

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

6.2 Piano delle Azioni 2023

La programmazione annuale 2023 si è inserita all'interno della più ampia pianificazione strategica delimitata dagli obiettivi di mandato di medio-lungo periodo (DGR 1292/2022) e, per il triennio 2023-2025, dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'Azienda USL di Piacenza (approvato con Deliberazione 356/2023) che costituisce il documento programmatico triennale contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione dei risultati aziendali.

In questa cornice pluriennale, le azioni e gli obiettivi di gestione che l'Azienda si è posta nel corso del 2023 sono stati definiti prendendo a riferimento, in aggiunta, le indicazioni contenute nella DGR 1237/2023 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende sanitarie per l'anno 2023", che hanno rappresentato il quadro degli obiettivi assegnati alle direzioni aziendali.

Di seguito si rendicontano le principali azioni poste in essere dall'Azienda nell'anno 2023; per la rendicontazione puntuale degli indicatori presenti nella DGR 1237/2023 si rimanda alla specifica sezione.

OBIETTIVI PRIORITARI PER L'ANNO 2023

Il Piano delle azioni 2023 è stato sviluppato secondo le linee strategiche aziendali esplicitate all'interno del PIAO 2023-2025:

- ❖ **Potenziamento dell'assistenza territoriale**
- ❖ **Qualificazione e specializzazione degli stabilimenti ospedalieri**
- ❖ **Assicurare un accesso facile, tempestivo e appropriato ai servizi**
- ❖ **Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR)**

In corso d'anno l'Azienda si è impegnata a realizzare così come definito all'interno del Bilancio preventivo 2023:

Potenziamento dell'assistenza territoriale:

nel corso del 2023 l'Azienda ha proseguito nell'attuazione di alcune azioni già impostate:

- Sviluppo della rete delle strutture di prossimità, in particolare Case della Comunità, Os.Co., COT secondo quanto previsto dai finanziamenti PNRR:

Case della Comunità: in corso la progettazione per la realizzazione delle nuove Case della Salute/Comunità di Bobbio, Lugagnano val d'Arda, Fiorenzuola d'Arda e della seconda Casa della Comunità di Piacenza che andranno ad integrare l'attuale rete delle Case della Salute, che a regime, vedrà un incremento/ridefinizione dalle 8 attuali alle 12 presenti a giugno 2026. Nel dettaglio su alcune specifiche realtà:

- per la Casa della Salute di San Nicolò si è definito il trasferimento entro il 2026 delle



funzioni in essere nella attuale sede di Via Alicata, presso la nuova sede che diverrà anche sede della futura AFT e della UCCP di riferimento dell'ambito territoriale;

- per la Casa della Salute/Comunità di Bettola, la progettazione della nuova sede vede un ampliarsi delle funzioni erogate.

Dal punto di vista operativo, le Case della Comunità imporranno uno stile di lavoro orientato a programmi e percorsi integrati tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali: nello specifico, in tutti i progetti delle nuove o ampliate case della Comunità (HUB o SPOKE) è prevista la presenza dei PUA (Punto Unico di Accesso) dove in particolare attivare l'accoglienza e la presa in carico dei soggetti non-autosufficienti come previsto dal DM 77. A tal proposito, è stato avviato nel 2023 e proseguirà nei prossimi anni il percorso/procedura integrata tra Distretto di Piacenza e Comune di Piacenza. Il percorso intende migliorare l'integrazione della parte sociale e sanitaria fin dalla segnalazione del problema/bisogno, al fine di differenziare e strutturare le strategie di interventi tramite percorsi assistenziali atti a far fronte ai bisogni differenti espressi o non espressi delle persone anziane fragili e/o non autosufficienti e dei loro familiari caregiver. La riorganizzazione del Percorso "Accesso ai servizi sociosanitari Distretto di Piacenza" consente di differenziare e strutturare le strategie di interventi tramite percorsi assistenziali atti a far fronte ai bisogni differenti espressi o non espressi delle persone anziane fragili e/o non autosufficienti e dei loro familiari caregiver, con obiettivo primario di migliorare l'integrazione della parte sociale e sanitaria fin dalla segnalazione del problema/bisogno. La nuova procedura, avviata formalmente il 5 luglio 2023 ha portato in breve tempo alla presa in carico delle richieste in attesa e ad una sostanziale riduzione del tempo intercorrente tra segnalazione dello stato di bisogno e valutazione multidimensionale. L'operatività condivisa ha inoltre consentito il raggiungimento dell'obiettivo non dichiarato ma determinante, della integrazione sostanziale e quotidiana tra gli operatori del Comune/AUSL.

Infine, sono state revisionate le procedure per la gestione della segnalazione e valutazione UVM per l'accesso ai servizi sociosanitari dei tre Distretti AUSL: tale mappatura è propedeutica a un percorso di omogeneizzazione dei percorsi aziendali, pur mantenendo le specificità dei territori.

Inoltre, per rispondere all'esigenza di rafforzare interventi inclusivi di promozione della salute guidati da un principio di equità a contrasto delle disuguaglianze, si prevede di rafforzare il rapporto tra servizi territoriali e comunità in una prospettiva di sviluppo di empowerment, con particolare riferimento alla trasformazione delle attuali Case della Salute in Case della Comunità, così come previsto dal DM 77/2022 e dalla DGR 2221/2022, anche attraverso l'utilizzo dello strumento Community Lab che rappresenta una delle principali metodologie da poter utilizzare nelle situazioni in cui il sistema dei servizi sanitari e sociali, necessita di innovare i propri indirizzi, programmi,

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

processi e pratiche di lavoro attraverso la partecipazione di tutti gli attori sociali ed organizzativi potenzialmente coinvolti. Nel Distretto di Levante, a partire dal territorio di riferimento della Casa della Comunità di Cortemaggiore, è stato avviato e concluso un Corso di formazione regionale dal titolo "Le abilità di counseling nella relazione che cura". Il corso che si inserisce nell'ambito del progetto CCM Sani stili di vita in realizzazione presso le Case della Comunità di Cortemaggiore e Monticelli d'Ongina ha previsto la partecipazione di diverse figure professionali quali Infermieri di Comunità, Fisioterapisti, Dirigenti Medici, Assistenti Sociali di Comuni. Presso il Distretto di Piacenza Città in collaborazione con l'amministrazione del Comune nel corso del 2023 si sono svolti con regolarità e per tutto l'anno momenti formativi/informativi rivolti alla popolazione generale chiamati "I martedì della salute": la finalità è quella di coinvolgere quanto più possibile le persone verso consapevolezza e percorsi di autocura e health literacy. Inoltre, in collaborazione con gli studenti del quinto anno dell'Istituto Romagnosi sezione ad indirizzo informatico, si è concretizzato un percorso di alfabetizzazione digitale dei soggetti over 65 sugli strumenti del FSE e dei programmi Aziendali di interfaccia informatizzata rivolti al cittadino.

Ospedali di Comunità: il DM 77/2022 nel nuovo modello di assistenza territoriale prevede la presenza degli Os.Co. e in particolare per Piacenza con i fondi del PNRR sono stati approvati gli interventi riguardanti la realizzazione di 2 Ospedali di Comunità a Piacenza e a Castel San Giovanni, che verranno portati a termine entro il 30/06/2026. Il Decreto prevede la presenza di un Ospedale di Comunità in ciascun Distretto aziendale: pertanto, è impegno dell'Azienda definire nel prossimo futuro la modalità di attivazione di un Os.Co. nel Distretto di Levante. In corso d'anno i progetti sono proseguiti secondo programmazione e nel rispetto delle milestone definite a livello centrale.

Centrali Operative Territoriali: l'Azienda ha l'obiettivo di realizzare 3 COT pienamente operative entro il 30/06/2024. La programmazione aziendale ha candidato a finanziamento PNRR la realizzazione di una COT per Distretto aziendale: nello specifico, a Piacenza, Cortemaggiore e Borgonovo Val Tidone. Per le tre centrali sono stati individuati diversi livelli di investimento, in quanto la COT di Piacenza diverrà la COT hub aziendale. Nel corso del II semestre 2023 sono stati avviati momenti di confronto interno ed esterno tra professionisti coinvolti per la successiva proposta di avvio ed implementazione delle COT Hub e Spoke; l'obiettivo del confronto è la formulazione di una proposta organizzativa sistemica che tenga conto di tutti gli interlocutori che a vario titolo possono interfacciarsi con le COT per favorire una snella ed efficiente funzionalità del servizio. La pianificazione dello sviluppo del progetto è da riferirsi al primo semestre 2024.



Potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il "primo luogo di cura"

Le **cure domiciliari**, come l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e il Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), sono modalità assistenziali consolidate su tutto il territorio provinciale che vedono nel percorso delle **dimissioni protette** le modalità organizzative di interfaccia tra ospedale e territorio. Nel 2023 è stata mantenuta l'attività della Centrale Operativa di Continuità delle Cure (COCC), che in un'ottica di integrazione ospedale-territorio, prevede un percorso di presa in carico dei pazienti con necessità di prosecuzione di cure durante o dopo il ricovero ospedaliero con problematiche di tipo sanitario e/o sociale. Intento della COCC è anche quello di individuare precocemente quelli che sono i bisogni sanitari e socio-assistenziali dei pazienti che afferiscono ai diversi contesti di cura (pronto soccorso, UU.OO. aziendali, case di cura...). Nella progettualità futura è previsto che la COCC diventi fortemente integrata con le COT aziendali in modo da favorire da parte di quest'ultima un reale monitoraggio del passaggio tra vari setting di cura ed assistenza delle persone.

Relativamente all'introduzione dell'**Infermiere di famiglia e comunità (IFeC)**, anticipando quanto previsto dal DM 77/2022, l'Azienda già a inizio anno ha individuato 2 professionisti operativi nell'area dell'Alta Val d'Arda che hanno avviato la sperimentazione locale in setting operativi diversi, iniziando con una mappatura sui determinanti di salute della popolazione di riferimento, ovvero cittadini over65. La loro funzione è di individuare i fabbisogni specifici in ambito sociale e sanitario per attivare una presa in carico personalizzata dell'utente, in una logica fortemente proattiva di offerta. Ai due professionisti in avvio, si è poi aggiunta un'ulteriore figura nell'area dell'Alta Val Nure. L'introduzione graduale ha consentito all'Azienda di calibrare competenze e risorse in base alle esigenze territoriali, propedeutica alla revisione dell'assistenza domiciliare erogata. A tal proposito sono stati organizzati 2 incontri dedicati nell'anno 2023 e 1 è previsto ad inizio anno 2024 che hanno visto e vedranno la partecipazione dei MMG dell'ambito territoriale di riferimento, delle Infermiere di Comunità individuate e dei Dirigenti Medici ed Infermieristici della UO Assistenza Primaria e della UO Organizzazione Territoriale. Tali incontri hanno lo scopo di presentare ai Medici di Famiglia la nuova figura dell'Infermiere di Comunità ai fini di una collaborazione più proficua.

Nel 2023 i Pazienti in carico all'IFeC sono stati a 171 dei quali, 100 residenti in Val d'Arda e 71 residenti in Val Nure e l'attività svolta dall'IFeC può essere ricondotta a tre tipologie: valutativa, educativa e di relazione. Nel dettaglio:

- La Valutazione riguarda: lo stato di autonomia dell'utente, l'ambiente nel quale vive, i bisogni che emergono dalla sua presa in carico, la valutazione del care-giver e la valutazione del contesto familiare;

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

- Le attività educative comprendono: educazione terapeutica, educazione ai corretti stili di vita, educazione alla prevenzione delle cadute, educazione alla prevenzione della stipsi, educazione alla prevenzione delle lesioni cutanee ed educazione del care-giver;
- Le attività relazionali comprendono: la relazione con il paziente, con il care-giver e con i famigliari.

Inoltre, è proseguito il progetto di riorganizzazione della **rete delle Cure Palliative**, in linea con le indicazioni fornite dalla DGR n. 560/2015 e n. 1770/2016, con la finalità di completare la struttura organizzativa, le reti e il loro coordinamento, in particolare potenziando l'Unità di Cure Palliative Domiciliari e rafforzando ulteriormente il rapporto di interfaccia con la medicina convenzionata per poter perseguire l'obiettivo di presa in carico domiciliare di questa tipologia di pazienti che vede nel fine vita a domicilio un indicatore importante di qualità dell'assistenza.

Nel corso del 2023 l'UO Cure Palliative ha portato a termine il Corso di Formazione Aziendale destinato a MMG ed Infermieri ADI e finalizzato allo sviluppo di competenze di Cure Palliative di base ed al miglioramento della integrazione con UCPD.

Promozione dell'utilizzo di strumenti di telemedicina, telemonitoraggio e teleconsulto:

Strumento particolarmente rilevante per potenziare i percorsi, nonché per garantire la continuità delle cure oltre le mura ospedaliere, è la telemedicina, nelle sue diverse forme di televisita, teleconsulto/teleconsulenza e telerefertazione. In applicazione delle indicazioni della Regione Emilia Romagna, e in attuazione di quanto indicato nel PNRR, l'AUSL di Piacenza ha investito sullo sviluppo dell'approccio innovativo che la telemedicina può offrire. L'obiettivo di base è favorire l'efficientamento dell'attività specialistica, migliorare l'appropriatezza organizzativa delle attività a bassa complessità, promuovere l'engagement del paziente cronico cercando anche di ridurre il rischio di accessi ospedalieri inappropriati. Per l'implementazione delle diverse forme di telemedicina, sono state realizzate le seguenti attività:

- costituzione di un gruppo di lavoro dedicato a identificare e selezionare i processi sanitari eleggibili alla digitalizzazione già a partire dal 2022;
- analisi di fattibilità;
- predisposizione della piattaforma informatica per prescrizione, prenotazione, erogazione e refertazione delle prestazioni, integrata con il Fascicolo Sanitario Elettronico;
- definizione e diffusione delle procedure clinico organizzative, comprensiva della modulistica per il trattamento dei dati sensibili;
- formazione dei professionisti sanitari.



Nel 2023 sono state erogate 6.631 prestazioni classificabili come attività di telemedicina e riconducibili alle seguenti prestazioni specifiche:

- TELEVISITE: erogate visite di controllo (follow up) di pazienti presi in carico nelle UU.OO. Terapia del dolore, ORL, Cardiologia, Diabetologia;
- TELEASSISTENZA: questa attività era già erogata in precedenza ma in corso d'anno è stata ricondotta ai flussi regionali per la corretta tracciabilità e rendicontazione. Nello specifico, la sistematizzazione ha riguardato l'attività Logopedica di valutazione monofunzionale e training individuale per disfasia e l'assistenza tramite utilizzo di strumentazione dedicata (Totem) alla dialisi peritoneale a domicilio (ancora in fase di implementazione);
- TELECONSULTO: ovvero utilizzo di dispositivi di telemedicina per confronto/discussione tra professionisti sanitari nei seguenti ambiti:
 - o PDTA COLON RETTO, PDTA LINFOMI: Discussioni del Gruppo Multidisciplinare Oncologico;
 - o UO GERIATRIA TERRITORIALE: interfaccia per valutazione pazienti domiciliati nelle CRA;
 - o AREA EMERGENZA TERRITORIALE: acquisizione e trasmissione al Medico in Pronto Soccorso delle immagini del paziente acquisite dall'Infermiere in ambulanza;
 - o GENETICA MEDICA FERRARA: consulenza genetica per pazienti cardiologici;
- TELEMONITORAGGIO: attuato nel controllo e trasmissione di parametri rilevati da dispositivi impiantabili (ICD, ILR, PM) in ambito cardiologico.

Valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità e la co-progettazione con gli utenti, con particolare riferimento alla promozione della salute:

L'azienda ha proseguito nella promozione e facilitazione di processi partecipativi e empowerment di comunità, pianificati in sede di programmazione delle attività distrettuali, che assumono le case della comunità come punto di riferimento prevedendo, pertanto, il coinvolgimento dei professionisti che vi operano. I processi partecipativi si sono articolati in una fase di conoscenza del territorio (profilo di comunità), una fase di coinvolgimento degli stakeholder e dei professionisti sanitari, una fase di progettazione e una di implementazione partecipata di attività. Tali processi hanno mirato alla costruzione e consolidamento di relazioni e reti trasversali al settore sanitario e agli stakeholder formali e informali dei territori e sono stati concepiti in modo da

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

umentare il livello di controllo di cittadini e stakeholder sulla salute della comunità (empowerment) coinvolgendo nella programmazione e attuazione di attività di promozione della salute (in accordo con la Legge Regionale 19/2018 e il Piano Regionale della Prevenzione), nello sviluppo di contenuti, strumenti e attività di comunicazione e orientamento ai servizi sanitari, secondo i principi dell'health literacy, nella programmazione distrettuale relativa all'erogazione di servizi sanitari e sociosanitari.

A seguito della programmazione effettuata a livello distrettuale, sono stati realizzati i seguenti processi partecipativi:

- "CommunityLab dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità della Val Tidone" (presso il Distretto di Ponente). In continuità con quanto sviluppato negli anni precedenti si è perseguito il coinvolgimento dei Comuni, delle realtà associative presenti sul territorio e delle scuole secondarie di secondo grado. L'attuazione delle azioni individuate attraverso i percorsi partecipativi viene perseguita attraverso l'adozione di strumenti innovativi, quali l'istituto della co-progettazione con il terzo settore (D.Lgs. n. 117/2017 "Codice del Terzo Settore"). Su queste premesse, nel 2023 è stato deliberato un Avviso pubblico di co-progettazione per l'individuazione di Enti del Terzo Settore interessati alla realizzazione del progetto "CommunityLab dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità della Val Tidone" (Deliberazione del Direttore Generale del 21/09/2023, n. 427), sono state espletate le procedure per l'individuazione dei soggetti assegnatari del contributo ed è stato avviato il percorso di coprogettazione. Il percorso è stato presentato in seminari e convegni (CARD, FIASO, CERISMAS) ed ha contribuito alla definizione delle linee guida regionali "agire per ciò che più conta – vademecum per la promozione della salute";
- Gruppi di cammino Bettola: le associazioni del Comune di Bettola sono state coinvolte dagli operatori della Casa della Comunità, in accordo con l'amministrazione comunale, per definire un calendario di passeggiate aperte a tutta la popolazione;
- è stata garantita la partecipazione di 27 operatori al percorso CasaCommunityLab regionale ("Casa Community Lab. Leve formative e partecipative nelle Case della Comunità") che vede la partecipazione di diversi operatori coinvolti a vario titolo nei processi di progettazione partecipata nelle Case della Comunità, sia AUSL sia extra-AUSL.

È stato sviluppato ulteriormente il progetto Youngle, attivando un percorso partecipativo che ha previsto la formazione di un gruppo di giovani pari provenienti da alcune scuole secondarie di secondo grado di Piacenza. Tale gruppo si occupa della costruzione partecipata di attività e strumenti innovativi di comunicazione (profilo social aziendale, chat dedicata agli adolescenti)



incentrati sui temi di salute. I contenuti, prodotti dai ragazzi stessi, supportati da esperti dell'Azienda USL (afferenti a Comunicazione, Salute Mentale e Sanità Pubblica), si rivolgono ai loro pari. Tali strumenti vengono, inoltre, promossi nelle scuole aderenti alla Rete Scuole che promuovono salute dai peer formati.

Alle scuole nel PRP, e più in generale nei principi della Rete europea SHE (Schools for Health in Europe), viene riconosciuto un ruolo fondamentale nel governo dei processi di salute. Per favorire il coordinamento tra differenti programmi del PRP e le articolazioni aziendali nel setting scolastico è stato attivato un gruppo aziendale di coordinamento delle attività di promozione della salute rivolte alle scuole e sviluppate dai diversi settori dell'Azienda USL, con l'obiettivo di rendere più organica l'offerta delle opportunità proposte. Sono stati supportati gli Istituti scolastici interessati nelle operazioni di adesione alla rete regionale Scuole che promuovono salute (programma predefinito 1 del PRP), accompagnando le scuole interessate nel passaggio dal progetto Tempo di Life Skills alla rete regionale. Tale approccio ha favorito un'adesione alla rete regionale sul territorio della provincia di Piacenza significativamente alta rispetto alla media regionale, con 31 Istituti scolastici coinvolti (l'86% delle scuole pubbliche provinciali). La costituzione di percorsi di formazione tra pari anche attraverso l'attivazione di specifici percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento (PCTO): nello specifico, l'attività di Peer Education nell'anno scolastico 2022/2023 ha visto il coinvolgimento di 7 Istituti scolastici (per un totale di 72 peer che sono intervenuti nelle classi target dopo un percorso di formazione di 8 incontri). È stato garantito il raccordo con progettualità specifiche promosse dal ministero della salute (progetto WAHPS).

Rafforzamento dell'attività consultoriale, inclusa quella rivolta agli adolescenti negli spazi giovani:

Per quanto riguarda il rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito materno-infantile e pediatrico, sono state implementate le attività dello "Spazio Giovani" nei tre distretti aziendali, con la finalità di incrementare il numero di utenti 14/19 che si rivolgono ad esso.

Nel dettaglio nel 2023 si è:

- proseguito nelle attività di educazione all'affettività e alla sessualità rivolte ai ragazzi dai 14 ai 19 anni, con interventi in presenza nelle seconde e terze classi delle scuole secondarie di II grado e negli istituti professionali. Tali progetti rappresentano la strada più efficace per la conoscenza dei servizi consultoriali per la promozione del benessere della persona e delle relazioni, per la prevenzione delle interruzioni di gravidanza e delle infezioni sessualmente trasmissibili;

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

- implementata l'attività clinica con colloqui e visite individuali in spazi dedicati ad accesso libero: l'équipe del consultorio è composta da professionisti (la ginecologa, l'ostetrica, lo/la psicologo/a, l'andrologo e l'educatore), formati sulle tematiche e le problematiche più comuni in adolescenza);
- offerta dell'ambulatorio andrologico che si inserisce in un più ampio progetto di promozione della salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti di sesso maschile;
- migliorata la performance rispetto agli standard prefissati e nello specifico aumento della percentuale di giovani (14-19 anni) raggiunti dagli interventi di educazione sanitaria e del numero di giovani che accedono ai servizi per counselling contraccettivo, ostetrico-ginecologico, psicologico e andrologico.

In ambito **materno-infantile** e pediatrico anche nell'anno 2023 sono state mantenute e consolidate tutte le attività di prevenzione e cura garantite in continuità con gli anni precedenti, tra cui:

- prestazioni relative all'assistenza in gravidanza (visite, ecografie morfologiche e ostetriche, test combinati) secondo percorsi differenziati secondo l'intensità e le tipologie di cura appropriate per il caso;
- riconoscimento precoce dei disturbi emotivi in gravidanza e in puerperio, ottenuto attraverso la somministrazione delle domande di Whooley, implementato in tutti i Distretti e in tutte le sedi consultoriali periferiche che vengono applicate alla totalità delle gravide sia in ambito territoriale che ospedaliero. A tal proposito è stata condivisa una modalità di attivazione della rete assistenziale del percorso nascita che prevede l'attivazione della ostetrica case Manager; questo nuovo ruolo funge da raccordo per la presa in carico del problema e l'invio al consulto con gli psicologi e, nei casi complessi anche da un punto di vista sociale, con il sistema di assistenza sociale. Dal mese di agosto del 2023 sono stati presi in carico 127 casi complessi e a sostegno dell'obiettivo sono state attivate le mini-equipe (ginecologo, ostetrica, psicologo, case manager) a cadenza trimestrale per la discussione multidisciplinare dei casi;
- assistenza in puerperio da parte delle ostetriche nei tre "Spazi mamma-bambino 0-3 mesi" distrettuali; il servizio è garantito da personale ostetrico dedicato e specificatamente formato e nel corso del 2023, avendo registrato un notevole aumento di dimissione complesse e complicate soprattutto da un punto di vista psico-sociale, si è proceduto con la creazione sperimentale di una modalità di interazione tra l'assistenza ostetrica e i Centri per le Famiglie lavorando sul "progetto Home visiting" con l'obiettivo di non perdere casi particolari e riorientarli all'offerta dei servizi ed in



particolare dello Spazio Mamma Bambino. Inoltre, si è promosso un lavoro di integrazione con i PLS inglobando la loro presenza nell'offerta degli IAN (Incontri di Accompagnamento alla Nascita) e avviando una nuova collaborazione operativa tra le ostetriche e i PLS sui casi di allattamento difficile;

- mantenimento di una linea telefonica gestita dalle ostetriche consultoriali dedicata al puerperio, attiva 12 ore al giorno per migliorare la qualità dell'assistenza e per il sostegno all'allattamento materno;
- offerta adeguata di diagnosi prenatale non invasiva; anche nel 2023 l'offerta è mantenuta su tutte le donne richiedenti anche nel caso di over-booking delle agende. Attualmente, l'offerta del test combinato viene garantita anche alle gestanti residenti fuori regione;
- Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), attraverso offerta attiva durante le visite in gravidanza: nel 2023 sono stati attivati 48 CAN in presenza e 13 online per un totale di 61 corsi offerti e frequentati in modo completo dal 90% delle donne iscritte. Nel corso del 2023 si sono apportate delle modifiche organizzative e di utilizzo del sito aziendale con l'obiettivo di favorire sia una dettagliata informazione sull'offerta aziendale, sia una nuova modalità di iscrizione più fruibile anche per le donne straniere e/o lavoratrici in un'ottica di equity management;
- presa in carico della donna che accede al percorso IVG. Nel corso del 2023 è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale per la stesura della Procedura aziendale che ha coinvolto le diverse Unità operative interessate al percorso per la presa in carico della donna richiedente IVG e per la definizione degli snodi del percorso e dell'erogazione del servizio. A questo fine si è provveduto a creare una prenotazione centralizzata nel Consultorio che procede all'apertura dello specifico Day Service e differenzia i due percorsi di IVG Farmacologica ambulatoriale (inferiore/superiore a 49° giorno nei due setting consultoriale e ospedaliero) e IVG chirurgica (Day Hospital).

Nel 2023 si è conclusa e pubblicata la procedura aziendale per il Parto Extra Ospedaliero concludendo la definizione di tutte le interfacce e le esigenze previste dalle indicazioni regionali per questo servizio.

Riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza:

Nella cornice della linea strategica di cui al DM 77/2022, si inserisce l'obiettivo regionale di potenziamento del sistema di emergenza-urgenza (formalizzato con DGR 1246/2023 "LINEE DI INDIRIZZO ALLE AZIENDE SANITARIE PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

URGENZA IN EMILIA ROMAGNA - PRIMA FASE ATTUATIVA - ANNO 2023") concepito con la finalità di indirizzare la gran parte degli accessi potenzialmente inappropriati (codici bianchi e verdi), afferenti ai Pronto Soccorso aziendali verso strutture in grado di dare risposte appropriate a tali bisogni (CAU - Centri di Assistenza e Urgenza), per i quali a livello regionale sono stati definiti la tipologia di casistica, i requisiti delle strutture e la tipologia di servizi erogati.

L'istituzione dei CAU in ambito Regionale e Aziendale, inoltre, trova applicazione anche nell'ultimo Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale che all'art. 44 prevede lo sviluppo di sedi e attività proprio destinate a contrastare l'accesso non appropriato ai Pronto Soccorso. In ottemperanza e condivisione con le indicazioni regionali, l'Azienda USL di Piacenza ha quindi formalizzato uno specifico progetto di riorganizzazione secondo i seguenti principi:

- Separazione dell'emergenza, ovvero della casistica tempo-dipendente e complessa (cod. rosso, arancione e azzurro), dall'urgenza a bassa complessità (verdi e bianchi) con realizzazione di due reti [DEA e CAU] per dare una distinta risposta ai due flussi;
- Rimodulazione della continuità assistenziale per numero sedi attive [invariate nelle aree montane], aree di pertinenza territoriale (in logica sovradistrettuale) e tipologia di attività [specializzazioni sedi e centralizzazione della risposta telefonica];
- Nessuna modifica dell'assetto organizzativo della rete territoriale del 118.

Tale progetto, condiviso e discusso nei mesi estivi con i Distretti e i Comuni della Provincia, è stato formalmente approvato da parte della CTSS nella seduta del 14/09/2023 e adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 484 del 26/10/2023.

Il progetto, nello specifico, prevede l'istituzione di 6 CAU nel territorio provinciale entro il primo semestre 2026. Così come da programmazione, nel 2023 sono stati avviati il CAU presso l'Ospedale di Bobbio il 01/12/2023 e il CAU presso il DEA Piacenza il 04/12/2023.

Nell'ambito territoriale dell'**Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**, l'Azienda ha proseguito le attività di prevenzione, sorveglianza e controllo attraverso l'erogazione dei LEA e in particolare nell'anno 2023 ha:

- *Realizzato e sostenuto gli interventi di prevenzione e promozione della salute previsti dal nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025. L'Azienda USL si è dotata di un documento di governance aziendale per garantire il conseguimento degli obiettivi previsti dal PRP e la programmazione è coordinata dai responsabili dei programmi; gli obiettivi del piano che richiedono un contributo aziendale, sia specifici sia azioni trasversali, sono declinati nelle schede di budget 2023 di tutte le Unità operative coinvolte nella realizzazione delle attività conseguenti. Gli obiettivi delle azioni*



trasversali sono inoltre assunti nella programmazione dell'U.O. Comunicazione e nei documenti di programmazione aziendale relativi a formazione ed equità.

Per garantire il raggiungimento degli obiettivi del PRP 2021-2025, con particolare riferimento a quelli previsti per il 2023, è stata predisposta un'attività di monitoraggio dei programmi, avvalendosi di un cruscotto di indicatori e interfacciandosi con i corrispondenti referenti aziendali; a tal fine è stata condotta un'attività di rendicontazione e raccordo a 3 mesi, 9 mesi e al termine dell'anno. In particolare, sono stati monitorati 112 indicatori riguardanti i 20 programmi del piano. Lo standard di risultato è stato conseguito per il 92% degli indicatori monitorati.

Relativamente alle azioni trasversali, gli obiettivi del PRP inerenti la formazione sono stati integrati nel Piano Annuale della Formazione (PAF), è stata garantita la partecipazione del referente aziendale del PRP al Board Equità ed è stata costantemente presidiata l'attività di comunicazione.

È stata, inoltre, garantita la partecipazione alla cabina di regia regionale del referente aziendale del PRP.

- *Mantenuto i Sistemi Informativi della sanità pubblica attualmente in uso per il monitoraggio epidemiologico previsto dai piani regionali e nazionali e collaborato allo sviluppo dei sistemi informativi regionali: sono state garantite le attività finalizzate all'aggiornamento del Registro Tumori Regionale, la partecipazione agli incontri di coordinamento e l'integrazione della piattaforma web regionale per la gestione di inserimento e notifica delle malattie infettive (SMI) con quella nazionale (Premal); proseguito costantemente l'impegno nel monitoraggio e gestione dell'invio dei dati, con attenzione al contenimento del numero di warning.*
- *Sviluppato il Centro Screening relativamente alle funzioni organizzativa, gestionale, amministrativa e di sorveglianza al fine di garantire l'avanzamento e l'adesione ai programmi di screening. Rafforzate le azioni finalizzate al potenziamento della comunicazione con l'utenza target attraverso fascicolo sanitario e strumenti social.*

È stato predisposto un piano di miglioramento sulla base dei rilievi della visita di accreditamento del 23/06/2022. Nel corso del 2023, al fine di migliorare la comunicazione verso l'utenza e per cercare di ovviare alle problematiche di recapito degli inviti cartacei, si sono intensificate le attività per l'implementazione delle comunicazioni tramite FSE e SMS. Il lavoro è stato completato per il programma colon-rettale ed in parte per il programma cervicale. Il protocollo inviti del programma mammella ha richiesto la realizzazione degli

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

approfondimenti tecnico organizzativi propedeutici per la messa a regime dei servizi. Entro i primi mesi del 2024 i servizi FSE ed SMS saranno completati per tutti i programmi. A seguito di un accordo tra Azienda USL di Piacenza e LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori), nella settimana dal 13 al 19 di novembre è stato realizzato il progetto "Destinazione salute donna" che prevedeva l'impiego di una unità mobile attrezzata con un mammografo che in sette giornate, ha coinvolto circa 270 donne. Il progetto ha riguardato cinque comuni tra Val Nure, alta Val Arda, alta Val Tidone, alta e media Val Trebbia, aree della provincia lontane dai centri di erogazione (sedi unità mobile: Lugagnano V.A., Bettola, Bobbio, Travo e Pianello) con la finalità di agevolare l'adesione arrivando direttamente sotto casa delle nostre pazienti. È proseguita anche nel 2023 l'attività di screening per la lotta all'epatite C, sia nella popolazione generale (nati dal 1969 al 1989) che nella popolazione ritenuta maggiormente a rischio: afferenti al Servizio delle Dipendenze o ospiti della Casa Circondariale di Piacenza. Il tasso di adesione, sovrapponibile a quello della media regionale, ha permesso di rilevare 29 casi di infezione attiva con successiva presa in carico e completa guarigione di 28 soggetti (un utente del SerD ha rifiutato la presa in carico).

