



## *SECONDA PARTE: LE LINEE STRATEGICHE DEL TRIENNIO*





# 1 Gli ospedali in rete

## 1.1 Modello e prospettive della rete hub and spoke provinciale

L'Azienda intende completare nel triennio la riorganizzazione della rete ospedaliera secondo il modello "*Hub and Spoke*", ridefinendo al contempo la *mission dei singoli stabilimenti* che formano il *presidio unico*.

Obiettivo di fondo è quello di fare di ciascun ospedale della rete la porta di ingresso al sistema ospedaliero per il proprio bacino di utenza e nel contempo superare il limite costituito dal confine dell'ambito territoriale e quindi la dipendenza degli stabilimenti ospedalieri dalla sola popolazione di riferimento.

Con questa duplice finalità il modello prevede la concentrazione della casistica complessa in uno stabilimento hub della rete, per favorire la specializzazione delle attività. Ciascun ospedale della rete può essere contemporaneamente hub per una specialità e spoke per le altre, o all'interno della stessa specialità, hub per una parte della casistica e spoke per le restanti. Lo spoke tratterà la casistica a media e bassa complessità aumentando, nel contempo, i volumi. All'interno di questo modello particolare attenzione sarà posta alla valorizzazione dei presidi di periferici.

Questa visione non si può limitare solamente all'ospedale quale elemento strutturato e organizzato, ma deve essere completamente assorbita in nuove mentalità, ruoli ed attività dei professionisti, la cui azione deve realizzarsi attraverso la costituzione di équipe dinamiche e integrabili. Ciò è possibile attraverso il cosiddetto modello del "pendolo", nel quale i professionisti si muovono all'interno della rete, andando a specializzare équipe e attività degli ospedali.

La riorganizzazione della rete deve prevedere anche lo sfruttamento di tutta la capacità produttiva aziendale: ridistribuendo le attività tra i presidi, evitando fin dove possibile ridondanze o aree mal presidiate, specializzando gli operatori, migliorando la qualità delle competenze e quindi delle prestazioni, con l'obiettivo di aumentare l'efficienza del sistema, acquisire autorevolezza e credibilità e quindi la fiducia diffusa della cittadinanza.

Ogni dipartimento dovrà "rileggersi" all'interno di questa visione, individuando valorizzando e sviluppando ambiti professionali specifici, orientando organizzazione, capacità di erogazione e casistica.

Gli ospedali dovranno trasformarsi da semplici contenitori di attività in organizzazioni di servizio assistenziale, attraverso i principi dell'integrazione disciplinare, dell'omogeneità di area, intensità di cura e durata della degenza.

In tale modello diventa fondamentale la definizione dei percorsi, che dovranno essere ridisegnati individuando punti e modalità di accesso e di "scambio", sia all'interno dello stesso dipartimento, sia tra dipartimenti diversi, stabilendo relazioni per aspetti clinici, gestionali ed operativi.

I percorsi in urgenza dovranno essere ispirati a principi organizzativi di:

- precoce presa in carico;



- garanzie uniformi in tutto il territorio provinciale;
- accentramento a Piacenza in ragione della dotazione tecnologica e professionale presente nel capoluogo;
- ripresa in carico precoce in periferia.

I percorsi elettivi dovranno essere ispirati ai principi organizzativi di:

- presidio su tutto il territorio del primo livello specialistico;
- selezione del bisogno di secondo e terzo livello specialistico;
- passaggio e ripresa in carico;
- sviluppo del senso di appartenenza al team professionale specialistico.

## 1.2 Le prospettive degli stabilimenti della rete provinciale

In relazione alla riorganizzazione della rete ospedaliera, l'Azienda ha individuato per ogni stabilimento la vocazione di fondo, e sta procedendo alla definizione degli aspetti più di dettaglio, anche in concomitanza con il procedere degli investimenti infrastrutturali. Le diverse tappe del complessivo percorso di riorganizzazione saranno ogni anno indicate nel Piano delle Azioni.

### 1.2.1 L'ospedale di Piacenza

L'ospedale del capoluogo è oggetto da alcuni anni di una profonda riqualificazione strutturale e organizzativa che lo porterà, al termine del percorso, ad essere organizzato in macroaree, con un chiaro sistema di accessi e percorsi interni.

