

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

**CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI**  
**ANNO 2022**  
**DGR 1772/2022**

**Relazione sulla Gestione del Direttore Generale**



## SOMMARIO

<b>1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1. PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE E LEGGE REGIONALE N. 19/2018.....</b>	<b>5</b>
1.1.1. Piano Regionale della Prevenzione.....	5
1.1.2. Legge Regionale n. 19/2018 “Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria” .....	5
<b>1.2. SANITÀ PUBBLICA.....</b>	<b>6</b>
1.2.1. Epidemiologia e sistemi informativi .....	6
1.2.2. Sorveglianza e controllo delle malattie infettive.....	8
1.2.3. Implementazione del Piano di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 e monitoraggio legge 119/2017 (inerente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale).....	9
1.2.4. Programmi di screening oncologici .....	12
1.2.5. Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita.....	13
1.2.6. Strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio sanitaria.....	15
<b>1.3. SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA, SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONE .....</b>	<b>15</b>
<b>1.4. TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI NELLE STRUTTURE SANITARIE.....</b>	<b>17</b>
<b>1.5. PNRR – CORSI DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE – ACTION PLAN .....</b>	<b>19</b>
<b>2. ASSISTENZA TERRITORIALE.....</b>	<b>21</b>
2.1. POTENZIAMENTO DELL’ASSISTENZA TERRITORIALE.....	21
2.2. RETE DELLE CURE PALLIATIVE .....	25
2.3. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE – DIMISSIONI PROTETTE .....	26
2.4. MIGRANTI E VULNERABILITÀ .....	26
2.5. PERCORSO NASCITA .....	27
2.6. PERCORSO IVG.....	28
2.7. CONTRASTO ALLA VIOLENZA .....	29
2.8. GARANZIA DELL’ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE .....	30
2.9. SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	33
2.10. SALUTE NELLE CARCERI.....	35
2.11. SERVIZI SOCIO-SANITARI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA .....	36
<b>3. ASSISTENZA OSPEDALIERA .....</b>	<b>40</b>
3.1. ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO DI RIORDINO OSPEDALIERO.....	40
3.2. APPROPRIATEZZA, UTILIZZO EFFICIENTE DELLA RISORSA POSTO LETTO, CONTROLLI SANITARI, RICOVERI INTERNI ED ESTERNI, CODIFICA DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA .....	41
3.3. FACILITAZIONE ALL’ACCESSO: RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO .....	45
3.4. RETI CLINICHE DI RILIEVO REGIONALE .....	47
3.4.1. Rete Cardiologica e Chirurgica Cardio-vascolare.....	47
3.4.2. Rete dei Centri di Senologia .....	48
3.4.3. Rete tumori ovarici .....	49
3.4.4. Rete per la Terapia del dolore .....	50
3.4.5. Rete per le patologie tempo dipendenti .....	51
3.4.6. Rete Neuroscienze.....	51
3.4.7. Rete malattie rare .....	53
3.4.8. Rete dei tumori rari .....	54
3.4.9. Rete delle Cure Palliative Pediatriche (CPP) .....	55
3.4.10. Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie.....	55



3.4.11. Screening neonatale oftalmologico.....	56
<b>3.5. CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI .....</b>	<b>57</b>
<b>3.6. VOLUMI-ESITI .....</b>	<b>58</b>
<b>3.7. EMERGENZA OSPEDALIERA .....</b>	<b>59</b>
<b>3.8. ATTIVITÀ TRASFUSIONALE.....</b>	<b>62</b>
<b>3.9. ATTIVITÀ DI DONAZIONE D'ORGANI, TESSUTI E CELLULE .....</b>	<b>65</b>
<b>3.10. ACCREDITAMENTO .....</b>	<b>67</b>
<b>3.11. SICUREZZA DELLE CURE .....</b>	<b>68</b>
<b>3.12. SVILUPPO E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE .....</b>	<b>70</b>
<b>3.13. GOVERNO DEI FARMACI E DEI DISPOSITIVI MEDICI .....</b>	<b>72</b>
3.13.1. Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna .....	72
3.13.2. Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica .....	75
3.13.3. Attuazione Protocollo d'Intesa con le farmacie convenzionate.....	80
3.13.4. Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali .....	82
3.13.5. Farmacovigilanza .....	83
3.13.6. Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza.....	84
 <b>4. GARANTIRE LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E PROMUOVERE L'EFFICIENZA OPERATIVA .....</b>	 <b>90</b>
<b>4.1. MIGLIORAMENTO NELLA PRODUTTIVITÀ E NELL'EFFICIENZA DEGLI ENTI DEL SSN, NEL RISPETTO DEL PAREGGIO DI BILANCIO E DELLA GARANZIA DEI LEA.....</b>	<b>90</b>
4.1.1. Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR .....	91
4.1.2. Le buone pratiche amministrativo-contabili .....	92
4.1.3. La regolazione dei rapporti con i produttori privati .....	93
4.1.4. Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile .....	94
<b>4.2. IL GOVERNO DEI PROCESSI DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI.....</b>	<b>101</b>
<b>4.3. IL GOVERNO DELLE RISORSE UMANE.....</b>	<b>103</b>
<b>4.4. PROGRAMMA REGIONALE GESTIONE DIRETTA DEI SINISTRI.....</b>	<b>107</b>
<b>4.5. POLITICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PROMOZIONE TRASPARENZA .....</b>	<b>109</b>
<b>4.6. SISTEMA DI AUDIT INTERNO .....</b>	<b>110</b>
<b>4.7. ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.....</b>	<b>112</b>
<b>4.8. PIATTAFORME INFORMATICHE PIÙ FORTI ED INVESTIMENTI IN BIOTECNOLOGIE E STRUTTURE PER IL RILANCIO DEL SSR.....</b>	<b>113</b>
4.8.1. Fascicolo sanitario elettronico/Portale SOLE .....	113
4.8.2. Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88 .....	114
4.8.3. Interventi già messi a finanziamento con decreto ministeriale (ex art. 20) (sottoscrizione ultimo AdP 14/09/16 scadenza progettazione 14 /09 /19 _scadenza aggiudicazione 14 marzo 2022) .....	116
4.8.4. Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 (Art 2, DL 19 maggio 2020, n.34).....	116
4.8.5. Piano investimenti: interventi di cui alla scheda 3 .....	117
4.8.6. Attività per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) .....	118
4.8.7. Fondo Dopo di Noi.....	118
4.8.8. Iniziative per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR.....	119
4.8.9. Progetto regionale Telemedicina .....	119
4.8.10. Tecnologie Biomediche .....	120
4.8.11. Sistema Informativo .....	121
 <b>5. LE ATTIVITÀ PRESIDATE DALL'AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE .....</b>	 <b>124</b>
<b>5.1. SISTEMA RICERCA E INNOVAZIONE REGIONALE .....</b>	<b>124</b>
<b>5.2. INNOVAZIONE NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI .....</b>	<b>125</b>



<b>CONTRASTO AL RISCHIO INFETTIVO ASSOCIATO ALL'ASSISTENZA .....</b>	<b>125</b>
<i>Equità in tutte le politiche e medicina di genere.....</i>	<i>127</i>
<b>METODI PER FAVORIRE L'EMPOWERMENT E LA PARTECIPAZIONE DI COMUNITÀ (SCHEDA 26) .....</b>	<b>129</b>
<b>5.3. LA FORMAZIONE CONTINUA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE .....</b>	<b>130</b>
<b>5.4. SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO .....</b>	<b>131</b>



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

### 1.1. PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE E LEGGE REGIONALE N. 19/2018

#### 1.1.1. Piano Regionale della Prevenzione

##### **Obiettivo RER**

Con D.G.R. 1855 del 14.12.2020 è stata recepita l'Intesa sancita in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in data 6 agosto 2020, concernente il "Piano Nazionale della Prevenzione, (PNP) 2020-2025". Il Ministero della Salute ha rilasciato un'apposita piattaforma web-based in cui è stata inserita entro il termine del 31 agosto 2021 la programmazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) che discende, in attuazione della citata Intesa. In data 7 ottobre 2021 il Ministero ha dato riscontro sulla pianificazione regionale con proposta di alcune integrazioni che sono state inserite nel PRP.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 è stato approvato con D.G.R. 2144 del 20/12/2021, atto trasmesso al Ministero della Salute.

Il PRP è articolato in 10 Programmi Predefiniti descritti nel Piano Nazionale a cui si aggiungono 10 Programmi liberi introdotti a livello regionale per sviluppare in modo completo gli obiettivi del PNP. Il PRP è sostenuto da azioni trasversali quali equità, intersectorialità, comunicazione e formazione che ne accompagnano l'attuazione sia a livello regionale che territoriale. Tale complessità ha richiesto di definire con chiarezza ruoli e strumenti per il governo del sistema nel quinquennio di vigenza del Piano, specificando compiti, interfacce, elementi per il monitoraggio e la valutazione. I dettagli di tale organizzazione sono definiti nel Documento di governance del PRP 2021-2025 approvato con DGR 58 del 24/01/2022. In particolare, per il 2022, alle Aziende sanitarie sono richiesti impegno e collaborazione nell'implementazione del Piano a livello locale, con specifica attenzione alla progettazione e realizzazione delle azioni trasversali in ciascuno dei Programmi del PRP. Si richiede inoltre di contribuire al raggiungimento degli indicatori a livello locale come definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58 del 24/01/2022.

##### **Rendicontazione**

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.

Nel 2022 è stata condotta l'attività di rendicontazione dei programmi previsti dal PRP 2021-2025, con particolare riferimento agli obiettivi previsti per il 2022, avvalendosi di un cruscotto di indicatori e interfacciandosi con i referenti aziendali dei diversi programmi.

Nel corso dell'anno 2022 sono stati monitorati 47 indicatori riguardanti i 20 programmi del piano. Questi comprendono indicatori locali previsti dal documento di governance regionale e indicatori integrativi stabiliti a livello aziendale per monitorare il supporto delle Unità Operative al conseguimento di indicatori di carattere regionale. Lo standard di risultato è stato conseguito per l'83% degli indicatori monitorati.

#### 1.1.2. Legge Regionale n. 19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria"

##### **Obiettivo RER**

Il PRP si inserisce nel percorso tracciato dalla Legge Regionale che all'art. 10 definisce anche le modalità di approvazione del PRP e stabilisce che obiettivi e azioni devono essere integrati a livello locale, nei Piani di zona e negli obiettivi di mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, allo scopo di coordinare gli interventi e valorizzare le risorse del territorio.

Anche nel 2022 verranno sostenute iniziative e progettualità di attuazione della Legge alla cui attuazione le Aziende sanitarie dovranno assicurare la propria collaborazione.

##### **Rendicontazione**



Nel corso del 2022 è proseguita la realizzazione del progetto “Tempo di Life Skills”, che ha previsto l’utilizzo dei fondi di cui alla DGR 1751/2019 e parte dei fondi della DGR n. 1381 del 19 ottobre 2020 (che vincola il 20% dei fondi a interventi e azioni da realizzare in partnership con gli Istituti scolastici, finalizzati allo sviluppo di azioni che mirano a creare un contesto favorente l’adozione di scelte salutari da parte di tutti i soggetti che partecipano alla vita scolastica), la cui scadenza in termini di rendicontazione è stata prorogata al 30 settembre 2023 (nota prot. della Regione Emilia-Romagna n. 0478689.U del 18 maggio 2022). Il progetto si sviluppa in coerenza con la L.R. 19/2018 che individua nei soggetti del sistema formativo e scolastico gli interlocutori indispensabili per promuovere la cultura della prevenzione, promuovendo iniziative inerenti gli stili di vita sani da realizzarsi con metodologie che valorizzino la coeducazione, l’empowerment per la salute e gli approcci per sostenere scelte consapevoli. Nel 2022 sono state realizzate le attività sperimentali di ricerca-azione sul tema dello sviluppo delle life skills con la definizione di un curriculum verticale sulle life skills, la predisposizione di repository online con contributi e strumenti per i docenti sugli stili di vita, la conduzione di focus group in supporto al progetto del Liceo Cassinari sullo sviluppo di campagne informative sulle dipendenze da sostanze, il coordinamento dell’attività di Peer Education, l’organizzazione dell’evento “Una scuola ideale”, l’organizzazione dei contributi presentati all’evento di Re-imagining dell’8 settembre 2022. L’Azienda USL ha inoltre supportato gli Istituti scolastici interessati nelle operazioni di adesione alla rete regionale Scuole che promuovono salute, in coerenza con quanto previsto dal PP01 Scuole che promuovono salute del PRP.

Sono state inoltre previste ulteriori iniziative, sviluppate in coerenza con il PRP e la L.R. n. 19/2018, quali: la realizzazione del progetto Community Lab Ponente, presso la Casa della Comunità di Borgonovo (sviluppato nella cornice del PPO2 Comunità attive del PRP e in attuazione del DM 77/2022 e della L.R. che all’art. 11 prevede la valorizzazione delle Case della Salute per lo sviluppo della medicina d’iniziativa finalizzata alla promozione della salute e alla responsabilizzazione dei cittadini nell’adozione di stili di vita sani); attività formative rivolte sia ai professionisti sia alla popolazione (in coerenza con il PRP e l’art. 24 della L.R.); organizzazione di un evento, in attuazione dell’azione trasversale Comunicazione del PRP, volto a esplorare il rapporto tra sanità e *media* e a fornire maggiore consapevolezza sull’importanza della prevenzione e della promozione sul tema salute e della relativa comunicazione di tali tematiche, rivolto a giornalisti e professionisti sanitari.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Raggiungimento degli indicatori locali definiti nel documento di governance di cui alla D.G.R. 58/2022	sì	Sì

## 1.2. SANITÀ PUBBLICA

### 1.2.1. Epidemiologia e sistemi informativi

#### Obiettivo RER

Per le attività di prevenzione, ai fini del monitoraggio e della valutazione dei risultati, è strategica la disponibilità dei dati derivati dai sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment). A livello regionale sono già presenti numerosi sistemi informativi e banche dati aggiornate. È essenziale che questo patrimonio informativo sia mantenuto e implementato in una visione unitaria, a supporto dei programmi di sanità pubblica, nonché dell’implementazione della L. R. 19/2018 sulla promozione della salute citata in premessa. In particolare, le Aziende si impegnano a garantire, con adeguata qualità nella compilazione e tempestività nella trasmissione delle informazioni, l’alimentazione dei seguenti sistemi di sorveglianza: Sistema di Sorveglianza degli stili di vita (PASSI, PASSI d’Argento) e il Registro regionale di mortalità; tra le attività di sorveglianza di cui migliorare la gestione e uniformare l’informatizzazione si richiamano gli screening oncologici e le vaccinazioni (Anagrafe Vaccinale Regionale in Real Time AVR-RT).

Deve proseguire l’implementazione del Registro regionale dei tumori, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso.

Le Aziende USL assicurano inoltre l’aggiornamento dell’anagrafe dei medici abilitati al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica e la completa messa a regime del “Portale della



Medicina dello Sport” regionale per il rilascio delle certificazioni sportive.  
Per quanto riguarda la Sorveglianza PASSI l’accuratezza e tempestività nella raccolta delle informazioni è funzionale anche al calcolo dell’indicatore composito sugli stili di vita P14C del Nuovo sistema di garanzia.

### Rendicontazione

Nel corso del 2022 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, HBSC e GYTS. Le interviste previste nell’ambito sia della sorveglianza PASSI sia della sorveglianza PASSI d’Argento sono state condotte da operatori di una ditta specializzata esterna. All’Azienda USL competevano 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 e alle sostituzioni conseguenti a rifiuto a partecipare. L’attività in carico è stata garantita in termini di volumi e tempistiche di realizzazione. Tutte le interviste mensili pianificate della sorveglianza PASSI sono state svolte (N° Interviste realizzate / N° interviste programmate = 100%), arrivando all’obiettivo finale di 80 interviste; relativamente alla sorveglianza PASSI d’Argento sono state svolte 79 delle 82 interviste pianificate (N° interviste realizzate / N° interviste programmate = 96%).

L’Azienda USL ha partecipato all’indagine prevista all’interno del progetto OKkio alla salute che è stata declinata come studio “Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia”. È stato garantito il campionamento, il coinvolgimento delle scuole e classi interessate tramite contatto con i dirigenti scolastici (1 scuola primaria, per un totale di 3 classi terze, 67 alunni coinvolti), il monitoraggio dell’attività e l’eventuale supporto nella rilevazione dei dati.

Inoltre, è stata garantita l’attività di supporto agli Istituti scolastici selezionati (fornendo il materiale formativo e le informazioni necessarie) nello studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), studio multicentrico internazionale, condotto ogni tre anni, avente lo scopo di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni e costituire un supporto per l’orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute in questa fascia di età. La rilevazione, realizzata nell’anno scolastico 2021/2022, ha visto il campionamento di 6 scuole sul territorio piacentino (12 classi, per un totale di 255 studenti coinvolti). Parallelamente, nelle stesse scuole selezionate per HBSC (escluse le classi prime delle scuole secondarie di primo grado, per un totale di 10 classi e 242 studenti coinvolti), è stata condotta anche la rilevazione GYTS – Global Youth Tobacco Survey, che si occupa del monitoraggio dei comportamenti a rischio legati al fumo di tabacco nella fascia di età 13-15 anni. L’Azienda USL ha garantito il campionamento, il coinvolgimento delle scuole e classi interessate (tramite contatto con i dirigenti scolastici), il monitoraggio dell’attività e l’eventuale supporto nella rilevazione dei dati.

Le attività necessarie a garantire la completezza del registro di mortalità sono state svolte regolarmente, completando l’aggiornamento dei dati entro la scadenza prevista dalla Circolare Regionale.

Il Registro Tumori dell’Emilia Romagna è stato aggiornato dall’unità funzionale territoriale, con la codifica dei tumori incidenti nell’anno 2019 per i residenti nella provincia. I controlli di qualità periodici eseguiti a garanzia di adeguatezza e completezza dei dati inseriti sono stati garantiti nel rispetto del mandato. E’ stato necessario provvedere al recupero della documentazione riferita ai residenti che si sono rivolti ad istituti di cura esterni alla Regione.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2022) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003	>= 95% al 31 marzo 2023	<b>99,8%</b>
Realizzazione delle interviste PASSI programmate: interviste PASSI realizzate/interviste PASSI programmate	>= 95% al 28 febbraio 2023	<b>100%</b>
Realizzazione delle interviste PASSI D’ARGENTO programmate: interviste PASSI D’ARGENTO realizzate/interviste PASSI D’ARGENTO programmate	>= 95% al 28 febbraio 2023	<b>96%</b>



Implementazione della base dati del Registro Tumori dell'Emilia-Romagna aggiornati al 31/12/2019, garantendo il massimo livello di accuratezza e completezza dei dati attraverso periodici controlli di qualità	sì	Sì
---	----	----

### 1.2.2. Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

#### Obiettivo RER

Va garantita l'attività di sorveglianza e controllo per l'emergenza COVID-19 ed in particolare la completezza e la tempestività di tutti i flussi informativi richiesti, in termini di esiti di laboratorio, tamponi e sierologici, segnalazione e gestione casi positivi, ricoveri ospedalieri e comunicazione decessi. Per garantire lo svolgimento quotidiano di tali attività dovranno essere previste adeguate risorse di personale. Per il raggiungimento degli obiettivi di sorveglianza e controllo è necessario realizzare una forte integrazione con i Servizi ospedalieri e territoriali (MMG e USCA) che hanno in carico i malati.

Vanno predisposte le azioni necessarie all'applicazione a livello locale del Piano strategico operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in accordo con quanto previsto dal piano regionale (Piano strategico operativo di risposta a una pandemia influenzale della Regione Emilia-Romagna) e da quello nazionale (Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale PAN-FLU 2021-2023).

Oltre alle azioni e agli obiettivi contenuti nel PRP, va assicurata un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, attuando i piani regionali e nazionali specifici di controllo o di eliminazione e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate. Va particolarmente presidiata la tempestività e completezza delle segnalazioni da parte dei clinici al Dipartimento di Sanità Pubblica al fine di consentire l'adozione delle necessarie misure di profilassi e controllo a tutela della collettività che in alcuni casi, come le malattie trasmesse da vettori, richiedono l'attivazione tempestiva dei Comuni per le misure di loro competenza.

Va rafforzata l'attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicazione di specifiche malattie infettive, quali il morbillo, la rosolia congenita, la pertosse e la poliomielite; inoltre va assicurato l'invio, ove previsto, dei campioni ai laboratori di riferimento regionali per la conferma diagnostica, secondo le tempistiche adeguate.

Per quanto riguarda la gestione del sistema informativo delle malattie infettive deve essere monitorata la qualità dei dati inseriti nell'applicativo SMI al fine di perseguire un miglioramento costante.

Vanno promossi e attuati interventi informativi/comunicativi/educativi, in particolare per le malattie infettive la cui trasmissione è fortemente influenzata dai comportamenti individuali.

In applicazione delle indicazioni regionali, va predisposto/aggiornato il protocollo riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST), tenendo conto di un approccio multidisciplinare e della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali, assicurando inoltre la segnalazione da parte dei clinici, al DSP competente, di tutti i casi diagnosticati di malattia sessualmente trasmessa.

Va migliorata la capacità diagnostica per le malattie invasive batteriche (MIB): in ciascun ambito provinciale o sovra-provinciale deve essere garantita la disponibilità diretta o in service di accertamenti di biologia molecolare, da considerarsi come prima scelta diagnostica allorché si abbia il sospetto di una MIB da meningococco, anche al fine di consentire l'adozione delle appropriate misure profilattiche nel più breve tempo possibile.

Vanno aggiornate le Procedure Dipartimentali di Gestione dei focolai di Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA), sottolineando il ruolo di case manager del referente MTA aziendale, al fine di ridurre le criticità legate alla gestione degli eventi e di rispondere ai debiti informativi verso il livello nazionale ed europeo.

Vanno consolidate le azioni per dare piena attuazione alle indicazioni della DGR n.828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi". Nelle Aziende Sanitarie va migliorato il processo di valutazione del rischio legionella attraverso un approccio multidisciplinare, garantendo la presenza nel Gruppo di valutazione del rischio di tutti i professionisti necessari ad affrontare il problema nella sua complessità. È necessario inoltre promuovere anche la corretta applicazione delle stesse da parte dei gestori di impianti e di strutture a rischio presenti nel territorio, realizzando adeguate





azioni di formazione e informazione, e collaborare con i Comuni alla mappatura delle torri di raffreddamento e dei condensatori evaporativi esistenti sul territorio di competenza.

### Rendicontazione

Anche nel 2022 il personale del DSP è stato notevolmente impegnato nelle attività di gestione dell'emergenza Covid, in particolare coordinando le proprie attività con le USCA, nella gestione dei casi a maggiore rischio e sorveglianza nelle collettività (soprattutto scuole e CRA).

Importanti risorse sono inoltre state dedicate alla gestione dell'Emergenza Ucraina, con la prima presa in carico di 1.711 persone, l'esecuzione di 2.069 tamponi anti-Covid, 263 Mantoux, 690 esami Quantiferon e 354 vaccinazioni eseguite nei soggetti con età maggiore o uguale a 14 anni.

Le notifiche di malattie infettive e parassitarie sono sempre state prese in carico, gestite e inserite nell'applicativo SMI nel 100% dei casi con il rispetto delle tempistiche previste dalle relative procedure operative. In particolare si tratta di 425 casi accertati di malattie infettive per cui è richiesta approfondita inchiesta epidemiologica con tracciamento dei contatti, 184 casi di influenza segnalati e, per il Covid, 38.588 casi positivi segnalati e 6.482 ri-positivi notificati.

In applicazione alle indicazioni regionali, è stato avviato il percorso diagnostico-terapeutico per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST). Inoltre, come da indicazioni ministeriali e regionali, l'Ausl di Piacenza ha effettuato la campagna per la prevenzione dell'epatite C: lo screening è gratuito per i nati tra 1969 e il 1989, per i pazienti del Sert, i detenuti e le persone senza fissa dimora. Nel 2022 nella nostra Ausl è stata registrata una partecipazione media del 19,4%, un dato che posiziona Piacenza sopra la media regionale del 17,7%.

L'attività di sorveglianza sulle malattie trasmesse da zanzare è proseguita regolarmente anche nel corso dell'anno 2022 secondo le indicazioni del Piano regionale di sorveglianza Arbovirosi. Nonostante ciò, nel 2022 si sono verificate in provincia di Piacenza ben 13 encefaliti da virus del West Nile (sui 19 casi totali segnalati); è stata inoltre segnalata un'infezione da virus Dengue (da importazione) e 3 encefaliti da virus Toscana, quest'ultimo è un virus non trasmesso da zanzare ma da flebotomi (pappataci), anch'essi vettori sempre più presenti sul nostro territorio.

Per quanto riguarda la gestione delle Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA), sono stati segnalati 149 casi accertati e, per uno di essi, è stato possibile l'inserimento in un focolaio di estensione extra-regionale, grazie all'individuazione di casi correlati allo stesso sierotipo di Listeria presente nel database sovra-regionale dei laboratori, condiviso tra casi umani e veterinari.

Sono state consolidate le azioni per l'attuazione alle indicazioni della DGR n.828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi" in stretta collaborazione con l'Igiene Ambientale, l'Igiene Ospedaliera ed il Dipartimento Risorse strumentali dell'AUSL.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
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)	valore ottimale = 100% valore accettabile >=90%	<b>100%</b>
Presenza del protocollo Aziendale/interaziendale riguardante i percorsi diagnostico- terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST)	100%	<b>100%</b>

### 1.2.3. Implementazione del Piano di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 e monitoraggio legge 119/2017 (inerente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale)

#### Obiettivo RER

Per il 2022 è attesa l'approvazione e la pubblicazione del nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2022-25. L'offerta vaccinale prevista è ricompresa interamente nei LEA per le classi di età e le categorie a rischio ivi contenute inoltre sono attese indicazioni di tipo organizzativo relativamente a formazione e all'accesso alle prestazioni. La Regione, come in passato, provvederà tramite proprio atto deliberativo al recepimento delle eventuali modifiche previste.



Continua la campagna nazionale di vaccinazione antiCOVID-19/SARS-CoV-2 in base all'andamento epidemiologico e alla disponibilità di vaccini di nuova generazione.

Per il 2022 le Aziende sanitarie dovranno:

- recepire DGR attuativa del nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale
- attuare le disposizioni pervenute dal Ministero e dalla regione relativamente alla vaccinazione antiCOVID-19/SARS-CoV-2

Anche nel 2021 si sono verificate diverse ondate pandemiche che hanno influito sulle attività vaccinali (soprattutto per quanto riguarda le vaccinazioni dell'adolescente e dell'adulto); pertanto i servizi vaccinali nel 2022 dovranno:

- garantire il mantenimento delle coperture vaccinali osservate nel 2021 (superiori o uguali al 95%) per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie e mantenimento o superamento delle coperture per le vaccinazioni raccomandate, raggiunte in tempi di pre-emergenza; a tal fine le Aziende dovranno dotarsi di un piano di recupero;
- garantire il proseguimento dell'attività prevista per la piena attuazione della legge nazionale 119/2017, in particolare relativamente alla gestione degli inadempienti e ai recuperi vaccinali;
- garantire l'implementazione dell'offerta vaccinale (influenza e pertosse) alla donna in gravidanza;
- perseguire miglioramento delle coperture vaccinali per pneumococco e Herpes Zoster nei 65enni (come previsto dal PNPV);
- implementare i percorsi d'accesso e garantire il mantenimento delle offerte attive e gratuite, relativamente alla vaccinazione HPV come previsto dalla DGR n. 1045/2019;
- implementazione dell'offerta vaccinale alle persone con patologie croniche;
- attuazione del nuovo Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, appena diverrà operativo.

Nel 2022 dovrà essere garantito il monitoraggio, oltre a tutte le azioni correttive necessarie, per il corretto invio delle informazioni vaccinali attraverso l'Anagrafe Vaccinale Real Time (AVR-RT).

### **Rendicontazione**

Nel corso del 2022 l'attività vaccinale è proseguita, in continuità con gli anni precedenti, secondo le indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 prorogato al 2022, in attesa della pubblicazione e diffusione del nuovo PNPV, attuando quanto previsto nel piano vaccinale anti Sars-CoV2.

Gli Ambulatori vaccinali per i soggetti a rischio per patologia o condizione (malati cronici e donne in gravidanza) sono sempre stati attivi, con risposta pari al 100% delle richieste pervenute.

Nel 2022, tramite campagne organizzate negli spazi dell'Hub vaccinale, è stata promossa la vaccinazione anti-Herpes Zoster e anti-difto-tetanica nella coorte del 1957, sono state effettuate le chiamate attive per le vaccinazioni obbligatorie negli adolescenti della classe 2008, con chiamata di sollecito per i nati nel 2007 ed è stata svolta la campagna attiva per la vaccinazione anti-HPV nelle donne nate nel 1997, con relativa chiamata di recupero per la coorte del 1996.

Per quanto riguarda l'attività legata alle vaccinazioni prenotabili tramite CUP che non prevedono chiamata attiva, è stato necessario, causa Covid, accentrare l'apertura al pubblico nelle sedi di Piacenza, Fiorenzuola, Borgonovo V.T., Bettola e Bobbio. I dati di copertura vaccinale sono comunque sovrapponibili a quelli degli anni precedenti la pandemia. La vaccinazione antinfluenzale, nonostante non raggiunga lo standard regionale, ha ottenuto una copertura vaccinale preventiva significativa (59.5%).

I dati relativi alla copertura della vaccinazione anti-pneumococcica, attività prevalentemente in carico ai Medici di Medicina Generale, risultano inferiori a quanto previsto dal target regionale: la motivazione può essere in parte riconducibile al fatto che la vaccinazione anti-pneumococcica non è stata proposta insieme all'antinfluenzale in quanto, unitamente a quest'ultima, è stato offerto il vaccino anti-Covid.

Per quanto attiene alle vaccinazioni anti-Covid, il Dipartimento di Sanità Pubblica ha partecipato all'attività vaccinale come supporto tecnico e gestionale alla campagna di vaccinazione, coordinandosi con il Dipartimento di Cure Primarie.

Rispetto alle vaccinazioni pediatriche, anche per l'anno 2022 la Pediatria di Comunità ha provveduto a mantenere e consolidare l'offerta attiva delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste dal PNPV 2017-2019 (ancora prorogato in attesa del nuovo PNPV) e dal Calendario Regionale per le coorti dell'età pediatrica di sua competenza (0-13 anni).

L'attività vaccinale pediatrica si è mantenuta costante durante tutto l'anno ed è stata organizzata in linea



con le indicazioni ministeriali, regionali ed aziendali di gestione sicura degli accessi; ha interessato tutte le chiamate attive previste e ha provveduto al 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 2022 le coperture vaccinali di competenza hanno raggiunto con largo margine i risultati richiesti dimostrando l'efficacia delle graduali azioni di recupero svolte già nel corso del 2020 e mantenute nel 2021, senza necessità di dover ricorrere ad un piano più strutturato con sedute aggiuntive.

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 2021.

Per organizzare un numero di appuntamenti adeguato alle esigenze del calendario dell'infanzia e delle vaccinazioni a chiamata attiva, garantendo tuttavia il corretto distanziamento dell'utenza sulla base delle indicazioni di volta in volta modificate e utilizzando nella maniera più proficua il personale della Pediatria di Comunità, è stato progressivamente rimodulato il numero delle sedute vaccinali in tutti i Distretti e sono rimaste accorpate le attività di alcune sedi periferiche.

Non appena le condizioni organizzative lo permetteranno, rimane l'impegno di sviluppare un nuovo progetto di recupero (che potrebbe coinvolgere anche gli istituti scolastici) per la vaccinazione HPV per tornare a sensibilizzare gli adolescenti sull'importanza della vaccinazione come prezioso strumento di prevenzione soprattutto per i ragazzi delle coorti già vaccinate che non hanno aderito, anche se sollecitati, alla prima chiamata attiva.

Per tutti i nuovi nati prosegue l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antimeningococco B applicando, come da indicazioni regionali, il calendario previsto per l'età e modificato in base alla nuova scheda tecnica (3 dosi al 91° giorno, 151° giorno e richiamo tra il 12° e il 15° mese di vita a sei mesi di distanza dalla seconda dose). In applicazione della DGR n. 1776/2019 del 21.10.2019 si è provveduto a garantirne l'offerta gratuita su richiesta alle coorti dei nati 2014, 2015 e 2016 (per i bambini ancora aventi diritto e in regola con gli adempimenti previsti dalla normativa vigente in relazione all'età). Inoltre sono stati garantiti gli appuntamenti per tutti i bambini che ne hanno fatto richiesta appartenenti alle coorti per le quali è previsto il pagamento a tariffa ridotta.

Anche la vaccinazione antirotavirus è stata proposta attivamente a tutti i nuovi nati utilizzando il vaccino Rotateq, vincitore di gara regionale, che prevede 3 somministrazioni (al 61° giorno, al 91° giorno ed al 121° giorno e comunque entro la 32° settimana di vita).

La vaccinazione antivariella, obbligatoria secondo la L. 119/2017 per i nati dal 2017 al 13° mese ed al 5°-6°anno, continua ad essere offerta gratuitamente a tutti i bambini suscettibili in occasione di accessi presso gli ambulatori aziendali per altre vaccinazioni facoltative ed è stata eseguita gratuitamente a tutti i bambini suscettibili che ne hanno fatto richiesta.

E' stata completata la chiamata attiva della coorte 2010, maschi e femmine, per la vaccinazione HPV ed è iniziata la convocazione dei nati 2011.

È proseguito, in continuità con l'anno precedente, l'iter di recupero dei soggetti inadempienti come previsto dalla L. 119/2017 per quanto riguarda l'età pediatrica di competenza della Pediatria di Comunità (0-13 anni): negli ambulatori dedicati sono continuate le già consolidate attività finalizzate all'applicazione di quanto disposto dalla L. 119 del 31 luglio 2017, favorendo, durante i dettagliati e impegnativi colloqui con i genitori esitanti, la corretta informazione e la disponibilità al dialogo. Per quanto riguarda l'ambulatorio ad accesso libero, per garantire la sicurezza degli spazi e degli accessi è stata mantenuta per i genitori la possibilità di presentarsi previo accordo via mail. Si mantiene inoltre, con le modalità ormai consolidate, l'applicazione del percorso indicato dalla normativa vigente anche per i nuovi nati non in regola con gli obblighi vaccinali. Il Personale della Pediatria di Comunità collabora inoltre fattivamente a tutte le fasi del percorso sanzionatorio mediante controllo accurato dei nominativi estrapolati in fase di accertamento e supporto clinico e normativo durante le audizioni.

In merito al riscontro degli obblighi vaccinali, prosegue la stretta e fattiva collaborazione con gli Istituti Scolastici mediante lo scambio e l'incrocio degli elenchi degli studenti iscritti per fornire le informazioni sugli adempimenti vaccinali richieste dalla normativa secondo le tempistiche indicate.

Sono attivi da dicembre 2022 presso la Sede di Piacenza ambulatori dedicati per offrire la vaccinazione antiCovid-19 ai minori di età compresa tra 6 mesi e 4 anni, con iniziale chiamata attiva telefonica di tutti i



bambini affetti da particolari condizioni di fragilità, esplicitamente elencate nei documenti regionali e ministeriali di riferimento e successiva disponibilità tramite prenotazione CUP.  
È stata garantita inoltre l'attività formativa e di gestione organizzativa dei Pediatri di Famiglia che collaborano negli ambulatori vaccinali in virtù dello specifico accordo aziendale.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Creazione di un documento organizzativo aziendale, o interaziendale se presenti sul territorio AOsp e IRCCS, atto al recepimento della DGR attuativa del nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale	100%	<b>In attesa del nuovo PNPV</b>
NSG-P01C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	<b>Tetano 97,3% Difterite 96,9% Pertosse 97,2 % Polio 97,3% HIB 96,8% Epatite B 97%</b>
NSG-P02C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	<b>Morbillo 95,7% Parotite 95,8% Rosolia 95,9% Varicella 95,3%</b>
Creazione documento aziendale per un piano di recupero delle coperture e/o delle prestazioni vaccinali (vaccini del calendario pediatrico) e per l'adulto la vaccinazione contro Herpes zoster	100%	<b>100%</b>
Copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione di età = 65 anni	>= 55%	<b>15,5%</b>
Riallineamento dei flussi informativi tra Anagrafe vaccinale aziendale e AVR-RT	<0,2% di dati in warning	<b>Sì</b>

#### 1.2.4. Programmi di screening oncologici

##### Obiettivo RER

Relativamente ai tre programmi di screening oncologici è necessario mantenere, nelle Aziende Sanitarie regionali, i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, assicurando il rispetto degli specifici protocolli e garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance, compresa la valutazione ad hoc dell'impatto della pandemia da Covid19. Va inoltre proseguita la collaborazione con i dipartimenti di sanità pubblica per l'offerta della vaccinazione anti HPV alle donne di 25 anni e a quelle con lesioni specifiche riscontrate allo screening. Allo stesso tempo occorre predisporre le azioni necessarie a supporto dell'ingresso a screening con HPV test direttamente a 30 anni per le donne vaccinate contro l'HPV, completando l'integrazione tra AVR-RT (Anagrafe Vaccinale Regionale in Real Time) e software di screening aziendale. Deve proseguire il percorso per l'individuazione del rischio eredo-familiare del tumore della mammella e ovaio garantendo la presa in carico per le persone a rischio aumentato. Gli indicatori previsti riguardano la copertura ricavata dalla rilevazione puntuale regionale al 1° gennaio 2023 che può essere considerata un proxy della copertura dell'indicatore NSG dell'anno 2022, disponibile a maggio- giugno 2023.

Per il 2022, come previsto nel programma libero screening oncologici (PL13) del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, per tutte le AUSL, si richiede per lo screening cervicale e mammografico il raggiungimento del valore di copertura ottimale (almeno 60% per cervice e almeno 70% per mammella) e del valore accettabile per lo screening coloretale (almeno 50%).

##### Rendicontazione

Relativamente ai tre programmi di screening oncologici è stata effettuata una revisione della situazione anagrafica della popolazione target ed è in corso un aggiornamento dell'applicativo comune in uso, al fine di ridurre il numero di inviti inesitati e superare alcuni disallineamenti intercorsi negli anni.



Il dato 2022 per lo screening mammografico (adesione del **62%**) è migliore di quello dell'anno precedente (56,9%), frutto anche dello sforzo messo in campo da parte degli operatori per provare a contattare attivamente le donne non aderenti, attestandosi oltre il valore accettabile previsto dal target regionale.

Il dato 2022 per lo screening colon-retto (adesione del **48,5%**) presenta un trend in aumento rispetto al valore degli anni precedenti (44% nel 2019, 32% nel 2020 e 47% nel 2021), in graduale avvicinamento alla copertura minima richiesta del 50%; per facilitare il ruolo attivo richiesto alla popolazione, è stato sottoscritto l'accordo con Federfarma per l'attivazione della riconsegna in qualsiasi farmacia del territorio della provetta del campione di feci per la ricerca del sangue occulto.

Il dato 2022 per lo screening della cervice uterina (adesione del **54%**) è sostanzialmente in linea con l'anno precedente e superiore rispetto al valore accettabile. Per potenziare il tasso di adesione è stato stabilito che parte dei fondi stanziati dal Ministero per le Regioni per il progetto CCM saranno impiegati dall'AUSL di Piacenza per effettuare un'inchiesta telefonica con operatori sanitari per indagare, rispetto a chi non partecipa allo screening, le motivazioni della non adesione.

Prosegue l'attività di vaccinazione anti HPV alle donne di 25 anni e a quelle con lesioni specifiche riscontrate allo screening.

Sono state portate avanti le azioni necessarie a supporto dell'ingresso a screening con HPV test direttamente a 30 anni per le donne vaccinate contro l'HPV (inizio aprile 2023).

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Per lo <u>screening cervicale</u> : Percentuale di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	valore ottimale >= 60% valore accettabile >=50%	<b>Adesione 54%</b>
Per lo <u>screening mammografico</u> : Percentuale di popolazione target (donne di 45- 74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	valore ottimale >= 70% valore accettabile >=60%	<b>Adesione 62%</b>
Per lo <u>screening coloretale</u> : Percentuale di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	valore ottimale >=60% valore accettabile >=50%	<b>Adesione 48,5%</b>
NSG-P15C: proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella e colon retto	per cervice uterina e colon retto valore accettabile >= 50% per mammella valore accettabile >= 60%	Dato non disponibile sulla piattaforma regionale InSiDER al 26/04/2023

### 1.2.5. Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

#### Obiettivo RER

L'Italia e la nostra Regione continuano ad avere una situazione epidemiologica gravata da una circolazione virale del SARS-COV-2 con andamento variabile nel tempo. La situazione consente tuttavia di aumentare le attività relative al tema della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori rispetto all'anno precedente.

In quest'ottica si ritiene opportuno prevedere un'attività programmata di vigilanza, controllo e ispezione (e più in generale di P.G.) sia delle UO Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (UO PSAL) e sia delle UO Impiantistiche e Antinfortunistiche (UO IA) dei Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP) rivolta in particolare ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia ed agricoltura e ad alcuni rischi prioritari quali ad es. il rischio cancerogeno, stress lavoro-correlato e da sovraccarico biomeccanico.

A quanto sopra si affiancano le attività volte alla realizzazione del vigente Piano Regionale della Prevenzione (DGR n. 2044 del 20/12/2021) che prevede la realizzazione di Piani Mirati di Prevenzione (PMP) nell'ambito dei programmi che il piano regionale prevede in tema di sicurezza e salute in ambiente di lavoro. I Piani mirati per l'anno 2022 prevedono azioni di livello regionale, con la partecipazione di operatori delle Ausl, per predisposizione di buone pratiche e strumenti di autocontrollo condivisi. Prevede poi iniziative a livello locale per il coinvolgimento delle attività produttive (incontro / seminario / convegno).

L'obiettivo di copertura della vigilanza delle unità locali esistenti, incrementato rispetto al 2021 e individuato al 7,5% per 2022, va collocato in questa cornice di riferimento, valorizzando anche attività di controllo che non prevedano accessi ispettivi in azienda. Ai fini del conseguimento di tale obiettivo si



mantiene l'indicazione del contributo, tendenzialmente del 10%, da parte delle Unità Impiantistiche Antinfortunistiche (UOIA).

In base all'evoluzione dell'emergenza sanitaria COVID-19 e al conseguente impatto sul DSP, i SPSAL e le UOIA, in coordinamento con la Regione, potranno rimodulare il piano di lavoro 2022.

Prosegue l'attuazione del Piano amianto regionale, approvato con DGR n. 1945/2017 ed in particolare vanno mantenute almeno le seguenti azioni:

- assistenza informativa e sanitaria ai lavoratori ex-esposti ad amianto attraverso gli ambulatori attivati presso i DSP,
- promozione della microraccolta di Materiali Contendenti Amianto (MCA);
- vigilanza e controllo nei cantieri di bonifica di MCA;
- implementazione del COR lavoratori ex-esposti ad amianto.

### Rendicontazione

Per l'anno 2022 la Regione Emilia-Romagna ha stabilito un controllo sul 7,5% delle unità locali (UL) presenti nel territorio provinciale; partendo dai dati INAIL delle PAT Posizione Assicurativa Territoriale attive al 31/12/2020 pari a 13.786 ha significato una programmazione su 1.034 UL, di cui il 10% (pari a 103) da parte dell'UO Impiantistica e Antinfortunistica (IA). Al 31/12/2022 sono state controllate dalla UO Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (PSAL) 993 UL e dall'UOIA 118 UL per un totale di 1.111 UL, pari all'8,1%.

In attuazione di quanto previsto nel Piano Regionale Amianto, approvato con DGR n. 1945/2017, è stata attuata una importante azione di sensibilizzazione tramite azione di vigilanza nei cantieri di rimozione amianto con 83 cantieri amianto controllati sui 507 notificati, con una percentuale del 16,4% superiore al 15% previsto.

Per il PRP 2020/2025 si sono realizzati a livello locale 5 momenti di comunicazione e di informazione per le parti sociali e gli stakeholder; un incontro pubblico di presentazione generale di tutto il PRP è stato indirizzato a parti datoriali e sindacali. Altri 4 incontri sono stati realizzati per le aziende direttamente coinvolte nei Piani Mirati di Prevenzione e hanno riguardato la prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress lavoro correlato, la sicurezza macchine e quella della logistica.

Per quanto riguarda la riduzione degli infortuni, oltre a svolgere l'attività istituzionale di inchieste infortuni su richiesta della Procura, anche in reperibilità diurne e notturna, a realizzare azioni informative specifiche su tutta la Provincia nell'ambito dell'Osservatorio sulla sicurezza del lavoro presso la Prefettura di Piacenza e a produrre materiale ad hoc, nel 2022 l'attività PSAL ha permesso di riscontrare 491 violazioni alle norme che tutelano la salute e sicurezza dei lavoratori con 308 verbalizzazioni. L'aver ricondotto 491 situazioni di irregolarità al rispetto della legge ha reso gli ambienti lavorativi più sicuri e maggiormente salubri, soprattutto in quegli ambiti quali l'edilizia, l'agricoltura e la logistica/trasporti dove si hanno i maggiori infortuni gravi o mortali. Al momento i dati forniti dall'INAIL non ci permettono di sapere come è stato l'andamento infortunistico per il 2022 rispetto alla media del triennio precedente.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
% 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)	>= 7,5% delle PAT esistenti	<b>8,1%</b>
n. cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08	>= 15%	<b>16,4%</b>
Attivazione a livello locale dei Piani Mirati di Prevenzione previsti dal Piano Regionale della Prevenzione con realizzazione di almeno 4 iniziative di coinvolgimento delle unità produttive (incontro / seminario / convegno)	Realizzazione di almeno 4 iniziative di coinvolgimento delle unità produttive (incontro / seminario / convegno)	<b>5</b> iniziative locali di informazione sui Piani Mirati previsti dal PRP 2020/2025



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	Riduzione rispetto il valore medio del triennio precedente	Dato non disponibile sulla piattaforma regionale InSiDER al 26/04/2023
--	--	--

**1.2.6. Strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio sanitaria**

<p><b>Obiettivo RER</b>                  La Legge Regionale 22/2019, recante nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, ha fortemente innovato la materia, introducendo nuove misure quali l'istituto della Comunicazione di svolgimento di attività sanitaria per garantire ai cittadini la tutela della salute, attraverso la sorveglianza sull'intera offerta dei servizi sanitari. La citata legge regionale è, altresì, intervenuta in tema di autorizzazione all'esercizio; ha confermato la competenza delle Commissioni per l'autorizzazione istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL, ha innovato le procedure prevedendone la tempistica ed ha introdotto standard di controllo/anno delle strutture sanitarie.                  I Dipartimenti di Sanità Pubblica devono assicurare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il funzionamento delle Commissioni dipartimentali per l'autorizzazione all'esercizio e l'osservanza dei tempi previsti dal procedimento amministrativo;</li> <li>• la vigilanza sulle strutture Sanitarie, Socio-sanitarie e Socio-assistenziali, comprese le strutture per anziani e disabili con massimo 6 posti letto;</li> <li>• l'alimentazione dell'anagrafe regionale delle strutture autorizzate e la trasmissione alla Regione dei dati relativi all'attività di verifica e controllo delle strutture Sanitarie e Socio-sanitarie.</li> </ul>		
<p><b>Rendicontazione</b>                  Sono state controllate tutte le strutture per anziani e disabili con massimo 6 posti letto programmate nel 2022. La Commissione per l'autorizzazione, istituita presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL, ha regolarmente espletato le azioni atte alla verifica del possesso dei requisiti necessari per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali, delle quali è stato effettuato costantemente l'aggiornamento dell'anagrafe. Il Dipartimento ha assicurato così il funzionamento della Commissione dipartimentale per l'autorizzazione all'esercizio e l'osservanza dei tempi previsti dal procedimento amministrativo, la vigilanza sulle strutture Sanitarie, Socio-sanitarie e Socio-assistenziali, il monitoraggio delle attività e la trasmissione alla Regione dei dati di attività ed ha garantito la partecipazione dei referenti aziendali alle riunioni di coordinamento.</p>		
<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Valore raggiunto 2022</b>
implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie, socio-sanitarie	100% delle strutture autorizzate/anno	<b>100%</b>
% partecipazione dei referenti aziendali a riunioni di coordinamento delle Commissioni per l'autorizzazione istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende Usl, ex LR 22/19	>=90%	<b>100%</b>

**1.3. SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA, SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONE**

<p><b>Obiettivo RER</b>                  È stato formalizzato il Piano Regionale Integrato (PRI) 2020-2022 che comprende in un unico documento la programmazione regionale in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.                  Il PRI individua per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano stesso.                  Nel 2022 le Aziende Usl si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori.                  Tra tutti gli indicatori previsti è stato individuato un sottoinsieme di "indicatori sentinella regionali" per il</p>
--



2022, scelti tra quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e tra quelli che riguardano attività indicate come prioritarie dal Ministero della Salute per l'anno in corso.

Si è deciso di monitorare tre indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) istituito dal Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019 Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Di questi due rientrano nel CORE, ossia il set di indicatori che il Ministero della Salute ha scelto per valutare le regioni e precisamente P10Z "Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino" e P12Z "Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale". Il terzo indicatore, P11Z "Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti", riguarda attività di controllo su requisiti degli allevamenti a cui i cittadini sono particolarmente sensibili e di importanza strategica per avviare un percorso di miglioramento della sostenibilità della zootecnia.

È stato introdotto un ulteriore indicatore riguardante l'attività di supervisione in sicurezza alimentare, che è ricompreso fra quelli richiesti annualmente dal Ministero della Salute. Si ritiene che tale indicatore sia particolarmente importante al fine di garantire uniformità ed efficacia dei controlli ufficiali come sottolineato anche a seguito delle raccomandazioni effettuate in corso di Audit sui controlli ufficiali effettuati dalla Commissione e dal Ministero della Salute.

#### Rendicontazione

Nel 2022 il Programma di Sicurezza Alimentare e di Sanità Pubblica Veterinaria dell'Azienda Usl di Piacenza si è impegnato a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori del PRI. È stata prestata particolare attenzione al raggiungimento (100%) del sottoinsieme di "indicatori sentinella regionali", scelti tra quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali e indicati come prioritari dal Ministero della Salute per l'anno di riferimento. Inoltre cura e attenzione è stata rivolta al monitoraggio di tre indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) istituito dal Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019 per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria: P10Z, P12Z e P11Z (obiettivi completamente raggiunti). È stato inoltre pienamente raggiunto l'obiettivo riguardante l'attività di supervisione.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
% 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	100%	100%
Supervisioni in sicurezza alimentare: numero di supervisioni rendicontate alla Regione entro il 31 marzo dell'anno successivo con l'invio della relativa documentazione	trasmissione di due evidenze 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)	100%
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	>=95%	100%
NSG-P12Z: % = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di	>=95%	100%





copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari $2 \times 0,4$ + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari $3 \times 0,2$ ) Fonte dati: sistema nazionale NSIS		
NSG-P11Z: % = (% controllo per benessere in allevamenti di vitelli $\times 0,2$ ) + (% controllo per benessere in allevamenti di suini $\times 0,2$ ) + (% controllo per benessere in allevamenti di ovaiole $\times 0,2$ ) + (% controllo per benessere in allevamenti di polli da carne $\times 0,2$ ) + (% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini" $\times 0,1$ ) + (% controlli per benessere negli impianti di macellazione $\times 0,1$ ) Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo e Sintesis) e rendicontazioni dalle AUSL	$\geq 95\%$	100%

#### 1.4. TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI NELLE STRUTTURE SANITARIE

##### Obiettivo RER

Oltre a realizzare le attività relative alla salute e sicurezza degli operatori previste dal D. Lgs. 81/08, le Aziende Sanitarie dovranno:

- implementare le azioni finalizzate al completamento dell'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le Aziende sanitarie;
- proseguire l'attuazione della DGR n. 351/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario" ponendo l'attenzione in particolare al rischio tubercolosi sulla base delle indicazioni fornite dal documento "Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati". Mantenimento e rafforzamento delle misure di prevenzione del rischio da SARS-COV-2 per gli operatori del Servizio Sanitario Regionale e delle Strutture Private Convenzionate come da normativa ed indicazioni nazionali e regionali;
- promuovere ed offrire attivamente le vaccinazioni, compresa quella contro il COVID-19, agli operatori sanitari, valorizzando il ruolo del medico competente come previsto nel progetto sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro che prosegue nel PRP 2021-2025, attualmente vigente;
- proseguire la raccolta sistematica dei dati relativi alle segnalazioni di aggressioni a carico del personale sanitario, utilizzando la scheda regionale, e dare piena attuazione al progetto di prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, inserito nell'attuale PRP 2021- 2025, monitorando i risultati delle azioni realizzate.

##### Rendicontazione

Il personale del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) dell'AUSL di Piacenza sta proseguendo l'utilizzo della **cartella sanitaria e di rischio informatizzata** unica per le Aziende Sanitarie Regionali. Al fine di ottimizzare l'utilizzo della stessa dal 26 gennaio 2023 il SPP ha avviato un corso di formazione interna *blended* dal titolo "Buone prassi connesse all'uso della cartella sanitaria informatizzata di rischio unica: archiviazione, gestione dati e miglioramento del percorso della sorveglianza sanitaria in SPP" per un totale di 26 ore suddivise in 21 ore in aula e 5 sul campo. Una rappresentanza del personale di comparto e dirigenza sta inoltre frequentando un corso di aggiornamento regionale presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna al fine di perfezionare le competenze acquisite e uniformarne l'uso secondo gli standard regionali. È proseguita l'**attuazione della DGR n. 351/2018** "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario". La valutazione del rischio tubercolosi nell'AUSL di Piacenza è effettuata secondo i criteri definiti nell'Accordo del 7 febbraio 2013 «Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati» e secondo la DGR n.351 del 12.03.2018 della Regione Emilia Romagna. Lo screening dell'infezione tubercolare latente (ITL) viene effettuata a tutti i dipendenti in corso di visita medica preventiva e periodica; tutti i dati vengono registrati sulla cartella sanitaria e di rischio informatizzata. Viene altresì effettuata la sorveglianza epidemiologica in caso di contatto di operatore sanitario con soggetto affetto da malattia tubercolare attiva in fase bacillifera. I medici competenti del SPP collaborano con le UU.OO. di Radiologia e Pneumologia per la gestione e l'approfondimento degli eventuali casi positivi ai test di screening.



Il medico competente offre attivamente le **vaccinazioni** al personale neoassunto ancora sprovvisto di protezione vaccinale adeguata e vengono aggiornati puntualmente i registri di monitoraggio delle principali malattie trasmissibili (morbillo, varicella, rosolia, parotite, epatite virale B). Le vaccinazioni effettuate vengono quindi registrate e inserite nel programma AVELCO. Il Servizio Prevenzione Protezione ha proseguito la campagna vaccinale anticovid-19 presso l'ambulatorio vaccinale interno secondo le indicazioni del Ministero della Salute. Il SPP ha promosso e condotto la campagna vaccinale antinfluenzale secondo le indicazioni del Ministero della Salute e della Regione. L'attività di somministrazione della vaccinazione è stata svolta dal personale sanitario del SPP sia presso le diverse UU.OO. e le sedi periferiche che presso gli ambulatori interni dedicati. Il SPP in accordo con la Direzione Generale ha incentivato l'adesione alla vaccinazione con diverse modalità, quali: comunicazione sul sito intranet, call conference con la Direzione delle Professioni Sanitarie e i gestori. Considerando la previsione di un nuovo picco di nuovi casi nel mese di marzo, il SPP ha rinnovato la propria disponibilità a somministrare il vaccino fino al 31 gennaio 2023. La campagna vaccinale antinfluenzale 2022-2023 è coincisa con la fase interpandemica dal Sars-Cov2 e in un momento in cui veniva messa in dubbio la validità della vaccinazione anticovid, influenzando anche l'adesione degli operatori sanitari al vaccino antinfluenzale.

Il SPP raccoglie e registra in modo sistematico le **segnalazioni** su un apposito registro informatizzato degli eventi violenti (segnalati al SPP attraverso la scheda allegata alla Istruzione Operativa AUSLPC/GEN/IOO-030 "Segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell'operatore sanitario"): i dati ivi contenuti sono utilizzati sia ai fini del monitoraggio e della analisi degli episodi di violenza e delle azioni precedentemente adottate, sia ai fini della conseguente valutazione del rischio e della successiva predisposizione e realizzazione delle azioni di prevenzione e protezione di natura tecnica, organizzativa e procedurale.

In data 18 giugno 2021, con Delibera del Direttore Generale n.251/2021, è stato costituito il Gruppo Aziendale per il contrasto della violenza nei confronti degli operatori sanitari: il Gruppo violenza si è riunito in via ordinaria in data 16/12/2021, il 27/01/2022, il 12/04/2022 e il 23/06/2022. Il gruppo aziendale si è riunito, altresì, in via straordinaria il 17 maggio 2022.

Nel corso dell'anno 2022 è stato proposto un corso, con l'obiettivo di sviluppare i comportamenti appropriati da tenere nei casi di aggressione e delle forme di autotutela da mettere in atto. Nel 2022 il corso avanzato ha coinvolto complessivamente 40 lavoratori.

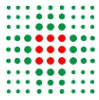
In occasione della "Giornata Nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e sociosanitari", prevista per la giornata del 12 marzo di ogni anno, si è tenuto a Piacenza il convegno "Violenza nei confronti degli operatori sanitari: educare per prevenire" in data 11 marzo 2022, organizzato da FIASO e AUSL Piacenza.

Personale afferente al SPP è membro del Gruppo di lavoro Regionale Violenza, che sino ad ora si è riunito in tre incontri in modalità call-conference (9 giugno 2022, 20 ottobre 2022 e 15 dicembre 2022) e un quarto incontro in presenza presso il Policlinico Sant'Orsola – Malpighi di Bologna in data 3 novembre 2022.

A livello aziendale risultano maggiormente in sofferenza alcune partizioni; tali aree hanno costituito oggetto di 6 sopralluoghi da parte del personale dell'U.O. del Servizio di Prevenzione e Protezione che ha effettuato una analisi dei luoghi.

Dal mese di agosto 2022 il Servizio di Prevenzione e Protezione dispone della figura di una psicologa del lavoro che, con i Medici Competenti, viene coinvolta nella gestione dei rischi psicosociali quale lo stress lavoro correlato e per i casi di violenza nei confronti dei lavoratori.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	>=40% o evidenza di un netto incremento rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente	19%
screening tubercolosi in tutti i nuovi assunti	>=100%	100%
promozione della vaccinazione aniCovid-19 per la tutela della salute degli operatori sanitari ai sensi	Copertura complessiva (vaccinati e guariti)	96%



della normativa nazionale e secondo eventuali indicazioni ministeriali	>95%	
--	------	--

### 1.5. **PNRR – CORSI DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE – ACTION PLAN**

#### **Obiettivo RER**

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede tra le attività la Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere definendone anche il numero di personale da formare a livello di ogni regione.

Al fine di assicurare lo sviluppo e il mantenimento delle competenze sul tema della lotta all'antibioticoresistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sia delle figure dedicate che degli operatori sanitari e sociosanitari che operano in tutti i setting assistenziali, a livello regionale è stato istituito, in coordinamento con l'ASSR, un Gruppo di lavoro regionale multidisciplinare per la formazione in tema di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) con la funzione di definire la strategia formativa, individuare le priorità, individuare le modalità più efficaci per raggiungere gli obiettivi formativi di interesse (programmi formativi regionali/indicazione alle Aziende sugli obiettivi da raggiungere, modalità di formazione più efficaci), individuare le metodologie e strumenti per valutare l'efficacia della formazione (Determinazione num. 832 del 19/01/2022 costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare "Formazione in tema di prevenzione e controllo dell'antibioticoresistenza").

