vedi Figura 238). Alcune



Province senza la componente immigrata avrebbero addirittura visto ridursi la popolazione residente (Bologna, 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 3% della popolazione residente. Piacenza in particolare avrebbe visto un calo dei residenti dell'1,5 %, il più consistente a livello regionale, insieme a Ferrara.

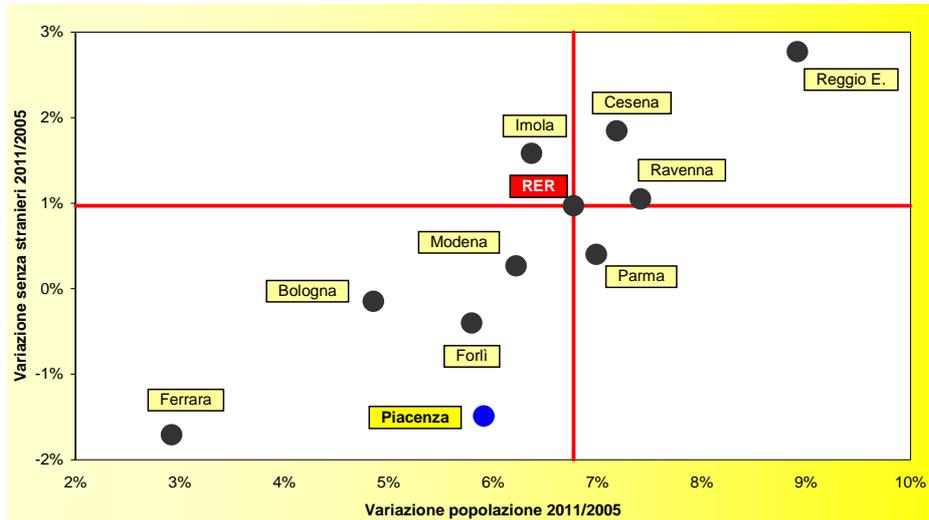


Figura 238: Variazione popolazione e variazione stranieri.

La composizione per età della popolazione straniera è fortemente sbilanciata verso le età lavorative: il 75% degli stranieri ha tra 15 e 60 anni, contro poco più del 50% degli italiani (vedi da Figura 239 a Figura 241).

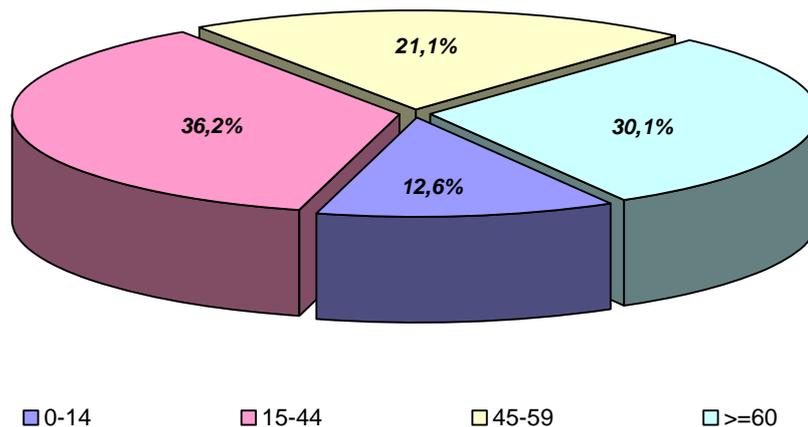


Figura 239: Composizione per classi di età della popolazione complessiva residente in Provincia.

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

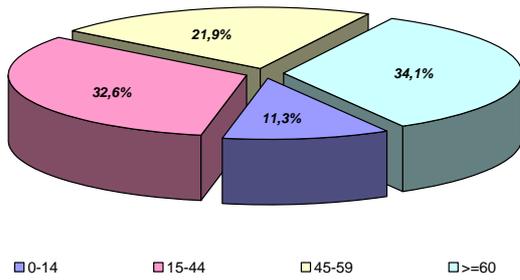


Figura 240: Composizione per età della popolazione residente italiana.

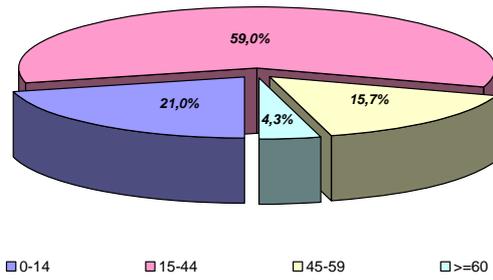


Figura 241: Composizione per età della popolazione residente straniera.

Le figure seguenti mostrano la distribuzione per distretto degli stranieri residenti: il 44% risiede in città, il 31% 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. La provenienza degli stranieri residenti in Provincia di Piacenza e nel complesso della Regione sono illustrati nelle successive Figura 244 e Figura 245, il confronto con tutte le province nella successiva Figura 246.

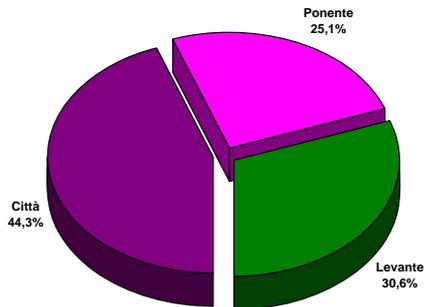


Figura 242: Distribuzione degli stranieri per distretto.

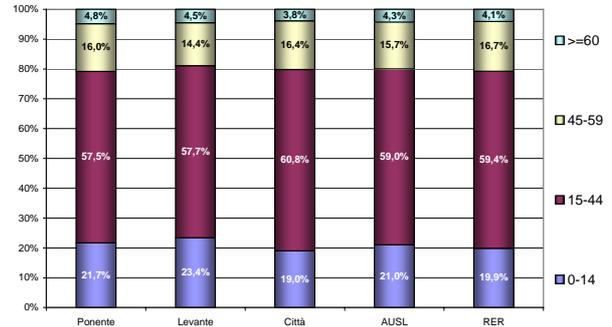


Figura 243: Composizione per età della popolazione residente straniera per distretto.

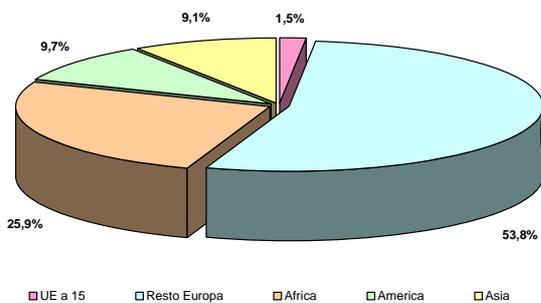


Figura 244: Provenienza della popolazione straniera, PC.

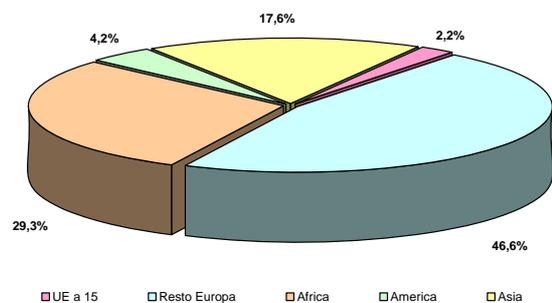


Figura 245: Provenienza della popolazione straniera, RER.

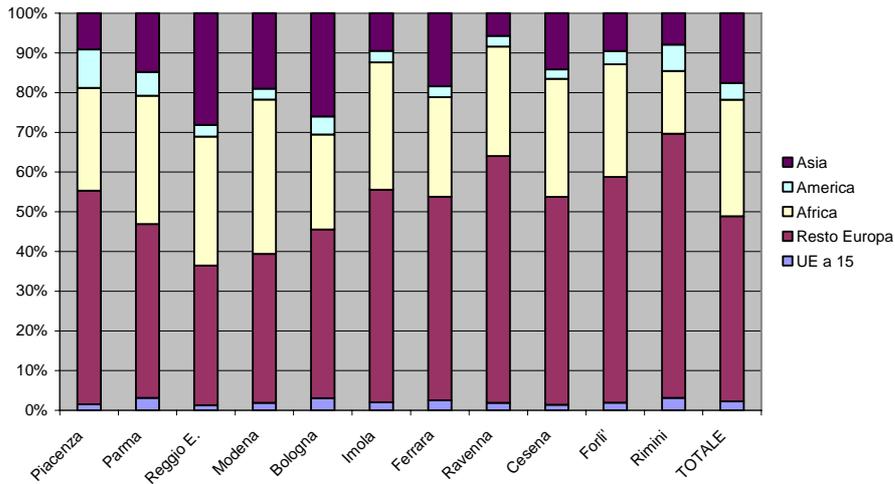


Figura 246: Provenienza della popolazione straniera per Provincia.

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 2007 in poi (vedi Figura 247).

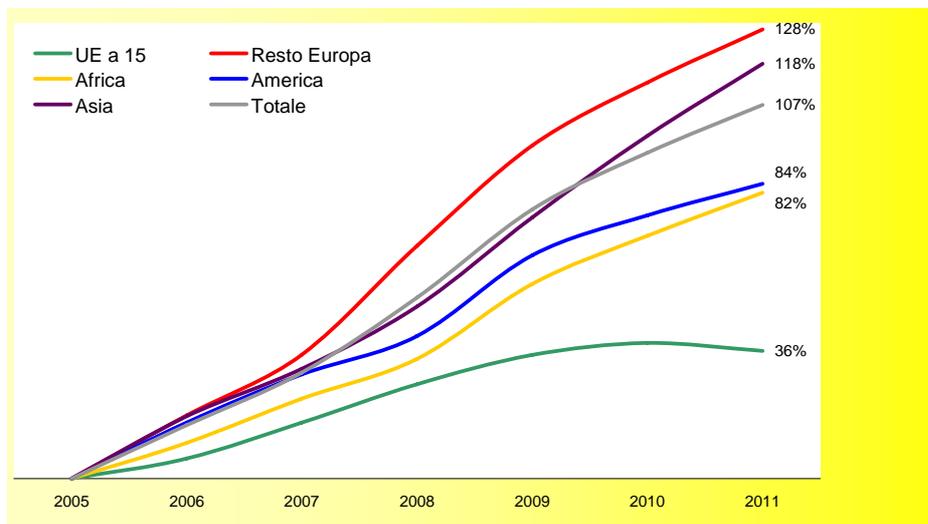


Figura 247: Trend stranieri per provenienza, Provincia di Piacenza

La presenza di stranieri residenti per sesso ha visto negli anni Provincia di Piacenza in linea con la media regionale in relazione all'andamento della proporzione tra uomini e donne (vedi Figura 248).

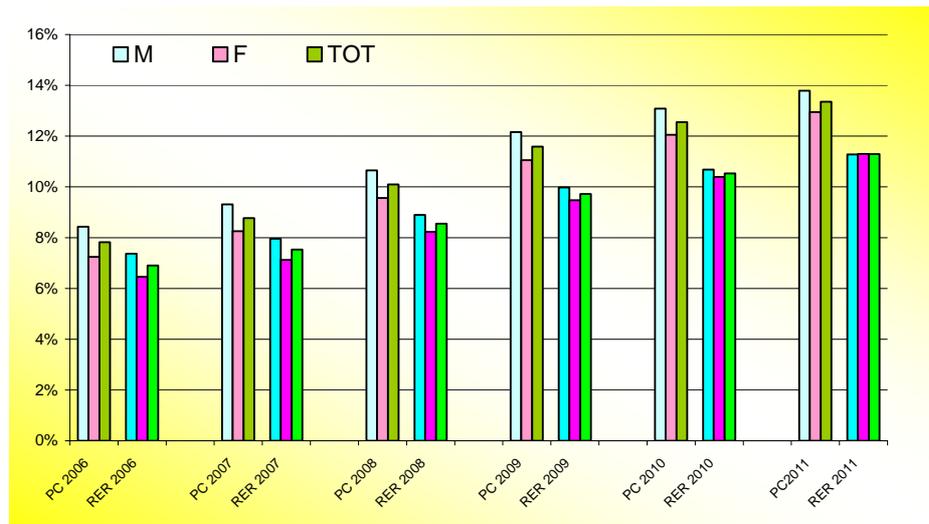


Figura 248: % stranieri residenti per sesso.

La composizione della popolazione delle Province della Regione per sesso e nazionalità è illustrata nella successiva Figura 249.

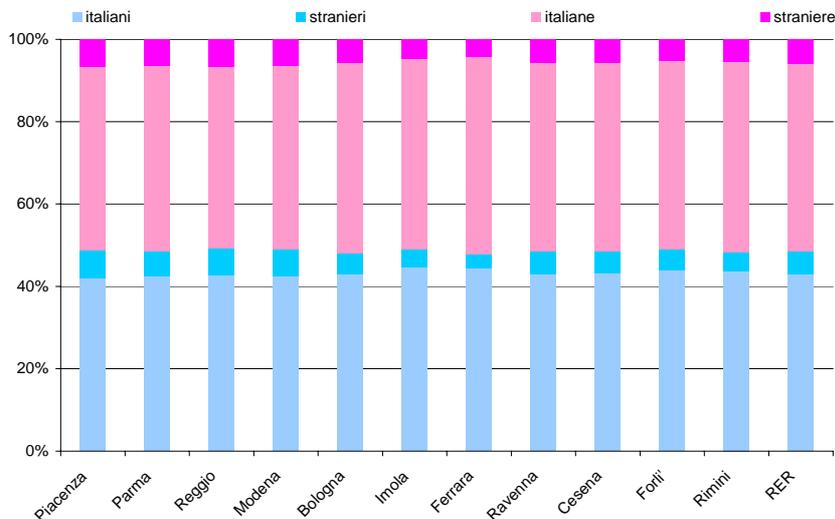


Figura 249: Composizione della popolazione per sesso e nazionalità.

La popolazione straniera sta contribuendo in maniera sempre più importante 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 nei punti nascita provinciali sono più che raddoppiati, e la percentuale sul totale dei nati ha stabilmente superato negli ultimi anni il 30% del totale (vedi Figura 250), fino a raggiungere il 39% nel 2011.

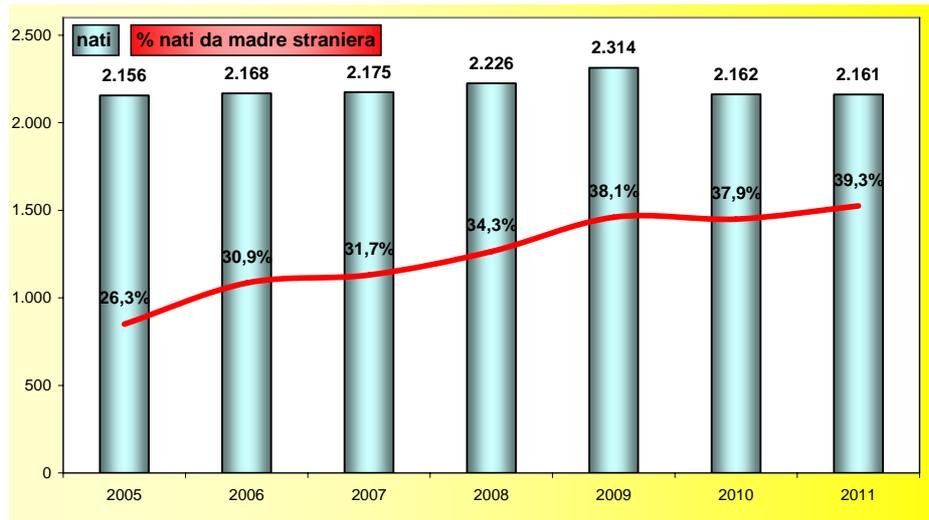


Figura 250: Parti e % da madre straniera AUSL Piacenza.

Confrontando il dato con le altre Province della regione, questa volta per Azienda di residenza della madre e non per Azienda di evento (con l'esclusione però della mobilità passiva extraregionale, non inserita nel flusso CEDAP), la Provincia di Piacenza presenta il valore più alto a livello regionale: 37% contro una media del 28% (vedi Figura 251, ultimo dato disponibile il 2010).

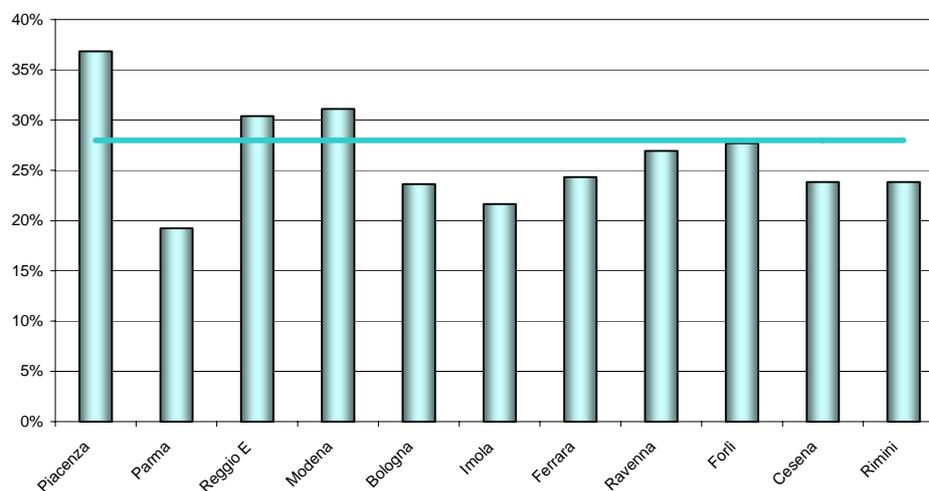


Figura 251: % parti da madre straniera RER.

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. Oltre alla ventina di senza dimora "storici"



della città di Piacenza e al centinaio che di anno in anno “transitano”, l’unica fonte possibile per reperire il dato è la Caritas. Nel 2011 sono state assistite 314 persone risultate senza dimora, di cui 149 italiani e 165 stranieri. Il dato è stabile rispetto al 2010 e in netto incremento rispetto al biennio precedente (vedi la successiva Tabella 12).

	2008	2009	2010	2011
Italiani		151	154	149
stranieri		138	170	165
TOTALE	270	289	324	314

Tabella 12: Persone senza dimora assistite dalla Caritas.