- *Consolidati tutti i programmi vaccinali previsti dal Piano di Prevenzione vaccinale e, in un'ottica di ambulatorio di prossimità, riaprire le sedi periferiche di vaccinazione e attivare percorsi di presa in carico integrata con ospedale (onco-ematologia, malattie infettive, neurologia) e territorio (diabetologia, medicina migrazioni, consultorio); proseguite le chiamate attive per le coorti interessate (anche tramite FSE e SMS).*

Le vaccinazioni raccomandate per età e condizione, come da indicazione del Piano Regionale della Prevenzione Vaccinale, sono state rese accessibili su prenotazione presso tutte le Case della Salute del nostro territorio.

Per i soggetti estremamente fragili, sono stati rafforzati i percorsi già esistenti nelle tre sedi principali di distretto (Piacenza, Fiorenzuola d'Arda e Borgonovo VT): sono stati implementati i percorsi di presa in carico integrata con l'ospedale (oncologia, ematologia, malattie infettive, neurologia) e territorio (diabetologia, medicina migrazioni, consultorio, malattie veneree), sia con l'attivazione di indirizzi mail e numeri telefonici dedicati, per arrivare ad aprire dei veri e propri Day-service ambulatoriali e reti tra professionisti (vedi Rete MISTER per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili).

Sono state effettuate le chiamate attive per le coorti interessate (anche tramite FSE e SMS). Si è lavorato per poter rendere accessibile anche la prenotazione delle vaccinazioni tramite FSE, attività di miglioramento con attuazione prevista per il 2024.



Rispetto alle **vaccinazioni pediatriche** (0-13 anni), anche per l'anno 2023 l'Azienda ha provveduto a mantenere e consolidare l'offerta attiva delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste dal PNPV 2017-2019 e dal PRPV (deliberato a fine 2023 con indicazioni operative dal 1.1 2024) per le coorti dell'età pediatrica.

L'attività vaccinale pediatrica si è mantenuta costante durante tutto l'anno ed è stata organizzata in maniera omogenea in tutte le sedi aziendali, con l'effettuazione di tutte le chiamate attive previste e il completamento dei cicli vaccinali: vaccinazioni obbligatorie e raccomandate dell'infanzia (esavalente, antipneumococco, antimeningococcoB, antirotavirus antimorbillo-parotite-rosolia-varicella, antimeningococco ACWY, antiepatite A); richiami di legge del 5°-6° anno di vita; vaccinazioni anti HPV degli adolescenti; antimeningococco B con pagamento a tariffa ridotta; antiepatite A su richiesta dei genitori.

Anche per l'anno 2023 le coperture vaccinali di competenza hanno raggiunto i risultati richiesti dimostrando l'efficacia della modalità organizzativa. In particolare le vaccinazioni obbligatorie (10 per i nati dal 2017 per i quali rientra tra gli obblighi vaccinali anche la vaccinazione anti varicella) hanno mantenuto la già buona adesione dimostrata anche nel 2022.

- *Implementata la comunicazione di malattie infettive tra Ospedale e territorio, tramite applicativo aziendale già in uso tra i medici di ospedale e territorio e confermare il servizio di pronta disponibilità diurna e la reperibilità notturna/festiva*

Si è lavorato, in collaborazione con il servizio informatico aziendale, sulla nuova modalità di segnalazione telematica di malattia infettiva: in base alle modalità di ricezione della notifica e le relative interfacce (Igiene Ospedaliera, Servizio di Prevenzione e Protezione, Pediatria di Comunità). L'avvio dell'utilizzo del nuovo applicativo è previsto nel 2024, previa formazione ed aggiornamento sulle ultime novità.

- *Garantita l'integrazione attiva nel settore delle malattie infettive tra DSP, MMG e PLS intensificando la collaborazione trasversale per la gestione di emergenze alimentari.*

È stato implementato il rapporto di collaborazione tra le UU.OO. Igiene Alimenti e Nutrizione, Igiene Alimenti Origine Animale e Igiene Sanità Pubblica – Malattie Infettive per la gestione delle malattie trasmesse da alimenti. Si è proceduto alla revisione della procedura aziendale per la presa in carico integrata delle Malattie Trasmesse da Alimenti, e alla nomina del nuovo referente aziendale MTA. È proseguita la fattiva collaborazione delle UU.OO. Igiene Alimenti e Nutrizione e Igiene Alimenti Origine Animale per la implementazione del piano di controllo sulla ristorazione utenze sensibili (RUS) e la gestione

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

congiunta delle segnalazioni degli utenti relative a problematiche igienico-sanitarie. Per le emergenze infettive, è stato attivato il nuovo sistema di comunicazione rapida Doelivery, che consente l'invio contestuale di SMS e mail di allerta a MMG e PLS dell'AUSL da parte dell'ISP.

- *Per dare attuazione a quanto previsto nei documenti di PRP rivolti al contenimento del rischio cancerogeno, ergonomico e di aggressione nelle RSA, l'UO PSAL ha provveduto ad effettuare attività di vigilanza e controllo negli ambienti di lavoro in relazione agli indirizzi contenuti nel PRP 21-25.*

Nello specifico sono state effettuate le seguenti azioni:

- o Attività formative e informative anche attraverso la predisposizione di FAD in merito a: prevenzione in edilizia, prevenzione in agricoltura, pericoli delle sostanze chimiche, sorveglianza sanitaria.
- o Pubblicati sul sito web AUSL di Piacenza i materiali prodotti in tema di prevenzione degli infortuni in Agricoltura e le buone pratiche prodotte in tema di prevenzione degli infortuni in Agricoltura e in Edilizia.
- o Realizzate due convenzioni con INAIL Nazionale e Regionale con ultimo aggiornamento dei dati ad aprile 2023. È stata eseguita la formazione regionale di tutti gli RSPP delle aziende sanitarie.
- o avviato un percorso di FORMAZIONE INTERNA - FSC DSP (UOPSAL+UOISP), di condivisione e confronto, per personale del DSP che effettua i controlli ispettivi REACH, CLP, BIOCIDI, insieme ai nuovi Tecnici della Prevenzione di PSAL e IP che si stanno formando per raggiungere i requisiti richiesti agli ispettori e avviata l'interazione con i colleghi della U.O. IAN per l'effettuazione dei campionamenti conoscitivi congiunti per la ricerca di additivi, coadiuvanti/coformulanti in prodotti FITOSANITARI.
- *Nel corso dell'anno è stato garantito il controllo ufficiale secondo i criteri forniti dall'Autorità Competente Regionale (ACR), basati sulla categorizzazione del rischio, nel rispetto degli obiettivi contenuti nei piani trasversali previsti nel PRI. Sono stati raggiunti i valori attesi previsti dagli indicatori di processo dei Piani Specifici del PRI. Le richieste di certificazioni da parte degli operatori dei vari settori interessati sono state evase puntualmente nei tempi previsti. Nella realizzazione dello stesso sono stati implementati i collegamenti trasversali con alcune attività del PRP: antimicrobico resistenza, etichettatura nutrizionale e MTA. È stata implementata la collaborazione delle UO anche nei piani specifici trasversali (Apicoltura, MTA e Allerta Alimentare).*



Relativamente all'ambito **Salute Mentale e Dipendenze Patologiche** in linea con quanto indicato all'interno del PIAO 2023-2025 nel corso del 2023 si è avviata la revisione dei principali PDTA aziendali riguardanti sia i disturbi del neuro sviluppo sia le più rilevanti aree della psicopatologia in età evolutiva nella fascia adolescenziale, preadolescenziale e infantile. Le revisioni riguardano sia interventi strutturati a favore delle famiglie, pensate non solo come bisognose di supporto ma anche come attori fondamentali dei processi di cambiamento, sia interventi di maggiore prossimità con l'utilizzo della telemedicina. Nello specifico, in merito alla definizione dell'equipe integrata autismo adulti, all'interno del DSMDP dell'AUSL di Piacenza è presente da anni l'UOC Psichiatria di Collegamento e Inclusione Sociale (PCIS) che attiva già dal sedicesimo anno di età del paziente equipe integrate tra gli operatori sanitari, gli Enti Locali interessati, il Terzo settore e le realtà associative e di volontariato, per iniziare a definire progettualità adatte ai bisogni dell'utenza: tale equipe è stata ufficializzata con delibera 600 del 22/12/2023.

Per implementare la trasversalità degli interventi tra le varie UOC del DSMDP era già attiva la cartella CURE (Cartella Unica Regionale Elettronica) nei Centri di Salute Mentale e in Neuropsichiatria e Psicologia infanzia e adolescenza; la stessa è stata implementata nel Servizio Dipendenze Patologiche e Psicologia di Base (tutela minori) nel secondo semestre 2023.

Per promuovere modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e il sistema della salute mentale-dipendenze patologiche si sta sviluppando una funzione di promozione della salute mentale "primaria" con l'istituzione della UOC Salute Mentale di Comunità Adolescenti e Giovani, in un'ottica di sanità d'iniziativa, proattiva e preventiva, in stretto raccordo con l'attività del Distretto quale centro di riferimento territoriale.

La UOC, istituita con Delibera n°405 del 06/09/2023, opererà all'interno delle Case della Comunità e farà proprio il modello operativo dell'integrazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale. La mission della UOC sarà la promozione della salute mentale "primaria" sia con funzione di raccordo tra i Servizi del DSMDP e i Dipartimenti delle Cure Primarie e di Sanità Pubblica, Enti Locali, Istituzione scolastica, Terzo settore, Volontariato, sia per interventi terapeutici ed educativi anche di prossimità mirati alla valutazione e trattamento di tutte quelle condizioni psichiche di disagio, dei giovanissimi e dei giovani-adulti, non ascrivibili immediatamente alla presa in carico dei servizi specialistici, che meritano tuttavia una osservazione mirata nella fase precoce della loro evoluzione. A tal fine, sono in via di strutturazione sia la puntuale mappatura delle realtà e delle attività in essere rivolte alla popolazione target e facenti riferimento alle istituzioni scolastiche, terzo settore, volontariato, società sportive, iniziative di aggregazione giovanile sul territorio ecc..., che procedure organizzative e assistenziali in tema di salute mentale, da integrare:

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

- con il Dipartimento delle Cure Primarie all'interno delle Case della Salute/Comunità in particolare in coordinamento e sinergia con l'attività dei MMG e PLS, secondo logiche di prossimità, accoglienza, valutazione, orientamento e presa in carico dell'assistito, seguendo le linee di indirizzo della DGR 1141/2021; particolare attenzione all'integrazione degli interventi e al potenziamento della collaborazione multiprofessionale sulle problematiche psicologiche e psichiatriche, uso e abuso di sostanze in adolescenza con facilitazione all'accesso ai servizi sanitari anche in collaborazione con il Terzo Settore.
- Con i servizi specialistici del Dipartimento di Sanità Pubblica nell'attività di prevenzione.

Inoltre, come presente tra gli obiettivi aziendali e regionali specifici, nell'anno 2023 si è provveduto alla revisione dei percorsi residenziali per adulti e minori al fine di implementare i percorsi di recovery ed evitare lunghe permanenze prive di progettualità in strutture residenziali. A tal fine sono stati riesaminati i progetti di cura per ogni paziente inserito in struttura, cercando di individuare soluzioni che favoriscano il rientro a domicilio del paziente, il suo inserimento in strutture a più basso peso assistenziale o l'attivazione di budget di salute ove possibile.

Sono inoltre state valorizzate nella cartella CURE i percorsi residenziali e semiresidenziali dei pazienti in carico al DSMDP per le UO PCIS, CSM, SERDP, NPIA.

Nel corso dell'anno si è proceduto a una riorganizzazione della rete RTE che ha visto l'inaugurazione della RTE Laura per i disturbi del neurosviluppo associati a gravi disturbi comportamentali a febbraio e la chiusura nel mese di aprile 2023 della RTE Comunità La Sorgente e nel mese di dicembre della Comunità alloggio socio sanitaria Le Nuvole.

Infine, prosegue l'assistenza sanitaria delle persone reclusi in Istituto penitenziario con il continuo coinvolgimento dei professionisti ospedalieri per gli interventi clinici di competenza, in sinergia con l'equipe multiprofessionale dedicata alla cronicità e con il supporto della telemedicina. Sono inoltre garantiti interventi di promozione della salute in collaborazione con i Promotori di Salute (attività di prevenzione primaria ai detenuti, adesione a screening e vaccinazioni come da campagne RER e nazionali).

Qualificazione e specializzazione degli stabilimenti ospedalieri:

Anche nel corso del 2023 l'Azienda ha rimarcato la scelta di concepire la propria dotazione ospedaliera come un'unica rete di offerta integrata, all'interno della quale i quattro stabilimenti ospedalieri del Presidio unico aziendale hanno una vocazione specifica che assicura un'appropriata



concentrazione della casistica e adeguati livelli di clinical competence.

Ospedale di Piacenza

Lo stabilimento di Piacenza è il riferimento provinciale per l'attività chirurgica d'urgenza e per tutte quelle specialità caratterizzate da un'alta complessità, che richiedono supporti e strumentazioni non disponibili negli altri ospedali del territorio.

Nel 2023 sono stati realizzati i seguenti interventi:

- Trasferimento del DH di Ematologia nella ex diabetologia;
- Progetto, esecuzione lavori e trasferimento ambulatori pneumologia nell'ex DH Ematologia (stesso blocco in cui vi sono gli ambulatori di pneumologia interventistica);
- Adeguamento ambulatori pneumologia e successivo trasferimento ambulatori neurologia;
- Conclusione ristrutturazione geriatria (2° ala);
- Conclusione adeguamento sistema ricambi aria UO Malattie Infettive;
- Progetto preliminare adeguamento nuova patologia neonatale;
- Progetto preliminare nuova emodinamica;
- Implementazione PET mobile;
- Verifica di fattibilità installazione nuova TAC presso la Radiologia del Pronto soccorso con previsione inizio operatività entro la fine del terzo trimestre del 2024;
- Effettuati sopralluoghi e pianificato interventi di adeguamento locali per la sostituzione di una TAC in Radiologia2 entro la fine del 2024.

Sono state inoltre istituite le seguenti UO Complesse con sede a Piacenza:

- P.S., OBI e Medicina d'urgenza bassa complessità Piacenza;
- Neuroradiologia Diagnostica.

Infine, a livello regionale è stato istituito nel mese di ottobre il Programma Metropolitano Trapianti Piacenza-Parma alla cui direzione è stato nominato successivamente il Direttore del Dipartimento Onco-Ematologia dell'Azienda USL di Piacenza.

Ospedale di Fiorenzuola d'Arda

Lo stabilimento di Fiorenzuola è identificato come **Polo Riabilitativo Emilia Nord a valenza interprovinciale**, secondo Centro Hub per la Riabilitazione delle gravi patologie spinali della Regione Emilia Romagna che si affianca a quello di Montecatone (Imola). Il nuovo blocco B, all'interno del quale si concentrano tutte le funzioni riabilitative specialistiche, è stato completamente

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

ricostruito, dotato di forniture tecnologiche di elevato livello e concepito con una grande attenzione al comfort del paziente. Dal 09/05/2022 è inoltre operativo il nuovo reparto Neuroriabilitazione – Gravi Cerebrolesioni Acquisite composto da 10 posti letto. Si è predisposto un progetto di valorizzazione del complesso con accorpamento o potenziamento delle UU.OO di Riabilitazione, con l'attivazione a inizio 2024, di 10 posti di Riabilitazione Ortopedica.

Sono stati effettuati sopralluoghi e pianificati interventi di adeguamento locali per la sostituzione della TAC della Radiologia per la quale è prevista la sostituzione nella prima metà del 2024.

È stata definita la progettazione dei lavori per la ristrutturazione e interventi di adeguamento del 3° piano blocco A, grazie al programma straordinario degli investimenti pubblici in sanità ex art 20 L.67/88, per la predisposizione di 2 sale operatorie per la chirurgia ambulatoriale e Day Surgery da destinare alle attività specialistiche chirurgiche di oculistica, chirurgia vascolare, ortopedia, chirurgia plastica e altre aree interventistiche come terapia del dolore, con cantierizzazione nel 2024.

Già nel 2023 sono iniziate le attività di chirurgia ambulatoriale nell'ambito di chirurgia plastica ed entro la fine dell'anno si procederà anche con interventi di carattere ortopedico.

Inoltre, è stato assegnato l'incarico di U.O. semplice Pneumologia territoriale che garantirà maggiore presenza dello specialista pneumologo nello stabilimento di Fiorenzuola e a potenziamento dell'interfaccia ospedale-territorio.

Ospedale di Castel San Giovanni

Lo stabilimento della Val Tidone è il riferimento provinciale per la **chirurgia programmata** di media e bassa complessità e inoltre è stato identificato come "Ospedale della donna", struttura in grado di fornire risposte diverse e integrate per la cura multidisciplinare di molte patologie femminili: proprio a tal proposito, nel corso del 2023 si è sviluppata l'offerta riabilitativa nell'ambito della riabilitazione del pavimento pelvico.

È stato definito il progetto esecutivo finale per l'ampliamento della degenza chirurgica, attualmente a rustico e che ha visto, nel corso del 2023, la cantierizzazione e l'avvio dei lavori con termine dei lavori nella primavera 2024. Il progetto di completamento del 1°Piano Blocco C dell'Ospedale di Castel San Giovanni (accorpamento area degenza breve chirurgica con area degenza a ciclo continuo) persegue e realizza gli obiettivi del Piano strategico Aziendale di organizzazione e sviluppo della Sanità di Piacenza, in linea con la normativa vigente nazionale e Regionale, si prefigge di raggiungere una miglior performance delle prestazioni erogate in regime di degenza (inpatient), un miglior comfort per gli operatori e per i pazienti, con attenzione al controllo dei costi a garanzia della sostenibilità economica Aziendale.



La sostituzione della TAC della Radiologia, programmata nel corso del 2023, è stata completata a inizio 2024.

Nel corso dell'anno 2023 è stato rivisto il progetto finalizzato alla valorizzazione strutturale e funzionale dell'attuale P.S. anche al fine di prevederne l'attivazione del CAU.

Inoltre, si è effettuata una valutazione delle diverse Aree Sanitarie e di Supporto dell'Ospedale di Castel San Giovanni, in termini di attività, spazi dedicati, logistica e percorsi, che ha permesso di pianificare dei conseguenti lotti di interventi/lavori che verranno realizzati nel corso dell'anno 2024 e 2025, per migliorare, ridisegnare, ottimizzare i percorsi esterni e interni.

Sono state avviate le procedure per la realizzazione di un'area ristoro adeguata per i dipendenti e utenti con l'obiettivo di aumentare il comfort e l'accoglienza degli stessi.

Sempre nel corso del 2023, è stato completato il progetto tecnico dell'Ospedale di Comunità che verrà realizzato all'interno dell'Ospedale di Castel San Giovanni i cui lavori verranno iniziati al termine dei lavori del rustico del 1 Piano Blocco C e andranno a completamento entro il 30/06/2026. L'ospedale di Comunità realizzato all'interno dell'Ospedale di Castel San Giovanni rappresenta una collocazione ideale per garantire uno stretto raccordo multidisciplinare tra ospedale e territorio a garanzia di progetti di riabilitazione e recupero che consentano forme appropriate e condivise di rientro al domicilio delle persone con bisogni e fragilità sociali e sanitarie.

Infine, nel corso del 2023 è stata avviata la predisposizione della Convenzione con l'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR) con l'avvio dalla primavera 2024 dell'attività ambulatoriale ortopedica a marchio Rizzoli e da settembre 2024 dell'attività chirurgica Ortopedica e riabilitativa. A tal fine, si è proceduto alla definizione del progetto dell'area di degenza Rizzoli in realizzazione entro l'estate del 2024.

Ospedale di Bobbio

Presso lo stabilimento di Bobbio sono state intraprese negli ultimi anni notevoli attività di ristrutturazione, ampliamento e riorganizzazione delle attività e dei servizi presenti, tra cui la sua trasformazione in Ospedale di Montagna da Ospedale di Comunità (convertito con delibera del direttore generale n. 387 del 29/07/2022).

Facendo seguito agli orientamenti normativi regionali è stato attivato a partire dal 01/12/2023 il primo CAU aziendale, ovvero una struttura in grado di fornire adeguata assistenza ai vari bisogni della popolazione dell'area montana di riferimento. L'elemento di particolare rilievo organizzativo e funzionale sta nel fatto che viene garantita una presenza h24 da parte di medici afferenti al ruolo unico di assistenza primaria in un contesto di grave carenza complessiva di risorse.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

Nel 2023, sono proseguite le attività di miglioramento sismico che riguardano il piano terra del corpo di fabbrica A e successivamente del corpo di fabbrica B; contestualmente ai lavori strutturali verranno creati spazi per il servizio necroscopico e riqualificata l'area di Primo Soccorso/CAU, oltre alla riorganizzazione dei servizi ambulatoriali finalizzata al potenziamento dell'offerta ambulatoriale in relazione alla domanda del territorio.

È stato completato nell'anno il progetto della Casa di Comunità di Bobbio, che verrà realizzata e attivata nel 2025. La nuova struttura, prevista all'interno dell'Ospedale, garantirà un presidio fondamentale per la media e alta Val Trebbia, e realizzerà uno stretto raccordo con i servizi specialistici e diagnostico strumentali presenti all'interno dell'Ospedale di Montagna, andando a candidare l'Ospedale di Bobbio come punto strategico di salute a favore dei territori dell'Appennino emiliano.

PRIVATO ACCREDITATO

Nel corso del 2023 l'Azienda ha negoziato gli accordi con le case di cura provinciali sulla base delle indicazioni regionali per garantire le prestazioni necessarie e per rispondere agli obiettivi regionali di ripresa e recupero dell'attività relativa alle prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa; per tale specifico obiettivo la Regione Emilia-Romagna ha previsto anche uno specifico fondo di euro 7 milioni (come da Protocollo di intesa tra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Italiana di Ospedalità Privata – AIOP-sezione Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti economici finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere per l'anno 2023, approvato con DGR del 04/05/2023, n. 675). In particolare, all'Azienda USL di Piacenza sono stati assegnati € 674.138 che sono stati ripartiti in base alle necessità tra le diverse strutture private del territorio.

L'Azienda ha utilizzato ulteriori risorse economiche, derivanti da una transazione con la Casa di Cura Piacenza, pari a € 789.781,28, per acquisire prestazioni destinate a contenere i tempi di attesa della specialistica ambulatoriale.

In riferimento alla DGR 878/2023, l'Azienda ha richiesto alla Casa di Cura Piacenza l'esecuzione di 200 interventi chirurgici di ernia inguinale (DRG 162) di pazienti in lista d'attesa dell'AUSL Piacenza, previo consenso degli stessi e contestualmente la riduzione della produzione di chirurgia ortopedica rispetto all'anno 2022.



Assicurare un accesso facile, tempestivo e appropriato ai servizi:

Equità

Nel rispetto del Piano Aziendale Equità 2021-2024, il Board aziendale equità rinnovato nei suoi componenti a inizio 2023, ha definito e successivamente condiviso con la direzione aziendale le azioni su cui concentrare l'attività nell'anno:

1. Definire le linee di indirizzo volte a favorire l'equità e il rispetto delle differenze, individuando le aree prioritarie di intervento, anche in coerenza con la programmazione locale e regionale;
2. Supportare le articolazioni aziendali nello sviluppo di azioni orientate all'equità di accesso e di erogazione dei servizi;
3. Proporre e realizzare azioni formative ed informative sui temi di competenza (funzione di diffusione di una cultura dell'equità);
4. Sviluppare specifici progetti di implementazione di buone pratiche per l'equità, promuovendo l'adozione di strumenti di Health Equity Audit, o altri strumenti di Equity Assesment, proposti in accordo con i referenti regionali equità;
5. Assicurare attraverso il proprio Presidente l'interfaccia con gli enti locali, altre istituzioni pubbliche ed altri soggetti attivi nel territorio, quali in primis i CCM aziendali, per lo sviluppo di progetti integrati.

Rispetto agli obiettivi 1 e 2, il Board ha condiviso di lavorare nel 2023 all'Interno del PL 11 - Programma Libero 11 del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 "Promozione della Salute nei primi 1000 giorni", come ambito di intervento su cui 'applicare' le procedure di Equity Assesment, tesa a potenziare il PDTA Percorso Nascita aziendale.

In merito agli obiettivi 3 e 4, il Board prima di promuovere iniziative formative specifiche locali, ha deciso di aderire al percorso formativo "*Laboratorio regionale per l'AV Emilia Nord - Valutare e programmare in termini di equità: l'Health Equity Audit applicato al Piano Regionale della Prevenzione*" per il consolidamento della procedura HEA – Health Equity Assesment. È stato così individuato un sottogruppo composto da 8 professionisti aziendali, provenienti da differenti UO e differenti Dipartimenti, affinché partecipassero al percorso sperimentale laboratoriale regionale. Nel corso dell'anno il gruppo ha sviluppato un'analisi del profilo di salute delle donne inserite all'interno del PDTA percorso Nascita, con un focus sulle partecipanti agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita.

Rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero:

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

Per il 2023 è stato dato mandato alle aziende, con riferimento alle **prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio**, di perseguire all'interno della pianificazione aziendale, un miglioramento rispetto alla performance 2022.

È inoltre richiesto il recupero degli interventi chirurgici scaduti, con un recupero dei pazienti ancora presenti in lista nella misura del 100% della casistica oltre tempo massimo al 01/01/2022 e del 80% della casistica oltre tempo massimo al 01/01/2023.

In corso d'anno si è predisposto un progetto specifico per il raggiungimento dei due obiettivi di cui sopra, risultato che è stato ampiamente raggiunto, per entrambe le percentuali fissate.

Particolare attenzione viene altresì richiesta per garantire la corretta e completa alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA, strumento attraverso il quale la Regione monitora i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico.

Gli obiettivi regionali fissati rispetto a tale ambito sono stati ampiamente raggiunti.

La DGR n. 272/2017 e il nuovo PRGLA 2019-2021 (adottato con DGR 603 del 15/04/2019), redatto sulla base del PNGLA 2019-2021, hanno fissato obiettivi e scadenze finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna. Nel dettaglio devono sempre essere garantiti:

- il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti con le indicazioni regionali (circolare 7/2017, nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017);
- il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale;
- la gestione informatizzata delle agende di prenotazione e la loro manutenzione;
- la finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate;
- una adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini.

Nel corso del 2023, l'Azienda ha provveduto a definire una organizzazione più strutturata per il governo del percorso del paziente chirurgico e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie prevedendo la dotazione di una nuova figura professionale (Ingegnere Gestionale) e alla riorganizzazione della Direzione tecnica-Direzione Medica con l'istituzione della U.O.S.D. "Gestione Operativa sale operatorie" (delibera n. 320 del 13/7/2023). Tale modifica organizzativa fa seguito alla riorganizzazione, già attuata nell'anno 2022, del Dipartimento delle Terapie intensive, Anestesiologia e Terapia del dolore con l'istituzione della UOC Anestesia Aziendale deputata al governo del percorso del paziente chirurgico con la finalità di ottimizzare l'impiego delle risorse professionali dedicate allo stesso.



Grazie anche alle modifiche organizzative introdotte, si è migliorata la performance rispetto ai tempi previsti per la **classe A**, che da un dato di fine anno 2022 pari all'87% ha raggiunto al 31/12/2023 un valore pari al 95% e una media annuale superiore al 90%.

Per quanto invece concerne il totale degli **interventi sottoposti a monitoraggio**, al 31/12/2023 il 75% è stato garantito entro la classe di priorità a fronte di una media regionale del 73%.

L'Azienda si è impegnata inoltre nel corso del 2023:

- a proseguire la concentrazione crescente dell'attività chirurgica a minore complessità presso lo stabilimento ospedaliero di Castel San Giovanni, coerentemente alla sua vocazione. Presso tale stabilimento è previsto inoltre l'avvio (2024) dell'attività di ernioplastica inguinale in regime ambulatoriale.;
- a garantire adeguati volumi di produzione chirurgica per soddisfare la domanda assistenziale dell'utenza. A tal proposito, per determinate tipologie di intervento chirurgico (chirurgia di media/bassa complessità) si proseguirà nella definizione di specifici accordi con le strutture private accreditate provinciali;
- a procedere alla revisione completa del percorso del paziente chirurgico e del regolamento del blocco operatorio, focalizzandosi sul monitoraggio degli indicatori ministeriali (ad esempio, l'orario inizio primo intervento, il tempo di cambio e il tasso di saturazione delle sedute operatorie), con la principale finalità di incrementare l'efficienza dell'intero processo chirurgico;
- a garantire l'appropriatezza del regime di erogazione dell'attività chirurgica, in particolare per la chirurgia di parete e proctologica;

Rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali:

Relativamente alla **specialistica ambulatoriale** l'Azienda ha programmato e pianificato l'offerta prestazionale attraverso una valutazione puntuale del fabbisogno.

Come definito dalla DGR 1237/2023 di programmazione sanitaria annuale sono stati prioritari i seguenti obiettivi:

- garantire valori di performance sui Tempi di Attesa di almeno il 90%;
- potenziare le disponibilità di prestazioni prenotabili tramite CUPWEB;
- implementare le prestazioni erogate in modalità telemedicina;
- garantire la continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, ovvero l'incremento delle prescrizioni e prenotazioni di controlli e/o approfondimenti

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

diagnostici da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale;

- monitorare/migliorare l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'applicazione dei criteri clinici di accesso definiti a livello regionale e la formazione dei medici.

Rispetto ai Tempi di attesa (TdA) delle visite e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotate entro gli standard, la performance 2023 è stata pari al 91% per la classe di priorità D (30/60/90 gg) e 92% per la classe di priorità B (10 gg), rispettando i target richiesti dal livello regionale.

L'Azienda, al fine di migliorare la performance dei tempi di attesa e contestualmente allineare l'offerta con la domanda crescente di prestazioni specialistiche, nel corso dell'anno ha implementato e monitorato costantemente le seguenti azioni:

- analisi puntuale e tempestiva della domanda e programmazione dell'offerta:
 - o il monitoraggio ha previsto il controllo con cadenza giornaliera dei Tempi di Attesa e degli Indici di Performance delle prestazioni monitorate;
 - o si è strutturata una specifica reportistica degli indici di performance per prestazione, integrata con reportistica riguardante tutte le classi di priorità, inviata giornalmente alla Direzione aziendale;
 - o sono stati definiti budget per le UU.OO. eroganti, con analisi domanda-offerta e identificazione del volume di produzione necessario per prestazione, budget monitorati mensilmente a partire dal mese di maggio;
- valutazione puntuale del fabbisogno, distinguendo i regimi erogativi e le diverse modalità di accesso. È stata implementata una stratificazione delle agende CUP al fine di migliorare l'appropriatezza in fase di prenotazione dell'appuntamento dando seguito, per alcune visite di primo accesso in base alla classe di priorità (P; D; B; U), alla definizione dei criteri regionali di appropriatezza prescrittiva;
- verifica settimanale dell'offerta (posti occupati e liberi) in tempo reale attraverso apposite estrazioni dati da CUP;
- implementazione dell'offerta quali-quantitativa e monitoraggio dei budget del privato accreditato al fine di ottenere un'offerta flessibile e adeguata alla variabilità della domanda, anche attraverso l'aggiornamento dei percorsi di garanzia;
- incontri periodici e confronti estemporanei con gli erogatori aziendali per concordare le attività in termini di risorse aggiuntive e le modalità di erogazione della programmazione di prestazioni specialistiche;
- miglioramento dell'accesso alle prestazioni anche attraverso CUPWEB. Nello specifico



- sono state potenziate le disponibilità di prestazioni prenotabili tramite CUPWEB, conseguendo il risultato del 100% del numero di prestazioni di primo accesso obbligatorie presenti nel catalogo e integrando, inoltre, ulteriori prestazioni facoltative;
- implementazione della prescrizione diretta degli accertamenti da parte degli specialisti per il completamento diagnostico semplice e della prescrizione diretta e prenotazione delle visite di controllo per evitare inutili rinvii del cittadino al MMG;
 - miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva attraverso la condivisione con MMG e specialisti dei criteri clinici individuati a livello regionale, tramite iniziative informative/formative e la diffusione di specifici protocolli di appropriatezza prescrittiva definiti a livello regionale;
 - implementazione delle attività di telemedicina (televisita e teleconsulto) per la presa in carico dei pazienti cronici. Nel 2023 sono state definite le procedure, predisposti gli strumenti tecnologici e avviata la formazione per l'attività di televisita all'interno di 9 Unità Operative aziendali. È stata, inoltre, individuata la specialità (odontoiatria) per cui verrà attivato il teleconsulto.