Inoltre, nel corso dell'anno 2022 è stata sviluppata una collana di corsi FAD di "Governare del rischio infettivo correlato alla attività assistenziali" con l'obiettivo di Governo del rischio infettivo correlato alle attività assistenziali per:

- aumentare la consapevolezza sull'importanza del governo del rischio infettivo;
- fornire uno standard minimo di conoscenze condiviso a livello regionale;
- promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR (Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 di cui al PP 10 - Misure per il contrasto all'antimicrobico-resistenza; Piano Nazionale Contrasto all'antimicrobico Resistenza 2017-2020 e successive proroghe);
- rafforzamento della preparedness nel settore della prevenzione e controllo delle infezioni ([Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale](#)- PanFlu 2021-2023).

#### **Rendicontazione**

L'UO Igiene Ospedaliera programma, predispone, svolge e rendiconta in merito alla formazione del personale neo-assunto in tema di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Nell'anno 2022 sono state programmate e realizzate 8 edizioni del Corso residenziale: "CORSO ICA: Infezioni Correlate all'Assistenza" - nell'ambito del percorso formativo aziendale per i neoassunti, di cui le ultime 2 edizioni dedicate in particolare al personale sociosanitario. Sono stati formati 203 operatori rispetto ai 219 convocati (92,7 %).

Dopo l'interruzione conseguente alla pandemia da SARS-CoV-2, nell'anno 2022 sono riprese le attività della rete aziendale dei Referenti ICA individuati nelle UO/Servizi, sia della dirigenza che del comparto; i Referenti ICA hanno seguito un percorso formativo specifico in tema di prevenzione delle ICA mediante gruppi di miglioramento accreditati. Inoltre, tra i compiti specifici individuati per i Referenti ICA è stata identificata come prioritaria la promozione della partecipazione al Corso FAD Regionale "Governare del rischio infettivo correlato alla attività assistenziali" tra i colleghi dell'UO di appartenenza.

L'UO Igiene Ospedaliera ha collaborato alla realizzazione del corso residenziale "Il controllo del rischio infettivo e antimicrobial stewardship".

Il Responsabile dell'U.O. Igiene Ospedaliera coordina il Gruppo Operativo per il controllo delle ICA, che ha come funzione prioritaria il monitoraggio e il contrasto del fenomeno delle ICA con specifiche azioni di prevenzione, controllo e sorveglianza; svolge inoltre la propria funzione tramite incontri periodici ed approfondimenti (ad es. indagini, raccolta dati e analisi, verifiche, programmazione azioni migliorative). All'interno del gruppo sono garantite le professionalità necessarie per le funzioni di implementazione dei programmi di gestione del rischio ICA e in particolare di eventi formativi. Gli operatori dell'UO Igiene Ospedaliera sono membri attivi del Gruppo Operativo per il controllo delle ICA; il Gruppo Operativo per il



controllo delle ICA si coordina con il Gruppo Operativo per l'uso responsabile degli antibiotici. Nel corso del 2022 l'Azienda ha prestato particolare attenzione all'attività formativa relativa al governo del rischio infettivo correlato alle attività assistenziali.

A livello regionale, a partire da agosto, sono stati rilasciati due corsi FAD la cui fruizione ha costituito, oltre a un obiettivo delle presenti linee di programmazione, anche obiettivo del piano pandemico regionale e aziendale (PANFLU) e del Piano Regionale della Prevenzione 21-25 (PL12).

L'Azienda USL di Piacenza ha richiesto la partecipazione ai corsi in oggetto adottando queste modalità:

- comunicazione del rilascio dei corsi FAD a cura della Direzione Sanitaria aziendale indirizzata a tutti i direttori di UO Complessa, responsabili di UO Semplice Dipartimentale e RAD aziendali
- incarico ai responsabili dei processi e funzioni del piano pandemico di curare la diffusione della partecipazione ai corsi nei rispettivi ambiti di competenza extra-aziendali: medici convenzionati del territorio, operatori sanitari convenzionati per servizi ambulatoriali, strutture socio-sanitarie, operatori sanitari convenzionati per emergenza territoriale/trasporti, ospedalità privata territoriale

Inoltre, il servizio Formazione in accordo con la UO Gestione risorse umane aziendali, ha consentito, attraverso uno specifico modulo, il riconoscimento delle ore di frequenza di questi corsi quando fruiti fuori orario di lavoro.

Le azioni messe in campo hanno consentito il raggiungimento di risultati egregi di frequenza da parte dei dipendenti dell'Azienda USL di Piacenza, collocandola al primo posto in Regione per valore assoluto di iscrizioni ai corsi in oggetto (2.051 partecipazioni, rendicontazione RER al 28/02/2023).

Relativamente all'erogazione di corsi aziendali in tema di antimicrobicoresistenza accreditati ECM con utilizzo di specifiche parole chiave, grazie all'impegno della UOSD Igiene ospedaliera e ai gruppi aziendali ICA (infezioni correlate all'assistenza) e SICHER (sistema informativo infezioni sito chirurgico) sono stati organizzati nel corso del 2022 7 corsi di formazione aziendali, replicati in 17 edizioni complessive che hanno visto la partecipazione di 309 discenti in aula.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
<b>Raggiungimento milestone richieste nel PNRR Missione 6 componente 2.2b Formazione sulle ICA in ambito ospedaliero attraverso:</b>		
partecipazione a collana di corsi regionali FAD Gestione del Rischio Infettivo correlato alle attività assistenziali	10% operatori sanitari	<b>26,51%</b> (Corso 1: 2.897 presenti 858 formati - 29,61 % sanitari Corso 2: 2.897 presenti 678 formati - 23,4% sanitari)
erogazione di corsi aziendali o interaziendali in tema di antimicrobicoresistenza accreditati ECM con utilizzo di parole chiave WHR-TIME GRU (ICA, AMR, antisepsi/disinfezione/sterilizzazione, igiene ambientale);	almeno 2 corsi aziendali o interaziendali	<b>7 corsi</b>



## 2. ASSISTENZA TERRITORIALE

### 2.1. POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

#### Obiettivo RER

Le Case della Salute e le Case della Comunità, la promozione della medicina d'iniziativa e il rafforzamento di un'assistenza di prossimità costituiscono obiettivi prioritari del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021, anche alla luce del percorso nazionale di adozione del Decreto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale (DM 77/2022), al fine di garantire omogeneità nella capacità di dare risposte integrate nella logica di proattività e prossimità degli interventi anche attraverso strumenti di telemedicina e di psicologia, in particolare per la fascia adolescenziale coerentemente con il Decreto ministeriale 30.11.2021 sul "Fondo per la promozione del benessere e della persona finalizzato a favorire l'accesso ai servizi psicologici".

L'esperienza della pandemia ha evidenziato l'efficacia del modello assistenziale fondato sulla costruzione di percorsi, sulla continuità assistenziale e sulla forte interazione multiprofessionale. Si è inoltre confermato il ruolo strategico della rete integrata di cura costituita da molteplici livelli assistenziali fortemente collegati tra loro che hanno visto gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali come strumenti di transitional care, elementi di rilievo per lo sviluppo del modello dell'assistenza territoriale definito dal D.M. 77/2022 e dal PNRR.

Per il 2022, si definiscono i seguenti obiettivi:

- Governo puntuale del percorso di realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali in coerenza con la programmazione del Piano Operativo Regionale 2022 in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie;
- Favorire la partecipazione delle comunità: potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità, in particolare in riferimento alla promozione della salute;
- Implementazione del modello organizzativo-assistenziale territoriale con l'identificazione dell'Infermiere di Comunità integrato nei processi di presa in carico multidisciplinare
- Ulteriore implementazione della presa in carico della persona secondo la logica della medicina d'iniziativa e della proattività nel suo contesto familiare e comunitario, nella presa in carico integrata dei pazienti fragili e cronici per il tramite dell'equipe multidisciplinare delle Case della Comunità in stretta connessione con i professionisti della medicina convenzionata;
- Promozione dell'utilizzo di strumenti di telemedicina (DGR 1227/2021) per mantenere attivi servizi e attività a loro dedicati, modificandone le procedure al fine di ottenere anche a distanza la più ampia accessibilità e fruibilità di tali attività;
- Garantire la sistematica e tempestiva alimentazione ed aggiornamento del sistema informativo delle Case della Comunità sia nella prospettiva degli utenti sia nella prospettiva del governo dell'offerta;
- Rafforzamento del personale (psicologo, psicoterapeuta, educatore professionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, assistente sociale) per l'assistenza psicologica rivolta agli adolescenti negli spazi giovani;
- Analisi fattibilità di progetti integrati di Oncologia Territoriale nelle Case della Salute in aree disagiate. Il paziente oncologico necessita spesso di cure ripetute nel tempo, per questo la distanza dal centro di cura può rappresentare una criticità;
- Monitoraggio degli indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia rispetto alle ospedalizzazioni potenzialmente evitabili.

#### Rendicontazione

Realizzazione di interventi di promozione della salute nelle Case della Comunità in integrazione con i Dipartimenti di Prevenzione e le risorse disponibili nella comunità di riferimento

Nel 2022 sono riprese le attività di progettazione partecipata, interrotte nel periodo pandemico, con l'avvio del progetto Community Lab Ponente presso la Casa della Comunità di Borgonovo. Il progetto si prefigge tra gli obiettivi quello di sostenere attività di promozione della salute che abbiano come fulcro la Casa della Comunità, in coerenza con quanto indicato dal DM 77/2022, da realizzarsi tramite lo strumento della co-progettazione e il coinvolgimento attivo della comunità, degli Enti locali (Scuola e Comune) e degli



Enti del Terzo Settore. Il percorso ha visto un primo incontro tenutosi il 9 giugno 2022, organizzato dalla Direzione del Distretto di Ponente, con la partecipazione di circa cinquanta cittadini, amministratori, operatori, responsabili delle associazioni di volontariato del territorio, della scuola, della cooperazione sociale, del sindacato. È stato previsto il coinvolgimento della scuola tramite la partecipazione di studenti del Polo scolastico Volta di Castel San Giovanni-Borgonovo, attraverso l'attivazione di Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento (PCTO). È stato costituito un gruppo tecnico di coordinamento e sostegno composto da referenti dell'Azienda USL, Responsabili Ufficio di Piano, rappresentanti CCM e CSV e rappresentanti del Polo Volta. In data 28 ottobre 2022 si è tenuto un incontro che, tramite la tecnica del World Caffè, ha consentito il confronto tra i partecipanti e la condivisione di idee progettuali che sono state successivamente raggruppate in tre aree principali di intervento: supporto accesso e caregiver, supporto comunitario ai fragili e confronto e scambio. Su queste aree si sono suddivisi, in base al proprio interesse, i partecipanti che negli incontri del 17 e 24 novembre hanno lavorato nei propri gruppi di lavoro per la definizione delle azioni prioritarie e l'individuazione di risorse presenti o mancanti. Il progetto è ancora in corso e prevede nel 2023 ulteriori fasi di progettazione partecipata con la comunità e la successiva realizzazione delle azioni.

#### Utilizzo di strumenti di telemedicina per la presa in carico dei pazienti fragili e cronici

A giugno 2022 si è concluso il progetto di telemedicina per la presa in carico dei pazienti fragili e cronici che ha visto il coinvolgimento della Casa della Salute di Bettola. La progettualità ha visto il reclutamento di 19 utenti diabetici, il cui numero è stato limitato dal fatto che per accedere al percorso di monitoraggio era necessario l'utilizzo dello SPID e la disponibilità del FSE. Sempre durante l'anno 2022 sono stati predisposti e inviati al Servizio ICT, Tecnologie e Strutture Sanitarie della Regione Emilia-Romagna la Relazione e il Workflow relativi al progetto di Telemedicina implementato presso la Casa della Salute di Bettola. In merito al progetto Telemedicina sono stati altresì compilati e inviati entro i tempi previsti dalla Regione 2 questionari di rilevazione della soddisfazione degli operatori, mentre non è stato inviato alcun questionario di rilevazione della soddisfazione dei pazienti in quanto nessun paziente risultava in carico al momento dell'invio.

#### Realizzazione di progetti di coinvolgimento della comunità locale all'interno dei percorsi delle Case della Comunità

Presso la Casa della Comunità di Monticelli e Cortemaggiore sono state attivate le attività relative al progetto CCM "Sviluppo di strategie di promozione degli stili di vita e di interventi di recupero dei ritardi nei programmi di screening oncologici, per contrastare gli effetti dell'emergenza pandemica COVID-19 sulle malattie croniche non trasmissibili". Nel corso dell'anno 2022 si è provveduto ad identificare gli operatori che parteciperanno al progetto e a condividere le attività previste nell'ambito del board organizzativo della Casa della Comunità, che comprende rappresentanti dei servizi locali dei Comuni, che hanno individuato, in occasione del board organizzativo tenutosi in data 6 ottobre 2022, i criteri per la mappatura e promozione delle opportunità territoriali da attuare nei percorsi della casa della salute. Le modalità della conseguente attivazione di processi di coinvolgimento comunitario sono state discusse con i sindaci dei Comuni di Cortemaggiore e di Monticelli in data 20 dicembre 2022. La mappatura si sta svolgendo nel corso del 2023 come concordato con la Regione Emilia-Romagna, capofila del progetto.

#### Potenziamento della rete dei servizi per realizzare azioni di prevenzione, ascolto, valutazione, accompagnamento ed eventuale presa in carico di preadolescenti, adolescenti e genitori fragili

La riorganizzazione delle Reti di Assistenza Sanitaria Territoriale declinata dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, prevede un modello operativo centrato sul protagonismo/ruolo attivo del territorio in tutte le sue forme e declinazioni e sulla capillarità e prossimità dei servizi in risposta ai bisogni secondo i principi di universalità, uguaglianza ed equità.

Nel corso del 2022 è stata avviata la progettazione di una nuova UO afferente al Dipartimento di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche (DSM-DP) che opera in un'ottica di sanità d'iniziativa, proattività e prevenzione, in linea con gli obiettivi e le indicazioni contenute nel DM/77, in stretto raccordo con l'attività del Distretto, quale centro di riferimento territoriale, per consentire una programmazione condivisa unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari dell'ambito distrettuale e secondo il modello operativo dell'integrazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale, contenuta nella pianificazione di tutti gli interventi dei Piani di Zona Distrettuali.



Risulta in particolare fondamentale individuare i meccanismi di rischio e di resilienza e le condizioni di rischio psicopatologico potenziale nella fascia adolescenziale e giovane età adulta per offrire una precoce presa in carico attraverso specifici interventi di prossimità.

La progettazione della UO è quella di essere nodo di connessione tra i Dipartimenti aziendali territoriali (DSM-DP, Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento di Sanità Pubblica), per sviluppare una funzione di promozione della salute mentale “primaria” attraverso l’integrazione tra le azioni dei servizi, l’attività dei MMG e PLS e il raccordo tra i diversi stakeholder (Scuola, Servizi Sociali, ecc.) e l’UO complessa Promozione della Salute e Medicina dello Sport del Dipartimento di Sanità Pubblica.

La mission è anche quella di offrire percorsi di valutazione e trattamento a tutte quelle condizioni psichiche di disagio, dei giovanissimi e dei giovani-adulti, non ascrivibili alla presa in carico dei servizi specialistici.

Gli obiettivi della UO in progettazione sono l’intercettazione precoce dei disagi psichici, la prevenzione indicata per le situazioni target, potenziare le interfacce tra le UOC del DSM-DP ed il Dipartimento di Cure Primarie

L’attività della UO in progettazione si svolge prevalentemente in uno spazio dedicato presso la Casa della Salute/Comunità. Il setting di erogazione degli interventi non è primariamente ambulatoriale ma si struttura anche in una forma di assistenza di prossimità nei luoghi di vita del soggetto.

Anche nel 2022 la rete dei servizi consultoriali, e in particolare gli Spazi Giovani per la fascia di età compresa tra i 14 e 19 anni, ha un ruolo importante nel raccordo anche con le scuole del territorio, con cui l’Azienda è in contatto per lo svolgimento di progetti di educazione alla salute. Questi progetti concorrono a far conoscere gli Spazi Giovani e i servizi offerti, tra cui l’attività psicologica legata al disagio psichico e psico-relazionale dell’età evolutiva, prevenendo il cronicizzarsi dei problemi e/o lo strutturarsi di psicopatologie.

Con DGR 1377 del 1/08/2022 è stato attivato un “Potenziamento della rete dei servizi consultoriali per il supporto psicologico finalizzato alla promozione del benessere psico-fisico degli adolescenti” (DM 30 novembre 2021) con l’obiettivo specifico di rafforzare l’attività psicologica e di accoglienza negli Spazi giovani per una lettura precoce della richiesta di aiuto dei ragazzi/e e per una tempestiva presa in carico, al fine di promuovere e rafforzare la resilienza e prevenire lo sviluppo di condizioni psicologiche più critiche. Gli Spazi Giovani possono infatti contribuire all’individuazione precoce delle problematiche psicologiche e relazionali, lavorando in stretta collaborazione con scuole e servizi territoriali e con i Centri per le famiglie e fungere da raccordo con i servizi di secondo livello di NPIA, psicologia e psichiatria in caso di condizioni psicopatologiche.

Si è operato per potenziare l’attività psicologica all’interno dei Consultori Familiari per consolidare un percorso, già parzialmente esistente, di prevenzione e sostegno, prevedendo il riconoscimento precoce delle situazioni di disagio emozionale, relazionale e di genitorialità fragile e la loro presa in carico. Tale potenziamento è avvenuto attraverso il reclutamento di nuovi professionisti, con offerta di prestazioni psicologiche, come attività clinica anche all’interno dell’équipe multidisciplinare del consultorio per fornire una risposta tempestiva e appropriata, di supporto e presa in carico delle situazioni di genitorialità fragile. In particolare sono stati reclutati 2 psicologi/psicoterapeuti e 1 educatore da impegnare nelle attività di educazione alla salute, accoglienza della prima domanda ed eventuale presa in carico (di tipo psicologico). Come da cronoprogramma sono stati individuati profili e assegnati incarichi entro dicembre 2022. È previsto un primo monitoraggio del numero di interventi/consulenze attivati e la partecipazioni ai tavoli come previsto in luglio 2023.

#### Partecipazione all’aggiornamento del sistema informativo regionale delle Case della Salute

È stato garantito l’aggiornamento entro i tempi previsti del sistema informativo regionale (Albero delle strutture e Sportello URP regionale) delle Case della Comunità in collaborazione con i Responsabili Organizzativi delle CdC (ROCS).

#### Strutturazione di progetti integrati di Oncologia Territoriale nelle Case della Comunità in aree disagiate

Dal 2016, anticipando di alcuni anni le progettualità regionali e nazionali, presso la Casa della Salute di Bettola vengono effettuate prime visite oncologiche, prelievi ematici, ecografie addominali, ECG, visite per trattamenti antitumorali, terapie di supporto, chemioterapie, immunoterapie e terapie biologiche. Inoltre nell’ultimo trimestre del 2022 ha preso avvio anche la presa in carico dei pazienti con patologia oncologica ematologica: attualmente sono attive le valutazioni cliniche, i prelievi ematici ed è garantita la



programmazione dei trattamenti e delle terapie in altra sede.

#### Identificazione delle aree/territori di riferimento dell'Infermiere di Comunità

Nel 2022 si è dato seguito al progetto Infermiere di Comunità già presentato e approvato dalla Direzione Generale nell'anno precedente.

Il progetto è legato al "Progetto SNAI aree interne" che prevede sia la ripresa di "Montagna Solidale" con la valutazione dello stato sociosanitario di cittadini over 74 non in carico ai servizi, nei comuni rimasti in sospenso causa Covid, ovvero Vernasca e Morfasso, sia l'attivazione dell'Infermiere di Comunità in questi stessi comuni e la sua estensione nei comuni dell'Alta Val Nure (Ponte dell'Olio, Bettola, Farini e Ferriere).

Il progetto SNAI prevedeva il finanziamento di:

- 2 infermieri a tempo pieno
- 1 fisioterapista per 706 ore
- un operatore a integrazione del punto di accoglienza e orientamento nella Casa della Comunità di Bettola 14 ore settimanali per 36 mesi
- l'acquisto di un'auto dedicata.

I due infermieri sono stati individuati con criterio di età, esperienza, competenza e formazione differenti, nonché la valorizzazione della loro appartenenza al contesto sociale di riferimento.

Il gruppo di progetto aziendale, con il direttore di Distretto, il Direttore Dipartimento Cure Primarie e il Direttore UOC Assistenza Primaria, tramite incontri finalizzati, ha coinvolto i Sindaci, gli assistenti sociali e i Medici di Medicina Generale operanti nei territori interessati.

Nelle due vallate, a cui afferiscono i comuni coinvolti nel progetto, sono stati avviati progetti con modello di sviluppo differente tenendo conto sia del territorio ma anche della possibilità di valutare quale risulterà più efficace e di maggiore impatto in termini di spendibilità e ripetibilità in altre aree.

Nell'Alta Val Nure l'operatività dell'Infermiere di Comunità vedrà l'avvio nel 2023.

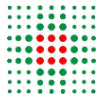
Nel corso del 2022 è stata attivata una formazione specifica a più livelli:

- formazione dedicata blended agli infermieri direttamente coinvolti;
- formazione congressuale aperta a tutti gli operatori AUSL e anche all'esterno sia in presenza che online;
- evento formativo/informativo agli MMG per conoscenza del progetto;
- predisposizione master di I e II livello con l'Università di Parma aperto a tutte le professioni sanitarie e sociali su tematiche territoriali anche tenendo conto del recente DM/77 e PNRR.

Sempre nell'ottica del confronto, della crescita e della condivisione professionale sono stati presi contatti con altre AUSL della Regione (Reggio Emilia e Bologna) per benchmarking sulle modalità di implementazione del tema specifico.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Realizzazione di interventi di promozione della salute nelle Case della Comunità in integrazione con i Dipartimenti di Prevenzione e le risorse disponibili nella comunità di riferimento	Almeno un intervento nelle CdC hub	<b>Realizzato 1 intervento</b>
Utilizzo di strumenti di telemedicina per la presa in carico dei pazienti fragili e cronici	Evidenza dell'uso degli strumenti di telemedicina (relazione attività e numero di pazienti presi in carico)	<b>Sì</b>
Realizzazione di progetti di coinvolgimento della comunità locale all'interno dei percorsi delle Case della Comunità	Almeno un progetto nel 50% delle CdC hub	<b>2 case della salute "Hub" coinvolte</b> (Cortemaggiore-Monticelli nel territorio di competenza del futuro hub di Fiorenzuola)
Potenziamento della rete dei servizi per realizzare azioni di prevenzione, ascolto, valutazione,	Evidenza del potenziamento della	<b>sì</b>





accompagnamento ed eventuale presa in carico di preadolescenti, adolescenti e genitori fragili	rete dei servizi con relazione su attività realizzate e nuovi servizi attivati	
Partecipazione all'aggiornamento del sistema informativo regionale (Albero delle strutture e Sportello URP regionale) delle Case della Salute ed alle eventuali attività di revisione ed integrazione	100%	<b>100%</b>
Strutturazione di progetti integrati di Oncologia Territoriale nelle Case della Comunità in aree disagiate	Almeno 1 progetto per azienda	<b>1 progetto</b>
Identificazione delle aree/territori di riferimento dell'Infermiere di Comunità	Evidenza della mappatura dei territori identificati	<b>Sì</b>
Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (>18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) di diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 270 per 1000 ab.	<b>246,81</b>
Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	≤ 63 per 100.000 ab.	<b>24,38</b>

## 2.2. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

### Obiettivo RER

Nel 2022, le Aziende dovranno completare le reti di cure palliative (con tutti i nodi previsti e le équipe). In particolare, dovranno essere completati gli assetti organizzativi: delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (Nodo UCPD), dei Punti Unici di governo dell'accesso alla rete di cure palliative, e degli organismi tecnici di coordinamento della rete (descritti nella DGR 1770/2016), che supporta il coordinatore a pianificare, programmare e organizzare le attività di assistenza e di funzionamento della rete.

### Rendicontazione

La Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP) di Piacenza è ad oggi composta dai nodi domicilio, ospedale, ambulatorio e Hospice, ed è coordinata dalla responsabile dell'U.O. Complessa Cure Palliative. All'interno del nodo domicilio, sede privilegiata dove poter assistere le persone, le cure palliative sono erogate dall'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD), costituita nel 2016 e formata da MMG, infermiere ADI, infermieri e medici palliativisti e psicologa. In particolare vengono erogati e garantiti i servizi domiciliari di base, mentre il livello specialistico è in fase di implementazione, anche se di fatto i professionisti dell'équipe sono in grado di garantire una risposta a domicilio anche ai bisogni più complessi.

Nel corso del 2022 è stata promossa una sempre maggiore collaborazione con i medici di medicina generale e infermieri ADI, anche attraverso la progettazione di un corso di formazione previsto per l'anno 2023. L'U.O. sta sviluppando un progetto di implementazione del livello specialistico attraverso un adattamento dell'organico in essere, la stesura di procedure e istruzioni operative utili alla costruzione delle nuove interfacce territoriali.

Nell'anno 2022 l'U.O. Cure palliative ha implementato la propria partecipazione al PDTA delle interstiziopatie polmonari, contestualmente ha discusso con il servizio qualità della possibilità di partecipare a un maggior numero di PDTA per patologie non oncologiche al fine di garantire una presa in carico sempre più precoce anche in questi pazienti.

A partire dal mese di luglio 2022 l'attività infermieristica di valutazione per ricovero in Hospice è stata inserita all'interno dell'applicativo aziendale AgendaWeb per garantirne la tracciabilità informatica. Inoltre nel corso del 2023, in collaborazione con UOSIT sarà implementata la possibilità di erogare consulenze infermieristiche attraverso l'applicativo aziendale Galileo.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Numero dei deceduti per causa di tumore assistiti	>= 50%	Dato non disponibile



dalla Rete di cure palliative, a domicilio o in Hospice, sul numero di deceduti per causa di tumore		sulla piattaforma regionale InSiDER al 26/04/2023
Numero di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore sul numero dei deceduti per causa di tumore	+ 5% rispetto al 2021	Dato non disponibile sulla piattaforma regionale InSiDER al 26/04/2023

### **2.3. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE – DIMISSIONI PROTETTE**

#### **Obiettivo RER**

La garanzia della continuità delle cure ai pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità è da sempre obiettivo strategico delle politiche regionali. Uno dei principali strumenti per favorire la presa in carico integrata e continuativa tra i diversi setting assistenziali è la dimissione protetta. La presa in carico, da parte dell'assistenza territoriale, all'atto della dimissione ospedaliera ha permesso in questi anni di offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati. In linea con quanto fatto fino ad ora e con quanto stabilito dal PNRR che rivolge una particolare attenzione al potenziamento dell'assistenza territoriale, in particolare alla finalizzazione del principio di «casa come primo luogo di cura». Le Aziende, per l'anno 2022, dovranno potenziare la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti garantendo la continuità assistenziale.

#### **Rendicontazione**

I pazienti segnalati da Dimissione Protetta al Servizio Infermieristico domiciliare, nel passaggio di setting assistenziale, vengono immediatamente contattati per acquisire tutte le informazioni utili alla completezza dell'organizzazione dell'accesso, con appropriatezza sia della prestazione che delle informazioni sociosanitarie e ambientali, in un'ottica sistemica e di cura globale.

Con riferimento all'indicatore che richiede la presa in carico (PIC) entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera, l'Azienda nel 2022 ha riorganizzato le modalità di presa in carico, ponendo particolare attenzione nel garantire per i pazienti fragili o con patologie croniche un'assistenza infermieristica domiciliare tempestiva, indipendentemente dal bisogno e dalla complessità assistenziale, mostrando un valore in linea con la media regionale. Si evidenzia inoltre che per il 100% dei pazienti segnalati in dimissione è stata garantita la presa in carico entro 3 giorni.

L'indicatore relativo ai pazienti >65 anni presi in carico in ADI presenta un ottimo valore, a dimostrazione che è sempre stata garantita con continuità la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti.

<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Valore raggiunto 2022</b>
N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (Fonte: InSiDER)	Almeno il 50% dei pazienti seguiti in assistenza domiciliare segnalati in dimissione	<b>45,33%</b>
Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	> 2,6 (CIA1)	<b>4,36</b>
	>1,9 (CIA2)	<b>2,31</b>
	>1,5 (CIA3)	<b>19,8</b>
Pazienti >65 anni presi in carico in ADI	8,5% della popolazione residente >65 anni	<b>13,05%</b>

### **2.4. MIGRANTI E VULNERABILITÀ**

#### **Obiettivo RER**

Per l'anno 2022, le Aziende USL dovranno garantire di essere in linea con quanto indicato dalle linee guida ministeriali Interventi di assistenza e riabilitazione alle vittime di violenza intenzionale e le indicazioni sui controlli alla Frontiera, attraverso:



implementazione e formalizzazione dell'equipe multidisciplinare e multiprofessionale dedicata alla salute dei migranti, già sperimentata nell'ambito del progetto ICARE. In ottemperanza delle linee guida ministeriali l'equipe dovrà essere composta da: medico di riferimento, infermiere, ostetrica, ginecologo, pediatra e mediatrice culturale. A queste figure si aggiungono a tempo parziale uno psicologo (adulti o dell'età evolutiva) per le vittime di violenza ed un referente del servizio di igiene e sanità pubblica per vaccinazioni e sorveglianza sanitaria

Sempre in ottemperanza con le Linee guida ministeriali dovranno essere altresì formalizzati percorsi facilitati di consulenza e/o presa in carico su aree specialistiche quali: infettivologia, pneumologia, radiologia, dermatologia, proctologia, psichiatria adulti e neuropsichiatria infantile, auxologia, medicina legale e/o altre specialistiche laddove se ne ravvisi la necessità.

#### **Rendicontazione**

Durante l'anno 2022 è stata formalizzata la Equipe multidisciplinare salute migranti con il coinvolgimento degli operatori delle differenti UU.OO. aziendali coinvolte nell'obiettivo regionale. È stata inoltre formalizzata la rete specialistica a supporto e relative interfacce.

Nel corso del 2022 è avvenuta la prevista adesione dei professionisti dell'equipe multidisciplinare e consulenti alla formazione specifica promossa dalla Regione Emilia-Romagna, con partecipazione ai seguenti corsi:

- febbraio 2022 (FAD): L'approccio etnoclinico- Psicopatologia, relazione di cura e presa in carico delle persone migranti;
- 7 settembre 2022: Quattro anni di ICARE – I risultati di ICARE in Emilia Romagna;
- 8 settembre 2022: Workshop Linee Guida Ministeriali: dal recepimento all'attuazione.

<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Valore raggiunto 2022</b>
Formalizzazione Equipe multidisciplinare salute migranti	100%	<b>100%</b>
Formalizzazione rete specialistica a supporto	100%	<b>100%</b>
Adesione dei professionisti dell'equipe multidisciplinare e consulenti a specifici progetti formativi promossi dalla Regione	>= 50%	<b>sì</b>

## **2.5. PERCORSO NASCITA**

#### **Obiettivo RER**

Per il 2022, le Aziende USL dovranno garantire un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, in particolare promuovendo:

- la ripresa in presenza dei corsi di accompagnamento alla nascita, diversificando l'offerta per raggiungere il maggior numero di donne, in special modo le primigravide (obiettivo passibile di rimodulazione in base all'andamento della pandemia da SARS-COV-2)
- l'individuazione precoce delle donne a rischio di disagio psichico e psicosociale, prevedendo l'offerta attiva, sia alla donna che alla coppia, di colloqui psicologici che favoriscano il superamento del disagio, l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione
- l'assistenza appropriata al parto, riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nella I classe di Robson, al fine di rendere omogenea – fra tutti i punti nascita - la frequenza di questo intervento.

#### **Rendicontazione**

A partire da ottobre 2022 in tutti i distretti sono stati riattivati i corsi di accompagnamento alla nascita in presenza. Per poter garantire una maggiore fruibilità alle gravide con problematiche particolari (gravidanze ad alto rischio ostetrico con prescrizione di riposo assoluto a domicilio, gravidanze di donne con difficoltà a recarsi nella sede del corso per residenza in luoghi scarsamente raggiunti dai mezzi di trasporto o luoghi isolati con distanze eccessive) è stata comunque garantita la possibilità di connettersi da remoto.

È stato altresì organizzato in ottobre un corso di aggiornamento residenziale del personale ostetrico dedicato, per formulare tra i vari obiettivi nuove modalità di offerta. Il tasso raggiunto di primigravide sia italiane che straniere che accedono a corsi di accompagnamento alla nascita è pari a 55,96%, con trend in



crescita dal 2019. Ciò nonostante considerata l'importanza dell'argomento, l'Azienda ritiene utile promuovere azioni di miglioramento.

Per il riconoscimento del disagio psichico in gravidanza e nel periodo postnatale, nel corso del 2021 è stato realizzato nel distretto Città di Piacenza il progetto regionale "Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum", utilizzando le Whooley Questions e la raccolta dell'anamnesi psicosociale. Da marzo 2022 è stato attivato un nuovo progetto che prevede l'estensione del rilevamento del disagio emotivo ai distretti precedentemente esclusi nella fase sperimentale, coinvolgendo quindi tutte le donne che entrano nel Percorso Nascita Aziendale. L'intervento è offerto attivamente a tutte le donne che si rivolgono ai servizi per l'assistenza al Percorso Nascita secondo un protocollo di intervento che prevede, in caso di risposte positive alle domande di Whooley e/o di fattori psicosociali di rischio, l'offerta di colloqui psicologici, finalizzati in primo luogo, all'approfondimento del disagio. In caso di conferma del rischio correlato alla salute psichica, si attiva l'equipe formata dall'ostetrica/ginecologo/psicologo ed eventualmente dall'assistente sociale, che formula un piano assistenziale finalizzato al superamento del disagio, al sostegno emotivo, all'attivazione delle risorse personali e delle competenze genitoriali. Il percorso prevede l'offerta di una presa in carico dello psicologo per un programma terapeutico e prende in considerazione le risorse di sostegno e supporto presenti sul territorio: attività dei centri per le famiglie, corsi di accompagnamento alla nascita, associazioni di auto mutuo aiuto, associazioni a sostegno della genitorialità.

Il dato relativo alla % di parti cesarei nella prima classe di Robson ha risentito nel corso del 2022 di uno straordinario aumento del tasso di turnover del personale sia ostetrico che ginecologico, generato sia da mobilità che da cessazioni e lunghe assenze; questi fattori hanno portato a un ingente numero di neoassunti e di personale in formazione, che ha determinato una difficoltà nella standardizzazione delle competenze e nella completa adesione clinico/organizzativa dell'equipe ai protocolli clinici.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Numero di distretti che hanno organizzato corsi di accompagnamento alla nascita in presenza	100%	<b>100%</b> da ottobre 2022
Numero di distretti che hanno attivato un programma per individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale/Totale dei distretti *100	≥30%	<b>100%</b>
Percentuale di parti cesarei nella prima classe di Robson (valore medio regionale 2021 - Fonte: banca dati CEDAP)	≤6.0%	<b>7,51%</b>

## 2.6. PERCORSO IVG

### Obiettivo RER

Le raccomandazioni del Ministero prevedono la possibilità di eseguire il trattamento farmacologico per l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) fino al 63° giorno di amenorrea in regime ambulatoriale e anche all'interno dei consultori familiari (CF).

Nel 2022 si verificherà l'applicazione della Determinazione n. 23606 del 10.12.2021 a livello ospedaliero con attivazione del percorso ambulatoriale. Si implementerà, inoltre, il percorso sperimentale di offerta di IVG farmacologica nei consultori familiari a partire dai territori identificati (Parma, Modena e Bologna).

### Rendicontazione

L'adeguamento alla determinazione n. 23606 del 10/12/2021 per l'esecuzione di IVG farmacologiche in regime ambulatoriale, è iniziato nella seconda parte dell'anno 2022 con l'analisi dei contesti, l'individuazione delle sedi ambulatoriali e la creazione di tutti gli strumenti operativi informatizzati e non, necessari all'avvio della modalità ambulatoriale nonché la relativa formazione del personale coinvolto. L'effettiva implementazione del servizio a partire dal mese di dicembre 2022 motiva il valore annuale raggiunto, per il quale si prevede un significativo incremento nel corso del 2023.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
------------	--------	-----------------------



Numero di IVG farmacologiche a livello ambulatoriale sul totale di IVG farmacologiche (Fonte: rilevazione IVG)	>20%	<b>1,26%</b>
--	------	--------------

## 2.7. CONTRASTO ALLA VIOLENZA

### Obiettivo RER

Implementare a livello aziendale le Raccomandazioni regionali accoglienza e presa in carico in Pronto soccorso delle donne che subiscono violenza di genere (come da D.P.C.M. 24 novembre 2017).

Sostenere la partecipazione alle formazioni a distanza (FAD) dei/delle professionisti/e della rete ospedale-territorio (compresi i PS generali, pediatrici e ostetrici, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, consultori familiari, pediatrie di comunità e centri di accompagnamento al cambiamento per uomini che agiscono violenza - centri Liberiamoci Dalla Violenza, LDV) prima edizione FAD a contrasto della violenza su bambini e adolescenti, e quarta edizione FAD violenza di genere e in gravidanza.

Nel 2022 le Aziende, che hanno operativo un Centro LDV, ne dovranno diffondere la conoscenza sul proprio territorio e sostenere la partecipazione dei professionisti alla formazione specialistica regionale del progetto "Il lavoro psicoterapeutico con gli autori di violenza domestica di genere intrafamiliare: l'approccio metodologico del Centro ATV di Oslo".

### Rendicontazione

Il Centro LDV Liberiamoci dalla Violenza è attivo dal 14/01/2022 presso la sede del Consultorio familiare-Psicologia di base di Piacenza, garantendo il proprio servizio a favore di tutto il territorio provinciale di riferimento. Nel 2022 il Centro LDV ha trattato 5 uomini autori di violenza.

Sono stati coinvolti nella formazione regionale la Responsabile dell'UO Psicologia di Base (cui afferisce il Centro LDV), il Coordinatore del Centro LDV, uno Psicologo Psicoterapeuta, e una Psichiatra (per le consulenze sui casi). Il Centro LDV Piacenza ha inoltre completato la formazione prevista in Regione con esperti del centro ATV di Oslo ed è stata condotta la supervisione dei casi per i centri LDV di Reggio Emilia, di Parma e di Piacenza per un totale di 5 incontri. Il Coordinatore del Centro LDV ha partecipato agli incontri online del gruppo di coordinamento regionale, partecipando alla definizione del nuovo piano di divulgazione del servizio sul territorio regionale e locale.

Nel 2022 il Centro LDV Piacenza è stato presentato all'interno dell'Azienda, e in particolare alla Direzione Attività Socio Sanitarie, al Dipartimento Cure Primarie, all'Equipe Territoriale Integrata Piacenza e all'UVM Piacenza.

Sono stati inoltre svolti interventi di prevenzione alla Scuola Media "I. Calvino" di Piacenza.

In merito ai corsi FAD, a livello aziendale si è agevolata la fruizione tramite comunicazione a tutti i direttori UOC, responsabili UOSD e RAD e specifica comunicazione ai medici convenzionati aziendali.

Come per gli altri corsi FAD costituenti obiettivo aziendale, è stato possibile per i dipendenti aziendali frequentare i corsi in questione al di fuori dell'orario di lavoro e poi vedersi riconosciute le ore di formazione nel monte ore mensile.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Implementazione delle Raccomandazioni regionali accoglienza e presa in carico in Pronto soccorso delle donne che subiscono violenza di genere (aggiornamento protocolli di accoglienza e presa in carico con conseguente attivazione della rete antiviolenza territoriale)	100%	<b>100%</b>
Numero di nuovi iscritti del 2022 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 dei nuovi iscritti 2022 (%) (Fonte: piattaforma FAD Azienda USL Piacenza)	> 30%	<b>32,95%</b>
Numero di partecipanti che hanno concluso la FAD del	> 25%	<b>31,29%</b>



progetto "Accoglienza e cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento /abuso"/Numero totale iscritti alla formazione (%) (Fonte: piattaforma FAD Azienda USL Piacenza)		
Numero contatti al centro LDV (indicatore valido per le Aziende Usl di Modena, Parma, Bologna e Romagna) (Fonte: rendicontazione aziendale)	> valore 2021	<b>Non applicabile per Ausl Piacenza</b>
Numero di nuovi professionisti che hanno concluso la formazione specialistica del progetto "Il lavoro psicoterapeutico con gli autori di violenza domestica di genere intrafamiliare: l'approccio metodologico del Centro ATV di Oslo"/Numero totale iscritti alla formazione (%) (Fonte: Azienda USL Modena) (Solo per le AUSL di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara e Romagna)	≥ 75%	<b>100% 1 nuovo professionista</b>

## 2.8. GARANZIA DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

### Obiettivo RER

Le Aziende sanitarie (ciascuna Azienda USL in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS), compatibilmente con l'emergenza sanitaria covid-19, ancora in corso, devono garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in coerenza con la DGR 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" che recepisce il PNGLA (Accordo Stato Regioni del 21/02/2019). Per il 2022 è prioritario l'obiettivo di ritornare ai valori di performance di almeno il 90%, garantire la continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, ovvero l'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti 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.

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

Si ribadisce a tale proposito l'importanza della corretta gestione di tutti i flussi informativi della specialistica ambulatoriale, ed in particolare la corretta rendicontazione delle DEMA chiuse nel flusso ricetta dematerializzata.

Le Aziende sono tenute inoltre a potenziare le disponibilità di prestazioni tramite CUPWEB (DGR 1056/2015 e DGR 603/2019): in particolare, oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa, deve essere concluso il caricamento di tutte le prestazioni di primo accesso (tipo accesso 1 e classi di priorità B,D,P della ricetta, comprese le visite di controllo con codice esenzione per patologia).

Infine saranno oggetto di monitoraggio l'avvio di percorsi di telemedicina per la presa in carico dei pazienti cronici.

### Rendicontazione

Nel 2022 l'Azienda USL di Piacenza ha definito il Programma attuativo aziendale per l'assistenza specialistica ambulatoriale, secondo le indicazioni regionali; in particolare l'Azienda ha dovuto garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in coerenza con la DGR 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" che recepisce il PNGLA (Accordo Stato Regioni del 21/02/2019).

Per il 2022 sono stati prioritari i seguenti obiettivi:

- ritornare ai valori di performance sui **Tempi di Attesa** di almeno il 90%:  
la performance dei tempi di attesa di specialistica ambulatoriale ha registrato, durante il primo semestre 2022 e ad emergenza sanitaria COVID-19 conclusa, un Indice di Performance medio per le prestazioni con classe di priorità D-Differibile (30/60/90 giorni) del 74% (in particolare 62% per le visite specialistiche e 82% per gli esami strumentali) con una richiesta di prestazioni, in termini di volume, inferiore rispetto al 2019 (anno migliore in termini di volumi e performance), ma in crescita



rispetto al 2021.

Al fine di migliorare la performance dei tempi di attesa e contestualmente allineare l'offerta con la domanda crescente di prestazioni specialistiche, l'Azienda USL di Piacenza ha incrementato la disponibilità di prestazioni specialistiche monitorate implementando le seguenti azioni:

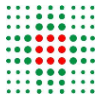
- Pianificazione e programmazione dell'offerta prestazionale attraverso una valutazione puntuale del fabbisogno, distinguendo i regimi erogativi e le diverse modalità di accesso:
  - analisi tattica domanda-offerta e identificazione del volume di produzione necessario per singola prestazione monitorata con confronto rispetto al 2019 (utilizzato come stima del fabbisogno da garantire) e 2021;
  - a seguito della definizione dei criteri regionali (RER) di appropriatezza prescrittiva per alcune visite di primo accesso in base alla classe di priorità (P; D; B; U) il CSA dell'Azienda USL di Piacenza sta implementando per il 2023 una stratificazione delle agende CUP al fine di migliorare l'appropriatezza in fase di prenotazione dell'appuntamento.
- Risorse umane:
  - assunzione di ulteriore personale medico dipendente;
  - pubblicazione bandi per ore aggiuntive di specialistica convenzionata;
  - utilizzo di risorse a prestazione aggiuntiva per il personale medico e infermieristico.
- Strutture private accreditate:
  - implementazione e monitoraggio, secondo le indicazioni regionali, dei budget del privato accreditato al fine di ottenere un'offerta flessibile e adeguata alla variabilità della domanda (anche attraverso aggiornamento dei percorsi di garanzia).
- Controllo e monitoraggio operativo della domanda e offerta:
  - gestione e manutenzione operativa delle agende di prenotazione CUP e autogestite;
  - controllo giornaliero dei Tempi di Attesa (TdA) e degli Indici di Performance (IP) delle prestazioni monitorate;
  - verifica settimanale dell'offerta (posti occupati e liberi) in tempo reale attraverso estrazione dati da back office CUP;
  - incontri periodici e confronti estemporanei con gli erogatori aziendali per concordare le attività in risorse aggiuntive e le modalità di ottimizzazione della programmazione di prestazioni specialistiche;
  - predisposizione di report e monitoraggi per la Direzione Strategica e per le UUOO eroganti.

L'implementazione di tali azioni ha sensibilmente migliorato il livello prestazionale raggiungendo un valore per i tempi di attesa delle visite e prestazioni con classe di priorità D a dicembre 2022 pari al 99%.

- potenziare le disponibilità di prestazioni prenotabili tramite **CUPWEB**:  
l'Azienda USL di Piacenza ha individuato un referente aziendale che partecipa mensilmente al Gruppo di lavoro regionale CUPWEB. Oltre alle prestazioni obbligatorie sono state prese in considerazione ulteriori 1332 prestazioni facoltative delle quali al momento per l'Azienda USL di Piacenza 420 prestazioni (31,6%) sono già state inserite in CUPWEB.
- avvio all'erogazione di prestazioni in modalità di **Telemedicina**:  
l'Azienda ha definito la procedura, predisposto gli strumenti tecnologici e avviato la formazione per la televisita. A novembre 2022 è stato avviato il progetto pilota con l'attivazione della televisita per le UU.OO. di Cardiologia, Ematologia, Pneumologia e Terapia del dolore. Nel 2023 verrà ampliata l'offerta di prestazioni erogate in modalità televisiva coinvolgendo l'UO Geriatria territoriale per Centro Demenze e Disturbi Cognitivi.

Nel 2022 è stato siglato un accordo con Novartis per lo sviluppo di un progetto di implementazione della telemedicina in ambito cardiologico, finalizzato alla condivisione del telemonitoraggio dei pazienti scompensati sia da parte dello specialista cardiologo che dal MMG, con la possibilità di concertare adeguamenti terapeutici e di follow up in base ai parametri rilevati.

Nel 2022 è inoltre partito il progetto "Sorridenti alla salute orale", finalizzato alla valutazione della salute orale dei pazienti ospiti di 3 strutture residenziali e semi-residenziali per anziani accreditate. Nell'anno in corso sono già stati raggiunti diversi obiettivi, quali la formazione di circa 40 operatori delle strutture (medici, OSS e infermieri), screening di primo livello degli ospiti, debitamente formalizzati, e programmazioni delle attività di secondo livello, tra cui il teleconsulto tra il medico di



struttura/MMG e lo specialista odontoiatra dell'Azienda.

- garantire la continuità assistenziale attraverso la **presa in carico** dello specialista: 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. L'Azienda monitora le prescrizioni dematerializzate (flusso DEMA) fatte dagli specialisti aziendali come ulteriore indicatore. Nel 2015 sono state effettuate circa 68.000 prescrizioni DEMA con un incremento annuale progressivo fino ad arrivare alle 755.880 prescritte nel 2022.
- migliorare l'**appropriatezza prescrittiva** attraverso l'applicazione dei criteri clinici di accesso definiti a livello regionale:  
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 (MMG) e i Medici Specialisti delle varie branche. Le indicazioni di appropriatezza definite dalla RER sono implementate sulla cartella SSI in dotazione a 140 MMG su 180 MMG totali e i criteri sono stati adeguati dal fornitore anche sull'altra cartella in uso ai medici di medicina generale. I MMG hanno inoltre ricevuto specifica informativa dall'AUSL.
- prosecuzione **attività MALUS**:  
l'attività del malus (ai sensi della Legge Regionale 2/2016) mira alla sensibilizzazione e responsabilizzazione degli utenti riguardo gli appuntamenti di specialistica ambulatoriale: l'assistito che non si presenta alla prestazione specialistica ambulatoriale prenotata, senza aver spostato o disdetto la prenotazione nei tempi previsti, è tenuto al pagamento della sanzione amministrativa. L'attività, sospesa in concomitanza dell'emergenza pandemica, è stata ripresa ad agosto 2021. Nel 2022 l'Azienda USL di Piacenza ha recuperato il pregresso e tramite una programmazione rigorosa sta effettuando gli accertamenti entro 3 mesi dall'evento contestato in maniera molto tempestiva. In particolare nel corso del 2022 sono stati notificati 17.446 verbali e 2.046 ordinanze di ingiunzione.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
<i>Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale</i>		
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)	>= 90%	<b>100%</b> <b>delle prestazioni obbligatorie</b>
<i>Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di priorità B (indicatore del NSG- IND0831- Insider)</i>		
Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso (di cui all'elenco sotto*) con classe di priorità B erogate entro 10 gg / Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso (di cui all'elenco sotto*) con classe di priorità B totali (%) (FONTE FLUSSO DEMA e EX ART.50)	>= 90%	<b>70,99%</b>
<i>Appropriatezza prescrittiva di cui alla nota prot. 0282714.U del 21-3-22</i>		
Informazione e formazione MMG e specialisti (FONTE AZIENDE SANITARIE)	>=60% medici	<b>sì</b>
<i>Presa in carico: promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente (di cui alla nota prot.0282798.U del 21-3-22)</i>		
Informazione e formazione MMG e specialisti di cui alla nota di presa in carico (FONTE AZIENDE SANITARIE)	>=60% medici	<b>sì</b>
Numero di prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle	>=90%	<b>90,2%</b> (con visite di controllo in DSA)





visite di controllo (%) (FONTE ASA)		79,41% (senza visite di controllo in DSA)
Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo (%) (FONTE AZIENDE SANITARIE)	>=80%	<b>88%</b>
Numero di prescrizioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista sul totale prescrizioni tipo accesso 0 (FONTE ASA)	>=80%	<b>62,18%</b>
Numero di prenotazioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista sul totale prenotazioni tipo accesso 0 (FONTE AZIENDE SANITARIE)	>=70%	<b>66%</b>
<i>Telemedicina</i>		
Monitoraggio prestazioni a distanza: aumento in valori assoluti delle televisite/prestazioni organizzative rispetto al 2021 come da indicazioni Circolare 2/22 (FONTE AZIENDE SANITARIE e ASA)	Aumento 10% rispetto al 2021	<b>13,76%</b> in più rispetto al 2021 (prestazioni 2022: 10.261 - prestazioni 2021: 9.020)
Attivazione modalità di teleconsulto tra MMG e specialisti (FONTE AZIENDE SANITARIE)	Si almeno una specialità	Nel 2022 siglato accordo per progetto di telemedicina in ambito cardiologico
<i>Tempi di attesa</i>		
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)	>=90% entro dicembre 2022	<b>Ex ante a dicembre 2022</b> <b>98,65% visite</b> <b>99,6% esami diagnostici</b>

\* Visita oculistica, Mammografia, TAC torace, Ecocolordoppler, RM colonna, Ecografia ostetrica e ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica.

## 2.9. SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE

### Obiettivo RER

Le Aziende sanitarie devono garantire i servizi di salute mentale e dipendenze patologiche rispettando gli obiettivi previsti dalla normativa regionale e nazionale e monitorati attraverso gli indicatori di SIVER.

Particolare attenzione dovrà essere posta alle seguenti aree di attività:

- Sviluppo delle attività di psicologia nelle Case della Comunità  
Gli interventi psicologici nel contesto delle Case della Comunità hanno assunto particolare rilevanza nel corso della pandemia Covid 19 e nella programmazione regionale. Successivamente alla sperimentazione avviata nel 2021, le Aziende USL dovranno sviluppare le attività di psicologia nel contesto delle Case della comunità, come previsto negli obiettivi di mandato, con un sistema di progressiva implementazione delle figure professionali dedicati a tale attività.
- Qualificazione del sistema di accoglienza e cura dei minorenni  
Con la Delibera di Giunta n. 1444/2020 è stato avviato un percorso volto alla qualificazione del sistema di accoglienza e cura dei minorenni, per prevenire l'allontanamento dei minorenni dalla famiglia ove possibile, potenziare il sistema di valutazione e gestione delle situazioni di potenziale pregiudizio per il minore, migliorare ed integrare il sistema di raccolta dei dati e delle informazioni, potenziare un approccio integrato per la tutela dei minori.  
Nel corso del 2022 le AUSL dovranno attivare con gli Enti locali del proprio territorio, in sede di Conferenza territoriale sociale e sanitaria, le equipe di secondo livello, e predisporre le procedure per il reclutamento di personale.
- Avvio della cartella CURE per i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e la Tutela minori area sanitaria



Con Determinazione 44/2019 Intercenter è stato avviato il progetto per la costruzione della cartella socio-sanitaria CURE (Cartella Unica Regionale Elettronica) del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche delle Azienda USL. La cartella è stata già operativa per i Centri di Salute mentale. Entro maggio 2022 le cartella dovrà essere avviata in tutti i servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, entro dicembre 2022 per i Servizi di Tutela minori area sanitaria.

- Monitoraggio indicatore previsto da Nuovo Sistema di Garanzia: % di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - NSG
- Riduzione della lista d'attesa REMS  
Nel corso del 2021 vi sono stati diversi eventi che hanno messo in evidenza le criticità collegate ai pazienti autori di reato con misure di sicurezza (lista d'attesa nelle REMS, detenuti sine titolo, sentenza della Corte costituzionale e Corte europea dei diritti dell'uomo, monitoraggio Agenas e Ministero della salute).
- Programma psicopatologia 14 - 25

Le Aziende sanitarie dovranno dare applicazione al progetto regionale "Adolescenza" (DGR 590/2013) e alle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" di cui alla Circolare DG Cura della persona salute e welfare n. 1/2017, ed in particolare alla formalizzazione di modelli organizzativi a sostegno della transizione tra servizi per minori ed i servizi per adulti.

- Budget di salute dipendenze patologiche

## **Rendicontazione**

### Sviluppo delle attività di psicologia nelle Case della Comunità

Per l'anno di riferimento numerosi e qualificati sono stati gli interventi attuati da psicologi operanti trasversalmente in diverse articolazioni aziendali; tra questi psicologi alcuni rientrano nella progettazione della UO che opererà nelle Case di Comunità con la finalità di rispondere ai bisogni individuati di prevenzione, intervento diretto o eventuale orientamento verso servizi specialistici, oltre che di interfaccia verso una migliore integrazione multidisciplinare con altre figure sociosanitarie e attori del territorio.

### Qualificazione del sistema di accoglienza e cura dei minorenni

In data 21 ottobre 2022 è stata avviata l'attività dell'équipe di secondo livello, ai sensi della DGR 1627/2021 e LR 14/2008, art. 18, nell'ambito della tutela minori. Sia da parte dell'Ausl che degli Enti Locali sono stati individuati i professionisti previsti nei requisiti dell'équipe di "secondo livello", ricorrendo a una soluzione organizzativa che rispetti la previsione di ricorso a personale specificatamente dedicato e non contestualmente operante nelle équipe territoriali. L'équipe garantisce incontri almeno quindicinali.

### Avvio della cartella CURE per i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e la Tutela minori area sanitaria

In data 8 Marzo 2022 la cartella CURE è stata avviata ed è quindi regolarmente operativa in tutta la UO di Neuropsichiatria Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza; nel corso del 2023 si prevede l'operatività definitiva per i Servizi di Tutela minori area sanitaria.

### Riduzione della lista d'attesa REMS

Nel corso del 2022 non si sono rilevati pazienti sine titolo nella lista di attesa REMS.

### Programma psicopatologia 14-25

È stato attivato il Gruppo Progetto 14-25, trasversale a NPIA, Centri Salute Mentale (CSM), Servizio Dipendenze Patologiche (SERDP) ed Emergenza/Urgenza per l'attivazione di percorsi di valutazione e presa in cura congiunta e di facilitazione dei passaggi tra le UUOO coinvolte.

È stata definita la procedura aziendale per l'E/U psichiatrica dipartimentale per la fascia di età 14-25, attualmente alla valutazione da parte della Direzione Sanitaria.

Relativamente alla formalizzazione di modelli organizzativi a sostegno della transizione tra servizi per minori e i servizi per adulti l'Azienda si sta impegnando per migliorare il dato ottenuto che necessiterà di un'ulteriore implementazione.

### Budget di salute dipendenze patologiche

- Effettuato corso di formazione: "Dipendenze e servizi. Quale prassi per una progettazione di comunità. Il budget di salute" ottobre 2022 –marzo 2023 con operatori ser.dp., enti locali, enti terzo settore (con fondi area vasta 2022 dedicati alla formazione con gli enti accreditati);



- Inserita nell'accordo locale con gli enti accreditati (accordo CEA) l'attivazione di percorsi terapeutico-riabilitativi individuali fondati sull'utilizzo del budget di salute (in accordo con la dgr 2164/22);
- Inserimento del direttore di UOC SERDP nella équipe dipartimentale UVM per la definizione dei budget di salute;
- Partecipazione del direttore di UOC SERDP al tavolo regionale su budget di salute e dipendenze;
- Attivazione del gruppo di lavoro all'interno del dipartimento finalizzato alla pubblicazione di un albo fornitori che includa tra le manifestazioni di interesse percorsi di co-progettazione per budget di salute per pazienti con disturbi da uso di sostanze.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Presenza di due psicologi per ogni Distretto da dedicare alle Case della Comunità	100% dei distretti	<b>In progettazione Presenza degli psicologici in tutti e 3 i distretti</b>
Formalizzazione delle équipes di secondo livello per la Tutela minori secondo la tempistica delineata dalla DGR 1627/2022	100%	<b>100%</b>
Avvio della cartella CURE nei Servizi di Neuropsichiatria infanzia e adolescenza (Fonte: verbali di collaudo e rilevazione specifica regionale)	100%	<b>100%</b>
Avvio della cartella CURE nei servizi Tutela minori area sanitaria (Fonte: verbali di collaudo e rilevazione specifica regionale)	100%	<b>In corso</b>
Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in Psichiatria <i>(% di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche – NSG)</i>	<=6,9%	<b>2,25%</b>
Azzeramento dei pazienti "sine titolo" presenti nella lista d'attesa REMS (Fonte: SMOP)	0	<b>0</b>
Definizione di un modello organizzativo a sostegno della transizione (Fonte: almeno il 40% dei casi di passaggio di assistiti divenuti maggiorenni e con diagnosi psichiatrica dai Servizi di NPIA ai Servizi CSM, rilevato attraverso la cartella CURE)	40%	<b>21,71%</b>
Avvio sperimentale del Budget di salute per assistiti delle dipendenze patologiche (Fonte: compilazione della scheda di valutazione e monitoraggio regionale sul Budget di salute)	Invio della scheda di rilevazione e monitoraggio regionale sul Budget di salute	<b>Sperimentazione avviata</b>

## 2.10. SALUTE NELLE CARCERI

### Obiettivo RER

Lo sviluppo della Telemedicina in Sanità Penitenziaria rappresenta una rilevante opportunità per migliorare e ampliare la qualità e la tipologia di servizi offerti alle persone detenute nelle carceri, abbattendo considerevolmente i tempi di attesa e gli impatti organizzativi connessi con gli spostamenti e i trasferimenti degli stessi. Le difficoltà organizzative relative all'attività di accompagnamento dell'assistito recluso ai presidi ospedalieri esterni, per l'effettuazione di visite specialistiche ed esami diagnostici, evidenziano l'importanza di supportare l'attività sanitaria all'interno degli Istituti, quando possibile, con strumenti e modalità messi a disposizione dalla Telemedicina. Durante il 2021 tutte le Aziende USL hanno



sperimentato attività di Telemedicina. L'obiettivo è di consolidare e attivare nuovi servizi di telemedicina.