I detenuti nel carcere di Piacenza a fine 2011 erano 333, di cui 14 donne e circa il 50% stranieri. Pur in 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 vivono circa 140 nomadi, dato sostanzialmente stabile dal 2008. La distribuzione per età e residenza è illustrata nelle successive figure, distintamente per adulti e minori.



Figura 252: Nomadi adulti per residenza, Comune di Piacenza.

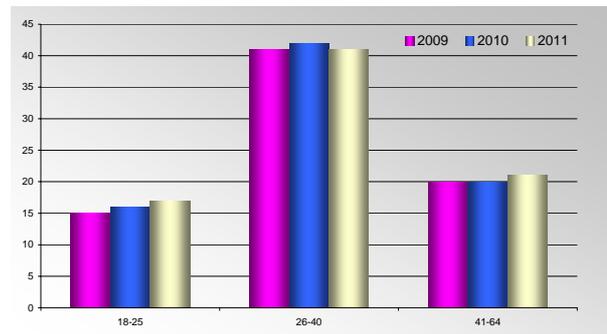


Figura 253: Nomadi adulti per età, Comune di Piacenza.

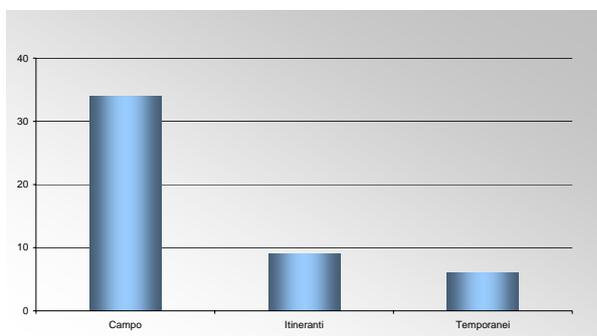


Figura 254: Nomadi minori per residenza, Comune di PC.

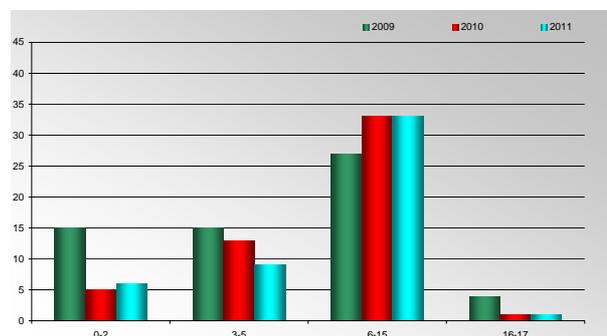


Figura 255: Nomadi minori per età, Comune di Piacenza.

Il tasso grezzo di natalità (vedi Figura 256), dopo un deciso incremento negli anni precedenti, dal 2005 è abbastanza stabile, seppure con valori disomogenei tra le province. Nel 2010 il tasso medio



regionale è in leggero calo. In Provincia di Piacenza, che mostra dei valori inferiori alla media regionale, si è passati dal tasso dell'8,3/1.000 abitanti all'8,5.

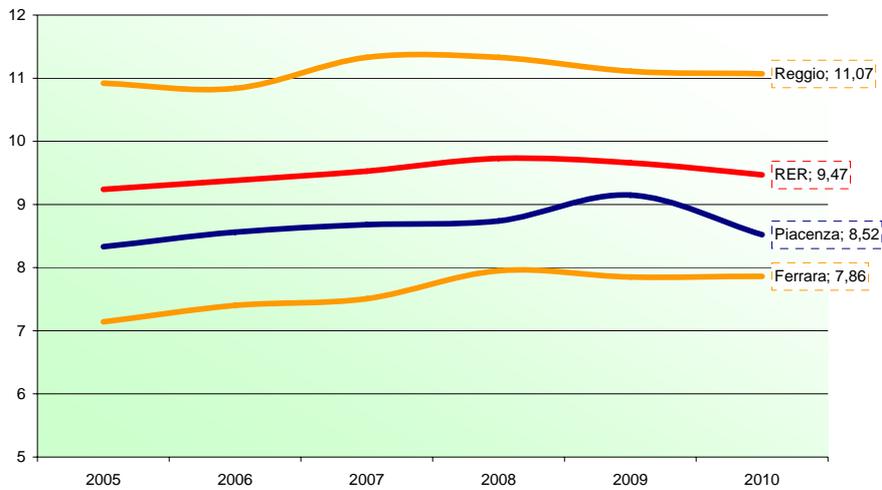


Figura 256: Trend tasso di natalità.

Le figure seguenti mostrano i dati relativi al numero medio di componenti per famiglia e alla percentuale di famiglie unipersonali: nel 2011 il dato piacentino è sostanzialmente sovrapponibile al dato medio regionale (vedi Figura 257).

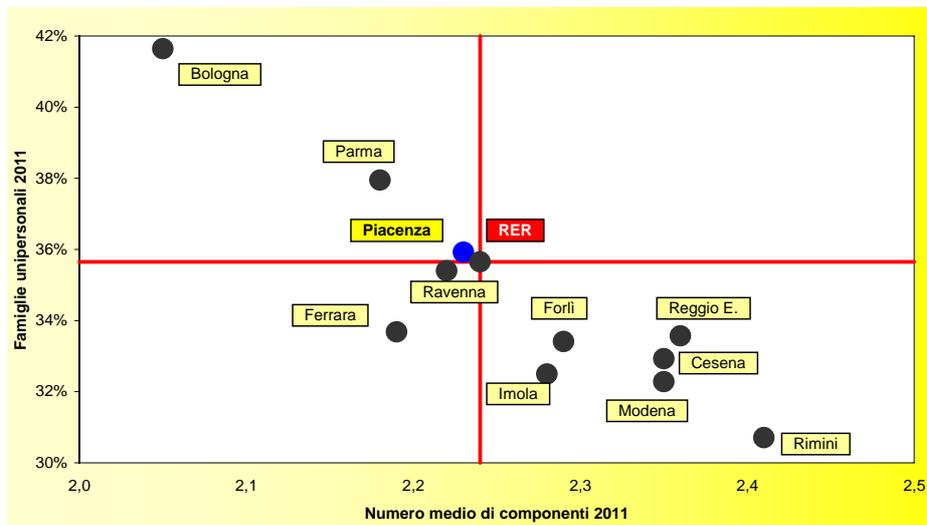


Figura 257: Famiglie unipersonali e numero medio componenti.

Il confronto con i dati del censimento 2001 sono illustrati nelle successive Figura 258 e Figura 259. Tra il 2001 e il 2011 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.

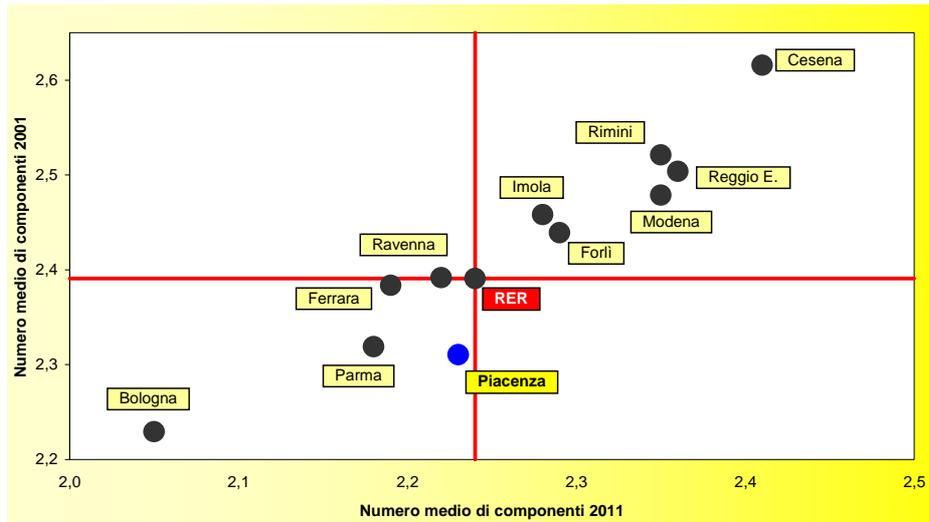


Figura 258: Numero medio di componenti per famiglia 2011 e 2001.

Le famiglie uni personali sono passate dal 31 al 36%, contro valori regionali rispettivamente di 28 e 35%.

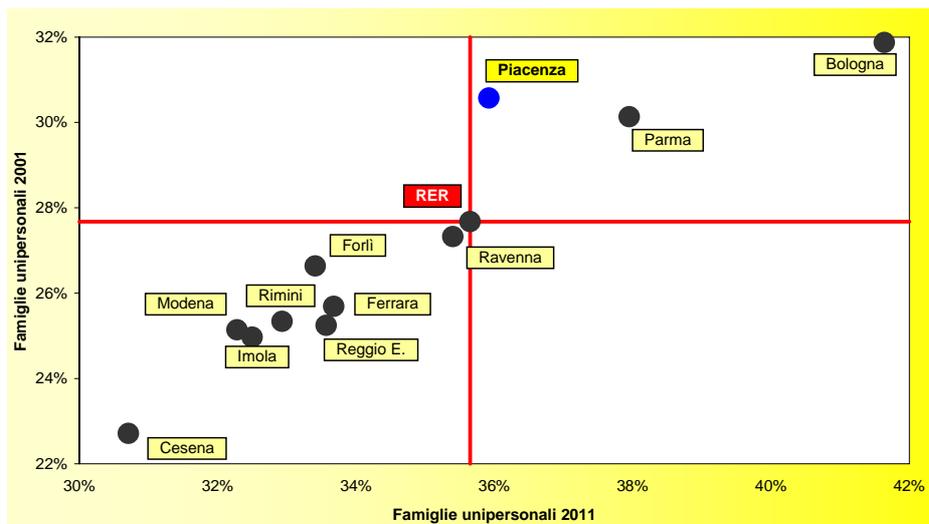


Figura 259: % famiglie unipersonali 2011 e 2001.

In Regione Emilia Romagna, la speranza di vita alla nascita, calcolata su base triennale per disporre di indicatori più affidabili, è maggiore per le femmine (circa 84,4 anni) rispetto ai maschi (79,8) e risulta in aumento in tutte le Province della Regione di circa un anno per triennio per i maschi e mezzo anno per triennio per le femmine.

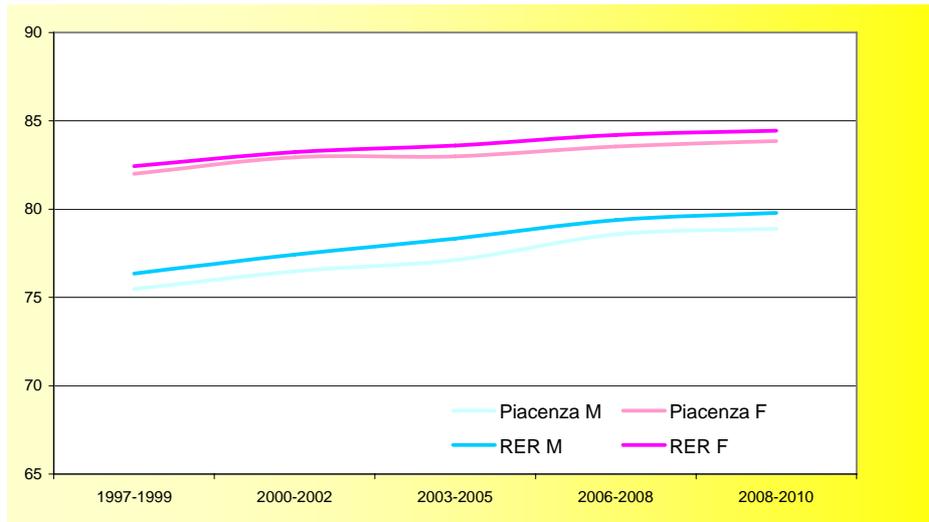


Figura 260: Speranza di vita alla nascita.

In Provincia di Piacenza, la speranza di vita alla nascita per le femmine è inferiore di circa 7 mesi alla media regionale (83,9 anni) , per i maschi, invece, di circa 10 mesi (78,9 anni).

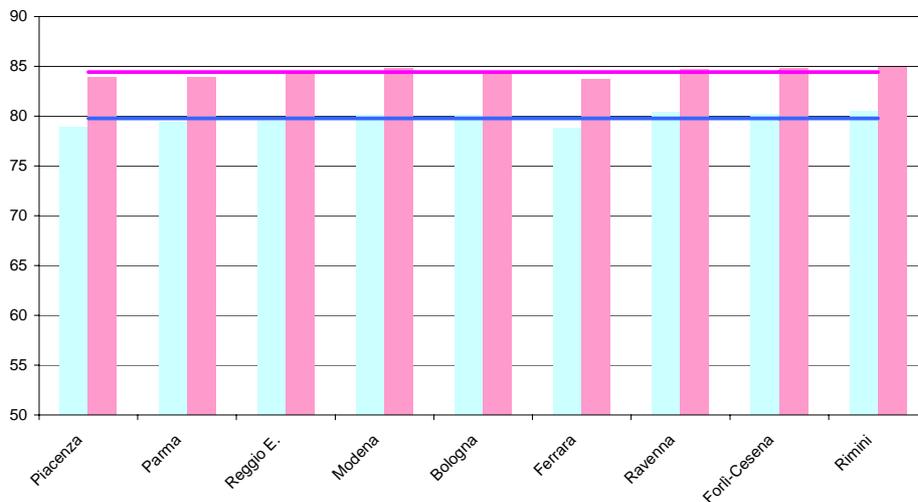


Figura 261: Speranza di vita alla nascita, triennio 2008-2010.

Come la speranza di vita alla nascita, anche la speranza di vita a 65 anni (per i maschi 18,4 anni, per le femmine 21,7 anni) è, in Regione Emilia Romagna, in aumento di circa 7 mesi ogni triennio per i maschi e 4 per le femmine.

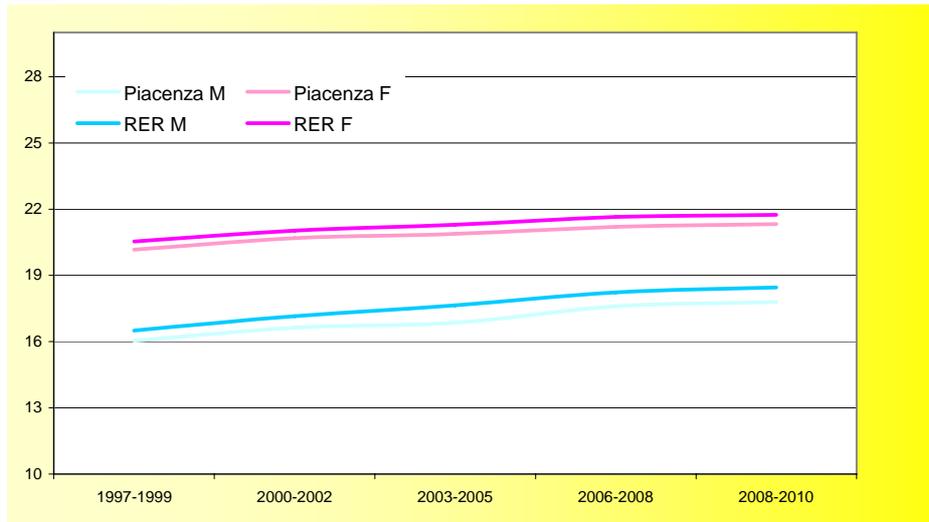


Figura 262: Speranza di vita a 65 anni.

Nella Provincia di Piacenza, la speranza di vita a 65 anni è di poco inferiore alla media regionale, di circa 8 mesi per i maschi (17,8 anni) e di 5 per le femmine (21,3 anni).

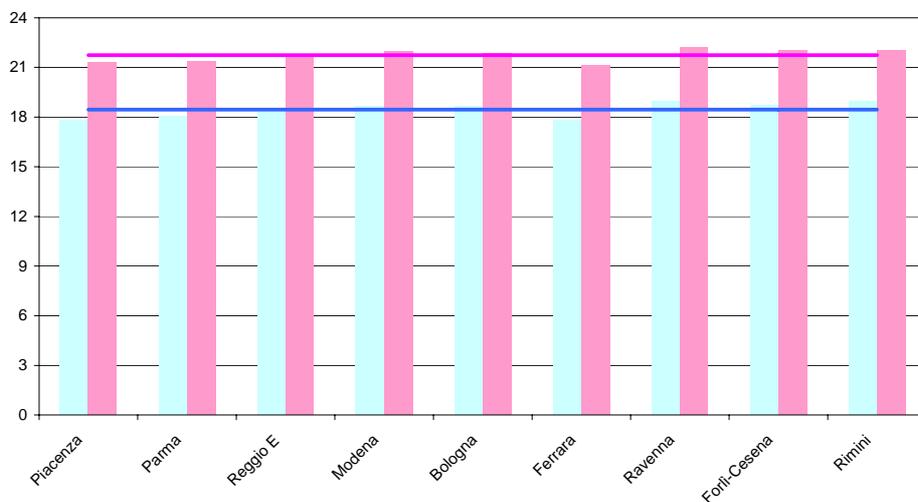


Figura 263: Speranza di vita a 65 anni, triennio 2008-2010.

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. L'ultimo



anno disponibile è il 2010. 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.

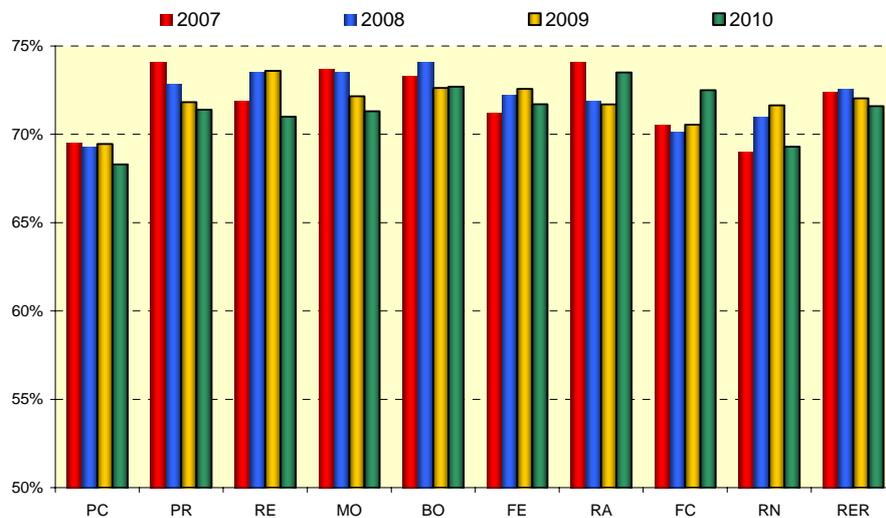


Figura 264: Tasso di attività.