Oltre a quanto sopra esposto, si ricorda che sta proseguendo l'attività di adeguamento a livello locale del nomenclatore tariffario regionale secondo i nuovi LEA (Accordo Stato-Regioni siglato il 19/04/2023, recepito con DGR 1775/2023) e la cui entrata in vigore è stata posticipata al 2025 e l'attività di revisione delle procedure per l'accreditamento aziendale.

Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR):

A livello aziendale, la scelta dei singoli interventi finanziati con fondi del Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR) è stata guidata dalla volontà di sostenere il potenziamento della rete territoriale aziendale, il mantenimento della specializzazione degli stabilimenti ospedalieri e il pieno supporto alla transizione verso la sanità digitale.

Nel corso del 2023 l'Azienda USL di Piacenza ha proceduto con l'attuazione delle azioni propedeutiche al raggiungimento dei target e milestone previsti dagli interventi con finanziamento PNRR e sinteticamente sotto riportati:

- Missione 6, Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

INTERVENTO	FINANZIAMENTO in migliaia di euro	ULTERIORE ASSEGNAZIONE in migliaia di euro	MILESTONE	STATO
Casa della Comunità Piacenza (Piazzale Milano)	233		concluso	Intervento concluso il 10/7/2022. Nel corso del 2023 sono stati acquisiti a completamento arredi e tecnologie.
Casa della Comunità Cortemaggiore	50		concluso	Approvazione progetto esecutivo con delibera 118/2023. Affidamento dei lavori avvenuto con delibera 386/2023. Lavori conclusi nel gennaio 2024.
Casa della Comunità Borgonovo Val Tidone	35		concluso	Approvazione progetto esecutivo con delibera 118/2023. Affidamento dei lavori avvenuto con delibera 386/2023. Lavori conclusi nel gennaio 2024.
Casa della Comunità piacenza (Belvedere)	3.405	2.803	30/06/2026	Approvata progettazione definitiva con determina 12/2023. Progettazione esecutiva affidata con determina 39/2023. Lavori consegnati per l'accantieramento in data 13/12/2023.
Completamento Casa della Comunità di Fiorenzuola d'Arda – Piano secondo	1.500	207 (Fondo Opere Indifferibili Decreto RGS del 19/5/2023)	30/06/2026	Approvata progettazione definitiva con determina 13/2023. Stipula accordo quadro e contratti specifici avvenuto con determina 40/2023.
Casa della Comunità Rottofreno (frazione S. Nicolò)	2.763	1.130	30/06/2026	Approvata progettazione definitiva con determina 11/2023. Progettazione esecutiva e lavori affidati con determina 39/2023.
Centrale Operativa Territoriale di Piacenza	335		concluso	Approvazione progetto esecutivo con delibera 490/2022. Affidamento dei lavori avvenuto con delibera 91/2023. Lavori ultimati nel 2023.
Centrale Operativa Territoriale di Cortemaggiore	15		concluso	Approvazione progetto esecutivo con delibera 490/2022. Affidamento dei lavori avvenuto con delibera 91/2023. Lavori ultimati nel 2023.
Centrale Operativa Territoriale di Borgonovo Val Tidone	149		concluso	Approvazione progetto esecutivo con delibera 490/2022. Affidamento dei lavori avvenuto con delibera 91/2023. Lavori ultimati nel 2023.
Ospedale di Comunità di Castel San Giovanni	352		30/06/2026	Approvazione progetto esecutivo con delibera 118/2023. Si prevede di iniziare i lavori a fine 2024 e di concluderli a giugno 2025.
Ospedale di Comunità di Piacenza	4.005	1.025	30/06/2026	Approvata progettazione definitiva con determina 12/2023. Progettazione esecutiva e lavori affidati con determina 39/2023. Lavori consegnati per l'accantieramento in data 13/12/2023.

- Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.2 – Casa come primo luogo di cura e telemedicina – Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT):

INTERVENTO	FINANZIAMENTO in migliaia di euro	MILESTONE	STATO
Centrali operative territoriali – Interconnessione	205	31/12/2024	La Regione Emilia-Romagna con DGR 2221 del 12 dicembre 2022 ha adottato il primo atto di programmazione dell'assistenza territoriale regionale, derivante da quanto previsto dal DM77/2022, in coerenza con gli obiettivi del PNRR: 1 TARGET M6C1-00-ITA-20 Assegnazione codici



INTERVENTO	FINANZIAMENTO <i>in migliaia di euro</i>	MILESTONE	STATO
			CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale RAGGIUNTO 30/09/2023 ; 2 TARGET M6C1-00-ITA-2 Stipula contratti per l'interconnessione aziendale SCADENZA 30/06/2024; 3 TARGET M6C1-00-ITA-26 Completamento interventi per interconnessione aziendale SCADENZA 31/12/2024; 4 TARGET M6C1-7 Centrali operative pienamente funzionanti SCADENZA 31/12/2024. In via di implementazione le funzionalità individuate in sede di analisi congiunta della piattaforma regionale per la gestione delle Centrali Operative Territoriali. Sono, altresì, in corso di valutazione le interconnessioni con gli applicativi aziendali.

- Missione 6, Componente 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale:

- 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Alta e media tecnologia

INTERVENTO	FINANZIAMENTO <i>in migliaia di euro</i>	MILESTONE	STATO
Sostituzione 3 Sistemi Radiologici (2 presso Pronto Soccorso Piacenza e 1 presso lo stabilimento ospedaliero di Bobbio)	665	31/12/2024	Adesione Accordo Quadro Consip: giugno 2023. Emissione ordini contabili: agosto 2023. Collaudo previsto entro la metà del 2024.
Sostituzione 4 TAC (presso gli stabilimenti ospedalieri di Castel San Giovanni, Fiorenzuola e 2 Piacenza)	2.290	31/12/2024	Adesione Accordo quadro IntercentER: novembre 2023. Ordini contabili emessi tra dicembre 2023 e gennaio 2024. Collaudi previsti a partire da marzo 2024 ed entro agosto 2024.
Sostituzione Angiografo (presso la Cardiologia di Piacenza)	410	31/12/2024	Aggiudicazione gara: giugno 2023. Emissione ordini contabili: febbraio 2024. Collaudo previsto entro la fine del 2024.
Sostituzione 2 Mammografi (presso lo stabilimento ospedaliero di Piacenza)	380	31/12/2024	Adesione Accordo quadro IntercentER: dicembre 2023. Emissione ordini contabili previsto nella prima metà del 2024. Collaudo previsto entro la fine del 2024.
Sostituzione 1 Risonanza Magnetica (presso lo stabilimento ospedaliero di Castel San Giovanni)	833	31/12/2024	Aggiudicazione gara: giugno 2023. Emissione ordine contabile: febbraio 2024. Collaudo previsto entro la fine del 2024.

- 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Digitalizzazione DEA di I e II livello

INTERVENTO	FINANZIAMENTO <i>in migliaia di euro</i>	MILESTONE	STATO
Digitalizzazione DEA I e II livello	5.461	30/06/2025	Nel corso del 2023 sono stati acquisite attrezzature informatiche, i software gestionali per Medicina Nucleare, screening mammografico ed endoscopia.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

- Investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione:

INTERVENTO	FINANZIAMENTO in migliaia di euro	MILESTONE	STATO
Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo del FSE da parte delle regioni" – Rafforzamento dell'infrastruttura digitale dei sistemi sanitari	587	30/06/2026	Le azioni saranno implementate nel corso del 2024.
Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo del FSE da parte delle regioni" – Potenziamento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario	901	30/06/2026	In attesa del rilascio a livello regionale della formazione trasversale alle Aziende per poi procedere, conseguentemente, alla formazione specifica e operativa aziendale.

- Investimento 1.3.2.2.1 Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA, di cui reingegnerizzazione NSIS a livello locale:

INTERVENTO	FINANZIAMENTO in migliaia di euro	MILESTONE	STATO
Flussi Socio sanitari Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario	208	30/06/2026	<p>Il finanziamento prevede l'adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi - nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario NSIS - relativi alla riabilitazione territoriale, ai servizi di assistenza primaria, agli ospedali di comunità e ai consultori familiari, entro il 2025.</p> <p>Con la pubblicazione del DM 07.08.2023 e relative specifiche tecniche è stato raggiunto il target previsto relativamente ai seguenti 2 flussi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Flusso SIAR "applicabile ai trattamenti riabilitativi erogati, nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento in favore di persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali". <p>In azienda è stata effettuata analisi funzionale e progettuale ed è stato avviato l'invio del flusso in Regione a titolo sperimentale, come da disposizioni ministeriale e regionali, relativamente ai dati del quarto trimestre 2023. In corso di avvio distribuzione gestionale presso le strutture.</p> <ul style="list-style-type: none"> Flusso SICOF: applicabile alle prestazioni erogate dai consultori familiari e



INTERVENTO	FINANZIAMENTO <i>in migliaia di euro</i>	MILESTONE	STATO
			relative all'assistenza territoriale sociosanitaria, prestata in favore dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie, residenti e non residenti sul territorio italiano, a livello distrettuale, domiciliare e territoriale. Il target TARGET M6C2-00-ITA-15 relativo agli altri due rimanenti flussi è fissato per giugno 2025.

- Sub intervento 2.2 (b) "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario", Corso di formazione in infezioni ospedaliere:

INTERVENTO	COSTO <i>in migliaia di euro</i>	MILESTONE	STATO
Formazione del personale ospedaliero in merito al tema infezioni ospedaliere (Target: 1.241 operatori formati)	339	30/06/2026	A livello aziendale sono stati identificati nominalmente per ciascun Dipartimento ospedaliero i professionisti candidati alla formazione in infezioni ospedaliere: il 40% (dirigenza e comparto) che dovrà completare la formazione entro il 31/03/2025 e un ulteriore 40% che dovrà completare la formazione entro il 30/06/2026. La prima parte di formazione, in FAD, è stata uniformata a livello regionale. Terminata la FAD, i professionisti seguiranno una formazione residenziale interattiva, organizzata dall'Azienda a partire dal 01/10/2024, e una formazione sul campo con le quali porteranno a termine il percorso formativo richiesto dall'intervento PNRR.

- Sub intervento 2.2 (c) "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario", Corso di formazione manageriale:

Per questo intervento l'Azienda non è destinataria di finanziamento in quanto la scelta regionale è stata quella di centralizzare l'organizzazione dei corsi di formazione in oggetto. A ciascuna Azienda RER, però, è stato richiesto di selezionare un numero definito di professionisti da candidare a questa formazione per il raggiungimento dell'obiettivo regionale di 333 operatori formati. A fine 2023, l'Azienda USL di Piacenza ha pertanto formalmente identificato 25 professionisti che a partire dal mese di Settembre 2024 frequenteranno le edizioni del corso di formazione manageriale programmate secondo il calendario regionale (conclusione formazione: Giugno 2026).

- Missione 1 Componente 1 – Investimento 1.2 Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA. Migrazioni datacenter:

INTERVENTO	COSTO <i>in migliaia di euro</i>	MILESTONE	STATO
Abilitazione al cloud per le PA locali	705	12/09/2024	Affidamento in house dei servizi applicativi e infrastrutturali finalizzati alla trasformazione digitale avvenuto con Delibere 573 e 574 del 2023. Adesione alla Convenzione IntercentER: dicembre 2023.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

- Missione 6 Sistema Piano Nazionale per gli investimenti Complementari (PNC, come approvato con D.L. 59/2021) Investimento E1 – salute, ambiente, biodiversità e clima:

INTERVENTO	COSTO <i>in migliaia di euro</i>	MILESTONE	STATO
Rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS (Sistema Nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici) e SNPA a livello nazionale, regionale e locale	197	30/06/2024	Emissione ordinativi di fornitura a fronte della consultazione del mercato elettronico MEPA di CONSIP e delle ulteriori ricerche di mercato condotte (determina 371/2023).

Progetti strategici

L'Azienda ha proseguito nel corso del 2023 l'implementazione di progetti strategicamente rilevanti per l'intero territorio provinciale di Piacenza: la realizzazione del nuovo ospedale per la città di Piacenza, il rafforzamento dei rapporti con l'Università, progetti per il miglioramento dell'accesso degli utenti ai servizi amministrativi e l'acquisto di una PET.

Nuovo Ospedale

La riorganizzazione della rete ospedaliera operata in questi anni costituisce il viatico per la ideazione, progettazione e costruzione del nuovo ospedale di Piacenza: il nuovo stabilimento, infatti, renderà la riorganizzazione completa e più efficiente, consentendo di assorbire e/o accorpate ulteriori funzioni e di costituire, in questo modo, un vero Hub provinciale, così come nelle intenzioni regionali.

Il primo studio di fattibilità, approvato con delibera del Direttore Generale n. 154 del 20/04/2021, è stato successivamente revisionato come da indicazioni regionali fino all'elaborazione della versione "Nuovo Ospedale di Piacenza - studio di fattibilità 1.1a", documento adottato con delibera n. 191 del 20/04/2022 e poi trasmesso e approvato dal Gruppo Tecnico Regionale. Successivamente all'insediamento della nuova Giunta del Comune di Piacenza, con Delibera di Giunta del Comune di Piacenza n. 241 del 06/09/2022, è stato chiesto alla Regione Emilia Romagna e, per suo tramite, alla AUSL di Piacenza la redazione di un'integrazione allo studio di fattibilità con l'individuazione dell'area 5 come collocazione del nuovo ospedale. Di conseguenza, l'Azienda ha proceduto nel mese di Ottobre 2022 all'affidamento dell'integrazione dello studio di fattibilità sull'area 5.

Ad Aprile 2023 è stato consegnato lo Studio di Fattibilità 2.0 del nuovo ospedale sull'Area 5 e approvato a giugno 2023 con delibera del Direttore Generale n. 293 del 19/06/2023: lo stesso è



stato presentato in Gruppo Tecnico Regionale l'11 luglio 2023 (con comunicazione di esito positivo della verifica ad inizio settembre) e nel Consiglio Comunale di Piacenza il 16 Luglio 2023.

Con deliberazione di Giunta Comunale nr. 189 del 19/09/2023 il Comune di Piacenza ha assunto la configurazione progettuale dello studio di fattibilità 2.0 afferente l'Area 5 come scelta di indirizzo progettuale avviando le successive fasi di competenza pianificatoria ascritte al Comune di Piacenza

In estrema sintesi, nell'anno 2023 l'Azienda ha attuato con tempestività tutte le azioni necessarie di sua competenza per addivenire alla definizione dell'intervento.

Rapporti con l'Università

Nel corso del 2023 l'Azienda ha proseguito nel piano di sviluppo previsto con la Convenzione Quadro stipulata nel 2021 tra l'Azienda USL di Piacenza, Regione Emilia Romagna, Comune di Piacenza e Università degli Studi di Parma per l'avvio del corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicine and Surgery (LM-41 Medicina e chirurgia) la quale prevede anche la stima delle necessità di organico dedicato allo sviluppo del Corso di Laurea.

Dopo l'individuazione della sede di Ortopedia si è infatti proseguito con la sede aggiuntiva di Pediatria e con la stipula dell'Accordo per l'istituzione di altre sei sedi: Oncologia, Cardiologia, Ematologia, Chirurgia Generale, Neurologia e Medicina Riabilitativa di Integrazione ai percorsi Ospedale-Territorio. Nel 2023 è stato sottoscritto un altro Accordo per l'istituzione di ulteriori tre sedi: Otorinolaringoiatria, Medicina Interna e Anestesia (Del. 525/2023). Relativamente alla sede di Otorinolaringoiatria si è anche proceduto alla nomina di un Professore Straordinario (Del. 547/2023).

Nell'anno 2023 è stato conferito l'incarico di direzione di struttura complessa della sede ulteriore di Medicina Riabilitativa di Integrazione ai percorsi Ospedale-Territorio (Del. 47/2023) ed è stato reclutato un ricercatore per il completamento delle due unità di personale previste per l'U.O. Pediatria (Del. 550/2023). Inoltre è stata richiesta l'attivazione della procedura per la copertura del posto da Professore per la sede di Oncologia.

Oltre al reclutamento dei punti organico per la copertura delle sedi ulteriori, si sono svolte le procedure selettive per il reclutamento di tre professori per le materie di insegnamento Igiene generale e applicata, Microbiologia e Microbiologia Clinica e Reumatologia, che prenderanno servizio nel corso dell'anno 2024.

Sul fronte amministrativo si è proceduto, tra Azienda USL di Piacenza e Università di Parma, alla sottoscrizione dell'Addendum alla Convenzione Quadro relativamente alle modalità di arruolamento del personale universitario (Del. 245/2023) e dell'Accordo Attuativo della Convenzione Quadro relativamente all'assetto complessivo delle relazioni tra i due enti (Del. 524/2023).

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

Infine è stato approvato un ulteriore Addendum alla Convenzione Quadro sottoscritto da Azienda USL di Piacenza, Università di Parma, Comune di Piacenza e Regione Emilia-Romagna per la definizione degli impegni in relazione alla sede del Corso di Laurea di Piacenza.

Progetto aziendale InnovaUtenza

L'Azienda USL di Piacenza, dopo l'esperienza di gestione della pandemia Covid, ha raccolto le migliori esperienze che le hanno consentito la massiccia interazione con la popolazione per le varie campagne sanitarie (sierologici, tamponi, vaccini) e ne ha preso spunto per una riflessione strategica che ha dato avvio al Piano InnovaUtenza.

Il Piano, avviato nel corso del 2022/2023, si articola in diverse linee progettuali tutte volte a migliorare l'interazione con l'utente/paziente, nell'ottica di facilitare e ottimizzare la comunicazione e l'interazione con il cittadino, e attuare i processi di semplificazione e di deburocratizzazione amministrativa.

Le linee progettuali su cui si fonda il Piano sono 4, ognuna delle quali contiene una serie di sotto progetti, di seguito elencati:

1. Miglioramento delle interazioni tramite contact center

L'Azienda ha deciso di intraprendere un percorso di esternalizzazione parziale del servizio di CUP telefonico al fine di potenziare il servizio, poter gestire i picchi di attività avendo maggior flessibilità nella gestione ordinaria: a partire dal 9 gennaio 2023 L'Azienda ha avviato un rapporto di collaborazione con un fornitore esterno per il supporto di attività del Telecup aziendale.

Da aprile 2023, valutati i dati di attività, gli sportelli di Piazzale Milano non effettuano più operazioni di prenotazioni dando spazio a quelle relative al cambio medico, iscrizione assistiti, registrazione esenzioni etc. che creavano lunghe file al suddetto sportello.

È in fase di attuazione il progetto del Numero Unico Aziendale ossia un unico numero di riferimento col quale, seguendo le istruzioni pre-registrate, l'utente potrà accedere facilmente ai servizi: Telecup, Urp, Cartelle cliniche, Igiene pubblica, Ufficio estero e Centralino Generale semplicemente premendo il tasto corrispondente al servizio necessario. L'obiettivo è di renderlo operativo nel 2024.

2. Miglioramento delle comunicazione via SMS

L'Azienda Usl di Piacenza nel 2023 ha potenziato l'invio di messaggistica SMS ai cittadini per quanto riguarda le prenotazioni di specialistica ambulatoriale per tutte le tipologie di prestazioni: in Servizio sanitario nazionale, Libera professione e autogestite direttamente dai reparti. I nuovi servizi di messaggistica si affiancano agli SMS di promemoria (remind) che ormai da anni sono inviati al cittadino qualche giorno prima di un appuntamento per una prestazione prenotata.



Su base annua l'attività di invio SMS è stata quasi raddoppiata portando a quasi 6 milioni gli SMS inviati dall'azienda agli assistiti.

Nell'SMS inviato dall'Azienda USL è indicato il numero di prenotazione e il link del nuovo portale per scaricare i fogli di prenotazione in autonomia e per avere informazioni più dettagliate sulla stessa.

I servizi di messaggistica SMS, che si sono dimostrati efficaci in vari settori di attività, riguardano anche:

- gli inviti agli screening oncologici (supporto e remind degli inviti)
- i solleciti di pagamento ticket (superamento invio prima lettera di sollecito)
- le comunicazioni di cessazione dei MMG e PLS (superamento invio lettera cartacea)

3. Miglioramento dell'accesso tramite web e portali: lo sportello virtuale

Da Maggio 2023 è attivo sul sito dell'Azienda USL di Piacenza un Portale per il Cambio del Medico; la richiesta di scelta/cambio medico può essere effettuata on line, senza doversi recare fisicamente a uno sportello, evitando quindi code e spostamenti. Questo strumento è stato sviluppato poiché, negli ultimi anni, causa la carenza diffusa di medici di medicina generale e pediatri di famiglia, il numero di incarichi provvisori dei medici è notevolmente aumentato, e di conseguenza le richieste dei cittadini legate all'attività di scelta e cambio medico.

Da Maggio a Dicembre 2023 le richieste pervenute al Portale Cambio Medico sono state circa 3.500, e rappresentano un rilevante numero di utenti che hanno effettuato l'operazione comodamente da casa, senza fare code agli sportelli aziendali.

4. Miglioramento delle interazioni negli spazi aziendali

L'Azienda USL di Piacenza ha investito nel rinnovo del parco eliminacode aziendali, per una gestione più efficace dei tempi nelle sale di attesa nei luoghi a più alto flusso di utenti. In particolare già nel 2022 nel Centro prelievi dell'ospedale di Piacenza è stato introdotto il sistema Zerocoda che permette all'utente di prenotare on line dal proprio dispositivo il proprio appuntamento e saltare la coda. Totem, nuovo sistema di chiamata ai box amministrativi, e tablet in uso ai sanitari nei box prelievi: l'intero sistema garantisce maggior funzionalità, rapidità e sicurezza nel percorso dell'utente.

Nel 2023 lo stesso modello è stato implementato presso altri servizi aziendali, quali: Distribuzione diretta dei farmaci dell'Ospedale di Piacenza, Centro prelievi di Castel San Giovanni, Centro prelievi di Fiorenzuola d'Arda, Sportello Unico di P.le Milano – Piacenza.

Nel corso del 2023 è stato inoltre sostituito tutto il parco macchine relativo ai riscuotitori automatici per l'incasso ticket. I nuovi riscuotitori di ultima generazione e più funzionali, permettono

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

il pagamento del ticket in modalità elettronica POS.

PET

Nel 2022 l'Azienda aveva ottenuto l'autorizzazione a contrarre un mutuo per l'acquisizione di una PET, investimento di fondamentale importanza per fare in modo che i pazienti piacentini non siano più costretti a "emigrare" in province limitrofe per l'esecuzione di questa tipologia esami, ridurre i disagi dell'utenza e comprimere un'importante voce di mobilità passiva.

Nel mentre procedono gli atti di gara per tale acquisto, l'Azienda ha acquisito a noleggio un tomografo PET mobile entrato in funzione il 28 Novembre e che resterà operativo fino all'installazione dell'apparecchiatura fissa.

Altre azioni per l'anno 2023

Governo dei farmaci e dei dispositivi medici

Nel corso del 2023 l'Azienda ha tenuto alta l'attenzione in merito all'appropriatezza prescrittiva e su alcune fondamentali azioni di efficientamento, in quanto fondamentali per la sostenibilità delle attività aziendali, oltre che per l'efficacia e la qualità delle cure.

L'anno 2023 registra un miglioramento delle performance a livello di spesa farmaceutica convenzionata: se a luglio l'Azienda presentava uno scostamento rispetto all'anno precedente di +2,9%, a fine anno l'incremento registrato si è ridotto ad un + 1.8% rispetto ad un obiettivo assegnato dalla RER di un +2%, confermando pertanto il raggiungimento dell'obiettivo regionale.

Oltre a ciò si evidenzia il valore della spesa netta pro capite che si è assestata a 107,16 euro, a fronte di una media regionale di 113,09 euro, confermandosi come uno dei migliori dati a livello regionale.

Relativamente al perseguimento dell'**appropriatezza prescrittiva** l'Azienda ha operato attraverso:

- Incremento del numero di incontri di formazione e confronto con MMG e PLS sulle modalità prescrittive e aderenza terapeutica per il contenimento dei costi. In particolare sono monitorate quelle classi e molecole (PPI, vitamina D, omega-3) soggette a scostamenti di spesa importanti e possibile inappropriata prescrittiva;
- Monitoraggio nella prescrizione di alcune tipologie di farmaci ad elevato costo/consumo sia innovativi che non innovativi utilizzati nelle varie patologie sul territorio;
- Monitoraggio della prescrizione dei farmaci biosimilari, come da obiettivi regionali, attraverso un approccio HTA (Health Technology Assessment). Sono stati effettuati



incontri con gli specialisti in cui sono state analizzate l'appropriatezza prescrittiva (Registri AIFA), il costo terapia/costo annuo ed eventuali alternative terapeutiche. Per i clinici prescrittori è stata studiata una reportistica ad hoc quindicinale e previsti audit specifici. Inoltre sono in corso azioni proattive sulle prescrizioni da parte di centri extra-Regione;

- Verifica sistematica degli andamenti di consumo di farmaci e vaccini che impattano sul bilancio aziendale e sulla sostenibilità. Attraverso un monitoraggio delle terapie farmacologiche ad alto costo (es. farmaci oncologici, ematologici, per sclerosi multipla, per emofilia, ecc.), verificandone l'appropriatezza delle linee di trattamento, di indicazioni d'uso, si è cercato di collaborare con i clinici per definire la terapia da erogare per il paziente in quella determinata situazione clinica con il miglior rapporto costo-beneficio. In particolare per l'area onco-ematologica sono stati creati gruppi di lavoro multidisciplinari per patologia, con lo scopo di garantire l'appropriatezza prescrittiva (partendo dalle raccomandazioni formulate dal gruppo GReFO), analizzare la spesa e l'aderenza a specifici indicatori regionali. Per garantire la continuità ospedale-territorio è stato inoltre individuato un farmacista dedicato alle terapie orali che svolge anche attività di counseling al paziente. Da settembre è iniziata la digitalizzazione delle richieste motivate personalizzate per potassio cloruro, albumina, IgVena e carbosimaltoso ferrico, farmaci che presentano un elevato rischio di inappropriatezza.
- Ampliamento dei punti di distribuzione diretta dei farmaci, al fine di migliorare il servizio di assistenza farmaceutica ai pazienti fragili e cronici attraverso una maggiore capillarità del servizio e governare l'appropriatezza prescrittiva. In particolare ad inizio 2023 è ripresa l'attività di distribuzione in due case della comunità sospesa a causa del COVID. A fine anno si è avviata un'analisi del flusso degli accessi ai vari Punti di Distribuzione aziendali, che ha evidenziato la necessità di una rimodulazione degli orari per venire incontro alle necessità dei pazienti; in tal senso è previsto per il 2024 un anticipo sull'orario di apertura del Punto Distributivo che afferisce allo stabilimento ospedaliero di Piacenza, ed al contempo verranno programmate alcune aperture pomeridiane anche nelle periferie, in un'ottica di migliorare l'offerta e rimodulare il servizio in relazione alle necessità dei cittadini.

È stata mantenuta la modalità di consegna a domicilio per i pazienti ubicati nelle zone più disagiate della provincia di Piacenza impossibilitati a recarsi nei punti più vicini di

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

distribuzione diretta, così come per i pazienti anziani o in particolari condizioni di fragilità che non possono contare sull'aiuto di caregiver

- A seguito dell'accordo regionale stipulato con le associazioni di categoria delle farmacie convenzionate, si è provveduto ad estendere ulteriormente l'elenco dei farmaci da erogare in distribuzione per conto (DPC): il 2023 si è chiuso con un incremento consistente dell'attività, passando da 152.192 pezzi per il 2022 a 186.148 pezzi erogati.
- Nel mese di novembre 2023 si è avviato il percorso per giungere ad un accordo con Federfarma in materia di Assistenza Integrativa. La suddetta convenzione ha così ridefinito, oltre il già attivo percorso della DPC di farmaci e dispositivi medici per il monitoraggio e controllo della glicemia nei pazienti diabetici, l'erogazione di convogliatori e raccoglitori di urina e di materiale per stomi, la fornitura di prodotti destinati ad una alimentazione particolare (alimenti senza glutine destinati ai pazienti celiaci; alimenti ipo/aproteici per malattie metaboliche ereditarie, alimenti ipoproteici per pazienti nefropatici) e la distribuzione da parte delle farmacie dei sostituti del latte materno (ex. D.M. 8 giugno 2001). Tale accordo ha permesso di allineare le scontistiche precedentemente applicate a quelle previste dagli accordi nazionali (18% sul prezzo di listino) per convogliatori e raccoglitori di urina e materiale per stomie, con un risparmio stimato di circa 80.000 euro/annui.

Per quanta riguarda la **continuità ospedale-territorio**, si segnalano i seguenti progetti agiti nel 2023:

- Revisione delle modalità di erogazione del farmaco in dimissione da degenza ospedaliera con lo scopo di garantire appropriatezza clinica (note AIFA, piani terapeutici) ed organizzativa; sensibilizzando i clinici sulle interazioni farmacologiche nel paziente politrattato attraverso attività di counselling farmacologico.
- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei PPI, sia a livello ospedaliero che a livello territoriale. A livello ospedaliero è stata introdotta la richiesta motivata personalizzata (RMP) digitalizzata con l'erogazione della terapia in unità posologica per 7 giorni di trattamento. A livello territoriale, invece, sono stati potenziati gli incontri di nucleo, in presenza, con i medici di medicina generale e gli specialisti ospedalieri, nei quali è stata posta l'attenzione sulla gravità degli effetti collaterali generati dall'utilizzo non idoneo e continuo dei PPI. In queste attività sono state coinvolte anche le farmacie di comunità. È stata potenziata anche la reportistica dei farmaci monitorati



per singolo medico prescrittore, promuovendo il confronto fra pari all'interno dei singoli Nuclei di Cure Primarie e valutando in maniera sinergica le azioni da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi regionali.

- Per alcuni pazienti che afferiscono al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, definiti fragili, è stato avviato il processo di supply chain con consegna del farmaco già in posologia monodose personalizzata. Questo permette di tracciare principio-attivo, forma farmaceutica, dosaggio, secondo GMP (norme di buona preparazione) e garantire così la sicurezza della terapia, valutandone l'appropriatezza prescrittiva e le potenziali interazioni farmacologiche.
- È stato creato il "Gruppo Operativo per il Buon Uso degli Antibiotici" sulla base di un modello proattivo di confronto, con una gestione coordinata e multidisciplinare della terapia antimicrobica. Per gli antibiotici, soprattutto di ultima generazione e a elevato impatto economico, per i quali è prevista la richiesta motivata personalizzata digitalizzata (RMP), è stata resa obbligatoria la consulenza infettivologica anche per contrastare la crescita dell'antibiotico-resistenza. È stata attuata l'erogazione controllata di questi antibiotici fino ad un max di 3 giorni di terapia da parte del servizio di Farmacia Ospedaliera e incontri di confronto e analisi con i clinici. Particolare attenzione è stata posta alla deprescrizione (riduzione del dosaggio o sospensione) e allo switch conseguente alla consulenza infettivologica, per valutarne sia l'impatto clinico che economico, specialmente per gli antibiotici appartenenti alla classe Reserve (classificazione AWaRe).

Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

Anche nel 2023 L'Azienda ha proseguito nel percorso di razionalizzazione ed efficientamento della propria rete dei servizi offerti. In particolare, si è rinforzata l'integrazione con le altre Aziende AVEN e regionali per ottenere economie di scala e omogeneità nella strutturazione dei processi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi. Nel dettaglio l'Azienda ha:

- proceduto con la partecipazione alle gare di acquisti AVEN e Intercent-ER: nell'anno 2023 l'Azienda ha mantenuto la crescita costante dell'adesione alle iniziative centralizzate già attestata negli anni precedenti. Tra le forniture gestite a livello aggregato, si specifica che i Medicinali sono quasi totalmente in carico all'Unità Logistica Centralizzata (ULC) di AVEN e i contratti sono gestiti dall'Azienda USL di Reggio Emilia; parimenti anche la parte preponderante degli acquisti dei Dispositivi Medici viene effettuata per mezzo di ULC.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

- proseguito nell'organizzazione di procedure concorsuali, in particolare per la selezione di determinate figure del comparto, a livello di area vasta con graduatorie specifiche per singola azienda;
- implementata ulteriormente l'acquisizione e l'organizzazione di pacchetti formativi a livello di Area Vasta per assicurare economicità nell'impiego delle risorse e uniformare le competenze all'interno di AVEN. Nello specifico, a livello AVEN si è convenuti all'acquisizione di un pacchetto unico di FAD in tema di sicurezza sul lavoro e radioprotezione per l'anno 2023/2024 e organizzato il Corso di Formazione Manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa presso l'AOU Modena.

L'Azienda USL di Piacenza ha mantenuto e consolidato il percorso di erogazione dell'assistenza protesica. Negli anni l'Azienda ha investito nell'integrazione del personale clinico, assistenziale e amministrativo di supporto al fine di migliorare i percorsi di presa in carico e fornitura degli ausili protesici. Per quanto riguarda le fasi dell'individuazione del bisogno, della formulazione del piano riabilitativo-assistenziale individuale e della prescrizione, l'Azienda ha individuato un elenco di medici specialisti per branca, che sono registrati nell'albo aziendale dei medici prescrittori e partecipano a percorsi formativi finalizzati all'appropriatezza prescrittiva. Ai fini della prescrizione, il medico specialista si avvale del personale tecnico sanitario che può visionare la disponibilità tra gli ausili di serie, avendo accesso all'applicativo di gestione del magazzino. Nel 2023 è stata effettuata la revisione della procedura aziendale del percorso protesico relativo agli ausili di pertinenza ortopedica-riabilitativa che descrive le varie fasi della presa in carico dalla prescrizione alla fornitura e sono state attuate alcune azioni di miglioramento per velocizzare l'autorizzazione delle prescrizioni in urgenza.

È stata assicurata anche per il 2023 la tempestività dei pagamenti (target: <0, Risultato: -12,23) dei fornitori di beni e servizi nei termini di legge, congiuntamente ad un efficiente e appropriato utilizzo delle risorse finanziarie. L'Azienda si è pertanto impegnata, attraverso una puntuale programmazione di cassa e un miglioramento nelle procedure interne di liquidazione, al mantenimento dei tempi di pagamento entro i 60 giorni previsti dalla normativa. Nel 2023 si rileva una leggera flessione dell'indicatore rispetto al 2022 riconducibile all'avvio della Gestione informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile (GAAC) che ha comportato, in particolare nei primi mesi dell'anno, un ritardo nei tempi di pagamento e una diminuzione dei volumi degli stessi poi recuperati nei mesi successivi. Il risultato è stato raggiunto grazie all'impegno di tutte le articolazioni aziendali garantendo il rispetto delle tempistiche dell'avvio e la precisione del recupero dati migrati.

Proseguimento della collaborazione durante le fasi di implementazione e gestione delle piattaforme logistiche ed informatiche: sistema unico regionale per la gestione informatizzata



dell'area amministrativo-contabile (GAAC) e Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU). Il progetto GAAC si pone l'obiettivo di gestire a livello regionale tutto il sistema amministrativo contabile con anagrafiche centralizzate al fine di migliorare l'omogeneità e la confrontabilità dei flussi informativi. L'implementazione del GAAC a partire dal 01/01/2023, come da cronoprogramma regionale, ha impegnato l'Azienda, già dal 2022, nell'attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo applicativo. Tale attività è stata svolta nel rispetto delle tempistiche stabilite per la migrazione dati. Per quanto riguarda il Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU) si segnala che il modulo "concorsi" è stato utilizzato nel 2023 per tutte le procedure aziendali bandite di conferimento di incarichi a tempo determinato, indeterminato sia per il personale dirigente che quello del comparto, oltre a quelli gestiti a livello di area vasta relativamente al personale del comparto sono state gestite attraverso il modulo Gru dedicato (raccolta delle domande). Inoltre è stato implementato e avviato il nuovo modulo GRU che ha consentito di digitalizzare l'intero processo di valutazione individuale annuale di tutto il personale dipendente (comparto e dirigenza) (con assegnazione degli obiettivi da parte del responsabile, valutazione del dipendente e feedback del valutato mediante portale del dipendente). Infine, il gestionale di presenze assenze ha completato lo sviluppo delle principali funzionalità previste, in particolare si sono sviluppate tutte le configurazioni sul portale del dipendente ancora mancanti.

Per contribuire fattivamente ai percorsi di razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi, l'AUSL di Piacenza ha confermato il proprio approccio dinamico all'organizzazione aziendale. Nel corso del 2023 l'Azienda ha modificato il proprio Piano di Organizzazione aziendale per adattare l'organizzazione aziendale al mutare delle condizioni di contesto, della domanda di servizi, delle indicazioni del legislatore nazionale e regionale, degli obiettivi strategici e operativi.

Nello specifico le modifiche organizzative approvate in corso d'anno hanno coinvolto:

- Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche con l'istituzione della UOC Salute Mentale di Comunità adolescenti e giovani
- La Direzione Tecnica Direzione Medica con l'istituzione delle UU.OO.CC. Presidio Unico, Governo dell'accesso in emergenza e dei percorsi outpatient e dell'unità operativa semplice dipartimentale Gestione operativa Sale Operatorie
- La Direzione Tecnica Direzione Farmaceutica con l'istituzione dell'Unità Operativa Semplice Dipartimentale Governo del farmaco nelle strutture territoriali extra aziendali
- Il Dipartimento Funzioni Radiologiche con l'istituzione dell'Unità Operativa Semplice Dipartimentale Diagnostica senologica e dell'Unità Operativa Complessa

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

Neuroradiologia Diagnostica

- È stata formalizzata la funzione di Internal Audit con Delibera del Direttore Generale n. 606 del 29/12/2023. La funzione è stata affidata ad un Board Aziendale composto da dirigenti e/o collaboratori afferenti a Dipartimenti di supporto o Direzioni Tecniche, coordinato dal Direttore di UO Bilancio in qualità di Referente aziendale della funzione di audit nonché membro del Nucleo Regionale di Audit Interno.

Azioni poste in essere dall'Azienda per dare attuazione all'art.18 comma 1 Decreto Legge 17 marzo 2020 n. 18 convertito con modificazioni nella Legge 24 aprile 2020 n. 27)

L'anno 2023 è stato contrassegnato da un progressivo ritorno all'attività a regime, mentre gli impatti dovuti al Covid 19 sono risultati progressivamente in riduzione.

L'azienda ha comunque mantenuto in essere le azioni necessarie di contrasto a tale fenomeno.

Infatti, in ambito ospedaliero, sono state mantenute aree dedicate anche se, a differenza degli anni precedenti il numero dei posti letto dedicati ai pazienti Covid si è sensibilmente ridotto.

A livello territoriale è proseguita l'offerta della campagna di vaccinazione anti Covid con l'obiettivo di ridurre la mortalità, l'ospedalizzazione e le forme gravi di Covid-19 nelle persone anziane e con elevata fragilità, e proteggere le donne in gravidanza e gli operatori sanitari. Anche per il 2023 è stato possibile effettuare le vaccinazioni presso gli ambulatori del personale convenzionato, le farmacie e le sedi vaccinali del Dipartimento di Sanità pubblica.



6.11 Monitoraggio obiettivi 2023 - ex DGR 1237/2023

Premessa

La presente Relazione sulla Gestione del Direttore Generale, riferita all'anno 2023, viene stilata in ottemperanza a quanto richiesto dalla Regione Emilia Romagna e formalizzato con delibera n.1237/2023.

La Relazione si basa sui dati forniti dai singoli servizi aziendali e, ove presenti, pubblicati sul portale Insider alla data di redazione del bilancio.

1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO.....	187
1.1 PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE E LEGGE REGIONALE N. 19/2018.....	187
1.2 SANITÀ PUBBLICA.....	188
1.2.1 Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS).....	188
1.2.2 Epidemiologia e sistemi informativi.....	188
1.2.3 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive.....	189
1.2.4 Implementazione del Piano di prevenzione vaccinale e monitoraggio legge 119/2017.....	191
1.2.5 Programmi di screening oncologici.....	192
1.2.6 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita.....	193
1.2.7 Strutture sanitarie, socio-assistenziali e socio sanitarie.....	194
1.3 SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA, SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONE.....	195
1.4 TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI NELLE STRUTTURE SANITARIE.....	197
1.5 PNRR - CORSI DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE - ACTION PLAN.....	199
2. ASSISTENZA TERRITORIALE.....	200
2.1 POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE.....	200
2.2 RETE DELLE CURE PALLIATIVE.....	203
2.3 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE - DIMISSIONI PROTETTE.....	204
2.5 PERCORSO NASCITA.....	205
2.6 PERCORSO IVG.....	206
2.7. ATTIVITÀ RIVOLTE AGLI ADOLESCENTI/GIOVANI ADULTI.....	207
2.8. CONTRASTO ALLA VIOLENZA.....	208
2.9 GARANZIA DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTA AMBULATORIALE.....	209
2.10. RIORGANIZZAZIONE RESIDENZIALITÀ SALUTE MENTALE E DIPENDENZE.....	212
2.11. DEFINIZIONE ÉQUIPE INTEGRATA AUTISMO ADULTI.....	214
2.12. DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA).....	214
2.13. TELEMEDICINA SALUTE NELLE CARCERI.....	215
2.14 SERVIZI SOCIO-SANITARI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA.....	216
3. ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	220
3.1 EMERGENZA-URGENZA OSPEDALIERA.....	220
3.2 PERCORSO CHIRURGICO.....	223
3.3 TEMPI DI ATTESA.....	224
3.4 PIATTAFORME OPERATIVE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (NGS+ TRAPIANTI CSE).....	226
3.5 INDICATORI DM 70/2015: VOLUMI ED ESITI.....	227
3.6 RETI CLINICHE DI RILIEVO REGIONALE.....	230

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

<u>3.6.1 Rete cardiologica e Chirurgica cardio-vascolare</u>	230
<u>3.6.2 Rete oncologica ed Emato-oncologica</u>	231
<u>3.6.3 Rete dei Centri Senologia</u>	231
<u>3.6.4 Rete Tumori Ovarici</u>	231
<u>3.6.5 Rete per la Terapia del dolore</u>	231
<u>3.6.6 Rete Neuroscienze</u>	232
<u>3.6.7 Rete Malattie rare</u>	233
<u>3.6.8 Rete dei Tumori rari</u>	233
<u>3.6.9 Rete delle Cure palliative pediatriche (CPP)</u>	234
<u>3.6.10 Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie</u>	234
3.7 ATTIVITÀ TRAPIANTOLOGICA	235
3.8 ATTIVITÀ TRASFUSIONALE	237
3.9 APPROPRIATEZZA, UTILIZZO EFFICIENTE DELLA RISORSA POSTO LETTO, CONTROLLI SANITARI, RICOVERI INTERNI ED ESTERNI, CODIFICA DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA	239
3.10 ACCREDITAMENTO	240
3.11 GOVERNO DEI FARMACI E DEI DISPOSITIVI MEDICI	241
<u>3.11.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna</u>	241
<u>3.11.2 Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica</u>	242
<u>3.11.3 Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate</u>	246
<u>3.11.4 Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali</u>	247
<u>3.11.5 Farmacovigilanza</u>	248
<u>3.11.6 Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza</u>	250
<u>3.11.7 Rendicontazione nel flusso DiMe e obiettivi di tracciabilità</u>	252
<u>3.11.8 Dispositivo Vigilanza</u>	254
4. GARANTIRE LA SOSTENIBILITA' ECONOMICA E PROMUOVERE L'EFFICIENZA OPERATIVA	255
4.1 MIGLIORAMENTO NELLA PRODUTTIVITÀ E NELL'EFFICIENZA DEGLI ENTI DEL SSN, NEL RISPETTO DEL PAREGGIO DI BILANCIO E DELLA GARANZIA DEI LEA	255
<u>4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR</u>	255
<u>4.1.2 Le buone pratiche amministrativo-contabili</u>	256
<u>4.1.3 La regolazione dei rapporti con i produttori privati</u>	258
<u>4.1.4 Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile</u>	259
4.2 IL GOVERNO DEI PROCESSI DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI	261
4.3 IL GOVERNO DELLE RISORSE UMANE	262
4.4 PROGRAMMA REGIONALE GESTIONE DIRETTA DEI SINISTRI	263
4.5 POLITICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PROMOZIONE TRASPARENZA	264
4.6 SISTEMA DI AUDIT INTERNO	265
4.7 ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	266
4.8 PIATTAFORME INFORMATICHE PIÙ FORTI E INVESTIMENTI IN BIOTECNOLOGIE E STRUTTURE PER IL RILANCIO DEL SSR	267
<u>4.8.1 Fascicolo Sanitario Elettronico / Portale SOLE</u>	267
<u>4.8.2 Finanziamenti ex art. 20 L.67/88</u>	269
<u>4.8.3 Interventi già ammessi al finanziamento</u>	269
<u>4.8.4 Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 (Art 2, DL 19 maggio 2020, n.34)</u>	270
<u>4.8.5. Piano investimenti: interventi di cui alla scheda 3</u>	270
<u>4.8.6 Attività per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione Salute</u>	270
<u>4.8.7 Iniziative per il miglioramento dell'accessibilità alle strutture sanitarie e della sosta nelle aree di pertinenza</u>	271



<u>4.8.8 Tecnologie Biomediche</u>	271
<u>4.8.9 Sistema Informativo</u>	273
5. INNOVAZIONE NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI	277
<u>5.1 SISTEMA RICERCA E INNOVAZIONE REGIONALE</u>	277
<u>5.2 INNOVAZIONE NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI</u>	278
<u>5.3 SICUREZZA DELLE CURE</u>	282
<u>5.4 SVILUPPO E MIGLIORAMENTO DELLE QUALITÀ DELLE CURE</u>	284
<u>5.5 SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO</u>	285
<u>5.6 LA FORMAZIONE CONTINUA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE</u>	286

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

1.1 Piano Regionale della Prevenzione e Legge Regionale n. 19/2018

Indicatore

- **PRP - Raggiungimento degli indicatori locali definiti nel documento di governance di cui alla D.G.R. 58/2022 come di competenza delle Aziende sanitarie**

TARGET	RISULTATO 2023
70%	<p>91%</p> <p>Con Deliberazione del Direttore Generale n. 76 del 16/02/2022 è stato adottato il documento di Governance aziendale in attuazione dei contenuti del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 e in coerenza con il documento di Governance di cui alla DGR 58 del 24/01/2022; al suo interno stati individuati i Responsabili Aziendali dei Programmi.</p> <p>Nel 2023 è stata condotta l'attività di rendicontazione dei programmi previsti dal PRP 2021-2025, con particolare riferimento agli obiettivi previsti per il 2023, avvalendosi di un cruscotto di indicatori e interfacciandosi con i referenti aziendali dei diversi programmi. Tra gli indicatori elencati nel documento di Governance, la Cabina di regia regionale ha individuato per l'anno 2023 34 indicatori locali, il cui raggiungimento dipende da azioni e interventi di competenza delle Aziende sanitarie, che concorrono alla valutazione degli obiettivi di mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie (note Prot. n. 2023/0110132 del 26/10/2023 e n. 2023/0112910 del 07/11/2023).</p> <p>Lo standard di risultato è stato conseguito per il 91% degli indicatori monitorati.</p>



1.2 Sanità Pubblica

1.2.1 Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)

Indicatori

➤ **Disponibilità di un documento descrittivo del nodo SRPS a livello di DSP**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	<p>sì</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificazione Responsabile SRPS (comunicato alla Regione) • documento descrittivo SRPS • Vari Piani urbanistici - PUMS

➤ **Rispetto delle tempistiche di pubblicazione del bando per l'acquisizione delle attrezzature di cui all'investimento 1.1 del Piano Nazionale Complementare PNC "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima"**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	<p>sì</p> <p>È stato redatto l'elenco delle attrezzature richieste con relativo invio ai fornitori (Determina Azienda USL Piacenza n. 371 del 29/12/2023 – Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC))</p>

1.2.2 Epidemiologia e sistemi informativi

Indicatori

➤ **Completezza archivio registro mortalità (dati 2022) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003**

TARGET	RISULTATO 2023
> = 95% al 31 marzo 2023	<p>99,44%</p> <p>Entro la data fissata è stato concluso l'aggiornamento dell'archivio del registro delle cause di morte con il completamento delle codifiche e i relativi controlli di quantità degli eventi occorsi nel secondo semestre dell'anno 2022. Permangono n. 22 decessi codificati in modo generico (Cod. ICDX Z02.7 e Z02.9) in quanto le schede ISTAT richieste alle aziende nelle quali è avvenuto il decesso non sono pervenute. Sempre nel corso dell'anno entro la scadenza del 31/10 sono stati trasmessi e validati i decessi del primo semestre dell'anno 2023.</p>

➤ **Realizzazione delle interviste PASSI programmate: interviste PASSI realizzate / interviste PASSI programmate**

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

TARGET	RISULTATO 2023
>= 95% al 28 febbraio 2023	Nel corso del 2023 l'Azienda è stata coinvolta nelle seguenti sorveglianze di popolazione finalizzate, prioritariamente, a indagare gli stili di vita: PASSI, PASSI d'Argento, OKkio alla salute. L'attività in carico è stata garantita in termini di volumi e tempistiche di realizzazione e in particolare ha previsto: campionamento, ricerca contatto telefonico nelle anagrafi aziendali, comunicazioni verso i cittadini selezionati e relativi MMG, caricamento dati su applicativo, trasmissione agli operatori interni e afferenti al service in appalto dei tracciati record selezionati e delle sostituzioni conseguenti a rifiuto a partecipare, realizzazione delle interviste previste. Sono state completate 269 interviste sulle 275 pianificate (N° Interviste realizzate/N° interviste programmate= 98%), con significativo incremento dell'attività rispetto all'anno precedente (+236% di interviste effettuate rispetto al 2022). Le interviste della sorveglianza Passi d'Argento sono, invece, svolte interamente da operatori di una ditta specializzata esterna, mentre alla Azienda USL competono l'estrazione del campione, le comunicazioni verso i cittadini selezionati e relativi MMG e la trasmissione alla ditta esterna dei tracciati record riferiti al campione ed alle sostituzioni conseguenti a rifiuto a partecipare. Tutta l'attività in carico è stata garantita in termini di volumi e tempistiche di realizzazione. Nel 2023 sono state svolte 79 delle 82 interviste pianificate (N° interviste realizzate / N° interviste programmate = 96%).

- **Implementazione dei dati di incidenza del Registro Tumori dell'Emilia-Romagna garantendo il massimo livello di accuratezza e completezza dei dati attraverso periodici controlli di qualità**

TARGET	RISULTATO 2023
dati aggiornati al 31/12/20=livello ottimale; dati al 31/12/19=accettabile	sì Con la codifica dei casi incidenti al 31/12/2020, è stato raggiunto il target previsto con particolare attenzione rispetto all'accuratezza e completezza dei dati registrati che comunque saranno oggetto di verifica da parte del Registro Regionale che provvederà a segnalare eventuali warning.

- **Ciascuna Unità Funzionale collabora alla stesura del report annuale del Registro Tumori dell'Emilia-Romagna**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	sì L'aggiornamento dei dati di incidenza locali nel Registro Regionale rappresenta la condizione indispensabile per la stesura del Report Annuale redatto a cura della direzione del registro.

1.2.3 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

Indicatori

- **N. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione / n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata (periodo di attività del vettore)**



TARGET	RISULTATO 2023
valore ottimale 100%; valore accettabile >= 90%	76,92% (10/13) Ad ogni segnalazione di sospetto di malattia da arbovirosi corrisponde il contestuale inserimento nella piattaforma SMI – PREMAL e l'invio dei campioni al Laboratorio di riferimento regionale. Il 100% (10 casi) di residenti nel territorio piacentino sono stati notificati in Regione, mentre i restanti 3 casi, non essendo residenti, sono stati segnalati alla regione di appartenenza.

➤ **Presenza del protocollo Aziendale/interaziendale riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST)**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Delibera del Direttore Generale n. 368/2023 del 07/08/2023

➤ **Controlli effettuati da operatori SIAN -SVET a seguito di sospetto di malattia trasmessa da alimenti**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Ad ogni segnalazione di malattia trasmessa da alimenti corrisponde un'attivazione del gruppo MTA; dopo valutazione collegiale, si decide se e chi deve effettuare sopralluogo e campionamento.

➤ **Popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL al 31/12/2023, assistita da MMG o PLS sentinella afferenti alla rete della sorveglianza InFluNet&RespiVirNet /popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL al 31/12/2023**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 4%	4,23%

➤ **Realizzazione di almeno una iniziativa di formazione inerente al PANFLU rivolta al personale in relazione ai Piani Operativi Locali**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 1	La formazione inerente il PANFLU è stata anticipata a dicembre 2022, come da indicazioni regionali; in particolare l'Azienda USL di Piacenza ha tempestivamente provveduto alla formazione aziendale in data 06/12/2022. L'evento, inserito in GRU con codice 3673.2 "Presentazione del Piano Pandemico aziendale" della durata di 4 ore, ha visto la partecipazione di 95 professionisti. La descrizione di quanto svolto è stato comunicato con risposta della direttrice dell'UO Pianificazione, Organizzazione e Formazione alla nota RER Prot. 28.07.2023.0765952.U in data 18 agosto 2023.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

➤ *Effettuazione di una esercitazione inerente al PANFLU in applicazione ai Piani Operativi Locali*

TARGET	RISULTATO 2023
Si	Si. Come da indicazione Regionali, è stata garantito nel 2023 il contributo di un operatore alla preparazione dell'esercitazione regionale relativa al piano pandemico, e la successiva partecipazione del referente aziendale del PANFLU e di un dirigente indicato dalla direzione sanitaria.

1.2.4 Implementazione del Piano di prevenzione vaccinale e monitoraggio legge 119/2017

Indicatori➤ *NSG-P01C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 95%	95,52%

➤ *NSG-P02C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 95%	95,2%

➤ *Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino coniugato contro lo pneumococco con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente*

TARGET	RISULTATO 2023
>= 45%	Il valore 2023 della vaccinazione anti-pneumococcica risulta, da rilevazione aziendale, pari al 16,6% (dato corretto comprensivo dei ritardatari primi 3 mesi 2024) con una tendenza in aumento rispetto al valore 2022 del 15,5%.

➤ *Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino contro l'herpes zoster con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente*

TARGET	RISULTATO 2023
>= 30%	La copertura 2023 si attesta al 20,3% in flessione a fronte del 31,9% dell'anno precedente (rilevazioni aziendali, dati corretti comprensivi dei ritardatari). L'adesione alla vaccinazione contro l'herpes zoster risente ancora dell'importante campagna vaccinale anti Covid-19.



➤ **Riallineamento dei flussi informativi tra Anagrafe vaccinale aziendale e AVR-RT**

TARGET	RISULTATO 2023
<0,2% di dati in warning	<0,2% - 0,03% relativamente alle vaccinazioni pediatriche (rilevazione aziendale). Garantito uno stretto controllo del flusso dei dati vaccinali verso l'anagrafe vaccinale regionale e un continuo aggiornamento delle rilevazioni dei warning con attento monitoraggio delle integrazioni da AVR-RT (soprattutto provenienti dai dati di MMG), al fine di garantire una efficace e tempestiva correzione di warning ed errori.

➤ **Creazione di un documento organizzativo aziendale, o interaziendale se presenti sul territorio AOsp e IRCCS, atto al recepimento della DGR attuativa del PNPV 2023-2025**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	Sì per il PNPV 2017-2019. Il PRPV 2023-2025 è stato approvato a dicembre con DGR 2138 del 12/12/2023.

1.2.5 Programmi di screening oncologici

Indicatori

➤ **Per lo screening cervicale: Percentuale di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)**

TARGET	RISULTATO 2023
valore ottimale >= 60%, valore accettabile > = 50%	55,83% rilevazione puntuale Il valore, seppur accettabile, è costantemente oggetto di attenzione per un miglioramento. Resta importante la quota di ricorso al ginecologo privato.

➤ **Per lo screening mammografico: Percentuale di popolazione target (donne di 45- 74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)**

TARGET	RISULTATO 2023
valore ottimale >= 70%, valore accettabile > = 60%	61,4% rilevazione puntuale Il valore, seppur accettabile, è costantemente oggetto di attenzione per un miglioramento. Il risultato risente anche del ricorso al privato.

➤ **Per lo screening coloretale: Percentuale di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)**

TARGET	RISULTATO 2023
valore ottimale >= 60%, valore accettabile > = 50%	46,3% rilevazione puntuale Il dato risente di una scarsa adesione nei mesi da aprile a luglio. Nei mesi successivi all'accordo con Federfarma per la riconsegna dei campioni in Farmacia l'adesione grezza da agosto a novembre è risultata pari al 49%.

➤ **Predisposizione del Piano di miglioramento a seguito dell'Audit 2022 e delle azioni intraprese nel corso del 2023**

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

TARGET	RISULTATO 2023
si	Si. È stato predisposto un Piano con dettaglio di rilievi, azioni di miglioramento previste e note. Lo stato di avanzamento è aggiornato in continuo dopo la conclusione di ogni attività in corso.

1.2.6 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

Indicatori

- **% aziende con dipendenti ispezionate ai fini del calcolo della copertura di vigilanza andranno incluse sia aziende controllate con accesso ispettivo, sia aziende controllate senza accesso ispettivo nel limite del 10%, nel contesto di specifici piani mirati o di specifiche azioni di monitoraggio e controllo**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 7,5% delle PAT esistenti	7,9% L'UO Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di Lavoro (PSAL), in collaborazione con l'UO Impiantistica e Antinfortunistica ha raggiunto e superato il target regionale ottenendo un valore pari al 7,9% delle PAT esistenti sul territorio provinciale.

- **N. cantieri rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08**

TARGET	RISULTATO 2023
>=15%	16,79% L'UO PSAL ha raggiunto e superato il target regionale richiesto nonostante un deciso incremento dei piani di rimozione amianto presentati nel corso dell'anno.

- **Attivazione a livello locale di iniziative di coinvolgimento delle figure aziendali della prevenzione (incontro/seminario/convegno) finalizzate alla realizzazione dei Piani Mirati di Prevenzione previsti dal Piano Regionale della Prevenzione e attivi a livello locale**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 3	4 Sono stati organizzati 4 incontri a livello locale previsti dal PRP per il coinvolgimento delle figure aziendali: uno per la logistica (PP6), due per edilizia e agricoltura (PP7) e uno per l'ergonomia (PP8).

- **NSG-P07C - Denunce d'infortunio sul lavoro: variazione del tasso di frequenza di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente**

TARGET	RISULTATO 2023
riduzione rispetto il valore medio del triennio	Dato ufficiale non disponibile al 29/04/2024. Non sono ancora disponibili i dati validati da INAIL ma l'andamento delle denunce d'infortunio sul lavoro sembrano essere in diminuzione rispetto al triennio



precedente	precedente.
------------	-------------

- **Implementazione delle attività degli ambulatori di medicina del lavoro territoriali con la formalizzazione/definizione dei percorsi ambulatoriali specialistici di medicina del lavoro, valutazione di casi di sospetta malattia lavoro-correlata finalizzata alla emersione delle patologie occupazionali**

TARGET	RISULTATO 2023
Atto aziendale di formalizzazione dei percorsi	Intervento posticipato al 2024, in attesa di indicazioni regionali.

1.2.7 Strutture sanitarie, socio-assistenziali e socio sanitarie

Indicatori

- **implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie, socio-sanitarie**

TARGET	RISULTATO 2023
100% delle strutture autorizzate/anno	100% Sono state inserite in anagrafe regionale tutte le autorizzazioni al funzionamento delle Strutture pervenute dai Comuni della Provincia di Piacenza.

- **% di partecipazione dei referenti aziendali delle Commissioni per l'autorizzazione (istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende Usl, ex LR 22/19) alle riunioni del gruppo regionale coordinate dal Settore prevenzione collettiva e Sanità pubblica**

TARGET	RISULTATO 2023
>=90%	100% È stata garantita la partecipazione a tutte le riunioni indette dal gruppo regionale.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

Indicatori

- % indicatori "sentinella regionali" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano;
Fonte dati specificata in ogni indicatore nel PRI: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo), o regionali (SEER) e rendicontazioni dalle AUSL

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Sono stati raggiunti pienamente tutti gli standard previsti dagli indicatori sentinella regionali (12) in carico al Programma di Sicurezza Alimentare e di Sanità Pubblica Veterinaria.

- Supervisioni in sicurezza alimentare: numero di supervisioni rendicontate alla Regione entro il 31 marzo dell'anno successivo con l'invio della relativa documentazione

TARGET	RISULTATO 2023
trasmissione di due evidenze*	Nel corso dell'anno sono state realizzate 16 supervisioni nell'ambito delle UU.OO. del Programma di Sicurezza Alimentare e di Sanità Pubblica Veterinaria: due evidenze sono state trasmesse alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Area Sanità Veterinaria e Igiene degli Alimenti, Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica.

* riferite a due distinte strutture afferenti all'area di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria di cui all'art. 7 quater del D.Lgs 502/92 (SIAN e unità operative SVET)

- **NSG-P10Z:** % = (% aziende bovine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe x 0,05) + (% capi ovicaprini controllati per anagrafe x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe x 0,1) + (% allevamenti apistici controllati per anagrafe x 0,1) + (% esecuzione del PNAA x 0,3) + (% controlli di farmacovigilanza veterinaria x 0,2) - Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) e rendicontazioni dalle AUSL

TARGET	RISULTATO 2023
>=95%	Dato ufficiale non disponibile al 29/04/2024. Sono stati raggiunti tutti gli standard previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia P10Z sia per anagrafe animale, sia per il Piano alimentazione animale, sia per farmacovigilanza.

- **NSG-P12Z:** % = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari 3 x 0,2) - Fonte dati: sistema nazionale NSIS

TARGET	RISULTATO 2023
>=95%	Dato ufficiale non disponibile al 29/04/2024. Sono stati raggiunti tutti gli standard previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia P12Z sia per il Piano residui, sia per il Piano fitosanitari, sia per la ricerca di additivi alimentari.



- **NSG-P11Z: % = (% controllo per benessere in allevamenti di vitelli x 0,2)+ (% controllo per benessere in allevamenti di suini x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di ovaiole x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di polli da carne x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini" x 0,1) + (% controlli per benessere negli impianti di macellazione x 0,1) Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo e Sintesis) e rendicontazioni dalle AUSL**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 95%	Dato ufficiale non disponibile al 29/04/2024. Sono stati raggiunti tutti gli standard previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia P11Z sia per benessere animale in allevamento, sia per benessere animale presso gli impianti di macellazione.

- **Biosicurezza degli allevamenti suini: (stabilimenti suini stabulati ispezionati per biosicurezza / 1% degli stabilimenti suini stabulati) x 0,5 + (stabilimenti suini semibradi ispezionati per biosicurezza / 33% degli stabilimenti suini semibradi) x 0,5. Fonte dati: sistema nazionale Classyfarm**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	Sono stati raggiunti tutti gli standard previsti dai criteri di biosicurezza degli stabilimenti di suini stabulati e semibradi.

- **Presenza dell'incarico per l'affidamento del servizio di ricerca carcasse di cinghiale e relativa rendicontazione, nelle zone soggette a restrizione di cui all'allegato I del Regolamento (UE) 2021/605 o in altre aree a rischio secondo la valutazione dell'osservatorio epidemiologico (SEER). Fonte dati: rendicontazione dalle AUSL**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	Sì Inviata mail alla Regione in data 19/10/2023.