La vocazione individuata per il presidio di Piacenza può essere così sintetizzata:

- è l'hub aziendale per l'emergenza - urgenza, l'oncologia e le discipline correlate e, nell'ambito dell'urgenza, dispone di aree mediche e chirurgiche dedicate;
- è hub aziendale per la patologia neonatale e per la patologia della gravidanza;
- affronta interventi chirurgici ad alta complessità che necessitano di tecnologie adeguate e approccio multidisciplinare, anche con professionisti provenienti dai presidi di prossimità;
- cede patologie agli ospedali di prossimità, non necessariamente a bassa complessità;
- le unità operative presenti solo nel capoluogo fungono da hub aziendali. Rispetto agli ospedali di prossimità o erogano direttamente le prestazioni in periferia o fungono da guida nello sviluppo dei professionisti delle periferie appartenenti ad altre strutture, ma competenti nella stessa disciplina.

### 1.2.2 L'ospedale di Castel San Giovanni

L'ospedale di Castel San Giovanni è configurato come ospedale di primo riferimento per le necessità di assistenza ospedaliera di base per i residenti del



Distretto di Ponente, e fa perno sulle UU.OO. di Medicina Generale, di Chirurgia Generale e di Ortopedia, e in particolare:

- la medicina presidia gli ambiti specialistici di base (in particolare in relazione alle malattie endocrinometaboliche e reumatologiche) e ha al suo interno medici competenti nelle discipline internistiche a maggiore impatto epidemiologico (in particolare neurologia e oncologia);
- la chirurgia è un presidio di base che diventa anche riferimento hub per patologie programmate - elettive di bassa complessità e non (proctologia, chirurgia della parete) e un servizio logistico e assistenziale per attività svolte dalle equipe itineranti in ambito specialistico (urologia, ginecologia);
- l'ortopedia presidia le funzioni di base, anche di traumatologia semplice e differibile, integrandosi con l'hub traumatologico provinciale nei casi di traumatologia complessa, non differibile e nei politraumi. Funge da hub aziendale per la chirurgia dei legamenti e del ginocchio ed è hub aziendale bipolare per la chirurgia protesica e la riabilitazione ortopedica.

Dispone di un'unità operativa di terapia intensiva polispecialistica. È hub aziendale per la riabilitazione pneumologica e cardiologica, nonché hub bipolare per la riabilitazione neurologica.

### 1.2.3 L'ospedale unico della Val d'Arda

L'ospedale unico della Val d'Arda, che riunisce gli stabilimenti di Fiorenzuola e Villanova, è configurato come ospedale di primo riferimento per le necessità di assistenza ospedaliera di base per i residenti del Distretto di Levante, e fa perno sulle UU.OO. di Medicina Generale, di Chirurgia Generale, di Ostetricia e Ginecologia e di Ortopedia, e in particolare:

- la medicina presidia gli ambiti specialistici di base (in particolare in relazione alle malattie endocrinometaboliche e reumatologiche) e ha al suo interno medici competenti nelle discipline internistiche a maggiore impatto epidemiologico (in particolare neurologia, pneumologia e oncologia);
- la chirurgia è un presidio di base che diventa anche riferimento hub per patologie programmate - elettive di bassa complessità (chirurgia plastica e flebologica) e non è un servizio logistico e assistenziale per attività svolte dalle equipe itineranti in ambito specialistico (urologia);
- l'ostetricia e ginecologia presidia le funzioni di base, e le si riconosce ruolo privilegiato nel percorso del parto naturale e della partoanalgesia; è impegnata nello sviluppo delle attività di studio e trattamento della patologia della riproduzione;
- l'ortopedia presidia le funzioni di base, anche di traumatologia semplice e differibile, integrandosi con l'hub traumatologico provinciale nei casi di traumatologia complessa, non differibile e nei politraumi. Funge da hub aziendale per la patologia del dorso avvalendosi anche dell'apporto neurochirurgico ed è hub aziendale bipolare per la chirurgia protesica e la riabilitazione ortopedica.

È Hub aziendale per la chirurgia della tiroide, la chirurgia della mano, la cardiologia pediatrica. È hub aziendale e bipolare regionale per l'unità spinale,



presso la sede di Villanova d'Arda, nonché hub bipolare provinciale per la riabilitazione neurologica.