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 nel 2010 (vedi la successiva Figura 265).

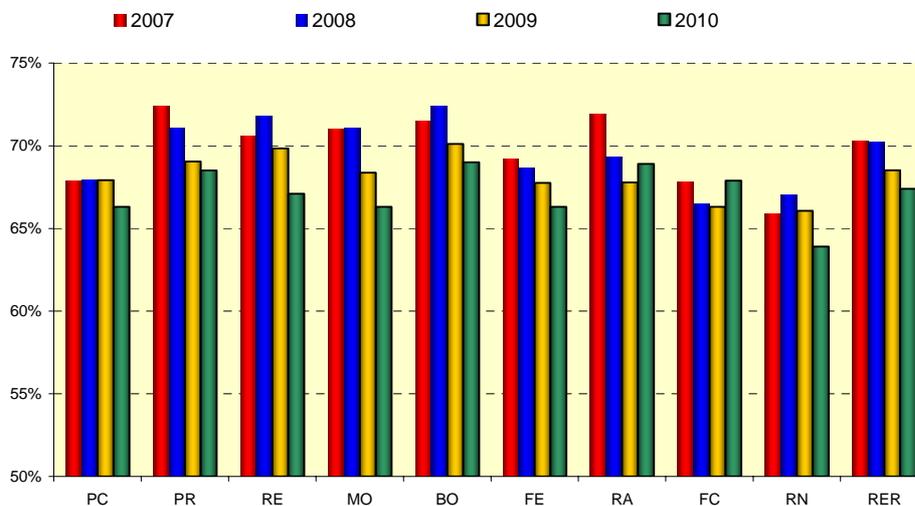


Figura 265: Tasso di occupazione.

Il tasso di disoccupazione è stato nel 2010 in crescita più o meno consistente in tutte le Provincie. A Piacenza la crescita è stata superiore alla media regionale, contrariamente all'anno precedente in cui la crescita era stata minima (vedi Figura 266). In ogni caso il dato piacentino resta in assoluto il più basso a livello regionale.

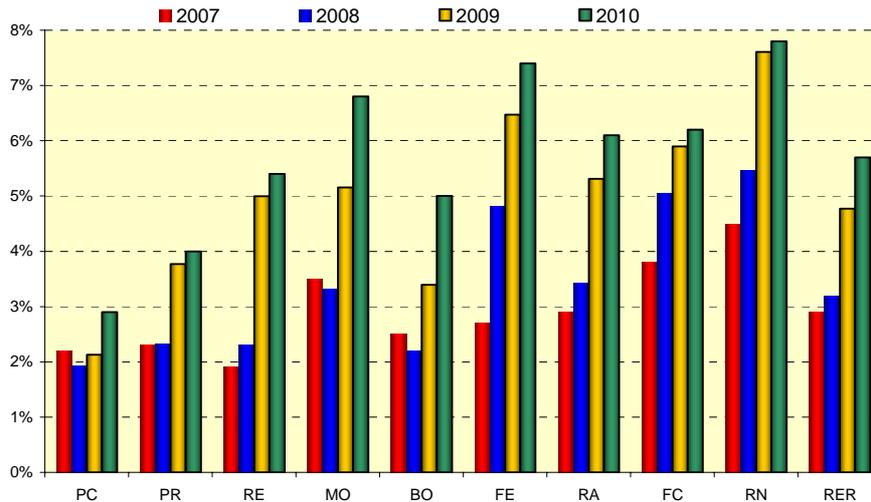


Figura 266: Tasso di disoccupazione.

In genere i dati relativi all'occupazione e alla disoccupazione sono inversamente proporzionali (al crescere del tasso di occupazione diminuisce quello di disoccupazione e viceversa), e si collocano quindi lungo la diagonale secondaria del grafico (vedi Figura 267). Solo nella nostra Provincia ad un tasso di occupazione inferiore alla media si accompagna come detto il più basso tasso di disoccupazione a livello regionale (2,9% contro un 5,7% medio).

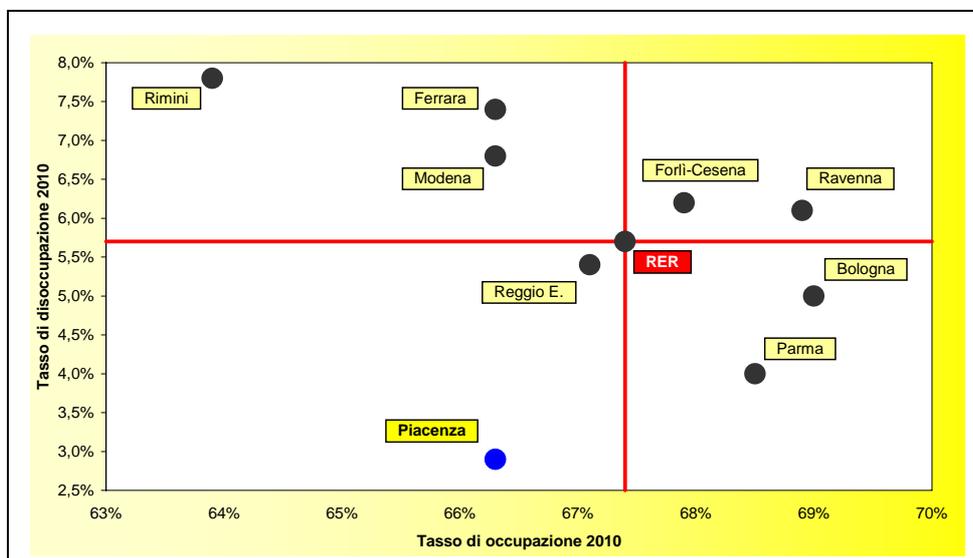


Figura 267: Tasso di occupazione e disoccupazione.

I lavoratori con contratto interinale sono di nuovo in crescita, dopo il calo degli ultimi anni, e si assestano su valori simili al 2006. La successiva Figura 268 mostra il rapporto tra lavoratori interinali e popolazione attiva nel 2011 e la variazione assoluta rispetto al 2005.

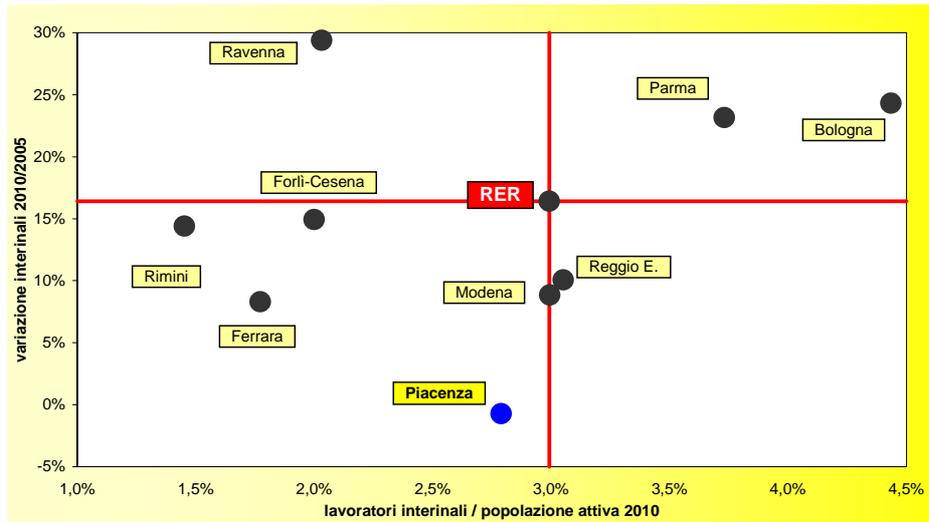


Figura 268: Lavoratori interinali e variazione.

La composizione per genere dei lavoratori interinali si è invertita dal 2009, da una prevalenza di maschi stabilmente intorno al 52% fino al 2008, negli ultimi due anni la proporzione di donne è mediamente intorno al 55%. A Piacenza nel 2010 la situazione è stata sovrapponibile alla media regionale: 46% maschi e 54% femmine, contro un 47% e 53% medio regionale. Le Province di Modena, Bologna e Ferrara presentano in termini relativi il maggior numero di donne (oltre il 66%), le Province di Ravenna e Forlì-Cesena la percentuale più alta di uomini (58%). Dal 2009 la composizione per genere

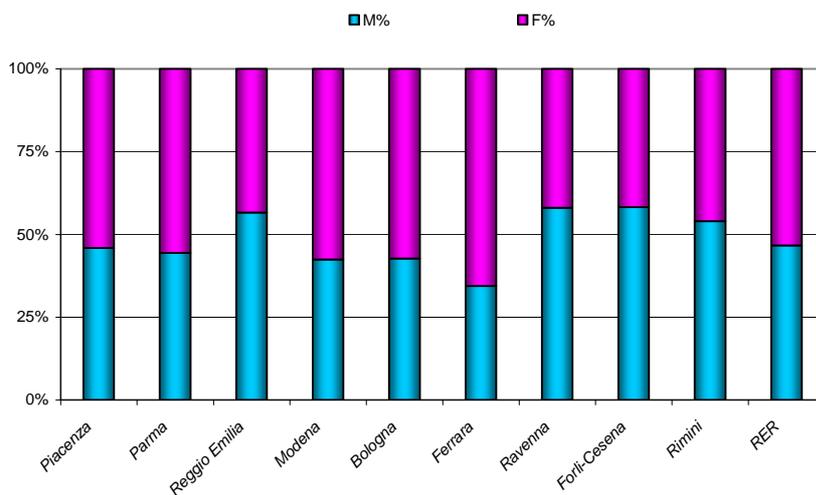


Figura 269: Composizione lavoratori interinali per genere.

I lavoratori extracomunitari (l'ultimo dato disponibile è relativo al 2010) rappresentano in Regione quasi il 6% della popolazione in età lavorativa, e sono quasi triplicati in valore assoluto rispetto al 2001. Nel 2010 Piacenza insieme a Parma ha superato anche Reggio Emilia nel rapporto tra



lavoratori stranieri e popolazione attiva, con una crescita del dato assoluto del 105% rispetto al 2005 (vedi Figura 270).

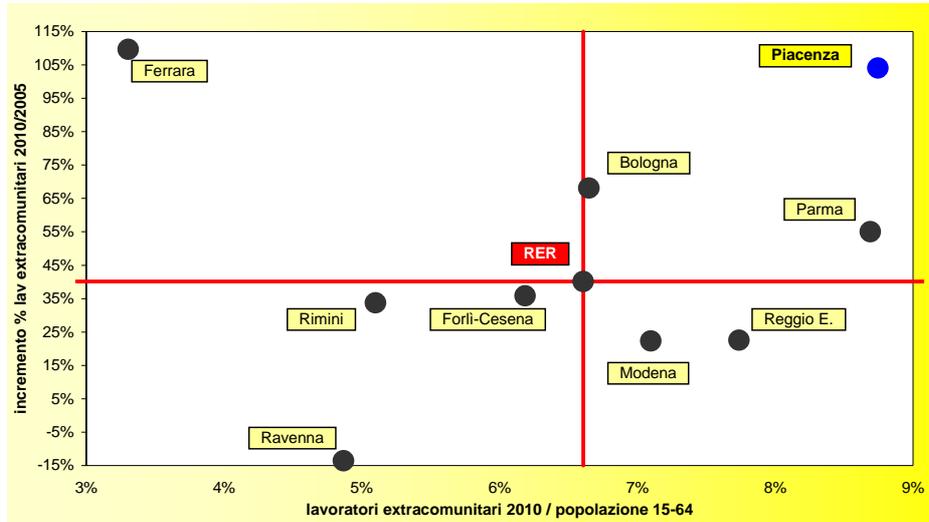


Figura 270: Lavoratori extracomunitari su popolazione attiva.

La successiva Figura 271 rappresenta l'andamento in valori assoluti della presenza di lavoratori extracomunitari nelle diverse Province della Regione, complessivamente nel 2010 oltre 170.000.

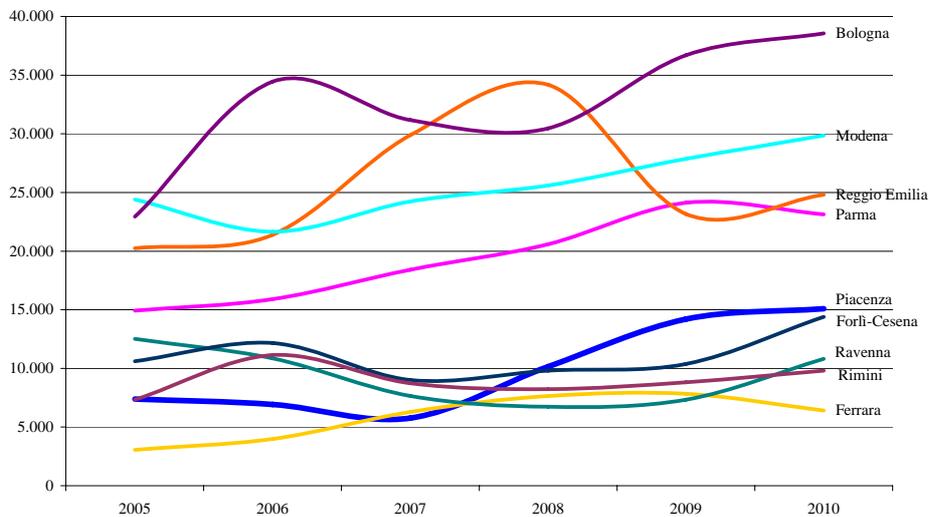


Figura 271: Trend lavoratori extracomunitari.

Disaggregando l'incremento dei lavoratori extracomunitari per genere, a livello regionale l'aumento delle lavoratrici è stato il doppio di quello relativo ai lavoratori. In Provincia di Piacenza l'incremento è molto superiore alla media regionale per entrambi i generi (vedi Figura 272), a fronte di situazioni molto differenziate tra le diverse realtà provinciali.

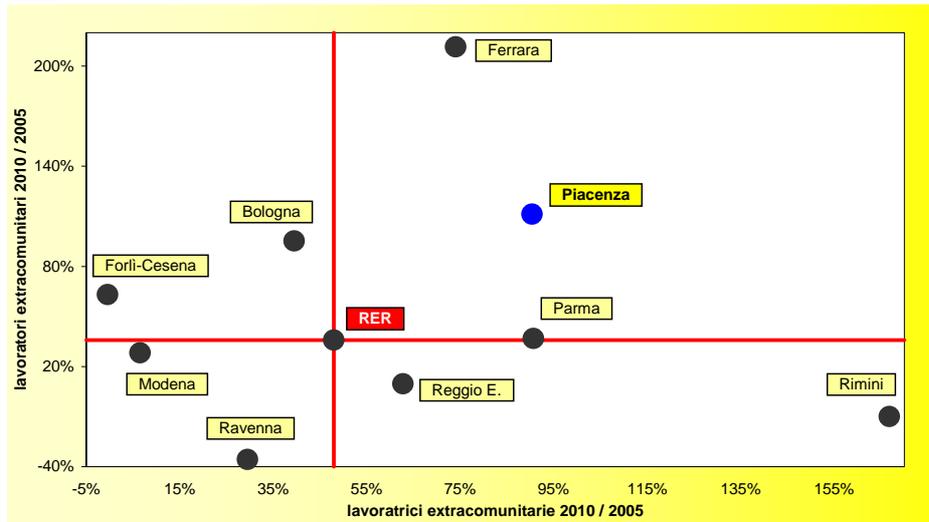


Figura 272: Incremento lavoratori extracomunitari per genere.

La percentuale di donne sul totale dei lavoratori extracomunitari è passata dal 26% del 2001, dato in assoluto più basso a livello regionale, al 32% del 2010, di poco inferiore alla media regionale (vedi Figura 273).

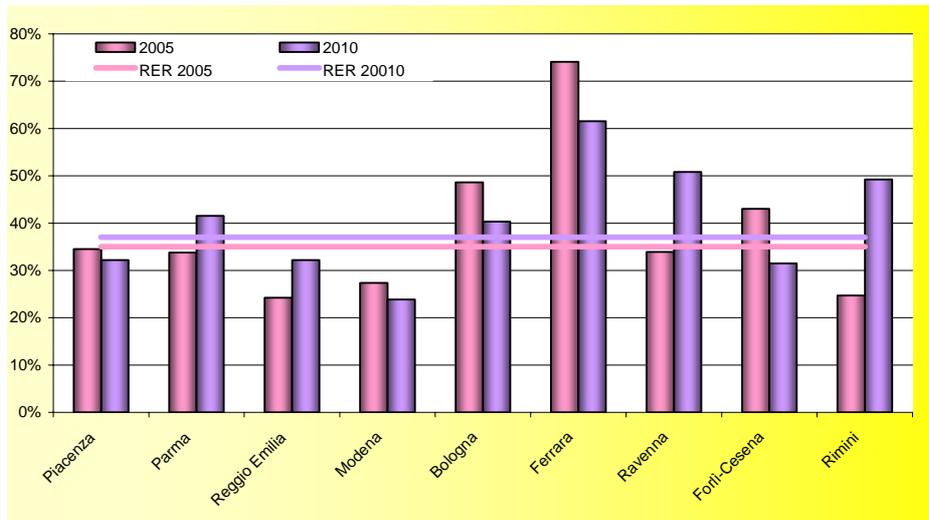


Figura 273: % lavoratrici extracomunitarie.

La maggior parte della popolazione lavorativa (ultimi dati disponibili quelli del dati 2010) è occupata nel terziario. La successiva Figura 274 l'andamento degli occupati per settore in Provincia (dati in migliaia di unità) e la Figura 275 il confronto con le altre Province in termini percentuali.

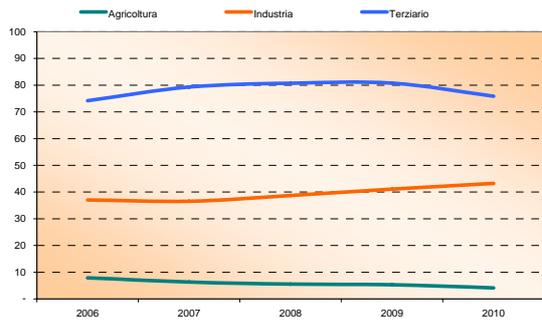


Figura 274: Trend occupati per settore, Provincia di Piacenza.