- **Costituzione dei nuclei di coordinamento dipartimentali relativi ai Piano per la gestione delle emergenze di competenza dei Dipartimenti di Sanità Pubblica di cui alla DGR n. 30 del 13/01/2021**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	Sì Il Direttore DSP ha formalizzato la "Costituzione del nucleo di coordinamento dipartimentale relativo al Piano per la gestione di emergenze di competenza dei Dipartimenti di Sanità Pubblica di cui alla DGR n. 30 del 13/01/2021".

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

Indicatori➤ *copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari*

TARGET	RISULTATO 2023
>=40% o evidenza di un netto incremento rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente	16,2% La campagna vaccinale è stata comunicata mediante sito aziendale, cartellino on-line. Presso il Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) è rimasto attivo nel periodo della campagna l'ambulatorio vaccinale dedicato agli operatori sanitari con accesso diretto. Sono state inoltre organizzate sedute vaccinali itineranti presso le UU.OO. e le periferie e due Vaccination-days con accesso libero presso il Polichirurgico.

➤ *Utilizzo dell'applicativo Cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata Medico Competente per la registrazione delle vaccinazioni, in particolar modo delle vaccinazioni antinfluenzali*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Tutte le vaccinazioni effettuate dal personale sanitario del SPP, ivi compresa la vaccinazione antinfluenzale, vengono registrate sulla cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata.

➤ *Screening tubercolosi in tutti i nuovi assunti*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Il protocollo di sorveglianza sanitaria redatto dal SPP sulla base del Documento di Valutazione del rischio Tubercolosi, prevede l'esecuzione dei test di screening per la tubercolosi in tutti gli operatori sanitari nuovi assunti, precedentemente all'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

➤ *Controllo della presenza della copertura immunitaria per le principali malattie infettive prevenibili da vaccino, come previsto dalla DGR 351/2018 in tutti i nuovi assunti*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% I medici competenti del Servizio di Prevenzione e Protezione verificano nel corso delle visite mediche preventive e periodiche lo stato di immunizzazione dell'operatore sanitario e, in caso di mancata protezione, offrono attivamente le vaccinazioni indicate dalla DGR 351/2018.



➤ ***Analisi delle segnalazioni di aggressione fisica ad operatori sanitari ed eventuale individuazione di misure preventive***

TARGET	RISULTATO 2023
>=90%	100% Tutte le segnalazioni di aggressione fisica (e verbale) pervenute al Servizio di Prevenzione e Protezione vengono registrate su apposito registro informatizzato e i dati ivi contenuti sono analizzati e rielaborati sia ai fini della valutazione del rischio e sia della conseguente predisposizione e realizzazione delle azioni di prevenzione e protezione di natura tecnica, organizzativa e procedurale.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

1.5 PNRR - Corsi di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan

- **Redazione e restituzione al livello regionale del Documento aziendale di programmazione del percorso formativo, richiesto nelle "Linee d'indirizzo per l'implementazione di attività formative specifiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e per la promozione dell'uso responsabile degli antibiotici"**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	<p>Sì L'Azienda ha redatto il Documento aziendale di programmazione del percorso formativo inerente le <i>Linee di indirizzo regionali per la formazione in tema di prevenzione e controllo dell'antimicrobicoresistenza</i>, inviato in RER il 06/11/2023.</p> <p>Il documento aziendale è frutto del lavoro del gruppo multidisciplinare e multiprofessionale aziendale composto da 15 professionisti appartenenti a diversi dipartimenti e direzioni tecniche aziendali, coordinato dal settore Formazione e dalla UOSD Igiene strutture sanitarie.</p>



2. ASSISTENZA TERRITORIALE

2.1 Potenziamento dell'assistenza territoriale

Indicatori

- **Garantire l'accurata rilevazione dei dati per la rendicontazione di cui al DM 23 maggio 2022, n. 77**

TARGET	RISULTATO 2023
Rispetto delle richieste e della tempistica di rendicontazione previste dal percorso di monitoraggio semestrale	sì

- **Rafforzamento della telemedicina per la presa in carico dei pazienti fragili e cronici (BPCO, Diabete, Scopenso Cardiaco)**

TARGET	RISULTATO 2023
Evidenza del maggior coinvolgimento dei pazienti cronici nelle progettualità di telemonitoraggio a livello aziendale (relazione attività)	Nell'ambito della presa in carico del paziente cronico con scompenso cardiaco, l'UOC Cardiologia e UTIC hanno avviato il progetto Telecuore che vede l'utilizzo di strumenti di telemedicina con l'arruolamento di 240 pazienti.

- **Alimentazione tempestiva degli aggiornamenti del sistema informativo regionale (Albero delle strutture e Sportello URP regionale) delle Case della Comunità e partecipazione alle eventuali attività di revisione ed integrazione**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Aggiornamento entro i tempi previsti del sistema informativo regionale (Albero delle strutture e Sportello URP regionale) delle Case della Comunità in collaborazione con i ROCS Responsabili Organizzativi delle CdC.

- **Realizzazione di progetti di coinvolgimento della comunità locale attraverso la realizzazione di interventi di promozione della salute nelle Case della Comunità in integrazione con i Dipartimenti di Prevenzione**

TARGET	RISULTATO 2023
Evidenza di almeno un progetto nel 50% delle CdC presenti sul territorio aziendale (relazione integrata DCP/DSP)	62,5% Sono stati realizzati interventi di promozione della salute in collaborazione con i dipartimento di sanità pubblica nelle case della salute della val Tidone, Piacenza, Bettola, Monticelli d'Ongina-Cortemaggiore e nella sede ambulatoriale di Lugagnano. La casa della salute della val Tidone è stata coinvolta in un percorso partecipativo, che ha fatto parte del progetto communitylab regionale sull'età evolutiva e ha visto un forte coinvolgimento dell'istituto di secondo

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

	<p>grad locale. Il processo partecipativo è esitato in un bando di co-progettazione ai sensi del codice del terzo settore, che è stato aggiudicato e garantirà la realizzazione delle progettualità progettate.</p> <p>Le case della salute di Piacenza, Bettola e la sede ambulatoriale di Lugagnano sono state coinvolte nella realizzazione di colloqui sui sani stili di vita secondo il modello transteorico del cambiamento. È stato formato personale afferente agli ambulatori della cronicità, sono tati avviati i colloqui la raccolta di indicatori per monitorare l'effettiva implementazione dei contenuti della formazione offerta. Sono stati messi a disposizione strumenti per favorire il collegamento tra i consigli sui sani stili di vita e opportunità di cambiamento sanitarie e non sanitarie. Nel caso di Bettola si è anche provveduto ad organizzare camminate su basi regolari con il contributo della casa della salute locale.</p> <p>Presso le Case della Comunità di Monticelli d'Ongina e Cortemaggiore è stato avviato e concluso un Corso di formazione accreditato ECM dal titolo "Le abilità di counseling nella relazione che cura" che si colloca nell'ambito del progetto CCM Sani stili di vita. Il Corso ha visto la partecipazione 22 professionisti di diverse professionalità quali Infermieri di Comunità, Fisioterapisti, Dirigenti Medici, Assistenti Sanitari e Assistenti Sociali dei Comuni di riferimento.</p>
--	--

➤ *Attività da parte dell'Infermiere di Famiglia e Comunità*

TARGET	RISULTATO 2023
Evidenza del numero di IFeC presenti, della tipologia di pazienti in carico, delle attività svolte (relazione)	<p>Presenti tre Infermieri di Famiglia e Comunità, due operanti in Val d'Arda e uno in Val Nure. I Pazienti in carico all'IFeC sono tutti over 65, per un totale di 171 (100 residenti in Val d'Arda e 71 residenti in Val Nure).</p> <p>Le attività svolte dall'IFeC sono di natura valutativa, educativa e di relazione. La valutazione riguarda lo stato di autonomia dell'utente, l'ambiente nel quale vive, i bisogni che emergono dalla sua presa in carico (sia quelli rilevati dall'infermiere che quelli direttamente espressi dal cittadino), la valutazione del care-giver e la valutazione del contesto familiare.</p> <p>Le attività educative comprendono: educazione terapeutica, educazione ai corretti stili di vita, educazione alla prevenzione delle cadute, educazione alla prevenzione della stipsi, educazione alla prevenzione delle lesioni cutanee ed educazione del care-giver.</p> <p>Infine le attività relazionali comprendono la relazione con il paziente, con il care-giver e con i famigliari.</p>

➤ *Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (>18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) di diabete, BPCO e scompenso cardiaco*

TARGET	RISULTATO 2023
≤ 261 per 1000 ab.	<p>219,96 (diabete 26,2 – BPCO 28,88 – scompenso cardiaco 170,09)</p> <p>Il valore raggiunto, in linea con il dato atteso, è il risultato di una presa in carico territoriale appropriata ed efficace da parte dei MMG secondo il PDTA aziendale, e a una formazione più incisiva e a un confronto diretto con gli Specialisti di branca.</p>



- **Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite**

TARGET	RISULTATO 2023
≤ 56,38 per 1000 ab.	52,76 (asma 2,6 – gastroenterite 50,16) Il valore raggiunto, in linea con il dato atteso, è il risultato di una presa in carico territoriale appropriata ed efficace da parte dei PLS secondo le linee guida, e a una formazione più incisiva e a un confronto diretto con gli Specialisti di branca.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

2.2 Rete delle Cure palliative

Indicatori

- **Numero dei deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative, a domicilio o in hospice, sul numero di deceduti per causa di tumore**

TARGET	RISULTATO 2023
> = 60%	<p>53,9%</p> <p>Il dato è in miglioramento rispetto al dato 2022 pari al 50,7%, a dimostrazione che le attività svolte per il perseguimento dell'obiettivo sono state efficaci.</p> <p>In particolare, nel corso del 2023, è stato svolto il corso di cure palliative rivolto ai medici di medicina generale e agli infermieri ADI. Questo intervento è stato organizzato nell'ottica di sensibilizzare i professionisti del territorio all'individuazione precoce dei bisogni di cure palliative e a una sempre migliore collaborazione con l'equipe delle cure palliative domiciliari.</p> <p>Anche l'attività del nodo ambulatorio, con un aumento delle richieste di consulenza nell'anno 2023, ha portato a maggiori occasioni formative e di confronto con gli specialisti ospedalieri al fine di garantire prese in carico appropriate.</p>

- **Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore/deceduti per causa di tumore**

TARGET	RISULTATO 2023
+ 5% rispetto al 2022	+ 13,84%



2.3 Assistenza Domiciliare Integrata - Continuità assistenziale - dimissioni protette

Indicatori

- **N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (Fonte: InSIDER)**

TARGET	RISULTATO 2023
Almeno il 50% dei pazienti seguiti in assistenza domiciliare segnalati in dimissione	48,38% Il dato è in miglioramento rispetto al valore 2022 (45,33%), risultato della ricerca delle criticità e dei possibili correttivi, come per esempio riorientare le prese in carico entro 30gg dalla dimissione non gestite dalla Dimissione protetta.

- **D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3) per 1.000 abitanti**

TARGET	RISULTATO 2023
> 2,6 (CIA1) >1,9 (CIA2) >1,5 (CIA3)	100% CIA1: 5,65 CIA2: 2,89 CIA3: 3,65

- **Pazienti >65 anni presi in carico in ADI**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 9.300	7.858 / 71.484: 11% Il valore 2023 mostra una buona copertura di presa in carico dei pazienti over 65enni nonostante non raggiunga il target regionale richiesto, calcolato e stimato sui dati 2022 fortemente influenzati dall'attività delle USCA, implementate durante il periodo Covid-19, e non più presenti nel 2023.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

2.5 Percorso nascita

Indicatore➤ **Indicatore composito Percorso nascita – Target > 18 punti**

Indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti dell'assistenza del percorso nascita, potrà raggiungere un valore massimo di 30 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti 6 componenti:

I. % gravide fisiologiche assistite dall'ostetrica/tot. Parti

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 61,7%	42,44% Il dato risente dell'aumento, nel corso del 2023, della presa in carico di gravidanze a rischio seguite dall'Ambulatorio dell'alto rischio ostetrico, oltre a un turnover di personale ostetrico.

II. % travagli assistiti dall'ostetrica/tot. Travagli

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 33,7%	24,92% Il valore è condizionato dall'aumento delle induzioni per aumento delle gravidanze a rischio e da un documentato incremento dei travagli in partoanalgesia.

III. % tagli cesari della I classe di Robson

TARGET	RISULTATO 2023
≤ 5,8%	7,46% Il dato ha risentito dell'elevato turnover (cessazioni e mobilità) sia di personale ostetrico che medico.

IV. % di allattamento completo a 3 mesi

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 56%	59,49%

V. % di allattamento completo a 5 mesi

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 47%	54,3%

VI. % di completamento della FAD allattamento (neoassunti e personale consultori, punti nascita, pediatria ospedaliera, pediatria di comunità, PLS)

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 30%	74,55%

Risultato indicatore composito: 19



2.6 Percorso IVG

Indicatori

➤ **Indicatore composito IVG – Target > 6 punti**

Indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti dell'assistenza del percorso IVG, potrà raggiungere un valore massimo di 10 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti 2 componenti:

I. Numero di IVG farmacologiche a livello ambulatoriale sul totale di IVG farmacologiche (Fonte: rilevazione IVG)

TARGET	RISULTATO 2023
≥25%	21,26% Con l'attivazione della procedura sia a livello consultoriale che ospedaliero, la % è in aumento significativo grazie anche allo sviluppo di una procedura Aziendale condivisa.

II. % di schede di gradimento raccolte/tot IVG effettuate

TARGET	RISULTATO 2023
≥50%	Non disponibile A seguito di confronto regionale, l'indicatore non è attualmente rendicontabile.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

2.7. Attività rivolte agli adolescenti/giovani adulti

Indicatori➤ **Indicatore composito adolescenti/giovani adulti – Target > 12 punti**

Indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti dell'assistenza rivolta agli adolescenti, potrà raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti 4 componenti:

i. N. ragazzi che accedono agli Spazi Giovani e Spazi Giovani Adulti per la contraccezione/pop. target (giovani 14-26 anni)

TARGET	RISULTATO 2023
Standard 10,2% anno 2021	Dato ufficiale non disponibile al 29/04/2024. Potenziato l'accesso libero nei tre Distretti e attivata anche la figura professionale dell'Andrologo.

ii. N. contraccettivi forniti ai consultori/pop. target (giovani 14-26 anni)

TARGET	RISULTATO 2023
Standard 50% anno 2021	Dato ufficiale non disponibile al 29/04/2024.

iii. Numero di adolescenti/famiglie/coppie che hanno beneficiato di un supporto psicologico all'interno degli Spazi Giovani/pop. target (14-19 anni)

TARGET	RISULTATO 2023
Standard 1,3% anno 2021	Dato ufficiale non disponibile al 29/04/2024. Numero di adolescenti/famiglie/coppie totali che alla data del 31.12.2023 hanno beneficiato di un supporto psicologico all'interno dei servizi consultoriali: 60 persone che hanno effettuato accesso diretto al servizio.

iv. Numero di accessi negli Spazi Giovani per supporto psicologico effettuati dagli/le adolescenti/famiglie/coppie negli Spazi Giovani

TARGET	RISULTATO 2023
Standard 4,6% anno 2021	Dato ufficiale non disponibile al 29/04/2024. Numero di interventi totale di supporto psicologico effettuati per gli/le adolescenti/famiglie/coppie alla data del 31.12.2023: 252 interventi (che comprendono consulenze individuali di sostegno psicologico, in prevalenza disagi di tipo ansioso-depressivo e relazionale, e 20 colloqui di accoglienza), cui aggiungere 32 colloqui di accoglienza telefonica. I colloqui telefonici hanno esitato nella presa in carico anche da parte di altri psicologi dell'équipe che non afferiscono direttamente a questo progetto e le cui prestazioni non sono quindi qui valorizzate.



2.8. Contrasto alla violenza

➤ *indicatore composito contrasto alla violenza – Target > 9 punti*

Indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti dei progetti do contrasto alla violenza, potrà raggiungere un valore massimo di 15 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti 3 componenti:

i. N. primi contatti da parte degli uomini al Centro LDV nell'anno

TARGET	RISULTATO 2023
---	15 accessi; trend in aumento.

ii. Numero di iscritti del 2023 che hanno concluso la FAD del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere" sul totale del numero degli iscritti

TARGET	RISULTATO 2023
> 25%	80%

iii. Numero di iscritti del 2023 che hanno concluso la FAD del progetto "Accoglienza e cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento/abuso" sul totale del numero degli iscritti

TARGET	RISULTATO 2023
> 30%	90%

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

2.9 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialista ambulatoriale

Indicatori

- Sviluppo CUPWEB

- **Numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie a livello regionale presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB/Numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie prenotabili agli sportelli CUP (%) (fonte CUPWEB)**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 90%	100% Nel 2023 attraverso il referente aziendale CSA, che partecipa mensilmente al Gruppo di lavoro regionale CUPWEB, è stata inoltre adeguata l'offerta prestazionale a CUPWEB, riguardante non solo le prestazioni obbligatorie ma anche una quota di prestazioni facoltative. Gli adeguamenti sono stati effettuati secondo le indicazioni regionali.

- Tempi di attesa

- **D10Z - Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso con classe di priorità B erogate entro 10 gg / Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso con classe di priorità B totali (di cui all'elenco sotto*) - EX POST**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 90%	94,67%

* Visita oculistica: 95.02; Mammografia: 87.37.1, 87.37.2; TAC torace: 87.41, 87.41.1; Ecocolordoppler: 88.73.5, 88.77.2, 887621; RM colonna: 88.93, 88.93.1; Ecografia ostetrica e ginecologica: 88.78, 88.78.2, 88.79.7; Visita ortopedica: 89.7B.7; Visita cardiologica: 89.7A.3

- **Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso con classe di priorità D prenotate entro gli std / Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso totali (fonte cruscotto regionale tempi di attesa) - EX ANTE**

TARGET	RISULTATO 2023
>=90% per ciascuna tipologia di prestazione	IP 91% (Visite: 83,11% - Esami diagnostici: 96,4%)

- Appropriatezza prescrittiva di cui alla nota prot. 0282714.U del 21-3-22



➤ **Appropriatezza prescrittiva: formazione MMG e specialisti (fonte aziende sanitarie)**

TARGET	RISULTATO 2023
>=70%	sì Nel 2023 l'Azienda ha provveduto a diffondere e attuare i protocolli di appropriatezza prescrittiva, definiti a livello regionale, attraverso incontri informativi con i Medici di Medicina Generale e i Medici Specialisti delle varie branche. Nel 2023 è stata strutturata anche una FAD che verrà rilasciata nel 2024.

- Presa in carico

➤ **Presa in carico: Formazione MMG e specialisti di cui alla nota di presa in carico prot.0282798.U del 21/03/22**

TARGET	RISULTATO 2023
>=70%	sì

➤ **Numero di prescrizioni di visite di controllo tipo accesso 0 da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo tipo accesso 0 (%)**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 95%	78% (La fonte per il calcolo dell'indicatore, non è più ASA cioè la banca dati dell'erogato, ma DEMA , banca dati del prescritto DEMA, per cui nel computo non rientrano le visite di controllo erogate nei DSA). Per quanto riguarda le prescrizioni di visite di controllo e di altre prestazioni da parte dello specialista, l'Azienda da anni ribadisce attraverso comunicazioni specifiche la necessità di presa in carico dell'assistito sia per i percorsi semplici che quelli più complessi DSA.

➤ **Numero di prenotazioni delle visite di controllo tipo accesso 0 effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo tipo accesso 0**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 90%	90%

➤ **Numero di prescrizioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista sul totale delle prescrizioni tipo accesso 0 (escluse visite)**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 95%	96,15% Per quanto riguarda le prescrizioni di visite di controllo e di altre prestazioni da parte dello specialista, l'Azienda da anni ribadisce attraverso comunicazioni specifiche la necessità di presa in carico dell'assistito sia per i percorsi semplici che quelli più complessi DSA.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

- **Numero di prenotazioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista/struttura sul totale prenotazioni tipo accesso 0 (escluse visite)**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 90%	82% La possibilità di prenotare prestazioni su agende di altre UO è in fase di revisione in considerazione dell'avvio della nuova cartella ambulatoriale.

- **Formalizzazione e rendiconto elenco Day Service Ambulatoriale (se i DSA sono formalizzati ed attivi è necessario trasmettere l'elenco entro settembre 2023, dopo tale data, verrà ammessa in ASA solo l'attività dei Day Service nomenclati)**

TARGET	RISULTATO 2023
trasmissione elenco DSA entro settembre 2023	Sì , inviati il 100% dei DSA entro deadline

- Telemedicina

- **Monitoraggio prestazioni a distanza: aumento in valori assoluti delle televisite rispetto al 2022 come da indicazioni Circolare 2/22 (fonte aziende sanitarie e ASA)**

TARGET	RISULTATO 2023
Aumento 10% rispetto al 2022	+61,53%

- **Attivazione modalità di teleconsulto tra MMG e specialisti (fonte aziende sanitarie)**

TARGET	RISULTATO 2023
SI almeno 3 specialità	In corso di implementazione, proposta di attivazione presso UO Odontoiatria.



2.10. Riorganizzazione residenzialità Salute mentale e dipendenze

- **Corretta valorizzazione dei trattamenti residenziali e semiresidenziali sanitari e sociosanitari nella cartella CURE (Salute mentale e NPIA) e SistER**

TARGET	RISULTATO 2023
Obiettivo da raggiungere in collaborazione con il Servizio Controllo di gestione (corrispondenza pagamento rette/flussi informativi)	343/363 Si registra un buon valore di valorizzazione dei trattamenti residenziali e semiresidenziali sanitari e sociosanitari nella cartella CURE; i pochi casi rimanenti inferiori al 5% sono in via di valorizzazione.

- **Rivalutazione percorsi residenziali**

TARGET	RISULTATO 2023
100% degli assistiti inseriti in residenza rivalutati nel corso del 2023	100%

- **Residenze a trattamento intensivo (RTI)**

TARGET	RISULTATO 2023
20% massimo degli inserimenti con oltre 60 giorni di trattamento, comunque non superiore a 90 giorni	L'80% delle persone inserite in RTI ha avuto una permanenza inferiore ai 60 giorni; si rilevano tempi di permanenza tra i 61 e i 90 giorni per il 13% degli assistiti e tempi di permanenza superiori ai 90 giorni per il 7% degli assistiti; Il dato relativo ai trattamenti superiori ai 90 giorni è da imputare a una sensibile riduzione dei posti disponibili nelle RTE e nelle strutture socio sanitarie e a pazienti collocati da Autorità Giudiziaria in attesa di strutture.

- **Residenze a trattamento riabilitativo (RTE)**

TARGET	RISULTATO 2023
30% massimo con oltre due anni di trattamento e comunque non superiore ai 30 mesi	Il 60% delle persone inserite in RTE ha avuto una permanenza inferiore ai 24 mesi; si rilevano tempi di permanenza da 24 a 30 mesi per il 5% degli assistiti e tempi di permanenza superiori ai 30 mesi per il 35% degli assistiti. Il dato relativo ai trattamenti superiori ai 30 mesi è da imputare alla necessità di implementare la rete degli appartamenti ad alta / media protezione e per il cohousing.

- **Residenze riabilitative (terapeutiche/pedagogiche)**

TARGET	RISULTATO 2023
30% massimo degli inserimenti con oltre 18 mesi di trattamento	22%

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

➤ **Residenze specialistiche dipendenze**

TARGET	RISULTATO 2023
10% massimo degli inserimenti con oltre 90 giorni per i COD 20% massimo degli inserimenti con oltre 1 anno per le Strutture doppia diagnosi, comunque non superiore ai 18 mesi.	8%



2.11. Definizione équipe integrata autismo adulti

➤ Definizione di una équipe multiprofessionale adulti

TARGET	RISULTATO 2023
Definizione di una équipe territoriale integrate di riferimento, sanitarie e sociali	Equipe multiprofessionale integrata attiva dalla costituzione del PDTA Autismo (formalizzata con delibera 600 del 22 dicembre 2023).

2.12. Disturbi del comportamento alimentare (DCA)

➤ Qualità del PDTA

TARGET	RISULTATO 2023
almeno l'80% degli assistiti* con programma DCA valorizzato nella cartella CURE	44/81= 54% Si rileva una criticità sul ritardo nella registrazione delle prestazioni sulla cartella CURE da parte di alcuni operatori dell'area internistica SOMA (cura del corpo). Questo non ha consentito di aprire i percorsi PDTA DCA, che nella cartella CURE prevedono l'inserimento di prestazioni sia da parte degli operatori PSICO (cura della mente) che SOMA.

* Caratteristiche assistiti con Programma DCA in CURE che saranno oggetto di valutazione:

- età dagli 11 ai 40 anni

- diagnosi principale con i seguenti codici: Codice ICD-9: 307.1 Anoressia nervosa, 307.5 Altri e non specificati disturbi dell'alimentazione, 307.50 Disturbi dell'alimentazione, non specificato, 307.51 Bulimia nervosa, 307.59 altri disturbi dell'alimentazione - ICD 10: F50.0 Anoressia nervosa, F50.1 Anoressia nervosa atipica, F50.2 Bulimia nervosa, F50.3 Bulimia nervosa atipica, F50.9 Disturbo dell'alimentazione non specificato.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

2.13. Telemedicina Salute nelle carceri

➤ *Attivazione di servizi di Telemedicina negli Istituti penitenziari*

TARGET	RISULTATO 2023
Almeno il 10% delle prestazioni di specialistica (escluso laboratorio) erogate tramite telemedicina. Sono compresi i teleconsulti, visite, refertazioni di radiologia, elettrocardiografiche e analoghi.	Completata la fase di allestimento della strumentazione necessaria per la medicina penitenziaria, si è in attesa della definizione con l'interfaccia dei rispettivi reparti ospedalieri.



2.14 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

Indicatori

- Implementazione accordi previsti dal piano nazionale della non autosufficienza:

- **Stipula, in ciascun ambito distrettuale dell'accordo di programma di costituzione e funzionamento del PUA e dell'équipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario, come da indicazioni Piano nazionale non autosufficienza**

TARGET	RISULTATO 2023
100% dei Distretti	L'Accordo di Programma di costituzione e funzionamento del PUA è stato stipulato in tutti e tre i distretti aziendali (100%). In particolare, il testo dell'Accordo è stato dapprima licenziato dall'Ufficio Tecnico di Supporto alla CTSS nella seduta del 4/12/2023 (come da verbale); in seguito, l'Accordo è stato presentato in ciascun Comitato di Distretto, approvato e sottoscritto, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> - Comitato di Distretto Città di Piacenza del 29/01/2024 (come da verbale) - Comitato di Distretto di Ponente del 29/01/2024 (come da verbale) - Comitato di Distretto di Levante del 30/01/2024 (come da verbale) Ciascun Accordo è sottoscritto dal Presidente del Comitato di Distretto e dal Direttore di Distretto AUSL del territorio di riferimento.

- **Presenza, nell'accordo, di contenuti o allegati specifici:**
 - **sistema di funzionamento dell'Équipe Integrata all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario**

TARGET	RISULTATO 2023
100% dei Distretti	L'Allegato sul sistema di funzionamento dell'équipe integrata è presente in tutti gli Accordi (100%).

- **strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario**

TARGET	RISULTATO 2023
100% dei Distretti	L'Allegato sugli strumenti unitari per la valutazione condivisi è presente in tutti gli Accordi (100%).

- **procedura operativa che vincoli l'utilizzo della scheda di "Riconoscimento del caregiver familiare" (determinazione n. 15465 del 10/09/2020) in fase di primo accesso**

TARGET	RISULTATO 2023
100% dei Distretti	L'Allegato contenente la procedura operativa che vincola l'utilizzo della scheda di Riconoscimento caregiver è presente in tutti gli Accordi (100%).

- Programmazione e gestione unitaria in collaborazione con gli Enti Locali delle risorse FRNA:

- **Compilazione in collaborazione con gli UDP del quadro allargato delle risorse FRNA: adempimento debiti informativi regionali**

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 90%	<p>100%</p> <p>A seguito della nota della Regione del 16/05/2023 prot. 04833477.U è stata trasmessa la ricostruzione del quadro economico di consuntivo anno 2022 di tutte le risorse destinate alla non autosufficienza anno 2022 (FRNA e Fondi Nazionali) ai tre Uffici di Piano entro la data del giugno 2023 precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distretto di Ponente: 19/06/2023; • Distretto Città di Piacenza: 23/06/2023; • Distretto di Levante: 28/06/2023 <p>I 3 Ufficio di Piano hanno provveduto al caricamento dei dati sul sito on line cup-2000.</p>

➤ **Rendicontazione in collaborazione con gli UDP dei dati di attività del sistema dei servizi FRNA: adempimento debiti informativi regionali**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	<p>100%</p> <p>A seguito della nota della Regione del 24/05/2022 è stata trasmessa la ricostruzione dei dati di attività anno 2022 ai 3 Uffici di Piano entro la data del 30 giugno 2023 e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distretto di Ponente: 23/06/2023; • Distretto Città di Piacenza: 28/06/2023; • Distretto di Levante: 29/06/2023 ; <p>I 3 Ufficio di Piano hanno provveduto all'invio dei file excel alla Regione.</p>

- Programmazione e rendicontazione risorse FNA e fondo "Dopo di Noi":

➤ **Rendicontazione in collaborazione con gli UDP sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi FNA: adempimento debiti informativi sistema SIOSS**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	<p>100%</p> <p>A seguito della nota della Regione del 26/04/2023 prot.0406442.U sono stati trasmessi ai 3 Uffici di Piano in data 3 maggio 2023 i dati relativi alla spesa e al numero complessivo di beneficiari i cui interventi sono stati finanziati con le risorse del Fondo Nazionale anno 2021. I 3 Uffici di Piano hanno provveduto al caricamento dei dati sul sistema SIOSS.</p>

➤ **Rendicontazione in collaborazione con gli UDP sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi fondo "Dopo di Noi": adempimento debiti informativi sistema SIOSS**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	<p>100%</p> <p>Rendicontazione inviata rispetto a tutti i debiti informativi SIOSS.</p>

- Rendicontazione utilizzo fondi e strumenti di riconoscimento e sostegno al Caregiver familiare:

➤ **Rendicontazione utilizzo Fondo Caregiver in collaborazione con gli Uffici di Piano in particolare per i progetti personalizzati di sollievo al caregiver in ambito domiciliare**



TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Rendicontazione completata.

- **Evidenza di utilizzo della scheda "Riconoscimento del caregiver familiare" e della "Sezione Caregiver" con valutazione dei bisogni all'interno dei progetti personalizzati che prevedono servizi/interventi finanziati dai fondi caregiver**

TARGET	RISULTATO 2023
100% dei progetti attivati/aggiornati nell'anno	100% Le schede di "Riconoscimento del caregiver familiare" sono attualmente a disposizione degli operatori e dei cittadini presso l'Ufficio Servizi Sociali di tutti i Comuni del Distretto di Levante, del Distretto di Ponente e degli Uffici Servizi Sociali del Distretto Città di Piacenza e vengono compilate dal cittadino nel momento del primo accesso allo Sportello Sociale di riferimento. Tali schede vengono allegate alle richieste di attivazione di eventuali servizi, inviate dalle Assistenti Sociali Responsabili del Caso, ai SAA e SIA distrettuali, come parte integrante della documentazione che andrà a costituire la cartella sociosanitaria. La presenza della scheda di riconoscimento del caregiver, della scheda anagrafica e delle scale di valutazione è condizione imprescindibile all'attivazione dei servizi da finanziare e rendicontare sui diversi Fondi Caregiver assegnati agli ambiti territoriali.

- Monitoraggio indicatore da Nuovo Sistema di Garanzia:

- **Numero di Anziani Non Autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/popolazione residente**

TARGET	RISULTATO 2023
> 24,6	46,04 per 1.000 ab.

- Realizzazione ed implementazione dei PDTA demenze a livello provinciale così come previsto dalla DGR 159/2019:

- **Adozione formale e aggiornamento del PDTA aziendale o interaziendale (nelle province dove esistono più Aziende) secondo i documenti aziendali pubblicati**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Il PDTA demenze è stato adottato dall'Azienda nel dicembre 2021 e successivamente aggiornato nel dicembre 2022. Nel 2023 sono state pubblicate nuove Linee Guida ministeriali che verranno integrate nel corso del 2024.

- Adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) da parte delle aziende sanitarie per valutare le gravi e gravissime demenze (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA (Fondo Nazionale Non Autosufficienza):

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

➤ **Numero di utenti con scheda CDR sul totale dei pazienti secondo la documentazione in possesso dell'Azienda**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 60%	86,95% = 4617/5310 (pazienti anziani con scheda CDR / pazienti anziani valutati con decadimento cognitivo): <ul style="list-style-type: none"> - 84% = 3635/4327 (dati riferiti a pazienti visitati nei Centri Disturbi Cognitivi e Demenza) - 99,90% = 982/983 (dati riferiti a pazienti con decadimento cognitivo valutati dalla UVMG)

- Sviluppo progetti a bassa soglia per persone con demenza e loro caregiver:

➤ **Sviluppo ed implementazione di progetti a bassa soglia in connessione con associazioni ed enti locali**

TARGET	RISULTATO 2023
Almeno 1 per Ausl	Presso il Caffè Alzheimer "Circolo il Tulipano" sono stati svolti nel corso del 2023 4 incontri a cadenza mensile della durata di circa h 1.30/2.00: <ul style="list-style-type: none"> - professionisti coinvolti: geriatra, psicologo, assistente sociale; - tematiche trattate nel corso degli incontri con i caregiver: aspetti clinici delle demenze, terapia farmacologica, gestione dei BPSD, la rete dei servizi; - attività proposte ai pazienti: ludico-ricreative, di socializzazione, di stimolazione cognitiva; - n° partecipanti: 33 caregiver e 32 pazienti, per un totale complessivo di 65 presenze. È stata inoltre mantenuta l'attività del Centro Ascolto per la Demenza (CADE) nei tre distretti, con i seguenti risultati partecipativi: <ul style="list-style-type: none"> - 92 colloqui telefonici con psicologa da remoto; - 93 colloqui individuali/familiari; - 18 incontri di Gruppi informativi; - 1056 partecipanti ai Gruppi informativi; - 63 gruppi di Auto-aiuto (numero di incontri totali); - 340 gruppi Auto-aiuto (numero partecipanti totali).



3. ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.1 Emergenza-urgenza ospedaliera

Indicatori

➤ **% di attivazione CAU rispetto a quanto definito dalla programmazione regionale**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Sono stati attivati i CAU previsti dalla programmazione aziendale, condivisa con la Regione: Cau Bobbio 01/12/2023, CAU DEA Piacenza 04/12/2023 e CAU Podenzano 08/01/2024

➤ **Presentazione del piano di riorganizzazione dell'emergenza territoriale**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Il Piano di riorganizzazione dell'emergenza territoriale, condiviso e discusso nei mesi estivi con i Distretti e i Comuni della Provincia, è stato formalmente approvato da parte della CTSS nella seduta del 14/09/2023 e adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 484 del 26/10/2023.

➤ **Gestione della transizione: trasferimento della casistica potenzialmente inappropriata dai DEA I e II livello ai CAU**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 20%	32% Per la determinazione del risultato 2023 si sono estratti gli accessi al PS Generale dell'Ospedale di Piacenza con codice colore uscita bianco e verde nel periodo dal 04/12/2023-31/12/2023 (data di attivazione CAU) e li si sono confrontati con gli accessi del medesimo periodo dell'anno 2022. Il confronto ha evidenziato che, dall'attivazione del CAU di Piacenza, è stata trasferita da Pronto Soccorso a quest'ultimo quota parte di casistica inappropriata (32%), evidenziabile attraverso la codifica colore bianco e verde.

➤ **% di MSA con ≥ 3 servizi/die per area omogenea (Emilia Ovest, Emilia Est, Romagna)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 80%	Il valore di Area Omogenea è del 64,3%. Si ipotizza che tale valore possa subire influenze rispetto il raggiungimento dello standard in quanto include anche MSA con postazioni di partenza e relativi territori di afferenza dell'area montana.

➤ **% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con <45.000 accessi**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 95%	96,7%

➤ **% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con >45.000 accessi**

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 90%	79,01% L'Azienda Usl di Piacenza registra il terzo miglior valore regionale, superiore alla media Rer (75,87%). Il tempo di permanenza in PS potrebbe essere influenzato da una maggior complessità della casistica dei pazienti che hanno avuto accesso al PS con richiesta di un maggior tempo necessario per la processazione e chiusura dei casi clinici prima del ricovero/dimissione.

➤ **Attuazione procedura di interoperabilità informatica flusso EMUR-NSIS Pronto Soccorso ed Emergenza Territoriale**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	Il fornitore ha preso in carico la richiesta, iniziando già dai primi mesi del 2024 a lavorare all'interoperabilità informatica del flusso EMUR-NSIS Pronto Soccorso ed Emergenza Territoriale, con consegna di operabilità del flusso dall'estate 2024.

➤ **Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso in codice rosso corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata**

TARGET	RISULTATO 2023
<=21 punteggio sufficienza; <=18 punteggio massimo	Il valore per AUSLPC è di 13 minuti al 75° percentile.

➤ **Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 90%	Il valore per AUSLPC è del 82% . Si evidenzia che il valore rimane sotto lo standard per una % particolarmente bassa nella sola patologia FHQ respiratoria sulla quale si stanno apportando correttivi migliorativi.

➤ **Completamento dei dati Flusso EMUR-NSIS circa i campi destinazione del paziente, classe, tipo di patologia riscontrata e prestazioni 118**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 90%	100%

➤ **Acquisizione del personale sanitario e tecnico destinato ai mezzi di soccorso (DL 34 art.2 comma 5)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 90%	100% Il personale sanitario e tecnico destinato ai mezzi di soccorso tramite i finanziamenti del DL34 art.2 comma 5 è stato assunto e destinato al 100% a questa funzione.

➤ **Evidenza di formazione rispetto al percorso di omogeneizzazione dei protocolli avanzati infermieristici**



TARGET	RISULTATO 2023
100% del personale infermieristico che svolge attività di emergenza territoriale	100% Tutto il personale infermieristico che svolge turni su MSA ha eseguito e superato con successo il percorso formativo per l'applicazione dei protocolli infermieristici avanzati.

➤ *Verifica sul campo dei corsi BLS/D erogati da soggetti accreditati*

TARGET	RISULTATO 2023
5% dei corsi effettuati	Il controllo dei corsi BLS/D erogati da soggetti accreditati per il personale laico viene svolto in modo sistematico prima e dopo la conclusione di ogni singolo corso.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

3.2 Percorso Chirurgico

Indicatori➤ *% di riparazione ernia inguinale eseguite in regime ambulatoriale*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 25%	0% L'attività è iniziata nel mese di marzo 2024, prevista a "regime" da maggio 2024.

➤ *% di stripping di vene eseguiti in regime ambulatoriale*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 10%	0% Attività non prevista nel 2023, in valutazione per il 2024.

➤ *N. prestazioni di chirurgia robotica (escluse ortopedia e urologia) sulle previste annuali (250)*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 100%	Non applicabile per Ausl Piacenza

➤ *N. prestazioni di chirurgia robotica (urologia) sulle previste annuali (150)*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 100%	Non applicabile per Ausl Piacenza



3.3 Tempi di attesa

Indicatori

- **Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 90%	94,59%

- **Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità**

TARGET	RISULTATO 2023
>=85%	46,59% Sono in corso valutazioni da parte dell'equipe ortopedia, anche in relazione all'organico e alla gestione delle diverse attività (linea urgenza inclusa) con l'obiettivo di miglioramento.

- **Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità**

TARGET	RISULTATO 2023
>=90%	97,44%

- **Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità**

TARGET	RISULTATO 2023
>=75%	49,47% Per un miglioramento della performance è prevista nel 2024 una collaborazione con il privato accreditato per interventi chirurgici di ernioplastica e colecistectomia.

- **Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 80%	74,8% Il valore 2023 è in aumento rispetto all'anno precedente (67%) e si attesta sopra la media regionale (72,9%).

- **Indice di completezza SIGLA / SDO per interventi monitorati (incluso privati accreditati)**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 80%	94,77%

- **Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati (incluso privati accreditati)**

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 70%	90,3%

➤ *Recupero degli interventi chirurgici scaduti tra il 01/01/2022 e il 31/12/2022*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 80%	91,62%

➤ *Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12/2021*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100%

➤ *Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso*

TARGET	RISULTATO 2023
≤ 2%	<p>5,44%</p> <p>Gli stabilimenti del Presidio Unico pubblico mostrano un buon valore inferiore al target richiesto (Opedale Piacenza: 1,22 – Ospedale Castel san Giovanni: 0,39), tuttavia il dato complessivo risente della performance del privato accreditato, in ritardo rispetto all'allineamento dei dati circa gli interventi pianificati. Si prevede il rispetto del target al 31/12/2024.</p>



3.4 Piattaforme operative diagnostiche e terapeutiche (NGS+ trapianti CSE)

Indicatori

- *% di esami di biologia molecolare avanzata con tecnica NGS prodotta dalle 4 piattaforme regionali (identificare un solo HPP) (Parma-Piacenza, Reggio Modena, S. Orsola, Meldola/Pievesestina)*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 70%	n. 1.320 campioni processati per un totale di n. 5.930 test (Piattaforma Piacenza)

- *% di trapianti CSE effettuati nelle 3 piattaforme regionali (Parma-Piacenza, Reggio-Modena, S. Orsola)*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 50%	70% n. 20 trapianti allogenici + n. 22 trapianti autologhi (CTMO Piacenza)

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

3.5 Indicatori DM 70/2015: volumi ed esiti

Indicatori

➤ **Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 95%	68,21% Gli interventi di colecistectomia laparoscopica programmati vengono tutti eseguiti nello stabilimento di Castel san Giovanni. Una piccola quota di pazienti clinicamente complessi (obesità, pluripatologia...) ha necessitato di essere trattato presso l'ospedale di Piacenza; lo spostamento di questi pochi pazienti (15) ha inciso sulla performance dell'ospedale della Val Tidone. Presso il presidio unico di Piacenza è stato garantito il 99% degli interventi sopra soglia.

➤ **Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 95%	97,8%

➤ **Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia (100)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 95%	91,36% (497/544) I ricoveri sotto soglia che risultano presso gli stabilimenti di Castel san Giovanni, Fiorenzuola e il privato accreditato, e che influiscono sulla performance complessiva aziendale, necessitano di alcune precisazioni: – i ricoveri risultanti a Castel san Giovanni sono casi trattati presso l'ospedale di Piacenza e successivamente trasferiti in fase precoce post infarto a Castel san Giovanni, quando ancora lo stabilimento della Val Tidone aveva una UO di Cardiologia; – i ricoveri sotto soglia che risultano presso l'ospedale di Fiorenzuola e il privato accreditato, derivano da un'errata compilazione del DRG alla dimissione.

➤ **Angioplastica coronarica percutanea: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (250)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 95%	99,71%

➤ **Angioplastica coronarica percutanea primaria per IMA-STEMI: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (75)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 95%	100%



- **H02Z – Quota interventi per TM mammella eseguiti in reparti con interventi annui >150 (con 10% tolleranza)**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100%

- **H03C - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella**

TARGET	RISULTATO 2023
≤ 2,22	5,14% Il dato 2023, seppur migliorabile rispetto al target regionale richiesto, si attesta al di sotto del valore di riferimento del PNE (<6,2). I limitati casi (9 su 175) sottoposti a reintervento sono verosimilmente attribuibili a situazioni cliniche particolari.

- **H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario**

TARGET	RISULTATO 2023
< 0,15	0,17 Presidio Unico Ausl 0,14 Strutture private accreditate 0,36

- **H05Z – Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 90%	75,9% Il valore 2023 è in miglioramento rispetto all'anno precedente (73,75%). Sulle degenze superiore ai 3 giorni potrebbero aver inciso quegli interventi che vengono eseguiti in urgenza e per i quali la situazione clinica complessiva porta a maggiori giorni di degenza rispetto agli interventi d'elezione. Infatti presso lo stabilimento di Castel san Giovanni, sede degli interventi d'elezione, il target è stato raggiunto con il 90,6% degli interventi con degenza inferiore ai 3 giorni, mentre a Piacenza, dove sono accentrati i casi urgenti e complessi, il valore si attesta al 69%.

- **H13C – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 80%	49,6% L'indicatore, già oggetto di attenzione e di azioni correttive da parte dell'Azienda dal 2022, mostra un valore in miglioramento rispetto all'anno precedente (35,23%) e in linea con il trend regionale. Il continuo aumento è attestabile anche dal dato relativo al primo bimestre 2024 pari al 65%. Come da report Agenas, il cambio nel calcolo dell'indicatore da 2 giorni a 48 ore ha comportato una riduzione generalizzata della performance a livello nazionale.

- **H18C – % parti cesarei primari in strutture con ≥1.000 parti**

TARGET	RISULTATO 2023
--------	----------------

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

≤ 25% punteggio Sufficienza; ≤ 20% punteggio massimo	17,67%
---	---------------

- **D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)**

TARGET	RISULTATO 2023
≤ 14,39	22,2 È il primo anno che l'indicatore, previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) tra gli indicatori "non core", è oggetto di rilevazione; sarà pertanto argomento di analisi e approfondimento da parte dell'azienda al fine di definire e mettere in atto tutte le azioni correttive necessarie per un miglioramento della performance.

- **D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico**

TARGET	RISULTATO 2023
≤ 13,95	19,88 È il primo anno che l'indicatore, previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) tra gli indicatori "non core", è oggetto di rilevazione; sarà pertanto argomento di analisi e approfondimento da parte dell'azienda al fine di definire e mettere in atto tutte le azioni correttive necessarie per un miglioramento della performance.

- **H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico**

TARGET	RISULTATO 2023
≤ 13,60	4,84

- **H08Za - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)**

TARGET	RISULTATO 2023
compreso tra -3% e +3%	+ 2,2% : autosufficienza di globuli rossi nel 2023

- **H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)**

TARGET	RISULTATO 2023
≤ 5%	-0,46%



3.6 Reti cliniche di rilievo regionale

3.6.1 Rete cardiologica e Chirurgica cardio-vascolare

Indicatori

➤ *Mantenimento del numero di interventi TAVI/anno*

TARGET	RISULTATO 2023
target 2022	Non applicabile per Ausl Piacenza

➤ *% Pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in Emodinamica (fast track)*

TARGET	RISULTATO 2023
>=70%	<p>55,08%</p> <ol style="list-style-type: none"> Il target oggetto del monitoraggio viene definito sulla base dei dati di dimissione: così facendo vengono inclusi casi non diagnosticati al momento della chiamata al 118. Se venissero utilizzati i dati di soccorso e ammissione/accesso alla struttura ospedaliera, il denominatore sarebbe più puntuale perché andrebbe a considerare la diagnosi posta nel momento del soccorso sul territorio, che corrisponde alla teletrasmissione del tracciato ECG; In caso di ECG dubbio alla teletrasmissione, il paziente non accede direttamente alla Sala di Emodinamica, ma viene preso in carico da Pronto Soccorso (PS), dove viene rivalutato in collaborazione con il medico cardiologo (possibile sfioramento dei 30 minuti prima dell'accesso in Sala); Nel rendiconto (ovvero nei 128 casi) sono inclusi anche i soccorsi/trasporti con mezzo BLS (Altra ambulanza – Basic Life Support - il cui equipaggio prevede solo i soccorritori volontari, ovvero personale laico non sanitario) per i quali, ovviamente, non è possibile l'effettuazione dell'ECG in ambulanza. Se la performance viene rivalutata sottraendo i 14 casi gestiti dai mezzi BLS, in termini percentuali il risultato cambia notevolmente passando al 70,17% (in linea con lo standard definito).

➤ *% Pazienti con STEMI trattati con angioplastica primaria entro ≤ 90 min*

TARGET	RISULTATO 2023
>=60%	71,53%

➤ *% ICD mono e bicamerale eseguiti nelle piattaforme operative individuate*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 95%	130% (65/50)

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

3.6.2 Rete oncologica ed Emato-oncologica

- *Presentazione Piano di costituzione rete provinciale e dipartimento oncologico provinciale/area metropolitana/Romagna*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	<p>Conseguentemente alla DGR 2316/2022 "Istituzione della rete oncologica ed emato-oncologica della Regione Emilia-Romagna e approvazione delle relative Linee di indirizzo", nel corso del 2023 sono stati formalizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • delibera aziendale n. 507/2023 che ha sancito l'accordo di collaborazione con l'AOU di Parma per la disciplina di funzionamento della piattaforma Next Generation Sequencing (NGS) nell'ambito del percorso di cura oncologico ed emato-oncologico; • DGR 1638/2023 di istituzione del Programma Trapianto Metropolitano (PTM) Piacenza-Parma; • Determina dirigenziale regionale 23274/2023 di nomina del direttore del PTM, identificato nel direttore del dipartimento di onco-ematologia dell'Azienda Usl di Piacenza.

3.6.3 Rete dei Centri Senologia

- *% di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico alla mammella*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 80%	85%

- *Rete Senologia: % di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 90%	100%

- *% pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico*

TARGET	RISULTATO 2023
≥90%	90%

3.6.4 Rete Tumori Ovarici

- *% di casi concentrati nei centri HUB individuati dalla DGR 2242/2019*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 80%	Piacenza non è centro Hub

3.6.5 Rete per la Terapia del dolore

- *% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025)*

TARGET	RISULTATO 2023



>95%	99,43%
------	---------------

3.6.6 Rete Neuroscienze

➤ % di casi di ictus con centralizzazione primaria

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 82%	98,35%

➤ % transiti in stroke unit

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 72%	88,54%

➤ % trombolisi e.v.

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 24%	18,85% La percentuale di trombolisi risulta più bassa rispetto al target poiché, nonostante le campagne informative, molti pazienti arrivano all'osservazione dello specialista fuori finestra terapeutica. Inoltre, da un'analisi dei casi si evidenzia come i pazienti inviati a AOU di Parma (centro HUB per Piacenza) per la trombectomia meccanica, eseguono la fibrinolisi di bridging in PS senza corrispettivo DRG, andando a influenzare come sottostima la % delle trombolisi e.v.

➤ % di transiti per ictus ischemico in Stroke Unit di 2° livello sui previsti annuali (500)

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 100%	Non applicabile per Ausl Piacenza

➤ N. prestazioni di Chirurgia Epilessia erogate in HUB su quelle erogate in HUB nel 2022

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 100%	Non applicabile per Ausl Piacenza

➤ N. prestazioni di Neurochirurgia Pediatrica erogate in HUB su quelle erogate in HUB nel 2022

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 100%	Non applicabile per Ausl Piacenza

➤ N. prestazioni di Neurochirurgia Ipofisi erogate in HUB su quelle erogate in HUB nel 2022

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 100%	Non applicabile per Ausl Piacenza

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

3.6.7 Rete Malattie rare

- *Predisposizione ed invio da parte delle Aziende sede di centri Hub per malattie rare di relazione contenente le seguenti specifiche:*
- *Organizzazione dei percorsi di follow up attraverso calendarizzazione delle visite successive presso l'UO di riferimento*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 90% dei pazienti presi in carico	100%

- *Organizzazione delle visite specialistiche presso altre UU.OO. Della rete per la presa in carico multidisciplinare*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 90% dei pazienti con prescrizione di visita specialistica da parte del centro Hub	100%

- *Offerta di counselling genetico*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 90% dei pazienti con richiesta da parte del centro Hub	100% Offerta sempre proposta

- *Offerta di assistenza psicologica*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 90% dei pazienti con richiesta da parte del centro Hub	100% Offerta sempre proposta

3.6.8 Rete dei Tumori rari

- *Predisposizione della bozza di documento di percorso regionale per i tumori cerebrali*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	<p>100%</p> <p>Il PDTA interprovinciale versione 1 è stato sottoscritto da tutti i referenti coinvolti in data 12/10/2022.</p> <p>Nel corso del 2023 è stato definito il percorso locale d'interfaccia funzionale Radiologia-Radioterapia-Oncologia-Neurologia, per la presa in carico tempestiva e appropriata dei pazienti in dimissione da Parma.</p>



3.6.9 Rete delle Cure palliative pediatriche (CPP)

- **Individuazione in ciascuna Azienda di almeno un medico e un infermiere specificamente formato in CPP o in procinto di iniziare un percorso formativo**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	<p>A febbraio 2023 è stata individuata una pediatra della UO Pediatria di comunità quale nuova referente UVMP aziendale per le Cure Palliative Pediatriche, in sostituzione, a seguito di trasferimento, della precedente pediatra palliativista dell'UOC Pediatria, e il cui nominativo è stato comunicato dalla Direzione Sanitaria alla Regione; è rimasto invece invariato il referente PUAP regionale.</p> <p>La referente UVMP intraprenderà il master di formazione in Cure Palliative Pediatriche il prossimo anno, in base al bando previsto presso l'Università di Bologna; nel corso del 2023 ha partecipato a congressi e incontri inerenti, insieme al referente PUAP e ad altri specialisti a vario titolo impegnati nell'attivazione e strutturazione di una rete di Cure Palliative Pediatriche.</p>

3.6.10 Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie

- **Percentuale di neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100%

- **Percentuale di consensi informati correttamente somministrati ai genitori dei neonati prima del prelievo**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100%

- **Percentuale di prelievi effettuati nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100%

- **Percentuale delle famiglie richiamate per nuovo prelievo/accesso al centro clinico entro le tempistiche richieste dal laboratorio di screening neonatale**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100%

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

3.7 Attività trapiantologica

Indicatori

- **Piena operatività del Coordinamento Locale della donazione degli organi e dei tessuti così come definito nella Delibera Regionale 665/2017 (personale e ore dedicate)**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	Con Delibera Regionale 665/2017 è stato istituito presso l'Azienda Usl di Piacenza l'Ufficio di coordinamento locale alla donazione degli organi con un infermiere con monte ore dedicato a detta attività; non è invece ancora presente la seconda figura infermieristica a tempo parziale.

- **Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: è richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali)**

TARGET	RISULTATO 2023
15 - 30%	16,48% In 10 casi la morte è stata diagnosticata attraverso l'accertamento di morte con criterio neurologico.

- **Tutti i Presidi Ospedalieri: livello di opposizione alla donazione degli organi**

TARGET	RISULTATO 2023
≤ 33%	Opposizione totale=30% Opposizione netta (escluse quelle rilasciate in vita)= 20% Nei dieci casi di proposta di donazione d'organo conseguenti all'accertamento di morte con criterio neurologico, vi sono state: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 opposizioni alla donazione da parte degli aventi diritto; ▪ 1 opposizione alla donazione espressa in vita dal soggetto deceduto registrata nel Sistema Informativo Trapianti (SIT)

- **% di donatori di cornee sul totale dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni, come da indicazioni del CRT-ER**

TARGET	RISULTATO 2023
≥18%	La previsione del Centro Riferimento Trapianti Emilia-Romagna (CRT) per l'AUSL PC per il 2023 è stata di 70 cornee. Le cornee prelevate nel 2023 sono state 80 , superando l'obiettivo posto. Il programma di miglioramento ha introdotto un modulo (Modulo 16 inserito nella Procedura Aziendale n. 5271 delle donazioni) di segnalazione dei possibili donatori di cornea. Il modulo è da compilarsi in base ad una check-list di sintesi, a cura del medico che constata il decesso, sia nei reparti Aziendali che negli Hospice. Si segnala che vi è stata una ripresa delle segnalazioni di potenziali donatori di cornee da parte dell'hospice cittadino, a seguito degli incontri tenutisi con il personale medico dell'hospice.



- **% di prelievi da donatori multi-tessuto (età compresa tra i 3 e i 78 anni) rispetto a quelli previsti dal CRT-ER**

TARGET	RISULTATO 2023
Ausl Piacenza 2 donatori multi-tessuto	<p>Le indicazioni del CRT-ER prevedevano il raggiungimento di 2 donatori multitessuto.</p> <p>Nell'anno 2023 dei 6 potenziali donatori complessivamente valutati, è stata eseguita 1 donazione multitessuto che ha permesso la donazione di tessuto vascolare, cardiaco, osseo e cutaneo; 3 casi hanno manifestato opposizione o consenso alla sola donazione di cornee e altri 2 casi sono stati segnalati/valutati oltre il tempo limite donativo.</p> <p>Nessuno dei donatori di organo 2023 ha potuto divenire anche donatore multitessuto.</p>

- **Donazione cuore fermo (DCD): N. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/n. segnalazioni donatori di organi a cuore battente**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 10%	<p>Ausl Piacenza è inserita nella rete regionale delle donazioni d'organo comprendente anche la Donazione cuore fermo (DCD).</p> <p>È proseguito nel 2023, in continuità con il 2022, lo sviluppo della stesura della Procedura Aziendale DCD, con la consegna per l'adozione nell'anno 2024.</p>

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

3.8 Attività trasfusionale

Indicatori

➤ *Utilizzo terapeutico delle Immunoglobuline e di Albumina*

TARGET	RISULTATO 2023
-5% rispetto al 2022	<p>-13,1% immunoglobulina</p> <p>Nel 2023 è stata ottenuta una riduzione di utilizzo del -13,1% a seguito delle azioni messe in campo come la Richiesta Motivata Personalizzata (RMP) digitalizzata e una continua verifica di appropriatezza di utilizzo, a fronte di una media regionale del +2,8%.</p> <p>È stata inoltre prodotta un'istruzione operativa in collaborazione con otorinolaringoiatria, neurologia, farmacia, ematologia e oncologia per l'utilizzo appropriato di immunoglobuline venose.</p> <p>-21 % albumina</p>

➤ *Realizzazione di Audit sull'uso appropriate dei Medicinali Plasma Derivati (MPD)*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	<p>100%</p> <p>Sono stati effettuati audit a dicembre 2023 presso i reparti di neurologia ed ematologia con risultato positivo.</p>

➤ *Estensione del PBM Patient Blood Management: numero di pazienti arruolati in previsione di interventi chirurgici programmati*

TARGET	RISULTATO 2023
+5% rispetto al 2022	<p>+ 19% rispetto al 2022</p> <p>Pazienti 2022: 125 - Pazienti 2023: 149</p>

➤ *Aumento del numero di procedure di plasmaferesi*

TARGET	RISULTATO 2023
+5% rispetto al 2022	<p>+8,7% rispetto al 2022</p> <p>Plasmaferesi 2022: MC 2.386 unità - Plasmaferesi 2023: MC 2.594 unità</p>

➤ *Recepimento delle Good Practice Guidelines (GPGs), almeno per il settore della raccolta sangue*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	<p>100%</p> <p>Il SIMT ha adeguato i processi di raccolta, lavorazione e stoccaggio alle GPGs, come evidenziato dalle procedure operative standard (SOPs) degli accreditamenti istituzionali e di parti terze.</p>



- **Concentrazione delle attività di lavorazione e qualificazione biologica degli emocomponenti raccolti in AVEN: istituzione del Gruppo di lavoro dedicato, organizzazione di 4 sedute di lavoro e presentazione di una progettazione**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	Il progetto di SIMT Parma quale Centro di Lavorazione e Validazione (CLV) è stato sospeso dal livello regione.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

3.9 Appropriatelyzza, utilizzo efficiente della risorsa posto letto, controlli sanitari, ricoveri interni ed esterni, codifica delle schede di dimissione ospedaliera

Indicatori➤ *Indice Comparativo di Performance*

TARGET	RISULTATO 2023
≤ 1.25	1,03

➤ *Ulteriori controlli interni ed esterni sui DRG a rischio di inappropriatezza, secondo l'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ al 2,5% della produzione annua complessiva di ricoveri per struttura	<p>Controlli interni: Complessivamente nel 2023 sul presidio unico di Piacenza sono stati registrati controlli interni totali per 6.521 sdo pari al 21,4% del totale. In relazione ai controlli sui DRG a rischio di inappropriatezza, secondo l'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017, come da normativa occorre controllare il 10% della selezione campionaria del file inviato dalla Regione a cui deve essere sommato il 2,5% della produzione complessiva di tutti i potenzialmente inappropriati. L'azienda USL ha rispettato le % sopra riportate e ha verificato 232 ricoveri potenzialmente inappropriati che corrispondono all'8% della produzione complessiva e al 46% del file RER.</p> <p>Controlli esterni: come da normativa sopra riportata, è stato eseguito il calcolo del 10% del file RER sommato al 2,5% della produzione complessiva di tutti i drg potenzialmente inappropriati anche per le strutture esterne. L'azienda USL ha verificato 81 ricoveri potenzialmente inappropriati che corrispondono al 9% della produzione complessiva e al 45% del file RER.</p>



3.10 Accreditamento

Indicatori

- *% di verifiche relative al sistema trasfusionale superate/totale delle verifiche effettuate dall'OTA*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	Nel 2023 non è stata effettuata nessuna verifica al sistema trasfusionale.

- *Numero di professionisti partecipanti alle iniziative promosse nell'ambito del progetto di revisione dei requisiti specifici di accreditamento/Numero di professionisti convocati*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 80%	Dato non rilevabile a livello aziendale, in attesa di rendicontazione regionale.

- *Domanda completa aggiornata inviata entro gennaio 2024*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Domanda completa trasmessa tramite PEC in data 30/01/2024

- *Redazione report di autovalutazione/verifica interna nuovi requisiti (evidenza documentale)*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	In attesa di definizione a livello regionale dei nuovi requisiti.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

3.11 Governo dei farmaci e dei dispositivi medici

3.11.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna

Indicatori➤ *Spesa farmaceutica convenzionata netta 2023: variazione rispetto all'anno precedente*

TARGET	RISULTATO 2023
+2% VS 2022	+ 1,8% Per il 2023 l'incremento della spesa netta convenzionata è stato contenuto entro i valori regionali richiesti.

➤ *Acquisto ospedaliero di farmaci 2023: variazione rispetto all'anno precedente*

TARGET	RISULTATO 2023
+4% vs 2022	4,5% a fronte di un dato medio regionale del +7,2%



3.11.2 Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica

Indicatori

➤ **Antibiotici: consumo di farmaci sentinella/traccianti in DDD per 1.000 abitanti - NSG**

TARGET	RISULTATO 2023
<= 5648	4910,65

➤ **Indicatore composito sui consumi di antibiotici in ambito territoriale – Target ≥15 punti**

Indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore, considerato in aggiunta a quello del Nuovo Sistema di Garanzia, potrà raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti quattro componenti:

I. Consumo complessivo antibiotici sistemici (DDD*1.000 abitanti-die)

TARGET	RISULTATO 2023
<12,5	13,45 La Direzione farmaceutica sta predisponendo azioni volte alla promozione dell'appropriatezza d'uso degli antibiotici: in particolare verranno realizzati report ad hoc per i MMG e momenti di confronto con gli specialisti infettivologi per promuovere il buon uso degli antibiotici.

II. Percentuale consumo antibiotici Access in base alla classificazione AWARE (% DDD)

TARGET	RISULTATO 2023
≥60%	53,9% La Direzione farmaceutica sta predisponendo azioni volte alla promozione dell'appropriatezza d'uso degli antibiotici: in particolare verranno realizzati report ad hoc per i MMG e momenti di confronto con gli specialisti infettivologi per promuovere il buon uso degli antibiotici.

III. Consumo fluorochinoloni negli over 75 (DDD*1000 abitanti-die)

TARGET	RISULTATO 2023
<2	2,76 Sono state programmate azioni di miglioramento in collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie.

IV. Prescrizioni nella popolazione pediatrica (prescrizioni*1000 bambini-anno)

TARGET	RISULTATO 2023
<800	784,59

Risultato indicatore composito: 11

➤ **Consumo territoriale PPI - ATC A02BC**

TARGET	RISULTATO 2023
--------	----------------

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

<=60 DDD/1000 ab die	73,72 Il trend del dato è in riduzione; sono previsti ulteriori momenti formativi per promuovere l'appropriatezza prescrittiva.
----------------------	---

➤ **Consumo territoriale omega 3 - ATC C10AX06**

TARGET	RISULTATO 2023
≤3,1 DDD/1.000 ab die	2,55

➤ **Consumo territoriale vitamina D - ATC A11CC05**

TARGET	RISULTATO 2023
<=123 DDD/1000 ab die	110,47 Il dato è in costante diminuzione; sono stati già svolti momenti formativi con focus rivolto all'utilizzo prevalente delle forme a minor costo DDD.