#### 1.2.4 L'ospedale di Bobbio

L'ospedale di Bobbio mantiene la sua vocazione di presidio della montagna, avamposto della rete degli ospedali, la cui finalità è quella di garanzia dell'urgenza in forte integrazione con il 118, di presidio per le funzioni di medicina generale, di lungodegenza geriatrica e riabilitativa, capace di far fronte anche ad ambiti specialistici di base in autonomia, quali ad esempio la cardiologia, o in collaborazione con altre unità operative della rete, come l'oncologia e la nefrologia e dialisi.

Riscontra e governa le necessità specialistiche territoriali, erogate anche attraverso le modalità del day hospital e day service.

Centro di riferimento aziendale per la diagnosi e il trattamento delle osteopatie metaboliche (per un approfondimento vedi oltre, pag. 50).

Completa l'integrazione territoriale tramite privilegiati rapporti con i medici di medicina generale, soprattutto attraverso una particolare esperienza di garanzia della continuità assistenziale, sia all'interno dell'ospedale, sia presso il domicilio con l'assistenza infermieristica.

## 2 La rete territoriale sanitaria e sociosanitaria

Il PSSR individua come essenziale l'obiettivo della continuità assistenziale, al fine di garantire in particolare alle persone affette da patologie croniche un percorso assistenziale integrato ed individualizzato, il che richiede sviluppo, qualificazione e specializzazione della rete dei servizi.

Fondamentale diventa ancora una volta richiamare e perseguire l'integrazione fra la rete ospedaliera e territoriale con attenzione particolare quindi ai percorsi di ingresso e di uscita dall'ospedale, garantendo in tal modo sia la continuità della cura, sia la completa presa in carico del paziente.

Ciò significa a livello territoriale rivedere, insieme agli Enti Locali, il sistema di accesso al sistema sociosanitario territoriale, consolidare le unità di valutazione multidimensionali, individuare un case manager di riferimento, avviare una presa in carico, definire meglio il coordinamento degli interventi a domicilio tra infermiere, medico curante ed assistente sociale/educatore ed infine dotarsi di soluzioni intermedie quali l'utilizzo di posti di ricoveri di sollievo o temporanei.

La scelta della domiciliarità, individuata a livello regionale e locale quale scelta privilegiata rispetto alla popolazione non autosufficiente, richiede uno sforzo congiunto ed integrato tra sanitario e sociale: in particolare vanno attuati tutti gli interventi tesi a sostenere il nucleo familiare, in termini di sostegno tecnico-professionale, psicologico e umano.

Anche la rete delle cure palliative è parte integrante della rete sociosanitaria, intervenendo sia con azioni farmacologiche e cliniche di riduzione del dolore sia tramite l'accompagnamento medico e psicologico di supporto alla fase finale di vita. In particolare verrà potenziata l'attività di terapia del dolore e cure



palliative sia a livello territoriale con il coinvolgimento dei MMG e dei terapisti del dolore ospedalieri, che prevedendo la possibilità di ricovero per assistenza palliativa presso la lungodegenza di prossima apertura presso l'ospedale di Fiorenzuola.

## 2.1 Le cure primarie

La recente ridefinizione dei Distretti ha reso necessario il completamento della riorganizzazione dei servizi territoriali, con particolare riferimento alla struttura di offerta del Dipartimento delle Cure Primarie.

L'area delle cure primarie è anche l'ambito in cui le scelte – quelle della committenza così come quelle della produzione di servizi - devono orientarsi verso:

- la presa in carico del cittadino;
- i percorsi assistenziali;
- la responsabilità del caso;
- la continuità dell'assistenza.

Il dipartimento Cure Primarie è, come tutti i dipartimenti aziendali, trasmurale. Tale scelta garantisce identità distinte e ben definite alle funzioni di committenza/governo e produzione/gestione, cercando allo stesso tempo di individuare modalità di misurazione e rendicontazione delle attività territoriali in grado di garantire un maggior controllo di appropriatezza e di rispondenza alle linee di indirizzo regionali e locali.

La Medicina generale e la Pediatria di libera scelta sono in questo contesto gli ambiti in cui si realizza l'orientamento della domanda degli assistiti verso le prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

L'Azienda intende operare affinché l'associazionismo nella medicina generale, in particolare nella sua forma più strutturata, la medicina di gruppo, diventi nel tempo una modalità organizzativa diffusa su tutto il territorio provinciale, garantendo comunque nelle zone a maggiore dispersione della popolazione (quelle montane) anche forme di accesso agli ambulatori dei singoli medici.