#### Rendicontazione

Sono state analizzate le possibilità di applicazione della telemedicina in diverse branche specialistiche nell'attività di assistenza sanitaria alle persone detenute, sia come tele-consulto che come tele-refertazione. Superata la fase di sperimentazione (nel 2020 la tele-diabetologia e nel 2021 la tele-infettivologia), ci si è dotati innanzitutto degli strumenti che permettono la collaborazione a distanza tra operatori, in particolare: spirometro, retinoscopio-digitale, dermatoscopio, fibroscan, audio-impedenziometro, elettrocardiografo, Holter-ECG e Holter-pessorio; successivamente si è passati alla pianificazione dello sviluppo di programmi di telemedicina nelle relative branche specialistiche: pneumologia, cardiologia, oftalmologia, dermatologia, infettivologia, otorinolaringoiatria. Completata la fase di allestimento della strumentazione necessaria per la medicina penitenziaria, si è in attesa della definizione dei termini di collaborazione diretta da parte dei rispettivi reparti ospedalieri.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Attivazione di servizi di Telemedicina negli Istituti penitenziari: <ul style="list-style-type: none"> <li>- attivazione consulenze psichiatriche</li> <li>- attivazione consulenze sulle dipendenze patologiche</li> <li>- attivazione di almeno 3 servizi specialistici di Telemedicina tra quelli che l'AUSL ha attivi sul proprio territorio</li> </ul>	Attivazione di almeno 5 servizi	<b>In implementazione per i servizi di pneumologia, cardiologia, oftalmologia, dermatologia, infettivologia, otorinolaringoiatria</b>

### 2.11. SERVIZI SOCIO-SANITARI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

#### Obiettivo RER

La programmazione del FRNA sarà approvata da questa Giunta con separato atto deliberativo.

A livello locale la programmazione e gestione del FRNA dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze e gli altri fondi nazionali, garantendo le rendicontazioni sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi.

Per le persone con disabilità, in collaborazione con gli Enti Locali, occorre assicurare una presa in carico unitaria della persona con disabilità e della sua famiglia secondo l'approccio del progetto di vita indicato anche dalla Legge 328/00, dalla LR 2/03, dalla Legge 112/2016 e dalla DGR 733/2017, favorendo l'utilizzo di tutte le risorse disponibili per l'autonomia della persona con disabilità, non solo da parte della rete dei servizi, ma anche della famiglia e delle reti informali di cura ed in particolare attraverso progetti per la vita indipendente, il dopo di noi, servizi innovativi e a minore intensità assistenziale. Particolare attenzione va assicurata ai bisogni conseguenti alla emergenza da COVID- 19 ed al sostegno alla domiciliarità.

Occorre inoltre assicurare in collaborazione con gli Enti Locali gli interventi previsti a sostegno della domiciliarità dalla DGR 130/2021 garantendo l'utilizzo e la rendicontazione delle risorse del Fondo Nazionale per le non autosufficienze attraverso il sistema SIOSS.

Le Aziende USL dovranno partecipare alla realizzazione delle linee di intervento di cui al punto A dell'allegato 1 alla propria deliberazione n. 2318/2019 "Misure a sostegno dei caregiver" ed impegnarsi, nel corso del 2022, in collaborazione con gli Enti Locali, alla realizzazione degli interventi di cui al punto B, di specifica rilevanza aziendale, prestando particolare attenzione all'individuazione di soluzioni innovative, flessibili e personalizzate, anche promuovendo l'utilizzo delle schede e degli strumenti diffusi con determinazione n. 15465 del 10/09/2020.

Per quanto riguarda il "Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare", le Aziende USL promuovono un'omogenea applicazione delle indicazioni operative per l'utilizzo delle risorse assegnate, nell'ambito del percorso regionale per il riconoscimento e il sostegno al caregiver familiare di cui alla L.R. 2/2014, garantendo la relativa rendicontazione, in collaborazione con gli Enti locali.

Le Aziende USL dovranno dare piena applicazione a quanto previsto dal Piano regionale Demenze (DGR 990/16) ed alla realizzazione ed implementazione dei PDTA demenze a livello provinciale, garantendo un percorso di presa in carico integrata e corretta gestione dei BPSD (disturbi psicologici e comportamentali



associati alle demenze, spesso causa di precoce istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione), e promuovere l'adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) per valutare le gravi e gravissime demenze (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA (Fondo Nazionale Non Autosufficienza).

Inoltre, è necessario garantire il monitoraggio dell'indicatore previsto nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia, che fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.

Anche nel 2022 occorre continuare a garantire le azioni relative alla gestione della pandemia Covid-19 nella rete dei servizi territoriali per anziani e disabili, in particolare le Aziende devono:

- continuare a garantire il supporto per la prevenzione dei contagi da COVID-19, promuovendo la formazione degli operatori sul controllo delle infezioni;
- garantire l'attuazione del Piano di vaccinazione regionale nei servizi socio-sanitari residenziali, semi-residenziali e domiciliari;
- adempiere alla richiesta di informazioni provenienti dal livello regionale e nazionale.

### Rendicontazione

Anche nel 2022 è stata mantenuta la continuità delle azioni relative alla gestione della pandemia Covid-19 nella rete dei servizi territoriali per anziani e disabili, in particolare l'Azienda ha garantito:

- o una relazione costante, tramite anche le Direzioni dei Distretti e gli Ufficio di Piano, con le strutture sociosanitarie (DGR 406 del 27-04-20) basata sull'invio di comunicazioni e indicazioni provenienti dal livello nazionale, regionale e aziendale (Linee guida, protocolli, I.O., ecc.);
- o una attività di supporto nella gestione organizzativa e logistica ai fini della prevenzione e gestione del rischio infettivo e sostegno clinico nella gestione dei casi sospetti e dei nuovi ingressi;
- o supporto alla riprogrammazione delle attività nei Centri Diurni per disabili e anziani; formazione e supporto alla organizzazione dei tamponi Covid dei nuovi ingressi nelle CRA accreditate e private e degli inserimenti in comunità dopo ricovero ospedaliero;
- o supporto per la prevenzione dei contagi da COVID-19, promuovendo la formazione degli operatori sul controllo delle infezioni;
- o l'attuazione del Piano di vaccinazione regionale nei servizi socio-sanitari residenziali, semi-residenziali e domiciliari;
- o la richiesta di informazioni provenienti dal livello regionale e nazionale.

Già nel 2021 è stata data piena attuazione a quanto previsto dal Piano regionale Demenze (DGR 990/16) ed è stato realizzato un PDTA demenze a livello provinciale. Il percorso è strutturato in modo da garantire la presa in carico integrata e la corretta gestione dei BPSD (disturbi psicologici e comportamentali associati alle demenze), spesso causa di precoce istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione.

Sono state implementate le visite domiciliari e nelle CRA per la gestione e il monitoraggio dei BPSD.

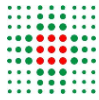
Il monitoraggio dei ricoveri ospedalieri per BPSD dei pazienti seguiti nei CDCD avviene in modo costante con cadenza semestrale. È stata inoltre creata una interfaccia facilitante alla tempestiva presa in carico nei CDCD dei pazienti ricoverati per BPSD.

Nel corso del 2022 è stata integrata nel percorso unico PDTA demenze Provinciale la DGR 2062 del 6/12/2021 sulle Demenze ad esordio giovanile.

Nel 2022 è iniziato il monitoraggio dei 21 indicatori previsti nel percorso regionale del PDTA demenze.

In continuità con gli anni precedenti è stata promossa nei CDCD e nell'attività valutativa della UVM Geriatrica l'adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) per valutare le gravi e gravissime demenze (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA (Fondo Nazionale Non Autosufficienza).

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
<i>Programmazione e gestione unitaria in collaborazione con gli Enti Locali delle risorse FRNA</i>		
Compilazione in collaborazione con gli UDP del quadro allargato delle risorse FRNA: adempimento debiti informativi regionali	100%	<b>100%</b> Trasmissione agli Uffici di Piano consuntivo anno 2021 colonne FRNA/FNA/Dopo di Noi il 30/06/2022. Validazione dati quadro allargato



		risorse FRNA da parte Uffici di Piano entro il 25/07/2022
Rendicontazione in collaborazione con gli UDP dei dati di attività del sistema dei servizi FRNA: adempimento debiti informativi regionali	100%	<b>100%</b> Trasmissione agli Uffici di Piano dati di attività del sistema dei servizi FRNA anno 2021 il 29/06/2022 e successiva trasmissione agli Uffici Regionali di competenza da parte degli Uffici di Piano
<u>Programmazione e rendicontazione risorse FNA e fondo "Dopo di Noi"</u>		
Rendicontazione in collaborazione con gli UDP sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi FNA: adempimento debiti informativi sistema SIOSS	100%	<b>100%</b> Trasmissione agli Uffici di Piano rendicontazione spesa FNA anno 2019 per adempimento sistema SIOSS e trasmissione beneficiari e utilizzo risorse FNA anno 2020 al 100% (al netto quota Vita Indipendente) per adempimento sistema SIOSS
Rendicontazione in collaborazione con gli UDP sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi fondo "Dopo di Noi": adempimento debiti informativi sistema SIOSS	100%	<b>Rendicontazione inviata</b>
<u>Prevenzione dei contagi e gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19 nella rete dei servizi socio-sanitari per anziani e disabili</u>		
Attuazione del Piano di vaccinazione regionale nei servizi socio-sanitari: utenti vaccinati nei servizi residenziali e semi residenziali per anziani e disabili al 30 giugno 2022	≥ 90%	<b>95,17%</b>
<u>Sostegno per le persone anziane e disabili ed i loro caregiver, in collaborazione con gli Enti Locali, con particolare attenzione al sostegno alla domiciliarità</u>		
Rendicontazione utilizzo Fondo Caregiver in collaborazione con gli UDP in particolare per i progetti personalizzati di sollievo al care giver in ambito domiciliare. Adempimento debiti informativi	100%	<b>100%</b> Rendicontazione completata in collaborazione con gli UDP e trasmessa entro il 28/04/2023 come da richiesta regionale – Area Integrazione Sociosanitaria dell'Area della non autosufficienza
<u>Recepimento delle schede e degli strumenti per il riconoscimento e il sostegno del Caregiver familiare, di cui alla determinazione n. 15465 del 10/09/2020</u>		
Evidenza diffusione scheda "Riconoscimento del caregiver familiare" in ogni ambito Distrettuale	100%	<b>100%</b>
Evidenza di utilizzo "sezione Caregiver" con valutazione dei bisogni all'interno dei progetti personalizzati attivati/aggiornati nel 2022	Almeno 50% dei progetti personalizzati nell'anno	<b>50,25%</b>
<u>Monitoraggio indicatore da Nuovo Sistema di Garanzia</u>		



Numero di Anziani Non Autosufficienti in trattamento socio- sanitario residenziale/popolazione residente	$\geq 24,6$	<b>46,86%</b>
<i><u>Realizzazione ed implementazione dei PDTA demenze a livello provinciale così come previsto dalla DGR 159/2019</u></i>		
Adozione formale PDTA aziendale o interaziendale secondo i documenti aziendali pubblicati	100%	<b>100%</b>
<i><u>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)</u></i>		
Numero di utenti con scheda CDR sul totale dei pazienti secondo la documentazione in possesso dell'Azienda	$\geq 60\%$	<b>74%</b>



### 3. ASSISTENZA OSPEDALIERA

#### 3.1. ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO DI RIORDINO OSPEDALIERO

Durante il biennio 2020-2021, a seguito dell'epidemia COVID-19 sul territorio della Regione Emilia-Romagna, si è resa necessaria una profonda rimodulazione organizzativa dei servizi ospedalieri conseguente alla necessità di rispondere alle esigenze determinate dalla diffusione di una patologia infettiva altamente contagiosa e impattante sulle condizioni di salute dei cittadini. Nel 2022, il fenomeno epidemico è ancora presente e impattante sull'organizzazione della rete ospedaliera, anche se il livello di impegno di occupazione dei posti letto e di accesso alle strutture di emergenza-urgenza è diminuito rispetto al biennio precedente.

Nell'anno 2022 dovranno proseguire le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015, anche in relazione alle indicazioni già fornite o che saranno prodotte in corso d'anno, confermate ad oggi anche in presenza dell'emergenza pandemica.

Per quanto concerne l'obiettivo della riconduzione dei Posti Letto ai tassi previsti dal DM 70/2015 (3,7 per 1000 abitanti), questo può considerarsi sostanzialmente raggiunto a livello regionale. Le Aziende sanitarie sono tenute a concordare preventivamente qualsiasi modifica incrementale della dotazione di posti letto rispetto al dato del 31.12.2019.

La Regione Emilia-Romagna con DGR 677 del 15.06.2020 ha adottato il Piano di Riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera regionale, in recepimento del D.L. 34/2020. Tale piano di adeguamento strutturale è in corso di attuazione e le Aziende sono oggetto di monitoraggio periodico da parte della Regione sul rispetto dei tempi di conclusione dei lavori previsti.

Secondo quanto previsto dall'art. 2 comma 1 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, sono state avviate le azioni per il raggiungimento dello standard di dotazione di posti letto di terapia intensiva, pari a 0,14 per 1.000 abitanti, tramite la realizzazione di nuovi 197 posti letto per rispondere in maniera più adeguata alle esigenze determinate dall'emergenza COVID-19.

In relazione all'adeguamento della dotazione regionale di area semi-intensiva, definito dall'art. 2 comma 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, non è previsto un aumento di posti letto ma la riqualificazione di posti letto di area medica già esistenti, con il raggiungimento di una dotazione complessiva pari a 312 posti letto.

In coerenza con le precedenti disposizioni, si ribadisce che, anche a parità di posti letto totali, non potranno essere accolte richieste di variazioni che comportino un passaggio di posti letto tra discipline per acuti, lungodegenza e riabilitazione (né tra le diverse sub discipline riabilitative) se non compatibili con gli standard complessivi regionali e motivati da uno specifico fabbisogno espresso formalmente.

Per discipline afferenti alle reti Hub & Spoke (H&S), così come individuate dalla DGR 2040/2015, la verifica del fabbisogno avviene a livello regionale, pertanto, nelle more dell'adozione degli specifici indirizzi elaborati da gruppi multidisciplinari e multiprofessionali incaricati della revisione delle reti regionali, non potranno essere previste attivazioni di posti letto per le discipline afferenti alle suddette reti.

#### **Rendicontazione**

In recepimento del D.M. 70/2015, della DGR 2040/2015, alla programmazione strategica contenuta nel Piano aziendale di Organizzazione e Sviluppo approvato nel 2017 e in risposta all'evoluzione della medicina e degli standard clinici, l'Azienda ha riorganizzato le proprie strutture ospedaliere sulla base della specializzazione, in un'ottica di rete provinciale e regionale, individuando per ognuno dei quattro stabilimenti della rete ospedaliera (Piacenza, Fiorenzuola d'Arda, Castel San Giovanni e Bobbio) una specifica vocazione, condizione necessaria per garantire una appropriata concentrazione della casistica e conseguenti migliori livelli di clinical competence dei professionisti che vi operano.

Nello specifico:

- Ospedale di Piacenza: stabilimento Hub, è il riferimento provinciale per l'attività chirurgica d'urgenza e per tutte le specialità caratterizzate da un'alta complessità. Nell'anno 2022 si è mantenuto il potenziamento della possibilità di incremento di letti di terapia intensiva e subintensiva secondo il modello di letti staffabile. Inoltre sono state individuate nelle varie UU.OO. di degenza, nella parte funzionalmente più idonea, stanze da destinare a ricoveri di pazienti risultati positivi al covid ma





asintomatici, al fine di garantire e privilegiare il percorso assistenziale più adeguato per la patologia che ha determinato il ricovero (cosiddette bolle). Sono state definite procedure per la gestione e sorveglianza di questi pazienti;

- Ospedale di Castel San Giovanni: riferimento provinciale per la chirurgia programmata di media e bassa complessità, è anche stato identificato come “Ospedale della donna”. Durante il 2022 si è potenziata l’attività chirurgica e cardiologica con l’istituzione della UO “Cardiologia Val Tidone con indirizzo riabilitativo, prevenzione cardiovascolare e scompenso cardiaco”;
- Ospedale di Fiorenzuola: identificato come Polo Riabilitativo Emilia Nord a valenza interprovinciale, durante il corso del 2022 è stata completata la riorganizzazione del dipartimento riabilitativo, con l’apertura a maggio 2022 del nuovo reparto Neuroriabilitazione – Gravi Cerebrolesioni Acquisite composto da 10 posti letto;
- Ospedale di Bobbio: con delibera del Direttore Generale n. 387 del 29/07/2022 è stato trasformato in Ospedale di Montagna da ospedale di comunità, mantenendo le sue potenzialità di offerta sanitaria: Ppi, degenza medica per acuti, lungo degenza, servizio dialisi e polispecialistica ambulatoriale, con una dotazione di 24 posti letto. L’attivazione dei posti letto a Bobbio è avvenuta attraverso una ridefinizione complessiva delle recettività delle varie UU.OO., senza superare il numero complessivo di posti letto previsti.

Per quanto riguarda l’emergenza-urgenza oltre all’attività h24 del Pronto Soccorso di Piacenza e al PPI attivo a Bobbio h24, nel 2022 si è proceduto all’apertura del Pronto soccorso di Fiorenzuola, oggetto anche di un intervento di riqualificazione, e di Castel san Giovanni garantendo l’attività h12.

### **3.2. APPROPRIATEZZA, UTILIZZO EFFICIENTE DELLA RISORSA POSTO LETTO, CONTROLLI SANITARI, RICOVERI INTERNI ED ESTERNI, CODIFICA DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

#### **Obiettivo RER**

L’efficiente utilizzo dei posti letto può essere descritto efficacemente da diversi indicatori, tra i quali risulta particolarmente significativo l’ICP (Indice Comparativo di Performance), in quanto mette a confronto la degenza media di un reparto o di un ospedale rispetto a quella regionale a parità di disciplina o di struttura permettendo il confronto di realtà territoriali differenti; va sottolineato come i dati regionali dell’anno 2021 riportino una variabilità rilevante fra le diverse realtà ospedaliere, se pur con un trend migliorativo rispetto agli anni precedenti, con un ICP che, compresi i casi estremi varia da 1.31 a 0.81 (per i soli stabilimenti pubblici).

Un’adeguata gestione dei posti letto (bed management, protocolli per le dimissioni difficili, ecc.) favorisce inoltre un miglioramento delle performance riguardanti i tempi di attesa per i ricoveri chirurgici e il sovraffollamento in PS.

In attuazione agli standard relativi all’assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l’appropriatezza di erogazione dei ricoveri medici e chirurgici in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA.

Particolare attenzione dovrà essere posta agli ambiti e alle discipline che presentano le maggiori criticità (ORL, Ortopedia, Urologia, Gastroenterologia) legate ai DRG potenzialmente inappropriati indicati nell’allegato 6-A del DPCM 12/01/2017 (LEA), mediante la definizione di percorsi e protocolli specifici per le condizioni suscettibili di trasferimento al regime diurno o ambulatoriale. Si ricorda peraltro che alcune prestazioni in regime ordinario risultano attualmente disincentivate attraverso l’abbattimento tariffario previsto dalle DGR 918/2018 e 1875/2020.

Nell’ambito della verifica dei LEA, il DM 12 marzo 2019 – “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”, operativo dal 1° gennaio 2020, ha identificato per l’analisi dell’Assistenza Ospedaliera sette indicatori cosiddetti “Core” che risultano determinanti per la valutazione complessiva a livello nazionale dell’area stessa.

#### **Controlli Sanitari esterni e interni**

Si richiede particolare attenzione nel favorire l’attuazione di quanto contenuto nella Determina DGCPWS n. 335 del 03/01/2022 (Piano Annuale dei Controlli 2022, cosiddetto PAC), con specifico riferimento al



rispetto dei criteri di campionamento e al raggiungimento delle soglie di verifica delle cartelle cliniche per ciascuna tipologia di controllo ivi indicata. Speciale cura dovrà essere rivolta al completamento delle informazioni riguardanti i controlli sanitari nel flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e alla rendicontazione semestrale dell'attività di controllo sanitario, entrambe caratterizzate allo stato attuale da una estrema variabilità interaziendale.

Per garantire la rendicontazione regionale annuale al Ministero della Salute, ciascuna Azienda oltre ai controlli previsti dalla già citata Determina 335/2022, dovrà aggiungere almeno un ulteriore 2,5% di controlli interni e/o esterni relativi ai ricoveri con DRG ad elevato rischio di inappropriatazza indicati nell'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017 (LEA).

I controlli sanitari andranno effettuati secondo le indicazioni fornite dalla Determina 11240 del 06/07/2020, prediligendo la modalità a distanza qualora possibile oppure, in caso debbano svolgersi necessariamente in presenza, previa garanzia della sicurezza degli operatori secondo le vigenti disposizioni sulla prevenzione della malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) e mediante la disponibilità di sedi specificamente dedicate di pertinenza non sanitaria (biblioteche, uffici, aule, etc.).

### **Rendicontazione**

La pandemia da Covid-19 ha ancora avuto impatto sull'erogazione dei servizi sanitari e anche, nello specifico, sull'utilizzo dei posti letto (PL) ospedalieri. Alcune Unità Operative hanno mostrato dati di ICP in aumento, in parte correlabili agli effetti della pandemia Covid che ha comportato da un lato una riduzione dei posti letto disponibili di lungodegenza, sia all'interno del presidio che all'esterno (per riconversione temporanea di posti letto di lungodegenza del privato accreditato in posti letto Covid, con conseguente minor disponibilità di offerta per pazienti post-acuti), e dall'altro una maggior difficoltà nella dimissione presso strutture extraospedaliere di pazienti ancora positivi, con conseguente allungamento della durata della degenza. In questo contesto è di fondamentale importanza la gestione della risorsa posto letto per acuti, funzione affidata al bed management, operativo in azienda dal 2015, e gestita dai bed manager di primo e secondo livello in stretta collaborazione con i Responsabili di PS centrale e periferici, con il Direttore della Medicina d'urgenza e con il medico di direzione medica con funzioni di RAE. Il bed management ha permesso l'ottimizzazione dei PL mediante un governo globale di accettazioni, trasferimenti e dimissioni e un miglioramento dei flussi dei ricoveri assicurando il coordinamento e l'integrazione tra il bisogno di ricovero, la logistica, le aree produttive ospedaliere e i percorsi diagnostico-terapeutici, supportando così l'efficienza dei processi clinico assistenziale e contenendo eventuali sprechi di risorse. L'adeguata gestione dei posti letto (bed management, protocolli per le dimissioni difficili, ecc.) ha favorito inoltre un miglioramento delle performance riguardo il sovraffollamento in Pronto Soccorso ed è stato strumento gestionale di riferimento per la gestione delle diverse fasi dell'emergenza Covid.

Al fine di contribuire ad una maggiore efficienza dell'utilizzo dei posti letto, l'UOC di Ostetricia e Ginecologia ha collaborato all'interno del Dipartimento Materno Infantile e in interfaccia con Dipartimento Cure Primarie e PLS nell'ambito del miglioramento della dimissione integrata mamma/bambino, come anche richiesto dal DGR 2050 del 2019, ottimizzando i tempi di degenza materna in ottemperanza alle Linee guida Regionali e Nazionali.

Il tasso di ospedalizzazione, pur in risalita rispetto all'anno 2021 per la ripresa dell'attività di ricovero programmato, conferma il trend in riduzione già riscontrato dal 2019, per effetto del potenziamento della presa in carico territoriale e del trasferimento di prestazioni in regimi assistenziali più congrui (ampliamento day service ambulatoriale).

#### Controlli Sanitari esterni e interni

L'attività di controllo esterno in materia di ricoveri viene condotta dall'Azienda USL secondo quanto definito dalla specifica normativa regionale e, in particolare, dalla DGR 354/2012 che stabilisce entità e tempistica dei controlli e dalla Determinazione n. 335 del 12/01/2022 contenente il Piano Annuale dei Controlli.

Le strutture private accreditate insistenti sul territorio provinciale che devono essere obbligatoriamente sottoposte a controllo a oggi sono le Case di Cura Piacenza, Sant'Antonino e San Giacomo. Per ogni erogatore deve essere assicurato un controllo analitico annuo del 10% delle cartelle cliniche a cui si aggiunge il controllo del 10% dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza presenti nel campionamento regionale (a cui si aggiunge il 2,5% di tutti i potenzialmente inappropriati) e del 100% dei *day hospital* di tipo diagnostico presenti nel campionamento regionale.

I principali elementi oggetto di valutazione sono:



- l'appropriatezza della codifica e la sua congruità con quanto riportato in cartella;
- l'appropriatezza organizzativa: valutazione della giornata pre-intervento; valutazione dell'appropriatezza del *setting* assistenziale, valutazione dell'appropriatezza delle giornate oltre-soglia;
- controlli su specifiche categorie definite negli accordi locali (es. appropriatezza del *setting* riabilitativo intensivo/estensivo).

I controlli sono condotti con cadenza trimestrale: a partire dal ritorno informativo delle SDO, elaborato dalla Regione, vengono selezionate le cartelle da sottoporre a controllo; il campionamento dei controlli tiene conto in primis della normativa regionale che indica alcune categorie di controllo obbligatorie, secondariamente vengono selezionate casistiche emergenti o di interesse specifico. Al termine dei controlli sulle cartelle del trimestre si procede all'invio alle Strutture coinvolte del relativo verbale.

Relativamente alle prestazioni 2022 i controlli sono ancora in corso, nel rispetto delle tempistiche definite dalla Regione. I controlli attualmente conclusi sono quelli relativi ai primi nove mesi del 2022, terminati con invio formale dei verbali. Considerando la casistica totale (con l'inclusione anche dei controlli sui dimessi del 4° trimestre, già selezionati, ma non formalmente conclusi) è stato sottoposto a controllo il 10,5% della produzione totale delle tre strutture dell'anno 2022 e, in aggiunta, il 65,9% dei ricoveri che hanno generato un DRG ad alto rischio di inappropriatazza presenti nel campionamento regionale (cui sono state aggiunte ulteriori 44 cartelle per ampliare la casistica), il 100% dei DRG 088 e 429 inclusi nel campionamento regionale e il 100 % dei *day hospital* di tipo diagnostico a carico del SSN per un totale di 1.020 cartelle cliniche.

Relativamente ai controlli interni, l'Azienda USL ha verificato 6.277 SDO riferite a pazienti dimessi nel corso dell'anno 2022 dalle Unità Operative del Presidio Unico di Piacenza, pari al 21,7 % delle schede di dimissione 2022 prodotte e trasmesse alla banca dati regionale, che ammontano a 28.939.

A questi si aggiungono i controlli riferiti ai DRG maldefiniti (campo tipologia di controllo interno valorizzato con 1), i controlli riferiti alla corretta codifica della diagnosi principale di sepsi (campo tipologia di controllo interno valorizzato con 5) e i controlli riferiti alla corretta codifica casi con Malattia da Covid-19 (DM 28/10/2020, campo tipologia di controllo interno valorizzato con 16).

I controlli valorizzati con 1 (12 SDO), 5 (167 SDO) e 16 (36 SDO), tuttavia, non esauriscono il totale di questi controlli, dal momento che, per lo più, la verifica non si è limitata al solo controllo specifico, ma si è trattato di una verifica complessiva che ha richiesto la consultazione della documentazione sanitaria, rientrando quindi nelle tipologie già indicate.

Il campione delle SDO da verificare non è stato estrapolato con campionamento casuale, ma si è trattato di verifiche mirate ai casi che apparivano più critici. Tra queste verifiche sono compresi tutti i casi di ricovero con implicazioni economiche, nei tempi utili per le seguenti attività amministrative, quali ricoveri in libera professione, ricoveri di cittadini stranieri a vario titolo solventi, ricoveri previsti dalla convenzione con lo IOR. Rientrano in queste tipologie anche le verifiche delle SDO effettuate a seguito della segnalazione dei referenti Sicher di difformità tra i due flussi informativi – SDO e SICHER - che implicavano lo scarto della scheda Sicher. E così pure le verifiche delle SDO effettuate a seguito della segnalazione di difformità tra i flussi informativi SDO e SSCL.

I potenziali errori riscontrati nel corso delle verifiche, rispetto alle indicazioni contenute nelle specifiche linee-guida SDO, ovvero rispetto ai contenuti della cartella clinica, di norma con cadenza mensile, sono stati oggetto di discussione con il medico di riferimento di ciascuna U.O. di dimissione, che ha sottoscritto le rettifiche concordate. Per le SDO da rivedere riferite alle dimissioni dalle Unità Operative dello stabilimento di Piacenza è stato altresì restituito alle UU.OO. di degenza un riepilogo mensile.

In linea con le dimensioni del controllo definite dal PAC, sono stati inoltre sottoposti a controllo il 100% dei DRG 088 e 429, il 100% dei DH diagnostici, il 54,03 % dei DRG potenzialmente inappropriati inclusi nel campionamento regionale, il 5,10 % dei dimessi per la documentazione sanitaria.

Nel 2022 sono stati consolidati i due invii previsti per la rendicontazione dell'attività relativa all'anno precedente, sia per quanto riguarda i controlli esterni (tramite file FECS, consolidato senza scarti né segnalazioni), sia quelli interni (tramite dato aggregato). Inoltre, sono stati inseriti in SDO i controlli effettuati sui dimessi del 2022 e sono state date indicazioni alle Case di Cura affinché valorizzassero in SDO i controlli esterni eseguiti dall'Azienda USL.

L'intervento per frattura del collo del femore entro 48 ore è stato oggetto di attenzione da parte dell'Azienda nel corso del 2022: a settembre è stato costituito un gruppo di lavoro aziendale composto da



tutti i professionisti coinvolti nel percorso, che ha portato alla stesura della procedura interdipartimentale “La gestione di frattura del collo del femore nel paziente anziano”. Ciò ha consentito nell’ultimo trimestre dell’anno di registrare un miglioramento nella performance, fino a raddoppiare il valore (70%) se rapportato a quello di agosto (35%). I miglioramenti derivanti dalle azioni correttive messe in atto si potranno vedere nel corso degli anni, già a partire dal 2023.

Rispetto alle colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore ai 3 giorni si registra un buon trend rispetto al valore 2021 (65,43%) migliorabile per il raggiungimento del target; tra le motivazioni che possono portare a una degenza superiore ai 3 giorni, potrebbero incidere 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.

Rispetto all’indicatore riguardante la % di parti cesarei in strutture con più di 1.000 parti l’Azienda registra un ottimo risultato. Durante il 2022 potendo riprendere in modo più ordinario e costante l’interfaccia multiprofessionale e l’interfaccia ospedale/territorio nella gestione delle gravidanze a rischio, è stato possibile realizzare:

- un ampliamento delle sedute ambulatoriali ospedaliere per la gestione della gravidanza patologica;
- la condivisione di PDTA con altre specialità (es neurologia, cardiologia, diabetologia, medicina ERI, endocrinologia ecc.) che ha indotto a una migliore adesione alle Linee Guida di riferimento con riduzione di tagli cesarei primari non appropriati.

In quest’ottica è risultata performante la scelta della Direzione delle Professioni sanitarie e della Piattaforma Materno Infantile nell’introduzione della figura di una case manager ostetrica nel DMI con funzione di interfaccia ospedale /territorio e di collegamento e tenuta delle pazienti sui diversi percorsi con efficace presa in carico.

<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Valore raggiunto 2022</b>
Indice Comparativo di Performance	compreso tra 0.9 e 1.26	<b>1,06</b>
H01Z – Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	140 per 1.000 abitanti	<b>118,07</b>
H02Z – Quota interventi per TM mammella eseguiti in reparti con interventi annui >150 (con 10% tolleranza)	>= 90%	<b>98,97%</b>
H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	< 0,15	<b>0,17</b> <b>Presidio Unico Ausl 0,14</b> <b>Strutture private accreditate 0,39</b>
H05Z – Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>= 90%	<b>73,75%</b>
H13C – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	>= 80%	<b>41,32%</b>
H017C/H18C – % parti cesarei primari in strutture con <1.000 parti e % parti cesarei primari in strutture con ≥1.000 parti	<1.000 parti <=20% punteggio sufficienza <=15% punteggio massimo ≥1.000 parti: <=25% punteggio sufficienza <=20% punteggio massimo	<b>17,49%</b>
Ulteriori controlli interni ed esterni sui DRG a rischio di inappropriatelyzza, secondo l’allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017	≥ al 2,5% della produzione annua complessiva di ricoveri per struttura	<b>Controlli esterni: 13,3%</b> <b>Controlli interni: 8,8%</b> del totale dei ricoveri con DRG a rischio inappropriatelyzza



### **3.3. FACILITAZIONE ALL'ACCESSO: RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO**

#### **Obiettivo RER**

Durante il 2021, l'epidemia COVID-19 ha assorbito gran parte delle risorse ospedaliere, sebbene in misura minore rispetto al 2020. Il perdurare della pandemia ha tuttavia continuato ad avere un impatto sulla produzione, a seguito del rinvio degli interventi programmati procrastinabili, pur nella garanzia del mantenimento dell'erogazione dei ricoveri urgenti, per patologie in classe A e tempo-dipendenti.

Tenuto conto di quanto premesso e sulla base di quanto previsto dalla DGR 272/2017 e dalla DGR 603/2019 (recante il nuovo PRGLA 2019-2021), a tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio epidemico, rimangono sempre 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

Nonostante il contesto descritto in premessa, nel 2021 le aziende sono riuscite ad aumentare considerevolmente la capacità di ricovero per interventi programmati, contribuendo al recupero della casistica rinviata nel 2020.

Per il 2022 viene dato mandato alle aziende di perseguire, all'interno della pianificazione aziendale, un miglioramento rispetto alla performance 2021, con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio.

In riferimento alla casistica rinviata durante il 2020 e il 2021, nel 2022 è previsto che le aziende recuperino l'intera casistica, adottando specifici programmi aziendali finalizzati al pieno raggiungimento dell'obiettivo.

Le Aziende devono altresì 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; la Regione provvederà inoltre a valutare la completezza del flusso SIGLA mediante linkage con il flusso SDO.

Per ogni Azienda sanitaria dovrà essere assicurata l'analisi dell'appropriatezza e la conseguente omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione peri-operatoria del paziente. Per ciascuna struttura dovrà essere conseguita l'unificazione dell'organizzazione del percorso.

Le Aziende devono infine predisporre materiali informativi uniformi, di livello almeno intra-aziendale, inerenti le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato. Rispetto agli elementi di trasparenza si richiama la necessità di pubblicazione dei dati, come previsto dalla normativa.

Si pone particolare enfasi per il 2022 sugli obiettivi di performance degli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio, con particolare riguardo alla casistica oncologica, obiettivo fondamentale per garantire un equo accesso ai servizi da parte dei cittadini.

Viene altresì richiesto il recupero della casistica rinviata durante il 2020 e 2021 a causa della pandemia.

Il raggiungimento di tali obiettivi è legato alla capacità di aumento della produzione chirurgica totale, per la quale viene richiesto un valore di almeno il 92% rispetto al 2019.

Gli obiettivi di seguito elencati sono riferiti alla performance complessiva regionale; a questi le Aziende sono chiamate a concorrere in maniera diversificata, tenuto conto del contesto locale e della propria capacità produttiva e degli eventuali accordi con il privato accreditato, alla luce anche del protocollo di intesa di cui alla DGR n. 1145 del 2022 in merito al recupero delle liste di attesa.

#### **Rendicontazione**

Come nei due anni precedenti, il 2022 è stato segnato dalla pandemia sostenuta dalle varianti del virus Covid-19, con impatto diretto sulle risorse ospedaliere, soprattutto per quanto riguarda la risorsa posto letto per i ricoveri programmati.

Si sono verificati diversi picchi di ricoveri di pazienti Covid positivi, caratterizzati da bassa intensità di cura, ma che hanno costretto, all'inizio dell'anno, a ridurre l'attività chirurgica programmata. Un altro aumento significativo di ricoveri si è verificato alla fine dell'anno, in occasione dell'epidemia influenzale, in aggiunta al quadro pandemico Covid-19.



Dal 2020 si è deciso strategicamente di mantenere lo stabilimento di Castel San Giovanni (Val Tidone) covid-free e al contempo di trattare presso lo stabilimento di Piacenza i casi di pazienti affetti da Covid 19, con rimodulazione dei posti letto chirurgici e della recovery room; inoltre si sono mantenute presso il comparto operatorio di Piacenza le urgenze e le specialità che richiedono supporti e strumentazioni non disponibili a Castel San Giovanni. Infine, una parte dell'attività chirurgica è stata trasferita nel contesto della Casa di Cura Piacenza (unica struttura presente sul territorio provinciale sede di attività chirurgica): nel 2022 è stata infatti prorogata la convenzione per l'attività chirurgica elettiva non erogabile presso l'Azienda, per scarsità di risorse posto letto e di medici anestesisti. Nei mesi di febbraio, marzo, luglio, settembre e ottobre sono state effettuate presso la casa di cura Città di Piacenza sedute elettive di ortopedia, e da novembre a dicembre sedute di ORL, chirurgia plastica e chirurgia generale, per un totale di 98 sedute operatorie.

Durante l'intero 2022, in condizioni di risorse limitate, la priorità è sempre stata focalizzata sulla preservazione delle patologie tempo dipendenti, in particolare le classi A.

Al fine di ridurre e contenere i tempi di attesa degli interventi chirurgici, la direzione aziendale, insieme al gruppo di miglioramento multiprofessionale e multidisciplinare per i ricoveri chirurgici elettivi, ha identificato le seguenti azioni di miglioramento: appropriatezza dell'inserimento in lista, programmazione e monitoraggio stretto delle classi A, efficienza delle sale operatorie (equilibrio sotto-sovra utilizzi), rivalutazione della mission delle varie sedi operatorie, inclusa la mission della Casa Di Cura Piacenza, autonomia del precovero. Sono stati creati diversi gruppi di lavoro: strategico, di programmazione, di programmazione settimanale e operativi. È stata inoltre effettuata una "pulizia" delle classi A in lista e parallelamente un lavoro di informazione e sorveglianza presso i direttori di UO per ottenere un corretto inserimento dei pazienti in classe A, ricordando l'obiettivo regionale di raggiungimento del 90% dei ricoveri entro i 30 gg dall'inserimento in lista d'attesa (classi A).

L'indice di performance per le classi A è migliorato dal 74% (inizio anno 2022) al 96% (dicembre 2022).

Le sedute operatorie sono state assegnate in base alla necessità di ogni unità operativa di trattare le classi A, e sono stati attuati adeguamenti puntuali per rispondere a situazioni specifiche.

È stato inoltre sviluppato e potenziato un sistema di reporting settimanale per la direzione sanitaria e la direzione generale.

Nel 2022 sono stati banditi concorsi per l'introduzione di nuove figure professionali quali un ingegnere gestionale per la gestione della attività operatoria e un direttore di anestesia aziendale unico su tutti gli stabilimenti.

La performance per gli interventi oncologici soggetti a monitoraggio PNGLA risulta in miglioramento, prossima al valore desiderato del 90%, a dimostrazione dello sforzo attuato per soddisfare la priorità delle patologie tempo dipendenti.

Anche la performance degli interventi di protesi d'anca è in miglioramento. A riguardo sono state messe a disposizione degli ortopedici un maggior numero di sedute, pur residuando la criticità delle clinical competences, oltre alla ben nota carenza e difficoltà di reclutamento di personale medico.

Buona la performance per gli interventi cardiovascolari, mentre per gli interventi di chirurgia generale soggetti a monitoraggio PNGLA, il risultato risente della centralizzazione delle risorse a favore del rispetto dei tempi d'attesa delle patologie tempo dipendenti.

La performance delle procedure di biopsia percutanea del fegato è dell'85,19%: il numero di interventi è esiguo e in alcuni casi la biopsia del fegato è stata eseguita nel corso di ricoveri per patologie ritenute non tempo dipendenti. L'Azienda sta ricercando soluzioni informatiche per il corretto inserimento e il monitoraggio della biopsia epatica.

La produzione chirurgica aziendale totale è dell'88% rispetto alla produzione del 2019: il valore raggiunto può ritenersi soddisfacente, anche se non raggiunge il valore desiderato, considerate alcune criticità come per esempio l'organico dei medici anestesisti che è fortemente diminuito rispetto al 2019 e che, nonostante i concorsi fatti, mostra carenze.

L'attuazione del Piano Operativo di Recupero degli interventi chirurgici rinviati durante il 2020 e 2021 a causa della Pandemia Covid-19 ha permesso il recupero del 96% della casistica, sia attraverso l'attuazione di un progetto incentivante per i medici sia di un efficace lavoro di pulizia della lista.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
------------	--------	-----------------------



<i>Calcolo retrospettivo da SDO dell'erogato entro i tempi per gli interventi sottoposti a monitoraggio</i>		
Per gli interventi oncologici soggetti a monitoraggio PNGLA	≥ 90% entro i tempi di classe di priorità	<b>86,42%</b>
Per gli interventi di protesi d'anca	≥85% entro i tempi di classe di priorità	<b>70,54%</b>
Per gli interventi cardiovascolari soggetti a monitoraggio PNGLA	≥ 90% entro i tempi di classe di priorità	<b>94,38%</b>
Per gli interventi di chirurgia generale soggetti a monitoraggio PNGLA	≥ 75% entro i tempi di classe di priorità	<b>30,67%</b>
Per gli interventi di biopsia percutanea del fegato	≥ 90% entro i tempi di classe di priorità	<b>85,19%</b>
Produzione chirurgica totale per azienda	≥92% della capacità produttiva chirurgica del 2019	<b>88,19%</b>
<i>Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA</i>		
Indice di completezza del flusso SIGLA/SDO	≥ 90%	<b>93,5%</b>
<i>Volume degli interventi chirurgici per azienda produttrice</i>		
Attuazione del Piano Operativo di Recupero degli interventi chirurgici rinviati durante il 2020 e 2021 a causa della Pandemia Covid-19	≥80% recupero della casistica	<b>96%</b>

### **3.4. RETI CLINICHE DI RILIEVO REGIONALE**

Nel 2021 sono stati rinnovati i Coordinamenti Regionali di Rete per le funzioni di Cardiologia e Chirurgia Cardio-vascolare, Neuroscienze, Oncologia e Oncoematologia, con DGR 154/2021.

Sono obiettivi regionali per l'anno 2022:

- il proseguimento delle attività per la predisposizione di documenti relativi alle proposte di rete negli specifici ambiti;
- il monitoraggio degli assetti di rete definiti;
- la definizione di nuove proposte di organizzazione di rete negli specifici ambiti.

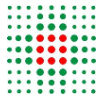
È obiettivo per le Aziende Sanitarie la garanzia della partecipazione fattiva e del supporto dei propri professionisti agli organismi sopra indicati, avuto riferimento ai ruoli formalmente attribuiti e ai mandati conferiti dai provvedimenti regionali di costituzione. Le attività degli organismi summenzionati dovranno tenere conto delle esigenze e delle riconfigurazioni dei servizi venutesi a creare a seguito della pandemia COVID-19.

Di seguito si riportano gli obiettivi relativi a specifiche reti, derivanti da provvedimenti nazionali e/o regionali.

#### **3.4.1. Rete Cardiologica e Chirurgica Cardio-vascolare**

##### **Obiettivo RER**

Nel 2022 verrà verificata l'aderenza agli standard delle Unità operative ospedaliere per il trattamento dei pazienti con infarto miocardico acuto previsti dal DM 70/2015, dalla DGR 2040/2015 e dall'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018. Verranno, altresì, monitorati l'applicazione dei contenuti delle DGR 2185/2019 "Definizione della rete della Cardiologia Interventistica Strutturale dell'Emilia-Romagna - Approvazione di indicazioni regionali per il trattamento della stenosi aortica avanzata con impianto transcateretere di protesi valvolare aortica (TAVI)", DGR 877/2021 "Linee di indirizzo regionali per la costituzione della Rete per l'Emergenza-Urgenza Cardiologica e Chirurgica Cardiovascolare, ai sensi della DGR N. 2040/2015" e della DGR 198/2022 "Linee di indirizzo per la rete regionale dell'Aritmologia ed



Elettrofisiologia Cardiologica nella Regione Emilia-Romagna”.

### Rendicontazione

#### Percorso TAVI

Conclusa la definizione degli aspetti organizzativi del percorso, dal primo contatto con la struttura ospedaliera fino alla formulazione della diagnosi e l'inizio della successiva presa in carico ospedaliera dall'Heart team del centro Hub di Parma. Identificati gli indicatori di monitoraggio del percorso e l'interfaccia con l'UO Geriatria per la valutazione multidisciplinare geriatrica.

#### PDTA - Percorso STEMI

Nel corso dell'anno 2022 è stato integrato il percorso aziendale introducendo il processo specifico di gestione del paziente con sospetto Covid-19, dal soccorso in emergenza/urgenza, alla presa in carico intra ospedaliera.

Il gruppo multidisciplinare aziendale dedicato al percorso ha inoltre provveduto alla rilevazione degli indicatori definiti per il monitoraggio periodico, e all'opportuna analisi dei dati emersi. In particolare sono stati approfonditi i risultati relativi a:

- terapia farmacologica somministrata durante il soccorso, da parte di Emergenza Territoriale 118, nella fase che precede l'accesso in sala di emodinamica;
- tempistiche diagnostiche e di intervento.

L'esito dell'analisi si è tradotto in una definizione di obiettivi mirati e di conseguente pianificazione delle attività di miglioramento, da sviluppare nel corso dell'anno 2023, con l'intento di procedere con un ulteriore approfondimento, nonché di definire modelli organizzativi/protocolli finalizzati al miglioramento dei livelli di adesione alle buone pratiche.

Gli audit effettuati dal Gruppo aziendale STEMI, avvenuti attraverso la singola verifica e controllo di tutti i pazienti rientranti nel percorso, hanno dimostrato che nell'84,05%\* dei pazienti con STEMI è stato eseguito passaggio filo guida entro 90 minuti dall'ECG diagnostico, valore ampiamente al di sopra del target richiesto dell'80%. La rilevazione regionale, basandosi sul flusso SDO non integrato con il database clinico aziendale, rileva un valore sotto target dovuto a una criticità nel passaggio della qualità del dato di tempestività del trattamento.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Mantenimento del numero di interventi TAVI/anno	target 2021	<b>Non applicabile per Ausl Piacenza</b>
% Pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in Emodinamica (fast track)	≥70%	<b>49,23%</b>
% Pazienti con STEMI trattati con angioplastica primaria entro 0-1 giorno (≤ 90 min)	≥80%	<b>68,32% 84,05% audit aziendale*</b>
Numero di ICD mono e bicamerale eseguiti in piattaforma operativa	≥ 50 procedure	<b>63 procedure 126%</b>
Partecipazione ai gruppi di lavoro con l'obiettivo di redigere percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, in linea con le migliori evidenze scientifiche, che garantiscano al paziente la migliore presa in carico	100%	<b>100%</b>

### 3.4.2. Rete dei Centri di Senologia

#### **Obiettivo RER**

Nel 2022 prosegue il monitoraggio dell'attività della Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (DGR 345/2018). Il volume di casi di tumore maligno della mammella trattati per anno superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi, che garantisce l'efficacia e la sicurezza dell'intervento, è entrato recentemente nel sistema core degli indicatori di valutazione del Nuovo Sistema di Garanzia (D.M. 12 marzo 2019).

Le Aziende sono chiamate a proseguire l'applicazione e il monitoraggio della DGR sopra citata uniformando l'organizzazione e il funzionamento dei Centri al modello descritto, garantendo che





l'indicazione chirurgica sia posta a seguito di valutazione multidisciplinare e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti, in primis l'adeguato volume di attività.

#### Rendicontazione

L'équipe multidisciplinare della Breast Unit aziendale, anche per l'anno 2022, ha regolarmente garantito le sedute settimanali di analisi e discussione dei casi clinici, sia non noti, ovvero quelli di nuova diagnosi, sia noti da ridiscutere in funzione della specifica situazione.

L'obiettivo primario legato all'impegno aziendale mira al raggiungimento di standard di tempestività diagnostica e di trattamento, chirurgico e medico, nonché di appropriatezza rispetto alle raccomandazioni adottate in linea con le indicazioni regionali e di continuità assistenziale, al miglioramento continuo dell'offerta e delle competenze dei professionisti, alla sistematica revisione dei modelli implementati, attraverso il loro adeguamento ai più alti livelli di cura riconosciuti e al consolidamento della cultura di networking (radiologia senologica, chirurgia senologica e plastica, anatomia patologica, medicina nucleare, oncologia, radioterapia, medicina riabilitativa). La sede della U.O. di Chirurgia senologica, sia come posti letto che come attività chirurgica, è stata concentrata nello stabilimento ospedaliero di Castel San Giovanni, a implementazione del progetto "Ospedale della donna", garantendo il 100% degli interventi per tumore della mammella presso il centro Hub di Senologia.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
% interventi in centri di senologia <150 casi/ anno	0%	0%
% di pazienti sottoposte a reintervento alla mammella entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa	< 6,2% (Media nazionale PNE)	3,11%
% di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	>= 80%	85%
% di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico	>=90%	100%
% pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico	>=90%	92%

#### 3.4.3. Rete tumori ovarici

#### Obiettivo RER

Con DGR 2242/2019 è stata costituita la Rete regionale e il PDTA per il trattamento della neoplasia ovarica dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità caratterizzata dall'approccio multidisciplinare e dall'associazione positiva tra volumi di attività chirurgica per tumore ovarico delle strutture ed esiti clinici.

Le Aziende sono chiamate a dare attuazione alle indicazioni di cui si tratta alla DGR, rendendo omogenei l'organizzazione e il funzionamento dei Centri al modello descritto.

#### Rendicontazione

La sede di Piacenza, in veste di Centro di I livello, in stretta sinergia con i professionisti della sede ospedaliera di Parma, come documentato dalla sottoscrizione nel 2020 del PDTA interaziendale sul tumore ovarico, partecipa alla definizione e all'implementazione del percorso clinico organizzativo per la cura del tumore ovarico, dalla diagnosi al follow-up, in linea con la logica di rete assistenziale integrata che, negli ultimi anni, si è progressivamente diffusa e consolidata nei sistemi sanitari quale strumento di innovazione e miglioramento. Essa rappresenta infatti un'efficace strategia volta al miglioramento delle cure e della gestione complessiva delle risorse, nonché al potenziamento delle conoscenze e della clinical competence. Successivamente alla definizione e alla validazione del PDTA interaziendale Trattamento della neoplasia ovarica, quindi alla sottoscrizione della partnership nell'ambito della rete hub&spoke, l'AUSL di Piacenza ha voluto compiere un ulteriore sforzo finalizzato a garantire massimo raccordo e integrazione professionale tra i diversi settori aziendali coinvolti nel percorso.

Calare il percorso complessivo nella realtà locale, attraverso la definizione interna degli snodi di interfaccia, dei confini, dei ruoli e degli strumenti operativi di continuità, risulta un passaggio strategico



nell'implementazione tangibile, in quanto monitorabile, di indicazioni di livello trasversale. Al proposito, sono state definite le procedure aziendali per la presa in carico diagnostica, la stratificazione del rischio e la scelta terapeutica più appropriata in considerazione dell'esistenza della rete interprovinciale. In ogni segmento del percorso, sono state strutturate le diverse interfacce funzionali.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
% di casi concentrati nei centri HUB individuati dalla DGR 2242/2019	≥ 80%	<b>100%</b> 10 pazienti individuati dalla DGR 2242/2019 inviati al Centro Hub di Parma

#### 3.4.4. Rete per la Terapia del dolore

##### Obiettivo RER

In ottemperanza a quanto previsto dalla legge 15 marzo 2010, n. 38, dalle DGR n. 967/2011 e n. 1185 del 26/07/2021 di recepimento degli Accordi Stato Regioni (Rep. N. 119/CSR) è dato mandato alla Direzione Generale competente di istituire una struttura organizzativa regionale di coordinamento della rete di terapia del dolore. Inoltre, con deliberazione della Giunta regionale n. 792/2019 è stato rivisto l'assetto della rete di terapia del dolore della regione Emilia-Romagna con l'istituzione del Centro Hub satellite piattaforma logistica Area Emilia Nord – centro coordinatore Centro Terapia Antalgica Castelfranco Emilia per l'erogazione di prestazioni antalgiche di II livello. Nel 2021 sono state definite, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, indicazioni regionali per il trattamento farmacologico e interventistico del dolore cronico da parte di un gruppo di lavoro regionale dedicato (Determinazione DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 14184/2021 "Indicazioni agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in ordine al trattamento del dolore cronico"). Le Aziende sono chiamate a dare attuazione alle indicazioni riportate nel documento di indirizzo.

##### Rendicontazione

Nel corso dell'anno 2022, l'équipe dell'UOC Terapia del dolore ha proseguito il monitoraggio del livello di adesione alle buone pratiche implementate, provvedendo all'identificazione e alla pianificazione delle azioni volte a garantire il miglioramento continuo. Al proposito, oltre a continuare a garantire i raccordi formativi e informativi con i professionisti aziendali coinvolti nel percorso, è stata revisionata la procedura aziendale come da indicazione regionale (DGR n. 1185 del 26/07/2021).

La rete specialistica di Terapia del Dolore si sviluppa in una logica di Hub&Spoke: UOC Terapia del Dolore Piacenza, ambulatori periferici Castel San Giovanni, Fiorenzuola d'Arda, Bobbio e Casa della Salute di Bettola. Le sedi coinvolte sono del tutto integrate, condividono infatti gli stessi strumenti e percorsi di presa in carico. Con la revisione del documento Aziendale "Rete Aziendale di Terapia del Dolore: Percorso di presa in carico del paziente con dolore cronico" sono state recepite le nuove indicazioni regionali per il trattamento farmacologico e interventistico del dolore cronico.

Rispetto alla rilevazione informatizzata dell'indicatore "% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero", a partire dal secondo semestre 2022:

- è stata implementata la funzione di importazione dati relativi alla rilevazione del dolore da cartella clinica informatizzata in SDO (ADT);
- sono stati eseguiti update di schede già consolidate in banca dati regionale;
- è stato attivato il monitoraggio mensile dell'andamento dell'indicatore con analisi delle schede in cui non è valorizzata la rilevazione del dolore.

Grazie a questi azioni la rilevazione del dolore in SDO per il 2022 mostra un netto miglioramento rispetto agli anni precedenti, in avvicinamento al target richiesto.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025)	>95%	<b>83,7%</b>
Attuazione delle Indicazioni regionali per il trattamento del dolore cronico	100%	<b>100%</b>



### 3.4.5. Rete per le patologie tempo dipendenti

#### Obiettivo RER

In relazione alle reti tempo-dipendenti, alla luce delle indicazioni della DGR 2040/2015 e DGR n. 972/2018 di recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018, alle Aziende è richiesto di garantire qualità e sicurezza mediante il rispetto degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali.

L'erogazione delle prestazioni relative alla presa in carico di pazienti con patologie tempo-dipendenti dovrà essere ritenuta prioritaria e dovranno pertanto essere predisposti percorsi sicuri anche in presenza di criticità legate alla pandemia COVID-19.

#### Rendicontazione

Con riferimento ai ricoveri in regime ordinario con diagnosi principale o secondaria di infarto del miocardio acuto, l'Azienda ha garantito il 93,39% di ricoveri in stabilimenti sopra soglia. In particolare, durante il 2022 156 pazienti sono stati ricoverati con diagnosi di STEMI, posta da Emergenza Territoriale 118, PS periferici o PS/UUOO dello Stabilimento ospedaliero di Piacenza. Per quanto riguarda la tempestività di intervento, l'84% dei casi, dopo esecuzione di ECG diagnostico, è stato trattato nel rispetto delle tempistiche definite. Gli interventi PTCA sono stati tutti eseguiti presso lo stabilimento di Piacenza, garantendone l'attività sopra soglia.

Nel corso del 2022 sono transitati l'89,82% dei pazienti in stroke unit con ricovero con diagnosi principale di ictus ischemico.

I pazienti con attribuzione di DRG14 ricoverati nei reparti aziendali sono stati 751, di cui 500 direttamente presso Neurologia (66,58%). In nessun caso sono insorte complicanze (polmonite, infezioni urinarie, lesioni da decubito) durante la degenza ospedaliera.

I trattati con trombolisi con diagnosi principale di ictus sono stati pari al 23,76%, considerando invece il solo DRG14 i trattati sono stati pari al 13,18%. Nel 82,83% dei casi il trattamento di trombolisi è stato effettuato entro 3 ore dall'esordio di ictus. Nessuna emorragia sintomatica è stata rilevata durante la degenza nei pazienti trattati.

In totale 55 pazienti sono stati trasferiti a Parma per essere sottoposti a trombectomia meccanica.

I pazienti trasferiti in riabilitazione intensiva sono stati 116.

Il percorso aziendale è attualmente in fase di revisione relativamente alla fase acuta (diagnostica e interventistica): approfondimento diagnostico attraverso esami neuro radiologici di II livello (Angio-TC, TC perfusionale), in linea con le più recenti Linee Guida di riferimento.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Volumi IMA per struttura	>= 100 casi/anno	93,39%
Volumi per Trauma Center	>= 240 traumi gravi/anno	Non applicabile per Ausl Piacenza
Volumi PTCA	> =250/anno	100%
Volumi PTCA primarie	>= 75 (proporzione di PTCA primaria >= 65%)	100%
% di casi di Ictus con centralizzazione primaria	> 82%	99,33%
N° casi di Ictus/Anno in Stroke Unit di 2° livello	>= 500	Non applicabile per Ausl Piacenza
% transiti in stroke unit	> 62%	89,82%
% trombolisi e.v.	> 19%	23,76%

### 3.4.6. Rete Neuroscienze

#### Obiettivo RER

Nel 2022, vista la DGR n. 2060/2021 "Approvazione di linee di indirizzo per l'organizzazione della rete cerebrovascolare dell'Emilia-Romagna" che contiene indicazioni inerenti la Rete della Patologia Cerebrovascolare (Ictus Ischemico ed Emorragico ed Emorragia Subaracnoidea), sarà verificata l'aderenza



agli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus previsti dal DM 70/2015: Stroke Unit di I° livello e di II° livello. Inoltre, per le Aziende sanitarie sedi di Stroke Unit di II livello (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda USL di Bologna – IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Azienda USL della Romagna) sarà verificata l'aderenza allo standard di trattamento di almeno 500 casi/anno di ictus. Nel 2022 inoltre saranno monitorati i seguenti aspetti, viste la DGR n. 2062/2021 e la DGR n. 2189/2021 riguardanti le linee di indirizzo per l'organizzazione dei PDTA, rispettivamente, della persona con Demenza giovanile, con OSA "Apnee Ostruttive nel Sonno" e nelle more della formalizzazione delle indicazioni regionali per il PDTA Parkinson.