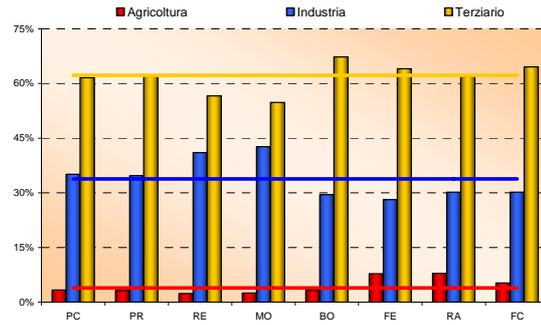


Figura 275: % occupati per settore.

Il reddito pro capite (vedi Figura 276) è leggermente inferiore a quello regionale (€ 20.500 rispetto a € 21.400), con una tendenza ad una ridotta spesa pro capite per consumi familiari (€ 17.700 rispetto a € 18.900). Dal 2005 il reddito disponibile è cresciuto in maniera leggermente superiore alla media regionale, in linea la crescita dei consumi (vedi Figura 277).

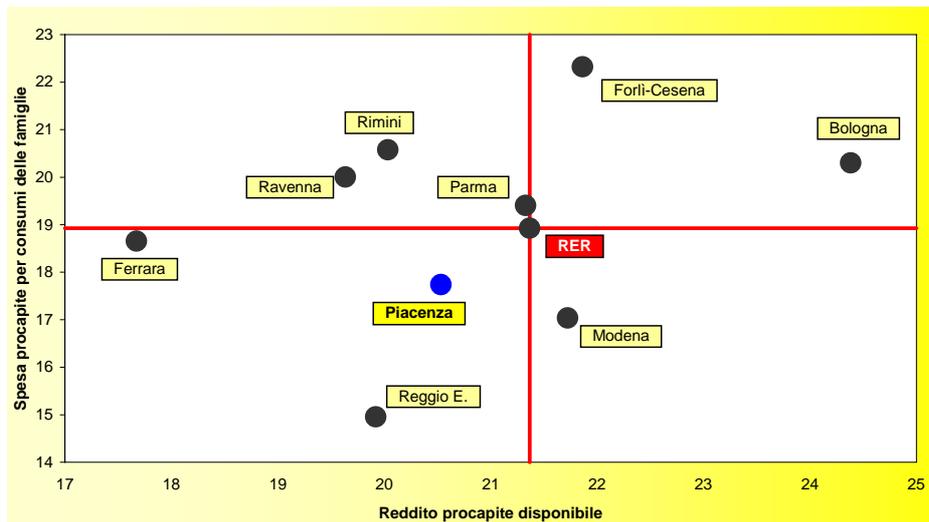


Figura 276: Reddito medio e consumi pro capite delle famiglie.

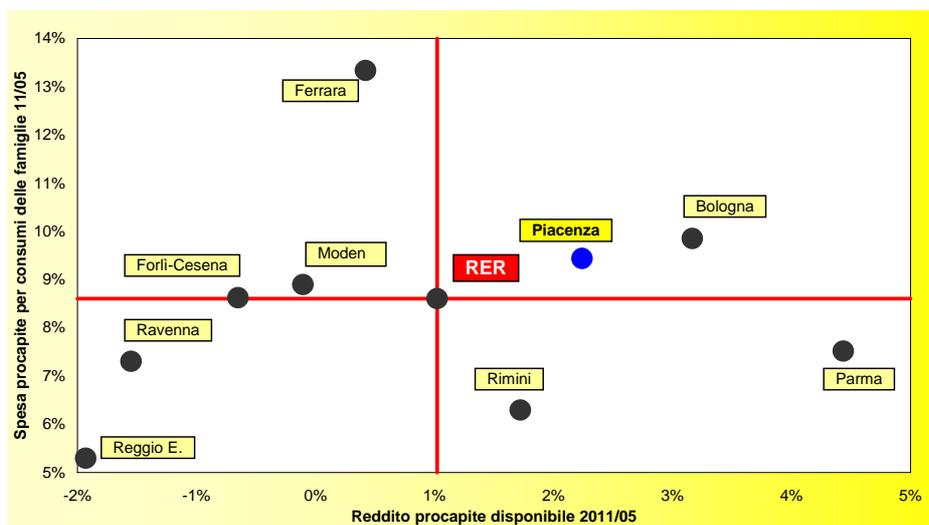


Figura 277: Variazione % reddito medio e consumi delle famiglie.



Dal 2009 si è registrato una leggera flessione in tutta la regione del reddito disponibile, in leggera ripresa nel 2011. In relazione invece alla spesa per consumi finali, alla flessione del 2009 è corrisposta una crescita fino dal 2010. L'andamento dei due indici a Piacenza e a livello medio regionale è illustrato nella successiva Figura 278.

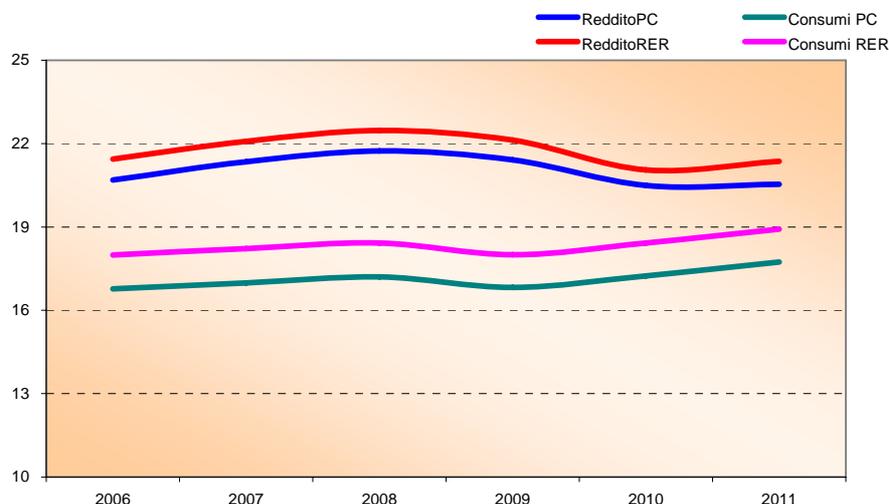


Figura 278: trend reddito e consumi, Piacenza e media regionale.

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, il tasso standardizzato di mortalità 2010 (ultimo anno disponibile) per tutte le cause della nostra Provincia è significativamente superiore alla media regionale sia per quanto riguarda la popolazione maschile, che, in misura minore, quella femminile.

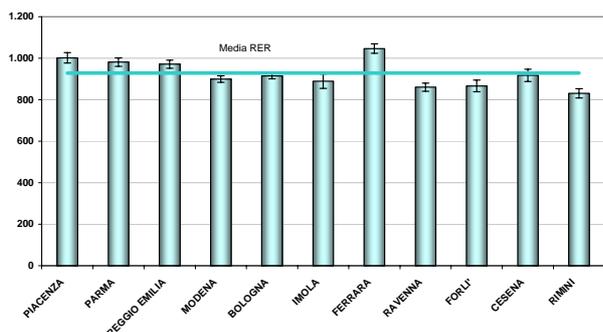


Figura 279: Mortalità per tutte le cause maschi.

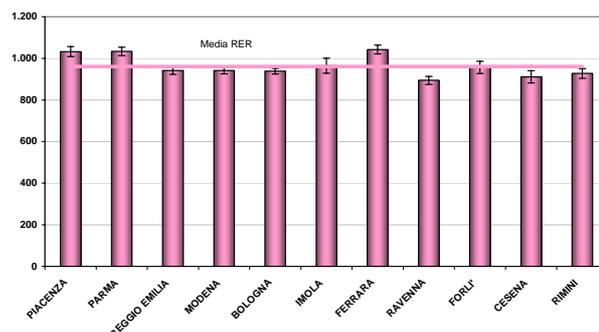


Figura 280: Mortalità per tutte le cause femmine.



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. Per la maggior parte delle cause di morte (vedi da Figura 281 a Figura 294), se si confrontano i tassi standardizzati, si può osservare che non sussistono differenze significative di mortalità fra la Provincia di Piacenza e la Regione. Per alcune cause di morte, invece, si è rilevata nel 2010 una mortalità significativamente superiore a quella regionale, in particolare per i tumori per entrambi i sessi, le malattie del sistema cardiocircolatorio per i maschi e le malattie dell'apparato digerente e per tumore della mammella per le femmine. Significativamente inferiore alla media regionale la mortalità per traumi e tumore al colon per le donne.

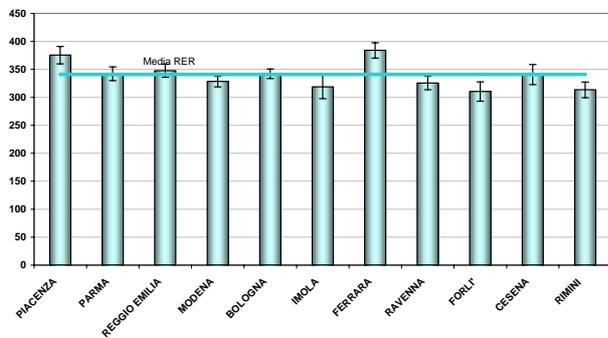


Figura 281: Mortalità per tumore M.

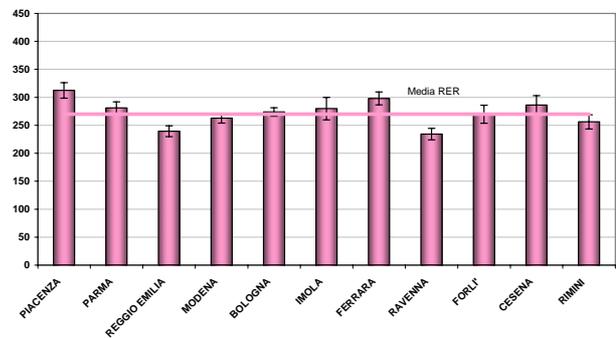


Figura 282: Mortalità per tumore F.

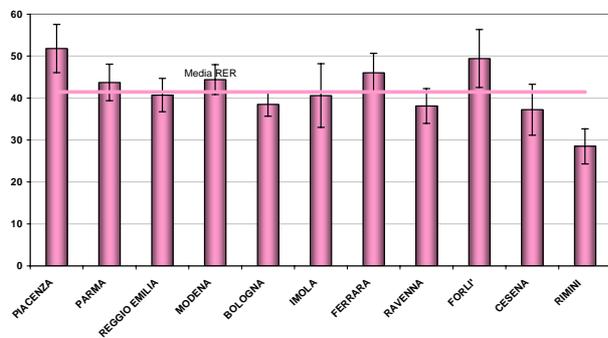


Figura 283: Mortalità per tumore mammella.

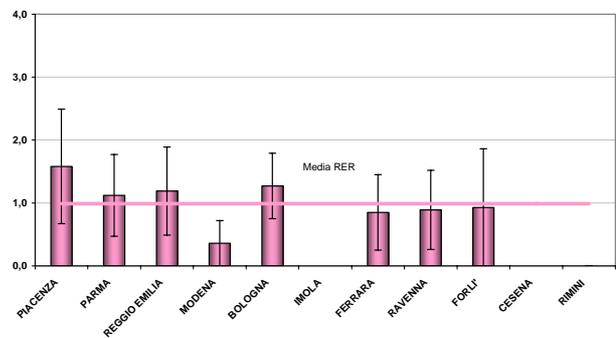


Figura 284: Mortalità per tumore collo dell'utero.

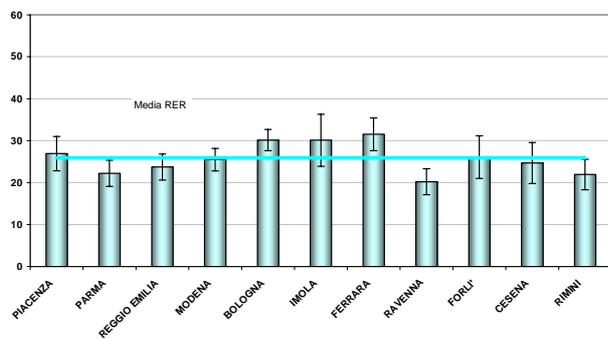


Figura 285: Mortalità per tumore colon retto M.

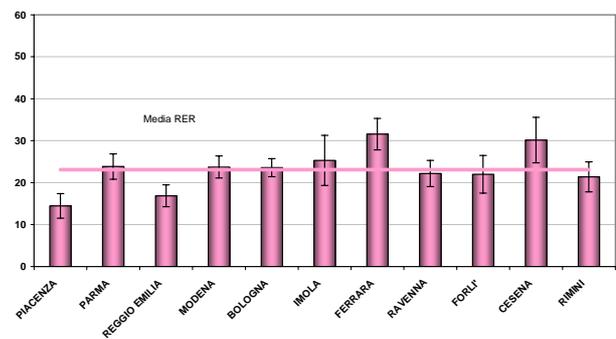


Figura 286: Mortalità per tumore colon retto F.

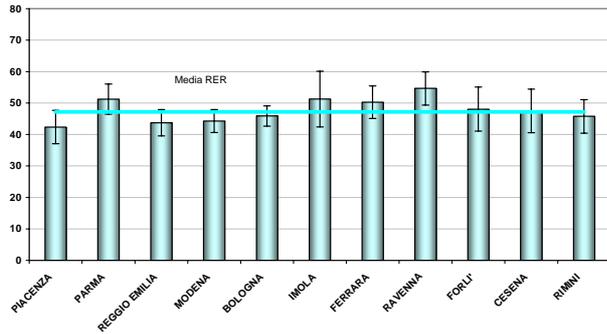


Figura 287: Mortalità per trauma ed avvelenamenti M.

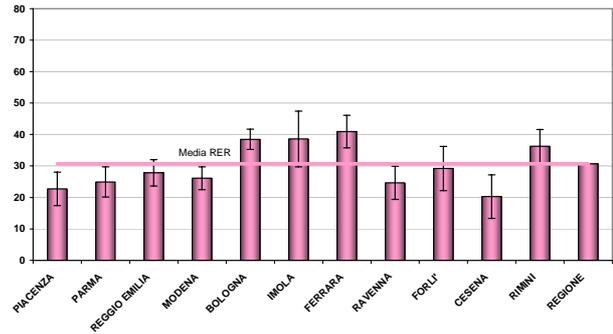


Figura 288: Mortalità per trauma ed avvelenamenti F.

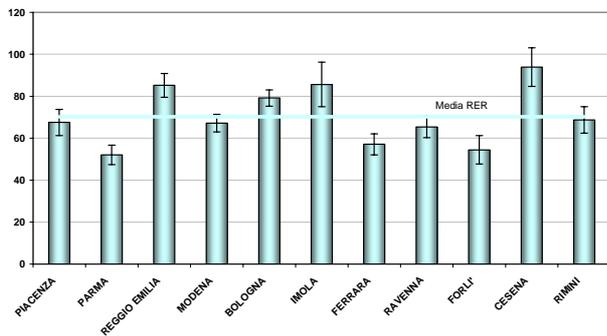


Figura 289: Mortalità per malattie app. respiratorio M.

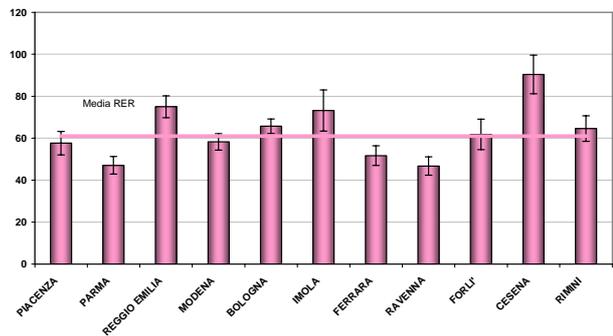


Figura 290: Mortalità per malattie app. respiratorio F.

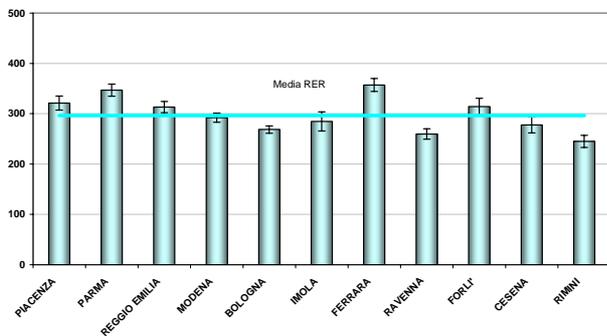


Figura 291: Mortalità per malattie sist. circolatorio M.

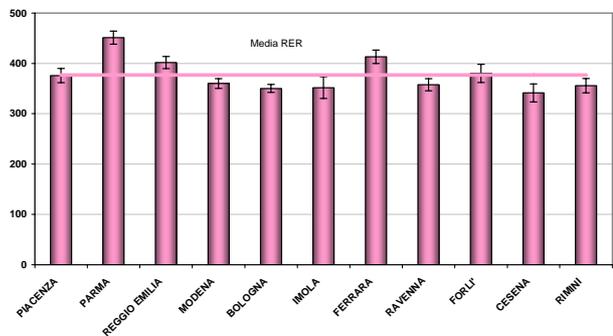


Figura 292: Mortalità per malattie sist. circolatorio F.

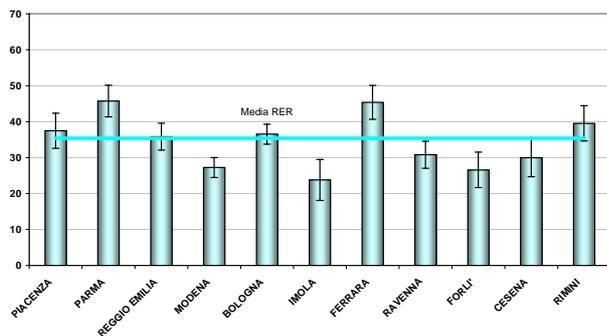


Figura 293: Mortalità per malattie app. digerente M.