All'interno della rete territoriale sarà valorizzato il ruolo dei Nuclei di Cure Primarie, quali da un lato momenti di integrazione professionale tra i diversi operatori del territorio (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri, ostetriche, operatori dei servizi sociali comunali), dall'altro luogo privilegiato per lo sviluppo del governo clinico territoriale. In questo senso saranno elaborati "profili di Nucleo", strumenti a disposizione dei Medici di Medicina Generale per l'analisi dei comportamenti assistenziali e prescrittivi, dei consumi dei residenti, dell'equità di accesso alle prestazioni.

Proseguirà inoltre la realizzazione di "Case della Salute", identificando edifici presso cui, accanto alle attività della medicina di gruppo, poter concentrare l'offerta presente sul territorio di riferimento, se del caso ampliandola.

Presso le Medicine di Gruppo infatti proseguirà il decentramento della specialistica (visite diabetologiche, neurologiche, internistiche per



l'ipertensione, psichiatriche) e della diagnostica di base (ecografie, test della coagulazione), mentre la specialistica di primo livello sarà erogata nelle Case della Salute, superando così la logica del tradizionale poliambulatorio per identificare luoghi in cui l'integrazione professionale (tra ospedale e territorio, tra MMG e altri professionisti) sia agevolata dalla contiguità fisica e la concentrazione dell'offerta sia di più immediata lettura e quindi fruibilità per il cittadino. Attraverso una presa in carico tempestiva e integrata è infatti possibile perseguire sia l'appropriatezza delle prestazioni che la fidelizzazione dell'utenza alle strutture aziendali.

I percorsi integrati con i MMG già attivi, e che saranno ulteriormente consolidati nel triennio, sono:

- presa in carico congiunta dei pazienti con diabete;
- valutazione del rischio cardiovascolare;
- presa in carico dei pazienti neuropatici;
- progetto Leggeri (presa in carico integrata tra MMG e psichiatri del DSM).

Nel 2009 inizierà la tracciabilità dei processi di cura per le patologie croniche e il primo processo sarà quello del paziente con stroke.

In relazione infine all'assistenza domiciliare, per superare le criticità evidenziate nel precedente cap. 2 (prima parte, pag. 17), le linee di lavoro saranno le seguenti:

- progressiva sostituzione delle prestazioni acquisite esternamente con personale aziendale;
- revisione dell'accordo aziendale con i MMG con possibilità di budgetizzazione dell'ADP e dell'ADI, che potrà essere accompagnata da uno snellimento delle procedure di autorizzazione, sostituite da controlli di appropriatezza;
- utilizzo di nuovi strumenti informatizzati per la rilevazione delle condizioni cliniche del paziente e per la rilevazione delle attività.

### 2.1.1 Salute donna e infanzia

La continuità e l'appropriatezza degli interventi nell'assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio sono tra gli obiettivi prioritari del S.S.R. ed il complesso delle azioni realizzate, in applicazione delle leggi regionali in materia, del progetto obiettivo nazionale materno infantile, del programma regionale di riorganizzazione dei Consultori Familiari, del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, permettono di articolare su obiettivi specifici gli interventi di miglioramento da parte delle aziende sanitarie.

In particolare saranno perseguiti i seguenti obiettivi:

- attuazione del programma "Percorso Nascita", che si configura come un percorso di governo clinico rivolto alla procreazione responsabile, al controllo della gravidanza a basso rischio, alla precoce individuazione dei fattori di rischio per la gravidanza, all'accompagnamento alla nascita, alla prevenzione della depressione puerperale, alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno;



- sostegno alla procreazione responsabile e alla genitorialità attraverso interventi socio-sanitari integrati, in primis la connessione tra attività informative ed educative e di integrazione tra il settore consultoriale e il/la centro/i per le famiglie;
- promozione, sostegno e potenziamento degli interventi a tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, assicurando l'integrazione tra i diversi soggetti della rete interistituzionale, con particolare attenzione alla prevenzione e al contenimento del disagio in situazioni di multiproblematicità;
- potenziamento, differenziazione e qualificazione della risposta accogliente per minori con provvedimento di allontanamento dal nucleo d'origine disposto dalla magistratura minorile, sia in struttura che tramite gli istituti dell'affidamento familiare e dell'adozione;
- promozione e sostegno alle attività di promozione della salute e del benessere della popolazione, con riferimento specifico alle attività motorie e sportive per contrastare la sedentarietà e l'obesità nell'infanzia e nell'adolescenza;
- promozione di uno spettro ampio di iniziative per una corretta informazione ed educazione alla salute e alle cure appropriate nella quotidianità per una crescita armoniosa.