**Rendicontazione**

PDTA per le persone con disturbi cognitivi e demenza

Il percorso è stato aggiornato e integrato comprendendo le indicazioni della Delibera Regionale n. 2062 del 06/12/2021 Demenza Giovanile ER. Il gruppo di lavoro ha approfondito la procedura specifica già esistente "Preso in carico del paziente con Demenza ad Esordio Precoce (EOD)", e parte integrante del percorso aziendale complessivo.

Nella nuova versione sono stati ridefiniti la casistica, i criteri di eleggibilità al percorso, nonché quelli di esclusione, le fasi del processo (sospetto diagnostico, diagnosi e cura, follow-up, malattia avanzata e cure palliative) e gli specialisti che, a vario titolo, intervengono nella gestione della malattia.

Nell'ottica del miglioramento continuo, inoltre:

- è stata strutturata l'interfaccia organizzativa e clinica tra i Centri Aziendali Disturbi Cognitivi e Demenza (CDCD) e l'Ambulatorio Disturbi del Movimento, afferente a UO Neurologia, che gestisce le patologie del motoneurone e i disturbi del movimento presente;
- sono stati ridefiniti i centri di distribuzione diretta dei farmaci presso i CDCD (apertura del nuovo punto di distribuzione diretta presso la sede del CDCD di Piacenza nella struttura di piazzale Milano);
- sono state formalizzate le interfacce funzionali alla presa in carico socio sanitaria, con particolare attenzione agli episodi acuti (es. scompenso comportamentale).

PDTA del Paziente con malattia di Parkinson e Malattia di Huntington

Completamento della revisione del percorso aziendale attraverso:

- ridefinizione dei criteri di inclusione e di esclusione nel e dal percorso per garantire maggior appropriatezza diagnostica e conseguente presa in carico del paziente (interfaccia tra Ambulatorio Disturbi Cognitivi e PDTA Demenze);
- formalizzazione dell'offerta territoriale specificando accesso a valutazione UVM attraverso la strutturazione dell'interfaccia con case manager territoriale;
- implementazione dell'attività di neuropsicologia per la stimolazione cognitiva;
- formalizzazione dell'interfaccia con Medicina di Integrazione Percorsi Ospedale e Territorio per la presa in carico dei pazienti nei diversi stadi della malattia, comprendendo le offerte fisiatrica e fisioterapica sul territorio (FKT domiciliare, individuale e di gruppo).

Apnee Ostruttive nel Sonno

Rispetto al tema delle Apnee Ostruttive nel Sonno, a seguito del recepimento delle linee di indirizzo regionali (DGR n.2189 del 20/12/2021) il gruppo aziendale multidisciplinare identificato come capofila ha provveduto ad una ricognizione complessiva dei setting e dei volumi di attività: unità operative eroganti polisonnografie e poligrafie e dati di utilizzo anno 2022. Il gruppo, inoltre, ha emanato una versione bozza di percorso, definendo le modalità di presa in carico e identificando i criteri da condividere con i Medici di Medicina Generale per l'invio agli ambulatori ospedalieri dedicati alle prime visite.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la "Demenza giovanile" secondo la DGR n. 2062/2021	100%	<b>100%</b>
Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA OSAS "Apnee Ostruttive nel Sonno" secondo la DGR n. 2189/2021	100%	<b>100%</b>
Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la "Malattia di Parkinson" secondo le linee di indirizzo	100%	<b>100%</b>



regionali fornite in corso d'anno		
-----------------------------------	--	--

**3.4.7. Rete malattie rare**

**Obiettivo RER**

Con DGR 1351/2017, DGR 695/2018 e DGR 1411/2019 è stata ridefinita la rete regionale dei centri di riferimento per le malattie rare. Le Aziende Sanitarie sede di centro Hub delle reti H&S per le malattie rare devono garantire ai pazienti un accesso diretto per la conferma diagnostica entro tempi compatibili con la potenziale evolutività della patologia, e successivamente alla conferma diagnostica, la presa in carico multidisciplinare, favorendo la funzionalità delle reti intraziendali anche mediante la messa a disposizione degli specialisti coinvolti.

I centri dovranno rivolgere particolare attenzione alle attività di counselling genetico e psicologico rivolte al paziente e ai familiari ed ai progetti di transizione dall'età pediatrica all'età adulta, mediante l'individuazione di referenti clinici e di percorsi integrati.

Le Aziende dovranno garantire modalità di presa in carico efficaci per i pazienti con malattie rare, predisponendo anche percorsi adeguati di telemedicina per garantire la continuità assistenziale a questa categoria di soggetti, anche in presenza di riduzione delle attività conseguente all'emergenza pandemica COVID-19.

**Rendicontazione**

Nell'ambito delle Malattie Rare, l'Unità Operativa Pediatria e Neonatologia di Piacenza è identificata come HUB di riferimento regionale per la diagnosi, la terapia e il follow up delle Malattie Metaboliche Ereditarie (DGR n°1898/2011).

Gli obiettivi della rete riguardano:

la tempestiva e appropriata gestione complessiva, dalla presa in carico diagnostica e terapeutica, alla fase di follow-up dei casi segnalati positivi al test di screening neonatale;

- il consolidamento del team multidisciplinare aziendale dedicato (medico pediatra metabolista e nutrizionista, psicologa clinica pediatrica esperta in MME, dietista esperta in MME e genetista medica);
- il raccordo sistematico con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Orsola di Bologna;
- la co-costruzione dei processi con gli altri nodi della rete verticale;
- la formazione continua dei professionisti coinvolti;
- l'alimentazione del Registro regionale Malattie rare su supporto informatico.

L'attività svolta è formalizzata in procedura aziendale ad hoc che prevede il monitoraggio periodico del livello di appropriatezza clinica della fase diagnostica. Ogni paziente confermato per MME viene puntualmente inserito nel registro regionale Malattie Rare informatizzato, con rilascio di certificato di malattia e, laddove indicato, prescrizione del Piano Terapeutico.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
<p>Predisposizione ed invio da parte delle Aziende sede di centri Hub per malattie rare di relazione contenente le seguenti specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo di attesa medio per il primo accesso</li> <li>• Organizzazione dei percorsi di follow up attraverso calendarizzazione delle visite successive presso l'UO di riferimento</li> <li>• Organizzazione delle visite specialistiche presso altre UUOO per la presa in carico multidisciplinare</li> <li>• Offerta di counselling genetico (modalità e tempi)</li> <li>• Offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi)</li> <li>• Individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso)</li> </ul>	<p>100% dei contenuti previsti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo medio di attesa per secondo test (primo accesso): 3 gg (range 1-5) dalla comunicazione dell'esito del I test di screening (a seconda dell'urgenza o meno relativa alla specifica malattia sospettata. In caso di pazienti riferiti da altro centro o giunti per sospetto diagnostico o diagnosi post natali, il tempo di attesa è sempre inferiore ai 30 gg)</li> <li>• Calendarizzazione controlli ambulatoriali specifica per le diverse patologie, con refertazione digitalizzata</li> <li>• Il Centro HUB organizza ed è referente della programmazione delle richieste di consulenze specialistiche nei Centri di riferimento</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offerta di <i>counseling</i> genetico multidisciplinare (pediatra e genetista clinico) all'interno della UOC di Pediatria e Neonatologia</li> <li>• Offerta di supporto psicologico all'interno della UOC Pediatria e Neonatologia, svolto da psicologa/psicoterapeuta clinica pediatrica con contratto annuale libero professionale</li> <li>• In fase di definizione i percorsi di transizione alla Medicina dell'adulto (coordinamento da parte di UOC Pediatria e Neonatologia)</li> </ul>
--	---

**3.4.8. Rete dei tumori rari**

<p><b>Obiettivo RER</b></p> <p>Con Determine DGCPWS n. 20731/2017 e n. 11617/2018 (integrata con Determina n. 20263/2018) sono stati definiti rispettivamente i gruppi di lavoro per i GIST e Sarcomi viscerali e per i tumori rari neuroendocrini, cerebrali, testa-collo e Sarcomi ossei dell'adulto, costituiti dai professionisti individuati dalle Direzioni delle Aziende sanitarie della Regione.</p> <p>In particolare, per quanto riguarda la rete H&amp;S dei GIST e Sarcomi viscerali ufficializzata con DGR 1439/2019, il gruppo di lavoro ha il compito di definire dei criteri clinici e chirurgici per la centralizzazione dei casi di maggiore complessità al centro HUB e l'individuazione di indicatori di risultato per la valutazione periodica dei centri della rete.</p> <p>Per quanto riguarda la rete dei Tumori cerebrali, il gruppo di lavoro ha il compito di definire i nodi delle reti e di condividere l'appropriato percorso diagnostico-terapeutico attraverso la redazione del documento tecnico, da approvarsi tramite delibera regionale.</p> <p>Ai sopradescritti fini si individua come obiettivo delle Aziende sanitarie la garanzia della partecipazione fattiva e del supporto dei propri professionisti agli organismi sopra descritti, con riferimento ai ruoli formalmente attribuiti e alla individuazione del percorso che garantisca il maggior beneficio per il paziente. La presa in carico per patologie tumorali, per definizione appartenenti alla classe di priorità A, dovrà essere garantita anche in presenza di iperafflusso di pazienti in ospedale a seguito di recrudescenze dell'epidemia COVID-19, con la conseguente riduzione delle attività programmate procrastinabili.</p>		
<p><b>Rendicontazione</b></p> <p>Nel corso dell'anno 2022 è proseguita l'attività multidimensionale, ovvero la discussione integrata dei singoli casi, dalla fase diagnostica, a quella di follow-up, con particolare riferimento ai candidabili alla fase chirurgica. Nell'ambito dei percorsi aziendali dedicati ai tumori del tratto gastrointestinale (GIST), ai sarcomi viscerali, ai tumori neuroendocrini, cerebrali e testa-collo, sono state riconfermate le responsabilità cliniche e organizzative nei diversi setting, e negli specifici ambiti di competenza specialistica, in stretto raccordo con l'attività dei case manager dedicati.</p> <p>I referenti aziendali dei singoli percorsi partecipano regolarmente agli incontri regionali, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi previsti dal mandato istituzionale.</p> <p>La tracciabilità dell'attività multidisciplinare, comprensiva della programmazione delle sedute di équipe, dell'integrazione della documentazione clinica con i referti degli esami previsti e della proposta terapeutica, viene costantemente garantita tramite i supporti digitali in uso, e riesaminata a partire dalle innovazioni che vengono introdotte.</p>		
<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Valore raggiunto 2022</b>
Partecipazione al gruppo di lavoro dei tumori cerebrali per la realizzazione di quanto previsto in termini di obiettivi e tempistiche	100%	<b>100%</b>
Partecipazione al gruppo di lavoro dei GIST e sarcomi viscerali con l'obiettivo di definire criteri clinici e	100%	<b>100%</b>



chirurgici e individuare indicatori di risultato per la valutazione periodica dei centri della rete		
---	--	--

**3.4.9. Rete delle Cure Palliative Pediatriche (CPP)**

**Obiettivo RER**

La DGR 857/2019 ha approvato il “Documento di percorso CPP Regione Emilia-Romagna” che ha definito i ruoli e le interconnessioni fra i nodi della rete (nodo ospedale, nodo territorio, nodo hospice pediatrico) e individuato caratteristiche e compiti delle due strutture di riferimento per le CPP: il Punto Unico di Accesso Pediatrico (PUAP) e l’Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica (UVMP). Con determina della DGCPWS n. 370/2020 è stato inoltre istituito il gruppo di lavoro regionale per il monitoraggio e l’implementazione della rete delle CPP. Le Aziende sanitarie dovranno riservare una particolare attenzione a questa materia favorendo la predisposizione dei percorsi di CPP nelle proprie sedi, in relazione a quanto previsto dal documento di percorso regionale e lo sviluppo, anche mediante la revisione dei percorsi aziendali, di efficaci connessioni fra il nodo ospedale, il nodo territorio e il day care palliativo pediatrico, che rappresenta il primo nucleo del futuro hospice pediatrico.

**Rendicontazione**

Come da indicazione regionale (DGR 857/2019), e in adempimento alla legge 38/2010 sulle Cure Palliative e la Terapia del Dolore, si è reso necessario e prioritario disegnare e avviare un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale centrato sul bambino con patologia cronica e a rischio di sviluppare disabilità multiple, con l’obiettivo principale di semplificare la gestione domiciliare e gli eventuali episodi di riacutizzazione. Al fine di avviare e concretizzare il lavoro di definizione dei percorsi di rete, è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare integrato ospedale-territorio (pediatria di libera scelta, pediatria di comunità, ADI, farmacia, neuropsichiatria infantile, fisioterapia, referente cure palliative pediatriche/referente ospedaliero pediatra, Direzione Medica, responsabile delle Cure Palliative dell’adulto). Il gruppo si è concentrato sulla stesura della procedura aziendale di dimissione protetta del paziente pediatrico complesso, successivamente validata dalla Direzione Sanitaria aziendale. Lo strumento di riferimento per l’identificazione dei casi con bisogni clinici e assistenziali complessi, in situazioni cliniche di inguaribilità e/o di cronicità, è la scheda AccaPed. I referenti UVMP e PUAP sono stati individuati e formalmente incaricati già nell’anno 2021.

Il medico pediatra palliativista è:

- responsabile del gruppo aziendale per l’istituzione della rete CPP e referente regionale, ha partecipato al tavolo di lavoro regionale e indetto riunioni locali;
- referente del gruppo di lavoro aziendale e facente parte del gruppo regionale;
- è in possesso del requisito specifico - master in CPP;
- è garante di FSC continua e training individualizzati.

Personale infermieristico - 2 infermiere:

- sono in possesso di consolidata esperienza in ambito pediatrico ospedaliero;
- sono attualmente in forza al Servizio Infermieristico Domiciliare e fungono da garante per le dimissioni protette pediatriche di tutti i distretti dell’ASL.

Nella seconda metà dell’anno 2022 è stata formalizzata con lettera la responsabilità di Case Manager della rete CPP.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Garanzia del conferimento dei dati richiesti	100%	<b>100%</b>
Partecipazione delle Aziende al gruppo di lavoro regionale per il monitoraggio e l’implementazione della rete per le CPP tramite i referenti individuati	100%	<b>100%</b>
Presenza in ciascuna Azienda di almeno un medico e un infermiere specificamente formato in CPP o in procinto di iniziare un percorso formativo	100%	<b>100%</b>

**3.4.10. Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie**



**Obiettivo RER**

Lo screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie è stato allargato ad un panel di patologie molto più ampio rispetto a quelle individuate a livello nazionale già dall’anno 2010 ed offerto a tutti i nuovi nati della Regione. La L.167/16 e il DM 13 ottobre 2016 hanno definito a livello nazionale un pannello per lo screening (incluso nei LEA). Con DGR 2260/18 è stata recepita la normativa nazionale con una ulteriore definizione del sistema di screening regionale. Per garantire un adeguato funzionamento del sistema e l’obiettivo di offerta dello screening a tutti i nuovi nati, il centro screening deve assicurare la formazione continua ai Punti Nascita (relativa all’informazione delle famiglie e raccolta del consenso informato, alla corretta raccolta del campione ematico e all’utilizzo del sistema di gestione del percorso screening) e i rapporti di condivisione e collaborazione fra il laboratorio di screening e il centro clinico, per permettere la massima tempestività nella diagnosi e nel successivo intervento terapeutico.

**Rendicontazione**

Da anni è implementata e monitorata la procedura per la gestione del bambino affetto da Malattia Metabolica Ereditaria (MME), coerentemente con quanto definito nell’ambito della Rete Regionale Hub & Spoke, nella quale l’Unità Operativa Pediatria e Neonatologia di Piacenza è identificata come HUB di riferimento regionale (DGR n°1898-2011).

Nel corso dell’anno 2022 sono stati rilevati oltre 70 casi con sospetto diagnostico emerso allo screening neonatale; 32 casi, dei 70 complessivi, sono stati segnalati dubbi allo screening neonatale specifico per MME, e richiamati per secondo test. Circa il 20% dei richiami è stato confermato e preso in carico per follow-up.

Oltre a garantire il percorso di screening per le malattie metaboliche ereditarie, l’Unità Operativa Pediatria e Neonatologia di Piacenza si occupa anche dell’organizzazione e dell’effettuazione di screening neonatale (LEA ed extra LEA):

- per sordità congenita: esecuzione di test delle otoemissioni acustiche evocate prima della dimissione dal nido,
- oftalmologico: esecuzione del test del riflesso rosso prima della dimissione dal nido,
- per displasia congenita dell’anca: esecuzione test di Ortolani – Barlow;

test per la diagnosi precoce di cardiopatie congenite mediante doppia saturimetria periferica pre e post-duttale.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Percentuale di neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche	100%	100%
Percentuale di consensi informati correttamente somministrati ai genitori dei neonati prima del prelievo	100%	100%
Percentuale di prelievi effettuati nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016	100%	100%
Percentuale delle famiglie richiamate per nuovo prelievo/accesso al centro clinico entro le tempistiche richieste dal laboratorio di screening neonatale	100%	100%

**3.4.11. Screening neonatale oftalmologico**

**Obiettivo RER**

In linea con quanto previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018 in materia di screening neonatali e in applicazione del documento “Linee Guida alle Aziende Sanitarie per la realizzazione dello Screening della funzione visiva in epoca neonatale in Emilia-Romagna”, è stato attivato lo screening oftalmologico neonatale in tutti Punti Nascita della Regione, mediante ‘test del riflesso rosso’.

Ciascuna Azienda Sanitaria dovrà comunicare i protocolli/procedure implementati al fine di:

- effettuare il ‘test del riflesso rosso’ a tutti i nuovi nati prima della dimissione dal Punto Nascita da parte dei pediatri/neonatologi ospedalieri;
- favorire l’integrazione fra i neonatologi/pediatri ospedalieri, i pediatri di libera scelta (che devono ripetere il test nei bilanci di salute effettuati nel primo anno di vita) e gli oculisti del SSN.





### Rendicontazione

Presso l'unico punto nascita dell'Azienda USL di Piacenza (Ospedale Guglielmo da Saliceto), in linea con quanto previsto dal PRP 2015-2018, si è provveduto a sottoporre tutti i neonati allo screening neonatale oftalmologico, mediante ricerca del "riflesso rosso", previa dilatazione farmacologica della pupilla, come da indicazione degli specialisti oftalmologi.

Il test viene effettuato dal 01/07/2018, ad opera del medico pediatra prima della dimissione da Nido o da sezione di Patologia Neonatale, con utilizzo di adeguato oftalmoscopio (secondo I.O. inclusa nei documenti condivisi della UOC di Pediatria e Neonatologia). In caso di riscontro di riflesso anomalo, viene attivata direttamente la presa in carico oftalmologica, per l'approfondimento diagnostico e la necessaria adeguata terapia della cataratta congenita.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Punti Nascita della Regione in cui è attivo lo screening oftalmologico	100%	100%
Punti Nascita che hanno implementato un protocollo/procedura per favorire l'integrazione fra i neonatologi/pediatrati ospedalieri, i PLS e gli oculisti del SSN	100%	100%

### 3.5. CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI

#### Obiettivo RER

Nel 2022 le Aziende sono chiamate a implementare e monitorare le funzioni e le interfacce collaborative con gli altri centri regionali e il territorio delle strutture ospedaliere individuate nelle DGR che hanno avuto come oggetto la definizione dei Centri di riferimento regionali (DGR 2113/2017 "Centro di riferimento regionale per il trattamento della neoplasia ovarica", DGR 1188/2017 "Centro di riferimento regionale per la diagnosi ed il trattamento delle Malattie Croniche Intestinali", DGR 1172/2018 "Centro Hub interaziendale per la Chirurgia dell'Epilessia", DGR 2199/2019 "Centro regionale interaziendale di Neurochirurgia Pediatrica", DGR 2184/2019 "Centro regionale Pituitary Unit").

Sono inoltre chiamate a implementare e monitorare le reti e i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) definiti finora a livello regionale, secondo le indicazioni previste (Nota PG 0456474/2020-mesotelioma pleurico; DGR 2307/2019 "Definizione della rete clinica regionale e approvazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la diagnosi e la cura dell'endometriosi").

#### Rendicontazione

Successivamente alla definizione e alla validazione del PDTA interaziendale "Trattamento della neoplasia ovarica" e del PDTA regionale "Definizione della rete clinica regionale e approvazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la diagnosi e la cura dell'endometriosi", e quindi alla sottoscrizione della partnership nell'ambito della rete hub&spoke, l'AUSL di Piacenza ha voluto compiere un ulteriore sforzo finalizzato a garantire massimi raccordo e integrazione professionale tra i diversi settori aziendali coinvolti nel percorso.

Calare il percorso complessivo nella realtà locale, attraverso la definizione interna degli snodi di interfaccia, dei confini, dei ruoli e degli strumenti operativi di continuità, risulta un passaggio strategico nell'implementazione tangibile, in quanto monitorabile, di indicazioni di livello trasversale.

Al proposito, sono state definite le procedure aziendali per la presa in carico diagnostica, la stratificazione del rischio e la scelta terapeutica più appropriata, in base al bisogno clinico, in considerazione dell'esistenza della rete interprovinciale. In ogni segmento del percorso, sono state strutturate le diverse interfacce funzionali.

Per quanto riguarda il mesotelioma pleurico, compatibilmente con le condizioni organizzative indirizzate alla gestione della epidemia, sono stati comunque mantenuti e raggiunti gli obiettivi prefissati di invio al Centro di Riferimento.

Come previsto dalle DGR che definiscono i Centri di riferimento regionale, i pazienti affetti da tumore ovarico sono stati presi in carico dal Centro Hub di Parma, le malattie infiammatorie croniche intestinali



sono state gestite dal Centro Hub di Bologna.		
Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Centri Hub: implementare le funzioni previste per il Centro secondo la DGR	> 90%	<b>Non applicabile per Ausl Piacenza</b>
Per tutte le Aziende: monitorare i percorsi di invio dei pazienti ai centri della rete definiti dalle DGR	100%	<b>100%</b>
% casi trattati nei centri Hub	≥ 2021	<b>Invio ai centri HUB di tutti i casi previsti dai percorsi</b>

### 3.6. VOLUMI-ESITI

#### **Obiettivo RER**

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, nel rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati si dispone la concentrazione degli interventi previsti.

Il monitoraggio dell'attività verrà effettuato tramite i dati presenti nelle banche dati disponibili ed aggregati per "reparto".

In particolare, le Aziende devono completare il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali per colecistectomia inferiore ai 100 casi, e per fratture di femore inferiori ai 75 interventi/anno.

Le Aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private accreditate, avviando, in conformità alla DGR n. 1541 del 09/11/2020 "Protocollo d'intesa tra regione Emilia- Romagna e l'Associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOP) – Sezione Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere – 2020", programmi di progressiva adesione agli standard qualitativi e quantitativi individuati dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 o di superamento delle attività specifiche qualora le strutture dovessero risultare non in linea con tali parametri. Ciò anche mediante la previsione nell'ambito dei contratti di fornitura di indicazioni in merito a: ruolo delle strutture private con volumi al di sopra o prossimi alle soglie nelle reti provinciali, necessità di discussione multidisciplinare dei casi, predisposizione di PDTA integrati pubblico/privato.

Per quanto riguarda gli interventi chirurgici relativi al trattamento del tumore della mammella, si ribadisce che sono stati identificati 12 Centri di Senologia (CdS) a direzione pubblica cui afferiscono le funzioni di coordinamento della rete territoriale e la responsabilità complessiva di gestione del processo. Pertanto, tali attività sono da effettuarsi esclusivamente nella rete definita a livello regionale.

Relativamente alla percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal momento del ricovero, si richiama l'attenzione al raggiungimento o mantenimento di livelli indicati al punto riguardante il Nuovo Sistema di Garanzia. Si precisa che, anche in presenza di valori target degli indicatori, le eventuali riduzioni rispetto al dato storico saranno oggetto di valutazione negativa.

Per quanto riguarda la colecistectomia laparoscopica le Aziende devono rispettare il valore della degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nel 75% dei casi.

Si conferma per ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica il vincolo a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare e ad assicurare adeguati volumi di attività per singole tipologie di interventi in relazione al miglioramento degli esiti. Si raccomanda quindi a tutte le Aziende il miglioramento delle performance (in termini di adeguatezza dei volumi) per operatore e per struttura delle seguenti casistiche: tumore della mammella, PTCA, fratture di femore.

#### **Rendicontazione**

Gli interventi per frattura di femore sono tutti centralizzati presso lo stabilimento di Piacenza. La quasi totalità degli interventi ha riguardato pazienti degenti presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia di Piacenza, solo un esiguo numero di interventi risulta attribuito ad altri reparti (per esempio pazienti con più patologie), ma anche in questi casi gli interventi sono stati eseguiti dall'équipe chirurgica Ortopedia e Traumatologia di Piacenza, garantendo così al 100% l'erogazione di tutti gli interventi a livello di



stabilimento.

Gli interventi di colecistectomia laparoscopica rientrano tra gli interventi a degenza breve erogati presso lo stabilimento di Castel San Giovanni dove operano in stretta collaborazione tra loro entrambe le équipes di Chirurgia generale della val Tidone e di Piacenza. Considerando i reparti di dimissione la percentuale di interventi sopra soglia è pari al 65,31%, ma a livello di stabilimento e comparto operatorio lo standard viene pressoché sempre garantito.

L'Azienda USL sottoscrive contratti con le strutture private accreditate insistenti sul territorio provinciale relativamente all'attività di degenza e di specialistica ambulatoriale. All'interno del contratto sottoscritto con la Casa di Cura Piacenza, la sola erogatrice di attività chirurgica, sono state previste specifiche norme che impegnano la Struttura a informare tempestivamente la Direzione Sanitaria dell'Azienda USL in merito a nuove attività eventualmente intraprese, al fine di consentirne una valutazione più complessiva nell'ambito dell'offerta della rete provinciale dei servizi; inoltre, si definisce che la Casa di Cura si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie nei più congrui regimi di cura. La Casa di Cura non ha erogato nel corso del 2022 interventi per tumore della mammella (di pertinenza del Centro di Senologia aziendale), colecistectomia laparoscopica, PTCA. Qualora si ravvisino ricoveri appartenenti a tali tipologie, gli stessi sono sottoposti a controllo sulla documentazione sanitaria o a confronto con la Casa di Cura al fine di valutare la correttezza dei dati riportati in SDO o evidenziare eventuali criticità.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura	$\geq 100$ /anno	<b>245 interventi per Presidio Unico</b> <b>65,31% sopra soglia</b>
Frattura di femore: numero minimo di interventi per frattura di femore per Struttura	$\geq 75$ /anno tenuto conto delle caratteristiche specifiche di accessibilità dei singoli stabilimenti ospedalieri	<b>512 interventi per Presidio Unico</b> <b>97,85% sopra soglia</b>
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	100%	<b>100%</b>

### **3.7. EMERGENZA OSPEDALIERA**

#### **Obiettivo RER**

La rete dell'Emergenza-urgenza ospedaliera e territoriale della regione Emilia-Romagna ha risposto in maniera eccellente alla forte pressione subita nel corso del biennio 2020-2021 a causa della pandemia COVID-19. Tale sforzo di natura strutturale e organizzativa è stato ottenuto grazie a una azione di governo e coordinamento sia dal livello regionale sia aziendale e dalla dedizione dimostrata da tutto il personale sanitario coinvolto. Il sistema è al momento in una fase di equilibrio che può essere definita inter-pandemica, con un numero di accessi di pazienti con sospetto COVID-19 notevolmente ridotti rispetto ai picchi pandemici con volumi di accesso e case-mix prevalentemente tornati ai profili pre-pandemici. Tuttavia, non è possibile prevedere l'evoluzione dell'epidemia nei prossimi mesi, anche a causa della diffusione di nuove varianti del virus SARS-CoV-2.

Per garantire una migliore gestione dei casi e percorsi sicuri sia per pazienti con COVID-19 sia per pazienti con altre condizioni, nel corso del biennio 2020-21, in prosecuzione nel 2022, i DEA e i PS sono oggetto di un esteso Piano di Riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera regionale, adottato in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 2 del D.L. 34/2020 con DGR 677 del 15.06.2020. Tale piano è in corso di attuazione e le Aziende sono oggetto di monitoraggio periodico da parte della Regione Emilia-Romagna per il rispetto dei tempi di conclusione dei lavori previsti.

La DGR n. 1423/2017 attuativa del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 ha definito quale intervento attuativo prioritario quello del miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza (scheda 33), ricomprendendo pertanto in tale azione tutto il sistema articolato di strutture che includono oltre al Pronto Soccorso, i punti di primo intervento ospedalieri e territoriali, i servizi per la continuità assistenziale, nonché i centri specialistici con accesso in urgenza (a 24h o differibile) ed altri percorsi



specifici. Per quanto riguarda l'emergenza il sistema fa riferimento alle strutture in grado di intervenire h 24-7 giorni/7, in primis dunque le strutture dell'emergenza ospedaliera (PS) e territoriale (118).

Con due successive Deliberazioni di giunta regionale DGR 1827 del 17.11.2017 e DGR 1129 del 8.7.2019, la Regione Emilia-Romagna ha operato un profondo rinnovamento dell'organizzazione dell'ambito di Emergenza Ospedaliera, attraverso l'implementazione di un Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza. Il Piano declina le strategie volte al miglioramento dell'accessibilità in emergenza e urgenza che le Aziende sono tenute ad applicare, con il fine di conseguire il miglioramento dei tempi di permanenza in PS, previsti entro le 6 ore (+ 1 ora per i casi di maggiore complessità).

Nell'ambito del Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza, con DGR n. 1230 del 03.08.2021, la Regione Emilia-Romagna ha adottato le nuove Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso che hanno introdotto 5 codici di priorità e hanno permesso di ottenere una precoce identificazione dei pazienti in condizioni critiche e pericolose per la vita, con immediato accesso alle cure e l'attribuzione di codici di priorità di accesso alle cure più appropriato in relazione alla criticità delle condizioni cliniche di presentazione, al possibile rischio evolutivo e al numero/tipologia di risorse necessarie per un adeguato percorso di cura. Tale attività è stata completata con l'adeguamento dei sistemi informativi al nuovo sistema di triage in Pronto Soccorso, e dall'introduzione di modalità efficaci di monitoraggio degli indicatori di performance previsti, nonché da un percorso formativo rivolto a tutti gli operatori sanitari di Pronto Soccorso.

Allo scopo di migliorare il flusso, i tempi di attesa e l'appropriatezza degli accessi in DEA/PS, nel corso del 2022 verranno date indicazioni alle Aziende per l'attivazione degli ambulatori per la presa in carico di pazienti a bassa criticità/bassa complessità, integrati all'interno della struttura di DEA/PS. Resta a discrezione delle Aziende la possibilità di implementare tale modalità organizzativa.

Proseguono le attività di monitoraggio sui tempi di attesa in Pronto Soccorso e gli incontri tra la Direzione Generale Cura della Persona e interlocutori Aziendali (Direzioni Sanitarie, RAE, DEA, ICT) per l'analisi dei dati di performance e dei flussi relativi all'ambito emergenza-urgenza.

Il DM 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza - urgenza" introduce all'interno del flusso ministeriale EMUR-NSIS la presenza del codice identificativo 'missione 118' nel tracciato Pronto Soccorso.

La DGR 1129/2019 ha inoltre previsto l'adeguamento dei sistemi informativi di PS per garantire l'interoperabilità con gli applicativi gestionali ospedalieri e di emergenza territoriale 118. I sistemi informativi dovranno pertanto prevedere l'attuazione di una procedura per garantire il collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale.

#### Numero di emergenza europeo 112 - Centrali Operative 118 - Emergenza territoriale

Con DGR 1993/2019 sono state fornite le disposizioni in ordine alla realizzazione sul territorio della Regione Emilia-Romagna del servizio "Numero Unico di Emergenza Europeo 112" individuando a tale scopo due Centrali Uniche di risposta collocate rispettivamente a Bologna, presso l'Azienda USL di Bologna, e a Parma, presso l'Azienda Ospedaliera di Parma. Sono in corso di realizzazione gli interventi strutturali per l'allestimento delle stesse. Le Aziende coinvolte dovranno predisporre, in accordo con la Cabina di Regia regionale 112, le procedure operative in attuazione al Disciplinare Tecnico Operativo (DTO) di cui alla DGR 1993/2019.

#### Centrali Operative 118 ed emergenza territoriale

L'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso in codice rosso rappresenta un indice di qualità della risposta del sistema di emergenza territoriale inserito nei LEA unitamente al 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).

Al fine di sviluppare e mantenere le competenze necessarie per la gestione delle emergenze anche nelle condizioni di attivazione delle procedure di Disaster Recovery e Business Continuity, le Aziende Sanitarie sedi di Centrali Operative 118 (AUSL di Bologna, l'Azienda USL della Romagna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma) devono garantire la funzione di interoperabilità delle Centrali 118, attraverso la rotazione degli operatori nelle tre Centrali Operative 118.

Le Aziende Sanitarie che svolgono servizio di emergenza territoriale assicurano l'applicazione omogenea dei protocolli infermieristici avanzati adottati ai sensi dell'art. 10 DPR 27 marzo 1992, tenuto conto del contesto di riferimento ed in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.

L'Azienda USL di Bologna garantisce il necessario supporto tecnico e amministrativo al funzionamento



della base di elisoccorso notturna di Bologna, avvalendosi della collaborazione delle altre Aziende sanitarie, così come previsto dalle apposite convenzioni per l'utilizzo del personale medico ed infermieristico. Le Aziende Sanitarie sedi dei siti di atterraggio e decollo notturni devono garantire lo specifico supporto tecnico e amministrativo necessario.

Si ritiene prioritario incentivare iniziative e progetti di "defibrillazione precoce territoriale" da parte di personale non sanitario. A tal fine le Aziende Sanitarie assicurano l'adeguato supporto al percorso di accreditamento dei centri di formazione BLS-D per personale laico, verificando la qualità dei corsi erogati e la localizzazione dei defibrillatori attraverso l'APP DAE-Responder.

L'emergenza COVID-19 ha coinvolto in modo significativo la rete dell'emergenza territoriale. I trasporti in emergenza hanno visto un incremento dei volumi dei servizi erogati pari a circa 3 volte l'erogato in condizioni standard.

Il piano di potenziamento della rete è stato predisposto sulla base di quanto previsto dall'Art. 2 del Decreto Legge n. 34 del 19.05.2020 e dalla DGR 677/2020.

### Rendicontazione

Nel corso dell'anno 2022 l'Azienda è stata impegnata nella realizzazione di diverse attività:

- aggiornamento del flusso EMUR 2022 e del flusso NEDOCS (in via inoltre di aggiornamento i parametri del Nedocs entro luglio 2023 secondo indicazioni Regionali);
- inserimento stabile h 24 della figura dell'infermiere di processo in Triage per l'ottimizzazione dei flussi e dei tempi di attesa di PS;
- aggiornamento periodico e puntuale nell'arco dell'anno 2022 della procedura "Gestione Flussi Pazienti da PS a Reparti" in relazione ai cambiamenti dell'epidemiologia delle malattie diffuse respiratorie;
- lavoro in sinergia con i fornitori informatici, per rendere operativa l'attuazione della procedura di interoperabilità informatica flusso EMUR-NSIS Pronto Soccorso ed Emergenza Territoriale, che sarà realizzata nel corso del 2023;
- durante l'anno 2022 è stato necessario riorganizzare la presenza medica nel PS Generale di Piacenza correlata anche alla delibera regionale sui MET: questa modifica organizzativa è avvenuta contemporaneamente all'osservato aumento degli accessi in PS (circa 68.000 accessi contro i 65.000 accessi dell'anno 2021) con conseguente influenza sul prolungamento dei tempi di permanenza in PS.

Nonostante la carenza di organico medico il dato di performance dei tempi di permanenza in PS (<6h +1 per PS generali con più di 45000 accessi) si attesta a circa l'81%, dato superiore rispetto alla media regionale (circa 74%) e seconda performance in Regione.

L'attuale dato di presenza di un mezzo di soccorso avanzato MSA è complessivamente dell'80%. Tuttavia, da un'analisi più completa le performance di presenza MSA sulle singole FHQ risulta così rappresentata:

- C0203 - Dolore toracico C0207 - Infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) C0206 - Sindrome coronarica acuta = 84%
- C0205 - Arresto cardio-circolatorio C0208 - Arresto cardiaco rianimato = 99%
- C0404 - Ictus/deficit neurologico = 79%
- Codici patologia da C0101 a C0116 con val. 3,4 = 95%
- C0301 - Distress respiratorio C0303 - Crisi asmatica/Laringospasmo C0305 - Insufficienza respiratoria cronica = 61%

Si evidenzia una buona performance prossima e/o superiore al 90% in buona parte delle macropatologie, di contro il dato relativo alla macropatologia respiratoria è pari al 61%.

Nel corso dell'anno 2022, alla luce di questi dati, pertanto, è stata avviata un'analisi di approfondimento e un'implementazioni di azioni correttive, in particolar modo sulla macro patologia respiratoria.

È utile però ricordare, che a garanzia dell'assistenza fornita alla macropatologia respiratoria, i tempi di soccorso (tempi di ospedalizzazione) per la stessa sono ampiamente performanti, attestandosi intorno ai 13 minuti (con standard di riferimento di tempo di ospedalizzazione di 18 minuti come valore massimo).

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
<i>Rispetto dei tempi di attesa</i>		
% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con <45.000 accessi	>95%	<b>96,33%</b>



% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con >45.000 accessi	>90%	<b>80,43%</b>
<i>Interoperabilità flussi</i>		
Attuazione procedura di interoperabilità informatica flusso EMUR-NSIS Pronto Soccorso ed Emergenza Territoriale	100%	<b>in implementazione</b>
<i>Per le Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale</i>		
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.	<=21 punteggio sufficienza <=18 punteggio massimo	<b>13 minuti</b>
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)	90%	<b>80%</b>
Completamento dei dati Flusso EMUR-NSIS circa i campi destinazione del paziente, classe, tipo di patologia riscontrata e prestazioni 118	90%	<b>98%</b>
Censimento e localizzazione dei defibrillatori comunicati alle Aziende Sanitarie all'interno del registro informatizzato regionale	90%	<b>100%</b>
Acquisizione del personale sanitario e tecnico destinato ai mezzi di soccorso di cui al DL 34 art.2 comma 5	90%	<b>100%</b>
Evidenza di formazione rispetto al percorso di omogeneizzazione dei protocolli avanzati infermieristici	95% del personale infermieristico che svolge attività di emergenza territoriale	<b>100%</b>
Verifica sul campo dei corsi BLS/D erogati da soggetti accreditati	5% dei corsi effettuati	<b>Non applicabile per Ausl Piacenza</b>

### **3.8. ATTIVITÀ TRASFUSIONALE**

#### **Obiettivo RER**

Il sistema sangue della Regione Emilia-Romagna ha risposto adeguatamente all'impatto derivante dall'emergenza COVID-19 che ha determinato difficoltà di tipo logistico-organizzative. I dati dell'attività del Centro Regionale Sangue relativi all'anno 2021 hanno comunque mostrato una sostanziale tenuta delle attività rispetto all'anno precedente, con un aumento delle unità di sangue intero funzionale all'aumento delle unità trasfuse.

Per l'anno 2022 deve essere garantito il contributo all'autosufficienza regionale e nazionale, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni e federazioni dei donatori per soddisfare il fabbisogno di sangue ed emocomponenti, anche in attuazione di quanto previsto dalle nuove convenzioni stipulate con le Federazioni e le Associazioni di donatori e dal Piano Regionale Sangue.

Particolare attenzione dovrà essere rivolta ad incentivare le donazioni in aferesi di plasma sia per l'uso clinico sia per la produzione di medicinali plasmaderivati, con particolare attenzione alla produzione di immunoglobuline per cui è previsto uno shortage a seguito del picco pandemico 2020-2021, nel periodo 2021-2022.

Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue, occorre consolidare ulteriormente a livello aziendale, l'utilizzo del PBM (Patient Blood Management), programma già avviato nel 2017 ai sensi del DM 2 novembre 2015 e secondo le linee guida del CNS, ed estenderlo a tutti i percorsi clinici per la casistica degli interventi in elezione.



Particolare attenzione inoltre dovrà essere posta all'utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei medicinali plasma derivati (MPD), con focus sulla richiesta di immunoglobuline e.v., anche attraverso la costituzione di specifici gruppi di lavoro interdisciplinari aziendali.

Per quanto riguarda l'attività di produzione e cessione degli emocomponenti ad uso non trasfusionale, una maggiore trasparenza e regolamentazione dell'attività è stata garantita attraverso la stipula, negli anni precedenti, di specifiche convenzioni in materia, ai sensi di quanto previsto nella DGR 865/2016. Nel corso del 2022 è necessario regolare l'applicazione degli accordi ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1° agosto 2019 "Modifiche al decreto 2 novembre 2015, recante:

«Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti».

Nel corso del 2022 le Aziende Sanitarie devono impegnarsi a partecipare e a fornire i dati richiesti al gruppo di lavoro regionale individuato per la definizione degli aspetti di pianificazione ed organizzazione della concentrazione delle attività di qualificazione biologica e di lavorazione degli emocomponenti raccolti nelle due Aree Vaste Emilia Centrale e Nord. Il tavolo di lavoro vedrà la partecipazione del Centro Regionale Sangue, dei direttori dei Servizi Trasfusionali e delle Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue. A tal fine, a febbraio 2021 l'attività di qualificazione biologica del SIMT di Reggio Emilia è stata trasferita presso il Polo di Qualificazione Biologica di Parma. Le Aziende dovranno contribuire alle attività specifiche del gruppo di lavoro.

Dovrà inoltre essere data attuazione a quanto previsto dal Piano Sangue vigente, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- piena funzionalità dei COBUS;
- applicazione delle Good Practice Guidelines (GPGs) nel processo trasfusionale.

#### **Rendicontazione**

##### - Autosufficienza

Nel 2022, in collaborazione con l'associazione di volontariato AVIS che contribuisce per circa il 50% della raccolta sul territorio, il SIMT (Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale) ha garantito l'autosufficienza di sangue ed emocomponenti (globuli rossi concentrati-primo e secondo livello, concentrati piastrinici di primo e secondo livello e plasma da scomposizione e da aferesi) alle strutture sanitarie ospedaliere e private della provincia ed ha contribuito all'autosufficienza Regionale/nazionale con la cessione di Unità di Emocomponenti.

In particolare sono state raccolte:

- 12.856 di ST
- 2.261 Unità di plasma da aferesi
- CP (concentrato piastrinico) da multicomponent 125 unità

Il SIMT ha rispettato gli accordi di cessione di eritrociti concentrati con una soglia del 91% sul pattuito dagli accordi con il CRS. L'autosufficienza locale è stata garantita al 100% per tutti gli emocomponenti richiesti e necessari a tutte le strutture sanitarie della provincia.

Plasmaferesi Produttiva: il SIMT ha a disposizione, per il programma di plasmaferesi produttiva, un totale di 3.420 posti/anno. Nel 2022 sono state completate 2.220 donazioni di plasma da aferesi, pari al 64% della capienza totale. Negli ultimi tre anni, sono stati strutturati con AVIS provinciale, progetti di sensibilizzazione alla plasmaferesi. Queste campagne hanno contribuito ad un incremento medio, negli ultimi 3 anni, di 280 unità/anno (pari al 10% in più ogni anno) rispetto agli anni antecedenti il 2020.

Raccolta Multicomponent: nel 2022 sono state implementate anche le procedure di raccolta multicomponent (+ 125 Unità) che saranno mantenute anche per il 2023 con l'obiettivo di rispondere alla domanda del Programma Trapianti CSE, rispondere alla richiesta di Concentrati piastrinici nei periodi di maggiore richiesta e per mantenere le competenze del personale.

In conclusione, l'obiettivo di garantire l'autosufficienza locale, regionale e nazionale per il 2022 è stato raggiunto.

##### - Patient Blood Management (PBM)

Da gennaio 2021, il PBM, presso l'Azienda USL di Piacenza, è a tutti gli effetti attivo, con un ambulatorio dedicato con due appuntamenti/die per cinque giorni la settimana e ulteriori 2 appuntamenti giornalieri per terapia/follow-up. Nel 2022 l'ambulatorio PBM del SIMT Piacenza ha valutato 138 pazienti per prime visite per inquadramento diagnostico/terapeutico e 77 seconde visite per un totale di 185 visite/terapie/anno. I dati sono stati molto soddisfacenti, attraverso gli incontri COBUS si sta lavorando per



implementare il PBM post chirurgico. È anche in atto un ampliamento del PBM internistico per i pazienti con anemia riferiti dal PS e dalla cardiologia. Continuano le consulenze PBM per le pazienti in gravidanza.

- Appropriatezza utilizzo farmaci plasmaderivati

Nel corso dell'anno 2022 è stato costituito un gruppo di lavoro che comprende le seguenti UU.OO.: Farmacia Ospedaliera, Neurologia, Servizio Immunotrasfusionale, Ematologia e Centro Trapianti, Pediatria con lo scopo di redigere una procedura aziendale che introiti le indicazioni contenuto nel "Documento di indirizzo sull'utilizzo delle Ig umane in condizione di carenza." Contemporaneamente è stato predisposto un format per la prescrizione, che verrà digitalizzato, per aumentare l'appropriatezza prescrittiva e sollecitare i clinici nell'aderire alle linee guida suggerite a livello aziendale.

Nel primo incontro COBUS 2023 sono state esplicitate le problematiche relative alla carenza di farmaci plasmaderivati con particolare attenzione alla carenza della immunoglobuline. Sono stati presentati i dati AIFA/CND "Documento di indirizzo sull'utilizzo delle Ig umane in condizione di carenza", i dati di consumo, dell'incremento della richiesta e le linee guida per la appropriatezza della richiesta. I dati al COBUS sono stati condivisi e collegialmente presentati con la responsabile della farmacia aziendale.

- EUNT

L'attività della produzione di emocomponenti per uso non trasfusionale è stata garantita, per emocomponenti autologhi e omologhi, fino a novembre 2021. Dopo tale data, la severa carenza di personale tecnico, biologo e medico ha portato alla sospensione completa della produzione ed alla impossibilità di istituire convenzioni con terzi.

- Migrazione Attività Di Banca Sangue Verso Cvl-Parma

In novembre 2021 si è tenuto un incontro preliminare tra i direttori SIMT di Parma e Piacenza e i Direttori Sanitari delle due aziende, per valutare la fattibilità per l'invio della lavorazione sangue e plasma, unitamente alla validazione completa degli emocomponenti, al centro Hub-SIMT di Parma, secondo indicazioni regionali. Nel 2022, dagli ulteriori incontri dei Direttori SIMT, è emersa la problematica del differente conferimento del plasma all'industria di frazionamento. La problematica è stata esplicitata alle consulte del CRS. Nell'aprile 2023, la regione ha formalizzato un tavolo di lavoro tecnico, di cui il SIMT di Piacenza fa parte, per studiare la fattibilità della migrazione delle attività di lavorazione e validazione al centro HUB del SIMT di Parma.

- COBUS

Nel 2022 sono stati effettuati 4 incontri COBUS che hanno visto la partecipazione dei responsabili e dei coordinatori dei servizi ospedalieri e delle case di cura private con una partecipazione media di circa 50 professionisti ad incontro, collegati da remoto, in rappresentanza delle diverse unità operative.

- GPGs

Il SIMT ha recepito nelle sue procedure le GPGs e adeguato l'attività lavorativa alle linee guida. A dimostrazione di ciò sono le valutazioni positive ottenute in merito all'adesione del Sistema qualità impostato presso l'Unità Operativa SIMT alle GPGs, in occasione dei due audit per l'accreditamento

- 10-11 maggio 2022: ditta di frazionamento del plasma, Kedrion.
- 18-19 maggio 2022: audit istituzionale, da parte della Regione.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Predisposizione e invio al CRS dei report trimestrali sui dati di attività di Unità raccolte e trasfuse	100%	<b>100%</b>
Attivazione a richiesta, e revisione degli accordi preesistenti, delle Convenzioni relative all'utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale ai sensi della normativa di cui al DM 1 agosto 2019	100%	<b>0%</b>
Garanzia della validazione dei flussi Ministeriali entro i termini previsti (SISTRA Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali)	100%	<b>100%</b>
Garanzia dell'attività dei COBUS (secondo ASR 21/12/2017), con incontri almeno trimestrali	>70%	<b>100%</b>
Recepimento delle Good Practice Guidelines (GPGs), almeno per il settore della raccolta sangue	100%	<b>100%</b>





Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale per l'utilizzo appropriato di MPD	100%	<b>100%</b> <b>Creazione gruppo di lavoro per redazione di procedura aziendale</b>
---	------	---

### 3.9. ATTIVITÀ DI DONAZIONE D'ORGANI, TESSUTI E CELLULE

#### Obiettivo RER

L'attività di donazione d'organi, tessuti e cellule rappresenta un atto medico di primaria e assoluta importanza. Il processo di donazione e trapianto di organi rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La donazione di organi è compito ordinario delle Terapie Intensive e di tutto l'ospedale come atto medico di valore etico e terapeutico successivo all'accertamento di morte con "criteri neurologici" o "cardiaci". La donazione ha sempre rappresentato un obiettivo del SSR e deve esserlo per le singole Aziende e il singolo operatore. La nostra regione, nel corso degli anni, ha sempre investito sulla crescita e sulla diffusione della cultura "donativa" e oggi, nell'ambito del percorso di riordino ospedaliero, vi è l'obbligo di considerare il processo di donazione d'organi, tessuti e cellule un'attività sanitaria concreta e routinaria al pari di ogni altro atto medico e chirurgico. La donazione degli organi e dei tessuti è la base imprescindibile sulla quale si regge l'attività trapiantologica regionale e di conseguenza la possibilità di cura per pazienti non altrimenti curabili. Tra i settori di alta specializzazione, il sistema donativo-trapiantologico è una delle reti più complesse e articolata per la molteplicità dei professionisti coinvolti e per le fitte interazioni che lo rendono un modello organizzativo d'eccellenza.

Sono obiettivi per l'anno 2022:

- 1) Rendere pienamente operativi i Coordinamenti locali ospedalieri alla donazione con assegnazione di personale medico e infermieristico adeguato alle potenzialità donative specifiche dell'Azienda e garantendo ad entrambe le figure ore dedicate al procurement al di fuori delle ore di assistenza (DGR 665/2017). A supporto del Coordinatore Ospedaliero e dell'attività donativa, trasversale a tutto l'Ospedale, prevedere inoltre l'istituzione di un Comitato Aziendale Ospedaliero alla donazione, presieduto dal direttore Sanitario, che includa, oltre al Coordinatore Locale, i responsabili delle diverse Unità Operative e servizi Sanitari
- 2) Garantire, anche in corso di ulteriore ondata pandemica, la piena operatività, in termini di personale e di ore dedicate, degli Uffici di Coordinamento Locale alla donazione degli organi e dei tessuti.
- 3) Garantire l'attività donativo-trapiantologica sia mantenendo percorsi "puliti" che ne consentano la continuità sia la disponibilità costante di un posto letto in Terapia Intensiva per l'accoglienza di un potenziale donatore.
- 4) Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: viene 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) compreso tra il 15 e il 30%.
- 5) Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia: viene richiesto un PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta) superiore al 50%.
- 6) Per tutti i presidi Ospedalieri: viene richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 30%.
- 7) Prelievo da un numero di donatori di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni, come da indicazioni del CRT-ER.
- 8) Prelievo da un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 3 e i 78 anni) come da indicazioni del CRT-ER per ciascuna azienda.
- 9) Per la Donazione cuore fermo (DCD), è prevista l'attività nei seguenti centri:
  - Presidio Ospedaliero di Cesena, Ospedale Bufalini
  - Presidio Ospedaliero di Baggiovara, Ospedale Sant'Agostino Estense
  - Presidio Ospedaliero di Parma, Ospedale Maggiore
  - Presidio Ospedaliero Bologna S. Orsola - Malpighi
  - Presidio Ospedaliero Bologna Ospedale Maggiore
  - Presidio Ospedaliero Bologna Bellaria



- Presidio Ospedaliero di Reggio-Emilia, Ospedale S. Maria Nuova

10) Banca cornee dell'Emilia-Romagna, AUSL di Bologna. Deve essere garantita la piena operatività dell'attività di Banca secondo il nuovo assetto organizzativo e deve essere prevista la processazione in banca di almeno il 90% di cornee rispetto al totale di cornee pervenute.

11) Donazione da vivente di epifisi femorali. La Banca del Tessuto Muscolo-scheletrico (BTM) presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR) è l'Hub regionale per il banking muscolo-scheletrico.

Al fine di implementare la donazione da vivente di epifisi femorali si definiscono i seguenti obiettivi aziendali per l'anno 2022:

- istituire equipe locale multidisciplinare per la selezione del donatore
- implementare percorso di valutazione di idoneità alla donazione di TMS
- coordinarsi con la BTM per definire modalità di prelievo del tessuto e invio in BTM
- convenzionarsi con la BTM per definire i criteri di scambio del TMS.

### Rendicontazione

La previsione del Centro Riferimento Trapianti Emilia-Romagna (CRT) rispetto al numero di donazioni di cornea concernente l'ambito AUSL PC per il 2022 è stata di 70 cornee. Le cornee prelevate nel 2022 sono state 98 (25%), oltrepassando del 40% l'obiettivo posto.

Sono in corso in Azienda programmi di miglioramento che mirano ad inserire un modulo di segnalazione dei possibili donatori di cornea nel 2023. 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.

In osservanza alla Delibera Regionale 665/2017 è stato istituito presso l'Azienda 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.

L'apertura dell'Ufficio di Coordinamento Locale alle Donazioni Procurement Aziendale (CLDPA), con la presenza infermieristica dedicata, ha permesso di recuperare donatori anche non segnalati direttamente al CLDPA al momento del decesso. L'attività di ricognizione quotidiana presso le varie UU.OO. e le camere mortuarie ha portato al reperimento di donatori di cornee anche da altre unità operative aziendali di area non covid.

Per perseguire l'obiettivo di proporre la donazione anche al di fuori dell'ambito aziendale è stata riattivata la collaborazione con gli attuali due Hospice della provincia di Piacenza, con incontri dedicati presso le loro strutture, al fine anche di sensibilizzare gli operatori sia rispetto all'importanza della donazione sia della segnalazione di quei deceduti che abbiano le caratteristiche anamnestiche compatibili con una eventuale donazione.

Attraverso la riorganizzazione dei posti e degli ambienti è stato possibile il mantenimento di posti letto puliti per la gestione di potenziali donatori d'organo.

Nei tre casi di proposta di donazione d'organo conseguenti all'accertamento di morte con criterio neurologico, non vi è stata opposizione alla donazione da parte degli aventi diritto.

Rispetto alle donazioni multitessuto le indicazioni del CRT-ER prevedevano il raggiungimento di 2 donazioni. È stata eseguita 1 donazione multitessuto che ha permesso la donazione di tessuto vascolare, osseo e cutaneo.

Sono stati valutati nell'anno 2022 altri 8 potenziali donatori, di questi:

- 1 dopo approfondimento con la 2° opinion infettivologica nazionale del Centro Nazionale Trapianti è risultato non idoneo;
- 3 casi di soggetti per i quali a seguito di colloquio con gli aventi diritto è stata manifestata opposizione alla donazione;
- 1 caso non segnalato al momento del decesso e rilevato in autonomia dal CLDPA solo oltre il tempo limite donativo che è fissato in 12 ore, per la donazione multitessuto qualora il cadavere non sia stato refrigerato;
- 1 opposizione espressa in vita dal deceduto;
- 2 consensi alla donazione di sole cornee da parte degli aventi diritto.

Osservando le indicazioni del CRT-ER comunicate nel corso degli incontri bilaterali di marzo 2022, si è focalizzata l'attenzione sull'individuazione di potenziali donatori multitessuto intraospedalieri.

Inoltre visto il colloquio con il Procuratore della Repubblica di Piacenza per quanto riguarda il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria nei casi in cui l'attività di donazione di tessuti acceda a quei



soggetti così detti “sotto procura”, viste le richieste della Procura e il timing necessario per la donazione multitessuto, è necessario rivalutare l’attività svolta a partire dalle segnalazioni provenienti dal territorio (decesso extraospedaliero) nei casi in cui vi sia l’intervento dell’Autorità Giudiziaria. Si è deciso di potenziare il programma di formazione delle UO in grado di fornire donatori multitessuto, come UTIC, Neurologia e Pronto Soccorso.

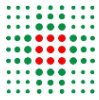
I dati riguardanti gli indicatori di performance del processo donativo hanno un indice di segnalazione per Morte Encefalica (M.E.) del 100%, superando l’obiettivo regionale delle segnalazioni fissato dal CRT ER. Questo valore è una riconferma dell’adesione al percorso di segnalazione dei soggetti in Morte Encefalica. L’AUSL di Piacenza è inserita nella rete regionale delle donazioni d’organo comprendente anche la donazione DCD. Nel 2022 si è sviluppata la stesura della Procedura Aziendale DCD per la relativa approvazione nell’anno 2023.

Per quanto riguarda la Donazione da vivente di epifisi femorali per BTM verrà definito con UO Ortopedia, il Pre-ricovero e le Sala Operatorie il percorso e lo sviluppo delle procedure necessarie alla donazione di epifisi femorali da vivente. È in corso una specifica collaborazione con la banca regionale del tessuto muscoloscheletrico.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
<i>Garanzia dell'attività donativo-trapiantologica</i>		
Piena operatività del Coordinamento Locale della donazione degli organi e dei tessuti così come definito nella Delibera Regionale 665/2017 (personale e ore dedicate)	100%	<b>Infermiere dedicato a tempo pieno</b>
Emergenza Covid-19: creazione di percorsi “puliti” che consentano la continuità dell'attività donativo-trapiantologica	100%	<b>100%</b>
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)	compreso tra il 15 e il 30%	<b>15,18%</b> (di cui 3 casi con accertamento di morte con criterio neurologico)
Tutti i presidi Ospedalieri: livello di opposizione alla donazione degli organi	<33%	<b>0%</b>
Numero di donatori di cornee sul totale dei decessi dell'anno 2019 con età compresa tra i 3 e gli 80 anni, come da indicazioni del CRT-ER	≥18%	<b>25%</b>
Prelievo da un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 3 e i 78 anni)	come da indicazioni del CRT-ER per ciascuna Azienda	<b>1 donazione multitessuto</b>
<i>Donazione cuore fermo (DCD)</i>		
N. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/n. segnalazioni donatori di organi a cuore battente	10%	<b>Predisposta procedura DCD</b>
<i>Donazione da vivente di epifisi femorali per BTM</i>		
Numero di pazienti valutati (per idoneità) rispetto al numero di candidati alla protesi	≥60%	<b>Non applicabile per Ausl Piacenza</b>
Percentuale di donazione rispetto agli idonei	≥50%	<b>Non applicabile per Ausl Piacenza</b>

### 3.10. ACCREDITAMENTO

**Obiettivo RER**



Tutte le Aziende sanitarie sono state sottoposte a verifica di rinnovo dell'accreditamento ai sensi della DGR n.1943 del 4.12.2017, "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie", entro il termine previsto del 31/12/2019.

Per favorire il mantenimento della rispondenza ai requisiti generali e specifici di accreditamento previsti dalle delibere regionali, a tutte le Aziende sanitarie viene richiesto di effettuare attività di audit interno e/o autovalutazione a livello direzionale e delle articolazioni organizzative e utilizzare le risultanze di questa attività di sorveglianza interna per attivare azioni di miglioramento di respiro aziendale.