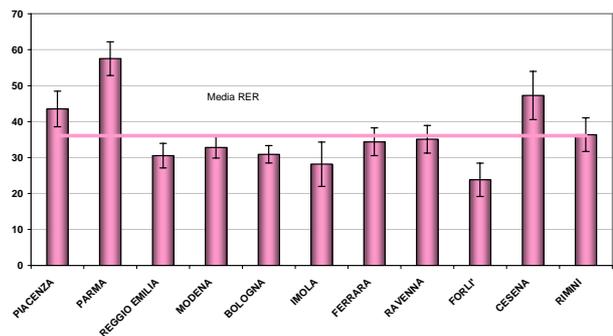


Figura 294: Mortalità per malattie app. digerente F.



Un altro indicatore che viene utilizzato per l'analisi della mortalità è il calcolo degli anni di vita persi. E' un indicatore che 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 2008-2010). In genere i valori a Piacenza sono inferiori e in qualche caso sovrapponibili alla media regionale.

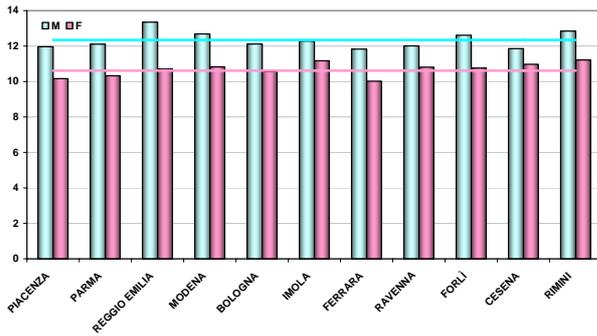


Figura 295: Anni di vita persi per mortalità generale.

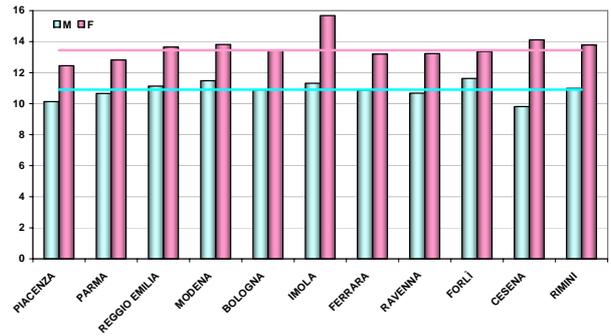


Figura 296: Anni di vita persi per tumori.

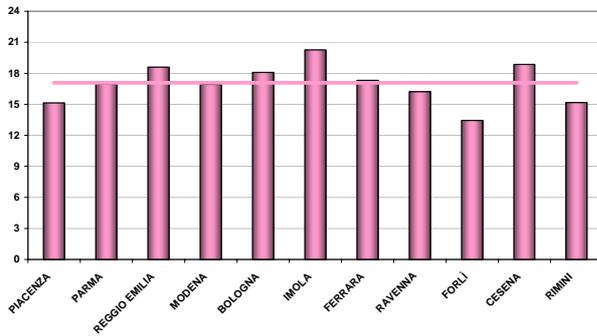


Figura 297: Anni di vita persi per tumore mammella.

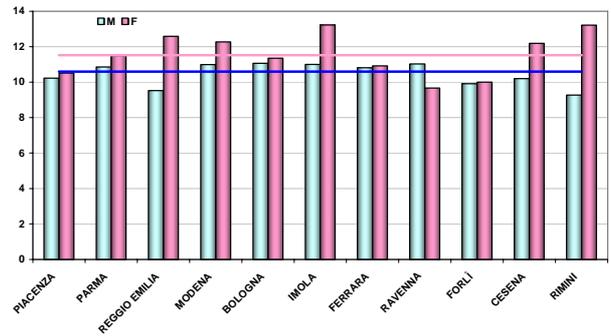


Figura 298: Anni di vita persi per tumore del colon retto 2007-09.

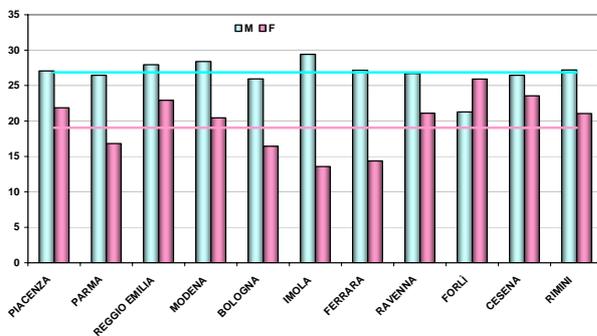


Figura 299: Anni di vita persi per traumatismi ed avvelenamenti.

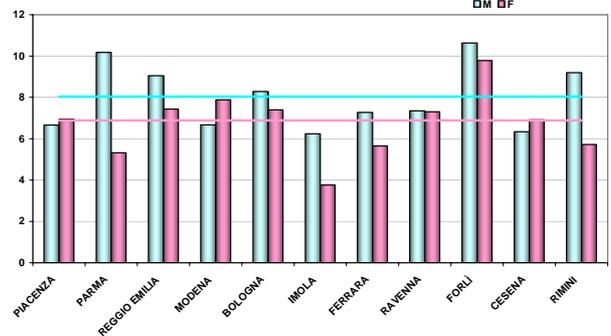


Figura 300: Anni di vita persi per malattie apparato respiratorio.

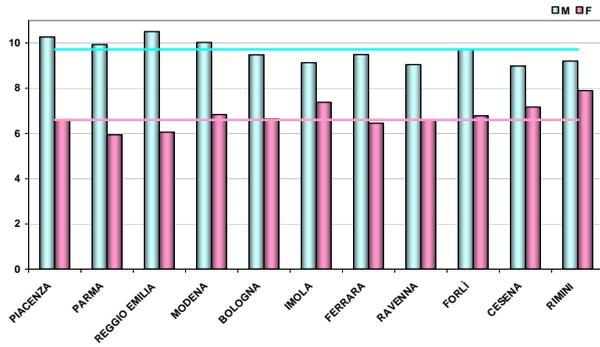


Figura 301: Anni di vita persi per mal sist circolatorio.

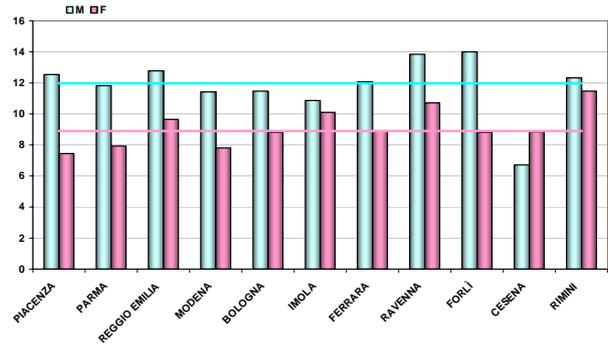


Figura 302: Anni di vita persi per malattie apparato digerente.

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 2001 e il 2008, calcolata biennale per una maggiore stabilità, è illustrata nella successiva Figura 303. In provincia di Piacenza l'incidenza si mantiene da anni stabilmente sotto la media regionale.

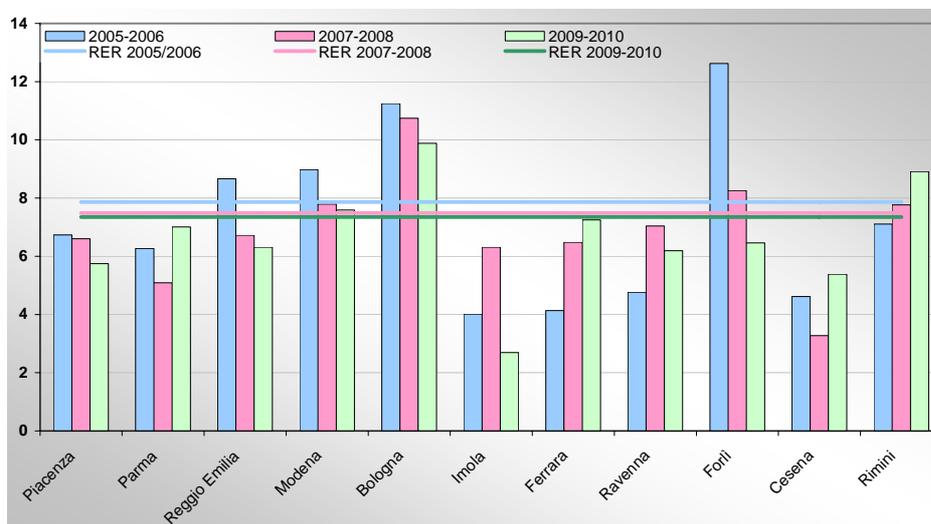


Figura 303: Incidenza TBC.

Per quanto concerne l'AIDS, i dati relativi alla prevalenza indicano sia un andamento che un valore in linea con la media regionale: nel 2010 il tasso di prevalenza provinciale era pari a 42 per 100.000 abitanti e quello regionale pari a 41 per 100.000 abitanti.

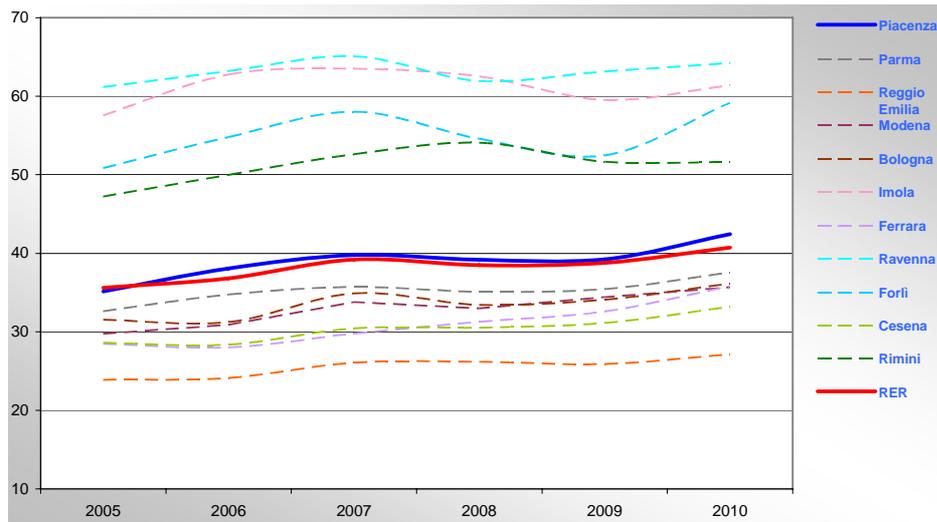


Figura 304: Prevalenza AIDS.

Anche i dati relativi all'incidenza (sempre calcolati per 100.000 residenti) mostrano a livello regionale una sostanziale stabilità tra il 2000 e il 2004, e un calo negli anni successivi, anche se con tassi molto differenziati tra le Province.

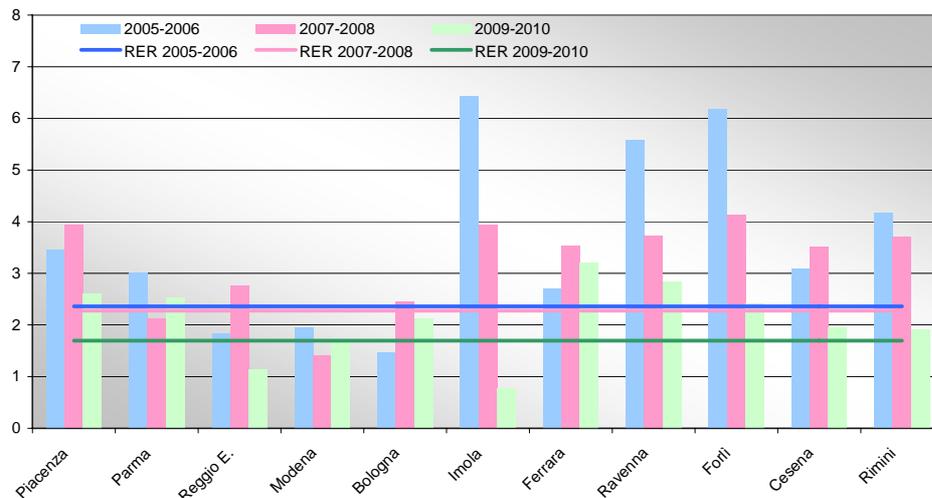


Figura 305: Incidenza AIDS.

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. Sono ora disponibili i dati relativi al quadriennio 2008-2011, dai quali emerge che in Provincia di Piacenza:

- la percentuale di obesi è inferiore rispetto a quella regionale (9,2% contro il 11,5%), in entrambi i casi in crescita rispetto al dato precedentemente disponibile (7,4% contro 10,7%);



- le persone sedentarie (quelle che non effettuano un lavoro pesante e praticano attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato) sono in numero superiore (25,2% contro 23,1%), anche in questo caso in crescita (erano il 24,4% contro il 21,8%);
- il 33,5% della popolazione aderisce alle linee guida sull'attività fisica contro il 30,5% della popolazione regionale, in misura maggiore rispetto alla precedente rilevazione (31,9% contro 28,7%);
- i fumatori, invece, sono in percentuale maggiore (31,8% contro il 29,6%), dato in calo rispetto alla precedente rilevazione (33,3% contro 30,2%). Come a livello regionale, i fumatori sono in maggioranza maschi (55,1%, sovrapponibile al 55,6% regionale e in crescita relativa rispetto ai precedenti 53,7% e 56,4%).

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 (25,4% contro 22,7%).

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 306). Di conseguenza, se si analizzano i diversi indicatori relativi agli incidenti stradali (vedi Figura 307), si può osservare come il rapporto di pericolosità (morti/morti e feriti) ed il rapporto di mortalità (morti/incidenti) mostrino un picco nel 2008 per poi ridiscendere dal 2009, mentre il Rapporto di lesività (feriti/incidenti) tenda a rimanere pressoché costante. In valore assoluto nel 2009 sia il rapporto di mortalità che il rapporto di pericolosità sono stati in Provincia di Piacenza leggermente inferiori alla media regionale (vedi la successiva Figura 308).

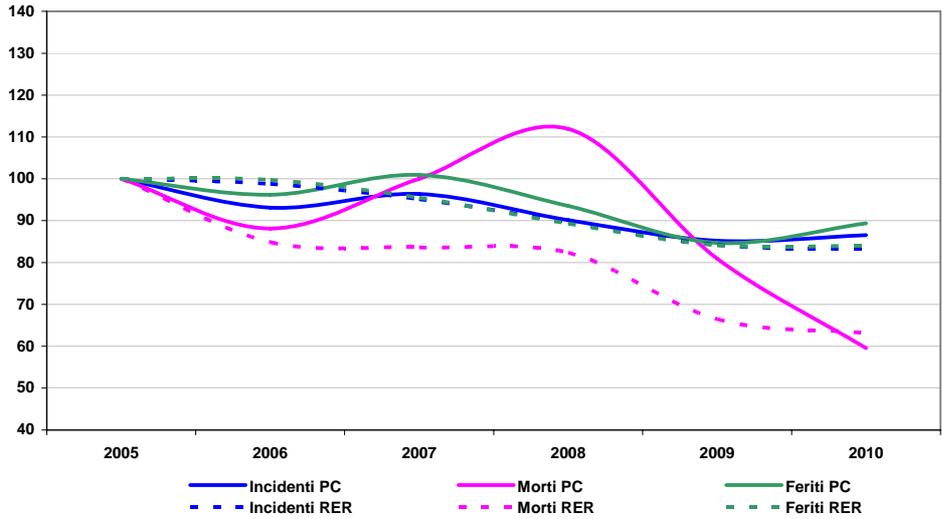


Figura 306: Numeri indice incidenti stradali.

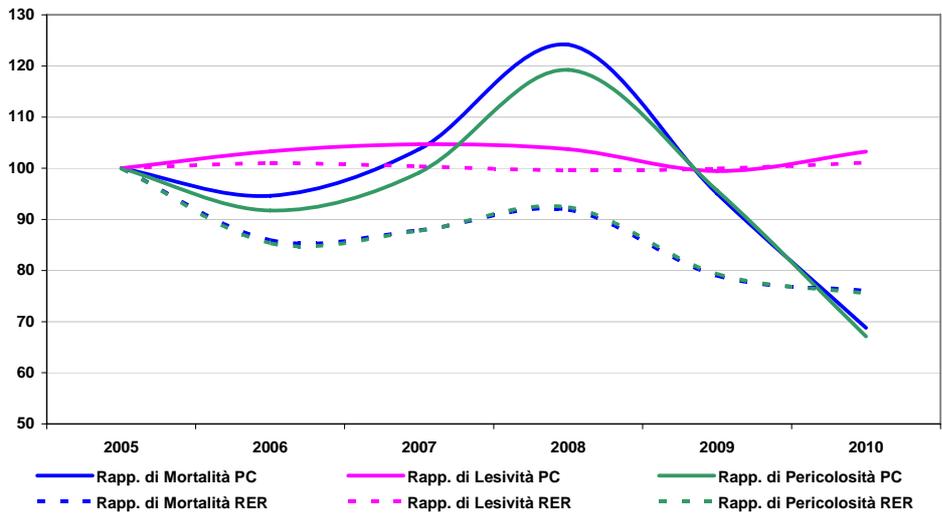


Figura 307: Numeri indice indicatori relativi agli incidenti stradali.

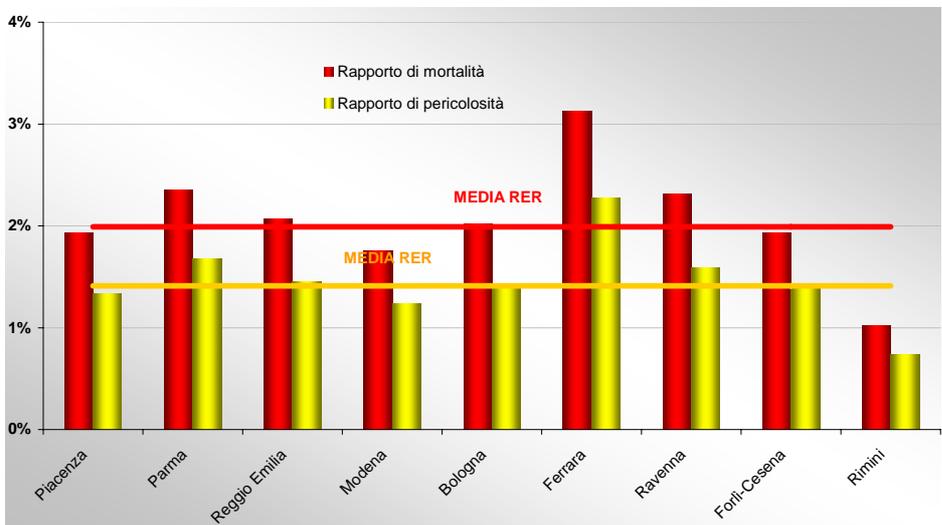


Figura 308: Confronto RER indicatori relativi agli incidenti stradali.