In relazione al tema della violenza sulle donne, l'Azienda partecipa al progetto interistituzionale "non è stato un incidente", che prevede azioni di informazione, formazione, facilitazione all'accesso e accompagnamento nella presa in carico.

### 2.1.2 L'assistenza Protesica

Nel quadro normativo in via di ridefinizione, all'interno dei nuovi LEA, l'assistenza protesica proseguirà la sua specializzazione come percorso e sarà adeguata secondo i seguenti criteri:

- fruibilità: informazione diffusa, facilità di accesso, procedure semplificate, ridotti costi per l'utente, tempi di attesa coerenti con la richiesta;
- efficacia: intesa come la capacità di trovare le migliori soluzioni per l'utente, utilizzando tutte le risorse disponibili, sia all'interno dell'ambiente in cui vive sia nella valorizzazione massima delle potenzialità e abilità residue;
- continuità: intesa come il seguire nel tempo l'evoluzione delle condizioni dell'utente, ricercando nuove soluzioni ai bisogni che cambiano e coerenti risposte alle diverse difficoltà che possono emergere.

La prossima pubblicazione dei nuovi LEA vedrà l'adeguamento dei protocolli aziendali alle innovazioni prodotte dalla normativa.

### 2.1.3 Lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali nel DCP

La gestione delle malattie croniche è caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, per questo motivo la sfida maggiore è rappresentata dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizi ed utenti e tra i professionisti e l'assistito. In questa



logica si inserisce lo sviluppo dei Nuclei di cure primarie, dove le modalità assistenziali non potranno che tendere ad uno sviluppo integrato delle professionalità attraverso la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali ed organizzative che, partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, dovranno saper - valorizzare il contributo dei diversi professionisti, - integrare competenze, conoscenze e abilità specifiche.

In tale prospettiva trova spazio lo sviluppo le professioni sanitarie assistenziali (infermieri, terapisti della riabilitazione, ostetriche) che, con incidenza diversa, operano nei diversi setting assistenziali. I modelli organizzativi e assistenziali, pertanto, dovranno essere delineati in modo da trarre vantaggio dalle diverse responsabilità professionali correlate ai bisogni assistenziali, dalle loro interazioni e dall'individuazione, durante il processo assistenziale, della figura professionale che più opportunamente assicura la sintesi (case manager).

Mentre per i processi clinici infatti, o per le fasi cliniche di percorsi assistenziali complessi, la figura d'elezione è quella medica, le esperienze realizzate in questi anni sottolineano le opportunità connesse all'allargamento delle competenze dei diversi professionisti assistenziali, soprattutto degli infermieri, che sono tra i professionisti numericamente più consistenti e più vicini, per la loro natura professionale, ai bisogni dei singoli e della popolazione.

## 2.2 Il sistema sociosanitario integrato

Il consolidamento del sistema sociosanitario integrato sarà realizzato attraverso azioni mirate:

- la costruzione di un sistema unificato di accesso ai servizi della rete, favorendo la connessione tra sportelli sociali e sportelli unici distrettuali e predisponendo percorsi unificati e integrati di accesso;
- il rafforzamento di forme di presa in carico integrata e processi di continuità assistenziale, che in particolare garantiscano forme di protezione nelle situazioni di difficile transizione, sia sul piano biografico (ad esempio nel passaggio dall'età infantile all'età adulta, o in caso di assenza o debolezza della rete di supporto familiare) che tra differenti risposte e livelli assistenziali (ad esempio le dimissioni protette);
- la garanzia di supporto alla funzione di cura delle famiglie, comprese quelle che non beneficiano direttamente di interventi pubblici, con particolare riferimento alle situazioni di gravissima disabilità acquisita;
- la razionalizzazione, integrazione e sviluppo dei sistemi informativi per supportare e qualificare la programmazione e la gestione delle attività e delle risorse nel territorio.