Nel corso del 2022 è prevista l'attivazione di un progetto di revisione e aggiornamento dei requisiti specifici, previsti dalle normative regionali. Si chiede pertanto alle Aziende di facilitare la partecipazione alle iniziative che verranno previste ed ai lavori programmati.

Ai sensi del D.Lgs 261/2007, le Regioni e le Province Autonome, in attuazione della normativa vigente in materia, organizzano, presso i servizi trasfusionali e le unità di raccolta sangue, attività di verifica finalizzate all'accertamento della rispondenza ai requisiti previsti a distanza non superiore a due anni. Nel corso dell'anno le Aziende per le cui strutture è prevista la scadenza del termine, dovranno superare le verifiche relative al Sistema Trasfusionale effettuate dall'OTA su mandato della DG Cura della Persona, Salute e Welfare.

L'emergenza COVID-19 ha determinato difficoltà nella conduzione di verifiche sul campo, previste dalla normativa vigente del sistema accreditamento. In deroga a tali modalità, è stata prevista la possibilità di effettuare parte delle verifiche programmate attraverso mezzi informatici con il completamento delle verifiche sul campo in date successive al momento emergenziale e nel rispetto dei vincoli di sicurezza dettati dall'epidemia.

#### **Rendicontazione**

In data 27 aprile 2021 è stata effettuata dall'OTA e in modalità "remoto" la verifica di sorveglianza biennale per il mantenimento dell'accreditamento del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'Ausl Piacenza. La verifica ha compreso sia i requisiti strutturali, sia i requisiti di accreditamento delle Unità di Raccolta AVIS provinciale di Piacenza.

Nel corso dell'anno 2022 l'Azienda, nello specifico l'UO Servizio Immuno Trasfusionale (UO SIMT), è stata oggetto di due verifiche ispettive di accreditamento, rispettivamente per UO SIMT e per Unità di Raccolta (UDR): la prima da parte della Ditta di Plasma-lavorazione Kedrion nelle sedi periferiche (10 e 11/05), la seconda da parte della Regione E-R (18 e 19/05).

<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Valore raggiunto 2022</b>
<i>Verifiche relative al Sistema Trasfusionale</i>		
% di verifiche relative al sistema trasfusionale superate/totale delle verifiche effettuate dall'OTA	100%	<b>100%</b>
<i>Progetto di revisione e aggiornamento dei requisiti specifici</i>		
Numero di professionisti partecipanti alle iniziative promosse nell'ambito del progetto di revisione dei requisiti specifici di accreditamento/Numero di professionisti convocati	80%	<b>Non applicabile per Ausl Pc</b>

### **3.11. SICUREZZA DELLE CURE**

#### **Obiettivo RER**

Il permanere della epidemia COVID-19 ha posto alle organizzazioni sanitarie la tematica della gestione e analisi delle variabili riguardanti il rischio sanitario (risk management). Le Aziende e le altre strutture sanitarie si trovano infatti ad affrontare questioni relative all'analisi dei rischi specifici derivanti dalla pandemia e "rivalutazione dei rischi" a seguito della riorganizzazione di servizi e attività. In questo contesto, la funzione deputata alla gestione del rischio sanitario, si trova ad adeguare i propri modelli di monitoraggio al mutato quadro di riferimento, sia per quanto riguarda l'individuazione delle aree critiche che possono generare conseguenze negative per gli utenti, sia per i possibili contenziosi che possono derivare da tali accadimenti.



La Regione Emilia-Romagna ha elaborato e trasmesso alle Aziende (nota prot. 30/06/2020.0477007 del 30/06/2020) le linee di indirizzo per il Piano-Programma per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio, in relazione all'epidemia COVID-19, a seguito delle quali i Piani-Programma aziendali sono stati aggiornati.

In questo contesto è opportuno effettuare una valutazione sulla possibile applicazione degli strumenti della gestione del rischio.

Appaiono adeguati alla situazione attuale, oltre all'utilizzo degli strumenti "tradizionali" di gestione del rischio (Incident reporting, Sea, RCA, Morbidity e Mortality review, ecc.), anche l'utilizzo di strumenti utilizzati solitamente in modo "proattivo" nelle organizzazioni ad "alta affidabilità", quali: simulazioni e training sul campo per migliorare le competenze di team, riunioni di briefing/debriefing per la gestione di situazioni di "crisis management", osservazioni dirette e safety walkround (visite per la sicurezza) atte a verificare l'adozione di comportamenti idonei rispetto alle indicazioni per la sicurezza degli operatori e dei pazienti, analisi dei processi ad elevato rischio, analisi dei fattori umani per l'acquisizione di conoscenze generali e formative relative alle No Technical Skills (NTS) e al team working.

Tali strumenti, infatti, meglio si adattano alla forte esigenza di incidere sui comportamenti umani e sull'affidabilità delle organizzazioni in un brevissimo arco di tempo. L'emergenza Covid-19 ha permesso di comprendere quanto fondamentale sia la capacità delle organizzazioni sanitarie di rimodularsi nell'arco di pochi giorni o addirittura di poche ore, per far fronte a necessità impellenti ed immediate.

Si fornisce indicazione di proseguire anche nel 2022 nell'utilizzo degli strumenti con particolare riferimento a:

- utilizzo dell'incident reporting per la raccolta delle segnalazioni di interesse per la sicurezza, anche quelle connesse alla gestione del COVID-19;
- effettuazione di visite per la sicurezza/ safety walk round (modello regionale Vi.si.t.a.re), in sinergia con i referenti aziendali per il rischio infettivo;
- applicazione della check list di sala operatoria;
- osservazioni dirette sul campo, con particolare riferimento all'attività chirurgica (programma regionale OssERvare).

Nel corso del 2022 verrà sviluppata e sperimentata la nuova piattaforma regionale 'Segnal-ER' per la raccolta delle segnalazioni e dei sinistri, al fine di integrare le diverse fonti informative relative alla sicurezza delle cure, segnalazioni dei cittadini e gestione dei sinistri. Si chiede alla Direzioni di partecipare alle attività richieste dalla Regione per la sua sperimentazione ed implementazione nelle Aziende sanitarie.

### Rendicontazione

Nel 2022 l'attività di risk management ha risentito positivamente dell'allentamento delle restrizioni organizzative dovute al minor impatto della pandemia da Covid-19.

Il Gruppo Aziendale sulla gestione del rischio ha lavorato su diversi fronti operando in stretta sinergie con le strutture di produzione che hanno fornito importanti contributi.

In sintesi si riportano le principali attività sviluppate:

**Progetto Regionale Osservare:** le osservazioni nelle sale chirurgiche sono riprese regolarmente e il numero delle osservazioni è risultato superiore agli obiettivi regionali, anche all'interno delle sale dedicate al taglio cesareo si è iniziata la raccolta delle schede di osservazione.

**Progetto Regionale Farmacovigilanza e Dispositivovigilanza:** a seguito delle indicazioni regionali sullo sviluppo delle sinergie tra risk management e gestione del farmaco e del dispositivo, sono state prodotte istruzioni operative per l'organizzazione delle attività congiunte tra Gruppo Aziendale sulla gestione del rischio e Farmacia nei casi di segnalazioni che abbiano un impatto sulla sicurezza del paziente.

**Progetto Regionale check list di sala operatoria:** si è proseguito nell'applicazione della check list di sala operatoria e si è dato corso all'espansione del progetto nelle sale dedicate al taglio cesareo.

**Incident reporting:** l'attività di raccolta delle segnalazioni spontanee è ripresa in modo abbastanza soddisfacente, arrivando a circa 130 segnalazioni nel corso dell'anno, contro le 90 schede raccolte nel 2021, segno di un ritorno di sensibilità e di attenzione da parte degli operatori dopo il periodo più impegnativo del contrasto al Covid-19. Da queste informazioni sono stati sviluppati momenti di confronto con gli operatori che hanno portato, e porteranno, allo sviluppo di specifiche azioni di miglioramento. Ad oggi si possono individuare le seguenti specifiche azioni condotte a seguito di segnalazioni spontanee:

- istituzione di una linea telefonica di emergenza per la chiamata degli anestesisti



- introduzione della conta garze sala parto con materiale radio-opaco
- acquisizione di culle di sicurezza next to me per una sicura gestione del rooming-in
- perfezionamento della trasmissione degli ECG da strutture extra ospedaliere al reparto di cardiologia
- inizio di un processo per il corretto utilizzo del KCL (cloruro di potassio) nei reparti.

**Eventi sentinella:** nel corso dell'anno si è proseguito con l'alimentazione del data base nazionale sugli eventi sentinella che ha visto la registrazione di 9 eventi, a cui sono seguite azioni di gestione del rischio concordate dal Gruppo Aziendale e sviluppate in sinergia con le strutture interessate.

Per quanto riguarda l'adesione a progetti nazionali, nel corso del 2022 è continuata la risposta alle attività promosse da AGENAS sia sul fronte della **Call for good practice** che del Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali, e si è provveduto anche alle pubblicazioni richieste dalla legge 24/2017, che sono state effettuate con regolarità e nei tempi previsti.

Per quanto riguarda lo sviluppo della nuova piattaforma regionale '**Segnal-ER**', l'Azienda ha partecipato alle attività richieste dalla Regione per la sua sperimentazione e implementazione nelle Aziende sanitarie, in attesa che la piattaforma venga attivata presso l'Ausl di Piacenza. Ad oggi la partecipazione richiesta si è limitata a due riunioni di presentazione del progetto.

Da ultimo anche le visite nei reparti per il contenimento del rischio infettivo sono state condotte dal Gruppo Aziendale che si occupa di infezioni in ben 9 reparti ospedalieri (Oncologia, Medicina, Neurologia, Chirurgia, Ostetricia, Pneumologia, Geriatria, Nefrologia, Ematologia). Nel corso delle visite sono stati valutati il rispetto delle procedure e i comportamenti individuali.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Effettuazione di osservazioni dirette in sala operatoria (utilizzando l'App regionale OssERvare)	Almeno 50 osservazioni/anno	<b>90 osservazioni</b> dirette in sala operatoria
Effettuazione check list di sala operatoria: - copertura SDO su procedure AHRQ4 - linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	>= 90% >= 90%	<b>99,62%</b> <b>96,67%</b>
Effettuazione di visite per la sicurezza in sinergia con i referenti aziendali per il rischio infettivo	Almeno due visite/anno	<b>9 visite</b>
Partecipazione alle attività di sperimentazione e implementazione della nuova piattaforma SegnalER	sì	<b>Sì</b> partecipazione agli incontri di presentazione

### 3.12. SVILUPPO E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE

#### **Obiettivo RER**

Nel 2022 dovrà proseguire l'impegno delle aziende sanitarie nel garantire le attività per la costante implementazione delle linee di indirizzo e delle buone pratiche regionali diffuse negli anni precedenti, con particolare riferimento a:

- "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale" (circolare PG 2016\_786754 del 23/12/2016);
- "Linee indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" (determinazione n. 17558 del 31/10/2018);
- "Emergenza COVID 19 – Integrazione delle linee di indirizzo RER sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" (determinazione n. 8630 del 22/05/2020);
- "Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari" (determinazione n. 801 del 20/01/2021);
- "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" (determinazione n. 4125 del 10/3/021).

La formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale è determinante per valorizzare le competenze professionali, adeguandole ai nuovi bisogni assistenziali dei pazienti e alle innovazioni organizzative.

Si richiede alle aziende di promuovere la diffusione delle buone pratiche anche tramite la formazione da parte dei professionisti sanitari, stimolando la fruizione delle iniziative formative create dal Settore



Assistenza Ospedaliera in collaborazione con l'Agenda Sanitaria e Sociale Regionale, disponibili per tutte le aziende sanitarie sulla piattaforma regionale "e\_laber" (<https://www.e-laber.it/>).

Attualmente sono attivi i seguenti percorsi:

- Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale - Edizione 2022;
- Triage in Pronto Soccorso: nuovi colori per accogliere - Edizione 2022;
- Preveniamo la contenzione - Buone pratiche in Emilia-Romagna - Edizione 2022;
- Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale - Edizione 2022;
- Le medicazioni avanzate - Edizione 2022;
- Valutazione e Categorizzazione delle lesioni da pressione - Edizione 2022;

Il corso FAD sulla valutazione e categorizzazione delle lesioni da pressione è il primo step di un programma formativo che prevede successivamente la partecipazione dei professionisti infermieri a seminari aziendali teorico-pratici. Questi avranno come docenti i Referenti Aziendali per le lesioni cutanee, i quali hanno partecipato al corso regionale per diventare formatori nel corso del 2021.

L'obiettivo primario del programma formativo è quello di standardizzare/uniformare il processo di categorizzazione, migliorando le competenze degli infermieri di clinica nella valutazione delle lesioni da pressione e la loro capacità di differenziarle da altre forme di lesioni cutanee quali le dermatiti da incontinenza, nonché migliorare l'attendibilità dei dati rilevati sia in occasione delle indagini di prevalenza che imputati nei futuri sistemi di monitoraggio implementati a livello regionale. L'obiettivo secondario è quello di coinvolgere i referenti aziendali delle lesioni cutanee nel ruolo di formatori a livello locale e di promuovere la loro funzione di supporto/consulting nei confronti degli infermieri di clinica al fine di potenziare il trasferimento delle conoscenze acquisite nella pratica assistenziale e di creare connessioni fra i professionali all'interno delle Aziende. I coordinatori infermieristici delle Unità Operative oggetto di interesse sono chiamati a mantenere alta l'attenzione nelle UUOO sul tema delle LDP, a promuovere la partecipazione alla formazione dei componenti del proprio staff e a facilitare l'organizzazione di momenti di incontro/confronto fra i referenti aziendali e gli infermieri di clinica, anche una volta terminati i percorsi formativi.

### **Rendicontazione**

Con riferimento al corso FAD regionale "Preveniamo la contenzione - Buone pratiche in Emilia-Romagna - Edizione 2022", è stato possibile raggiungere l'obiettivo attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro multi-professionale volto alla sensibilizzazione del personale afferente alle diverse unità operative circa l'importanza del tema della prevenzione della contenzione. L'attività di sensibilizzazione si è realizzata attraverso un contatto continuo con i Responsabili Assistenziali di Dipartimento, attraverso incontri in presenza e l'invio di e-mail ai coordinatori per incentivare la motivazione alla frequenza del corso da parte dei professionisti delle diverse UU.OO. coinvolte.

Di rilevante importanza anche il contatto continuo con l'UO Formazione per:

- estrapolazione dei dati relativamente ai partecipanti al corso e monitoraggio della frequenza
- invito ai partecipanti a completare il corso iniziato.

Al termine del primo semestre 2022 è stata realizzata una prima rendicontazione dell'obiettivo, a seguito della quale si è proceduto con un ulteriore invito ai coordinatori circa la frequenza al corso in oggetto.

Inoltre, attraverso un lavoro svolto nel gruppo multi-professionale, che ha visto la presenza di un componente del rischio clinico, un componente del servizio qualità, un componente della direzione delle professioni sanitarie e un componente dei servizi informatici, si è lavorato per informatizzare e implementare all'interno della Cartella Clinica Elettronica la scheda di prescrizione e monitoraggio della contenzione, che dovrebbe realizzarsi nel 2023 in attesa di ricevere indicazioni regionali circa l'utilizzo del programma SegnalER relativo alle segnalazioni per la sicurezza delle cure e ai sinistri delle strutture sanitarie nella Regione Emilia-Romagna.

In coerenza con le indicazioni Regionali, infermieri ed oss sono stati invitati ad approfondire le tematiche riguardanti le lesioni da pressione versus altri tipi di lesione e il loro trattamento, attraverso l'utilizzo di medicazioni avanzate in modo appropriato e consapevole.

La necessità di mantenere e aggiornare le competenze professionali richiede uno sforzo costante, che ha trovato nella FAD un valido alleato per coniugare esigenze lavorative e personali dei professionisti. La partecipazione ai corsi FAD, attraverso la piattaforma regionale E-laber, è stata diffusa e stimolata mediante contatti con i coordinatori infermieristici delle UU.OO. interessate e attraverso riunioni del



Gruppo dell'Osservatorio Aziendale delle Lesioni Cutanee. È stato inoltre costituito un team di infermieri esperti con master in Wound Care (4 infermieri con master e 2 con esperienza ventennale in campo di lesioni cutanee) formati dal Case Manager dell'Osservatorio Lesioni Cutanee, attraverso il corso regionale "Formare i formatori".

Si è provveduto inoltre ad individuare almeno 2 infermieri per U.O. che potessero diventare "referenti per le lesioni cutanee" e che, partecipando al corso, assumessero poi un ruolo di supporto/consulting nei confronti dei colleghi di unità operativa, al fine di facilitare il trasferimento delle conoscenze acquisite e con l'obiettivo di creare connessioni fra i professionisti all'interno dell'Azienda, per creare una vera e propria rete capillare, capace di rispondere alle esigenze dei professionisti e dell'utente.

A dicembre 2022 è partito il primo corso residenziale + formazione sul campo rivolto al Dipartimento della Medicina Riabilitativa, ne seguiranno altri nel corso del 2023 rivolti ai reparti interessati dall'obiettivo regionale, ma anche aperto agli interessati che hanno svolto il corso FAD "Valutazione e categorizzazione delle lesioni da pressione".

Attraverso il questionario di fine formazione si è potuto apprezzare un buon livello di competenza sulla clinica, nella valutazione delle lesioni da pressione e sulla capacità di differenziarle dalle altre forme di lesioni cutanee, come le dermatiti da incontinenza o le skin-tear.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Partecipazione al corso FAD regionale "Preveniamo la contenzione - Buone pratiche in Emilia-Romagna - Edizione 2022" da parte dei professionisti sanitari (Medici, Infermieri, Fisioterapisti) e degli operatori socio sanitari dei setting assistenziali nei quali si fa ricorso all'utilizzo di mezzi di contenzione (UUOO di geriatria, UUOO di area medica, UUOO di area chirurgica, UUOO di Medicina Riabilitativa ed eventuali altri setting a discrezione delle singole Aziende).	40%	<b>50,6%</b> <b>(somma personale sanitario ed operatori socio sanitari di reparti selezionati a livello aziendale secondo le indicazioni)</b>
Partecipazione al corso FAD regionale " <a href="#">Valutazione e Categorizzazione delle lesioni da pressione - Edizione 2022</a> " da parte degli Infermieri dei setting assistenziali maggiormente esposti all'insorgenza delle LDP (UUOO di terapia intensiva, UUOO di lungodegenza post acuzie, UUOO di geriatria, medicina generale, UUOO di medicina riabilitativa, unità spinali e gravi cerebrolesioni ed eventuali altri setting a discrezione delle singole Aziende).	20%	<b>46,68%</b> <b>(personale afferente a reparti selezionati a livello aziendale secondo le indicazioni)</b>
Svolgimento da parte di ciascuna Azienda di almeno una edizione dei seminari di approfondimento sulla valutazione, differenziazione e categorizzazione delle Lesioni da pressione, tenuti dai referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC) che hanno partecipato alla formazione regionale	Sì	<b>Sì</b> <b>1 corso</b>

### 3.13. GOVERNO DEI FARMACI E DEI DISPOSITIVI MEDICI

#### 3.13.1. **Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna**

##### **Obiettivo RER**

Nel 2022 è previsto un contenimento dell'incremento della spesa netta convenzionata entro il +1,4% rispetto al 2021, con scostamenti differenziati a livello aziendale. Tale previsione tiene conto della ripresa complessiva dei consumi dopo la flessione osservata nella fase pandemica e del perseguimento di specifici obiettivi di contenimento per le categorie terapeutiche maggiormente suscettibili di impieghi inappropriati, in particolare inibitori di pompa protonica, omega 3, vitamina D. Sono considerati





separatamente gli importi da corrispondere alle farmacie quale remunerazione aggiuntiva per l'erogazione di farmaci a carico SSN, poiché sono previste risorse appositamente dedicate secondo quanto stabilito dal Decreto 11/08/2021 (GU n.259 del 29/10/2021).

Per l'acquisto ospedaliero di farmaci, si prevede a livello regionale una spesa di 1,115 mld di euro corrispondente a +6,4% verso il 2021, con scostamenti differenziati fra le Aziende sanitarie. Tale obiettivo è definito come risultato tra fattori di incremento della spesa e fattori di potenziale risparmio, ed esclude i farmaci innovativi previsti nel fondo nazionale, l'ossigenoterapia, i vaccini e le terapie con i farmaci HCV per la cura di persone risultate positive attraverso la campagna di screening dell'infezione, ed è monitorato in corso d'anno tramite verifiche a cadenza bimestrale.

Ciascuna Azienda sanitaria dovrà contribuire al raggiungimento dell'obiettivo regionale secondo la modulazione indicata nella tabella sotto riportata, che tiene conto delle diverse specificità presenti a livello locale.

Aziende sanitarie	Obiettivi di spesa farmaceutica				
	spesa netta convenzionata 2022		spesa per acquisto ospedaliero* 2022		
	Importo (€)	var. vs 2021	Importo (€)	var. vs 2021	monitoraggio per area (Ausl+Aou+IRCSS)
AUSL Piacenza	29.592.353	1,6%	59.972.738	6,1%	6,1%
AUSL Parma	45.030.348	1,7%	57.407.557	5,4%	8,9%
AOU Parma <sup>o</sup>			58.416.040	12,7%	
AUSL Reggio E.	50.324.276	0,2%	124.093.127	8,0%	8,0%
AUSL Modena	75.284.247	1,1%	132.548.750	5,7%	4,9%
AOU Modena			44.663.026	2,5%	
AUSL Bologna	103.048.268	1,3%	115.956.671	9,6%	6,8%
AOU Bologna			145.314.943	4,7%	
IOR			3.066.638	2,0%	
AUSL Imola	16.534.145	3,5%	25.676.182	6,5%	6,5%
AUSL Ferrara	43.868.854	-0,4%	42.427.169	7,4%	4,3%
AOU Ferrara			46.925.663	1,7%	
AUSL Romagna	124.671.649	2,3%	230.900.906	5,7%	5,7%
IRST			28.223.326	10,9%	10,9%
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>488.354.141</b>	<b>1,4%</b>	<b>1.115.592.735</b>	<b>6,4%</b>	<b>6,4%</b>

\* esclusi farmaci innovativi, ossigeno, vaccini, farmaci HCV per la cura di persone risultate positive attraverso la campagna di screening dell'infezione. Include anche i farmaci oncologici ad alto costo per le indicazioni terapeutiche prive del requisito di innovatività e pertanto non ricompresi nel fondo farmaci innovativi

<sup>o</sup> per AOU Parma l'obiettivo di spesa 2022 per farmaci in acquisto ospedaliero tiene conto dell'incompleta rilevazione dei consumi 2021 nei flussi.

L'impegno di risorse stimato 2022 per i Farmaci innovativi che trovano copertura nel fondo nazionale è complessivamente quantificato in 90,2 milioni di euro, ed è relativo sia ai farmaci innovativi oncologici sia ai non oncologici.

## Rendicontazione

### Acquisto ospedaliero farmaci

L'anno 2022, anche in base all'andamento dell'emergenza legata al COVID, si è caratterizzato per una progressiva ripresa dell'attività ordinaria che ha avuto forti ricadute sulla spesa ospedaliera anche per l'utilizzo di molecole ad alto impatto economico non coperte dal fondo farmaci innovativi o uscite da tale fondo.

La variazione della spesa per acquisto ospedaliero di farmaci dell'Ausl Piacenza è stato del +11,6%. Si procede di seguito ad analizzare le aree a più forte impatto sulla spesa.

Relativamente alla distribuzione per conto (DPC) dei farmaci erogati dalle farmacie convenzionate, a



seguito dell'incremento del numero di molecole, anche ad alto costo, inserite nella lista omogenea regionale della distribuzione per conto, si è passati dai 126.604 pezzi erogati nel 2021 ai 145.964 pezzi attuali con conseguente incremento dei costi. Sull'incremento della spesa ha avuto un forte impatto anche l'estensione ai MMG della possibilità di prescrivere le glifozine a seguito della nota AIFA 100.

L'attività di distribuzione diretta ha registrato un aumento del 14% degli accessi medi giornalieri ai punti di erogazione farmaci. A questo incremento ha contribuito l'apertura di un ulteriore punto di distribuzione diretta nella Casa della comunità di Piacenza (a seguito del trasferimento della Diabetologia in tale sede), e la riapertura, a dicembre, di due punti di erogazione diretta presso l'ospedale di Castel san Giovanni e l'ospedale di montagna di Bobbio.

Una delle categorie di farmaci che ha inciso maggiormente sulla spesa della distribuzione diretta è stata quella dei farmaci onco-ematologici orali dovuto principalmente all'aumento dei pazienti in trattamento (65 in più rispetto al 2021). Sulla variazione ha, però, avuto un effetto positivo l'uscita del farmaco generico lenalidomide che ha permesso di contenere l'incremento e la perdita del brevetto di alcuni farmaci con la conseguente messa in commercio di farmaci generici (tipo Sutent, Zytiga) e quindi con conseguenti risparmi di costo.

Si segnala un maggior numero di pazienti affetti da sclerosi multipla a cui si accompagna anche uno shift di terapia tra la prima e la seconda linea con utilizzo di molecole con un costo maggiore per motivi clinici (es. pazienti che hanno avuto un peggioramento della malattia con conseguente cambio della terapia). Nel 2022 si è rilevato un incremento di 57 pazienti rispetto al 2021 e un conseguente maggiore costo.

Sono proseguiti gli incontri anche con i professionisti interessati in merito al corretto e appropriato utilizzo dei biosimilari al fine di perseguire gli obiettivi fissati dalla Regione. In particolare si è posta l'attenzione a quei reparti che utilizzano adalimumab, etarnecept, infliximab. In ambito reumato-dermatologico si rilevano oneri superiori, a fronte di un incremento di 82 pazienti.

Sulla spesa continuano inoltre ad influire quelle molecole che nel 2021 erano negli elenchi dei farmaci innovativi e ora non rientrano più in questo aggregato.

Altra voce che influisce sugli incrementi della distribuzione diretta è il costo sostenuto per le malattie rare, inoltre è da evidenziare che queste tipologie di pazienti spesso sono in cura presso centri esterni.

Si evidenzia anche una maggiore presa in carico di pazienti affetti da HCV (+40 rispetto al 2021) di cui uno individuato attraverso lo screening, con un incremento dei costi.

L'introduzione di nuove molecole (ad esempio quelle per l'insufficienza cardiaca) ha comportato maggiori costi. Relativamente all'utilizzo delle stesse sono stati organizzati incontri con i professionisti al fine di monitorare la spesa garantendo l'appropriatezza prescrittiva.

Per quanto riguarda il consumo interno dei farmaci il maggior impatto, sia per valore complessivo di incremento rispetto all'anno precedente sia per il costo/terapia, ha riguardato principalmente i farmaci onco-ematologici (classe ATC L01).

L'analisi dell'attività evidenzia un incremento nel numero di pazienti presi in carico dai reparti di onco-ematologia (+8% rispetto al 2021). Tale aumento è dovuto sia a pazienti naive, sia all'incremento della sopravvivenza globale, conseguenza dell'utilizzo dei nuovi farmaci (soprattutto quelli di immunoterapia) che ha determinato la cronicizzazione delle terapie dei pazienti.

È da sottolineare che per le terapie iniettive si era rilevato un significativo incremento già nella seconda parte del 2021 che è proseguito nel 2022 con un aumento dell'8%. Inoltre nel 2022 spesso sono stati presi in carico pazienti in trattamento per malattia metastatica, per cui sono stati necessari trattamenti con farmaci a più alto costo.

Nella seconda parte dell'anno 2022 sono state messe in campo delle azioni di shift terapeutico dei pazienti naive verso l'uso dell'alternativa terapeutica a maggior rapporto costo/opportunità, inoltre si sono programmati gli esami di valutazione della progressione di malattia a scadenza più breve per capire prima quando sospendere la terapia. È stata predisposta l'introduzione di "vacanza terapeutica" per i pazienti con malattia stabile da tempo (come da dati di letteratura riguardante la "drug holiday") al fine di assecondare anche le esigenze dei pazienti medesimi.

In aggiunta prosegue l'attività di selezione dei pazienti da porre in trattamento con terapie sottocute al fine di rispettare l'obiettivo regionale del 20% dei trattamenti. Ad oggi per il trastuzumab si rileva il 17% dei pazienti in trattamento con la formulazione sottocute e il 3,5% per il rituximab.

Inoltre è stato necessario utilizzare antibiotici di ultima generazione per far fronte a casi di resistenza antibiotica a fronte di richiesta personalizzata, con un maggior onere.



#### Andamento spesa farmaci innovativi oncologici gruppo A e farmaci innovativi non oncologici

Per quanto riguarda i farmaci innovativi l'Azienda ha sostenuto un costo per il 2022 di circa 3.816.000 euro in linea con il finanziamento assegnato. Si ritiene opportuno segnalare che circa 378.000 euro sono stati sostenuti per pazienti non residenti (di cui 119.000 per residenti nelle altre province dell'Emilia-Romagna).

#### Spesa farmaceutica convenzionata

La Regione Emilia Romagna ha definito, come tutti gli anni, gli obiettivi di variazione rispetto alla spesa del 2022 e gli obiettivi su specifiche molecole (lansoprazolo, colecalciferolo), relativamente al controllo e monitoraggio delle attività sulla farmaceutica convenzionata. Nel 2022 la variazione della spesa a livello regionale è stata del +2,9% rispetto al 2021. L'Ausl di Piacenza ha presentato una variazione del +3,5%. È però da segnalare che la spesa netta pro-capite pesata 2022 dell'Azienda è stata di 101,01 euro rispetto ai 108,36 euro della media regionale, questo a conferma delle buone performance aziendali in materia.

Nel precedente anno, compatibilmente con l'andamento della pandemia, si sono svolti alcuni incontri a distanza con lo strumento della videochiamata con i nuclei di cure primarie per confronti/indicazioni sull'appropriatezza prescrittiva relativamente ai farmaci che hanno note AIFA e/o piano terapeutico e nell'ultima fase dell'anno sono ripresi gli incontri in presenza. Inoltre i MMG e i PLS sono stati continuamente aggiornati rispetto ai farmaci che potevano essere prescritti per il COVID-19, attraverso comunicazioni che riportavano le indicazioni delle linee guida AIFA e gli schemi terapeutici che potevano essere seguiti.

L'Azienda al fine del perseguimento degli obiettivi ha definito uno specifico accordo con i medici di medicina generale che prevede l'erogazione di incentivi a fronte del raggiungimento di specifici obiettivi aziendali e il monitoraggio periodico attraverso reportistica dedicata, sia a livello complessivo che di singolo medico.

Nel 2023 si prevedono incontri di nucleo in presenza con i medici di medicina generale ripartiti in 3 periodi dell'anno. Il primo per presentare gli incentivi a fronte del raggiungimento degli obiettivi e per fare formazione, il secondo in giugno/luglio per valutare la coerenza e l'andamento delle prescrizioni e il terzo a novembre per analizzare i risultati e individuare i comportamenti virtuosi che hanno portato al conseguimento degli obiettivi regionali. Per agevolare questo percorso, non solo gli incontri saranno tutti in presenza, ma in questi incontri saranno coinvolti dei clinici ospedalieri per trattare il tema dell'appropriatezza prescrittiva dei PPI (inibitori di pompa protonica).

Inoltre sono stati effettuati alcuni interventi nel sistema di distribuzione diretta dei farmaci con l'obiettivo non solo di ridurre la spesa convenzionata, ma anche di migliorare il servizio di assistenza farmaceutica ai pazienti fragili e cronici. 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 distribuzione diretta. Inoltre per aumentare la capillarità e l'assistenza a livello territoriale dei pazienti sono stati riaperti diversi punti di distribuzione diretta negli Ospedali di Castel San Giovanni e di Bobbio a Dicembre 2022 e nella Casa della Salute di Monticelli d'Ongina e di Podenzano a Febbraio 2023. Infine è stato altresì rafforzato il servizio di distribuzione farmaci urbano grazie all'apertura di un ulteriore punto di distribuzione diretta presso la Casa della Salute di Piazzale Milano.

Relativamente alla remunerazione aggiuntiva prevista per le farmacie convenzionate ai sensi dall'art. 20, comma 4, del D.L. 22 marzo 2021, n. 41, è stato inserito un costo pari al finanziamento.

In data 7 marzo 2023 c'è stato un incontro per revisionare il regolamento della DPC ed è stato anticipato un aggiornamento della lista regionale DPC inserendo farmaci dell' ATC R03 con alcune associazioni precostituite per la terapia della BPCO.

Questo potrebbe comportare un ulteriore risparmio in quanto molti di questi farmaci utilizzati come terapia nella BPCO al momento sono in convenzionata.

### **3.13.2. Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica**

#### **Obiettivo RER**

Per il 2022 le Aziende proseguono nel promuovere il ricorso ai farmaci privi di copertura brevettuale, siano essi generici o biosimilari.

È richiesto uno specifico impegno nell'uso appropriato delle classi di farmaci prevalentemente territoriali a maggior rischio di inappropriatezza. In particolare:



- Antibiotici: contenimento del consumo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci al fine di contrastare la diffusione delle resistenze microbiche. Questo obiettivo è stato perseguito, anche in corso di pandemia da COVID-19, cercando di far fronte alla particolare situazione epidemiologica. Nel 2020-2021, le chiusure dovute alla pandemia hanno determinato una minor circolazione degli agenti patogeni e una conseguente riduzione dei consumi di antibiotici in tutti gli ambiti territoriali della Regione. Nel 2022, come effetto delle riaperture, è attesa una risalita dei consumi di antibiotici; da ciò deriva la necessità di ridefinire le soglie di valutazione per l'indicatore di monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia, tenendo conto del target raccomandato. Il pannello di indicatori attualmente in uso in ambito regionale verrà rivalutato ed eventualmente aggiornato a partire dal prossimo anno, tenuto conto degli andamenti osservati. Monitoraggio indicatore previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia.
- PPI: in relazione al trend di incremento regionale del consumo territoriale osservato negli ultimi anni, per ogni Azienda sanitaria vengono definiti specifici obiettivi di contenimento modulati sulla base dell'aumento registrato nell'anno precedente al fine di contribuire al raggiungimento del target medio regionale
- Omega 3: considerate le condizioni di rimborsabilità degli omega 3 definite dalla nota AIFA 13 nel 2019 che ne esclude l'impiego nella prevenzione cardiovascolare secondaria e che la riduzione d'uso attesa per questa classe di farmaci non è stata sinora osservata, vengono definiti per ciascuna Azienda sanitaria specifici obiettivi di contenimento modulati sulla base dell'aumento registrato nell'anno precedente al fine di contribuire al raggiungimento del target medio regionale
- Vitamina D: le condizioni di rimborsabilità introdotte dalla nota AIFA 96 nel 2019 per l'impiego in prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D nell'adulto (>18 anni) non hanno consolidato nel tempo gli effetti sulla riduzione dei consumi previsti, e nel 2021 è stata osservata la tendenza a un graduale incremento. Vengono così definiti per ogni Azienda sanitaria specifici obiettivi di contenimento modulati sulla base dell'aumento registrato nell'anno precedente al fine di contribuire al raggiungimento del target medio regionale.

Inoltre, per il colecalciferolo è opportuno tenere conto che, nel rispetto della necessità clinica e dell'aderenza terapeutica del paziente, la formulazione multidose in gocce presenta il miglior rapporto costo/opportunità ed è da preferire rispetto alla monodose.

- Farmaci per la cronicità nell'ottica della territorializzazione delle cure

Le nuove note AIFA introdotte a partire dall'anno 2020, quali:

- nota 97, relativa alla prescrizione degli anticoagulanti AVK e NAO/DOAC nel trattamento della FANV;
- nota 99 per la prescrizione dei farmaci utilizzati nella terapia di mantenimento dei pazienti con diagnosi certa di BPCO (LABA; LAMA; LABA/ICS; LABA/LAMA; LABA/LAMA/ICS);
- nota 100 riferita all'uso degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1, degli inibitori del DPP4 e loro associazioni nel trattamento del diabete mellito tipo 2

sostengono lo sviluppo della territorialità dell'assistenza sanitaria sottolineando il ruolo centrale della medicina di base in quanto consentono la prescrizione di farmaci precedentemente affidati dal punto di vista prescrittivo ai soli specialisti.

Dette note AIFA sono mirate a garantire, a partire dall'inquadramento diagnostico- terapeutico, l'appropriatezza sia nella prescrizione nei pazienti naïve sia nel mantenimento delle terapie, favorendo al contempo il raccordo nonché lo scambio delle necessarie informazioni per una gestione integrata con gli specialisti.

In quest'ottica svolgono un ruolo fondamentale la formazione dei professionisti sanitari; le Aziende sanitarie dovranno proseguire nell'ambito della formazione obbligatoria, nella realizzazione di corsi di formazione mirati, con approccio multidisciplinare (con particolare riferimento ai rapporti fra ospedale e territorio), anche a declinare come i percorsi prescrittivi definiti dalle note AIFA debbano integrarsi nei PDTA locali affinché sia garantita la centralità del paziente, l'integrazione tra gli interventi il ricorso alla diagnostica sfruttando la digitalizzazione delle informazioni.

Per quanto riguarda i farmaci con uso/prescrizione prevalentemente ospedaliera, è richiesta l'adesione ai risultati di gara. Inoltre, una particolare attenzione deve essere posta alle classi di farmaci di seguito elencate al fine di garantirne un uso ottimale:

- Antibiotici: monitoraggio dell'uso dei farmaci con indicazione nel trattamento di infezioni



nosocomiali da germi difficili multiresistenti, che sono compresi nella lista di farmaci “reserve” della classificazione AWaRe dell’OMS, per i quali AIFA ha definito schede di prescrizione cartacee

- **Antidiabetici:** nei pazienti in terapia con metformina somministrata a dosi e tempi adeguati che necessitano di un secondo ipoglicemizzante, in presenza di un rischio cardiovascolare elevato o di una patologia renale cronica, è preferibile associare una gliflozina o un GLP-1a, in coerenza con la nota AIFA 100.
- Nell’ambito delle quattro insuline basali disponibili deve proseguire il ricorso a quelle con il migliore rapporto costo/beneficio, in particolare l’impiego delle insuline basali meno costose dovrà raggiungere almeno l’85% dei trattamenti complessivi con tali farmaci.
- **Farmaci intravitreali anti VEGF:** per le indicazioni sovrapponibili fra le diverse opzioni terapeutiche disponibili, uso prevalente del farmaco con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti
- **Farmaci oncologici e oncoematologici:** adesione alle raccomandazioni regionali sui **farmaci oncologici** formulate dal GREFO e adottate dalla Commissione regionale del farmaco. Al fine di rispettare le previsioni di utilizzo contenute in tali raccomandazioni, si chiede di porre particolare attenzione ai farmaci per i quali è stato definito che, nell’ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto anche del rapporto costo/opportunità nell’uso prevalente.

Al fine di favorire il raggiungimento dell’obiettivo è necessario un costante monitoraggio dei costi delle terapie informando tempestivamente i clinici prescrittori.

- **Farmaci biologici:** impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe come da valori indicati nella tabella sotto
- **Terapia immunosoppressiva con i farmaci biologici:** in assenza di specifiche condizioni cliniche, in linea con le indicazioni contenute nelle raccomandazioni regionali:
  - uso prevalente dei farmaci anti-TNF alfa con il miglior rapporto costo opportunità come biologici di prima scelta in caso di fallimento, intolleranza o controindicazione a csDMARDs, nei pazienti incidenti affetti da patologia dermatologica e/o reumatologica;
  - uso prevalente dei farmaci biologici con il miglior rapporto costo opportunità nei pazienti affetti da patologia dermatologica e/o reumatologica già in trattamento con biologico che effettuano per la 1° volta un cambio di terapia ad altro biologico
- **Farmaci epatite C:** fra gli schemi terapeutici a base degli antivirali diretti (DAA) disponibili (Doc PTR n. 229), per l’uso prevalente nei pazienti naive dovranno essere privilegiati quelli che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità.

#### **Rendicontazione**

**Antibiotici:** durante il corso del 2022 è stata garantita:

- analisi periodica multidisciplinare dei dati aziendali di consumo (secondo i report generati da UO Farmacia Ospedaliera);
- supporto all’informatizzazione della Richiesta Motiva Personalizzata (RMP) informatizzata;
- definizione della metodologia per il percorso formativo ai reparti;
- sensibilizzazione all’adesione alle attività e strumenti aziendali di antimicrobial stewardship.

L’UOC Farmacia Ospedaliera ha presentato durante l’anno 2022 report relativi ai consumi di antibiotici e antimicotici (ATC J01 e J02) di pazienti ricoverati presso i Dipartimenti di Medicina Riabilitativa, Chirurgia, Onco Ematologia, Materno Infantile, Emergenza Urgenza, Terapie intensive, Medicine. L’elaborazione è stata effettuata attraverso l’utilizzo dell’applicativo reportweb e sono stati confrontati i dati relativi all’anno precedente su l’anno 2022 espressi in DDD x 100 giornate di degenza.

ATC J01: si è registrata una generale diminuzione eccezion fatta per i dipartimenti di Medicina Riabilitativa (+85%), Terapie Intensiva (+16%) e Chirurgia (+19%). È stato quindi presentato un approfondimento relativo ai principi attivi maggiormente prescritti presso il Dipartimento di Medicina Riabilitativa (focus in collaborazione con Malattie infettive e Microbiologia).

ATC J02: (antimicotici) si registra un sostanziale calo nei consumi rispetto al 2021.

È stata sempre presentata elaborazione sia delle richieste ad RMP cartacee sia delle richieste ad RMP in SOFIA nel periodo che ha visto la completa informatizzazione della RMP presso alcuni dipartimenti, evidenziando le UU.OO. e le diagnosi generiche/con rationale debole.



**Consumo PPI:** nella prima parte del 2022 si sono dovute ancora affrontare le conseguenze della pandemia che hanno inevitabilmente rallentato alcuni processi molto attivi negli anni antecedenti al Covid, come la formazione ai Medici di medicina generale attraverso incontri di nucleo periodici. Gli incontri sono stati ripresi in presenza solo a novembre 2022 e questo ha comportato una scarsa sensibilizzazione.

Inoltre si è osservato che spesso le prescrizioni inappropriate di PPI erano generate anche dall'ospedale e in quei casi sul territorio veniva solamente portata avanti una terapia già impostata. È proprio su tale osservazione che è stata avviata, in modo sinergico con la farmacia ospedaliera, un'azione importante in ambito ospedaliero a partire da fine 2022. L'Azienda, nel 2023, ha firmato uno specifico accordo con i medici di medicina generale che prevede l'erogazione di incentivi a fronte del raggiungimento di specifici obiettivi aziendali e il monitoraggio periodico attraverso una reportistica dedicata.

Dal mese di maggio 2023 si prevedono specifici incontri di nucleo con i medici di medicina generale in presenza, con lo scopo di fare formazione sulle principali molecole ad alto rischio di inappropriatezza; valutare la coerenza e l'andamento delle prescrizioni soprattutto degli ambiti che presentano i maggiori incrementi; analizzare i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi. In alcuni di questi incontri saranno coinvolti gli specialisti ospedalieri soprattutto per l'appropriatezza prescrittiva dei PPI.

**Farmaci ANTI VEGF:** nel 2022 si sono registrati 212 pazienti incidenti con degenerazione maculare correlata all'età o edema maculare diabetico (indicazioni comprese in nota AIFA 98). Di questi, sono stati trattati 134 pazienti (63%) con bevacizumab, farmaco a miglior rapporto costo/opportunità. Con il IV trimestre del 2022 è stato nuovamente promosso il corretto utilizzo delle linee di trattamento presso l'UO Oculistica al fine di implementare le azioni correttive necessarie a rientrare nell'obiettivo regionale.

**Farmaci oncologici ed oncoematologici:** l'aderenza alle raccomandazioni GReFO è monitorata costantemente da parte dei farmacisti di riferimento per l'area oncologica. Per quanto riguarda il monitoraggio dei farmaci per i quali le raccomandazioni GReFO prevedono un costo/opportunità, si deve tenere conto che, per molti dei farmaci considerati, i pazienti sono in terapia da più anni con farmaci differenti. Considerando il comportamento prescrittivo adottato nel 2022, a seguito della presentazione degli obiettivi in oggetto, si rileva un buon livello di appropriatezza per i pazienti entrati in trattamento nell'anno 2022.

**Farmaci biosimilari:** in riferimento all'obiettivo di impiego dei farmaci biosimilari, quando disponibili per la classe di farmaci biologici di riferimento, si rileva che:

- % di consumo di epoetine biosimilare: l'attività di monitoraggio delle prescrizioni di epoetine ha permesso il raggiungimento dell'obiettivo prefissato.
- % di consumo di infliximab biosimilare: il consumo di infliximab biosimilare è costantemente monitorato, e influenzato dalla scarsa numerosità di pazienti trattati con questo farmaco (24) e la presenza di pazienti che hanno registrato una reazione avversa alla somministrazione del biosimilare (n=2, 8,3% dei pazienti trattati) che consumano il 11,4 % dei farmaci a base di infliximab.
- % di consumo di etanercept biosimilare: il consumo di etanercept è rimasto alto nel 2022 (22,55%) influenzato dalla presenza di pazienti in trattamento cronico con il farmaco originator da diversi anni. Tuttavia, nel corso del II semestre dell'anno il 40% di questi pazienti ha effettuato lo switch di terapia verso il biosimilare e/o hanno interrotto la terapia con l'originator.
- % di consumo di adalimumab biosimilare: il consumo di adalimumab è rimasto alto nel 2022 (23,63%) influenzato dalla presenza di pazienti in trattamento cronico con il farmaco originator. Nel II semestre del 2022 il 43% dei pazienti in trattamento per patologie reumatologiche ha effettuato lo switch verso la terapia con il farmaco biosimilare e nel IV trimestre del 2022 è stato avviato un tavolo con la UO Gastroenterologia per valutare lo switch di terapia per i pazienti di competenza in trattamento con il farmaco originator.
- % di consumo di follitropina alfa biosimilare: nel 2022 si è utilizzato per circa il 60% l'originator; il dato è fortemente influenzato dalle prescrizioni extra azienda, corrispondenti alla quasi totalità delle erogazioni.
- % di pazienti trattati con trastuzumab e rituximab sottocute in ambito oncologico sul totale dei pazienti trattati: l'attività di monitoraggio delle prescrizioni delle formulazioni sottocute per questi farmaci ha permesso il raggiungimento dell'obiettivo prefissato.
- % di consumo di bevacizumab biosimilare: l'attività di monitoraggio delle prescrizioni di bevacizumab ha permesso il raggiungimento dell'obiettivo prefissato. Per mantenere i valori



performanti raggiunti, poiché sul dato pesano le prescrizioni dell'UO Oculistica per il trattamento delle patologie comprese in nota AIFA 98, con il IV trimestre del 2022 sono stati presi contatti con il servizio di Oftalmologia al fine di implementare il passaggio all'uso del biosimilare anche per questi pazienti.

- % di consumo di enoxaparina biosimilare: l'attività di monitoraggio delle prescrizioni di enoxaparina ha permesso il raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

**Terapia immunosoppressiva con i farmaci biologici:** in riferimento agli obiettivi assegnati dalla RER, riguardo l'uso della terapia immunosoppressiva nei pazienti incidenti, si rileva che:

- uso prevalente dei farmaci anti-TNF alfa con il miglior rapporto costo opportunità come biologici di prima scelta nei pazienti incidenti affetti da patologia dermatologica e/o reumatologica: al fine di migliorare il dato annuale raggiunto, con il IV trimestre del 2022 è stato programmato un audit di appropriatezza al fine di valutare la corretta prescrizione dei nuovi farmaci biologici ad alto costo per il trattamento delle patologie reumatologiche e/o dermatologiche.
- % di pazienti naive trattati per epatite C con il farmaco meno costoso rispetto al totale dei pazienti naive in trattamento con DAA: si evidenzia una maggiore presa in carico di pazienti affetti da HCV (+40 rispetto al 2021) di cui uno individuato attraverso lo screening, con un incremento di circa 210.000 euro rispetto al 2021. Le terapie utilizzate si equivalgono in termini di spesa, pertanto il 100% dei pazienti naive è trattato con il farmaco avente il miglior rapporto costo/opportunità.

**Formazione obbligatoria destinata ai Medici di medicina generale**

Per quanto riguarda la formazione dei MMG in tema di farmaci per la cronicità nel corso del 2022 l'Azienda, nello specifico la Direzione Farmaceutica aziendale, ha proceduto secondo le consuete modalità a informare i medici convenzionati in merito a:

- nota 97, modalità di compilazione della scheda di prescrizione informatizzata della terapia anticoagulante orale sul sistema tessera sanitaria;
- nota 100, modalità di prescrizione degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1, degli inibitori del DPP4 e loro associazioni nel trattamento del diabete mellito di tipo 2.

A supporto delle informative e istruzioni operative condivise a livello aziendale sono stati organizzati momenti formativi dedicati ai singoli Nuclei di Cure Primarie dei Medici di Medicina Generale, in particolare per le novità introdotte per la nota 100 con la partecipazione di farmacisti aziendali e dirigenti della UOC Assistenza primaria e Diabetologia. La formazione è stata così organizzata: la prima parte, illustrata dal diabetologo, ha riguardato la patologia e l'uso clinico dei farmaci, mentre la seconda parte tenuta dalla farmacista ha riguardato la nota nei formalismi prescrittivi e legislativi. Gli incontri si sono tenuti on line tranne l'incontro di Nucleo con l'Alta Val Nure che si è svolto in presenza.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Antibiotici: consumo in DDD per 1.000 abitanti	≤ 5652	<b>4517,29</b>
Consumo territoriale PPI	≤56 DDD/1.000 ab die	<b>75,05</b>
Consumo territoriale omega 3 x 1.000 residenti	≤3,5 DDD/1.000 ab die	<b>2,53</b>
Consumo territoriale Vitamina D	≤128 DDD/1.000 ab die	<b>117,34</b>
Formazione obbligatoria destinata ai Medici di medicina generale in tema di farmaci per la cronicità NOTA 97, NOTA 99, NOTA 100	un'iniziativa formativa per almeno 1 su 3 tra gli argomenti trattati	<b>1 iniziativa formativa per nota 100</b>
% di pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1a rispetto al totale dei pazienti che devono associare a metformina un secondo antidiabetico (orale o GLP-1a)	≥ 40%	<b>70,38%</b>
% di pazienti con insuline basali meno costose rispetto al totale dei pazienti in trattamento con insuline basali	≥ 85%	<b>84,33%</b>
Per le indicazioni comprese in Nota AIFA 98 e nel rispetto delle sovrapposibilità terapeutiche in essa individuate, impiego prevalente del farmaco antiVEGF	≥ 85%	<b>63%</b>



con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti		
<i>Relativamente ai farmaci per i quali le raccomandazioni GReFO prevedono un costo/opportunità, vengono definiti i seguenti obiettivi, con target: % di utilizzo del farmaco meno costoso sul totale dei farmaci considerati</i>		
Melanoma avanzato/metastatico, 1° Linea di terapia o linee successive: dabrafenib+trametinib, vemurafenib+cobimetinib, encorafenib+binimetinib (Ref. Determina aggiornamento PTR n.7621 del 06/05/2020)	≥40%	<b>33,33%</b>
Ca della prostata metastatico, castrazione resistente - 1° Linea di terapia: abiraterone, enzalutamide* (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 6822 del 10/05/2018, doc PTR 252)	≥60%	<b>100%</b>
Ca della prostata nei due setting: 1) NON metastatico, castrazione resistente 2) metastatico, ormono sensibile: apalutamide, enzalutamide * (Determina in fase di stesura)	≥60%	<b>42,85%</b>
Ca ovarico 2°Linea di terapia, paz BRCA wt o non noto: niraparib*, rucaparib (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 7621 del 6/05/2020)	≥60%	<b>100%</b>
Tumore del polmone NSCLC avanzato, 1° linea di terapia, setting di pazienti con PD-L1≥50%: Pembrolizumab*, atezolizumab (Determina in fase di stesura)	≥60%	<b>100%</b>
<i>Impiego atteso del/dei biosimilare/i sul totale del consumo</i>		
% di consumo di epoetine biosimilare	≥90%	<b>94,78%</b>
% di consumo di infliximab biosimilare	≥90%	<b>89,73%</b>
% di consumo di etanercept biosimilare	≥ 90%	<b>75,71%</b>
% di consumo di adalimumab biosimilare	≥ 90%	<b>72,44%</b>
% di consumo di follitropina alfa biosimilare	≥ 65%	<b>32,3%</b>
% di pazienti trattati con trastuzumab e rituximab sottocute in ambito oncologico sul totale dei pazienti trattati	≤ 20%	<b>Trastuzumab 16,09% Rituximab 3,15%</b>
% di consumo di bevacizumab biosimilare	≥ 90%	<b>96,17%</b>
% di consumo di enoxaparina biosimilare	≥ 90%	<b>95,34%</b>
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	≥ 75%	<b>53,93%</b>
% di pazienti naive trattati per epatite C con il farmaco meno costoso rispetto al totale dei pazienti naive in trattamento con DAA	≥ 90%	<b>100%</b>

*\*il monitoraggio potrà avvenire solo se disponibili le informazioni sull'indicazione e linea terapeutica; gli indicatori potranno essere di valutazione o di osservazione in funzione dell'impatto economico dei vari trattamenti*

### 3.13.3. Attuazione Protocollo d'Intesa con le farmacie convenzionate

**Obiettivo RER**





La deliberazione di Giunta regionale n. 480 del 28 marzo 2022 proroga al 31 dicembre 2022 la validità della DGR 329/2019 inerente alla Farmacia dei servizi, in accordo con le Associazioni di categoria delle farmacie convenzionate. Ciò tenuto conto che sullo sviluppo delle attività previste nell'Intesa 2019 ha avuto forti ripercussioni l'arrivo della pandemia da Coronavirus e che durante lo stato di emergenza sanitaria le farmacie convenzionate hanno sviluppato al loro interno nuove attitudini contribuendo alla gestione della crisi con particolare riguardo all'esecuzione di test antigenici rapidi nonché alla somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV-2/COVID19.

L'atto deliberativo 480/2022 sottolinea che, in coerenza con lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale, e in particolare delle Cure primarie, le farmacie possono diventare parte del sistema casa della comunità a livello distrettuale, prevedendo un loro coinvolgimento nei programmi orientati all'intercettazione precoce del bisogno e alla prevenzione, nonché alla partecipazione a percorsi di presa in carico del paziente.

Per l'anno 2022 le Aziende sanitarie dovranno stimolare le Farmacie convenzionate affinché realizzino in particolare le attività rivolte ai seguenti ambiti:

- partecipazione alle attività di promozione dell'aderenza alla terapia/ricognizione farmacologica/farmacovigilanza, rivolte ai cittadini affetti da patologie croniche, a partire dalla BPCO; gli indicatori associati a detta attività saranno applicati a partire dall'anno 2023, anche in coerenza alla progettualità legate al Cronoprogramma regionale di cui all'Intesa rep. atti 41/CSR del 30 marzo 2022;
- supporto ai cittadini nell'ottenimento dell'identità digitale propedeutica alla consultazione del Fascicolo sanitario elettronico, previa adeguata e specifica formazione dei farmacisti
- partecipazione al progetto di farmacovigilanza attiva VIGIRETE che potrà peraltro consentire la raccolta di sospette ADR anche nell'ambito della vaccinazione contro il coronavirus nella popolazione generale.

#### **Rendicontazione**

Le farmacie convenzionate della provincia di Piacenza hanno prorogato l'adesione ai protocolli d'intesa sottoscritti a seguito delle deliberazioni di Giunta regionale per l'effettuazione di test e tamponi nasali per la ricerca degli anticorpi anti SARS-CoV-2 e di test rapidi nasali per la rilevazione dell'antigene del coronavirus. Molte farmacie hanno completato tutto il ciclo di formazione sia con l'ISS, che con l'Azienda, dove hanno seguito corsi FAD tutorial, corsi pratici per l'allestimento e per la parte di somministrazione dei vaccini AntiSars-Cov2. Le farmacie sono state notevolmente impegnate con un notevole incremento del carico di lavoro, anche in condizioni di difficoltà dovute a personale ridotto causa positività da covid o mancanza nel reperire professionisti farmacisti. Le farmacie convenzionate hanno svolto un ruolo di supporto ai cittadini nell'ottenimento dell'identità digitale propedeutica alla consultazione del Fascicolo sanitario elettronico; per svolgere questo tipo di attività l'Azienda ha promosso corsi di formazione con adesione pari al 76%. L'impegno delle farmacie nelle attività di prenotazione tamponi, vaccini, esecuzione di test e tamponi, somministrazione vaccini, non ha consentito loro di proseguire negli altri percorsi intrapresi prima della pandemia, per questo l'attività di colloquio e formazione del paziente relativa ai farmaci per BPCO è stata momentaneamente interrotta. Inoltre le farmacie che hanno aderito alle vaccinazioni hanno anche aderito al progetto di farmacovigilanza strettamente legato alle vaccinazioni di VIGIRETE, per cui l'Azienda sta organizzando una formazione per la sensibilizzazione alla segnalazione da parte dei farmacisti convenzionati; ad oggi sono il 55% le farmacie che hanno aderito al progetto VIGIRETE. L'azienda, attraverso la Farmacia Territoriale, ha aderito e promosso anche l'applicazione della lista unica DPC ampliando il numero delle molecole così come indicato dalla Regione: da settembre sono state inserite le nuove molecole del diabete, con un trasferimento delle terapie correlate di questi pazienti cronici in convenzionata. Inoltre sono state prima inserite come da elenco unico regionale anche molecole che dovevano passare dalla convenzionata in Dpc, ma successivamente da mandato regionale sono state sospese dalla lista DPC e riammesse in convenzionata: questo ha comportato un incremento nella spesa convenzionata negli ultimi mesi dell'anno.

Le ricette in Dpc sono aumentate e poiché dal monitoraggio è emerso che non tutte venivano chiuse, con conseguenti ritardi, è stata attuata un'azione di sollecito alla chiusura entro trenta giorni dalla data di presa in carico della ricetta, contrariamente sarebbe stato addebitato il costo del farmaco che era stato sostenuto dall'Azienda USL.



Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
% farmacie convenzionate che hanno sviluppato la funzione di rilascio identità digitale al cittadino sul totale delle farmacie	≥ 70%	76%
% farmacie convenzionate coinvolte nel progetto di farmacovigilanza attiva VIGIRETE sul totale delle farmacie del territorio (Fonte: portale VIGIRETE)	≥ 66%	55%

### 3.13.4. Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali

#### Obiettivo RER

È in capo ai medici prescrittori:

- la compilazione dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back; al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...) la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi;
- la corretta compilazione e chiusura delle schede dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative ai farmaci destinati alla terapia del COVID-19 (es. remdesivir e anticorpi monoclonali);
- la prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici, al fine di un miglioramento del tasso di copertura del database oncologico regionale per tutti i campi previsti dal tracciato, rendendo possibile il monitoraggio dei farmaci oncologici parenterali e in particolare di quelli orali.

Per alcuni trattamenti di rilievo nelle terapie COVID-19 (anticorpi monoclonali e antivirali), il cui approvvigionamento è gestito a livello nazionale con fondi a carico della Struttura Commissariale, è stato individuato il Centro Antidoti dell'Azienda Ospedaliera – Universitaria di Ferrara quale struttura hub per la gestione centralizzata delle scorte nazionali delocalizzate nella nostra Regione. Per tali farmaci le Aziende sanitarie sono pertanto tenute ad applicare il percorso di approvvigionamento condiviso nonché il monitoraggio del loro uso.