➤ **Formazione obbligatoria destinata ai Medici di medicina generale per gli argomenti NOTA 97, NOTA 99, NOTA 100**

TARGET	RISULTATO 2023
1 iniziativa formativa per almeno 1 su 3 fra gli argomenti indicati	Sono stati effettuati focus specifici sulle Note in oggetto durante i consueti incontri con i NCP per la valutazione della spesa farmaceutica (3 incontri/anno).

➤ **Antidiabetici: % di pazienti che associano a metformina una gliflozina rispetto al totale dei pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1a**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 60%	64,49%

➤ **Antidiabetici: % di pazienti con insuline basali meno costose rispetto al totale dei pazienti in trattamento con insuline basali**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 85%	86,65%

➤ **Farmaci intravitreali: per le indicazioni comprese in Nota AIFA 98 e nel rispetto delle sovrapposibilità terapeutiche in essa individuate, impiego prevalente del farmaco antiVEGF con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti (Fonte: piattaforma AIFA)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 85%	65% I pazienti trattati 2023 sono raddoppiati rispetto al 2022; si rileva che alcuni erano già in trattamento con originator e i pazienti seguiti nei centri fuori regione sono trattati con i farmaci determinanti di spesa. Tutti i pazienti naive vengono trattati con il farmaco biosimilare di riferimento (bevacizumab) tranne i casi di ADR o mancata efficacia con bevacizumab.



- **Farmaci oncologici e oncoematologici: nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, uso prevalente dei farmaci con il miglior rapporto costo/opportunità.**

AREA	INDICATORE	RISULTATO 2023
Polmone	Tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) avanzato, 1° linea di terapia, con valori di PD-L1 $\geq 50\%$ --> immunoterapia a minor costo fra atezolizumab, pembrolizumab, cemiplimab per l'uso prevalente (esclusi i paz. con NSCLC localmente avanzato e non candidati per la chemio-radioterapia definitiva, stadio III, indicazione esclusiva di cemiplimab) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 23028 del 22/11/2022)	64% con risultato atteso del 60%. I pazienti incidenti sono pari al 95%, il dato è viziato dai pazienti prevalenti in trattamento da più anni.
	Tumore del polmone a piccole cellule (SCLC) avanzato, 1° linea di terapia immunoterapia a minor costo (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 3146 del 15/02/2023)	90%
Melanoma	Melanoma adjuvante, immunoterapia a minor costo Ref. Determina aggiornamento PTR n 3966 del 09/03/2020	77,8%
	Melanoma metastatico AntiBRAF+antiMEK a minor costo fra (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 7621 del 06/05/2020)	50% con obiettivo del 40%. I pazienti incidenti sono al 75%, pesano i pazienti degli anni precedenti.
	Melanoma metastatico immunoterapia a minor costo (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 9658 del 20/06/2016)	93,3%
Tratto Urologico	Tumore della prostata, metastatico, 1° linea castrazione resistente inibitore del recettore androgenico a minor costo (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 6822 del 10/05/2018)	80% con obiettivo del 60%. Il dato è probabilmente sottostimato poiché non è tracciata l'ormono sensibilità per i pazienti in trattamento con l'alternativa a maggior costo.
	Uso di abiraterone generico (quando indicato: seguendo costo-opportunità abiraterone vs enzalutamide)	100%

- **Impiego atteso della nuova formulazione sottocute: pertuzumab+trastuzumab sottocute sul totale dei pazienti trattati con pertuzumab +trastuzumab (tutte le formulazioni: s.c.+e.v.) che non sono sottoposti a chemioterapia concomitante**

TARGET	RISULTATO 2023
$\leq 20\%$	0%

- **Farmaci biologici: impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe, secondo quanto sotto riportato**

Impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo %	TARGET	RISULTATO 2023
epoetine	$\geq 95\%$	97,67%
infliximab	$\geq 95\%$	92,48%

Il dato risente di 2 pazienti con ADR e quindi

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

Impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo %	TARGET	RISULTATO 2023
		in trattamento con originator.
<i>etanercept</i>	>=95%	84,65% Il 50% di pazienti in carico alla Reumatologia è trattato con originator Enbrel, dovuto ad ADR al biosimilare (6 pz su 12 tot); inoltre si rilevano pazienti con prescrizione originator extra regione.
<i>adalimumab</i>	>=95%	89,41% Il 66% dei pazienti in carico alla Reumatologia è trattato con originator Humira, dovuto ad ADR al biosimilare (6 pz su 9 tot); inoltre si rilevano pazienti con prescrizione originator extra regione.
<i>follitropina alfa</i>	>=65%	42,82% L'Azienda non è centro prescrittore, pertanto il dato risente delle prescrizioni extra azienda.
<i>trastuzumab e rituximab sottocute in ambito oncologico sul totale dei pazienti trattati</i>	<= 20%	Trastuzumab 11,11% Rituximab 0,69%
<i>bevacizumab</i>	>=95%	99,18%
<i>enoxaparina</i>	>=95%	97,93%

- **Nei pazienti incidenti affetti da malattie cutanea e/o reumatologica (psoriasi, artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa a miglior costo opportunità come biologici di prima scelta**

TARGET	RISULTATO 2023
>=75%	67,39% Proseguono gli incontri tra direzione farmaceutica e clinico prescrittore per il raggiungimento dell'obiettivo

- **Realizzazione di audit clinici aziendali sull'uso delle immunoglobuline umane in condizioni di carenza**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 1	Effettuato audit presso UO Ematologia e UO Neurologia con esiti ampiamente positivi.

- **Realizzazione di audit clinici aziendali sull'uso appropriato dell'albumina umana**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 1	Effettuati audit presso UO Gastroenterologia e UO Oncologia.



3.11.3 Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate

Indicatori

➤ ***N. farmacie che hanno realizzato almeno 1 intervista (pazienti con BPCO e asma)***

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 20%	Progetto regionale sospeso durante il periodo emergenziale COVID e non ancora riattivato.

➤ ***N. interviste/pazienti/anno a farmacia convenzionata che ha aderito alla progettualità***

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 1	Progetto regionale sospeso durante il periodo emergenziale COVID e non ancora riattivato.

➤ ***% farmacie convenzionate che hanno inserito almeno 1 segnalazione di FV nella RNF***

TARGET	RISULTATO 2023
>= 70	Attività momentaneamente sospesa nell'anno, ripresa nel 2024.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

3.11.4 Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali

Indicatori

- *% del rapporto tra numero dei trattamenti chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso/numero di trattamenti pending (trattamenti chiusi e rimborsabili, ma non ancora inseriti in una RdR). Fonte del dato: registro AIFA*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 95%	66,67% (1/3) Mancata presa in carico di 1 richiesta pending non visibile, successivamente sanata.

- *% compilazione DB onco per le terapie infusionali*

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 95%	93,33%

- *% compilazione DB onco per le terapie orali*

TARGET	RISULTATO 2023
>70%	84,33%

- *Implementazione del progetto di informatizzazione delle prescrizioni in erogazione diretta*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100%

- *% pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) rispetto al dato storico dell'anno 2022*

TARGET	RISULTATO 2023
< dato 2022	Riduzione: - valore 2022: 20,97% - valore 2023: 16,67%



3.11.5 Farmacovigilanza

Indicatori

Informazione indipendente/informazione all'appropriatezza prescrittiva

La Regione Emilia-Romagna partecipa al progetto sull'informazione indipendente sui farmaci CoSIsiFA, promosso da AIFA con l'utilizzo di fondi dedicati per la farmacovigilanza 2015-2017). Il progetto - interregionale - prevede la realizzazione di strumenti informativi e di corsi di formazione.

- **N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL per 100.000 abitanti (fonte: rete nazionale Farmacovigilanza)**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 100	19,91 segnalazioni su 100.000 abitanti, a fronte di un totale di 57 segnalazioni di reazioni avverse da farmaci. Il risultato è fortemente influenzato dal drastico calo della segnalazione avvenuto rispetto al 2022 per la riduzione delle vaccinazioni anti-covid 19 e conseguenti segnalazioni relative alle reazioni avverse di tali vaccini.

- **Numero di operatori sanitari coinvolti e verifica delle conoscenze acquisite con questionari compilati prima e dopo l'intervento formativo (Progetto CoSIsiFa)**

TARGET	RISULTATO 2023
>2 per Azienda	Progetto non avviato a livello regionale.

- **Numero di classi coinvolte e verifica delle conoscenze acquisite dai ragazzi con questionari compilati prima e dopo l'intervento formativo (Progetto CoSIsiFa)**

TARGET	RISULTATO 2023
>10 insegnanti per altrettante classi	Progetto non avviato a livello regionale.

Gestione sicura e corretta dei medicinali

- **N. eventi formativi realizzati a livello ospedaliero (con particolare riferimento a reparti di medicina interna, geriatria, lungodegenza)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 1	In collaborazione con U.O.Geriatria, nel corso del 2023 la Direzione Farmaceutica ha cominciato a valutare l'impatto di una revisione strutturata dei farmaci sulla qualità della farmacoterapia negli anziani con multimorbilità e politerapia utilizzando i criteri STOPP/START.

- **N. eventi formativi realizzati a livello territoriale (MMG/farmacie convenzionate; CRA; OSCO)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 1	4 eventi formativi realizzati in occasione dei nuclei con i Medici di Medicina Generale in collaborazione con il medico della UO Gastroenterologia. Nel 2024 sono già stati programmati degli incontri con le farmacie convenzionate, i MMG e le CRA per cercare di sensibilizzare ed incrementare le ADR.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

- *Riduzione delle polifarmacoterapie nei grandi anziani (>75 anni) trattati con 10 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali undertreatment*

TARGET	RISULTATO 2023
<2022	<p>Il farmacista ospedaliero prendendo in gestione la dimissione ospedaliera a partire dal secondo semestre 2023 ha garantito l'obiettivo di appropriatezza clinica garantendo l'appropriatezza prescrittiva secondo i criteri adottati attraverso controlli e analisi periodiche. Attualmente sono monitorati 20 reparti di degenza. Le UUOO sulle quali il farmacista è intervenuto maggiormente sono state la Medicina Interna, Geriatria, Neurologia e reparti di lungo-degenza che prevedono la presa in carico di pazienti con più di 65 anni.</p> <p>La media espressa in % di riduzione dei principi attivi coi quali il paziente viene dimesso si attesta con una riduzione superiore al 50%, soprattutto in merito alle prescrizioni potenzialmente inappropriate.</p>



3.11.6 Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Indicatori

- **Riduzione delle quantità di guanti non chirurgici (cnd T0102) rispetto al 2022 (oggetto di valutazione)**

TARGET	RISULTATO 2023
-5%	<p>-0,6% n. guanti non chirurgici consumati nell'anno/guanti non chirurgici consumati nel 2022.</p> <p>L'anno 2023 si è concluso con una variazione di - 0,6% rispetto al 2022.</p> <p>I consumi sono andati progressivamente in diminuzione a seguito di azioni di monitoraggio attivate in collaborazione con il SPP e il gruppo aziendale ICA; tuttavia in corso d'anno ci sono stati episodi infettivi che hanno richiesto procedure di isolamento e l'adozione di specifici protocolli di protezione e vestizione che hanno determinato un maggior consumo di guanti non chirurgici.</p>

- **Riduzione delle quantità di broncoscopi monouso rispetto al 2022**

TARGET	RISULTATO 2023
-30%	<p>- 38,75%</p> <p>L'obiettivo è stato raggiunto, con un valore inferiore alla media regionale del -22%, a seguito dell'individuazione di un percorso di richiesta "motivata" concordato con la direzione sanitaria e i clinici utilizzatori e conseguente periodico monitoraggio.</p>

- **Utilizzo di duodenoscopi monouso nel rispetto delle raccomandazioni dei documenti regionali**

TARGET	RISULTATO 2023
> 90%	Al momento non sono stati introdotti duodenoscopi monouso.

- **Partecipazione al corso FAD "linee di indirizzo regionali per il reprocessing degli endoscopi pluriuso e degli accessori nei servizi di endoscopia digestiva - Edizione 2023" disponibile su E-laber**

TARGET	RISULTATO 2023
60%*	61,54%

* Partecipazione del 60%* del personale infermieristico e di supporto che si occupa di reprocessing degli endoscopi e degli accessori nei servizi di endoscopia digestiva

- **Impiego di medicazioni avanzate per ferite, piaghe e ulcere afferenti alla gara regionale per almeno l'80% del consumo totale**

TARGET	RISULTATO 2023
> 80%	<p>87,39%</p> <p>Sono proseguite nel 2023 sia le azioni di monitoraggio dell'andamento di spesa e consumi, sia gli incontri del gruppo aziendale "Osservatorio Wond Care". È stata inoltre attivata una modalità di richiesta "motivata" per l'autorizzazione di medicazioni fuori gara.</p>

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

- *Distribuzione consumi dispositivi da elettrochirurgia secondo la strategia di gara: Ultrasuoni 60% e Radiofrequenza 40%*

TARGET	RISULTATO 2023
60/40%	47% / 53% Le acquisizioni di dispositivi da elettrochirurgia sono sempre state fatte nel rispetto degli esiti di aggiudicazione di gara Intercenter. Le percentuali di adesione hanno risentito di criticità emerse durante le forniture per carenze di disponibilità di alcuni prodotti.

- *Impiego di protesi d'anca afferenti alla gara regionale per almeno l'80% del consumo totale*

TARGET	RISULTATO 2023
>80%	96,4% Dal secondo semestre 2022 la scelta del materiale protesico d'anca è stata pressoché totalmente orientata ai dispositivi aggiudicati in gara raggiungendo una percentuale di adesione del 96,4% rispetto al 80% della media regionale.



3.11.7 Rendicontazione nel flusso DiMe e obiettivi di tracciabilità

Indicatori

- **PROTESI ANCA** → Costo medio regionale per paziente verso 2022, e assorbimento aziendale della spesa sostenuta per le protesi sul valore totale del DRG prodotto (Fonte: flusso Di.Me. E SDO)

TARGET	RISULTATO 2023
osservazione	Nel corso del 2023 si è registrato un numero maggiore di pazienti trattati rispetto al 2022 (390 vs 381) con una riduzione del costo medio paziente del 12,9% (RER +1,7%) e una spesa pro-capite di 1.815 euro. La spesa media risente del costo dei materiali utilizzati per interventi complessi, oncologici e per le revisioni. Il peso DM su DRG al IV trimestre 2023 è del 16,8%.

- **PROTESI GINOCCHIO** → Costo medio regionale per paziente verso 2022, e assorbimento aziendale della spesa sostenuta per le protesi sul valore totale del DRG prodotto (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)

TARGET	RISULTATO 2023
osservazione	Nel corso del 2023 si è registrato un numero maggiore di pazienti trattati rispetto al 2022 (77 vs 62) con una variazione del costo medio paziente di -11,3% (RER - 7,1%) e una spesa pro-capite di 2.428 euro. Il peso DM su DRG al IV trimestre 2023 è del 23,9%.

- **PACEMAKER** → Costo medio regionale per paziente verso 2022, e assorbimento aziendale della spesa sostenuta per le protesi sul valore totale del DRG prodotto (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)

TARGET	RISULTATO 2023
osservazione	A seguito di confronto con i clinici e condivisione degli esiti di gara, il costo medio paziente si è attestato a 1.053 euro rispetto a 1.354 euro a livello regionale con una variazione vs 2022 di -2% rispetto al +9% a livello regionale. Il peso DM su DRG al IV trimestre 2023 è del 22,1%.

- **DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI** → Costo medio regionale per paziente verso 2022, e assorbimento aziendale della spesa sostenuta per le protesi sul valore totale del DRG prodotto (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)

TARGET	RISULTATO 2023
osservazione	A seguito di confronto con i clinici e condivisione degli esiti di gara, il costo medio paziente si è attestato a 7.030 euro rispetto a 8.127 euro a livello regionale con una variazione di - 13,4% rispetto all'anno precedente. Il peso DM su DRG al IV trimestre 2023 è del 46,4%.

- **Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico** (Fonte: flusso DiMe e conto economico)

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 90%	93,33% Il tasso di copertura è il risultato di un puntuale e completo inserimento di tutte le informazioni nell'anagrafica aziendale.

➤ **Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico (Fonte: flusso DiMe e conto economico)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥ 60%	56,94% Il risultato risente del fatto che parte delle forniture di IVD sono gestite in "service", ovvero come referti o determinazioni e pertanto non è stato possibile tracciare il singolo IVD.



3.11.8 Dispositivo Vigilanza

Indicatori

- *Costituzione di un gruppo di Area Vasta / Ausl Romagna, dedicato allo sviluppo di un percorso formativo omogeneo nell'ambito della dispositivo vigilanza per l'anno 2023*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	Sì, è stato costituito un gruppo AVEN.

- *Verbali attestanti l'avvenuta riunione inviati in RER*

TARGET	RISULTATO 2023
>= 1, copia del progetto formativo	Sono state fatte due riunioni di Area Vasta il 16/10/2023 e il 30/10/2023, in cui si è discusso e progettato un percorso formativo sulla Dispositivo-vigilanza e sono stati redatti i relativi verbali.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

4. GARANTIRE LA SOSTENIBILITA' ECONOMICA E PROMUOVERE L'EFFICIENZA OPERATIVA**4.1 Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA**Indicatori

- *Rispetto delle tempistiche di trasmissione e accuratezza di predisposizione delle stime per il monitoraggio economico bimestrale delle gestioni aziendali*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	<p>100%</p> <p>Nell'anno 2023 sono state regolarmente predisposte le stime per il monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali. I dati, corredati delle relazioni esplicative e delle tabelle integrative richieste, sono stati inviati in Regione nel rispetto delle tempistiche di trasmissione.</p>

- *Rispetto delle tempistiche di trasmissione e accuratezza di predisposizione delle rendicontazioni richieste dal livello ministeriale (es. Panflu, costi sostenuti per profughi ucraini, etc)*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	<p>100%</p> <p>Nell'anno 2023 sono state predisposte le rendicontazioni semestrali relative ai costi dell'assistenza alla popolazione ucraina tramite il modello CE"UKR23" e la rendicontazione delle azioni e dei costi anno 2023 del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) nel rispetto delle tempistiche di trasmissione.</p>

4.1.1. Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSRIndicatori

- *Indice di tempestività dei pagamenti*

TARGET	RISULTATO 2023
<=0	<p>-12,23</p> <p>Il Decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192 che recepisce la direttiva 2011/7/UE in materia di lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, prevede per le Aziende Sanitarie, di norma, il pagamento entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura. L'Azienda USL di Piacenza ha realizzato e mantenuto, nel corso degli ultimi anni, una costante attenzione al contenimento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi nei termini di legge, congiuntamente ad un efficiente e appropriato utilizzo delle risorse finanziarie, in applicazione di quanto disposto dal DL n. 35/2013 sui pagamenti dei debiti degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale. L'Azienda si è pertanto impegnata, attraverso una puntuale</p>



	<p>programmazione di cassa e un miglioramento nelle procedure interne di liquidazione, al mantenimento dei tempi di pagamento entro i 60 giorni previsti dalla normativa. Nel 2023 si rileva una leggera flessione dell'indicatore rispetto al 2022 riconducibile all'avvio della Gestione informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile (GAAC) che ha comportato, in particolare nei primi mesi dell'anno, un ritardo nei tempi di pagamento e una diminuzione dei volumi degli stessi poi recuperati nei mesi successivi. Il risultato è stato raggiunto grazie all'impegno di tutte le articolazioni aziendali garantendo il rispetto delle tempistiche dell'avvio e la precisione del recupero dati migrati.</p> <p>Gli indicatori sono pubblicati sul sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente/Pagamenti dell'Amministrazione".</p>
--	--

➤ **Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	<p>100%</p> <p>Nel corso del 2023 è stato rispettato l'invio trimestrale delle tabelle riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali ai competenti uffici regionali, nelle modalità di rilevazione da essi indicate.</p>

➤ **Stock del debito comunicato dall'ENTE (risultante all'Ente dai propri sistemi contabili)/stock del debito calcolato dalla PCC**

TARGET	RISULTATO 2023
>= 95%	<p>Lo stock pubblicato in PCC al 31.01.2024 ammonta a euro 7.759.011,00; lo stock risultante dai sistemi contabili è pari a euro 7.882.611,00. Lo scostamento tra i due stock è inferiore al 5% come da obiettivo della Regione. Si precisa che l'Ente sta provvedendo all'allineamento dei due dati e che lo stock della PCC si modifica attraverso il recepimento di operazioni contabili quali pagamenti, registrazioni e chiusure effettuate in data successiva alla data del calcolo dello stock.</p>

4.1.2 Le buone pratiche amministrativo-contabili

Indicatori

➤ **Coerenza nella compilazione degli schemi di bilancio**

TARGET	RISULTATO 2023
<p>90% del livello di coerenza misurato sottraendo da 100 1 punto per ogni errore nella compilazione delle tabelle della Nota Integrativa (mancata e/o errata compilazione campi delle tabelle)</p>	<p>100%</p> <p>Le tabelle della Nota Integrativa sono risultate complete e corrette.</p>

➤ **Partecipazione ai gruppi di lavoro operativi necessari per l'aggiornamento delle Linee Guida regionali PAC**

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

TARGET	RISULTATO 2023
sì	A seguito dell'avvio del percorso di aggiornamento delle Linee Guida regionali PAC, sono state individuate dalla Regione (nota prot.27/06/2023.0620713.U) diversi referenti aziendali per ogni area oggetto di revisione. L'Azienda USL di Piacenza è stata designata per le aree di Gestione del Trattamento Economico del Personale (UO Bilancio e UO Risorse Umane), Ciclo Passivo –Debiti e Costi (UO Bilancio), Piano dei Conti (UO Bilancio), Linee Guida art.113 d.Lgs.50/2016 (UO Bilancio). Tutti i referenti hanno partecipato con costanza e proficuamente agli incontri fissati dai coordinatori dei vari ambiti, consentendo in tal modo il raggiungimento dell'obiettivo del rilascio delle nuove linee guida regionali in ambito PAC (si veda nota RER prot.28/12/2023.1274101.U)

➤ **Coerenza con la sussistenza a bilancio delle partite vetuste anni 2018 e precedenti**

TARGET	RISULTATO 2023
100% delle partite vetuste	L'Azienda ha rispettato le indicazioni regionali svolgendo nel corso del 2023 un'importante attività di verifica e progressiva eliminazione, laddove necessario, delle poste di debiti risalenti alle annualità 2018 e precedenti. La rilevazione ha determinato l'iscrizione di componenti positivi sul bilancio 2023 pari a complessivi 4,6 milioni di euro, dettagliati in maniera esaustiva nella Nota Integrativa al bilancio, nella sezione dei componenti straordinari.

➤ **Coerenza con la sussistenza a bilancio delle fatture e note di credito da ricevere 2022 e precedenti**

TARGET	RISULTATO 2023
100% fatture e note di credito da ricevere verificate	L'Azienda ha provveduto a verificare puntualmente la sussistenza dei crediti per note di credito da ricevere da fornitori. Nel presente bilancio 2023 non risultano iscritte poste antecedenti il 2019. Sono motivate le iscrizioni di note di credito da ricevere verso operatori accreditati, determinate principalmente da fatture emesse oltre i budget di produzione definiti annualmente da Regione o Azienda, per le annualità iscritte (2021-2023), la cui conferma definitiva potrà essere acquisita solo in seguito alla pronuncia della Commissione Paritetica o alla regolazione della mobilità extraregionale fra Regioni. Per tali voci risulta iscritto, a parziale copertura, un apposito fondo rischi aziendale.

➤ **Riduzione della contabilizzazione dei conti di bilancio inerenti i Service sanitari**

TARGET	RISULTATO 2023
100% attinenza delle indicazioni regionali	L'Azienda non ha mai alimentato ante 2023 i conti dei service sanitari, in quanto ha sempre comunicato ai fornitori già in fase contrattuale la necessità di suddividere gli importi del servizio nelle diverse componenti di manutenzione, acquisto beni, noleggio. A seguito dell'adesione alla nuova procedura contabile GAAC, la creazione di corrispondenza tra i prodotti utilizzati dall'Azienda USL di Piacenza per i suddetti ordinativi e i prodotti già presenti in GAAC utilizzati da altre Aziende, ha comportato l'unificazione dei codici e la prevalenza della classificazione già esistente in GAAC (sui service), con obbligo per l'Azienda di adeguamento. Pertanto è stato necessario nel presente bilancio procedere alla rilevazione di un costo per service sanitari (importo complessivo di circa 393.000 euro).



4.1.3 La regolazione dei rapporti con i produttori privati

Indicatori

- **Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite (Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati)**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	La Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati prevede l'invio periodico dell'elenco dei documenti contabili ricevuti dalle strutture private accreditate utili per il monitoraggio della spesa sostenuta rispetto ai budget definiti. Durante il 2023 sono stati trasmessi i dati in piattaforma nel rispetto delle scadenze stabilite dalla Regione Emilia-Romagna.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

4.1.4 Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile**Indicatore**➤ **Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Il progetto GAAC si pone l'obiettivo di gestire a livello regionale tutto il sistema amministrativo contabile con anagrafiche centralizzate al fine di migliorare l'omogeneità e la confrontabilità dei flussi informativi. L'implementazione del GAAC a partire dal 01/01/2023, come da cronoprogramma regionale, ha impegnato l'Azienda, già dal 2022, nell'attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo applicativo. Tale attività è stata svolta nel rispetto delle tempistiche stabilite per la migrazione dati.

➤ **Attività di migrazione preliminare – rispetto della tempistica di consegna dei tracciati (GAAC)**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% L'Azienda ha rispettato le tempistiche definite nel piano di avvio per la migrazione dati di prova e definitive.

➤ **Integrazione sistema GRU - GAAC**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% L'Azienda ha implementato l'integrazione tra il sistema GRU e il sistema GAAC a far data dal 01/01/2023 come da cronoprogramma regionale.

➤ **Avvio delle Azienda in programma nel 2023 - GAAC**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% L'Azienda ha avviato il Sistema unitario per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC) al 01/01/2023 come da cronoprogramma regionale. L'implementazione del GAAC ha riguardato tutti i moduli previsti dal progetto: Contabilità Generale, Contabilità Analitica, Cespiti, Magazzino, nonché le integrazioni locali e regionali (per es. Gestione Risorse Umane – GRU, Banca Dati Regionale – BDR).

➤ **Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi regionali e ministeriali (GAAC)**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% L'Azienda ha alimentato il modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi regionali e ministeriali (GAAC) nel rispetto delle scadenze stabilite dalla Regione utilizzando l'apposita procedura



	GAAC.
--	-------

➤ **Aggiornamento della Linea Guida sul processo di candidatura e governo dell'anagrafica centralizzata (GAAC)**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% L'Azienda ha partecipato al gruppo regionale di predisposizione delle Linee Guida regionali sul processo di candidatura e governo dell'anagrafica centralizzata GAAC che sono state inviate alle Aziende con nota RER prot. 02/01/2023.0000661.

➤ **Emissione ordine NSO sui beni escluse Aziende intercompany**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100%

➤ **Emissione ordine NSO sui servizi escluse Aziende intercompany**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100%

➤ **Rispetto tempistica monitoraggio regionale sullo stato di avanzamento di NSO**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Si precisa che, come per le Aziende sanitarie il cui avvio nel GAAC è già avvenuto, la Regione provvede in autonomia a reperire i dati per il monitoraggio (prot. 26/06/2023.0615232.U)

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

4.2 Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Indicatore

- *Percentuale di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi (per iniziative centralizzate si intendono le convenzioni/accordi quadro messi a disposizione da Intercent-ER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip s.p.a. e gli acquisti di beni legati all'emergenza Covid-19 effettuati tramite le Aziende Sanitarie Capofila delegate dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare*

TARGET	RISULTATO 2023
59%	Dato ufficiale non disponibile al 29/04/2024. Stante la crescita costante dell'adesione alle iniziative centralizzate già attestata negli anni precedenti, l'obiettivo regionale si presume raggiunto, in attesa della rendicontazione regionale relativa al 2023 in merito al livello di aggregazione degli acquisti prevista.



4.3 Il governo delle risorse umane

Indicatori

- **Rispetto dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	Il PTFP 2023-2025, approvato con delibera n.482 del 26.10.2023 e redatto nel rispetto degli obiettivi assegnati dalla Regione Emilia Romagna e dei vincoli normativi, risulta pienamente rispettato.

- **Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende. Effettuazione di almeno l'80% delle prove selettive attraverso l'utilizzo del modulo "Concorsi"**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	Il modulo "concorsi" viene utilizzato per la totalità delle procedure per la raccolta delle domande sia per le selezioni a tempo determinato che per i concorsi a tempo indeterminato di comparto e dirigenza.

- **GRU: Avvio dei nuovi moduli e rispetto del cronoprogramma**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	Per l'anno 2023, il gestionale di presenze assenze ha completato lo sviluppo delle principali funzionalità previste, in particolare si sono sviluppate tutte le configurazioni sul portale del dipendente ancora mancanti.

- **Prosecuzione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	Anche nel 2023 i concorsi a tempo indeterminato per il personale del comparto sono stati gestiti a livello di area vasta.

- **Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	Si rileva la costante partecipazione a gruppi di lavoro attuati a livello regionale e di Area Vasta al fine di definire criteri omogenei di interpretazione normativa e di definizione di politiche di gestione del personale.

- **Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione dei PTFP e degli Accordi sottoscritti**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	Il tempestivo monitoraggio e la costante rendicontazione relativa al costo del personale hanno permesso il rispetto della programmazione aziendale e regionale relativa ai fabbisogni di personale.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Indicatore

- **Gestione sinistri rispetto dei tempi di processo: % di istanze di parere al NRV con contestuale caricamento (ossia entro massimo 2 giorni lavorativi) di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria, amministrativa, ivi inclusa quella richiesta dalla Circolare 12/2019)**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	<p>100%</p> <p>L'Azienda ha operato nel pieno rispetto dei tempi e in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per tutte le 2 istanze di parere avanzate al NRV è stata contestualmente caricata sull'apposita area dedicata tutta la documentazione necessaria all'istruttoria (doc. clinica, giudiziaria, amministrativa, ecc.) - ciascun sinistro oggetto di valutazione del NRV è stato trattato ed istruito conformemente alle indicazioni di cui alla circolare regionale n. 12/2019.

- **Adozione del modello di CVS aziendale trasmesso con nota prot. 20.07.2022.0647322.U e conforme redazione dello stesso**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	<p>100%</p> <p>Per tutti i sinistri in cogestione, di seconda fascia, è stato adottato il modello di verbale CVS trasmesso con nota prot. n. 20.07.2022.0647322.U.</p>



4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

Indicatore

- *% dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno*

TARGET	RISULTATO 2023
>= 90%	90% dichiarazioni raccolte al 31/12/2023 in GRU

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

4.6 Sistema di audit interno

Indicatori➤ **Istituzione della funzione aziendale di Audit interno**

TARGET	RISULTATO 2023
si	L'Azienda ha provveduto ad assegnare la funzione di Internal Audit con Delibera del Direttore Generale n.606 del 29/12/2023 ad oggetto "Istituzione della funzione aziendale di Audit Interno e adempimenti conseguenti". La funzione aziendale di Audit Interno è stata affidata ad un Board Aziendale composto da dirigenti e/o collaboratori afferenti a Dipartimenti di supporto o Direzioni Tecniche, coordinato dal Direttore di UO Bilancio in qualità di Referente aziendale della funzione di audit nonché membro del Nucleo Regionale di Audit Interno.

➤ **Audit interno: Completamento attività di controllo al 31/03/2024, in relazione alla spesa rendicontata al 31/12/2023**

TARGET	RISULTATO 2023
100% di quanto indicato dal Nucleo Audit regionale	Non applicabile, in quanto non è stata rendicontata in via definitiva alcuna spesa aziendale in REGIS al 31/12/2023. La funzione di audit aziendale, tuttavia, seguendo le indicazioni emerse nel corso del 2023 in sede di Nucleo di Audit Regionale, ha avviato entro il 31/03/2024 i controlli sulle attività in ambito PNRR/PNC, secondo le Linee Guida Regionali in materia adottate dalla Regione con Determina n.23188 del 6/11/2023. Come da indicazioni, i controlli hanno avuto per oggetto la compilazione delle check list ministeriali richieste per le attività di affidamento/gara inerenti gli acquisti PNRR, da effettuarsi a cura dei responsabili aziendali delle procedure di acquisto attivate. A seguito della rilevazione di tutte le procedure in oggetto, è stato scelto un campione di affidamenti da sottoporre a verifica, secondo criteri di rilevanza economica, differenziazione di RUP di progetto PNRR, e tipologia di procedura. Il Board aziendale di Internal Audit ha provveduto alle verifiche, verbalizzando gli esiti secondo la check list di controllo allegata alle predette Linee Guida regionali.