Infortuni

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 309), mentre per il dato standardizzato sono possibili confronti solo all'interno della Regione (vedi Figura 310).

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.

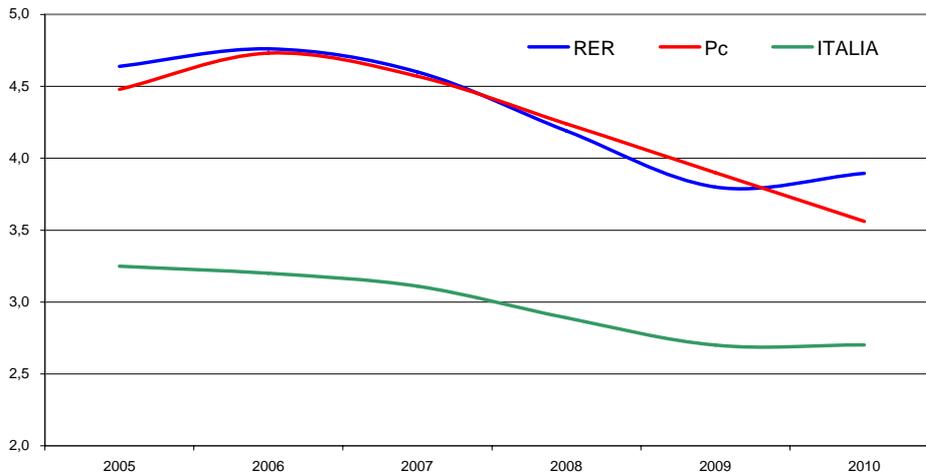


Figura 309: Infortuni indennizzati per 100 addetti (tasso grezzo).

Il tasso standardizzato a Piacenza è sempre inferiore al dato medio regionale, anche se con scarti fino al 2009 sempre più ridotti. Nel 2010, ultimo dato disponibile, si è verificato un ulteriore consistente calo sia a livello regionale che ancora più marcato a livello locale.

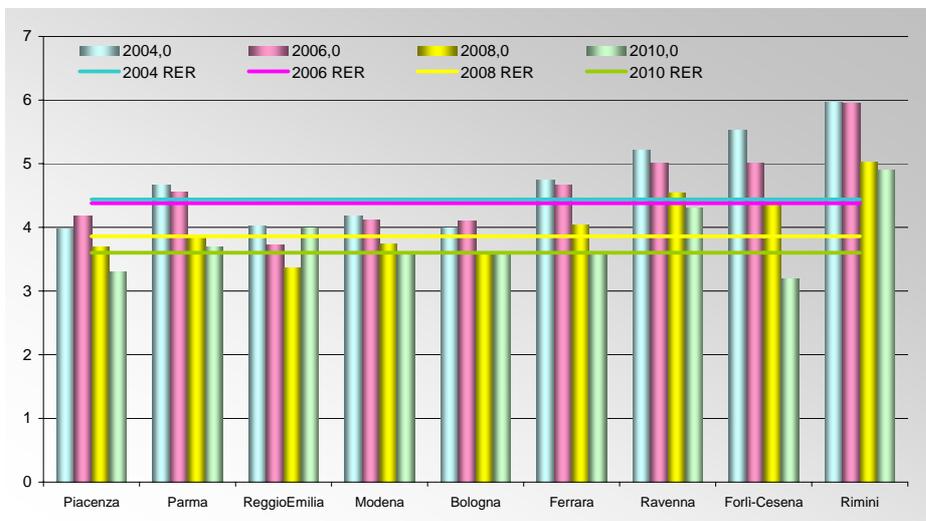


Figura 310: Infortuni indennizzati per 100 addetti (tasso standardizzato).





Figura 312: Offerta territoriale – 2.

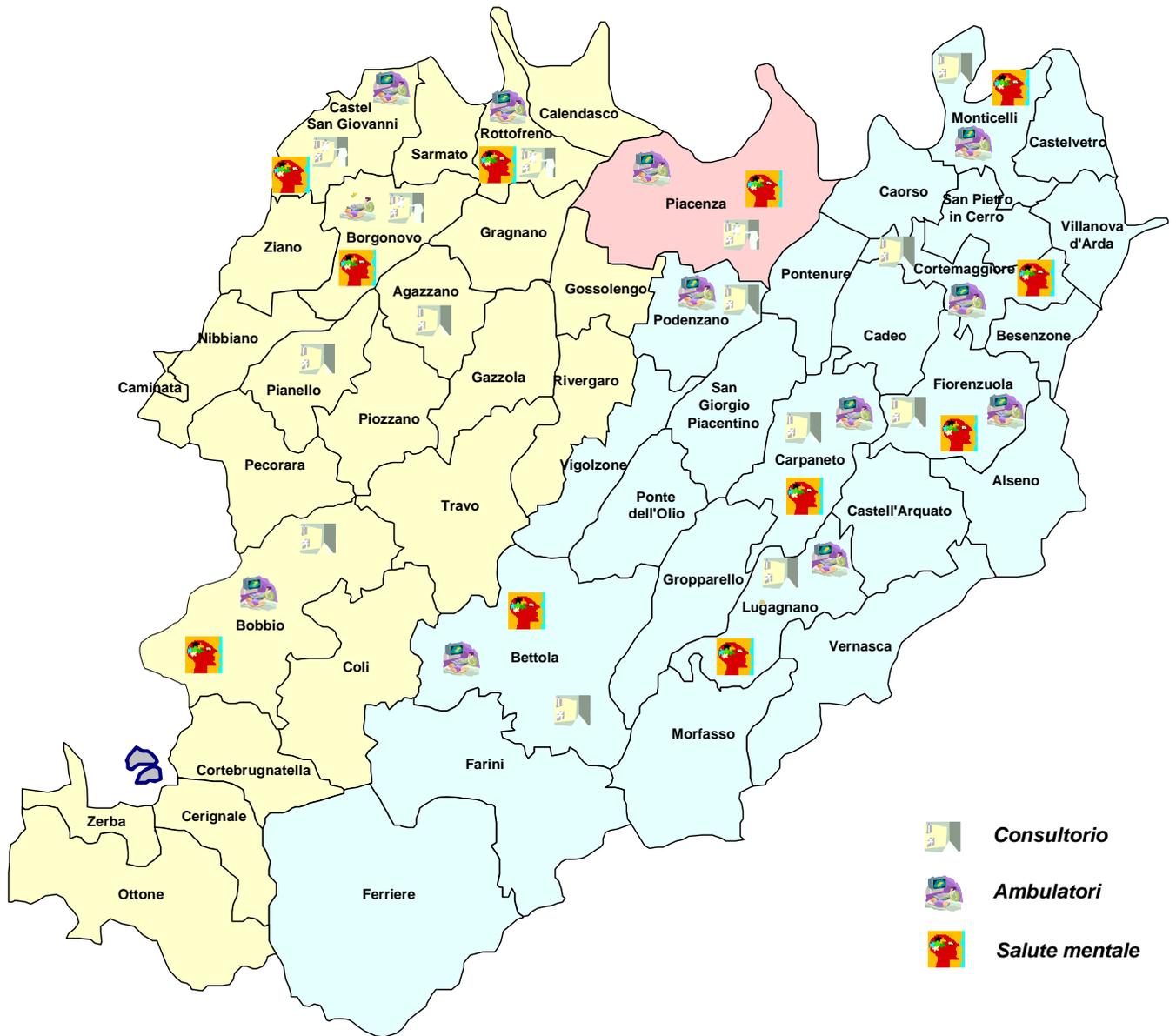


Figura 313: Offerta territoriale – 3.



Figura 314: Offerta territoriale – 4.



Appendice 3: Qualità dell'assistenza

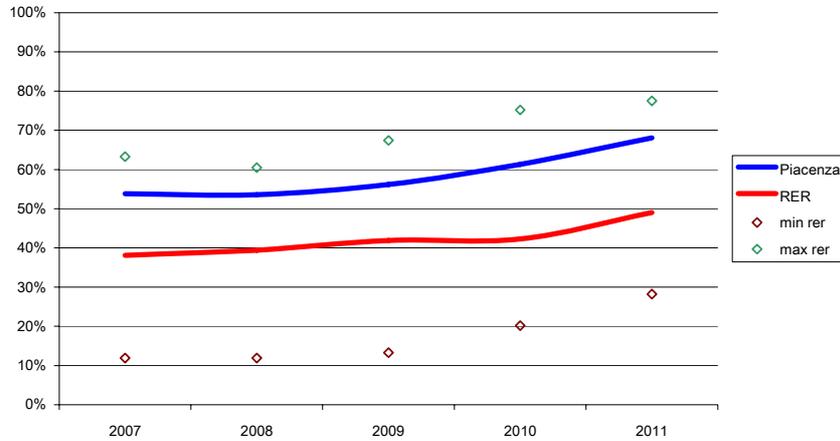


Figura 315: Proporzione di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero.

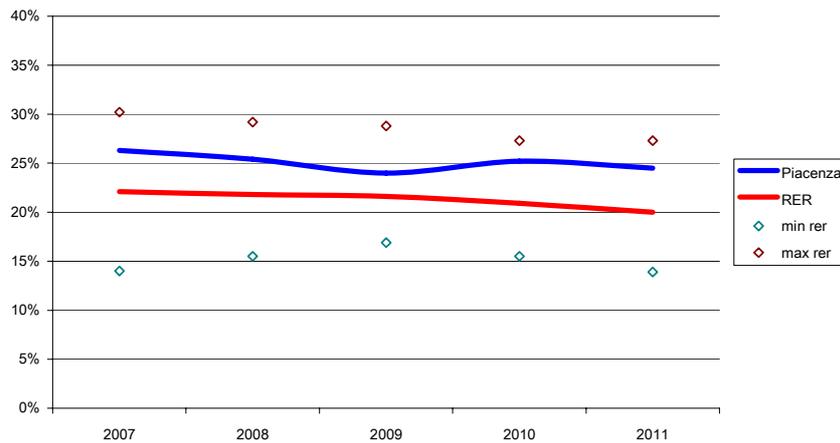


Figura 316: Proporzione di parti con taglio cesareo primario.

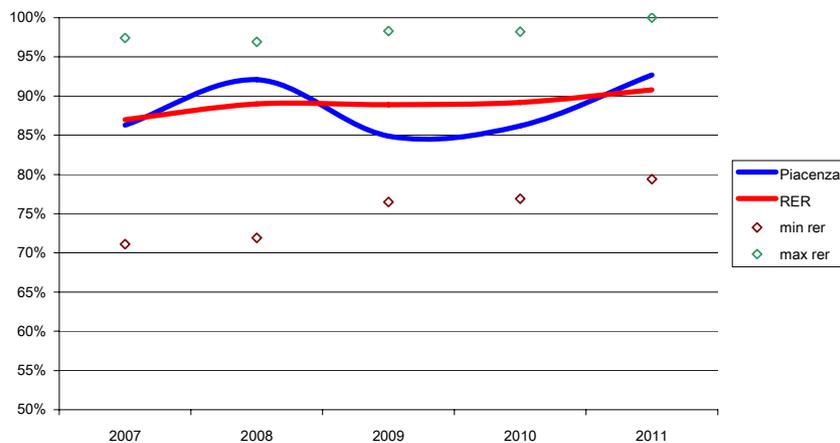


Figura 317: Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica.

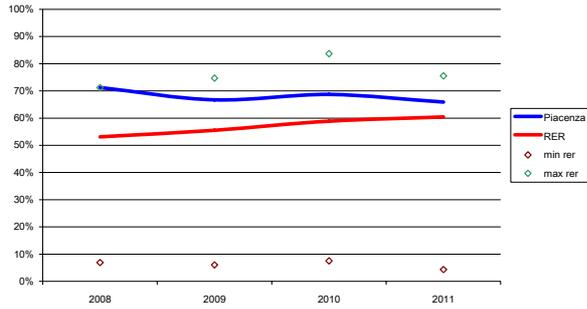


Figura 318: Proporzione di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI (per singola azienda di ricovero).

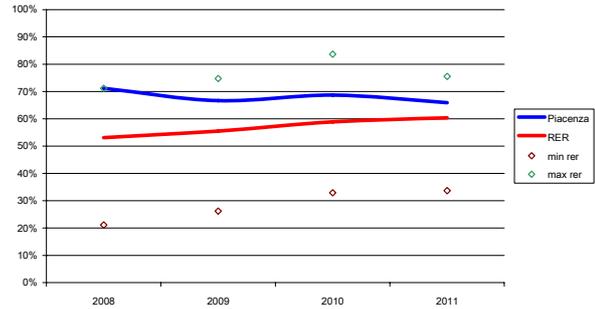


Figura 319: Proporzione di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti (per Provincia di ricovero¹¹).

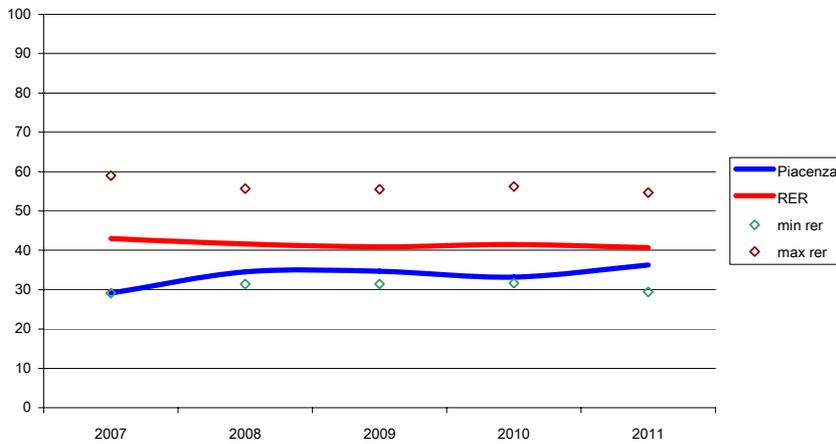


Figura 320: Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio*10.000 residenti.

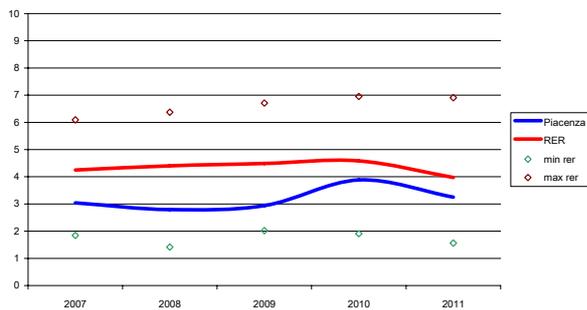


Figura 321: Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a breve termine in pazienti diabetici *10.00 residenti.

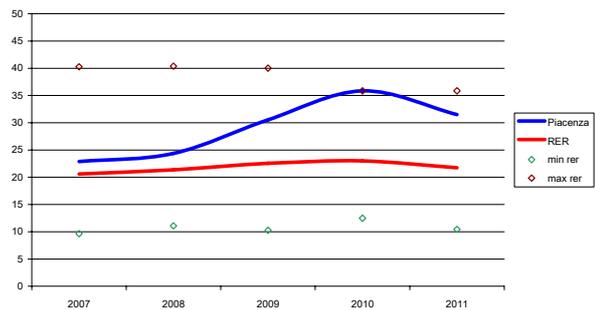


Figura 322: Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici *10.000 residenti.

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.

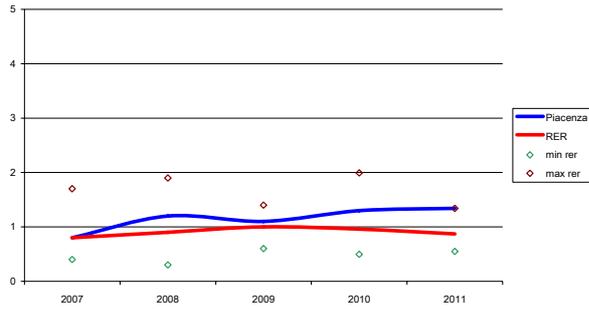


Figura 323: Tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici*10.000 residenti.

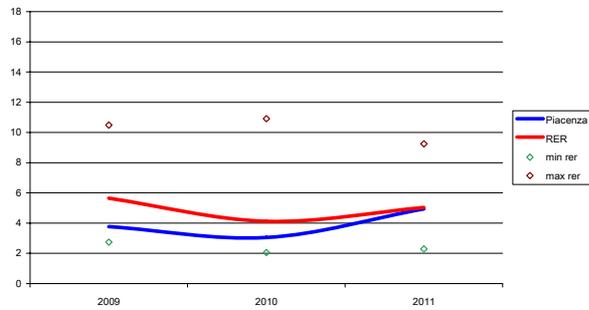


Figura 324: Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani (> 65 anni)*10.000 residenti.

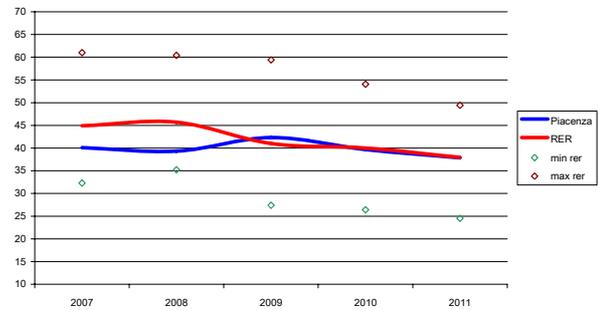


Figura 325: Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili (asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari)*10.000 residenti.

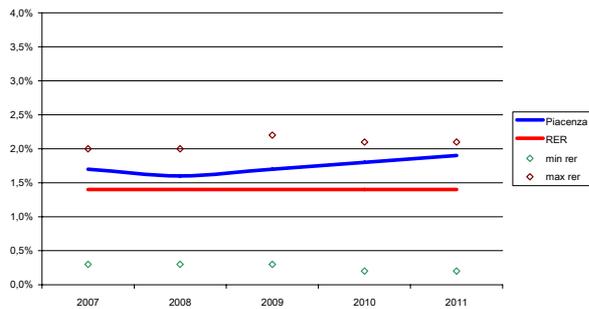


Figura 326: Proporzioe di ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione.