Le Aziende sostengono le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e la partecipazione alle riunioni mensili del Coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione, la conoscenza, l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto sulle raccomandazioni prodotte.

Per quanto riguarda la qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche, le Aziende:

- applicano le Raccomandazioni regionali sulla sicurezza delle terapie e in particolare - in ambito ospedaliero e territoriale - gli aspetti legati alla ricognizione/riconciliazione farmacologica al fine di consentire ai professionisti sanitari che intervengono nel percorso di cura del paziente una conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente e al medico la possibilità - nell'assicurare le cure necessarie - di fare sintesi sulla terapia e rivalutarla qualora necessario;
- organizzano corsi di formazione specifici (in modalità residenziale o a distanza o tramite FAD) sulla ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche, rivolti agli operatori sanitari (in particolare neoassunti) coinvolti nei percorsi di gestione del farmaco.

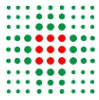
#### Rendicontazione

La Farmacia Ospedaliera si fa carico della rendicontazione in merito alla corretta compilazione e chiusura delle schede dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative ai farmaci destinati alla terapia del COVID-19 (es. remdesivir e anticorpi monoclonali) da parte dei medici prescrittori (infettivologi). Sollecita gli infettivologi alla chiusura delle schede entro 30 giorni dalla prescrizione e somministrazione della terapia.

La Farmacia Ospedaliera tramite il FARA si occupa dell'approvvigionamento dei suddetti farmaci applicando puntualmente la specifica procedura regionale che disciplina l'approvvigionamento e il monitoraggio del loro uso.

La prescrizione dei farmaci oncologici è completamente informatizzata e concorre ad alimentare correttamente il database oncologico regionale per tutti i campi previsti dal tracciato, rendendo possibile il monitoraggio sia dei farmaci oncologici parenterali sia di quelli orali.

L'Azienda ha sempre partecipato tramite i Farmacisti alle riunioni della Commissione di Area Vasta al fine



di offrire un contributo ai vari professionisti in merito alle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del PTR e per favorire l'applicazione delle raccomandazioni prodotte.

Per quanto riguarda la qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche l'Azienda ha avviato da tempo il percorso di ricognizione/riconciliazione farmacologica anche con un progetto ed è intervenuta sistematicamente nel percorso di cura del paziente assicurando così la cura corretta e necessaria.

Il progetto «Visitare» attivo in Azienda integra la sicurezza dei pazienti e quella degli operatori e rappresenta un momento di verifica dell'applicazione delle raccomandazioni.

### 3.13.5. Farmacovigilanza

#### Obiettivo RER

Nel 2022 le Aziende, in continuità con l'anno 2021, dovranno:

- proseguire le attività di farmacovigilanza e vaccino-vigilanza, applicando la procedura operativa AIFA per i Responsabili locali di FV del 10 dicembre 2021 (Revisione 02);
- porre particolare attenzione, anche in relazione dell'entrata in vigore della nuova Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF), alla qualità nella compilazione delle segnalazioni di sospette Adverse Drug Reaction (ADR), avendo cura di:
  - promuovere segnalazione on line attraverso la Piattaforma AIFA (<https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/>);
  - inserire le segnalazioni tempestivamente nella RNF, tramite la validazione delle segnalazioni on-line e la gestione delle schede cartacee, entro 7 giorni dalla data di ricevimento delle stesse (comma 5, art.22, D.M. 30/04/2015);
  - raccogliere dai segnalatori gli elementi utili a migliorare la completezza delle informazioni per un'adeguata valutazione dei casi, quali ad esempio: tempi di somministrazione del farmaco sospetto e di insorgenza della reazione, posologia, farmaci concomitanti, condizioni cliniche preesistenti, de e re-challenge del trattamento, esito e follow-up, documentazione clinica a supporto del caso, come base per la valutazione del causality assessment;
  - gestire in modo appropriato la qualità delle schede riferite a errore terapeutico;
- garantire un'adeguata offerta formativa, residenziale o a distanza, per gli operatori sanitari, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta in tema di farmacovigilanza e vaccino- vigilanza;
- sviluppare le attività previste nei progetti regionali e multiregionali di farmacovigilanza attiva in corso approvati da AIFA (vedi tabella), e in particolare raggiungere gli obiettivi prefissati per ognuno di essi nelle tempistiche previste

Progetti di Farmacovigilanza attiva										
Azienda sanitaria e CRFV	REGIONALI			MULTIREGIONALI						
	FV in onco-ematologia	FF orali alterabili negli over 65enni	FV in reuma-dermo-gastro	FV in onco-ematologia	FV pazienti pediatrici ospedalizzati	Rete ospedaliera FV	Sorveglianza reazioni a vaccino in pediatria	Network FV nelle Farmacie convenzionate	CORE <small>Real-world use of biological drugs in an Italian dermatology setting</small>	Efficiacia e sicurezza rituximab originatore e biosimilare
	ACRONIMI									
	POEM2	SOFARE	REDEGA	POEM3	PAPEOS	FARO	VIGIFARM ACOVAX	VIGIRETE		SURE
AUSL Piacenza	X	X		X	X		X			
AUSL Parma		X								
AOSP Parma	X			X	X					
AUSL Reggio Emilia		X	X	X		X				X
AUSL Modena		X	X		X					
AOSP Modena	X		X	X	X					X
AUSL Bologna	X	X		X	X	X	X			
AOSP Bologna	X		X	X		X				
AUSL Imola	X	X		X	X					
AUSL Ferrara		X					X			
AOSP Ferrara	X		X	X	X	X				
IRST	X			X						
AUSL Romagna	X	X	X	X	X	X	X			
CRFV	X	X	X	X	X	X	X	X		X

#### Rendicontazione

Nel corso del 2022 sono state implementate le seguenti azioni:

- sono state processate le segnalazioni di sospetta reazione avversa a farmaci e vaccini secondo la



procedura operativa AIFA per i Responsabili locali di FV aggiornata al 27 Dicembre 2022;

- è stata illustrata la nuova modalità di segnalazione attraverso la Piattaforma AIFA (<https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/>) sia ai medici ospedalieri sia ai medici di medicina generale, in occasione degli incontri dedicati alla campagna antinfluenzale 22/23;
- le nuove modalità di segnalazione sono state divulgate anche ai farmacisti in occasione della campagna antinfluenzale e anti covid-19.
- tutte le schede, sia online sia cartacee, sono state validate entro i 7 giorni previsti da normativa dal Responsabile Locale di Farmacovigilanza;
- nel 2022 sono state inserite 308 schede di cui 153 spontanee e 155 da studi di Farmacovigilanza attiva, in particolare 6 registrate nell'ambito del progetto di Farmacovigilanza attiva sui farmaci onco/ematologici, 1 nell'ambito del progetto della manipolazione delle forme farmaceutiche solide, 137 nel progetto Vigifarmacovax, 1 sulla vigilanza della vaccinazioni obbligatorie pediatriche e 10 durante lo studio per una tesi di laurea nell'ambito dei farmaci approvati NOP.
- sono state raccolte le informazioni di follow up richieste sia da parte del Centro Regionale di Farmacovigilanza sia da AIFA.
- è stata creata una collaborazione con il Rischio Clinico Aziendale per creare un percorso comune di gestione di possibili reazioni avverse scaturite a livello ospedaliero e/o di servizi territoriali da un errore terapeutico. A tal proposito è stata creata una Istruzione Operativa dalle due Unità Operative Rischio Clinico e Farmacia Territoriale.

Indicatore di osservazione	Target	Valore raggiunto 2022
N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL per 100.000 abitanti (Fonte: rete nazionale di Farmacovigilanza)	>= 50	<b>105,97</b>

### 3.13.6. Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

#### Obiettivo RER

Il governo dei dispositivi medici per l'anno 2021 ha dovuto tenere conto della ripresa delle attività ordinarie e il persistere dell'attività di assistenza intensiva per la cura della patologia COVID-19. Come prevedibile si è trattato solo di un parzialmente ritorno alla normalità nell'anno 2021, rendendo necessario per l'anno 2022 il recupero dell'attività che si aggiunge ai volumi storici. Considerando che i dispositivi medici sono tra i più importanti driver di spesa è necessario individuare azioni che garantiscano l'accesso alle cure dei pazienti e la possibilità di utilizzo di prodotti innovativi con particolare attenzione all'impatto sul bilancio.

#### Obiettivi di spesa

Per l'acquisto di dispositivi medici, si fissa a livello regionale una spesa di 645,5 milioni di euro corrispondente a +1,5% verso il 2021, con scostamenti differenziati a livello aziendale. Tale obiettivo è definito come risultato tra fattori di incremento della spesa, stimati su trend storico, e fattori di potenziale risparmio, derivanti da: azioni legate all'uso appropriato dei DM, corretto impiego delle gare d'acquisto e contenimento degli acquisti legati alla gestione della malattia COVID-19. Gli obiettivi di sostenibilità economica sono oggetto di valutazione.

#### Obiettivi di appropriatezza

Per il 2022 alle Aziende è richiesto uno specifico impegno nell'uso appropriato di alcuni dispositivi medici, al fine di ottimizzare l'uso delle risorse materiali ed economiche. In particolare:

- Guanti non sterili

L'emergenza correlata alla gestione dell'emergenza COVID-19 ha evidenziato un incremento della spesa correlata all'utilizzo dei guanti non sterili. Si richiama la necessità di adesione al documento regionale di appropriatezza sui Guanti non Sterili «Indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario».

Azioni:

- Monitoraggio della quantità consegnata per tipologia di guanto nell'anno 2022;
- Consolidamento della collaborazione tra Referenti SPP e farmacista di riferimento;
- Vigilanza attiva da parte del CIO. Obiettivo:

Riduzione della quantità in riferimento al 2021, con decremento modulato tra le aziende Sanitarie in base alla contrazione già realizzata nell'anno 2021 rispetto al 2020.



- Applicazione delle buone pratiche per il corretto utilizzo dei dispositivi di medicazione.

Avendo osservato un incremento dei consumi e in relazione all'aggiudicazione della gara Intercenter "Fornitura di materiale da medicazione avanzata 2 in concorrenza" che ha portato ad un importante aggiornamento nella disponibilità di tali dispositivi medici nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, la formazione rappresenta il punto cardine del corretto utilizzo di tali dispositivi. Per diffondere i contenuti che riguardano l'utilizzo appropriato di tali prodotti è stato predisposto un percorso formativo per garantire la condivisione dei criteri di appropriatezza di utilizzo alla luce dei documenti di riferimento della Regione Emilia-Romagna (Protocolli di trattamento delle Lesioni da Pressione e delle Lesioni Vascolari e le Linee di indirizzo sulla prevenzione delle Lesioni da Pressione).

- Implementazione progetto "Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia PoCT"

È in essere la convenzione Intercenter Diabetologia Ospedaliera 2 "Fornitura di sistemi professionali per la misura rapida della glicemia PoCT (Point of Care Testing) e pungidito occorrenti alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna", pubblicata su <https://intercenter.regione.emilia-romagna.it/servizi-pa/convenzioni/convenzioni-attive/2019/diabetologia-ospedaliera-2/diabetologia-ospedaliera-2>, attiva dal 27/11/2019.

Le principali novità introdotte nella nuova iniziativa di gara riguardano il lotto che ha per oggetto il sistema per la misurazione della glicemia capillare, attraverso l'uso di glucometri collegati in remoto con il laboratorio analisi di riferimento per la loro supervisione, in osservanza a quanto previsto dalle norme di accreditamento della Regione Emilia-Romagna per i sistemi PoCT, ossia per tutti quegli strumenti utilizzati nella diagnostica di laboratorio ma collocati fuori dallo stesso e utilizzati non da personale tecnico di laboratorio ("Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Medicina di laboratorio"- documento GPG/2014/441).

La garanzia del corretto funzionamento dei glucometri e dell'accuratezza del dato sono requisiti di importanza fondamentale poiché, sulla base dei valori glicemici rilevati, vengono prese decisioni cliniche e terapeutiche legate alla somministrazione di insulina al paziente diabetico.

Il progetto di implementazione del Sistema PoCT Glicemia terminerà nel 2022 ed in continuità con quanto avvenuto nel 2021, lo si ripropone tra gli obiettivi all'attenzione delle direzioni generali.

Nel 2021 hanno implementato il sistema POCT glicemia le seguenti aziende: Ausl Piacenza, Ausl Parma, Aosp Parma, Ausl Reggio Emilia, Ausl e Aosp Modena, Ausl Ferrara, Aosp Ferrara, Ausl Romagna.

Nell'anno 2022 il progetto si concluderà con l'arruolamento delle seguenti aziende sanitarie: Ausl Bologna, Aosp Bologna, Ausl Imola, Istituto Montecatone, Istituto ortopedico Rizzoli.

Con il completamento delle seguenti azioni:

1. Contatti per Tavolo tecnico
  - a. Attivazione tavolo tecnico Servizio Tecnologie Informatiche (IT)-ROCHE
  - b. Attivazione tavolo tecnico Servizio di Ingegneria Clinica (SIC) -ROCHE
  - c. Attivazione tavolo tecnico ROCHE Sistema informativo di laboratorio (LIS) con supervisione di IT e SIC
2. Installazione con verbale di collaudo del sistema,
3. Recepimento di contratto con emissione di ordinativi

Tutte le Aziende Sanitarie dovranno produrre/condividere una reportistica trimestrale in collaborazione con il fornitore, per monitorare l'attività della strumentazione installata

- Adesione alle gare regionali

Per l'anno 2022 sono individuate le seguenti convenzioni Intercenter oggetto di monitoraggio, per la valutazione di una puntuale adesione alle strategie di gara da parte di tutte le aziende al fine di ottenere la miglior performance economica negli acquisti.

- Medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (M0404);
- Dispositivi da elettrochirurgia (K02);
- Protesi d'anca (P0908);
- Stent coronarici (classe CND P07040201)

*Rendicontazione nel flusso DiMe e obiettivi di tracciabilità*

Si rinnova anche per il 2022 l'impegno delle aziende sanitarie per il controllo sull'impegno complessivo di risorse:

- migliorando la collaborazione con la centrale acquisti regionale Intercenter, al fine di condividere le nuove strategie di approvvigionamento e garantire una più ampia adesione alle gare di ambito sovra



aziendale;

- favorendo un'attenta programmazione della casistica attesa;
- promuovendo le attività di valutazione multidisciplinare per migliorare l'appropriatezza dell'impiego.

Affinché tutte le Aziende sanitarie possano mettere in atto azioni mirate al controllo della spesa dei dispositivi medici, si rinnovano alcuni strumenti d'osservazione, già condivisi con i gruppi di lavoro regionali, che supportino nell'individuazione delle aree con uso potenzialmente inappropriato dei dispositivi rispetto alla complessità dei pazienti trattati. Le aree individuate devono poi essere oggetto di specifici approfondimenti aziendali, per la definizione di un corretto rapporto costo/complessità della casistica:

- Protesi d'anca (classe CND P0908);
- Dispositivi per funzionalità cardiaca - Pacemaker (classe CND J0101);
- Dispositivi per funzionalità cardiaca - Defibrillatori impiantabili (classe CND J0105).

Si conferma anche per il 2022 l'obiettivo di copertura del flusso degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, al fine di valutare l'effettivo allineamento tra l'alimentazione del flusso e i costi rendicontati, alla luce della evoluzione delle modalità di acquisto e delle regole di tracciabilità dei dispositivi medici. Considerando l'aumento degli acquisti di dispositivi di classe prima (mascherine, camici...) per la gestione dell'emergenza sanitaria, potenzialmente privi di codice di repertorio e quindi non rilevabili nel flusso DiMe, e che l'adempimento nazionale richiede il raggiungimento della soglia del 75%, si pone il target al 90% per le aziende sanitarie della regione. Al fine di garantire l'applicazione delle norme vigenti in materia di concorso dei fornitori al ripiano del superamento del tetto di spesa nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici, è necessario che le Aziende sanitarie si adoperino per assicurare la corretta compilazione della fattura elettronica e, in particolare:

- la separata evidenza del costo del bene da quello dell'eventuale servizio;
- l'indicazione della tipologia di dispositivo (DM/IVD, Kit/Assemblato, Dispositivo privo di repertorio);
- l'indicazione del codice di repertorio;
- Per le aziende che impiegano il GAAC, il corretto utilizzo del codice BDR per la creazione o la bonifica delle anagrafiche centralizzate.

#### *Dispositivo Vigilanza*

Il settore dei dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro costituisce, sia in ambito nazionale che europeo, un aspetto di grande rilevanza nei percorsi diagnostici e terapeutici dell'assistenza sanitaria, contribuendo al miglioramento del livello di protezione della salute attraverso lo sviluppo di soluzioni innovative per la diagnosi, la prevenzione, la cura e la riabilitazione. La vigilanza sui dispositivi ha come finalità quella di garantire un elevato livello di protezione e tutela della salute e della sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di tutti i soggetti che a vario titolo interagiscono con essi. Ciò è reso possibile attraverso il funzionamento di un sistema di vigilanza che consente l'identificazione rapida di ogni problema legato a un dispositivo nonché con l'individuazione di eventuali azioni correttive volte ad eliminare e/o ridurre le problematiche che occorrono in fase post commercializzazione. L'entrata in vigore del Regolamento (UE) 2017/745 (MDR) e 2017/746 (IVDR), il quadro normativo di riferimento in materia di vigilanza, subisce un profondo rafforzamento, inoltre Il [Decreto ministeriale 31 marzo 2022](#), istituisce la Rete Nazionale Della Dispositivo-Vigilanza con il relativo sistema informativo.

A livello regionale è in corso l'aggiornamento del documento regionale "Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico- diagnostici in vitro".

Inoltre, nel corso del 2022 sarà pienamente attiva la rete "Regionale Dei Referenti Dispositivo- Vigilanza", con il compito di:

1. collaborare alla realizzazione di progetti formativi;
2. implementare la vigilanza attiva degli avvisi di sicurezza, curandone la diffusione alle Aziende Sanitarie e coordinando la realizzazione degli interventi eventualmente necessari;
3. monitorare le segnalazioni di incidente con DM provenienti dalle strutture sanitarie regionali pubbliche e private;
4. predisporre un ritorno informativo alle aziende sanitarie sull'attività di segnalazione degli incidenti a livello regionale.

Da quanto sopra premesso si chiede alle Aree Vaste (Avec, AVEN) ed Ausl Romagna, di condividere tematiche correlate alla Dispositivo Vigilanza.



Affinché tutte le Aziende sanitarie possano monitorare il numero di segnalazione incidente, si rimanda all'indicatore di osservazione IND0376 che rappresenta il numero di segnalazioni incidente con DM ogni 10.000 ricoveri.

### **Rendicontazione**

L'anno 2022 si è concluso con una variazione del consumo di guanti del 4,6% rispetto al 2021. L'incremento maggiore (43,6%) si è registrato nel I° trimestre, periodo durante il quale si è manifestata una ripresa della patologia COVID-19 con conseguente riapertura di aree di degenza dedicate.

La Farmacia in collaborazione con il Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) e il gruppo aziendale ICA (infezioni correlate all'assistenza) ha predisposto un monitoraggio delle quantità di guanti non sterili consegnate, è stato nuovamente diffuso il documento regionale "Indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario", sono stati inviati alle UUOO specifici report con i dati di consumo delle quantità di guanti e delle quantità di gel idroalcolico.

Il risultato di queste azioni ha portato un progressivo decremento dei consumi passando a 20,9% nel II° trimestre, all'11,5% nel III° trimestre per finire a 4,6% nel IV° trimestre.

Durante l'anno 2022 il gruppo aziendale Osservatorio Wound Care ha in più occasioni sottolineato la funzione strategica della formazione sia nel setting ospedaliero che in quello territoriale.

È stato organizzato un corso per "Formare i Formatori" rivolto ad infermieri esperti in wound care per facilitare la diffusione dei documenti regionali raggiungendo capillarmente i professionisti sanitari.

È stata promossa la partecipazione ai corsi E-llaber "Valutazione e Categorizzazione delle lesioni da pressione" e "Le medicazioni avanzate" con una buona adesione a entrambi i corsi. In particolare i dati relativi al corso sulle medicazioni avanzate hanno visto il coinvolgimento dei professionisti così suddivisi:

- Dipartimento di Chirurgia 56%
- Dipartimento di Medicina Riabilitativa 75%
- Dipartimento delle Medicine 63%
- Dipartimento di Onco-Ematologia 71%;
- Dipartimento Anestesia e Rianimazione 55%
- Dipartimento delle Cure Primarie 55%.

L'Osservatorio delle lesioni cutanee ha confezionato un pacchetto formativo di 15-20 ore, in base al reale bisogno formativo del gruppo, suddiviso in 5 o 6 incontri.

Sono stati affrontati, in team multiprofessionale e multidisciplinare, la discussione di "casi di lesioni difficili, in relazione al caso è stata approfondita la tematica relativa al corretto utilizzo delle medicazioni avanzate.

Con il contributo dei clinici dell'UO Chirurgia Plastica è stata organizzata una formazione sul campo dal titolo "Debridment: dalla teoria alla pratica".

L'AUSL PC ha partecipato a tutti gli incontri organizzati dai tavoli di lavoro per la realizzazione del progetto PoCT glicemia sin dal 2017, contribuendo allo studio di fattibilità con mappatura logistica dei reparti e dei servizi aziendali, analisi dei fabbisogni di strumenti e strisce, delle dotazioni tecniche, strumentali e informatiche.

La gara Intercenter è stata recepita (contratto aziendale del 11/06/2021), e a dicembre 2021 è stata terminata l'installazione e trasmesso il collaudo del sistema. Tutti i reparti e i servizi ospedalieri utilizzano gli strumenti e le strisce aggiudicate in gara.

Anche nel corso del 2022 il Team aziendale ha partecipato a tutti gli incontri promossi dalla RER confrontandosi con i teams delle altre realtà regionali, mantenendosi allineato agli aggiornamenti proposti dal fornitore ROCHE e a tutte le indicazioni programmatiche e organizzative diffuse dalla RER.

In data 21/03 è stato convocato un incontro regionale durante il quale è stata presentata la reportistica predisposta in collaborazione con il fornitore e sono state illustrate al PoCT coordinator le modalità di elaborazione ed estrazione dei dati.

In azienda è attivo un gruppo di lavoro multidisciplinare che si occupa del trattamento delle lesioni e di medicazioni ed alcuni membri sono anche componenti del gruppo regionale MedicER.

Questo ha consentito la condivisione e la diffusione a livello aziendale delle informazioni e delle indicazioni stabilite a livello regionale.

A ottobre 2022 l'Azienda ha partecipato alla raccolta dati relativa all'erogazione dei dispositivi per



medicazione alle CRA e alle strutture private accreditate.

L'adesione alle due gare regionali per l'acquisto di medicazioni avanzate è stata tempestiva, compatibilmente con lo smaltimento delle scorte di magazzino.

Il valore raggiunto di riduzione di spesa del -2,6% è particolarmente soddisfacente se si considera l'incidenza, soprattutto a inizio anno, delle conseguenze della situazione pandemica (casi clinici complessi); si è infatti passati dal -1% a 6 mesi, al -2,6% a 12 mesi.

Con la ripresa dell'attività chirurgica si è registrato un incremento nei consumi dei dispositivi per elettrochirurgia con percentuali in linea con i valori medi regionali.

Il materiale è sempre stato acquisito nel rispetto degli esiti di aggiudicazione di gara IntercenterER.

Le percentuali di adesione raggiunte a fine anno sono US 49%/RF 51%, performanti rispetto al valore regionale 76%/24%. Questi dati hanno risentito delle criticità affrontate in corso d'anno per la carenza di disponibilità sul mercato di alcuni dispositivi.

Nonostante nel 2022 l'attività chirurgica ortopedica abbia risentito di alcune criticità organizzative (numero di professionisti e disponibilità di sedute operatorie) e il numero di pazienti sottoposti a intervento di PTA sia stato di 375 vs 378 nel 2021 (variazione - 0,8%), la spesa ha registrato una forte riduzione pari al - 17,3%. Questo risultato è frutto dell'adesione alla gara AVEN (da gennaio a maggio) e successivamente alla gara IntercenterER attestandosi al 63% (in linea con la media regionale). Questo ha comportato, nel corso d'anno, una graduale riduzione della spesa per paziente passando da 2.214 (I trimestre 2022) a 2.084 (IV trimestre 2022). Nella valutazione del costo paziente si deve tener presente che i casi clinici trattati nell'AUSLPC sono classificati ad alta complessità con impatto su DRG alto. Inoltre nell'analisi del costo medio per paziente si deve considerare la spesa sostenuta per interventi di revisione, per interventi complessi, per interventi oncologici, tutte procedure ad impatto economico elevato.

Nel corso del 2022 l'attività del laboratorio di elettrofisiologia ha registrato un incremento nel numero di pazienti sottoposti ad impianto di pacemaker del 4,3% con una riduzione della spesa rispetto al 2021 del - 23,9% e, di conseguenza, una variazione del costo medio per paziente di - 28,5%. Quest'ottimo risultato è frutto della puntuale adesione alla gara IntercenterER.

Per quanto riguarda le procedure di impianto di ICD, la spesa per paziente 2022 risulta aumentata del 5,7% in quanto sono stati trattati casi clinici per i quali si è reso necessario utilizzare defibrillatori con funzioni tecnologiche complesse (tricamerale e sottocutanei).

A fine 2022 si è raggiunto il tasso di copertura del flusso DiMe su conto economico del 93,7%. È un risultato molto buono, superiore al target richiesto e al valore medio regionale (92,9%).

Anche il tasso di copertura DiMe per gli IVD su conto economico del 65,2% si attesta oltre al target e al valore medio regionale (58,1%).

Durante gli incontri della CDM AVEN vengono spesso affrontati argomenti correlati alla Dispositivovigilanza e, durante il 2022, due riunioni sono state dedicate a queste tematiche con il contributo dei referenti regionali.

<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Valore raggiunto 2022</b>
Riduzione delle quantità di guanti non chirurgici (cnd T0102) rispetto al 2021	-20%	<b>4,6%</b>
Partecipazione al corso FAD "Le medicazioni avanzate 2022" disponibile su E-llaber	Partecipazione del 60% del personale infermieristico che opera nei setting di Medicina, Area Critica, Lungodegenza, Chirurgia, ADI	<b>60%</b>
<i>Progetto "Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia PoCT"</i>		
Contatti per Tavolo tecnico	100%	<b>100%</b>





a. Attivazione tavolo tecnico Servizio Tecnologie Informatiche (IT)-ROCHE b. Attivazione tavolo tecnico Servizio di Ingegneria Clinica (SIC) -ROCHE c. Attivazione tavolo tecnico ROCHE Sistema informativo di laboratorio (LIS) con supervisione di IT e SIC		
Istallazione con verbale di collaudo del sistema	sì	sì
Recepimento di contratto con emissione di ordinativi	100%	<b>Sì contratto aziendale 11/06/2021</b>
Pubblicazione e diffusione di almeno una reportistica periodica	100%	<b>Sì illustrata a marzo 2023</b>
Riduzione della spesa per le medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (cnd M0404), in conseguenza alla miglior adesione alle gara	-1,5%	<b>-2,6%</b>
Distribuzione consumi dispositivi da elettrochirurgia secondo la strategia di gara: Ultrasuoni 60% e Radiofrequenza 40%	60/40%	<b>49/51%</b>
Variazione costo medio regionale per paziente, per le protesi d'anca, verso 2021 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)	osservazione	<b>2.084 valore 2021: 2.503</b>
Variazione costo medio regionale per paziente, per pacemaker, verso 2021 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)	osservazione	<b>1.075 Valore 2021: 1.505</b>
Variazione costo medio regionale per paziente, per defibrillatori impiantabili, verso 2021 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)	osservazione	<b>8.123 valore 2021: 7.683</b>
Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (Fonte: flusso DiMe e conto economico)	≥ 90%	<b>93,7%</b>
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico (Fonte: flusso DiMe e conto economico)	≥ 40%	<b>65,2%</b>
Due riunioni svolte nell'ambito della Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta/ Ausl Romagna durante le quali si affronterà un tema correlato alla vigilanza sui Dispositivi Medici	100%	<b>100%</b>



## 4. GARANTIRE LA SOSTENIBILITÀ 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

#### **Obiettivo RER**

Gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali impegnano le stesse a raggiungere il pareggio di bilancio: il mancato conseguimento di questo obiettivo comporta la risoluzione del rapporto contrattuale.

Per l'anno 2022 le Direzioni aziendali dovranno garantire:

- Il rispetto del vincolo di bilancio assegnato, concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale;
- Il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, in considerazione anche della modifica della struttura dei costi determinatasi a seguito dell'emergenza COVID-19, avendo cura di predisporre con particolare accuratezza i modelli CE Covid, al fine di rappresentare i costi sostenuti per fronteggiare l'emergenza covid e l'attuazione della campagna vaccinale.
- La partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali e in particolare alle verifiche sul rispetto degli obiettivi di budget definiti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, come previsto dalla Deliberazione n. 407/2022 recante "Prime indicazioni sulla programmazione 2022 per le Aziende del SSR" (punto 5 del Dispositivo);
- La presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;
- in presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo. La certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'Azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso.

A livello regionale sarà valutata sia la capacità della Direzione Generale di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato e in particolare gli obiettivi di budget specificamente assegnati con riferimento ai principali fattori produttivi che concorrono al maggior assorbimento di risorse, sia la capacità di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

Il mancato rispetto degli impegni di cui sopra comporta l'applicazione delle disposizioni contenute nell'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Le Aziende sanitarie sono tenute ad applicare la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.

#### **Rendicontazione**

##### Costi Covid

In corrispondenza dei monitoraggi della gestione effettuati in corso d'anno sono stati evidenziati i costi correlati all'emergenza sanitaria da COVID-19, in aderenza alle richieste regionali. In particolare è stato predisposto nel CE del IV trimestre 2022 l'Allegato B Modello CE COVID.

##### Monitoraggio bimestrale

In corso d'anno sono stati svolti i monitoraggi bimestrali richiesti con DGR 407/2022 a partire dal mese di aprile, nonché le verifiche trimestrali in occasione della redazione dei Modelli CE trimestrali, rispettando le scadenze assegnate. In tutte le verifiche periodiche, ivi compresa quella del CE IV trimestre, l'Azienda, pur impegnandosi nel governo della gestione aziendale in ordine al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario, ha necessariamente dovuto esporre risultati non in equilibrio.



In coerenza agli obiettivi assegnati sono state inviate le certificazioni previste dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005, rispettando le scadenze assegnate.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Rendicontazione Costi Covid: accurata compilazione da parte delle aziende sanitarie dei prospetti inerenti la rilevazione degli accadimenti contabili connessi alla gestione emergenziale COVID-19 e allineamento alle indicazioni contabili	100%	100%
Rispetto delle tempistiche di trasmissione e accuratezza di predisposizione dei dati per il monitoraggio economico bimestrale	100%	100%

#### 4.1.1. Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

##### Obiettivo RER

Nel corso del 2022 proseguirà l'impegno per consolidare il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR in conformità alle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i. (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

La Direzione aziendale dovrà pertanto garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente anche ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019).

La corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e conseguenti tempi amministrativi certi per la liquidazione delle fatture dei fornitori sia della Regione, per la GSA, che delle Aziende sanitarie sono i presupposti per una corretta relazione col mercato e per pagamenti tempestivi. La trasparenza dei risultati deve essere garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

Le Aziende sanitarie sono tenute all'applicazione delle disposizioni contenute:

- Agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016;
- All'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.

Le Aziende sanitarie sono tenute al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2022. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

##### Rendicontazione

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 programmazione di cassa e un miglioramento nelle procedure interne di liquidazione, al mantenimento dei tempi di pagamento coerenti con l'obiettivo normativo e regionale.

Nel corso del 2022 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. Gli indicatori sono pubblicati sul sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente/Pagamenti dell'Amministrazione". Il valore annuale del 2022 pari a -16,96 evidenzia un miglioramento rispetto all'anno 2021 (-11,85).

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
------------	--------	-----------------------



Indice di tempestività dei pagamenti	<= 0	<b>-16,96</b>
Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	100%	<b>100%</b>

#### 4.1.2. Le buone pratiche amministrativo-contabili

##### Obiettivo RER

Nel 2017 si è concluso il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dalle disposizioni nazionali e regionali; le Aziende Sanitarie hanno superato con giudizio complessivamente positivo le Revisioni Limitate effettuate dai Collegi Sindacali.

Con determina n. 24526 del 23/12/2021 avente ad oggetto "Costituzione della "Cabina di Regia PAC" per l'aggiornamento delle Linee Guida Regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) di cui alle deliberazioni di Giunta Regionale n. 1562/2017 e n.2119/2017" è stata istituita la Cabina di Regia PAC con i seguenti compiti:

- definizione dei criteri, dei principi e della metodologia di lavoro;
- pianificazione e organizzazione delle attività finalizzate all'aggiornamento del PAC per adeguamenti normativi;
- pianificazione e organizzazione delle attività finalizzate all'aggiornamento del PAC alla luce dell'implementazione a livello regionale del sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC);
- l'individuazione ed il coordinamento dei Gruppi di lavoro operativi necessari per sviluppare specifiche aree tematiche;
- l'approvazione degli elaborati predisposti dai Gruppi medesimi e la verifica della loro applicabilità.

Nel corso del 2022 le Aziende sanitarie sono tenute:

- a proseguire nell'applicazione delle Linee Guida regionali;
- a partecipare alla Cabina di Regia PAC;
- a partecipare ai gruppi di lavoro operativi necessari per l'aggiornamento delle Linee Guida regionali;
- nel rafforzamento dei controlli operativi connessi alle fasi di predisposizione del bilancio di esercizio e dei documenti a corredo.

Con riferimento al miglioramento del sistema informativo contabile, nel corso del 2022 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE (compreso modello CE COVID), SP, LA e CP (così come definiti dal decreto 24 maggio 2019). Con riferimento in particolare al modello CP, di rilevazione dei conti dei presidi ospedalieri articolato in ricavi e costi in analogia con il modello CE, le Aziende dovranno porre particolare attenzione alla corretta alimentazione del modello al fine di garantire l'equilibrio della gestione dei presidi ospedalieri.

Con riferimento alle partite vetuste anni 2017 e precedenti, nel corso del 2022 le Aziende sanitarie devono procedere ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali partite, tenuto anche conto che le partite pregresse (crediti, debiti, note di credito da ricevere, quote inutilizzate di contributi, ecc..) sono attentamente analizzate dal MEF, in sede di verifica degli adempimenti e dalla Corte dei Conti in sede di controllo sui bilanci aziendali.

Le Aziende dovranno pertanto verificare:

- la sussistenza del presupposto giuridico per il mantenimento a bilancio di tali partite e, in mancanza di esso, provvedere a rilevare un'insussistenza dell'attivo, valutando l'impatto sul proprio bilancio;
- fornire puntuali motivazioni sulla necessità di mantenere tali partite nel bilancio d'esercizio 2022.



### Rendicontazione

L'Azienda nel corso del 2022 ha proseguito nell'applicazione delle Linee Guida regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità.

Nel corso del 2022 hanno trovato applicazione le disposizioni di cui al D. Lgs. 118/2011, già adottate per la redazione dei bilanci 2012-2021 alla luce delle successive indicazioni regionali e ministeriali via via resesi disponibili, e sono state perfezionate le modalità di applicazione dei principi di valutazione specifici e dei principi contabili generali e applicati per il settore sanitario.

In particolare:

- sono stati compilati gli schemi di bilancio previsti dal D. Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario) in maniera corretta;
- sono state riscontrate le comunicazioni regionali finalizzate all'apertura di nuovi conti attivati per consentire una compilazione completa, corretta ed univoca dei modelli ministeriali CE ed SP, così come aggiornati dal DM 24.5.2019, mediante l'apertura dei conti e la corretta compilazione dei data base regionali di riclassificazione dei conti;
- in tal modo è stato possibile completare puntualmente e inviare alla scadenza stabilita i modelli ministeriali, nonché inserire i modelli LA, CE ed SP consuntivi nel presente bilancio; è inoltre stato compilato il modello CECOV20 con riferimento al CE IV trimestre e al bilancio consuntivo;
- è stato caricato in NSIS nei termini previsti il modello CP 2021 (24 novembre 2022, scadenza 30 novembre 2022) redatto secondo il nuovo modello di rilevazione; il modello CP ha evidenziato un rapporto costo/ricavi in linea con il valore obiettivo proposto dalla Regione; al fine di procedere alle operazioni di verifica/quadratura con il CE, il modello CP è stato caricato in GAAC in data 24/11/2022, come da richiesta RER; il modello CP 2022 è in corso di predisposizione e verrà caricato alle scadenze definite dalla Regione in GAAC entro il 31 agosto 2023, in NSIS entro il 30/09/2023.

Al fine di migliorare e rendere più adeguato il sistema informativo a supporto delle rilevazioni contabili, l'Azienda ha rafforzato nel corso del 2022 l'estensione del processo di dematerializzazione interna del ciclo passivo al fine di ottemperare in particolare alle indicazioni ministeriali in ordine all'avvio di NSO (nodo smistamento ordini elettronici), estendendo progressivamente l'emissione di ordini elettronici anche a tutte le prestazioni di servizi non oggetto di esclusione dalle indicazioni ministeriali.

L'Azienda ha inoltre portato a compimento gli adempimenti contabili funzionali alla rendicontazione dei dati emergenziali, necessari alla puntuale quantificazione delle spese sostenute per l'emergenza in relazione ai finanziamenti resi disponibili (decreti emergenziali, Struttura Commissariale, Protezione Civile, FESR-FSE, etc.), dandone evidenza nei controlli in loco effettuati dalle autorità regionali preposte.

L'Azienda ha inoltre applicato, per quanto consentito dagli applicativi contabili in uso, le indicazioni regionali impartite per la contabilizzazione degli investimenti PNRR.

Con riferimento alla permanenza di partite vetuste ante 2017 l'Azienda, in sede di redazione del bilancio d'esercizio:

- ha provveduto a riscontrare la correttezza dell'iscrizione delle note di credito da ricevere, che non presentano valori ante 2017;
- ha provveduto a ridefinire le poste di debiti per fatture da ricevere ante 2017.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Coerenza nella compilazione degli schemi di bilancio	90% del livello di coerenza	<b>100%</b>
Partecipazione ai gruppi di lavoro	Sì	<b>Sì</b>
Coerenza con la sussistenza a bilancio delle partite vetuste anni 2017 e precedenti	90% delle partite vetuste	<b>sì</b>

#### 4.1.3. La regolazione dei rapporti con i produttori privati

### Obiettivo RER

In coerenza con il quadro regolatorio e relazionale definito nell'ambito degli Accordi Quadro regionali le strutture private accreditate aderenti AIOP, Hesperia Hospital e con i Centri Riabilitativi Privati ex art. 26 prosegue anche per l'anno 2022 il sistema dei rapporti con gli ospedali privati accreditati sulla base di quanto stabilito, rispettivamente, dalle DGR n. 1541/2020, n. 1821/2020 e 1951/2020.



Proseguiranno altresì le Commissioni Paritetiche preposte al monitoraggio degli accordi quadro regionali. Gli Accordi regionali hanno natura di contratto normativo e costituiscono il quadro di riferimento per la definizione da parte delle Aziende USL degli accordi a livello locale con le strutture private accreditate. In analogia a quanto già previsto nelle delibere di programmazione degli scorsi anni, Le Aziende USL dovranno nel 2022 allinearsi ai contenuti dei protocolli regionali e garantire l'alimentazione, nelle scadenze prestabilite, della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi. Le informazioni si renderanno utili anche ai fini della definizione dei dati di consuntivo dell'anno di riferimento da presentare alla Commissione Paritetica.

#### **Rendicontazione**

L'Azienda USL di Piacenza si è sempre allineata ai protocolli regionali e ha garantito l'alimentazione, nelle scadenze prestabilite, della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi.

<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Valore raggiunto 2022</b>
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite	100%	<b>100%</b>

#### **4.1.4. Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile**

##### **Obiettivo RER**

La realizzazione del progetto GAAC prevede l'implementazione di un Sistema unitario per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC) in tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna e rappresenta uno degli obiettivi strategici di questa Regione.

Si tratta di una architettura software complessa, nel cui sistema rientra ogni singolo aspetto contabile di interesse delle singole Aziende Sanitarie e funzionale a garantire "le necessarie autonomie aziendali e, al tempo stesso, consentire la realizzazione di sinergie gestionali, a livello sovra aziendale, assicurando, a livello regionale, i necessari strumenti di controllo e programmazione".

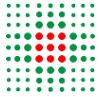
A tutto il 2021 l'implementazione del nuovo sistema unico regionale per la gestione informatica dell'area amministrativa contabile (d'ora in poi GAAC) ha visto l'ingresso di 6 Aziende Sanitarie, compresa la Gestione Sanitaria Accentrata (Azienda UsI di Ferrara, Azienda UsI di Imola, Istituto Ortopedico Rizzoli, Azienda UsI di Bologna, Azienda Ospedaliera di Bologna e la GSA).

Si ricorda che l'implementazione del GAAC nelle Aziende Sanitarie avviate riguarda 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) Sin dall'avvio è stata implementata la piattaforma per la gestione delle anagrafiche centralizzate che è utilizzata da tutte le Aziende in produzione GAAC. A fine 2021 in concomitanza con le attività di avvio delle Aziende Modenesi è stata estesa l'anagrafica centralizzata a tutte le Aziende di AVEN limitatamente ai prodotti di interesse dell'Unità Logistica Centralizzata.

Inoltre, è stata implementata la Piattaforma della Gestione Regionale dei Dati (GRD) utilizzata da tutte le Aziende Sanitarie della Regione e dalla Regione per soddisfare i seguenti adempimenti:

- flussi Economici e Patrimoniali a preventivo, trimestrali e consuntivo per gli adempimenti regionali e ministeriali (CE e SP ministeriali);
- verifiche e i monitoraggi periodici effettuati dalla Regione sull'andamento della gestione;
- verifica rapporti intercompany, flussi economici e patrimoniale relativi agli scambi tra Aziende Sanitarie della Regione (Matrice Scambi);
- verifica dei flussi inerenti le assegnazioni dei contributi afferenti il perimetro sanitario (GSA);
- bilanci consolidati preventivi, trimestrali e consuntivi;
- modelli e flussi di contabilità analitica (COA, LA e CP);
- costi pro-capite.

La dichiarazione dello stato di emergenza e la diffusione della pandemia ha condizionato pesantemente la programmazione delle attività di implementazione e di sviluppo programmate sulle altre aziende che sono state inevitabilmente sospese per dare spazio alle attività urgenti ed emergenti volte a contrastare la



diffusione della pandemia.

Si ricorda che il progetto GAAC prevede un Tavolo GAAC che è stato ridefinito in Cabina di Regia come da nota prot. 0496628.U del 10/07/2020 e successive modifiche e integrazioni che sono agli atti del Servizio Gestione Amministrativa della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare. Per lo svolgimento della propria attività la Cabina di Regia si è dotata di un proprio regolamento interno approvato nella seduta del 09 settembre 2020.

Si ricorda inoltre che il progetto GAAC prevede la gestione centralizzata di specifiche anagrafiche ritenute strategiche a livello regionale, con l'obiettivo di ottimizzare la gestione delle stesse, riservando il trattamento del dato a un governo centrale, oltre a migliorare l'omogeneità e confrontabilità dei flussi informativi. Anche per l'esercizio 2022 si confermano le attività di governo dell'anagrafica centralizzata degli articoli di beni e servizi in capo ai 3 Poli di Governo, così come individuati con nota PG/2018/691083 del 19 novembre 2018:

- Azienda Usl di Reggio Emilia per i beni e i cespiti/investimenti;
- Azienda Usl della Romagna principalmente per i servizi non sanitari e alcuni servizi sanitari (es. Service sanitari, trasporti sanitari);
- Azienda Usl di Bologna principalmente per i servizi sanitari e alcuni servizi non sanitari (es. consulenze non sanitarie, lavoro autonomo non sanitario).

Nel 2022 proseguono le attività necessarie all'implementazione del GAAC al fine di garantire l'avvio di ulteriori gruppi di Aziende per step successivi, secondo quanto definito nei piani di avvio condivisi tra Aziende e Fornitore. Particolare attenzione sarà rivolta al governo delle Anagrafiche Centralizzate e all'allineamento delle anagrafiche aziendali alle nuove anagrafiche centralizzate del GAAC da parte delle Aziende il cui avvio è previsto nel corso del 2022 e 2023.

Nel 2022, le Aziende sanitarie sono impegnate:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- a garantire la partecipazione dei referenti aziendali alla Cabina di Regia;
- ad assicurare alla Cabina di Regia, al Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) e al fornitore aggiudicatario (RTI) la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività della Cabina di Regia, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC;

Le Aziende Sanitarie il cui avvio è avvenuto a tutto il 2021 dovranno:

- assicurare le attività necessarie al consolidamento delle funzionalità del nuovo sistema informativo;
- assicurare le attività necessarie al consolidamento dell'acquisizione dei dati dai sistemi esterni, quali a titolo esemplificativo, sistema GRU, Piattaforma SATER secondo le tempistiche programmate in fase di Stati Avanzamento Lavori con il Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) e il fornitore aggiudicatario (RTI);
- assicurare le attività necessarie all'invio dei flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali;

Le Aziende Sanitarie il cui avvio è previsto nel 2022 dovranno:

- assicurare le attività necessarie all'implementazione del nuovo sistema informativo sino alla piena messa a regime;
- assicurare il rispetto delle tempistiche definite nel piano di avvio, tra cui si ricorda a titolo esemplificativo, ma non esaustivo il termine per la consegna dei tracciati complete delle mappature, tracciati delle anagrafiche complesse dei beni e dei soggetti, tracciati locali di contabilità e magazzino ecc... per le migrazioni di prova e definitive;
- assicurare le attività necessarie all'acquisizione dei dati dai sistemi esterni quali a titolo esemplificativo le casse di riscossione, sistema GRU, Piattaforma SATER secondo le tempistiche programmate in fase di Stati Avanzamento Lavori con il Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) e il fornitore aggiudicatario (RTI);
- assicurare le attività necessarie all'invio dei flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali;

Le Aziende Sanitarie il cui avvio è previsto in data successiva al 2022 dovranno:



- assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- assicurare il rispetto delle tempistiche definite nel piano di avvio, tra cui si ricorda a titolo esemplificativo, ma non esaustivo il termine per la consegna dei tracciati complete delle mappature, tracciati delle anagrafiche complesse dei beni e dei soggetti, tracciati locali di contabilità e magazzino ecc... per la migrazione di prova e definitive;
- assicurare l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati" finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP);
- assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione, dalla Cabina di Regia, dal fornitore aggiudicatario (RTI), dal Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) per garantire gli avvii dei successivi Gruppi di Aziende secondo le tempistiche programmate.

Anche per l'anno 2022, le Aziende Usl di Bologna, Usl di Reggio Emilia e Usl della Romagna in qualità di Poli di Governo dell'anagrafica centralizzata dei beni/cespiti e dei servizi dovranno garantire l'attività di governo dell'anagrafica centralizzata con particolare riferimento:

- alla verifica che i nuovi articoli candidati non generino dei duplicati;
- a valutare l'approvazione, il rifiuto delle candidature di nuovi articoli o di modifica in tempi congrui a soddisfare le esigenze delle Aziende che devono provvedere ad emettere gli ordini;
- a verificare la correttezza della classe merceologica attribuita, dell'Unità di Misura, della Categoria Inventariale, della CIVAB e in generale delle altre informazioni costituenti l'anagrafica;
- a supportare il referente tecnico, di cui alla nota Regionale PG/2019/0482084 avente ad oggetto "Sistema Informativo Unico Regionale per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC) delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna – Integrazione con la Piattaforma SATER", nel caso dovesse necessitare di chiarimenti sull'anagrafica centralizzata;
- all'aggiornamento della linea guida sul processo di candidatura e governo dell'anagrafica di propria competenza, anche alla luce dell'aggiornamento delle linee guida regionali sul Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC).

Si evidenziano inoltre i seguenti adempimenti normativi la cui applicazione ha impatto sul GAAC e sui sistemi informativi aziendali attualmente in uso:

Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018)

I commi da 411 a 415 – art.1 della Legge n.205/2017 dettano disposizioni finalizzate a consentire un monitoraggio completo dell'intero ciclo degli acquisti.

Come noto, al fine di incentivare l'efficienza e la trasparenza del sistema di approvvigionamento della pubblica amministrazione, i commi 412 e seguenti della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Legge di bilancio 2018), con particolare riferimento al potenziamento del monitoraggio della spesa sanitaria, anche in relazione al perseguimento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, hanno previsto, per gli enti del SSN di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b) e c) del decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118, la trasmissione in forma elettronica dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi, secondo modalità e tempi definiti con decreti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, sentita l'Agenzia per l'Italia Digitale e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

La trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi è attuata per il tramite del Nodo di Smistamento degli Ordini di acquisto (NSO), che gestisce la trasmissione in via telematica dei documenti informatici attestanti l'ordinazione (ordini di acquisto) e l'esecuzione (documenti di trasporto, stati di avanzamento dei lavori, etc.) degli acquisti di beni e servizi tra gli enti del SSN (compresi i soggetti che effettuano acquisti per conto dei predetti enti) e i loro fornitori di beni e servizi.

Con decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e delle Finanze modificato successivamente con decreto del 27 dicembre 2019 sono state definite modalità e tempi di attuazione delle norme di cui sopra con un avvio più graduale del NSO:

- Per i beni a decorrere dal 1° febbraio 2020 avvio del NSO e dal 1° gennaio 2021 non sarà possibile dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi a quanto disposto al comma 3 dell'art. 3 del DM;





- Per i servizi a decorrere dal 1° gennaio 2021 avvio del NSO e dal 1° gennaio 2022 non sarà possibile dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi a quanto disposto al comma 3 dell'art. 3 del DM;

Le modalità di emissione e trasmissione sono disciplinate dalle regole tecniche nonché dalle linee guida per la gestione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi che sono pubblicate sul sito internet del Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato nella sezione dedicata.

Si ricorda che il progetto sul monitoraggio degli acquisti avviato dalla Ragioneria Generale dello Stato si inserisce e rafforza il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti già avviato in Regione Emilia-Romagna in attuazione della delibera di Giunta Regionale n. 287/2015.

Le Aziende devono assicurare la collaborazione con IntercentER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR n. 287/2015, anche in vista degli adempimenti di cui alla Legge finanziaria 2018, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile. Nel 2022, tenuto conto che non sussistono più differenze tra beni e servizi, le Aziende sono invitate a garantire l'emissione degli ordini per l'acquisto di beni e servizi, utilizzando la piattaforma NoTI-ER, quale intermediario per l'invio a NSO.

Si ricorda inoltre che la Regione Emilia-Romagna ha trasmesso a tutte le Aziende una linea guida regionale, redatta allo scopo di fornire indicazioni utili alla messa a punto di una organizzazione Aziendale ed amministrativa in grado di affrontare positivamente lo sviluppo e la piena messa a regime dell'ordine elettronico NSO (ultima versione: NSO\_LG\_RER v.0.5 del 25/10/2021), oltre all'attivazione di un monitoraggio periodico sullo stato di avanzamento di NSO (Prot. 24/06/2022.0580446).

- Fatturazione Elettronica

Anche per l'anno 2022 proseguono le attività di controllo dei dati che il fornitore è obbligato ad inserire in Fatturazione Elettronica.

Controllo ordine NSO: Le disposizioni contenute all'art. 3, comma 4 del DM 7 dicembre 2018, come modificato e integrato dal DM 27 dicembre 2019, prevedono che l'associazione tra ordinazione e fattura è assicurata mediante l'indicazione sulla fattura degli estremi dell'ordine di acquisto, che sono contenuti nella Tripletta di identificazione. Eccezionalmente l'associazione tra ordinazione e fattura può realizzarsi mediante l'ordine di convalida.

Si sottolinea che, ai sensi del comma 4 della norma citata, tale prescrizione nel 2022 è obbligatoria sia per beni che per i servizi. Ciò significa che gli Enti del SSN non possono dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi.

Le Aziende devono assicurare adeguati controlli finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

Controllo sui Farmaci: a partire dal 1° gennaio 2018 all'interno delle fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN relative ad acquisti di prodotti farmaceutici devono essere fornite indicazioni in merito alle informazioni relative al Codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e al corrispondente quantitativo di cui al comma 2 dell'art. 29 del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96.

Il comma citato prevede inoltre l'obbligo di non procedere con il pagamento dei corrispettivi indicati nelle fatture nell'ipotesi in cui all'interno delle medesime non siano riportate le succitate indicazioni.

In continuità con gli esercizi precedenti anche nel 2022 le Aziende devono assicurare l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

Controllo sui Dispositivi Medici: L'art. 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021", nel sostituire il comma 8 dell'art. 9-ter del decreto legge 19 giugno 2015 n.78, ha previsto, tra l'altro, che il superamento del tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici debba essere rilevato sulla base del fatturato di ciascuna Azienda anziché, come originariamente previsto, sulla base dei modelli di rilevazione economica consolidati regionali CE.

Inoltre, il legislatore ha esplicitato che, nell'esecuzione di contratti in essere è fatto obbligo di indicare nella fatturazione elettronica "in modo separato il costo del bene e il costo del servizio".

Al riguardo sono state fornite indicazioni operative per l'applicazione delle disposizioni di cui sopra da parte del Ministero della salute con nota DGSISS 0002051-P-del 08/02/2019 avente ad oggetto "Fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici – Indicazioni operative per l'applicazione delle disposizioni



previste dall'articolo 9-ter, comma 8, del Decreto Legge 19 giugno 2015 n.78, come modificato dall'articolo 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145". Tale circolare ministeriale è stata trasmessa alle Aziende Sanitarie della Regione con nota regionale PG/2019/0241311, avente medesimo oggetto, con preghiera di darne applicazione.

Infine, con Circolare Ministeriale n. 7435 del 17 marzo 2020, al fine di assicurare la corretta attribuzione dei dispositivi medici alle diverse voci di spesa, è stato specificato che è indispensabile che la struttura sanitaria o l'ente regionale che opera per suo conto, dia indicazioni specifiche ai fornitori di dispositivi medici per la compilazione delle fatture elettroniche con l'indicazione del Tipo DM del numero di repertorio e del Conto CE/SP identificato dalla struttura sanitaria.

A tal fine la Circolare Ministeriale n. 7435 del 17 marzo 2020 richiama gli adempimenti dell'ordine NSO e la necessità di emettere ordini elettronici con le informazioni sui DM coerenti a quanto il fornitore dovrà poi riportare sulla fattura e prevede che gli Enti del SSN non possono dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi a quanto previsto dalla normativa citata.

Nel 2022 le Aziende Sanitarie della Regione devono assicurare l'applicazione del dettato normativo attraverso l'utilizzo di idonei strumenti di controllo finalizzati a consentire la verifica della correttezza dei dati riportati nella fattura elettronica con riferimento ai dati identificativi dell'ordine NSO, dei farmaci e dei Dispositivi Medici, così come previsto dalla normativa di riferimento.

Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC): la legge 30 dicembre 2018, n. 145, come novellata dal decreto-legge 6 novembre 2021, n.152, introduce per gli enti e organismi di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, diversi dalle amministrazioni dello Stato, misure tese a garantire sia il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla direttiva europea sia lo smaltimento dello stock dei debiti pregressi.

Si ricorda che il dato dello stock di debito residuo, oltre ad essere oggetto di valutazioni comparative con le registrazioni comunicate in PCC, è la base di riferimento per l'applicazione delle analisi metodologiche condotte sui debiti commerciali e necessarie anche a rispondere alle richieste che pervengono da parte della Commissione europea nell'ambito della procedura d'infrazione UE per i ritardi dei pagamenti nei debiti commerciali delle PA (aggravata dalla sentenza di condanna pronunciata da parte della Corte di Giustizia europea, in data 28 gennaio 2020, che ha accertato la violazione da parte dell'Italia dei termini di pagamento imposti dalla Direttiva 2011/7/UE).

Si invitano le Aziende ad applicare la circolare n. 17 del 07/04/2022 del Ministero delle Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, avente ad oggetto "I tempi di pagamento dei debiti commerciali delle pubbliche amministrazioni – Adempimenti previsti dalla legge 30 dicembre 2018, n. 145, come modificata dal decreto-legge 6 novembre, n. 152. In particolare, si fa presente che limitatamente agli anni 2022 e 2023, le pubbliche amministrazioni possono elaborare l'indicatore relativo allo stock del debito scaduto sulla base dei propri dati contabili se trasmettono alla PCC la comunicazione relativa allo stock dei debiti commerciali scaduti e non pagati relativa ai due esercizi precedenti, previa verifica dell'organo di controllo di regolarità amministrativa e contabile. A tal fine, la comunicazione dello stock del debito è richiesta anche per gli enti soggetti alla rilevazione SIOPE plus.

Pertanto, l'Azienda che per il 2022 e 2023 si avvale della facoltà di comunicare lo stock del debito avrà cura di:

1. trasmettere, mediante l'apposita funzionalità del sistema PCC, la comunicazione dell'importo del debito commerciale residuo scaduto per i due esercizi finanziari precedenti. (es. nel 2022 si aggiorna il 31/12/2021 e il 31/12/2020);
2. sottoporre alla verifica del competente organo di controllo di regolarità amministrativa e contabile l'avvenuta comunicazione dello stock di debito residuo scaduto.

Le amministrazioni pubbliche che si avvalgono della facoltà di applicare le misure di garanzia relative allo stock di debito residuo scaduto a partire dai propri dati contabili avranno cura di verificare le eventuali cause di scostamento con i dati presenti nel sistema PCC e di completare, in particolare, le registrazioni dei pagamenti mancanti al fine di allineare i dati sulle posizioni debitorie risultanti dalla predetta piattaforma con l'importo dello stock di debito residuo scaduto.

Nel 2022 le Aziende sono invitate a garantire l'allineamento dei dati contabili ai dati presenti nella PCC con particolare riferimento alla corretta gestione delle sospensioni finalizzate anche alla corretta rilevazione dello stock del debito calcolato dalla PCC.

#### **Rendicontazione**

Nel 2022 l'Azienda USL di Piacenza ha proseguito con impegno e continuità nelle attività richieste in



relazione all'avvio del GAAC, sia presso i vari tavoli regionali sia internamente, in particolare:

- il Direttore dell'UO Bilancio e un delegato del Direttore dell'UO Sistemi Informativi dell'Azienda, designati dalla Regione quali membri del Tavolo di coordinamento e governo GAAC successivamente ridefinito in Cabina di Regia, hanno regolarmente partecipato agli incontri periodici convocati, per le rispettive competenze;
- il Direttore dell'UO Bilancio ha inoltre partecipato ai numerosi incontri su temi specifici richiesti dalla Cabina di Regia al fine di definire eventuali richieste di manutenzioni evolutive da sottoporre a RTI, in merito in particolare alla Contabilità Generale, Gestione Cespiti e Piano Investimenti, Gestione Anagrafiche Clienti e Fornitori;
- sono stati tempestivamente comunicati i nominativi di tutti i referenti aziendali richiesti per le varie attività e i gruppi di lavoro costituiti;
- i referenti aziendali individuati per i vari gruppi di lavoro hanno partecipato con continuità agli incontri che si tengono a livello regionale; ad esempio anagrafiche beni e servizi, integrazioni GRU-GAAC, migrazione dati, progetti finanziati, ecc..