4.7 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

Indicatore

- **Aggiornamento policy aziendali per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche (teleconsulto telemedicina, app sanitarie...)**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	Nel corso del 2023 sono stati realizzati evolutive e potenziamenti su alcune applicazioni già operative: è stata verificata la loro aderenza alle policy aziendali attraverso gruppi di lavoro multidisciplinari.

- **Definizione dei profili di titolarità/ responsabilità e/o contitolarità nell'attività di ricerca scientifica**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% È continuata, anche nel corso del 2023, la collaborazione tra i settori aziendali Supporto alla privacy e Ricerca, per effettuare – laddove necessaria – un'analisi congiunta dei contratti e dei progetti di ricerca, al fine di identificare i vari ruoli privacy dei soggetti ed enti coinvolti e verificare l'adeguatezza della relativa documentazione (es. sottoscrizione di clausole contrattuali standard per il trasferimento di dati personali all'estero, nel caso di Promotori con sede in un paese non appartenente allo Spazio Economico Europeo).

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

4.8 Piattaforme informatiche più forti e investimenti in biotecnologie e strutture per il rilancio del SSR

4.8.1 Fascicolo Sanitario Elettronico / Portale SOLE

- **Documenti consultati: Numero di utenti che sono acceduti al Fascicolo Sanitario Elettronico sul numero di cittadini che hanno ricevuto un documento indicizzato sul FSE**

TARGET	RISULTATO 2023
70%	73%

- **Numero consensi registrati: Numero consenso alla consultazione valorizzato sul Numero totale dei FSE attivati**

TARGET	RISULTATO 2023
80%	80%

- **Numero centri privati integrati: Numero dei centri privati accreditati integrati nella rete SOLE sul Numero totale dei centri privati accreditati**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	75% (6/8) Tutti i centri accreditati con i quali l'Azienda ha in essere un contratto di fornitura sono integrati nella rete SOLE (100%). Le due strutture che non risultano integrate con SOLE sono centri accreditati senza contratto di fornitura con l'Azienda.

- **Comunicazioni cessazione rapporto MMG/PLS: Numero di cittadini che hanno ricevuto comunicazione tramite FSE rispetto al numero di assistiti dei MMG/PLS cessati**

TARGET	RISULTATO 2023
50%	0% Da febbraio 2023 è stata inviata su FSE comunicazione di cessazione rapporto MMG/PLS a tutti gli assistiti interessati. L'invio generico del flusso non ha consentito al livello regionale di rilevare correttamente la percentuale di cittadini che hanno ricevuto la comunicazione; dal 2024 l'invio è stato effettuato secondo le modalità richieste.

- **Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (Per il 2023 si considerano i referti di laboratorio e radiologia)**

TARGET	RISULTATO 2023
90%	99,94%

- **Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali firmati indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul**



repository SOLE (Per il 2023 si considerano i referti del Gruppo A delle Linee guida del FSE 2.0: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione)

TARGET	RISULTATO 2023
40%	8,54% Nel corso del 2023 sono stati adeguati i sistemi di radiologia e laboratorio che stanno inviando correttamente i documenti. Per le restanti categorie documentali (che fanno tutte capo allo stesso fornitore), grazie al supporto della Regione, sono stati ripresi i lavori di adeguamento per arrivare a regime entro il 2024.

➤ **Gestione appuntamenti: Attivazione del servizio di invio al FSE degli appuntamenti interni e passati (anche annullati) con la gestione della data massima di annullamento.**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	Attivo il servizio di invio al FSE degli appuntamenti anche annullati e in implementazione la gestione della data massima di annullamento.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

4.8.2 Finanziamenti ex art. 20 L.67/88

Indicatore

- **AdP V fase: Completamento dell'iter per l'ammissione a finanziamento degli interventi previsti dall'Accordo di Programma V fase 1° stralcio entro dicembre 2023**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100%

- **AdP VI fase: Predisposizione degli Studi di Fattibilità (SdF) e predisposizione schede relativamente alle acquisizioni delle tecnologie biomediche entro luglio 2023 al fine della definizione del documento programmatico relativo all'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari.**

TARGET	RISULTATO 2023
40%	100% È stata redatta la scheda illustrativa dell'intervento e il piano di fornitura relativa all'APE01. Il piano è stato approvato con delibera 347 del 27 luglio 2023 ed inviato in Regione.

4.8.3 Interventi già ammessi al finanziamento

Indicatore

- **Completamento interventi/piani di fornitura relativi ad Accordi di Programma sottoscritti ante 2016 entro le scadenze indicate sul sistema regionale di gestione degli investimenti sanitari (PROFILER) per l'anno 2023. Eventuali ritardi dovranno essere motivati con apposita relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Tutti gli interventi ante 2016 sono stati completati

- **Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati (salvo interventi per i quali è previsto un intervento complementare a quello principale e per interventi con contenziosi in corso)**

TARGET	RISULTATO 2023
Richieste di liquidazione per un importo pari al totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati	Sono state trasmesse tutte le richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati (salvo interventi per i quali è previsto un intervento complementare a quello principale e per interventi con contenziosi in corso).



4.8.4 Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 (Art 2, DL 19 maggio 2020, n.34)

Indicatore

- **Programmazione interventi: rispetto delle date previste dalla programmazione condivisa con la Regione e le strutture centrali. Ogni eventuale ritardo dovrà essere motivato con apposita relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale sul percorso che l'Azienda intende attuare e relativo timing delle misure necessarie all'accelerazione degli interventi, che espliciti gli impegni dell'Azienda finalizzati ad evitare ulteriori ritardi, comprese le azioni di reclamo e sollecito ai fornitori.**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% Tutte le date previste dalla programmazione condivisa con la Regione e le strutture centrali sono state rispettate.

- **Monitoraggio avanzamento e rendicontazione: riscontro tempestivo ed esauriente ai monitoraggi richiesti e predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni accurate e precise**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% U.O. Lavori su Strutture Esistenti e Impianti 90% U.O. Nuove Costruzioni e Patrimonio Immobiliare per intervento Pronto Soccorso Fiorenzuola d'Arda causa variazione della procedura di rendicontazione dell'ultima tranche per la liquidazione del saldo disposta da RER e non ancora effettuata.

4.8.5. Piano investimenti: interventi di cui alla scheda 3

- **Piano investimenti: Completa documentazione asseverante condizioni di urgenza, indifferibilità ed imprevedibilità**

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% L'Azienda USL di Piacenza ha provveduto, entro il 31/10/2023 come da DGR 1980/2022, a trasmettere all'Area Infrastrutture e Patrimonio della Direzione Cura della Persona, Salute le schede degli interventi riportanti le motivazioni a supporto dell'urgenza, indifferibilità e imprevedibilità. Come da indicazioni regionali questi interventi non sono stati inseriti nel piano degli investimenti 2023-2025.

4.8.6 Attività per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)_Missione

Salute

Indicatore

- **Rispetto delle condizionalità documentali e temporali previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo (Missione 6 Component 1: 1.1 Case della Comunità e 1.3 Ospedali di Comunità)**

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

TARGET	RISULTATO 2023
sì	sì

4.8.7 Iniziative per il miglioramento dell'accessibilità alle strutture sanitarie e della sosta nelle aree di pertinenza

Indicatore

- *Predisposizione del progetto di accesso e sosta presso le strutture sanitarie*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	Il progetto di accesso e sosta presso le strutture sanitarie è stato caricato sullo share point regionale

- *Partecipazione attiva al monitoraggio dei progetti, compreso il riscontro tempestivo alle informazioni richieste*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	Il Mobility Manager ha provveduto puntualmente ad alimentare lo share point regionale.

4.8.8 Tecnologie Biomediche

- *PNRR – Rinnovo tecnologico. Indicatore: monitoraggio sostituzioni tecnologie obsolete e messa in uso nuove tecnologie. Target: comunicazione e rispetto dei tempogrammi dettagliati di tutti gli interventi previsti nell'ambito della M6C2 – 1.1.2 (Grandi Apparecchiature Sanitarie)*

TARGET	RISULTATO 2023
100% (con proiezione alla Milestone europea del 31/12/2024)	100% Nel 2023 non sono state sostituite tecnologie relative al piano di fornitura PNRR. Sono state però effettuate le prime adesioni alle convenzioni Consip e Intercenter per la fornitura delle stesse. Le installazioni sono state tutte ripianificate nel 2024 nel rispetto delle Milestone PNRR.

- *Sostenibilità economica – Predisposizione e presentazione delle istruttorie tecnico-scientifiche del GRTB per tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo*

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100% È stata presentata l'istruttoria tecnico-scientifica per l'acquisizione di un sistema TAC-PET integrato la cui acquisizione verrà affidata mediante gara in pubblicazione nei primi mesi del 2024.



➤ **Flussi informativi (questionario LEA) – Verifica della corretta registrazione NSIS delle apparecchiature da parte delle strutture private di afferenza**

TARGET	RISULTATO 2023
100% registrazioni	75% La registrazione NSIS delle apparecchiature da parte delle strutture accreditate viene costantemente monitorata con cadenza mensile. Nonostante questo, alla fine del 2023, risultano ancora due sistemi installati presso strutture private della provincia di Piacenza non registrate su 8 installate.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

4.8.9 Sistema Informativo

- **Tempestività nell'invio dei dati: flussi SDO, ASA no DSA, FED (esclusa DPC), FED (solo DPC), PS, DiMe, AFO, FAR**

TARGET	RISULTATO 2023
SDO: > 88%	90,55%
ASA no DSA: >95%	92,23% Il dato risente del ritardo nell'invio di 1 mese.
FED esclusa DPC: >85%	96,69%
FED solo DPC: >95%	99,26%
PS: >95%	99,66%
DIME: > 90%	84,58% Il numero dei record non tempestivi in verità è composto per la maggior parte dal re-invio di record tempestivi a causa del cambio del codice di repertorio, che essendo un campo chiave non consente la modifica.
AFO: >85%	98,62%
FAR: >85%	99,35%

- **Tempestività nell'invio dei dati: flussi AFT, ADI, DSA in ASA, SIRCO, SICO, AS, IVG**

TARGET	RISULTATO 2023
Indicatore di osservazione	<ul style="list-style-type: none"> - AFT 99,7% - ADI 65,45% - DSA in ASA 80,79% - SIRCO: non applicabile per Ausl Pc - SICO: prestazioni individuali 77,99% prestazioni di gruppo 70,97% <p>I valori SICO risentono del ritardo nell'invio dei dati del secondo semestre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flusso IG tabella AS: 42,41% - Flusso IG tabella IVG: 37,63% <p>I dati per entrambi i flussi IG risentono del mancato consolidamento dei dati trimestrali, dovuto a una incompleta gestione del flusso; il percorso è stato comunque chiuso al termine dell'ultimo trimestre con il consolidamento annuale.</p>

- **Aggiornamento dei dati: flussi SDO, PS, ASA no DSA, AFT, FED (esclusa DPC), FED (inclusa DPC), DiMe, AFO**

TARGET	RISULTATO 2023
Indicatore di osservazione	<p>SDO 11,52%</p> <p>PS 0,76%</p> <p>ASA no DSA 0,44%</p> <p>AFT 0,37%</p> <p>FED esclusa DPC 1,4%</p>



	FED inclusa DPC 0,01% DIME 2,99% AFO 1,08%
--	---

➤ **SDO**

Compilazione del campo check list di sala operatoria: compilato con 0 o 1 a fronte di codice procedura 00.66

TARGET	RISULTATO 2023
0%	0%

➤ **SDO**

Codifica del codice del reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service) per il codice di procedura 00.66

TARGET	RISULTATO 2023
100%	99,76%

➤ **SDO**

Ricoveri programmati con data di prenotazione=data ammissione

TARGET	RISULTATO 2023
<= al 5% (segnalazione 0159 campo B018)	2,51%

➤ **SDO**

% di ricoveri per i nati in struttura con mancata compilazione del campo del CF

TARGET	RISULTATO 2023
<20% Indicatore di osservazione	0,05%

➤ **Flussi AFT e FED (DPC)**

Presenza di erogazioni di farmaci duplicate nei due Flussi

TARGET	RISULTATO 2023
Indicatore di osservazione	0,03%

➤ **Flussi FED, AFO e DiMe**

Trasmissione dei flussi entro le scadenze programmate

TARGET	RISULTATO 2023
100%	100%

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

➤ **Flusso AS e IVG****Completezza rispetto alla Banca Dati SDO**

TARGET	RISULTATO 2023
Indicatore di osservazione	Flusso IG, tabella AS: 88,02% Flusso IG, tabella IVG: 100%

➤ **Flusso DBO****Completezza della corrispondenza delle informazioni relative ai test genomici per il tumore della mammella nei flussi ASA E DBO**

TARGET	RISULTATO 2023
95%	86,96% (20/23)

➤ **Flusso DBO****Copertura effettiva flusso DBO su ASA (protocollo anno 2022 condiviso con le aziende)**

TARGET	RISULTATO 2023
85%	84,1%

➤ **Flusso PS****Utilizzo delle vecchie diagnosi Covid per gli accessi in PS**

TARGET	RISULTATO 2023
<1% Indicatore di osservazione	2,25% L'utilizzo delle vecchie diagnosi Covid, per un errore nella gestione del flusso, si è verificato per i primi mesi dell'anno e solo per le diagnosi secondarie. Dal secondo semestre 2023 sia per le prime che per le secondi diagnosi sono stati utilizzati i nuovi codici.

➤ **Flusso PS****% di utilizzo del problema principale "PROBLEMA NON NOTO" sul totale degli accessi dell'aggregazione "Disturbi generali e problemi minori"**

TARGET	RISULTATO 2023
in diminuzione rispetto al 2022 Indicatore di osservazione	In riduzione: valore 2023= 4,74% valore 2022= 5,46%

➤ **Flusso ADI**



% TAD aperta e chiusa entro il giorno successivo (come da reportistica predefinita)

TARGET	RISULTATO 2023
Indicatore di osservazione	47,45%

➤ **Flusso CEDAP**

Completezza rispetto alla banca dati SDO (Adempimento LEA)

TARGET	RISULTATO 2023
98,5% Indicatore di osservazione	100%

➤ **Flusso ASA e Ricette dematerializzate**

Numero di prestazioni di specialistica prescritte con ricetta dematerializzata con stato "chiuso" riscontrato sul SAR/SAC sul numero di prestazioni di specialistica "dematerializzate" erogate e rendicontate nel flusso ASA

TARGET	RISULTATO 2023
95%	92,12% La percentuale risente di un problema nei primi due mesi del 2023 originato dal mancato passaggio dell'informazione tra il sistema gestionale del Laboratorio analisi e il SAR/SAC. Flusso correttamente trasmesso da marzo 2023.

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

5. INNOVAZIONE NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI

5.1 Sistema ricerca e innovazione regionale

Indicatori

- *Caricamento in piattaforma del parere del Comitato Etico: N° studi con parere espresso/N° studi con fattibilità chiusa*

TARGET	RISULTATO 2023
valori mancanti < 10%	100%

- *Partecipazione agli incontri del Gruppo di lavoro regionale delle Infrastrutture della Ricerca*

TARGET	RISULTATO 2023
≥2	7



5.2 Innovazione nei servizi sanitari e sociali

Equità in tutte le politiche e medicina di genere

Indicatore

- **Proseguire le procedure di equity assessment in riferimento agli obiettivi relativi al Piano Regionale della Prevenzione**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	<p>Sì. Nel 2023 il Board Equità nell'attuare il proprio piano annuale delle attività ha proseguito il forte lavoro di integrazione tra gli obiettivi Equità e gli obiettivi del Piano Prevenzione, individuando un progetto trasversale in particolare il Programma Libero - PL 11 del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 "Promozione della Salute nei primi 1000 giorni", come ambito di intervento su cui 'applicare' le procedure di Equity Assesement.</p> <p>In particolare il Board Aziendale Equità ha individuato un sottogruppo di professionisti aziendali affinché partecipassero al percorso formativo "Laboratorio regionale per l'AV Emilia Nord - Valutare e programmare in termini di equità: l'Health Equity Audit applicato al Piano Regionale della Prevenzione" per il consolidamento della procedura HEA – Health Equity Assesement (primo incontro 15 Marzo 2023, Reggio Emilia).</p> <p>Il gruppo ha seguito il percorso laboratoriale all'interno della cornice del Programma Libero 11 "Promozione della Salute nei primi 1000 giorni". La finalità del percorso formativo è stata quella di definire il Profilo di Salute del PDTA Percorso Nascita aziendale, identificando le azioni di contrasto alle iniquità e gli ambiti in cui attivare la ricerca qualitativa.</p> <p>Il gruppo ha partecipato a tutti gli incontri regionali e ha promosso incontri di approfondimento aziendali il cui esito è stato rendicontato direttamente al Board Equità (14 dicembre 2023 e 18 gennaio 2024). Il percorso proseguirà come da cronoprogramma pre-definito nel corso del 2024.</p>

- **Collaborare alla mappatura regionale delle prassi di diversity management nelle organizzazioni sanitarie**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	<p>Sì. Il referente aziendale Equità ha partecipato a tutti gli incontri di coordinamento regionale, facilitando anche la partecipazione del presidente del CUG Aziendale, collaborando con il gruppo regionale al confronto sulla scheda di rilevazione e mappatura delle prassi di Diversity Management per le aziende: sono state approfondite best practice già praticate in Emilia Romagna, attraverso le quali è stata aggiornata una nuova scheda di rilevazione che verrà estesa e sviluppata nel corso del 2024.</p> <p>Dell'andamento dei lavori è stato aggiornato durante il corso dell'anno il Board Aziendale Equità.</p>

Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità nell'ambito delle politiche di prossimità e territorializzazione

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

Indicatore

- **Partecipazione al percorso regionale di formazione intervento sul tema "Progettazione case della comunità e partecipazione"**

TARGET	RISULTATO 2023
≥2 Case della Salute/Comunità per AUSL	<p>Sì. Facendo seguito alla richiesta della Regione Emilia-Romagna (nota RER prot. n. 20/09/2023.0962452) di individuare i partecipanti al percorso formativo regionale Casa Community Lab (2023-2024) afferenti a ciascuno dei tre Distretti, l'Azienda ha definito un gruppo di lavoro formato da 16 operatori sul campo (gruppo dei facilitatori), comprensivo di figure coinvolte in processi di facilitazione di progetti di comunità o con attività di interesse trasversale, figure operanti nelle Case della Comunità dei diversi Distretti (infermieri, assistenti sociali,..);e parallelamente, è stato definito un gruppo di Governance, formato da 11 componenti rappresentanti l'Azienda USL, gli Enti Locali (Responsabili degli Uffici di Piano), la comunità e il volontariato (CCM e CSV).</p> <p>La direzione socio-sanitaria, insieme ai Direttori di Distretto, ha coordinato il processo garantendo nel 2023 la collaborazione e la partecipazione degli operatori al percorso di formazione (che proseguirà nel 2024), nell'ambito del quale sono stati individuati, come territori per l'implementazione e la sperimentazione del metodo, le Case della Comunità della Val Tidone e di Piacenza, mentre è in corso di individuazione l'ambito territoriale per il Distretto di Levante.</p> <p>Sempre nell'ottica di favorire la partecipazione della comunità e il suo empowerment, è proseguito il percorso di progettazione partecipata nel Distretto di Ponente (presso la Casa della Comunità Val Tidone); è stato dato, inoltre, avvio alla fase di co-programmazione e co-progettazione tramite la pubblicazione dell'Avviso pubblico di co-progettazione per la ricerca di soggetti del Terzo Settore interessati alla realizzazione del progetto sperimentale "CommunityLab dalla casa della salute alla casa della comunità della Val Tidone" ai sensi dell'art. 55 del d.lgs. n. 117/2017.</p>

*Metodologie per Innovare le organizzazioni e le pratiche professionali*Indicatore

- **Partecipazione, in raccordo con gli enti locali al percorso formativo sull'approccio dialogico**

TARGET	RISULTATO 2023
≥1 Distretto per AUSL	<p>Sì. Si è aderito a livello aziendale al progetto regionale con un unico gruppo provinciale che sviluppa approfondimenti a livello dei tre distretti coinvolti. Si è garantito il coinvolgimento degli Enti locali attraverso gli uffici di Piano costituendo due gruppi di lavoro, uno sulla governance dei processi, uno sulla facilitazione e la diffusione del metodo dell'approccio dialogico nei territori. È stata garantita la partecipazione ai seminari regionali e locali, garantendo l'organizzazione dei momenti formativi nei territori.</p>

Progetto regionale Telemedicina

**Indicatore**

- **Assicurare la partecipazione al gruppo di lavoro regionale di telemedicina e ai gruppi tecnici di professionisti che verranno costituiti su tematiche specifiche**

TARGET	RISULTATO 2023
≥2 incontri	Garantita la partecipazione a tutti gli incontri convocati dal gruppo di lavoro regionale

- **Assicurare la partecipazione alla survey informativa sulle iniziative di telemedicina avviate e/o consolidate, a livello locale**

TARGET	RISULTATO 2023
Sì	Sì, questionario inviato in data 23 Novembre 2023

Contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza

Ospedali per acuti

- **Indicatore composito prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti – Target >= 15 punti**

Indicatore combinato, predisposto per valutare contestualmente i diversi livelli di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti, potrà raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti 4 componenti:

- i. Contrasto al rischio infettivo: % di procedure chirurgiche sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza**

TARGET	RISULTATO 2023
75% di interventi sorvegliati	Valore a 6 mesi: 83,4% (Il flusso di dati Regionale è semestrale; la chiusura della sorveglianza del 2° semestre 2023 è prevista per maggio 2024, e il consolidamento di tutti i dati riferiti all'anno 2023 previsto per giugno 2024, come da tempistiche di flusso Regionale). Il risultato ottenuto è ampiamente soddisfacente. Inoltre, il referente SICHER aziendale ha partecipato alla revisione dei "casi probabili di infezione" del 1° semestre, raggiungendo quindi il punteggio massimo ottenibile.

- ii. Igiene mani rilevata attraverso l'applicazione MAppER**

TARGET	RISULTATO 2023
≥90 osservazioni per 10.000 giornate di degenza	101 osservazioni per 10.000 giornate di degenza (2.125 osservazioni / 210.528 giornate di degenza)

- iii. Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario**

TARGET	RISULTATO 2023
--------	----------------

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

25 litri per 1000 giornate di degenza	<p>39 litri per 1.000 giornate di degenza</p> <p>Nell'anno 2023 il consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani nelle UU.OO. di degenza ordinaria è stato di 38,96 litri per 1000 giornate di degenza ed in particolare di 88,47 litri per 1000 giornate di degenza nelle tre unità di terapia Intensiva.</p> <p>Il risultato ottenuto è ampiamente soddisfacente ed è in aumento rispetto al dato di consumo dell'anno 2022 di 31,57 litri / 1000 giornate di degenza.</p>
---------------------------------------	---

iv. Utilizzo di IPCAF (Infection Prevention and Control Assessment Framework)

TARGET	RISULTATO 2023
≥600 punti/azienda	720 punti per Azienda USL di Piacenza, raggiungendo un livello di IPC = "Avanzato".

Risultato indicatore composito: 18

Strutture sociosanitarie

- **% di strutture che hanno risposto alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici sul totale delle strutture sociosanitarie accreditate invitate**

TARGET	RISULTATO 2023
≥70%	<p>Adesione delle Strutture nell'anno 2023 (dati raccolti riferiti al 2022) pari al 96% (22 strutture che hanno risposto alla rilevazione / 23 strutture sociosanitarie accreditate invitate).</p> <p>Nell'anno 2023 è stato individuato un referente AUSL Piacenza per il contrasto all'antibiotico resistenza - sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica nelle residenze sociosanitarie, che ha collaborato attivamente con le strutture.</p> <p>I dati di consumo riferiti all'anno 2023 sono in via di raccolta: l'intervallo di tempo per la restituzione dei dati in ambito territoriale è stato definito da Regione tra il 15 marzo e il 15 aprile. (in allegato nota r_emiro.Giunta - Prot. 11/03/2024.0255626.U).</p>



5.3 Sicurezza delle cure

Indicatore

- **Elaborazione e formalizzazione del Piano annuale sicurezza cure e gestione rischio sanitario come richiesto dal DM 19/12/2022**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	Sì. Il Piano Programma aziendale per la Sicurezza delle Cure e la gestione del rischio 2023 (PPSC) è stato approvato con Delibera 345 del 27/07/2023 e trasmesso al Centro Regionale Gestione Rischio Sanitario. Il piano, predisposto secondo le "Nuove linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano-Programma annuale per la Sicurezza delle Cure e della rendicontazione annuale" emanate dalla regione ad aprile 2023, è stato condiviso con i componenti del Collegio di Direzione, e presentato ai Comitati Consultivi Misti.

- **Realizzazione di un piano di miglioramento aziendale per la sicurezza in chirurgia a seguito di osservazioni dirette effettuate in almeno 3 blocchi operatori mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare"**

TARGET	RISULTATO 2023
-Piano miglioramento: Sì -Osservazioni: ≥30 osservazioni/aa	Nell'anno 2023 sono state effettuate 61 rilevazioni di SSCL Taglio Cesareo e 68 rilevazioni di SSCL Chirurgica, per un totale di 129 rilevazioni annue. Le specialità chirurgiche osservate sono state: chirurgia generale, chirurgia vascolare, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria, urologia, ostetricia e ginecologia. Le azioni di miglioramento intraprese nel corso del 2023, e che proseguiranno anche nel 2024, sono state essenzialmente: <ul style="list-style-type: none"> • incontri mirati con le Unità Operative maggiormente coinvolte nel corso dei quali sono state discusse le criticità riscontrate nei dati di ritorno dei flussi informativi regionali; • inserimento negli obiettivi di budget di alcuni elementi sulla sicurezza delle cure (compresa la corretta compilazione delle SSCL e SSCL-TC); • sviluppo delle attività di un gruppo di lavoro interno alle sale operatorie, creato per gestire la prima valutazione nei casi di incident, con l'attribuzione di competenza per eseguire una sorta di "primo intervento" nei casi di attività non conforme allo standard.

- **Effettuazione della check list di sala operatoria:**

a) linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4

TARGET	RISULTATO 2023
>= 90%	95,49%

b) linkage SDO e SSCL-TC su procedure taglio cesareo

TARGET	RISULTATO 2023
>= 80%	88,72%

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

➤ **Svolgimento e rendicontazione di Visite per la sicurezza effettuate in ambito territoriale (es. Case della Comunità, OSCO, CRA, ecc.)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥2 visite/anno	<p>Sono state effettuate 4 visite per la sicurezza in ambito territoriale presso i Centri di Salute Mentale di Piacenza.</p> <p>Nell'anno 2022 sono stati infatti segnalate, attraverso scheda di incident reporting, situazioni critiche ed eventi avversi legati alla sicurezza dell'operatore per il rischio aggressione. Sulla base di tali segnalazioni l'analisi degli eventi ha evidenziato alcune criticità non solo organizzative ma anche strutturali e impiantistiche a carico del DSM-DP, che hanno portato all'attivazione del Progetto Visitare, iniziato a marzo e concluso a dicembre 2023.</p> <p>Sono state pianificate e realizzate modifiche strutturali e organizzative che hanno contribuito ad aumentare fra gli operatori il senso di sicurezza generando un aumento dell'affidabilità nell'organizzazione intesa come connessione tra sicurezza delle cure, degli operatori e trasparenza/integrità dei comportamenti e della comunicazione.</p>

➤ **Partecipazione all'implementazione della piattaforma regionale SegnalER**

TARGET	RISULTATO 2023
sì	<p>Sì. L'Azienda ha partecipato a tutte le iniziative promosse dai competenti uffici regionali. L'applicazione del sistema non è ancora a regime nel rispetto delle indicazioni regionali. Il personale (operatori, coordinatori, responsabili e staff risk management) ha partecipato alle iniziative formative ed è stato costantemente informato dell'evoluzione del progetto.</p>



5.4 Sviluppo e miglioramento delle qualità delle cure

Indicatore

- **Partecipazione ai corsi FAD regionali sulla prevenzione delle cadute, della contenzione, delle lesioni da pressione da parte dei professionisti sanitari e operatori socio-sanitari dei setting assistenziali interessati**

TARGET	RISULTATO 2023
≥30%	<p>L'Azienda ha stabilito che i professionisti debbano partecipare ai corsi FAD con cadenza biennale. La partecipazione ai corsi FAD regionali è la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FAD "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale - Edizione 2023", 31.50% nelle aree: medica, chirurgica, onco-ematologica, riabilitativa, emergenza urgenza. - FAD "Contenzione Preveniamo la contenzione - Buone pratiche in Emilia-Romagna - Edizione 2023", 31.66% nelle aree: medica, emergenza-urgenza, oncologica, riabilitativa. - FAD "Valutazione e Categorizzazione delle lesioni da pressione - Edizione 2023", 31.52% nelle aree: medica, riabilitativa, oncologica, emergenza-urgenza.

- **Numero di seminari di approfondimento sulle Lesioni da pressione, a cura dei referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC)**

TARGET	RISULTATO 2023
≥1	<p>Nell'anno 2023 sono stati organizzati 4 seminari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 sulle lesioni da pressione, per gli infermieri che lavorano nei due Hospice di Borgonovo e Piacenza, per approfondire la gestione delle lesioni da pressione, nel paziente oncologico e del wound care palliativo, specificando anche la differenziazione tra lesioni da pressione e altre lesioni che compaiono nel fine vita, come le ulcere di Kennedy; - 1 per la gestione delle lesioni da pressione nel paziente diabetico, elaborato dall'Osservatorio wound e dall'U.O di Diabetologia, rivolto a tutti gli infermieri territoriali - servizio infermieristico domiciliare, infermiere di comunità e infermieri ambulatori prestazionali/cronicità; - 1 per la "valutazione e categorizzazione delle lesioni", rivolto alle UUOO di degenza riabilitativa e per l'UO Medicina e Lungodegenza dello Stabilimento Ospedaliero Unico Val d'Arda; il corso verrà esteso ad altre UUOO nel corso del 2024.

- **Numero di referenti aziendali partecipanti al progetto regionale sugli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute**

TARGET	RISULTATO 2023
≥1	<p>Sono stati individuati 58 infermieri referenti, uno per ogni UO Ospedaliera: nel corso del mese di novembre 2023 è stata realizzata una formazione residenziale rivolta ai referenti (due edizioni) con gli obiettivi di sensibilizzare il tema delle cadute, uniformare i comportamenti, le competenze e le modalità di segnalazione.</p>

Relazione del Direttore Generale al Bilancio 31/12/23

5.5 supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Indicatori

- *Requisiti di accreditamento: produzione e invio di una relazione sintetica delle attività di audit/autovalutazione*

TARGET	RISULTATO 2023
sì	Sì

- *Requisiti di accreditamento: Individuazione di una o più azioni di miglioramento di livello aziendale scaturite dall'attività di audit/autovalutazione*

TARGET	RISULTATO 2023
sì	sì

- *Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati*

TARGET	RISULTATO 2023
80%	77,78%

- *Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori afferenti all'Azienda*

TARGET	RISULTATO 2023
50%	75%

- *Numero valutatori partecipanti alle iniziative di formazione-aggiornamento/numero valutatori convocati*

TARGET	RISULTATO 2023
80%	66,67%



5.6 La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Indicatore

➤ *Formazione erogata blended*

TARGET	RISULTATO 2023
N° eventi: ≥3 con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo	Nell'anno 2023 l'Azienda ha avviato un percorso formativo (che proseguirà in corso d'anno) rivolto agli animatori dipartimentali della Formazione e avente per oggetto la valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo di almeno un evento formativo organizzato dai Dipartimenti aziendali. Il percorso formativo si è concretizzato anche nell'attribuzione di uno specifico obiettivo di budget per i Dipartimenti. Ad oggi sono stati portati a conclusione 6 eventi formativi blended con valutazione di trasferibilità, di cui 3 con valutazione anche di impatto organizzativo. Si precisa che oltre agli eventi blended, è stata effettuata valutazione di trasferibilità/impatto su alcuni eventi formativi residenziali o di formazione sul campo.