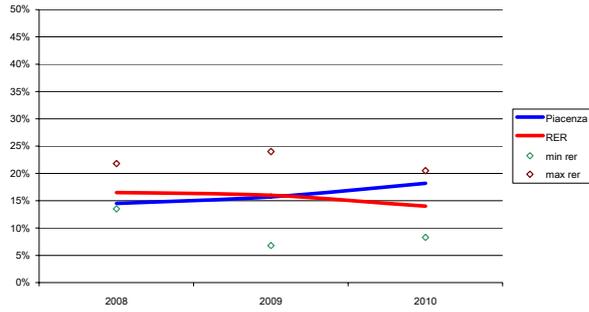


Figura 327: Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI. Per Azienda sanitaria di residenza.

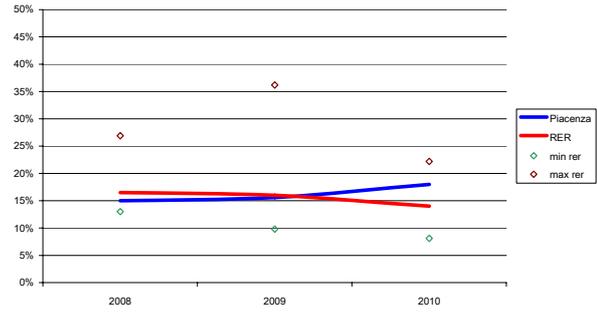


Figura 328: Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI. Per Azienda sanitaria di ricovero.

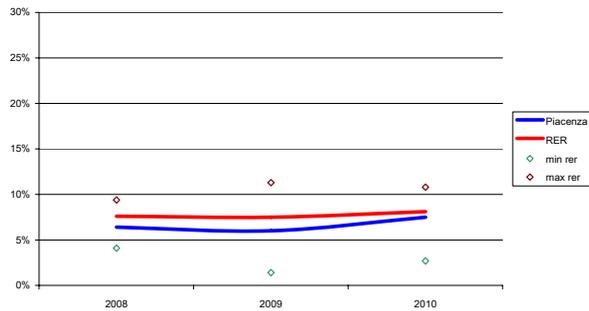


Figura 329: Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI. Per Azienda sanitaria di residenza.

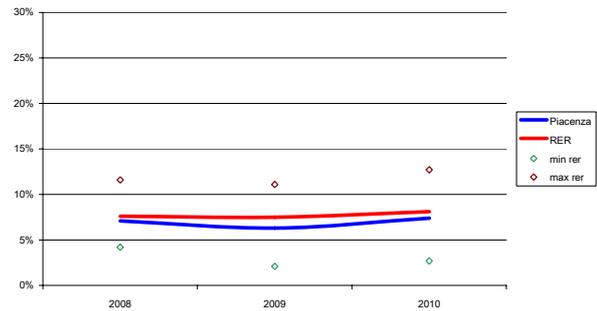


Figura 330: Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI. Per Azienda sanitaria di ricovero.

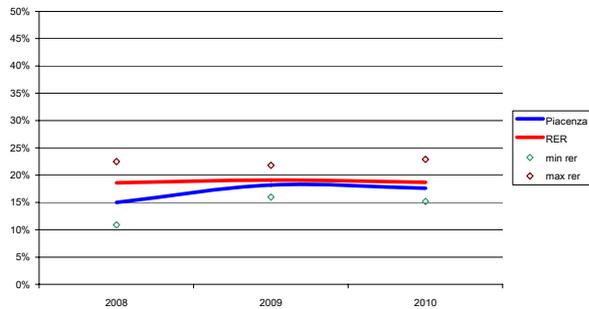


Figura 331: Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di ICTUS. Per Azienda sanitaria di residenza.

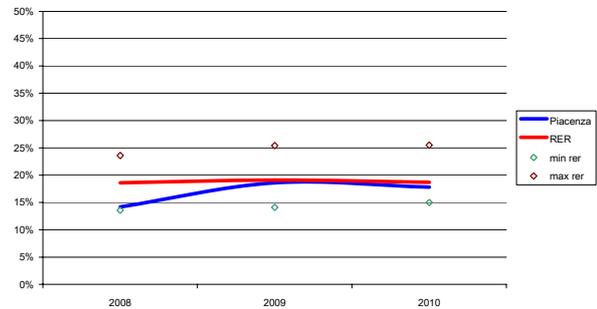


Figura 332: Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di ICTUS. Per Azienda sanitaria di ricovero.



Appendice 4: La “carta di identità” del personale

Tipologia Contrattuale	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dipendenti	3.538	3.532	3.603	3.563	3.600	3.639	3.658
Convenzionati	415	405	400	393	391	402	399
Altro	92	96	112	102	119	100	83
TOTALE	4.045	4.033	4.115	4.058	4.110	4.141	4.140

Tabella 13: Personale per tipologia.

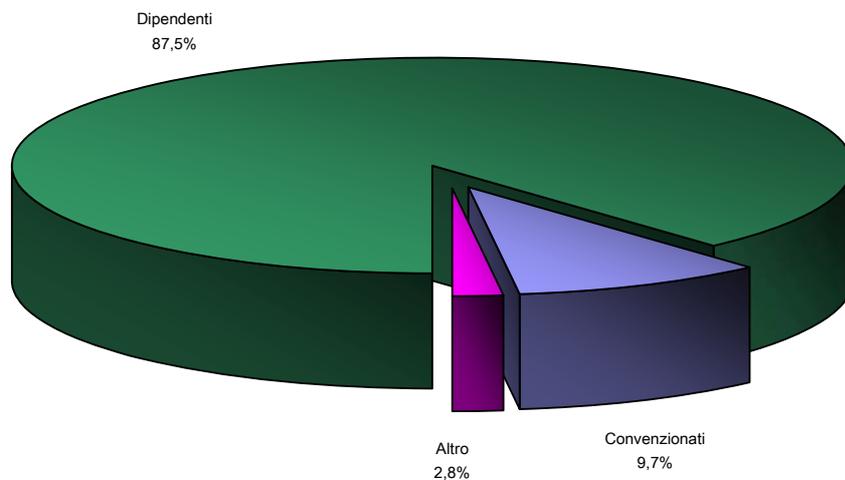


Figura 333: Composizione del personale.

Assunzioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006-2011
Tempo Indeterminato	47	132	96	144	133	101	552
Tempo determinato (compreso art. 15)	98	81	39	58	67	60	343
Mobilità da altre Aziende	22	18	15	13	13	18	81
Categorie protette	7	1	0	0	0	0	8
Incarichi straordinari annuali	44	38	22	3	2	3	109
Totale assunzioni	218	270	172	218	215	182	1275

Cessazioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006-2011
Pensionamenti	55	95	73	54	93	59	370
Dimissioni volontarie:							
- Tempo indeterminato	24	22	16	26	20	40	108
- Tempo determinato	35	43	24	47	17	8	166
Fine incarico	78	10	76	14	21	15	199
Mobilità verso altre Aziende	27	28	18	37	16	31	126
Altro	5	1	5	3	9	10	23
Totale cessazioni	224	199	212	181	176	163	1155

Assunzioni-cessazioni	-6	71	-40	37	39	19	120
-----------------------	----	----	-----	----	----	----	-----

Tabella 14: Movimento del personale.



Dipendenti	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Medici e veterinari	607	615	614	614	615	612	614
Altri dirigenti	95	95	97	101	103	100	101
Infermieri	1.359	1.411	1.437	1.416	1.433	1.465	1.475
OTA, OSS, Ausiliari	249	209	246	259	269	284	300
Tecnici sanitari	165	168	175	170	171	176	177
Amministrativi	355	349	362	347	343	339	331
Altro personale	708	685	672	656	666	663	660

Tabella 15: 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.

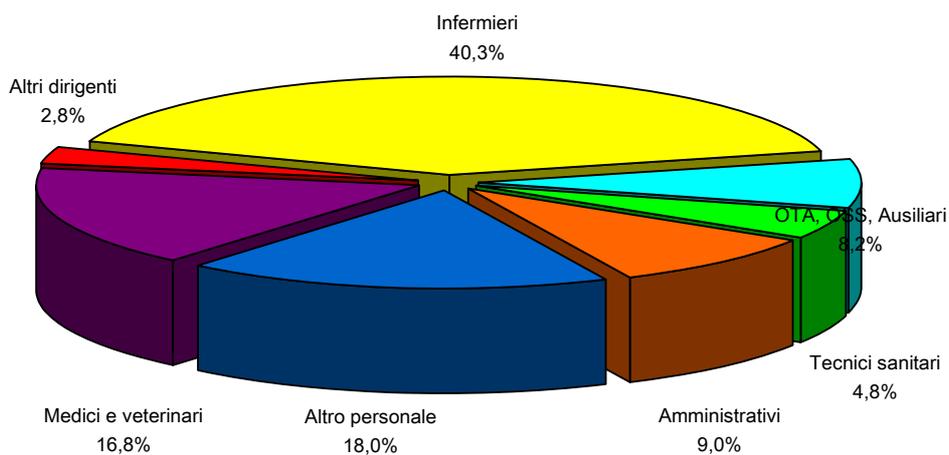


Figura 334: % personale dipendente per categoria.



Convenzionati	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
MMG	226	222	215	213	214	213	206
PLS	34	34	33	33	34	33	33
Continuità assistenziale	89	87	87	82	79	86	89
Sumaisti e Medicina dei servizi	66	62	65	65	64	70	71
<i>Continuità assistenziale (pers. equivalente)</i>	<i>53</i>						
<i>Sumaisti e medicina dei servizi (pers. equivalente)</i>	<i>28</i>	<i>27</i>	<i>28</i>	<i>28</i>	<i>30</i>	<i>32</i>	<i>34</i>

Tabella 16: Personale convenzionato per categoria.

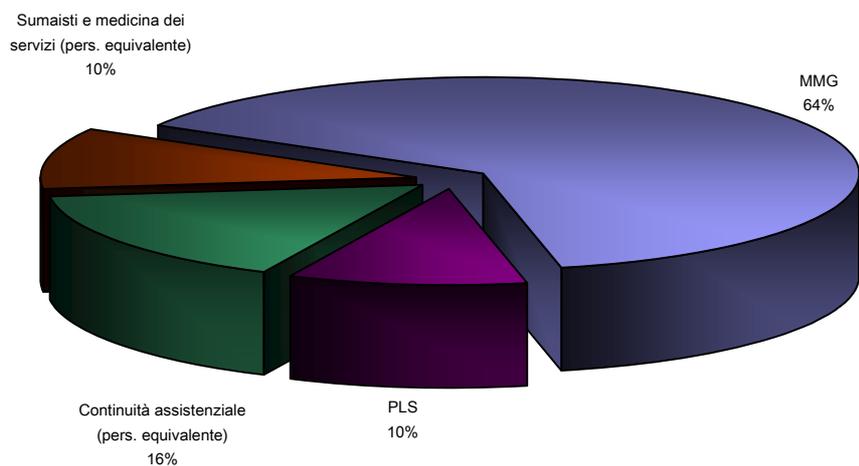


Figura 335: % personale convenzionato per categoria.

Altro personale	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Incarichi libero professionali	53	58	68	65	84	78	64
Co.co.co.	26	25	34	28	27	17	13
Borse di studio	13	13	10	9	8	5	6
Totale	92	96	112	102	119	100	83

Tabella 17: Altro personale per categoria.

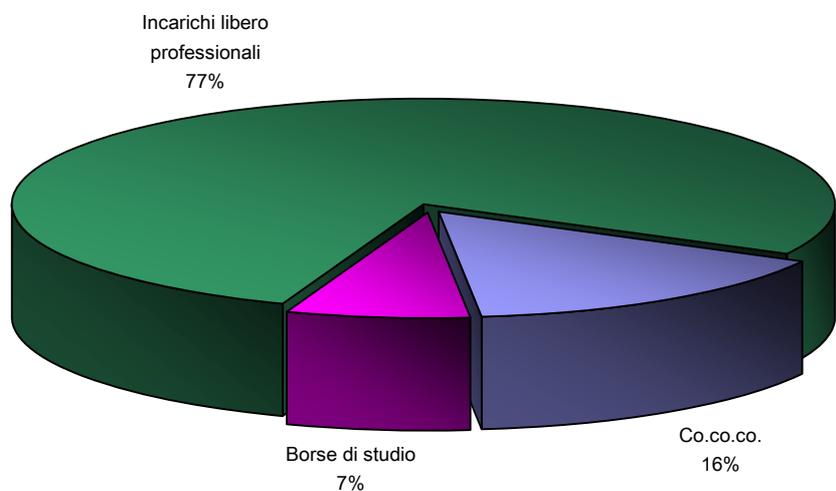


Figura 336: % altro personale per categoria.



	Ospedale							Territorio							Supporto						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Medici e veterinari	433	444	446	445	442	446	455	165	164	162	163	154	148	142	9	7	6	6	19	18	17
Altri dirigenti	21	19	17	15	11	11	11	33	33	35	36	36	35	37	41	43	45	50	56	54	53
Infermieri	1103	1133	1149	1140	1136	1152	1134	227	236	244	239	257	275	270	29	42	44	37	40	38	71
OTA - OSS - Ausiliari	203	165	200	212	222	237	252	44	41	40	40	40	40	41	2	3	6	7	7	7	7
Tecnici sanitari	165	168	175	170	170	174	175	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2
Amministrativi	2	2	4	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	353	347	357	345	343	339	331
Altro personale	209	209	206	202	195	179	174	245	241	239	234	233	240	236	254	235	227	220	238	244	250

Tabella 18: Personale dipendente per livello di assistenza.

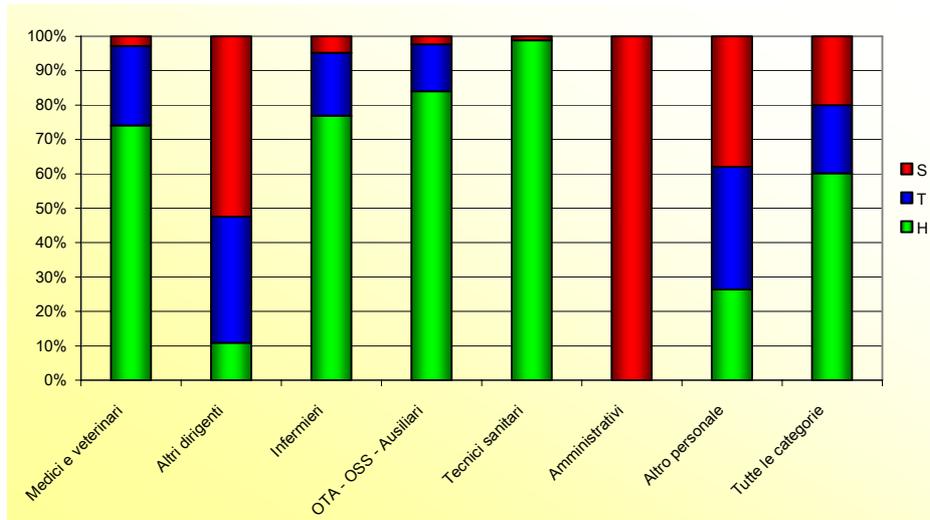


Figura 337: Distribuzione dipendenti per categoria e livello di assistenza.

	2006					2007					2008				
	<=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	57	134	285	135	4	50	134	283	143	4	55	122	256	173	8
Altri dirigenti	3	16	56	19	1	3	19	52	23	0	4	20	51	26	0
Infermieri	452	576	314	69	0	422	591	351	72	1	356	615	371	74	0
OTA - OSS - Ausiliari	13	87	98	11	0	24	94	116	12	0	24	83	136	16	0
Tecnici sanitari	38	57	59	14	0	42	55	61	17	0	38	49	66	17	0
Amministrativi	26	109	161	53	0	26	100	176	59	1	26	86	175	59	1
Altro personale	66	197	341	80	1	67	170	342	91	2	61	150	343	102	0
Tutte le categorie	655	1176	1314	381	6	634	1163	1381	417	8	564	1125	1398	467	9



	2009					2010					2011				
	<=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	119	240	191	5	65	121	227	197	2	60	133	220	200	1
Altri dirigenti	3	18	48	34	0	4	15	42	39	0	3	18	41	38	1
Infermieri	316	628	388	101	0	312	630	413	110	0	302	617	443	113	0
OTA - OSS - Ausiliari	20	78	146	25	0	19	72	160	33	0	13	73	170	44	0
Tecnici sanitari	39	47	69	16	0	41	45	66	24	0	44	41	61	31	0
Amministrativi	22	73	191	57	0	25	71	178	65	0	21	64	168	78	0
Altro personale	64	146	344	111	1	71	135	331	125	1	68	116	331	144	1
Tutte le categorie	524	1109	1426	535	6	537	1089	1417	593	3	511	1062	1434	648	3

Tabella 19: Personale dipendente per età e categoria.

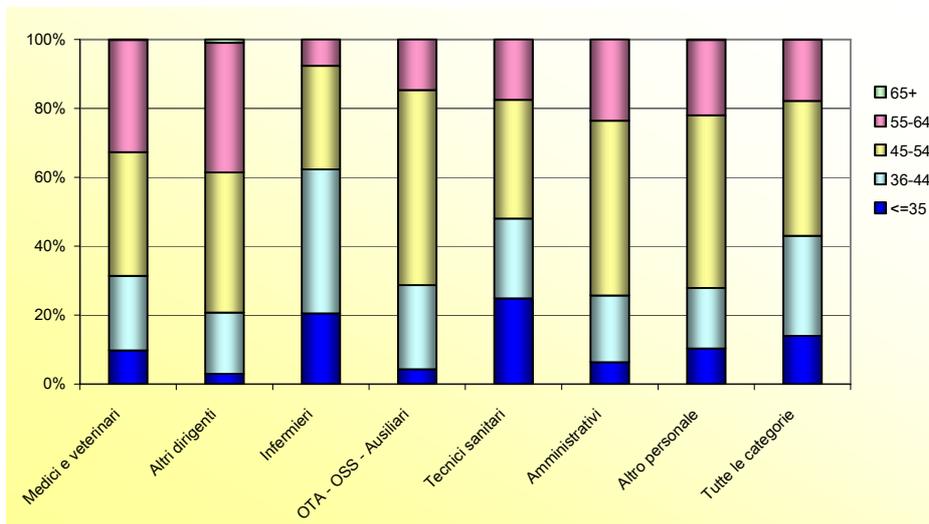


Figura 338: % dipendenti per categoria ed età.