Con riferimento in particolare all'attività di supporto ai Poli di Governo delle anagrafiche GAAC, volta ad assicurare la collaborazione e il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC attraverso gruppi specifici di supporto all'attività di governo, è proseguita nel corso del 2022 l'attività svolta dalla coordinatrice dell'ufficio contabilità generale presso l'U.O. Bilancio, nominata referente per l'AVEN all'interno del gruppo tecnico regionale con il compito di aggiornare le anagrafiche e valutare le richieste di candidatura delle aziende per procedere alla successiva approvazione o rifiuto relativamente ai conti di contabilità generale (nota PG 631083 del 19/11/2018).

L'Azienda USL di Piacenza è stata fortemente impegnata nel corso del 2022 nelle attività propedeutiche all'avvio del GAAC, fissato per il 1° gennaio 2023. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto, con rispetto di tutte le tempistiche fissate dal GANT e avvio dell'utilizzo della nuova procedura a partire dal 1° gennaio 2023.

Le attività propedeutiche all'avvio del GAAC sono state estremamente impegnative ed hanno impegnato l'Azienda già dal mese di febbraio 2022. L'Azienda ha costituito un Gruppo di Progetto GAAC, coordinato dal Direttore dell'UO Bilancio e Referente GAAC per l'Azienda USL di Piacenza che ha svolto le seguenti attività:

- Relazione con RTI e Regione per programmazione e monitoraggio GANTT;
- Predisposizione del piano di migrazione;
- Governo, coordinamento e presidio dei soggetti coinvolti nelle fasi del GANTT (RTI e Azienda) e dei tempi di realizzazione delle attività;
- Predisposizione e realizzazione degli interventi di formazione (che hanno coinvolto circa 350 utenti aziendali per complessivi 60 corsi di formazione);
- Governo delle attività di allineamento delle anagrafiche locali con le anagrafiche centralizzate;
- Governo e delle attività di migrazione dei dati di prova;
- Ricognizione, analisi e implementazione delle integrazioni tra GAAC e le procedure esistenti;
- Ricognizione e profilazione degli utenti, dei processi, delle funzioni nel nuovo applicativo;
- Presidio delle attività di avvio nel corso del 2023.

L'avvio del sistema ha consentito il ripristino dell'operatività dell'area logistica e dei reparti in tempo record (già dai primi giorni di gennaio i reparti e i magazzini hanno potuto operare senza sostanziali disservizi e ritardi). Più complesso l'avvio delle attività dell'area contabile, che ha scontato ritardi nelle configurazioni del nuovo ambiente da parte di RTI (numerazione protocolli fatture in ingresso e in emissione), con conseguenti ritardi nella registrazione dei documenti di circa 30 giorni rispetto all'avvio previsto.

L'Azienda alla data di redazione del presente bilancio è ancora impegnata con uno sforzo straordinario degli operatori in servizio presso l'UO Bilancio per recuperare la penalizzazione iniziale, per garantire sia la redazione del presente consuntivo (da effettuare con utilizzo di due diversi applicativi software) sia la tempestiva registrazione dei documenti e il conseguente pagamento degli stessi.

Di seguito si espongono alcune date target a rappresentare gli obiettivi raggiunti in sede di avvio:

- Trasferimento e quadratura giacenze al 31/12/2022: operativo il 4 gennaio 2023;
- Avvio richieste da reparto a ULC: operativo il 3 gennaio 2023;
- Ricezione delle prime bolle ULC: operativo il 4 gennaio 2023;



- Integrazione con GRU: operativa il 19 gennaio 2023 per gli stipendi di gennaio;
- Integrazione con armadi informatizzati Cyber e Log80 per distribuzione diretta: entro il 5 gennaio 2023;
- Caricamento da procedura e pagamento fatture ULC pervenute a gennaio 2023: 20 febbraio 2023;
- Invio flusso AFO FED di gennaio 2023 con nuova procedura GAAC: rispettata scadenza ordinaria dei primi di febbraio 2023 senza richiesta di proroga e dati sostanzialmente corretti.

Nel corso del 2022 l'Azienda ha utilizzato lo specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati" per la gestione della Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione e per l'invio dei flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP) nel rispetto delle scadenze assegnate.

Con riferimento all'utilizzo dei sistemi SIOPE+, PCC e SDI, l'Azienda USL di Piacenza utilizza a pieno regime i suddetti sistemi, alimentandoli regolarmente alle scadenze definite e curando periodicamente l'allineamento dei dati tra i sistemi secondo le previsioni di norma:

- Riscontro trimestrale con il Collegio Sindacale in PISA dell'allineamento tra PCC e contabilità dell'ente;
- Riscontro periodico e annuale tra dati di SIOPE+ in Banca d'Italia e contabilità del Tesoriere e dell'ente;
- Verifica puntuale della corretta alimentazione dello SDI per scambi attivi e passivi di documenti elettronici;
- Attivazione della fattura elettronica a privati, per le tipologie consentite dalla legge, a partire dal 1/1/2019, in modalità integrata con il sistema regionale per la fatturazione elettronica NOTIER e secondo le specifiche tecniche definite dall'Agenzia Regionale per lo Sviluppo dei Mercati Telematici – Intercenter;
- Controllo e sospensione dei pagamenti per le fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN relative ad acquisti di prodotti farmaceutici, qualora non fornite delle indicazioni in merito alle informazioni relative al Codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e al corrispondente quantitativo di cui al comma 2 dell'art. 29 del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96, in collaborazione con i servizi Acquisizione Beni e Servizi e Farmacia per i controlli di competenza, con il supporto fornito dalla ditta fornitrice del software di contabilità/magazzino;
- In analogia a quanto richiesto per i farmaci e il relativo controllo dell'AIC, sono state implementati idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione del dettato normativo anche per i Dispositivi Medici, come da indicazioni operative per l'applicazione delle disposizioni da parte del Ministero della salute con nota DGSISS 0002051-P-del 08/02/2019 avente ad oggetto "Fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici – Indicazioni operative per l'applicazione delle disposizioni previste dall'articolo 9-ter, comma 8, del Decreto Legge 19 giugno 2015 n. 78, come modificato dall'articolo 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145" e nota di trasmissione regionale alle Aziende Sanitarie (PG/2019/0241311); come richiesto inoltre dal legislatore, viene esplicitato nei contratti e nella relativa fattura elettronica "in modo separato il costo del bene e il costo del servizio" per i farmaci (ad esempio ossigeno), con conseguente cambio nelle modalità di contabilizzazione.

Per quanto riguarda l'emissione degli ordini di acquisto dematerializzati, con il DM del 27 dicembre 2019 è stata prorogata la scadenza del 1° ottobre 2019, prevista dal DM 7/12/2018 sia per i beni che per i servizi, posticipandola al 1° febbraio 2020 per i beni e al 1° gennaio 2021 per i servizi. Inoltre il decreto stabilisce che l'art. 3 comma 4 del DM 7/12/2018, che introduce il criterio di impagabilità delle fatture elettroniche prive dei riferimenti dell'ordine, trova applicazione differita con decorrenza 1° gennaio 2021 per l'acquisto di beni (sanitari e non sanitari) e 1° gennaio 2022 per l'acquisto di servizi (sanitari e non sanitari).

A decorrere dal 01/01/2022, si è giunti alla completa dematerializzazione del ciclo di vita dell'ordine, poiché l'emissione degli ordinativi dei beni e servizi avviene completamente nel Nodo Smistamento Ordine.

L'Azienda ha completato nel corso del 2022 l'emissione di ordini per i servizi, sia sanitari che non sanitari, organizzando giornate di formazione per le UU.OO. coinvolte finalizzate all'emissione di ordini elettronici.

Dal mese di luglio 2021 l'Azienda ha inoltre attivato, come da dettato normativo, l'emissione di ordini nella modalità autorizzata di ordini a convalida, anche per gli acquisti di beni da Aziende Sanitarie, in particolare per gli acquisti dal Magazzino Centrale di Reggio Emilia. Tale emissione è avvenuta con



regolarità nel corso del 2022. Il monitoraggio conclusivo dell'anno 2022 evidenzia un ottimo livello di completamento dell'emissione di ordini elettronici per tutte le tipologie di beni e servizi, raggiungendo una copertura di circa il 95% sull'intero anno e tenuto conto anche delle voci per le quali non è obbligatoria l'emissione degli ordini (utenze, affitti). Ciò ha consentito senza dubbio anche minori difficoltà nell'avvio del GAAC, consentendo una puntuale mappatura dei codici dei prodotti utilizzati dall'Azienda USL con le anagrafiche centralizzate, spesso integrandole con prodotti nuovi ove non già in uso presso altre aziende.

Con riferimento allo stock del debito al 31/12/2022 calcolato da PCC e lo stock comunicato dall'Azienda risultante dai dati contabili alla data del 31/01/2023, si evidenzia uno scostamento inferiore all'1%. Si precisa che l'Azienda provvede costantemente all'allineamento dei due dati, necessario in quanto lo stock della PCC si modifica impropriamente attraverso il recepimento di movimenti contabili quali pagamenti, registrazioni e chiusure effettuate in data successiva alla data di riferimento contabile per il calcolo dello stock.

L'Azienda ha inoltre effettuato anche la comunicazione di variazione dello stock al 31/12/2021, nei tempi definiti dalla Regione (comunicato in Regione entro il 13 febbraio 2023).

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	100%	<b>100%</b>
Attività di migrazione preliminare – rispetto della tempistica di consegna dei tracciati	100%	<b>100%</b>
Integrazione sistema GRU	100%	<b>100%</b>
Avvio delle Aziende in programma nel 2022	100%	<b>Avvio Ausl Piacenza gennaio 2023</b>
Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi regionali e ministeriali	100%	<b>100%</b>
Aggiornamento della Linea Guida sul processo di candidatura e governo dell'anagrafica centralizzata	100%	<b>100%</b>
Emissione ordine NSO sui beni escluse Aziende intercompany	100%	<b>100%</b>
Emissione ordine NSO sui servizi escluse Aziende intercompany	100%	<b>100%</b>
Rispetto tempistica monitoraggio regionale NSO	100%	<b>100%</b>
Stock del debito comunicato dall'ENTE (risultante all'Ente dai propri sistemi contabili)/stock del debito calcolato dalla PCC	>=95%	<b>99%</b>

#### **4.2. IL GOVERNO DEI PROCESSI DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI**

##### **Obiettivo RER**

Nel biennio appena trascorso il sistema pubblico degli approvvigionamenti ha profuso un forte sforzo per garantire i beni e i servizi necessari a fronteggiare l'emergenza sanitaria legata alla diffusione del Covid-19, a fronte di un mercato impreparato a gestire la nuova domanda. Nel corso del 2021 la situazione di mercato è andata via via normalizzandosi e si è potuti ritornare a modalità di approvvigionamento più tradizionali.

Terminata l'emergenza sanitaria, nei prossimi tre anni il settore degli acquisti sarà condizionato dalla necessità di realizzare gli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, elaborato dallo Stato Italiano nell'ambito del Programma Next Generation EU dell'Unione Europea. Si tratta del più grande piano di investimenti mai concepito in ambito pubblico, circa 221,5 miliardi di euro, da realizzarsi in un arco temporale decisamente ristretto. Il Piano è articolato in 6 missioni (Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo, Rivoluzione verde e transizione ecologica, Infrastrutture per una mobilità sostenibile, Istruzione e ricerca, Inclusione e coesione) e impatterà tutti i livelli della Pubblica



Amministrazione.

Le procedure di gara per la realizzazione degli interventi del PNRR avranno caratteristiche peculiari; con il Decreto semplificazioni bis è stato previsto il ricorso a procedure semplificate che garantiscono un'accelerazione delle tempistiche di approvvigionamento ma soprattutto sono stati definiti gli obblighi in materia di impiego femminile, giovanile e di personale svantaggiato che dovranno essere posti in capo agli aggiudicatari delle procedure.

Un altro fattore che influenzerà il settore degli appalti nei prossimi anni è la riforma del Codice dei contratti, misura prevista nell'ambito del PNRR come leva di sviluppo e competizione. Occorrerà valutare in che direzione si svilupperà la riforma e, soprattutto, se saranno finalmente realizzati alcuni asset fondamentali (sistema di qualificazione delle Stazioni Appaltanti, sistema di qualificazione dei fornitori, ecc.) previsti dal Codice e che consentirebbero un reale snellimento delle procedure.

Fortissimo impatto sul settore degli appalti ha, infine, il rincaro delle materie prime che, a partire dalla seconda metà del 2021, ha visto il vertiginoso incremento, dapprima del costo dei vettori energetici e, di conseguenza, dei costi di produzione. Tali aumenti, fotografati da tassi di inflazione mai registrati negli ultimi 30 anni, stanno comportando enormi criticità nel settore degli approvvigionamenti; nell'autunno del 2021, ad esempio, il Governo è dovuto intervenire con un provvedimento ad hoc per far fronte all'aumento dei prezzi nel settore dei lavori che rischiava di bloccare i cantieri in corso. Nel settore dei beni e servizi l'impatto più importante si avrà nel 2022 in quanto occorrerà da un lato intervenire sui contratti in essere per aggiornare le condizioni economiche al nuovo contesto e dall'altro definire le basi d'asta delle nuove procedure di gara in modo da consentire l'effettiva partecipazione delle imprese. Tali attività risultano particolarmente complesse sia per la necessità di distinguere fra reali modifiche delle condizioni di mercato e fenomeni speculativi, sia per la presenza di un contesto normativo in cui i percorsi per la modifica delle condizioni contrattuali sono tutt'altro che chiari.

In tale contesto fortemente critico è quindi necessario che le Aziende si attengano strettamente alle modalità di approvvigionamento definite a livello regionale e utilizzino in maniera sempre più sistematica gli strumenti di acquisto messi a punto a livello regionale.

### Rendicontazione

Nel secondo semestre dell'anno 2022 sono state avviate le prime procedure di acquisto legate al PNRR; in questa prima fase si è dato avvio alla Missione 6 Salute, con investimenti finalizzati in particolare, a rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, attraverso la ristrutturazione e il successivo allestimento della Casa di Comunità Piacenza 1.

Nel corso del 2022, l'adesione tempestiva alle convenzioni e agli accordi quadro attivati dai soggetti aggregatori, sia a livello regionale che a livello nazionale, ha consentito all'Azienda USL di Piacenza una gestione attenta della spesa di beni e servizi funzionali alla propria attività; in particolare la partecipazione a iniziative centralizzate ha fatto sì che le principali richieste di revisione prezzi degli operatori economici fossero gestite direttamente dal Soggetto Aggregatore, che ha agito nell'intento di calmierare tali richieste di adeguamento, mantenendole, ove possibile, anche al di sotto del valore percentuale dell'inflazione.

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.

Stante la crescita costante dell'adesione alle iniziative centralizzate già attestata negli anni precedenti, l'obiettivo regionale si ritiene raggiunto, in attesa della rendicontazione regionale relativa al 2022 in merito al livello di aggregazione degli acquisti prevista.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Percentuale di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi <small>(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)</small>	58%	Dato non disponibile sulla piattaforma regionale InSiDER al 26/04/2023



### 4.3. IL GOVERNO DELLE RISORSE UMANE

#### **Obiettivo RER**

In analogia agli anni precedenti, gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2022 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFER) che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la XI legislatura regionale.

In conformità a quanto disposto dall'art. 6 – comma 2 - del D.Lgs. n. 165/2001 (successivamente modificato dal D.Lgs. n. 75/2017), sulla base delle linee di indirizzo fissate con il DM 08/05/2018 e recepite dalla Regione Emilia-Romagna con propria Delibera n. 1412 del 03/09/2018, a decorrere dall'anno 2018 la copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende sanitarie è stata pianificata sulla base dell'approvazione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), che di fatto hanno portato al superamento degli annuali Piani aziendali di Assunzione, quale strumento di programmazione rivolto al reclutamento di personale da parte dagli Enti del SSR, al fine di far fronte alle diverse esigenze operative, in modo da assicurare il regolare svolgimento delle attività e garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Per il 2022 le aziende del SSR dovranno procedere all'adozione del PTFP relativo al triennio 2022-2024 in applicazione della normativa appena indicata, nelle more della compiuta implementazione della disciplina di progressivo adeguamento alle disposizioni relative al Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), di cui all'art. 6 del decreto-legge n. 80/2021, convertito con modificazioni dalla legge n. 113/2021, secondo il percorso avviato con la DGR 1299/2022.

In riferimento ai Piani Triennali dei Fabbisogni del Personale (PTFP), le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture Complesse, siano coerenti con le linee guida emanate con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015.

L'esecuzione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP) anche nel corso del 2022, sarà rivista e rimodulata al fine di far fronte all'emergenza pandemica in atto, e favorire la riduzione delle liste di attesa, in coerenza con gli specifici disposti normativi contenuti nei decreti emergenziali emanati per fronteggiare la pandemia derivante dal Sars-Cov-2.

Nella fase di redazione ed autorizzazione dei PTFP, sarà assicurata particolare attenzione alle assunzioni e agli altri istituti di supporto finalizzati alla gestione dell'emergenza Covid e alla riduzione delle liste di attesa.

Le Aziende del SSR dovranno altresì completare l'implementazione delle procedure dirette a dare applicazione agli indirizzi regionali in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile, contenuti nei diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni sindacali regionali, sia per il personale del comparto che per quello delle aree dirigenziali, valorizzando tutte le potenzialità racchiuse nelle procedure disciplinate dall'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017. Dovranno inoltre essere programmate ed implementate, in coerenza con la programmazione triennale dei fabbisogni di personale, le procedure di stabilizzazione previste dall'articolo 1, comma 268, lett. b) della L. 234/2021, in materia di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza COVID-19 nelle aziende ed enti del SSN. La norma di legge appena richiamata prevede che l'assunzione a seguito delle procedure di stabilizzazione avvenga secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione. A questo fine, si conferma l'indicazione già espressa per le stabilizzazioni ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 75/2017, diretta a prevedere particolari forme di valorizzazione del servizio maturato presso il SSR e presso l'azienda che effettua l'assunzione. Rispetto invece alle modalità di impiego dei diversi strumenti di stabilizzazione, occorrerà privilegiare, per la copertura dei fabbisogni di personale, le procedure definite ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 75/2017, rispetto a quelle previste dalla legge di bilancio n. 234/2021. Ciò anche in considerazione del maggiore servizio richiesto come requisito per la partecipazione alle relative procedure.

Le azioni in favore dell'occupazione, che saranno programmate e realizzate dalle Aziende del SSR per dare esecuzione ai Protocolli sopra richiamati, ribadiscono nei contenuti gli obiettivi e le linee già tracciate nel 2016, caratterizzate dalla volontà di investire progettualità e risorse sulla riqualificazione del personale, in particolare attraverso l'incentivazione dei processi di stabilizzazione degli organici, attualmente inquadrati sia a tempo determinato che con contratti "atipici", provvedendo inoltre a far fronte alle criticità determinatesi a seguito dell'applicazione del disposto normativo della Legge 161/2014, nonché a fronteggiare la pandemia derivante dal Sars-Cov-2 e a favorire la riduzione delle liste di attesa.



La progressione e l'incentivazione delle suddette politiche di stabilizzazione, dovrà conseguentemente limitare il ricorso al lavoro atipico non correlato alla gestione emergenziale Sars-cov-2 e agire favorevolmente sulla spesa ad esso collegata; l'eventuale attivazione di tali contratti dovrà, in ogni caso, essere disposta in coerenza con la normativa vigente e i CCNL ed in particolare ai decreti emergenziali emanati per fronteggiare la pandemia derivante dal Sars-Cov-2.

Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure di assunzione, le aziende, dovranno programmare le attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato almeno a livello di area vasta.

Presso ciascun Ente del Servizio Sanitario regionale, dal 2018, è divenuta operativa l'applicazione del software unico denominato "Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), in grado di favorire un confronto costante tra le Aziende Sanitarie e la Regione Emilia-Romagna, unificando in tal modo i comportamenti nell'applicazione degli istituti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro, onde evitare disparità di trattamento tra lavoratori del medesimo comparto contrattuale. Poter disporre delle funzionalità di una banca dati unica, permetterà inoltre di razionalizzare tutti i dati rappresentati in una logica di sistema condiviso e integrato, perseguendo in tal modo l'obiettivo di garantire il governo del sistema centralizzato e di uniformare la struttura e il contenuto di tutte le informazioni inerenti il rapporto di lavoro di ciascuna unità di personale.

#### Gestione del sistema sanitario regionale e del personale:

Le Aziende del SSR saranno impegnate, altresì, nell'attuazione di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione, di sviluppo e potenziamento alle politiche di integrazione a livello sovra aziendale, per l'accorpamento di attività e funzioni tecnico amministrative, di supporto professionale e sanitario. Dovranno oltremodo essere garantiti il regolare accesso alle prestazioni rivolte all'utenza e la razionalizzazione dei sistemi organizzativi allo scopo di valorizzare professionalmente il personale e favorire la piena e qualificata erogazione dei servizi, nonché la riduzione delle liste di attesa, con particolare riguardo ed in coerenza alle problematiche connesse all'emergenza pandemica da Covid- 19 e alla diffusione sistematica della campagna vaccinale.

In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, anche per l'anno 2022 si ritiene necessario proseguire nell'impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale. Attraverso incontri periodici ai Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta, si cercherà di stabilire, criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, sistemi di valutazione del merito e dello sviluppo delle competenze professionali e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Impegno da parte delle Direzioni aziendali al fine di garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di governo del progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU). L'elevato grado di complessità del progetto richiederà un alto livello di attenzione e la puntuale collaborazione da parte delle Aziende durante tutte le fasi di sviluppo del Sistema sulla base delle decisioni della cabina di regia GRU.

Rispetto alle potenzialità offerte dallo sviluppo del suddetto Progetto GRU, ormai operativo presso tutte le Aziende Sanitarie, obiettivo prioritario sarà lo sviluppo dei nuovi moduli secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia nonché il pieno ed esclusivo utilizzo dei moduli già implementati, al fine di assicurare il concreto efficientamento dei processi di programmazione e controllo gestionale. L'eventuale utilizzo di software alternativi per la gestione di applicazioni già esistenti nel sistema GRU non sarà considerato all'interno dei finanziamenti regionali.

Le Aziende del SSR, anche per mezzo dei contingenti di personale che potranno essere reclutati in esecuzione delle intese di cui sopra e in sede di predisposizione e attuazione dei PTFP, compresa l'istituzione di nuove Strutture Complesse, oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014, dovranno garantire sia l'efficiente allocazione delle risorse umane, sia la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza, sia favorire la riduzione delle liste di attesa, sia il rispetto dei vincoli di spesa, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali.

Nel corso del 2022 le Aziende dovranno proseguire il percorso di avvicinamento dei propri sistemi di





valutazione e valorizzazione del personale al “modello a tendere” condiviso con l’OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e della normativa di riferimento e con un pieno utilizzo del “Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane” (GRU), al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze.

Nell’ambito dell’attività di costruzione di sistemi di valutazione integrata dei dipendenti delle Aziende ed Enti del SSR, anche alla luce dei contratti nazionali siglati, si conferma l’importanza di definire e attuare i percorsi aziendali d’attuazione delineati nelle Linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali emanate dall’OIV-SSR al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze.

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS:

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all’efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. A tal fine occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti “precari” e la tutela della genitorialità, con l’obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all’utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi (anche in relazione alle opportunità fornite dall’art. 16 del D.L. 98/2011 in tema di risorse derivanti dalle economie di gestione prodotte dai processi di riorganizzazione).

In tale contesto, anche per quanto riguarda il triennio 2022-2024, assumono particolare rilievo gli Accordi siglati tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. Confederali e di Categoria in merito alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario, di riduzione e controllo del lavoro precario della Dirigenza medica e non medica e di applicazione delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale “flessibile”, presso le Aziende e gli Enti del SSR della Regione Emilia- Romagna.

Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, le Aziende dovranno garantire, in coerenza con le normative vigenti, l’applicazione delle linee generali di indirizzo sulla contrattazione integrativa aziendale (c.d. confronto regionale), nonché degli eventuali nuovi rinnovi del CCNL per il personale del Comparto e della Dirigenza.

Costi del personale:

Anche nel corso dell’anno 2022 le Aziende sanitarie dovranno impegnarsi al fine di garantire il giusto equilibrio tra un’efficiente e accessibile erogazione dei livelli essenziali di assistenza e un attento governo della spesa, la cui sostenibilità dovrà essere costantemente assicurata attraverso puntuali monitoraggi e le periodiche rendicontazioni economico-finanziarie previste dalle normative vigenti.

**Rendicontazione**

L’Azienda ha adottato con Delibera del Direttore Generale n. 633 del 21.12.2022 il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale per il triennio 2022-24, in seguito alla nota di approvazione da parte della Regione Emilia-Romagna (Prot. 291828 del 29.11.2022).

Le politiche del personale perseguite dall’Azienda nel corso dell’anno 2022, in particolare nella prima parte dell’anno, sono state inevitabilmente condizionate, sia pure in misura inferiore rispetto ai precedenti due anni, dall’andamento del virus Sars-CoV-2 e dalla necessità di effettuare delle azioni a contrasto del virus. Vi sono state ripercussioni sia sul fabbisogno di personale dipendente che atipico. L’andamento del contagio è stato caratterizzato nel corso dell’anno da diversi picchi epidemici, che hanno comportato periodicamente la necessità di rafforzare la rete ospedaliera, l’attività diagnostica, la sorveglianza sanitaria e l’attività clinica specialistica al domicilio (squadre USCA). Oltre a questo si è reso necessario sopperire alle assenze dal servizio, che hanno riguardato un numero rilevante di dipendenti contagiati nel corso del 2022, ai quali devono essere aggiunti i dipendenti sospesi dal servizio per inosservanza dell’obbligo vaccinale che nel corso del 2022 ammontano complessivamente a 55.

Un ulteriore e imprevisto impegno di risorse, anche se in minor misura, è avvenuto in conseguenza della guerra tra Russia ed Ucraina per la necessità di gestire il flusso di profughi, sia in termini di accoglienza che di presa in carico sanitaria e quindi di valutazione dello stato di salute e dello stato vaccinale, con conseguenti necessità di assicurare loro le vaccinazioni obbligatorie e lo screening per eventuale positività



al virus Sars-Cov-2.

Particolare rilevanza ha assunto anche nell'anno 2022 la prosecuzione della campagna vaccinale (finalizzata al completamento della terza dose ed avvio della quarta dose per pazienti fragili), che ha impegnato un numero significativo di professionisti sanitari, ma anche di personale amministrativo, prevalentemente reclutati con contratto di lavoro atipico ed in misura minore con contratti di lavoro dipendente. Sono stati inoltre utilizzati gli strumenti previsti per il personale già in servizio, con particolare riferimento all'istituto delle prestazioni aggiuntive.

Le ripercussioni sulle politiche in materia di risorse umane del Sars-Cov-2 sono state ulteriormente amplificate dall'assenza in Azienda di personale somministrato nell'ambito dell'Accordo Quadro stipulato tra l'ex Struttura Commissariale Straordinaria e le Agenzie per il Lavoro, per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19. A titolo esemplificativo, a marzo 2022 erano in forza 111 unità di personale somministrato nelle diverse Aziende territoriali della Regione, di questi nessuno era in forza all'Azienda USL di Piacenza, a fronte di numeri variabili tra 7 e 40 presenti nelle altre Aziende. Risulta evidente come l'assenza di personale somministrato ha comportato per l'Azienda la necessità di sopperire con risorse proprie agli impegni derivanti dalla campagna vaccinale e alle altre azioni di contrasto al Covid-19.

Anche nel 2022 si sono perseguite le azioni di stabilizzazione del personale, nell'ambito delle quali oltre alle stabilizzazioni previste ai sensi del comma 1 e del comma 2 dell'art.20 del D.Lgs. 75/2017, si è aggiunta una nuova tipologia di stabilizzazione, limitata al personale sanitario e tecnico addetto all'assistenza, prevista dalla Legge n. 234/2021 (Legge Bilancio 2022) all'art.1, comma 268, lettera B. Nel corso del 2022 sono state completate le procedure di stabilizzazione avviate nell'anno precedente per un totale di 16 posizioni lavorative tra comparto e dirigenza. Sono poi state individuate le nuove posizioni lavorative che avevano titolo per essere oggetto di stabilizzazione e ne è stata data comunicazione alle organizzazioni sindacali del comparto e della dirigenza. Sempre nell'anno 2022 sono state indette le nuove procedure di stabilizzazione sia ai sensi dell'art. 20, comma 2 del D.Lgs. 75/2017, che dell'art.1, comma 268 della Legge 234/2021, procedure che hanno comportato nel corso dell'anno la stabilizzazione di ulteriori 12 dipendenti.

Il numero sostanzialmente contenuto delle stabilizzazioni da effettuare mostra come le politiche in materia di personale svolte dall'Azienda abbiano costantemente privilegiato il ricorso al rapporto di lavoro a tempo indeterminato e come le stabilizzazioni del personale con rapporto di lavoro "precario" siano state prioritariamente effettuate attraverso le procedure concorsuali ordinarie, evitando il mantenersi o l'incrementarsi di situazioni di "precarato".

Nel corso dell'anno sono state attivate numerose procedure concorsuali (considerata la criticità sempre più evidente nel reclutamento di alcune figure professionali), ricorrendo alla modalità di concorso unificato per Area Vasta Emilia Nord per tutti i profili non dirigenziali. I candidati devono inviare la domande di partecipazione ai concorsi, sia per il comparto che per la dirigenza, esclusivamente in modalità telematica attraverso il modulo concorsi del programma WHRTIME.

Anche nel 2022 l'UO Risorse Umane ha partecipato attivamente:

- ai tavoli delle Direzioni del Personale delle aziende sanitarie regionali per affrontare congiuntamente l'applicazione di innovazioni normative;
- a gruppi di lavoro specifici dedicati a moduli dell'applicativo GRU (o comunque tavoli ad hoc ristretti, su temi normativi particolari).

Per quanto attiene al sistema di valutazione l'Azienda ha raggiunto al 100% gli obiettivi inseriti nel Piano di avvicinamento al "modello a tendere". Come richiesto espressamente da OIV-SSR, l'Azienda ha predisposto la nuova Guida alla valutazione entro il 28 febbraio 2022, inviandola a OIV e pubblicandola in Amministrazione Trasparente.

L'Azienda ha partecipato ai gruppi di lavoro regionali relativi al sistema di valutazione con particolare riferimento alla progettazione del nuovo modulo valutazione all'interno dell'applicativo di Gestione delle Risorse Umane (GRU). Negli ultimi mesi del 2022 sono iniziate le attività di configurazione del nuovo modulo propedeutiche alla successiva fase di implementazione del programma.

Per quanto attiene le relazioni sindacali, si ricorda che è stata svolta la contrattazione integrativa relativamente all'utilizzo delle risorse economiche dei fondi contrattuali.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
------------	--------	-----------------------



Rispetto dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati, in coerenza alle problematiche connesse all'emergenza pandemica in atto e alla normativa emanata in materia	sì	sì
Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende.	Effettuazione di almeno il 30% delle prove selettive attraverso l'utilizzo del modulo "Concorsi".	sì
Avvio dei nuovi moduli e rispetto del cronoprogramma	Sì	sì
Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard entro i limiti previsti.	Sì	sì
Prosecuzione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta	sì	sì
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa	Sì	sì
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, in coerenza alle problematiche connesse all'emergenza pandemica in atto e alla normativa emanata in materia, alla riduzione delle liste di attesa e alla prosecuzione della campagna vaccinale	sì	sì

#### **4.4. PROGRAMMA REGIONALE GESTIONE DIRETTA DEI SINISTRI**

##### **Obiettivo RER**

L'adesione di tutte le Aziende sanitarie regionali al Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile, approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013, rende necessaria la previsione di continue azioni di consolidamento e implementazione, indirizzate alla piena realizzazione del Programma regionale, in coerenza con il contesto normativo, regolatorio e amministrativo di riferimento.

In primo luogo, la tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di Valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma, così come le corrette modalità di relazione tra Aziende ed il NRV sinistri.

E' dunque indispensabile che le Aziende sanitarie si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014, come precisato nella nota PG/2020/0462697 del 24.6.2020.

In particolare, al fine di efficientare il processo, consentire tempi adeguati di istruttoria e di programmazione dei casi sottoposti al NRV, assicurare decisioni il più possibile tempestive e utili alla riduzione del contenzioso e dei tempi di liquidazione dei sinistri, è stabilito che:

"la richiesta di parere senza il contestuale caricamento – entro due giorni lavorativi - di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria e amministrativa) è da ritenersi istanza nulla, non produttiva di alcun effetto e improcedibile d'ufficio, senza necessità di ulteriori comunicazioni da parte della segreteria del NRV";

"per i sinistri di fascia regionale è necessario che il Responsabile aziendale dell'attuazione del programma



regionale dichiarati nell'istanza di parere che il sinistro oggetto di intervento del NRV è stato trattato e istruito conformemente alle indicazioni di cui alla Circolare regionale 12/2019, pena anche in tal caso l'improcedibilità della domanda", ed a tal fine, per ragioni di uniformità e facilitazione, si è reso disponibile apposito fac-simile di istanza di parere che deve essere utilizzato dalle Aziende sanitarie.

Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche sia di relazione tra Aziende e NRV sinistri costituirà elemento di valutazione.

Al fine di promuovere la massima collaborazione fra il livello regionale e quello aziendale e garantire la necessaria istruttoria dei casi di seconda fascia, il Nucleo regionale di valutazione svolge una programmazione annuale delle attività, con sedute calendarizzate almeno ogni 3/4 settimane, informandone le Direzioni generali.

Per garantire un'efficace e tempestiva gestione dei sinistri, è necessario che le Aziende si adeguino alle indicazioni fornite con nota prot. 1165981 del 17.12.2021: "Direttive per la gestione del sinistro su offerte transattive, acquiescenza o impugnazione di decisioni della autorità giudiziaria", in relazione a ciascuna delle fattispecie ivi delineate. Il rispetto delle suddette indicazioni costituirà elemento di valutazione.

In particolare, al fine di efficientare il processo e garantire un'efficace e tempestiva gestione dei sinistri è necessario che le Direzioni aziendali rispettino le direttive fornite in relazione a ciascuna delle fattispecie sottoindicate:

- 1) Proposta di conciliazione sia in seno al procedimento ex art. 696 bis c.p.c. che nel corso del giudizio di merito;
- 2) Ordinanze emesse all'esito dei procedimenti ex art. 702 bis c.p.c e/o di sentenze pronunciate a definizione di giudizi ordinari e notificate all'Azienda;
- 3) Sentenze pronunciate all'esito di giudizi ordinari di cognizione non notificate all'Azienda.

#### **Rendicontazione**

Nel corso del 2022 l'Azienda, superata la fase di emergenza Covid, ha proseguito con l'attività di gestione del contenzioso in conformità a quanto stabilito dal Programma regionale di gestione dei sinistri approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013, e alle linee di indirizzo regionali contenute nel documento - "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014, così come precisato anche con nota PG/2019/159500 del 13.2.2019 e PG/2020/0462697 del 24/6/2020.

Nonostante l'impegno richiesto per il recupero dei rallentamenti subiti a causa delle restrizioni imposte dalla pandemia, nel corso dell'attività si è sempre perseguito l'obiettivo di garantire il rispetto delle tempistiche di istruttoria dei sinistri al fine di ridurre, compatibilmente con il grado di complessità delle singole pratiche e la collaborazione delle controparti, i tempi di liquidazione dei sinistri ed evitare ove possibile il contenzioso giudiziario.

Relativamente agli obiettivi assegnati per l'anno 2022 in relazione ai tempi di processo dei sinistri di fascia regionale sottoposti alla valutazione del NRV, si rende noto che l'Azienda ha operato nel pieno rispetto del target assegnato raggiungendo il valore massimo del 100%.

Si evidenzia infatti che:

- per tutte le 4 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.);
- tutte le suddette istanze di parere al NRV sono state corredate dalla dichiarazione del Responsabile dell'attuazione del programma regionale attestante che ciascun sinistro oggetto di valutazione del NRV è stato trattato ed istruito conformemente alle indicazioni di cui alla circolare regionale n. 12/2019;
- In conformità alle direttive impartite con nota prot. 1165981 del 17/12/2021 "Direttive per la gestione del sinistro su offerte transattive, acquiescenza, o impugnazione di decisioni dell'autorità giudiziaria", l'Azienda nel corso del 2022 ha sottoposto alla valutazione del NRV nei termini stabiliti una sentenza di condanna al risarcimento del danno pronunciata all'esito del giudizio di primo grado e notificata all'Azienda.

In attesa dell'implementazione della nuova piattaforma regionale SEGNALER, ancora in fase di completamento e parziale sperimentazione in alcune aziende della Regione, l'Ausl Piacenza, in continuità con l'attività di gestione dei sinistri, ha garantito la puntuale alimentazione del database regionale, ad oggi unico strumento attivo per l'attività di reportistica regionale.



Il Data base regionale è stato aggiornato in modo tempestivo e completo con l'inserimento di tutti i sinistri aperti nell'anno 2022 entro il 31 gennaio 2023.		
Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
<i>Rispetto dei tempi di processo</i>		
% 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)	100%	100%
relativamente ai sinistri aperti dopo l'1 aprile 2017, % di istanze di parere al NRV sinistri che dichiarino che il sinistro oggetto di intervento del NRV è stato trattato e istruito conformemente alle indicazioni di cui Circolare regionale 12/2019, anche mediante utilizzo del fac-simile messo a disposizione delle Aziende	100%	100%
Rispetto delle tempistiche e dei parametri stabiliti con nota prot. 1165981 del 7.12.2021 per i casi 1), 2) e 3): % provvedimenti emessi in corso di procedimenti giudiziari pervenute al NVR nel rispetto dei tempi indicati	85%	100%

#### **4.5. POLITICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PROMOZIONE TRASPARENZA**

##### **Obiettivo RER**

In attuazione di quanto disposto dalla Legge regionale 9/2017, Capo III, art. 5, in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, le Aziende sanitarie e gli Enti del SSR provvedono a garantire la piena applicazione della norma, in coerenza anche con quanto stabilito a livello nazionale.

Le Aziende dovranno seguire le indicazioni condivise nel Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione istituito con Determina del Direttore Generale n. 22853 del 21/12/2020.

Le Aziende dovranno confermare la raccolta costante e aggiornata delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi, secondo le modalità definite, prevedendo ove occorra l'implementazione della modulistica relativa e l'aggiornamento degli strumenti finalizzati alla promozione dei conflitti di interessi.

Le Aziende sono tenute ad assicurare tempestivamente la conformità alle norme e alle indicazioni regionali.

Le procedure aziendali devono assicurare in materia altresì la puntuale implementazione del Codice di comportamento di cui allo schema tipo approvato con la già citata DGR n. 96/2018.

Le Aziende sono tenute ad adempiere agli obblighi previsti dall'ANAC.

Le Aziende dovranno confermare le misure, i criteri e le modalità inerenti l'applicazione del principio di rotazione del personale, quale misura di prevenzione dei fenomeni corruttivi, con particolare riferimento alle aree a più elevato rischio.

##### **Rendicontazione**

Nel corso del 2022 è proseguito il piano di attività della UO Semplice dipartimentale Supporto alla gestione della Trasparenza, Anticorruzione e Privacy (istituita alla fine dell'anno 2021), per rispondere agli adempimenti obbligatori previsti da Anac, alla luce dei cambiamenti introdotti con il PNRR e dal dipartimento della Funzione Pubblica con il PIAO (Piano Integrato di attività e organizzazione) con l'art. 6 del DL n.80/2021 convertito in Legge n. 113/2021. E' stato adottato, con delibera del Direttore Generale n. 208 del 29 aprile 2022, il PTPCT triennio 2022-2024 transitorio in attesa e nelle more del PIAO. Il 31 ottobre 2022 è stato adottato il PIAO aziendale (delibera del Direttore Generale n.529/2022), come atto ricognitorio dei piani aziendali assorbiti dal PIAO su indicazione della RER.

Si è mantenuta la vigilanza e il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione. Sono stati realizzati gli adempimenti previsti dalla Legge Regionale 9/2017 in materia di prevenzione della corruzione



e di promozione della trasparenza, in particolare:

- raccolta delle dichiarazioni annuali per la gestione del conflitto d'interesse tramite l'applicativo GRU;
- adeguamento della dichiarazione alle indicazioni del tavolo regionale della trasparenza e anticorruzione con il modulo 4 sui conflitti d'interesse relativi al grado di parentela, agli affini, al coniugio e alla convivenza. Al momento dell'assunzione in servizio viene raccolta l'autodichiarazione relativa al conflitto d'interessi.

L'azienda cura la rotazione del personale che effettua la vigilanza e le verifiche nel settore della sanità pubblica nei confronti degli operatori del settore alimentare (OSA), applicando nei vari settori la rotazione almeno del 30% del personale e in alcuni comparti più rappresentativi: edilizia e agricoltura, la rotazione annuale dei singoli operatori tra le aree territoriali provinciali arriva fino al 100%. Infine è attivo il metodo di vigilanza in coppia, ovvero la "Procedura per le attività di vigilanza e controllo nei luoghi di lavoro" prevede che l'intervento di vigilanza e controllo debba essere svolto da due operatori.

Altri adempimenti sono stati evasi puntualmente entro la scadenza prevista, come la dichiarazione del Rasa (Responsabile Anagrafe unica Stazione Appaltante) entro il 31/1/2022 e la pubblicazione della relazione RPCT relativa all'anno 2021. Inoltre è stato effettuato il monitoraggio dei processi e delle misure di controllo previste raccogliendo le relazioni e i dati dei controlli dai responsabili dei processi monitorati e il monitoraggio degli obblighi di trasparenza e individuazione dei referenti degli obblighi di pubblicazione, aggiornando l'elenco a seguito della riorganizzazione aziendale.

È stata garantita la partecipazione attiva ai gruppi di lavoro sui processi dell'Area Risorse Umane e al processo della Libera professione definiti dal Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione. L'azienda inoltre ha partecipato al sottogruppo di lavoro regionale sulla revisione dello schema del codice del comportamento delle aziende sanitarie adottato nel 2018.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
% dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno	>= 90%	<b>98%</b> <b>al 31/12/2022</b>

#### **4.6. SISTEMA DI AUDIT INTERNO**

##### **Obiettivo RER**

La Legge regionale 16 luglio 2018, n. 9, con l'introduzione dell'art. 3 ter - "Sistema di audit interno"- nella legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29, ha, da un lato implementato l'architettura dell'organizzazione delle Aziende del SSR, prevedendo l'istituzione della funzione aziendale di Audit interno, e, dall'altro, ha previsto l'attivazione di una cabina di regia regionale, con l'istituzione, avvenuta con DGR n. 1972/2019, del Nucleo Audit regionale.

Attraverso specifiche Linee guida regionali, a cui le Aziende sanitarie saranno tenute a dare attuazione secondo le modalità e le tempistiche indicate nelle Linee guida stesse, il Nucleo Audit regionale fornirà le prime indicazioni:

- per la definizione, l'implementazione ed il mantenimento del Sistema di Controllo Interno aziendale, basato su una struttura a tre linee di difesa e che (tenuto conto delle analisi svolte nelle 13 Aziende sanitarie nel corso 2021) preveda l'identificazione delle strutture organizzative specificamente deputate allo svolgimento dei controlli di secondo livello (in tema di gestione dei rischi), ivi compresa la definizione delle componenti minime del controllo di secondo livello;
- per la definizione degli elementi essenziali del Mandato e del Regolamento di Audit interno (finalità, poteri, responsabilità e ambiti di competenza della funzione aziendale di Audit interno, principi e standard professionali cui ispirarsi, posizionamento nell'organizzazione aziendale, metodologia di lavoro, modalità operative e strumenti con cui realizzarla, ivi compresi la definizione delle tempistiche, l'armonizzazione e la standardizzazione delle fasi del processo di Audit interno) e per la definizione dei Piani pluriennale e annuale di Audit.

Per il 2022 le Aziende sanitarie che non vi hanno provveduto sono tenute alla formale istituzione della funzione aziendale di Audit interno.



### Rendicontazione

Il Direttore dell'UO Bilancio in qualità di Coordinatore del Gruppo di progetto "Internal Audit" è stato nominato con determinazione regionale n. 22254 del 02/12/2019 quale membro del Nucleo di Audit Regionale istituito con DGR n. 1972 del 11/11/2019. Alla ripresa dei lavori nel 2021 priorità del Nucleo Regionale è stata la definizione di un percorso formativo di 8 giornate, realizzato in collaborazione con Cerismas, che consentisse di definire contenuti, obiettivi e metodo di lavoro della nuova funzione di Internal Audit nelle Aziende.

I membri aziendali del Nucleo, ancorché non unicamente dedicati allo svolgimento di attività di Internal Audit, hanno partecipato con costanza all'attività formativa proposta nel corso del 2021-2022.

In relazione agli specifici obiettivi individuati dalla Delibera di Programmazione, a seguito delle successive indicazioni impartite dal Nucleo Regionale e in coerenza alle scadenze da questo definite, l'Azienda ha svolto le attività finalizzate ad una revisione, con la logica risk-based, del processo di erogazione dell'attività in regime ALPI. In particolare si è utilizzato lo strumento di Workshop, preceduto da incontri preparatori svolti con la Direzione Aziendale e le UUOO preposte: l'attività di WS si è svolta tra il 22 marzo e il 29 aprile 2022, e ha coinvolto anche tutti i membri del Gruppo di Progetto dell'Internal Audit aziendale. In data 15 marzo 2023 è stato riconvocato il Nucleo Regionale, nella nuova composizione di cui alla Determina Dirigenziale 1984 del 1° febbraio 2023. Con riferimento al conseguimento degli obiettivi di cui alla DGR 1772/2022, si è preso atto nella seduta della necessità di riallineare gli obiettivi previsti per l'anno 2022 in vista della definizione delle nuove attività di controllo di 3° livello per l'anno 2023.

Pertanto, viene definito che:

- per l'anno 2021, l'obiettivo rendicontato è relativo al processo di Libera Professione realizzato tramite l'attività svolta secondo la metodologia CRSA proposta da Cerismas;
- per l'anno 2022, l'obiettivo previsto è stato rendicontato con riferimento sempre al processo di Libera Professione ma riguardante la parte relativa al test di verifica.

L'attività quindi iniziata nel 2021 si è conclusa nel corso del 2022 con:

- la mappatura del processo, dei rischi di reporting e di anticorruzione, la loro graduazione;
- l'individuazione delle misure di controllo esistenti e la valutazione della loro adeguatezza;
- la stesura di una sintetica relazione a cura del Coordinatore del Gruppo Aziendale di Internal Audit con evidenza delle principali criticità riscontrate, inviata alla Direzione Aziendale nel mese di agosto 2022.

Nel corso del 2022 sono state quindi completate le attività di audit programmate:

- 13 luglio 2022: test sui controlli dell'UO SARU sulle attività di prenotazione delle prestazioni in libera professione sia telefoniche che agli sportelli;
- 26 settembre 2022: test sui controlli della Direzione medica sulle attività di prenotazione delle sale operatorie per gli interventi in libera professione;
- 26 settembre 2022: test sui controlli dell'UO Risorse Umane sull'attività di controllo timbrature rispetto all'attività libero professionale;
- 20 ottobre 2022: test sui controlli dell'UO Bilancio sull'attività di incasso delle prestazioni in libera professione;
- 20 ottobre 2022: test sui controlli dell'UO Controllo di Gestione sul budget delle attività in libera professione.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Istituzione della funzione aziendale di Audit interno	sì	sì
le funzioni/strutture aziendali di Audit interno dovranno svolgere una valutazione – con approccio risk based - di almeno una procedura PAC, scelta in una delle aree attinenti ai Costi/Debiti o alle Immobilizzazioni/Patrimonio Netto, e, in relazione ad una delle aree generali o specifiche di rischio corruttivo, identificate nell'allegato n. 1 di cui alla Delibera ANAC n. 1064 del 13.11.2019, di un processo previsto nel PTPC aziendale. Le modalità di effettuazione di tale valutazione saranno indicate dal	Valutazione con approccio risk based di 1 procedura PAC e 1 processo previsto nel PTPC	<b>Valutata attività ALPI sia sotto il profilo PAC che PTPC</b>



Nucleo Audit regionale.		
Completamento attività al 31/12/2022	100% di quanto previsto	<b>100%</b>

#### **4.7. ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

##### **Obiettivo RER**

Il Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, pienamente applicabile dal 25 maggio 2018, detta una complessa disciplina di carattere generale in materia di protezione dei dati personali, prevedendo molteplici obblighi ed adempimenti a carico dei soggetti che trattano dati personali, ivi comprese le Aziende Sanitarie.

Le disposizioni nazionali contenute nel D.lgs.196/2003, nonché i Provvedimenti di carattere generale emanati dall'Autorità Garante, continuano a trovare applicazione nella misura in cui non siano in contrasto con la normativa succitata.

A questo fine le aziende provvedono a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con quanto verrà stabilito a livello nazionale e a livello regionale.

##### **Rendicontazione**

È continuato l'impegno dell'Azienda, anche nel 2022, per garantire l'applicazione della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Per quanto riguarda gli adempimenti previsti dall'art. 28 del Regolamento UE 2016/679, si è proceduto a rivedere il piano deleghe, assegnando direttamente alle UU.OO., che sottoscrivono contratti o accordi in cui è previsto l'affidamento a soggetti terzi di trattamenti di dati personali di cui è titolare l'Azienda, il compito di designare tali soggetti responsabili del trattamento: in questo modo si assicura una più tempestiva formalizzazione del rapporto Titolare – Responsabile, con la possibilità di allegare la nomina direttamente nel contratto o accordo.

L'UO Semplice dipartimentale Supporto alla gestione della Trasparenza, Anticorruzione e Privacy (SGTAP) ha fornito supporto giuridico amministrativa in materia di protezione dei dati personali:

- nell'ambito di specifici progetti di primaria importanza per l'Azienda, con l'obiettivo di promuovere l'applicazione dei principi di *privacy by design* (protezione dei dati fin dalla progettazione) e di *privacy by default* (protezione per impostazione predefinita);
- nella redazione e revisione in ottica privacy di contratti, convenzioni e atti di nomina a responsabile del trattamento;
- nella redazione di informative privacy specifiche per determinati progetti o Unità operative;
- nella redazione e revisione di procedure aziendali: procedura check point aziendali per verifica green pass, procedura aziendale televisita, procedura per formalizzazione delegati e autorizzati al trattamento nell'ambito dei progetti di ricerca da sottoporre a Comitato Etico.

Con riferimento all'obiettivo regionale che prevede la predisposizione di un modello per l'analisi del rischio e per la valutazione dell'impatto, in continuità con quanto rendicontato per l'anno 2021 e approfondito in successiva nota inviata alla Regione, si conferma l'avvenuta predisposizione di una check list per l'analisi del rischio e di uno strumento per la valutazione d'impatto sul trattamento dei dati personali (DPIA). Nel 2022 è stato inoltre predisposto, sempre in collaborazione con le funzioni privacy di Azienda USL di Parma e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e sotto la supervisione del comune DPO, un ulteriore strumento di valutazione di impatto, specifico per il settore ricerca, con particolare riguardo al trattamento dei dati personali nell'ambito di studi retrospettivi in cui non sia possibile raccogliere il consenso di tutti o di una parte dei partecipanti al progetto.

L'UO SGTAP ha fornito, nel corso del 2022, collaborazione e supporto costanti all'Ufficio ricerca, con le seguenti azioni:

- analisi congiunta dei contratti e dei progetti di ricerca per identificare i ruoli privacy dei soggetti ed enti coinvolti (es. progetti di ricerca finalizzata regionale);
- predisposizione di atti di nomina a responsabile del trattamento per progetti di ricerca maggiormente complessi;





- revisione di proposte di accordi di contitolarità in ambito di progetti regionali (casistica estremamente limitata).

Le policies aziendali sul trattamento dei dati attraverso strumenti informatici sono presenti e operative da diversi anni. Nel corso dell'anno 2022 l'Azienda ha realizzato aggiornamenti su alcune applicazioni già operative e messo in esercizio poche nuove applicazioni. Prima dei rilasci degli aggiornamenti e della messa in esercizio delle nuove applicazioni è stata verificata la loro aderenza alle policy aziendali per il trattamento dei dati e non si sono resi necessari aggiornamenti.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
predisposizione di un modello per l'analisi del rischio e per la valutazione dell'impatto	100%	100%
aggiornamento policy aziendali per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche (teleconsulto telemedicina, app sanitarie,...);	100%	Nessun aggiornamento di policy necessario
definizione dei profili di titolarità/ responsabilità e/o contitolarità nell'attività di ricerca scientifica	100%	100%

#### **4.8. PIATTAFORME INFORMATICHE PIÙ FORTI ED INVESTIMENTI IN BIOTECNOLOGIE E STRUTTURE PER IL RILANCIO DEL SSR**

##### **4.8.1. Fascicolo sanitario elettronico/Portale SOLE**

###### **Obiettivo RER**

Nel corso del 2022, oltre a garantire tutti gli interventi necessari per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, si dovrà completare il percorso di integrazione dei centri privati accreditati con l'infrastruttura SOLE/FSE al fine di garantire l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, ripreso anche nelle azioni del PNRR, e della corretta gestione delle prescrizioni dematerializzate.

Le Aziende dovranno garantire gli adeguamenti dei propri sistemi per la produzione della documentazione sanitaria secondo le specifiche nazionali e fornire ai professionisti sanitari gli strumenti necessari alla consultazione della documentazione sanitaria del paziente.

Inoltre, è stato attivato il servizio sanitario online per la comunicazione della cessazione del contratto di lavoro del proprio medico di assistenza da parte delle Aziende sanitarie verso i propri assistiti.

La programmazione comprenderà anche interventi di adeguamento per la trasmissione di nuove tipologie di referti, dopo la definizione delle specifiche nazionali.

Inoltre, nel corso dell'anno sono programmati gli interventi per l'attuazione delle misure urgenti in materia del Fascicolo Sanitario Elettronico e gli interventi di adeguamento della documentazione sanitaria digitale secondo le specifiche nazionali e alla piena interoperabilità con l'infrastruttura nazionale, in rispetto alla programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Infine, dovranno essere attivate delle azioni propedeutiche all'evoluzione del FSE 2.0 necessarie per il subentro dell'Anagrafe Nazionale degli Assistiti.

###### **Rendicontazione**

Gli indicatori relativi al FSE e in particolari ai documenti consultati e agli operatori abilitati mostrano un valore raggiunto nel 2022 nella maggior parte dei casi superiore rispetto al target richiesto; con riferimento agli operatori abilitati al Portale FSE Professionisti l'Azienda ha richiesto l'attivazione per 488 operatori sanitari, incrementando le abilitazioni rispetto al 2021 che si attestavano a 378.

Sul territorio piacentino risultano accreditati 8 centri privati che erogano prestazioni diagnostiche e cliniche (esclusi i centri che erogano esclusivamente riabilitazione); il 50% di essi sono correttamente integrati nella rete SOLE.

La comunicazione di cessazione del MMG/PLS tramite FSE è stata implementata nel corso dell'anno corrente, infatti dopo aver rilevato l'impossibilità di comunicazione dell'informazione da ARA verso SOLE, a partire da inizio 2023 è stato introdotto apposito strumento in grado di inviare in concomitanza SMS al paziente e notifica di cessazione a SOLE.



Il dato relativo alle prestazioni specialistiche erogate e prescritte dematerializzate con stato “chiuso” riscontrato sul Sistema di Accoglienza Regionale, mostra un buon valore, prossimo al target e in risalita rispetto al valore 2021.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Documenti consultati: Numero di utenti che sono acceduti al Fascicolo Sanitario Elettronico sul numero di cittadini che hanno ricevuto un documento indicizzato sul FSE	60%	<b>90,48%</b>
Operatori abilitati al FSE: Numero di operatori abilitati al Portale FSE Professionisti sul numero di operatori sanitari autorizzati	40%	<b>12,16%</b>
Operatori abilitati al FSE: Numero di operatori abilitati alla consultazione dei documenti del FSE tramite chiamata applicativa sul numero di operatori sanitari autorizzati	40%	<b>72,67%</b>
Numero consensi registrati: Numero consenso alla consultazione valorizzato sul Numero totale dei FSE attivati	80%	<b>96,21%</b>
Numero centri privati integrati: Numero dei centri privati accreditati integrati nella rete SOLE sul Numero totale dei centri privati accreditati	100%	<b>50%</b>
Comunicazioni cessazione rapporto MMG/PLS: Numero di cittadini che hanno ricevuto comunicazione tramite FSE rispetto al numero di assistiti dei MMG/PLS cessati	50%	<b>in implementazione</b>
Analisi specialistica ambulatoriale ricette dematerializzate: Numero di prestazioni specialistiche erogate e prescritte dematerializzate con stato “chiuso” riscontrato sul Sistema di Accoglienza Regionale sul numero di prestazione specialistiche dematerializzate erogate e rendicontate nel flusso ASA	95%	<b>91,89%</b>

#### 4.8.2. Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88

##### **Obiettivo RER**

###### Accordo di Programma V fase, 1° stralcio

L'Accordo di Programma (AdP) V fase, 1° stralcio è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna in data 29 luglio 2021. L'Accordo prevede la realizzazione di 38 interventi con le condizionalità procedurali e temporali di cui all'art. 20 L.67/88.

A seguito della sottoscrizione dell'Accordo di Programma V fase, 1° Stralcio le Aziende dovranno dare seguito a quanto previsto dalle procedure normative per la predisposizione della progettazione degli interventi e dei capitolati di appalto per la fornitura delle tecnologie.

###### Accordo di Programma V fase, 2° Stralcio

La Giunta Regionale con DGR 1455/2021 recante “Individuazione interventi da finanziarsi con risorse destinate alla prosecuzione dell'art. 20 della legge n.67/88” ha previsto il finanziamento degli interventi come da prospetto di seguito rappresentato:



N° INTERVENTO	AZIENDA	TITOLO INTERVENTO	RISORSE STATALI (euro)	5% Regionale (euro)	TOTALE
APF 01	AUSL PC	Nuovo Ospedale di Piacenza	87.350.000,00	4.597.368,42	91.947.368,42
APF 02	AUSL MO	Nuovo Ospedale di Carpi	57.000.000,00	3.000.000,00	60.000.000,00
APF 03	AUSL ROMAGNA	Nuovo Materno Pediatrico di Ravenna	16.625.000,00	875.000,00	17.500.000,00
<b>TOTALE</b>			<b>160.975.000,00</b>	<b>8.472.368,42</b>	<b>169.447.368,42</b>

### Rendicontazione

L'Accordo di Programma V fase, 1° stralcio prevede per AUSL Piacenza la realizzazione di 7 interventi, e in particolare:

- APC 01 Casa della Salute di Lugagnano: è in fase di definizione l'acquisto del terreno a seguito di una lunga e complessa trattativa con la proprietà. Il progettista è già stato incaricato: si prevede di arrivare con le progettazioni preliminare e definitiva nel 2023;
- APC 02 Casa della Salute di Bettola: la progettazione è stata avviata nel 2022. La progettazione preliminare sarà inviata al Gruppo Tecnico Regionale entro l'estate del 2023, la definitiva in novembre 2023;
- APC 03 Casa della Salute di Fiorenzuola: la progettazione definitiva è stata avviata nel 2022 e sarà inviata al Gruppo Tecnico Regionale entro l'estate del 2023;
- APC 04 Casa della Salute di Bobbio: la progettazione è stata avviata nel 2022. La progettazione preliminare sarà inviata al Gruppo Tecnico Regionale entro l'estate del 2023, la definitiva in dicembre 2023;
- APC 05 Ospedale di Castel San Giovanni: la progettazione esecutiva è stata terminata nel 2022 ed è stata inviata al Gruppo Tecnico Regionale all'inizio del 2023;
- APC 06 Ospedale di Fiorenzuola: la progettazione preliminare è stata avviata nel 2022 e sarà inviata al Gruppo Tecnico Regionale all'inizio dell'estate del 2023. La progettazione definitiva sarà inviata al Gruppo Tecnico Regionale in novembre 2023;
- APC 07 Ospedale di Bobbio: stipulato accordo quadro per la progettazione nel corso del 2022, il preliminare sarà inviato al Gruppo Tecnico Regionale entro l'estate del 2023. La progettazione definitiva sarà inviata al Gruppo Tecnico Regionale in dicembre 2023.