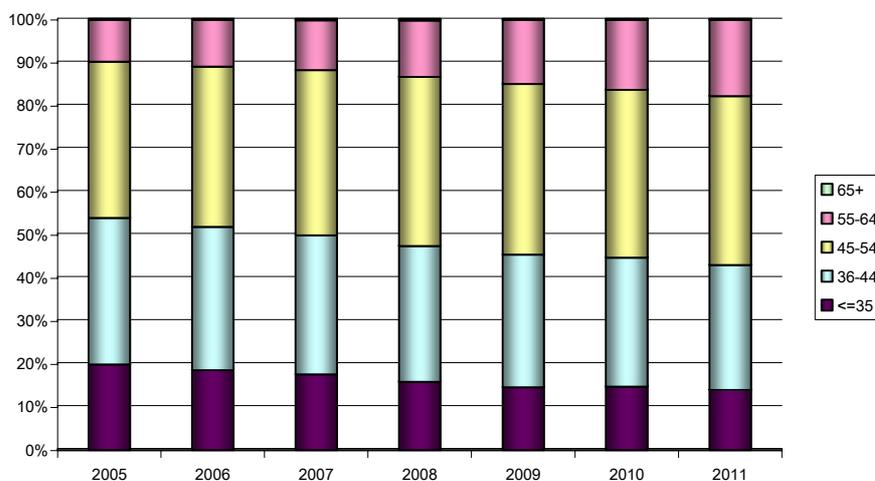


Figura 339: Trend % dipendenti per età.



	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Medici e veterinari	392	223	383	231	378	236	372	243	368	244	354	260
Altri dirigenti	42	53	40	57	39	62	39	64	37	63	37	64
Infermieri	185	1.226	202	1.235	199	1.217	198	1.235	211	1.254	217	1.258
OTA - OSS - Ausiliari	14	195	12	234	15	244	15	254	16	268	21	279
Tecnici sanitari	56	112	59	116	56	114	57	114	60	116	59	118
Amministrativi	58	291	60	302	55	292	53	290	50	289	51	280
Altro personale	200	485	196	476	188	468	191	475	197	466	200	460
Tutte le categorie	947	2.585	952	2.651	930	2.633	925	2.675	939	2.700	939	2.719

Tabella 20: Distribuzione dipendenti per categoria e sesso.

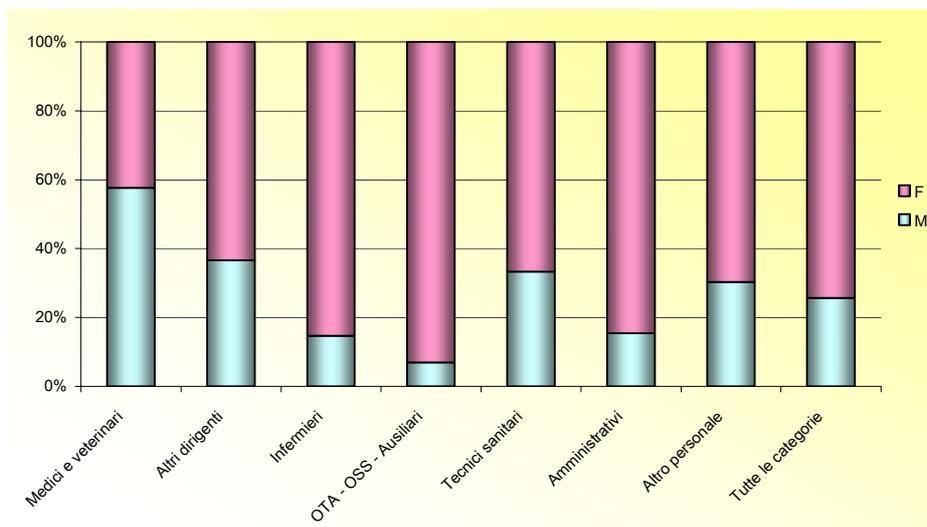


Figura 340: Distribuzione dipendenti per categoria e sesso.

	2006			2007			2008			2009			2010			2011		
	TP	PT	PT/TOT															
Infermieri	1.124	287	20%	1.141	296	21%	1.112	304	21%	1.148	285	20%	1.191	274	19%	1.218	257	17%
OTA - OSS - Ausiliari	189	20	10%	217	29	12%	230	29	11%	245	24	9%	260	24	8%	279	21	7%
Tecnici sanitari	148	20	12%	153	22	13%	148	22	13%	150	21	12%	157	19	11%	160	17	10%
Amministrativi	314	35	10%	324	38	10%	308	39	11%	307	36	10%	302	37	11%	296	35	11%
Altro personale	604	81	12%	593	79	12%	573	83	13%	587	79	12%	590	73	11%	587	73	11%
Totale comparto	2.379	443	16%	2.428	464	16%	2.371	477	17%	2.437	445	15%	2.500	427	15%	2.540	403	14%

Tabella 21: Distribuzione dipendenti in part time per categoria.

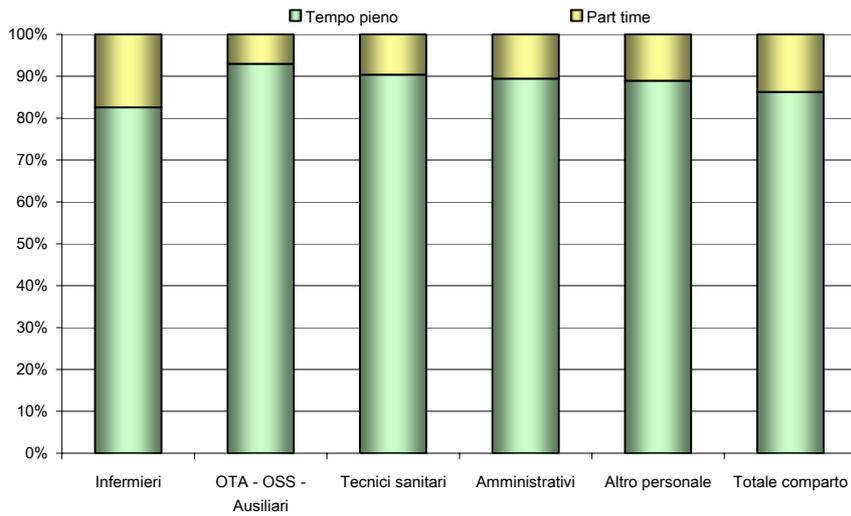


Figura 341: % dipendenti in part time per categoria.

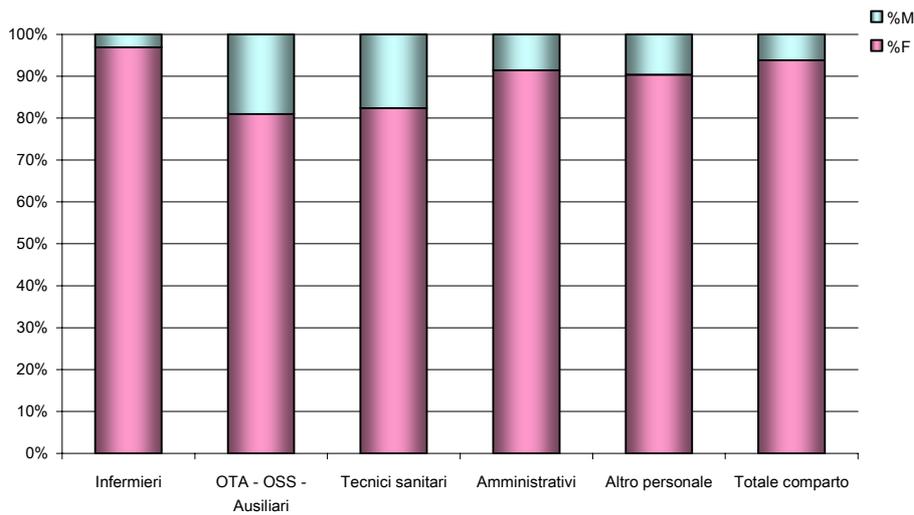


Figura 342: Composizione % dipendenti in part time per sesso.





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, implementazione, 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 e diventa 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 nel corso del triennio 2010/2012 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 provinciale dell'Azienda, interconnettendolo con l'attività di autorizzazione delle strutture ex D. L.vo n. 502/1992 e L.R. n. 34/1998 e successive indicazioni regionali.

Nel 2011 sono state intraprese ulteriori azioni, tra cui la formazione e l'addestramento sul rischio biologico per quanto riguarda gli aghi di sicurezza in riferimento alla Direttiva europea n. 2010/32, in tema di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel Settore ospedaliero sanitario che, pone il maggio 2013, come data entro la quale le organizzazioni sanitarie sono tenute ad adottare idonee misure di prevenzione e protezione dalle punture accidentali. La direttiva ha come finalità quella di rispondere alle evidenze che si sono manifestate in Europa in materia di punture accidentali, infatti 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 e l'adozione di dispositivi di sicurezza. L'Azienda, di fronte a questa direttiva, ha inteso



procedere ad una progressiva applicazione del mandato comunitario e ciò in considerazione dell'evidente vantaggio che tutti i componenti dell'organizzazione ne potranno trarre. Pertanto la Direzione gGenerale, 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) con l'esplorazione, in una prima fase, della percezione del rischio in un campione significativo degli utilizzatori professionali della nostra organizzazione sanitaria proseguendo nel 2012 con ulteriori iniziative. Questa esplorazione ha prodotto nel 2011 la formazione di 150 operatori scelti nelle UU.OO. più coinvolte. Successivamente è stato somministrato, ad un campione di 120 operatori composto da medici ed infermieri estratti a caso (mediante randomizzazione), un questionario-test assolutamente anonimo che comprendeva la raccolta del consenso prima della compilazione, previa adeguata informazione sui contenuti. I questionari sono stati elaborati dall'Università di Genova ed associati ad un questionario di conoscenza scientifica sul rischio biologico ematico (blood-borne). Al termine delle attività sopra indicate il Servizio di protezione ha organizzato in data 24 maggio 2011 un seminario "Ago sicuro" al quale hanno partecipato in veste di relatori il dr. Vincenzo Puro dell'Istituto Spallanzani di Roma, il prof. Fabrizio Bracco Ricercatore Psicologia Generale Università di Genova, il dr. Raffaele Polato del Policlinico di Padova in cui sono state illustrate le tematiche oggetto della formazione specifica sulle punture accidentali, il pericolo del lavoro e il diritto alla sicurezza durante lo svolgimento dell'attività, e i risultati emersi dal questionario somministrato. Ha tale evento hanno partecipato 250 operatori medici e infermieri.

Sorveglianza sanitaria

Ad integrazione e completamento del Documento di valutazione dei rischi 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, nell'ultimo biennio 2011/2012



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 interessato.

E' infine stato reperito 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 sono oggetto dall'inizio 2011 di un esame congiunto con la Direzione sanitaria per studiarne l'adeguata e corretta collocazione lavorativa. La successiva Figura 343 evidenzia in percentuale la distribuzione dei casi critici riscontrati nel 2010; in totale sono stati 321 casi critici con limitazione e/o prescrizione su 2.219 lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria pari al 14,46%. La successiva Figura 344 evidenzia la distribuzione in percentuale dei casi critici nel 2011, in totale sono stati riscontrati 192 casi critici con limitazione e/o prescrizione su 1.862 lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria pari al 10,31%. Il miglioramento relativo è stato ottenuto grazie a una maggiore accuratezza dell'accertamento sanitario condotto anche con l'ausilio del sopralluogo e della verifica del piano di lavoro per ciascun lavoratore esaminato affetto da problemi circa l'idoneità.

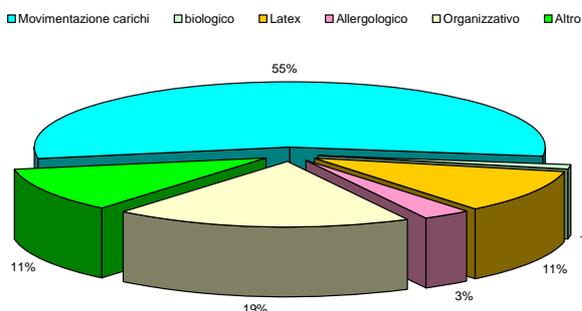


Figura 343: Casi critici 2010.

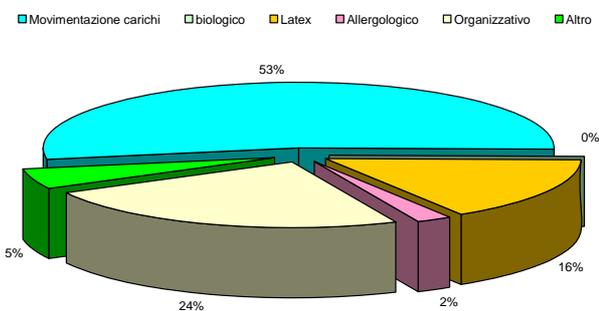


Figura 344: Casi critici 2011.

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 precisando che i dati sotto riportati sono stati elaborati tenendo conto degli anni 2007 - 2011 e la sua parametrizzazione, 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 22 mostra l'andamento del fenomeno infortunistico aziendale, suddiviso nelle principali tipologie considerate.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
RISCHIO BIOLOGICO	119	140	137	111	114	84	109
MOVIMENTAZIONE DEI CARICHI	46	38	36	34	36	56	20
CAUSE DIVERSE	108	125	120	122	146	131	148
IN ITINERE	39	47	34	32	32	38	30
TOTALE	312	350	327	299	328	309	307

Tabella 22: Trend infortuni per tipologia.

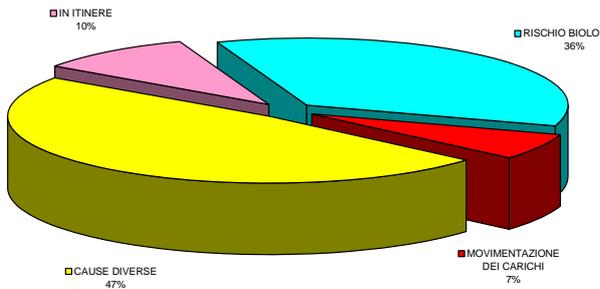


Figura 345: Composizione 2011 infortuni per tipologia.

Dall'esame dei dati sopra riportati si evidenzia come il numero totale degli infortuni nel 2011 sia stazionario rispetto all'anno precedente e in calo rispetto agli anni passati. Considerando inoltre il tipo d'infortuni, l'evento più ricorrente è legato all'infortunio da trauma, infortunio da contaminazione biologica e in itinere. Si proseguirà quindi con l'informazione, la formazione e l'addestramento, approfondendo gli interventi già attivati (es. corsi di aggiornamento sulla biosicurezza per gli infortuni da contaminazione biologica) e cercando di aumentare la consapevolezza e il coinvolgimento degli addetti sui temi inerenti alla sicurezza del lavoro.

Si deve evidenziare poi che dei 307 infortuni, 107 sono con prognosi zero giorni, e tutti da rischio biologico, e complessivamente le giornate lavorative perse sono calate rispetto all'anno precedente, passando dalle 5.859 del 2010 a 5.077 del 2011 (-13%). Analizzando più nel dettaglio il numero di eventi per giorni di prognosi (vedi la successiva Tabella 23), si evidenzia che il numero maggiore di infortuni è compreso tra 4 e 20 giorni di prognosi e che l'andamento rispetto al precedente anno è in diminuzione, mentre sono in aumento gli infortuni con giorni di prognosi inferiori a 4.

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

Tabella 23: Infortuni per giorni di prognosi.

La distribuzione per età degli infortunati è rappresentata nella successiva Figura 346. Da questi dati si evince tra l'altro che i dipendenti più giovani risultano i meno colpiti, per rinforzare tale tendenza



sarà quindi mantenuto il piano formativo dedicato ai neo-assunti, già attuato in passato per obbligo di legge integrandolo sulle tematiche più carenti.

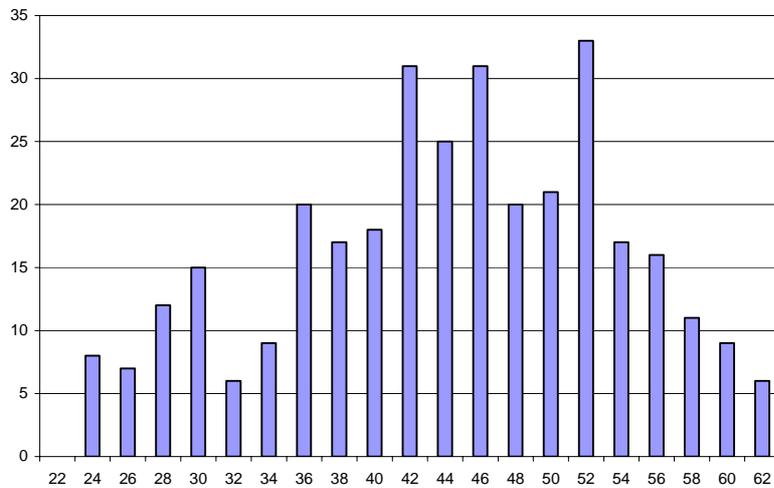


Figura 346: Infortuni 2011 per età.

Analizzando infine gli indici frequenza, incidenza e gravità (vedi la successiva Tabella 24) 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 interviene il fattore ore annue lavorate, quest'anno in lieve aumento rispetto al passato.

	2007	2008	2009	2010	2011
Indice di gravità	1,2	1,0	0,9	1,1	0,9
Indice di incidenza	89,9	83,0	90,1	84,9	88,1
Indice di frequenza	64,9	57,4	62,6	58,2	57,3

Tabella 24: Indici infortuni.

Gestione delle emergenze

Il riferimento a 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 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 450) dispongono di un set di attrezzature, collocate in specifici armadietti da utilizzare in caso di necessità. Gli audit sono elaborati con un sistema informatico 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 dei percorsi di accesso agli stabilimenti ospedalieri e alle altre sedi, per consentire ai Capi squadra dei Vigili del fuoco di orientarsi nelle singole strutture sanitarie.