Il primo studio di fattibilità per la realizzazione del nuovo ospedale di Piacenza, 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 con valutazione positiva dal Gruppo Tecnico Regionale di valutazione dei progetti area sanitaria nella seduta del 24/05/2022.

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 Piacenza la redazione di un'integrazione allo studio di fattibilità che tenga conto dell'individuazione dell'area 5 come nuova collocazione del futuro ospedale. Di conseguenza l'Azienda ha proceduto nel mese di Ottobre 2022 all'affidamento dell'integrazione dello studio di fattibilità sull'area 5.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Avvio della progettazione degli interventi strutturali ed impiantistici di cui all' AdP V fase, 1° Stralcio	sì	<b>6 progetti avviati / 7 interventi previsti</b>
Completamento dell'iter per l'ammissione a finanziamento dei piani di fornitura di tecnologie	sì	<b>nessun finanziamento assegnato per</b>



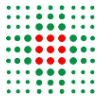
biomediche ed informatiche; il mancato completamento dell'iter va motivato con relazione scritta del RUP controfirmata dal Direttore Generale		<b>tecnologie biomediche e informatiche</b>
Predisposizione completa ed esaustiva dello Studio di Fattibilità (SdF) dell'ospedale di Piacenza, dell'ospedale di Carpi e del Nuovo Materno Pediatrico di Ravenna e di altri eventuali interventi perché possano essere approvati dal Gruppo tecnico regionale entro il 2022. La mancata o la non completa predisposizione dello Studio di Fattibilità vanno motivate con relazione scritta del RUP controfirmata dal Direttore Generale	100%	<b>100% Predisposizione e approvazione gruppo tecnico RER dello studio di fattibilità Nuovo Ospedale presso Area 6</b>

**4.8.3. Interventi già messi a finanziamento con decreto ministeriale (ex art. 20) (sottoscrizione ultimo AdP 14/09/16 scadenza progettazione 14 /09 /19 \_scadenza aggiudicazione 14 marzo 2022)**

<p><b>Obiettivo RER</b> Le Aziende dovranno completare o fornire adeguata motivazione sottoscritta dal RUP e dal Direttore Generale del mancato completamento di tutti gli interventi finanziati con Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88) sottoscritti precedentemente al 2016 nonché adoperarsi per presentare le richieste di liquidazione degli interventi conclusi e attivati, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo. Si sottolinea che eventuali ritardi nella progettazione/esecuzione rispetto la programmazione degli interventi sono oggetto di controllo del Corte dei Conti.</p>		
<p><b>Rendicontazione</b> Tutte le procedure di aggiudicazione per l'acquisto di tecnologie sanitarie o per la realizzazione di interventi edilizi di cui all'Accordo di programma Integrativo "Addendum" si sono concluse entro il 31.12.2021. Per quanto riguarda invece il completamento degli interventi finanziati con Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88) sottoscritti precedentemente al 2016, l'Ausl di Piacenza ha completato nel 2022 l'intervento H03 "Realizzazione Case delle Salute" che aveva per oggetto le strutture di Podenzano e Borgonovo. Come già evidenziato nella rendicontazione del 2021, all'interno degli interventi finanziati con Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88) sottoscritti precedentemente al 2016, va ricordato che l'Ausl di Piacenza ha ormai concluso l'intervento di realizzazione del Magazzino Economale, anche se la chiusura della rendicontazione economica non è terminata in quanto subordinata alla conclusione della procedura fallimentare riguardante l'impresa costruttrice. Per quanto riguarda la trasmissione delle richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati si rileva come tutte le richieste di liquidazione sono state trasmesse nei termini previsti.</p>		
<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Valore raggiunto 2022</b>
Completamento interventi/piani di fornitura relativi ad Accordi di Programma sottoscritti ante 2016	100%	<b>100%</b>
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)	Richieste di liquidazione per un importo pari al totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati	<b>Sì</b>

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

<p><b>Obiettivo RER</b> L'art. 2 del DL 19 maggio 2020 n. 34 ha previsto il potenziamento della rete ospedaliera per fronteggiare</p>
---



l'emergenza COVID-19, richiedendo alle Regioni la predisposizione di appositi Piani in cui fossero descritti gli interventi previsti per:

- il potenziamento delle Terapie Intensive (TI), con la realizzazione di 197 Posti Letto (PL) aggiuntivi rispetto alla dotazione regionale;
- la realizzazione di 312 PL di Terapia Semi Intensiva (TSI), in sostituzione di altrettanti PL di degenza ordinaria;
- l'adeguamento funzionale dei Pronto Soccorso (PS) per separare i percorsi dei pazienti COVID e non-COVID;
- l'acquisto di autoambulanze attrezzate per il trasporto dei pazienti COVID.

Il piano, predisposto dalla Regione Emilia-Romagna sulla base delle "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera" inviate dal Ministero della salute con la Circolare n. 0011254 del 29/05/2020, è stato approvato dalla Regione con la DGR 677/2020 e dal Ministero della salute con Decreto Direttoriale prot. 0014319 del 13/07/2020 e successivamente aggiornato e rimodulato.

Dal 2022 il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è parte integrante del PNRR e ne deve rispettare i requisiti temporali. La gestione dei fondi di cui all'art.2 del DL 19 maggio 2020 n. 34 è in capo alla "Unità per il Completamento della Campagna Vaccinale" (ex Struttura Commissariale per l'Emergenza COVID-19) e dal 1° gennaio 2023 sarà in capo al Ministero della Salute.

**Rendicontazione**

Sulla base dell'art. 2 del DL 19 maggio 2020 n. 34, che ha previsto il potenziamento della rete ospedaliera per fronteggiare l'emergenza COVID-19, l'Ausl di Piacenza ha ottenuto finanziamenti con i quali sono stati realizzati interventi di rinnovo e potenziamento delle seguenti aree: Rianimazione, Terapia Semintensiva e Terapia intensiva respiratoria dell'Ospedale di Piacenza e Pronto Soccorso dell'Ospedale di Fiorenzuola. Tutti gli interventi sopra indicati sono stati completati, ove necessario si è proceduto alla richiesta di rimodulazione ai competenti uffici regionali, cui fa seguito la successiva rendicontazione.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
<i>Programmazione interventi:</i> rispetto delle date previste dalla programmazione condivisa, peraltro, con l'Unità per il completamento della campagna vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto alla pandemia. Ogni eventuale ritardo dovrà essere motivato con apposita relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale	Sì	Sì
<i>Monitoraggio avanzamento e rendicontazione:</i> riscontro tempestivo ed esauriente ai monitoraggi richiesti e predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni accurate e precise	Sì	Sì

**4.8.5. Piano investimenti: interventi di cui alla scheda 3**

**Obiettivo RER**

Le Aziende potranno realizzare solo gli interventi (lavori e acquisizione tecnologie biomediche ed informatiche) aventi copertura finanziaria certa. Gli interventi non aventi copertura finanziaria certa dovranno essere rappresentati esclusivamente in scheda 3 del piano investimenti.

Le Aziende sono richiamate a seguire scrupolosamente, nel caso di interventi urgenti ed indifferibili, quanto previsto dalla DGR 1396/2021 recante "Approvazione disciplinare per la gestione dei finanziamenti assegnati alle aziende sanitarie regionali per la realizzazione di interventi indifferibili e urgenti".

**Rendicontazione**

L'Azienda USL di Piacenza ha provveduto a rappresentare nella scheda 3 del piano degli investimenti 2022-2024 tutti gli interventi non aventi una copertura finanziaria certa come da indicazioni regionali.

Il 29 settembre l'Azienda ha trasmesso le schede, compilate secondo il disciplinare allegato alla DGR 1396/21, ai competenti Uffici regionali in cui sono state espresse le motivazioni a supporto dell'urgenza e



della indifferibilità.

Con DGR 2286/2022 del 20/12/2022 l'AUSL di Piacenza è stata autorizzata a contrarre un mutuo per il finanziamento di interventi urgenti, indifferibili ed imprevedibili realizzati nell'anno 2022.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Rappresentazione interventi non aventi copertura finanziaria in scheda 3	100%	100%
Completa documentazione asseverante condizioni di urgenza ed indifferibilità	100%	100%

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

##### Obiettivo RER

Nel corso della seconda metà 2021 si avvieranno le azioni necessarie per la realizzazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, in particolare gli obiettivi previsti dalle competenze funzionali della Missione Salute del PNRR.

Le Aziende dovranno collaborare con il livello regionale per fornire tutte le informazioni di carattere sanitario, tecnico ed amministrativo necessarie a definire il quadro esigenziale del Servizio sanitario regionale e a rispondere alle richieste provenienti dal livello nazionale.

Stante quanto in premessa le Aziende sanitarie dovranno fornire la documentazione contenente le informazioni necessarie per dare seguito in tempo utile alle richieste del livello nazionale.

##### Rendicontazione

L'Azienda si è impegnata per garantire un avvio tempestivo delle attività progettuali, dapprima attraverso l'adozione delle delibere di nomina dei RUP degli interventi al fine di non incorrere in ritardi attuativi e di concludere le attività nei tempi e nei modi previsti, successivamente rispettando tutte le "milestone" previste per gli interventi del PNRR Mission 6, e infine alimentando puntualmente il sistema di rendicontazione "regis".

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Rispetto delle condizionalità documentali e temporali previsti dal PNRR_ Missione Salute	Sì	Sì

#### 4.8.7. Fondo Dopo di Noi

##### Obiettivo RER

In attuazione a quanto previsto dall'Allegato D della DGR 637/2019 "Disciplinare per la liquidazione dei contributi relativi agli Interventi strutturali previsti dal Fondo per il Dopo di Noi" le Aziende sanitarie, nel corso del 2022, dovranno garantire il rispetto dei tempi per la liquidazione dei saldi dei contributi assegnati agli Enti attuatori degli interventi.

##### Rendicontazione

È in essere un unico progetto strutturale Dopo di noi gestito dalla cooperativa Eureka, che non ha ancora proceduto alla rendicontazione e pertanto nel 2022 non sono pervenute richieste di saldo contributi e non ci sono state liquidazioni.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
N. richieste di saldo liquidate entro 3 mesi dal loro ricevimento / n. richieste complete di liquidazione del saldo ricevute dai Soggetti attuatori	100% liquidazione del saldo del finanziamento entro 3 mesi dal ricevimento della richiesta completa di liquidazione inviata dai soggetto attuatori degli interventi strutturali	Nessuna richiesta di liquidazione



#### 4.8.8. Iniziative per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR

##### Obiettivo RER

Le Aziende sanitarie dovranno partecipare attivamente al progetto di comunicazione, sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori del Servizio Sanitario Regionale (SSR) per orientare i comportamenti individuali verso la riduzione degli sprechi.

Il progetto ha lo scopo di comunicare pubblicamente quali azioni sono state realizzate dalla Regione e dalle Aziende sanitarie per ridurre gli impatti ambientali e quali comportamenti può adottare ciascuno di noi per contribuire a ridurre gli sprechi e gli impatti negativi su clima, ambiente e salute. L'obiettivo è quello di quantificare i risultati raggiunti, stimare i benefici attesi dalle nuove attività introdotte e stimolare il coinvolgimento delle persone che frequentano le strutture sanitarie e vi lavorano, per ridurre lo spreco di risorse ed energia nelle Aziende sanitarie.

I benefici attesi, in materia di valore pubblico generato, sono riconducibili alla risposta ai cambiamenti climatici e possono essere espressi come mitigazione (riduzione delle emissioni di gas climalteranti) e adattamento (risposta efficace alle nuove condizioni ambientali imposte dai cambiamenti climatici irreversibili); inoltre, le azioni che consentono un risparmio nella spesa per energia, rifiuti e altri servizi ambientali liberano risorse per il Servizio sanitario, che possono essere utilizzate per fornire migliori prestazioni sanitarie ai cittadini.

##### Rendicontazione

La partecipazione al progetto "Iniziative per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR" è stata garantita, così come da indicazioni ricevute dai competenti uffici regionali, provvedendo alla stesura di iniziative per la razionalizzazione dei consumi, poi dettagliato nelle scadenze previste.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Partecipazione attiva al progetto "Iniziative per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR"	Sì	Sì

#### 4.8.9. Progetto regionale Telemedicina

##### Obiettivo RER

Nel 2022 si porterà a termine la fase sperimentale del Progetto regionale di Telemedicina finalizzato all'implementazione dei servizi di telemonitoraggio a domicilio dei pazienti cronici, residenti nelle zone disagiate della nostra Regione. Si tratta di aree montane, geograficamente meno accessibili, nelle quali soprattutto a causa delle difficoltà di collegamento, l'offerta dell'assistenza sanitaria può risultare non adeguata con il conseguente rischio di creare discriminazioni nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

La pandemia COVID-19 ha ritardato la completa implementazione di tali Servizi essendo gli operatori sanitari delle Case della Salute coinvolte nel Progetto, impegnati a fronteggiare l'emergenza sanitaria. L'evoluzione del Progetto iniziale, già integrato con l'Anagrafe Regionale Assistiti e con il Fascicolo Sanitario Elettronico, ha previsto l'integrazione e lo sviluppo dei servizi di Televisita per la verifica del percorso assistenziale programmato e dello stato di salute dei pazienti colpiti dal virus.

Nel corso del 2022, anche al fine di garantire l'adozione di modelli assistenziali omogenei, si provvederà ad utilizzare la nuova piattaforma quale infrastruttura tecnica unica a livello regionale per l'implementazione dei servizi di telemedicina e la rilevazione delle prestazioni da remoto, ciò anche attraverso forme di interoperabilità e integrazione dei sistemi già esistenti presso le Aziende Sanitarie.

##### Rendicontazione

Il Progetto regionale di Telemedicina per il telemonitoraggio dei pazienti cronici ha visto il coinvolgimento per il territorio dell'Ausl di Piacenza della Casa della Salute di Bettola, attualmente l'unica presente in area montana. Sono stati reclutati 19 pazienti e il progetto si è concluso a giugno 2022.

Durante l'anno 2022 è stata predisposta ed inviata alla Regione, e precisamente al Servizio ICT, Tecnologie



e Strutture Sanitarie, il documento del Workflow relativo al progetto di Telemedicina implementato presso la Casa della Salute di Bettola.		
Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
N. Case della Salute candidate dell'Azienda / n. Case della Salute dell'Azienda con Servizi di Telemonitoraggio attivati	100% tutte le Case della Salute dell'Azienda candidate	<b>100%</b>
Invio alla Regione del workflow del percorso organizzativo-assistenziale implementato a livello di ciascuna Casa della Salute aggiornato al 31/12/2021	Invio entro la scadenza	<b>sì</b>

#### 4.8.10. Tecnologie Biomediche

##### Obiettivo RER

Nel 2022 si continuerà a dare seguito agli interventi di potenziamento e riorganizzazione delle strutture sanitarie previsti dal Decreto Rilancio n. 34 del 19 Maggio 2020 con il potenziamento delle terapie intensive e semintensive, nonché di adeguamento delle strutture di pronto soccorso con una spesa prevista per tecnologie biomediche di oltre 31 Milioni di Euro; è previsto inoltre il completamento dei collaudi e la messa in servizio delle 17 ambulanze attrezzate per il rafforzamento della rete di emergenza territoriale, per una spesa di 2,3 Milioni di Euro.

Con la fine dello Stato di Emergenza, le tecnologie ricevute dalla Struttura Commissariale per far fronte alle emergenze pandemiche sono state assegnate in maniera definitiva alle Aziende Sanitarie secondo la distribuzione in essere, ad integrazione delle suddette acquisizioni finanziate dal DL 34/2020: si tratta di 3.800 apparecchiature (tra cui 701 ventilatori polmonari, 811 pompe di infusione farmaci, 410 pompe per nutrizione enterale, 300 monitor di parametri vitali, 9 centrali di monitoraggio, 44 ecografi portatili, ecc) per un valore di oltre 14 Milioni di Euro.

Durante il 2022 si darà seguito inoltre alle azioni previste per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): al momento sono previste azioni per il rinnovo tecnologico delle grandi apparecchiature di diagnostica e per lo sviluppo della telemedicina, sia domiciliare che di prossimità presso le Case della Salute, i MMG e i PLS.

Durante il 2022 si prevede l'avvio degli interventi previsti dall'Accordo di Programma V fase I stralcio statali di cui all'art. 20 L.67/88: gli interventi dedicati alle tecnologie biomediche sono 11, per una quota del finanziamento di oltre 35 Milioni di Euro, per la maggior parte dedicati al rinnovo tecnologico (sostituzione di tecnologie obsolete), ma anche al potenziamento e alle tecnologie innovative.

A supporto del sistema informativo unico regionale per la Gestione informatizzata dell'Area Amministrativo preposto al mantenimento e sviluppo della anagrafica centralizzata delle tecnologie biomediche Contabile (GAAC), proseguirà la gestione della codifica unica regionale denominata CIVAB-RER, per la quale è attivo dal 2018 un gruppo di candidatori al quale partecipano tutte le Aziende del SSR, e un gruppo di validatori distribuiti in maniera uniforme tra AVEN, AVEC e AUSL Romagna.

Sul versante dei flussi informativi, continuerà il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate previsto dal DM del 22 aprile 2014, con la pubblicazione e il monitoraggio del livello qualitativo delle registrazioni delle Strutture Pubbliche e il controllo e sollecito delle registrazioni da parte delle Strutture Private. Si provvederà inoltre all'elaborazione dei report relativi all'Osservatorio Tecnologie del Servizio Sanitario Regionale, con la sperimentazione di nuove forme di reportistica per favorire la tempestività e fruibilità delle informazioni.

Il Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB), proseguirà nelle funzioni di valutazione delle acquisizioni di tecnologie ad elevato impatto tecnologico ed economico in ambito regionale, sia in sostituzione per obsolescenza funzionale che per potenziamento e innovazione tecnologica. E' necessaria una azione di controllo del rispetto delle istruttorie, in particolare per quanto riguarda le dismissioni





all'atto della messa in servizio delle nuove apparecchiature richieste per sostituzione.

#### Rendicontazione

Durante il corso del 2021 sono state individuate le grandi apparecchiature per cui si è reputato opportuno pianificare e programmare la dismissione nell'ambito delle azioni previste per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) oltre alla definizione delle tecnologie necessarie per l'attivazione di CDC, OSCO e COT. Nel corso del 2022 sono state bandite le gare d'appalto relative alle Grandi Apparecchiature PNRR dalle centrali di committenza incaricate e si è costantemente tenuto monitorato l'avanzamento delle stesse mediante il sistema di monitoraggio unico ReGis.

Anche nel 2022 è proseguita l'attiva collaborazione, in qualità di candidati, per le classi tecnologiche, fabbricanti e modelli per cui è necessario prevedere una nuova codifica CIVAB-RER funzionale al GAAC.

È proseguita l'attività di candidatura delle codifiche CIVAB-RER per tutte le nuove tecnologie (comprese le codifiche dei Fabbricanti) e l'allineamento dell'inventario aziendale del parco tecnologico biomedicale.

La trasmissione del flusso ministeriale NSIS-GrAp e flusso regionale OT avviene secondo le scadenze prestabilite e secondo le nuove modalità di reportistica proposte; si tiene costantemente monitorata la registrazione delle grandi apparecchiature sanitarie anche per i privati e privati accreditati.

Nel mese di ottobre è stata presentata al GRTB istruttoria per l'acquisizione, in potenziamento, di una PET/CT con esito favorevole.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
PNRR–Rinnovo tecnologico: monitoraggio sostituzioni	rispetto dei cronoprogrammi di installazione	Sì
<i>Sostenibilità economica</i> – Rispetto delle istruttorie tecnico-scientifiche del GRTB per tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo	100%	100%
<i>Flussi informativi (questionario LEA)</i> – Verifica della corretta registrazione NSIS delle apparecchiature da parte delle strutture private di afferenza	rispetto delle scadenze	Sì

#### 4.8.11. Sistema Informativo

##### Obiettivo RER

Il sistema di reportistica e indicatori (Predefinita, Dinamica, InsidER) sviluppato nel corso degli anni è lo strumento che permette di contribuire al miglioramento del livello di qualità e di completezza dei flussi informativi e, nel corso del 2022, continuerà ad evolvere per allargare ulteriormente il perimetro di monitoraggio ad altre aree di interesse, mediante la costruzione di reportistiche dinamiche ad hoc, ivi inclusi i moduli di dettaglio per permettere alle Aziende il download dei dati di propria competenza. Inoltre, dovranno essere mantenute le rilevazioni giornaliere legate al monitoraggio della pandemia Covid-19 e all'alimentazione della piattaforma di biosorveglianza Dafne.

Nel corso del 2022 si prevede di mantenere gli standard qualitativi finora raggiunti. Particolare attenzione si porrà sul flusso DBO, al fine di aumentare la completezza delle informazioni raccolte riguardanti i test genomici ormonoresponsivi per tumore alla mammella effettuati in Regione Emilia- Romagna per la rendicontazione ministeriale.

Costituisce obiettivo prioritario per le Aziende sanitarie il mantenimento e l'alimentazione tempestiva del patrimonio informativo regionale.

In particolare, l'attenzione viene posta sui flussi che vanno a costituire il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in quanto:

- questi flussi rappresentano un Adempimento LEA ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- il rispetto degli obblighi informativi costituisce prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Si ricorda altresì che, ai sensi dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, il mancato rispetto dei contenuti e tempistiche di conferimento dei flussi informativi ricompresi in NSIS costituisce motivo di grave



inadempienza per i direttori generali.

### Rendicontazione

Nel corso del 2022 si è posta particolare attenzione al rispetto della tempestività nell'invio dei flussi, eventuali lievi ritardi sono riconducibile a problematiche tecniche non risolvibili nel breve tempo a disposizione tra la scadenza del periodo e quella dell'invio.

Relativamente al flusso SDO si rileva quanto segue.

Con il 13° invio risulta essere consolidato in banca dati regionale il 100% delle SDO, senza scarti residui e con una buona performance di tempestività di invio dati.

Le procedure di PTCA risultano essere state erogate nel 100% dei casi presso la sala di emodinamica dello stabilimento di Piacenza, con corretto tracciamento in SDO del reparto e nella totalità delle schede il campo check list di sala operatoria per il codice procedura 00.66 è stato valorizzato con 9.

Per il 3,02% dei ricoveri programmati è stata registrata una data prenotazione uguale alla data di ammissione, percentuale che si è mantenuta inferiore all'obiettivo fissato del 5%.

La mancata compilazione del campo codice fiscale per i nati in struttura è stata riscontrata solo nello 0,22% delle SDO, valore ampiamente inferiore rispetto all'obiettivo <25%.

In riferimento all'indice di completezza flusso SIGLA/SDO, quest'ultimo ha mantenuto una buona performance con una copertura del 93,5% , mostrando un trend positivo rispetto all'anno 2021.

Link ASA – DBO – La completezza delle due rilevazioni è apri al 82,2% superiore rispetto alla media regionale (74,3%).

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
<i>Tempestività nell'invio dei dati</i>		
flussi SDO, ASA no DSA (target: >95%), FED (esclusa DPC), FED (solo DPC), PS, DiMe, AFO	Indicatori di valutazione sono flusso specifici e in quanto tali saranno specificati all'interno delle rispettive sezioni su Insider.	<b>SDO 87,91 - ASA 89,32 - FED 96,23 - FED focus DPC 98,98 - PS 99,34 - DIME 95,63 - AFO 96,79</b>
flussi AFT, ADI, DSA in ASA, FAR, SIRCO, SICO, AS, IVG	Indicatori di osservazione	<b>AFT 100 - ADI 93,05 - DSA 70,6 - FAR 99,67 - SIRCO 100 – SICO 100</b>
<i>Aggiornamento dei dati</i>		
SDO, PS, ASA no DSA, AFT, FED (esclusa DPC), FED (inclusa DPC), DiMe, AFO	Indicatori di osservazione Sono flussi specifici e in quanto tali saranno specificati in Insider	<b>SDO 48,55 - PS 0,49 - ASA 1,58 - AFT 1,02 - FED 0,96 - FED focus DPC 7,92 - DIME 1,77 - AFO 0,98</b>
<i>SDO</i>		
Compilazione del campo check list di sala operatoria con 0 o 1 a fronte di codice di procedura 00.66	0%	<b>0%</b>
Codice procedura 00.66: 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)	100%	<b>100%</b>
Ricoveri programmati con data di prenotazione=data ammissione	<= al 5% (segnalazione 0159 campo B018)	<b>3,02%</b>
Mancata compilazione del campo del CF per i nati in struttura	<25% osservazione	<b>0,22%</b>
<i>Flussi FED, AFO, DiMe</i>		
Trasmissione dei flussi entro le scadenze programmate	100%	<b>100%</b>



<i>Flusso FED</i>		
Trasmissione dei dati relativi alla DPC entro il 2° mese successivo alla competenza (con riferimento ai tempi programmati per le scadenze del flusso)	100%	<b>100%</b>
<i>Flussi AS e IVG</i>		
Trasmissione dei flussi entro le scadenze programmate	Indicatore di osservazione	Dato non disponibile sulla piattaforma regionale InSiDER al 26/04/2023
<i>Flusso SSCL</i>		
Linkage SDO e SSCL su procedure di Taglio Cesareo	75%	Dato non disponibile sulla piattaforma regionale InSiDER al 26/04/2023
<i>Flusso DBO</i>		
Completezza della corrispondenza delle informazioni raccolte nel flusso ASA e nel flusso DBO (link ASA – DBO, indicatore di valutazione)	95%	<b>100%</b> <b>Corrispondenza informazioni test genomici ASA e DBO</b> (indicatore insider)
<i>Flusso PS</i>		
Utilizzo delle vecchie diagnosi Covid per gli accessi in PS	< 1% Indicatore di osservazione	<b>14,73%</b>
% di utilizzo del problema principale “PROBLEMA NON NOTO” sul totale degli accessi dell’aggregazione “Disturbi generali e problemi minori”	In diminuzione rispetto al 2021 Indicatore di osservazione	<b>5,46%</b> <b>Valore 2021: 6,9%</b>
<i>Flusso ADI</i>		
% TAD aperta e chiusa entro il giorno successivo	Indicatore di osservazione	<b>7,89%</b>
<i>Flusso CEDAP</i>		
Completezza rispetto alla banca dati SDO (Adempimento LEA)	98,5%	<b>100%</b>



## 5. LE ATTIVITÀ PRESIDATE DALL'AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE

Gli ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2022 sono:

- il sistema della ricerca e innovazione nel Servizio Sanitario Regionale,
- la partecipazione ai progetti coordinati dall'Agenzia Sanitaria e Sociale con l'obiettivo di promuovere l'innovazione nei servizi sanitari e sociali,
- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento
- il supporto alla formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.

Gli obiettivi da raggiungere nel 2022 vengono indicati di seguito.

### 5.1. SISTEMA RICERCA E INNOVAZIONE REGIONALE

<p><b>Obiettivo RER</b></p> <p>In ottemperanza alla DGR 910/2019, le Aziende Sanitarie sono chiamate a collaborare alla costruzione del sistema regionale per la ricerca e l'innovazione, con particolare riguardo ai seguenti ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ supporto alle attività dei tre Comitati Etici di Area Vasta, con particolare attenzione alla corretta alimentazione della piattaforma SIRER da parte delle segreterie locali e degli uffici ricerca delle Aziende sanitarie ed al supporto ai ricercatori da parte delle figure di amministrazione di sistema e data manager individuati a livello aziendale,</li> <li>▪ supporto alle attività progettuali regionali relative al monitoraggio delle pubblicazioni scientifiche con l'obiettivo di valutare le attività di ricerca aziendali</li> </ul>		
<p><b>Rendicontazione</b></p> <p>Nel corso del 2022 la piattaforma SIRER è stata costantemente alimentata sia dal personale della segreteria locale che dagli uffici ricerca dell'Azienda USL di Piacenza. Costante è stato anche l'impegno da parte degli amministratori di sistema e data manager individuati a livello aziendale a supporto dei ricercatori locali. Al 31/12/2022 risultano inseriti nella piattaforma 108 studi che coinvolgono l'Azienda USL di Piacenza, pari alla quasi totalità degli studi valutati del CE AVEN nel corso del 2022 (N=107), l'unico studio per il quale non risulta inserito il verbale di approvazione ha ID 4292 che, in quanto studio osservazionale prospettico su COVID-19, è stato valutato dal CE Spallanzani e non dal CE AVEN. Lo staff dell'Ufficio Ricerca, della Farmacia e della Segreteria Locale del CE AVEN si sono interfacciate con Promotori, CRO, Principal Investigator e Data-manager per garantire il corretto funzionamento del portale in tutti i suoi processi e la risoluzione delle problematiche tecnico-organizzative generate dal quotidiano utilizzo della piattaforma. Nel corso del 2022 l'Azienda USL di Piacenza ha partecipato attivamente ai 5 incontri on-line (7 febbraio, 15 febbraio, 16 maggio, 23 giugno, 22 luglio) promossi dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (ASSR) rivolti ai referenti dell'Infrastruttura della Ricerca (IR). Gli incontri hanno sia permesso di condurre l'ultima fase dell'indagine volta a mappare le IR regionali dedicata ad individuare il livello di complessità delle attività svolte (comprensivo di tre round di votazione) che la condivisione di una proposta di percorso formativo sulla "ricerca della documentazione scientifica in sanità", che si è concretizzata con la partecipazione al percorso di 3 professionisti aziendali.</p>		
<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Valore raggiunto 2022</b>
le Aziende dovranno assicurare che le Segreterie dei CE e gli Uffici Ricerca procedano alla corretta alimentazione della piattaforma	Caricamento in piattaforma del parere del Comitato Etico in modo esaustivo (valori mancanti < 10%)	<b>99%</b> <b>107/108</b>
Le Aziende dovranno assicurare la partecipazione ad un Gruppo di Lavoro regionale che verrà istituito per la messa a punto di un sistema di monitoraggio della ricerca sulla base di indicatori bibliometrici	sì	<b>100%</b> <b>5/5</b>



## 5.2. INNOVAZIONE NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI

### *Contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza*

#### **Obiettivo RER**

La DGR 318/2013 ha definito le linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo; tali linee sono state riprese da progetti specifici nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019. Nel 2018, inoltre, è stato recepito a livello regionale il Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobicoresistenza (DGR 1021/2018) ed è stato costituito un Gruppo tecnico di lavoro per l'implementazione del PNCAR a livello regionale (Determinazione della Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare Num. 5590 del 20/04/2018). Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 individua le "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-resistenza" come uno dei 10 Programmi Predefiniti, programmi vincolanti per tutte le Regioni e che vengono monitorati attraverso indicatori (e relativi valori attesi) uguali per tutte le Regioni.

Gli elementi a cui dare priorità sono:

- sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER);
- estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie.

#### **Rendicontazione**

In relazione agli obiettivi regionali e alle priorità aziendali sopra indicati, nel corso dell'anno 2022 è stato sviluppato quanto di seguito descritto:

- **Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (sistema SICHER):** è stata effettuata in ottemperanza alle indicazioni regionali, mediante compilazione delle schede SICHER su applicativo aziendale Galileo ed è stato rispettato l'invio dei dati secondo le tempistiche di flusso regionale semestrale. Il valore raggiunto nel 1° semestre 2022 indica una copertura della sorveglianza del 85% sul totale degli interventi aziendali da sorvegliare a fronte di un obiettivo regionale e aziendale di copertura > 75% (la chiusura della sorveglianza del 2° semestre 2022 e consolidamento di tutti i dati annuali è prevista per maggio 2023, come da tempistiche di flusso Regionale).

Il dato di copertura del 1° semestre 2022 è leggermente superiore al dato di copertura dell'intero anno 2021, pari al 84,9%. In AUSL Piacenza si è evidenziata una progressiva rapida crescita della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, a partire dal dato complessivo dell'anno 2017 del 33,9 % (a fronte di un obiettivo del 56% - anno critico per il passaggio dal sistema di raccolta cartaceo al sistema informatizzato), al 75% raggiunto nell'anno 2018, al 78,2% dell'anno 2019 e al 78,1% dell'anno 2020 (a fronte di un obiettivo dal 2018 del 75%). Inoltre, nell'anno 2022 è stata realizzata un'ulteriore implementazione del sistema informatizzato per agevolare l'attività di sorveglianza da parte del personale sanitario coinvolto, sia medico che infermieristico, e sono state ripristinate le attività della rete dei referenti SICHER di Unità Operativa con specifica attività di formazione sul campo ed è stata aggiornata la relativa procedura di gestione aziendale.

- **Altri sistemi di sorveglianza attiva in AUSL Piacenza:** è stato mantenuto il sistema di sorveglianza delle batteriemie da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE), in particolare tramite tempestiva raccolta dei dati richiesti per la compilazione della specifica scheda SMI prevista in caso di batteriemia. L'invio dei dati in Regione è sempre stato puntuale, nel rispetto delle tempistiche richieste, e costante per quanto riguarda il report mensile sui CPE da tutti gli isolati, con la partecipazione di tutti gli stabilimenti ospedalieri dell'Azienda. È stato implementato lo screening per la ricerca di CPE al momento del ricovero, ampliando il numero dei reparti interessati; lo screening viene ripetuto ogni 7 o 14 giorni di ricovero nelle UU.OO. di Riabilitazione e Lungodegenza. Inoltre, nell'anno 2022 sono state ripristinate le attività della rete dei referenti ICA di Unità Operativa con specifica attività di formazione sul campo ed è stata aggiornata l'istruzione operativa, redatta in applicazione alle indicazioni Regionali.

- **L'implementazione dell'igiene delle mani** è stata promossa a tutti i livelli e richiamata in molteplici procedure e istruzioni operative aziendali, rappresentando uno degli elementi chiavi per la prevenzione della diffusione dei microrganismi infettivi diffusivi, e quindi anche del SARS-CoV2 e per la protezione di utenti, operatori e visitatori. Il tema della corretta igiene delle mani è uno degli argomenti principali del programma di formazione aziendale in tema di prevenzione delle ICA, con particolare riguardo al personale neo-assunto, per il quale sono stati programmati e realizzati 8 corsi dedicati nell'anno 2022. Per



il monitoraggio dell'adesione alla pratica dell'igiene delle mani, la Regione ha implementato il nuovo sistema di rilevazione MAppER (a gennaio 2021 l'applicativo MAppER in uso dal 2017 è stato ritirato da Regione, in quanto obsoleto, e a dicembre 2021 l'AUSL di Piacenza ha aderito formalmente al sistema MAppER, con il coinvolgimento del DPO aziendale per quanto riguarda l'accordo per il trattamento di dati personali). A marzo 2022 è stata svolta da Regione specifica formazione per AUSL Piacenza in merito all'utilizzo del nuovo applicativo e sono ripartite le osservazioni dirette del comportamento degli operatori sanitari in merito all'igiene delle mani mediante il nuovo sistema di rilevazione MAppER. Tramite l'UO Igiene Ospedaliera l'Azienda ha aderito alla sperimentazione regionale, con obiettivo di raccolta di almeno 100 osservazioni MAppER per ogni Azienda sanitaria da effettuarsi nel periodo settembre – dicembre 2022 in definiti setting assistenziali comprendenti almeno un reparto di medicina interna, di riabilitazione o lungodegenza (obiettivo raggiunto al 200%). E' stata mantenuta l'adesione alla sorveglianza CSIA (consumo delle soluzioni idro-alcoliche): nell'anno 2022 il consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani nelle UU.OO. di degenza ordinaria è stato di 30 litri per 1000 giornate di degenza. Il dato è da considerarsi soddisfacente e in linea con l'obiettivo regionale.

- **Estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie** attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica: così come richiesto dalla nota inviata con Prot. 07/03/2022.0235274.U in modo congiunto tra Servizio Assistenza Territoriale Emilia-Romagna e Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (ASSR), per la raccolta del dato di consumo di gel idroalcolico nelle residenze sociosanitarie e socioassistenziali, è stata implementata la rilevazione attraverso l'utilizzo di un form specifico via web. Nell'anno 2022 sono stati raccolti nelle CRA convenzionate i dati di consumo di prodotto idroalcolico per l'igiene delle mani degli anni 2019 – 2021, rilevazioni che erano state interrotte a causa della pandemia. Per quanto riguarda il consumo di gel idroalcolico relativo all'anno 2022, si è in attesa di indicazioni specifiche da parte di Regione.

Tutte le Strutture convenzionate hanno risposto alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici (100%).

In merito all'osservazione diretta dell'adesione degli operatori all'igiene delle mani tramite MAppER nelle CRA, la Regione ha formulato la seguente precisazione legale e amministrativa per l'utilizzo dell'applicativo MAppER nelle CRA: L'utilizzo dell'applicativo MAppER presuppone un accordo per il trattamento dei dati, da normativa vigente, tra chi fornisce i dati e chi li raccoglie ed elabora; l'implementazione attuale dell'applicativo, a livello regionale, prevede che questo accordo sia stato stipulato tra la regione Emilia-Romagna attraverso l'attività dell'Agenzia sanitaria e sociale e le singole Direzioni Generali delle Aziende.

- Ad oggi, le CRA non rientrano in questo accordo (essendo ente giuridico a sé stante) pertanto non è ancora possibile utilizzare l'applicativo web MAppER per effettuare le osservazioni all'interno di queste realtà e centralizzare il dato a livello regionale.

**La partecipazione al progetto HALT 4** è stata coordinata per l'AUSL Piacenza dall'U.O. Igiene Ospedaliera: l'Agenzia Europea per la prevenzione e controllo delle malattie – ECDC da anni promuove il progetto HALT (Healthcare Associated infections in Long-Term care facilities in Europe) che ha lo scopo di promuovere la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e il buon uso degli antibiotici, anche attraverso la sorveglianza delle infezioni mediante studi di prevalenza (PPS) ripetuti. L'AUSL di Piacenza e la Regione Emilia-Romagna, attraverso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (ER-ASSR), partecipano al progetto sin dalla sua prima edizione. La sostenibilità di questo protocollo ha permesso di ripetere tre studi regionali (nel 2010, 2013 e 2017) coinvolgendo un numero crescente di residenze (tutte le Strutture convenzionate di AUSL Piacenza nella terza edizione HALT 3). HALT 4 ha lo scopo di monitorare l'insorgenza di infezioni, nell'arco temporale di un anno, nella popolazione degli ospiti di strutture sociosanitarie accreditate (CRA) definendo i seguenti obiettivi primari:

- descrivere l'incidenza delle infezioni nelle strutture sociosanitarie nel periodo considerato e il loro impatto sugli *outcome* di salute;
- ipotizzare la costruzione di stima dell'incidenza e degli esiti di infezione a partire dai dati di sorveglianza acquisiti mediante studi di prevalenza ripetuti (PPS).

Contestualmente lo studio longitudinale può essere un'occasione per acquisire dati a livello regionale, pertanto si sono identificati alcuni obiettivi regionali:

- utilizzare questa esperienza per testare la fattibilità dell'implementazione di un sistema di sorveglianza continuativa nelle strutture sociosanitarie;
- favorire la consapevolezza del rischio infettivo all'interno delle CRA nel personale sanitario che vi



opera a vario titolo.

Il Progetto Europeo HALT 4 (Healthcare Associated infections in Long-Term care facilities in Europe), è iniziato con la fase di Studio prospettico longitudinale (H4LS) osservazionale per un periodo di 12 mesi sull'incidenza delle infezioni nelle residenze sociosanitarie. A partire da gennaio 2022, dopo reclutamento delle CRA e ricevuto il benestare del Comitato Etico di competenza e svolta la specifica formazione per il team locale di rilevazione dei dati, sono stati reclutati gli ospiti e raccolti i relativi consensi informati. Lo studio è iniziato il 30/01/2022 con termine 30 gennaio 2023.

La Regione stabilirà il timing per il completamento dello studio HALT 4, con la prevista fase di studio di prevalenza puntuale (PPS) delle infezioni e uso degli antibiotici, da proporre a tutte le CRA. Sono in corso verifiche e produzione documentale per fine indagine. È prevista la restituzione dei dati, sia dettagliati per CRA che riassuntivi, tramite report regionali che verranno diffusi alle parti interessate.

E' sempre stata garantita e mantenuta da parte dell'UO Igiene Ospedaliera la collaborazione e il sostegno alle CRA per qualsiasi aspetto legato al rischio infettivo.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell'anno)	75% di interventi sorvegliati	<b>85% I semestre 2022</b>
sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER	sì	<b>Sì</b>
Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario	30 litri per 1000 giornate di degenza	<b>30 litri per 1000 giornate di degenza</b>
% di strutture che hanno riposto alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici sul totale delle strutture socio-sanitarie accreditate invitate	50% di strutture invitate	<b>100 %</b>

*Equità in tutte le politiche e medicina di genere*

**Obiettivo RER**

Le disuguaglianze sociali sono uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche e il loro contrasto rappresenta una riserva di potenziale guadagno in salute a livello di popolazione. Le condizioni patologiche e i determinanti sociali, ambientali ed economici interagiscono tra loro con conseguenze diseguali tra le fasce sociali e le organizzazioni sociali e sanitarie si confrontano sempre più con forme di vulnerabilità multidimensionali e non riconducibili a classificazioni tradizionali (es. poveri, emarginati...).

Le strategie di equità, quindi, non possono più limitarsi a interventi per target specifici, ma devono continuare a prendere corpo come approccio strutturale ed intersezionale nel sistema regionale dei servizi sanitari e sociosanitari, prevedendo:

- L'approfondimento del legame tra vulnerabilità sociali e fragilità cliniche, analizzando i meccanismi organizzativi dei servizi sociali e sanitari alla base delle possibili iniquità/discriminazioni;
- La promozione di politiche intersettoriali e approcci intersezionali, mirati a favorire l'empowerment, il lavoro di rete e la partecipazione inclusiva delle comunità;
- Il sostegno a politiche di intervento coerenti a tutti i livelli del sistema;
- L'applicazione di un principio di universalismo proporzionale (offerta uguale per tutti, accompagnata da una redistribuzione di risorse in base a determinati bisogni rilevati).

Parallelamente, le strategie di equità si connettono anche al tema dell'umanizzazione dei servizi e a quanto definito dall'OMS come "centralità del paziente": questa si configura come una delle sei dimensioni fondamentali della qualità dell'assistenza, che oltre a essere efficace, efficiente, accessibile, equa e sicura, dovrebbe prendere in considerazione le preferenze e le aspirazioni dei singoli utenti e le culture delle loro comunità.

A livello regionale, la riduzione delle disuguaglianze è un asse centrale del tuttora vigente Piano Sociale e



Sanitario Regionale 2017-2019, del PSSR attualmente in fase di definizione e del nuovo Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2021-2025), che prevede un'azione trasversale di equità sul Piano nella sua interezza e sui singoli programmi che lo compongono.

Inoltre, resta attiva l'attenzione alla traduzione pratica della medicina di genere come azione pervasiva a tutti i livelli del sistema, nella prospettiva del recepimento del Piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere e della prosecuzione della diffusione dell'approccio e di sensibilizzazione degli operatori al riguardo.

Restano di conseguenza attive le leve della valutazione e delle azioni di diffusione culturale e sviluppo di competenze nel sistema regionale dei servizi sanitari e sociali, in accordo con l'impianto di governance per l'equità delineato e consolidato negli anni precedenti.

Infine, sulla scorta dell'esperienza maturata rispetto alla pandemia Covid-19 e all'impatto di questa sul sistema di servizi, si rende necessario continuare a riflettere su come le prassi organizzative e lavorative si stanno modificando e sulle conseguenti difficoltà/priorità emergenti in termini di equità dei servizi, al fine di individuare i meccanismi che consentono di superare tali difficoltà e definire come portarli a sistema.

### Rendicontazione

Nel corso del 2022 in coerenza con quanto definito nel Piano Aziendale Equità 2021-2024 (delibera del Direttore Generale n. 509/2021), il Board Aziendale Equità ha lavorato per promuovere le azioni prioritarie da perseguire nel corso dell'anno. Tali priorità di lavoro sono state definite nella scheda annuale n. 11 – Equità in tutte le politiche, metodologie e strumenti - scheda sanitaria condivisa con i 3 distretti per l'inserimento nei 3 Piani di Zona distrettuali.

In particolare durante l'anno si è puntata l'attenzione al raccordo tra le azioni del Piano Aziendale Equità con il Piano Prevenzione. Per tale motivo si è ritenuto necessario aggiornare la composizione del Board stesso (Delibera del Direttore Generale 441 del 19/09/2022) adeguandolo alle modifiche dell'organizzazione aziendale per meglio perseguire gli indirizzi regionali nonché gli obiettivi della programmazione aziendale stessa. In particolare, tra gli obiettivi ricordiamo:

- la garanzia dell'equità di accesso: l'obiettivo ha preso ancora più rilevanza in epoca pandemica, ancora forte è la tensione a sostenere un'offerta di servizi e prestazioni necessari alla gestione dell'emergenza Covid;
- il raccordo del Piano Aziendale Equità con il Piano di Prevenzione, che è stato previsto nel documento di governance aziendale del Piano Regionale della Prevenzione (delibera n. 76 del 16 febbraio 2022) e si declina, dal punto di vista operativo e in coerenza con le indicazioni di cui alla parte "Equità" del documento di governance Regionale del PRP 2021-2025, con l'individuazione del Programma Libero 11 (PL11) "Primi 1.000 giorni di vita" per l'applicazione degli strumenti HEA – Health Equity Audit. La valutazione di equità delle azioni del PL11 avverrà congiuntamente a quelle del PDTA "Percorso nascita". Tale percorso è stato inserito nel Laboratorio regionale per l'AV Emilia Nord - Valutare e programmare in termini di equità: l'Health Equity Audit applicato al Piano Regionale della Prevenzione – a cui l'azienda ha inviato 11 partecipanti (tutt'ora in corso).

Inoltre nel 2022 l'Azienda Usl di Piacenza grazie alla fattiva collaborazione con le due aziende sanitarie di Parma sviluppata nel corso del Laboratorio locale Tramando 2021 – Ripensare l'equità in pratica, ha partecipato alla revisione del PDTA Interaziendale per il Trattamento della Neoplasia Ovarica, effettuata secondo lo strumento di valutazione Equità.

Anche nel corso del 2022 è stato garantito il coinvolgimento dell'organo esecutivo del Comitato Consultivo Misto dell'Ausl di Piacenza, al fine di ricomprendere nelle strategie di sviluppo dell'approccio di equità anche le sensibilità e gli spunti di chi è maggiormente in contatto con gli aspetti di qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino.

Infine l'Ausl di Piacenza nel corso del 2022 ha assicurato attraverso il proprio referente aziendale equità la partecipazione agli incontri promossi dal Coordinamento Regionale Equità, compreso gli incontri del gruppo di lavoro sul diversity management, dandone riscontro al proprio Board aziendale, nonché al referente aziendale della medicina di genere e al referente del CUG aziendale.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Disporre di almeno un referente aziendale per l'equità e assicurarne la partecipazione agli incontri	Sì	Sì





del coordinamento regionale dei referenti per l'equità		
Portare a conclusione il percorso in collaborazione con l'ASSR per la definizione dei dispositivi organizzativi per il supporto all'equità, tramite la determinazione di un nuovo piano e board aziendale comprensivo di una scheda di attività annuale relativa al 2022	Sì	Sì
Definire e avviare almeno una procedura di equity assessment, con particolare riferimento agli obiettivi relativi al Piano Regionale della Prevenzione, alle indicazioni di cui alla parte "Equità" del documento di governance del PRP 2021-2025 e alla Legge Regionale n. 19/2018	Sì	Sì
Assicurare la partecipazione del referente aziendale per l'equità (e di eventuali altri professionisti/e individuati/e dalla Direzione Generale in collaborazione con l'ASSR) agli incontri del gruppo di lavoro regionale sul diversity management	Sì	Sì
Attivare almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori/trici e dei professionisti/e, compresi i medici convenzionati	Almeno 1 iniziativa	1

*Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (scheda 26)*

<p><b>Obiettivo RER</b></p> <p>La "Salute in tutte le politiche" costituisce il quadro di riferimento dell'attuale Piano regionale della prevenzione, in linea con i precedenti Piani regionali dal 2005 ad oggi. Questa cornice concettuale, che riconosce la salute come un complesso sistema dipendente da fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali, è stata ulteriormente valorizzata dalla Legge Regionale n. 19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria".</p> <p>Salute in tutte le politiche è una strategia di presa di decisione in cui decisori di settori diversi e la comunità, nelle sue diverse forme ed espressioni, dialogano, riflettono e ponderano - in modo congiunto - questioni di salute, sostenibilità ed equità prima di adottare una politica o un intervento. Il processo decisionale e di azione, diventa così di co-decisione e di co-azione ed è centrato sul miglioramento dei determinanti sociali di salute di una comunità e dei suoi ambienti di vita, come ad esempio la scuola, il luogo di lavoro e le aree verdi... in una prospettiva di One Health.</p> <p>Nel percorso Community Lab "Un Futuro Piano per la Promozione della Salute", realizzato nel 2019, partendo da questa premessa, si è svolto un processo di ricerca-formazione-azione che ha visto coinvolte tutte le Aziende Sanitarie della Regione e che ha portato ad evidenziare 4 assi lungo i quali si sviluppano le traiettorie delle attività di promozione della salute: facilitazione, sconfinamento, sostenibilità e accountability (Linee Guida "Un Futuro Piano per la Promozione della Salute" 2021). In continuità con il lavoro precedente, nel 2022 si propone di proseguire il percorso Community Lab come metodo di sostegno e accompagnamento a prassi innovative di promozione del benessere che partano dalle quattro direttrici precedentemente descritte e le sviluppino con un particolare riferimento all'attuazione di processi in cui gli oggetti di intervento necessitano un'azione multidisciplinare, multilivello, intersettoriale e partecipativa (di comunità).</p> <p>Questa edizione del Community Lab si inserisce nella fase attuativa del Piano della Prevenzione e focalizza l'azione in un'area d'intervento specifica: la generazione del benessere in età evolutiva, comprendendo i programmi predefiniti e i programmi liberi del PRP che intercettano la fascia di età 0-18 anni.</p>
<p><b>Rendicontazione</b></p> <p>È proseguita la partecipazione dell'Azienda USL al percorso Community Lab regionale che, nel 2022, ha previsto un particolare focus sul coinvolgimento dei giovani e sulla generazione del benessere in età</p>



evolutiva; la formazione si è tenuta a Bologna e si è sviluppata tramite incontri e laboratori che hanno visto la partecipazione di professionisti dell'Azienda USL, direttore di Distretto e, in specifici incontri, degli studenti attivamente coinvolti nel Community Lab Ponente. Nel corso del 2022, infatti, è stato attivato il percorso di progettazione partecipata Community Lab Ponente, presso la Casa della Comunità di Borgonovo, per cui è stato previsto il coinvolgimento della scuola (Polo Volta di Castel San Giovanni-Borgonovo) e l'inclusione del progetto all'interno del PCTO. Fin da subito il progetto ha voluto supportare il ruolo dei giovani e responsabilizzarli all'interno della comunità e dar loro la possibilità di contribuire come cittadini attivi nella co-progettazione delle attività e nello sviluppo di iniziative di promozione della salute. In particolare, attraverso specifici gruppi di lavoro, sono state avanzate proposte progettuali in merito all'informazione e all'accoglienza; al sostegno dei care-giver e delle fragilità; alla valorizzazione degli spazi interni ed esterni alla Casa della Comunità (Parco della salute). Il Direttore di Distretto ha partecipato direttamente a tutte le fasi del progetto, coinvolgendo, in aggiunta al mondo scolastico, quello degli Enti del Terzo Settore e partecipando ai diversi incontri sia della cabina di regia sia regionali. L'esperienza piacentina è stata presentata in occasione del seminario regionale di Community Lab, svoltosi a Bologna il 17 gennaio 2023, e ha visto anche la realizzazione di un video in cui alcuni giovani coinvolti hanno esplicitato principi e punti di forza del progetto, ruolo e motivazione che li hanno spinti a partecipare con condivisione delle loro aspettative sulla Casa della Comunità.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto per azienda al percorso Community Lab "Promozione del benessere in età evolutiva", in attuazione del PRP	Sì	Sì

### 5.3. LA FORMAZIONE CONTINUA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

#### Obiettivo RER

La formazione, sempre di più, diventa leva strategica nel cambiamento organizzativo e nella modifica dei comportamenti professionali. Le attività formative blended, che prevedono l'alternanza di diverse tipologie di formazione (FAD sincrona/FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale), sono quelle più in grado di promuovere il cambiamento dei comportamenti e di sostenere modifiche organizzative. Diventa così fondamentale anche la verifica di efficacia e l'impatto organizzativo delle azioni formative. Pertanto, deve essere assicurato:

- il sostegno ad attività formative blended in cui sono previste alternanza di diverse tipologie (FAD sincrona/FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale) con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo

#### Rendicontazione

Nell'anno 2022 sono stati individuati alcuni percorsi blended di particolare valenza strategica per l'Azienda e le UO coinvolte per cui è stata attivata la valutazione di efficacia a tre/sei mesi dal termine dell'evento formativo. L'obiettivo è stato quello di verificare, attraverso la somministrazione ai partecipanti alle diverse edizioni dei corsi di un questionario, la percezione in merito all'effettiva ricaduta professionale della formazione e il trasferimento nel contesto lavorativo delle competenze apprese. In relazione al percorso formativo realizzato a supporto della redazione del Piano Pandemico aziendale, la verifica di efficacia è stata condotta attraverso Audit realizzati in collaborazione con l'UO Innovazione e ricerca, processi clinici e strutture accreditate.

Complessivamente è stato verificato il trasferimento degli apprendimenti al contesto lavorativo e l'impatto organizzativo di 6 eventi blended (5 Residenziale+Formazione Sul Campo e 1 Residenziale+FAD) per un totale di 10 edizioni a cui hanno partecipato 230 professionisti.

Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Formazione erogata blended (alcuni esempi: sincrona/asincrona + formazione sul campo; residenziale + asincrona; sincrona+ formazione sul	almeno 3 eventi con valutazione di trasferibilità e/o	<b>10 edizioni di eventi blendend</b>



campo)	impatto organizzativo.	
--------	------------------------	--

#### **5.4. SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO**

##### **Obiettivo RER**

Le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna hanno affrontato, negli anni 2018-2019, le attività di verifica rispetto al nuovo modello di Accredimento Istituzionale delineato dalla DGR 1943/2017 i cui requisiti trovano applicazione prioritariamente a livello direzionale e che devono anche trovare riscontro e ricaduta nella realtà delle singole articolazioni aziendali.

Gli anni successivi sono stati caratterizzati da un diffuso rallentamento delle attività di verifica e sorveglianza, in relazione all'emergenza pandemica, nell'ottica di ridurre le occasioni di contagio e di andare incontro alle esigenze del personale sanitario già impegnato nella gestione dell'emergenza stessa.

Obiettivi per il 2022 sono:

- Effettuare attività di audit interno e/o autovalutazione a livello direzionale e delle articolazioni organizzative per valutare la sussistenza dei requisiti generali e la loro ricaduta. Utilizzare le risultanze di questa attività di sorveglianza interna come spunto per attivare azioni di miglioramento di respiro aziendale.
- Sostenere l'attività istituzionale di verifica di Accredimento svolta dall'Organismo Tecnicamente Accreditante della RER, garantendo l'adesione dei Valutatori regionali afferenti alle Aziende, a seguito di convocazione formale, e la loro partecipazione alle iniziative di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze specifiche.

##### **Rendicontazione**

Nell'anno 2022 è proseguita l'analisi di strategie organizzative coerentemente con gli aspetti già emersi dalla verifica regionale di accreditamento dell'anno 2019, in particolare relativamente all'ambito del rischio e dell'integrazione sistematica tra i diversi setting, e ai sistemi interni di gestione della qualità, affinché possa essere mantenuta la cultura di adesione al modello regionale.

Nel corso della negoziazione di Budget 2022 sono stati definiti obiettivi in linea con entrambi gli aspetti riportati, e a seguito delle verifiche da remoto effettuate nel 2021, è stata potenziata la linea dedicata al tema dei Sistemi di Garanzia. Al fine di garantire un sistema qualità efficace, è infatti necessario che vengano rispettati i requisiti minimi del ciclo di miglioramento continuo. Al proposito:

- sono state negoziate, con peso per le unità operative e i dipartimenti, la definizione e l'aggiornamento della documentazione strategica, dalla fotografia della specifica realtà organizzativa, alla pianificazione e verifica di breve periodo delle attività (catalogo dei prodotti, manuale qualità, piano annuale delle attività, relazione annuale);
- sono stati programmati corsi mirati sui temi decalogo qualità, progettazione, certificazione vs accreditamento, ruolo del RAQ e gestione documentale.

A causa degli strascichi ancora rilevanti della pandemia, anche per l'anno 2022 l'unità operativa Qualità ha preferito l'analisi documentale da remoto, tramite directory aziendale condivisa. Sono state analizzate tutte le evidenze documentali delle unità operative di produzione e di supporto con un duplice obiettivo: rilevare non solo l'esistenza del documento stesso, ma soprattutto il suo livello di adeguatezza.

Relativamente ai valutatori Regionali AUSL Piacenza, nel corso dell'anno 2022, sono stati convocati, e conseguentemente ingaggiati in verifiche presso strutture regionali un totale di 6 valutatori. Tutti i valutatori regionali aziendali hanno aderito alla convocazione regionale: in un solo caso, un valutatore convocato per quattro verifiche, ha dovuto rinunciare ad una.

Le strutture oggetto di verifica sono state in totale 8: Centro Screening Bologna, Centro Screening Modena, Visita SIT Reggio Emilia, Centro PMA "Nuova Ricerca" Rimini, Poliambulatorio Nuovo Centro Salute Castelnovese Castelnovo di Sotto (RE), Visita SIT AMBO (BO), Centro Medico Specialistico Bolognese sedi di Molinella e Granarolo nell'Emilia (BO), Centro PMA del Presidio Ospedaliero di Fidenza (PR).

Un dirigente medico afferente all'UO Epidemiologia aziendale, pur non essendo nell'elenco dei valutatori regionali, è stato convocato, e ingaggiato, per l'audit del Centro Screening dell'AUSL di Modena.



Indicatore	Target	Valore raggiunto 2022
Produzione e invio di una relazione sintetica delle attività di audit/autovalutazione	Sì	<b>Sì</b> verifica da remoto presenza documentazione strategica
Individuazione di una o più azioni di miglioramento di livello aziendale scaturite dall'attività di audit/autovalutazione	Sì	<b>Sì</b>
Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati	80%	<b>100%</b> <b>6/6</b>
Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori afferenti all'Azienda	50%	<b>50%</b> <b>6/12</b>
Numero valutatori partecipanti alle iniziative di formazione-aggiornamento/numero valutatori convocati	80%	<b>83%</b> <b>10/12</b>