### 2.2.1 Assistenza ai disabili

Il triennio vedrà, di concerto con gli Enti Locali, la prosecuzione della ridefinizione delle reti distrettuali dei servizi per la disabilità adulta all'interno della rete provinciale, con particolare riferimento ai centri residenziali e semiresidenziali, per costruire risposte al tempo stesso più specializzate e più flessibili, nonché maggiormente adeguate a rispondere ai nuovi bisogni.



Obiettivo prioritario è la promozione della domiciliarità attraverso la diversificazione e il potenziamento degli interventi e servizi alternativi all'inserimento in struttura: iniziative per il tempo libero e la socializzazione, assistenza domiciliare, accoglienza di sollievo.

Il miglioramento del processo di presa in carico sarà realizzato attraverso il consolidamento dell'unità di valutazione multidimensionale integrata e la definizione di protocolli operativi Comuni – Ausl.

### 2.2.2 Assistenza agli anziani

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha prodotto più anziani, disabili e malati cronici ed ha provocato la modifica dei bisogni:

- fragilità familiare e necessità di sostegno alle competenze familiari, incapaci da sole a rispondere alle nuove domande sanitarie ed educative in contesti di debolezza psichica e/o relazionale;
- maggiore accesso all'assistenza domiciliare per anziani per l'emergere di isolamento e nuclei familiari unipersonali, in particolare in montagna;
- bisogni intermedi tra il sanitario ed il sociale, soprattutto legati al disagio psichico e relazionale degli anziani, anche per l'aumento dell'uso di alcool;
- aumento degli effetti negativi derivanti dall'adozione di stili di vita personali non protettivi.

Tutto ciò produce, in particolare, il costante aumento della domanda di assistenza da parte di anziani non autonomi e maggiore gravità sanitaria delle persone che richiedono servizi, la necessità di supporto e sostegno economico da parte delle famiglie che impiegano personale privato, forte domanda di flessibilità ai servizi istituzionali e non, crescente complessità delle situazioni che si presentano e quindi degli interventi prestati da operatori socioassistenziali e sanitari, necessità di coordinamento tra gli attori istituzionali e sociali e organicità degli interventi.

Si rende quindi necessario rivedere le politiche assistenziali, affinché che abbiano come obiettivo l'autogestione della salute residua e della malattia da parte del paziente stesso e della famiglia, nonché modelli di cura continua integrati con l'assistenza domiciliare.

L'assistenza agli anziani, sempre di concerto con gli Enti Locali, sarà orientata ad attuare le linee guida previste dalla CTSS nella programmazione del fondo regionale per la non autosufficienza: il riequilibrio dei posti protetti, lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, l'incremento dei posti semiresidenziali e dei posti di sollievo, la formazione degli operatori domiciliari dei Comuni all'espletamento di attività assistenziali di media complessità previste nel piano assistenziale individualizzato.

Le caratteristiche demografiche (elevato indice di vecchiaia), geografiche (dispersione della popolazione, isolamento), ed epidemiologiche (prevalenza di patologie quali broncopneumopatie croniche, osteoporosi, malattie cardiovascolari e neuro-muscolari, neoplasie) del territorio montano rappresentano uno storico motivo di disagio e di difficoltà; tuttavia questo



territorio, proprio a causa delle caratteristiche sopra ricordate, si presta ad essere il campo di elaborazione e di conduzione di specifiche iniziative di intervento sulla popolazione anziana, con finalità di prevenzione, volte ad intercettare precocemente gli eventi patologici che, qui più che altrove, portano con sé la compromissione dell'autonomia, l'innesco di problematiche socio-sanitarie di difficile gestione che spesso preludono al ricorso di strutture ad assistenza intermedia.

Saranno adottati strumenti di selezione della popolazione particolarmente esposta a rischio di patologie invalidanti e adottati tempestivamente provvedimenti clinici che possono ridurre il rischio di progressione della patologia o limitarne le conseguenze. Ne deriverà un miglioramento nell'appropriatezza dell'impiego di risorse diagnostiche e terapeutiche e, ciò che più conta, la verosimile prevenzione di un significativo numero di complicanze invalidanti.

In particolare un primo ambito di intervento riguarderà la prevenzione delle fratture da caduta, anche attraverso la diagnosi e il trattamento delle osteopatie metaboliche, molto diffuse tra la popolazione anziana.

Elementi chiave di questa iniziativa, che trova nella media-alta val Trebbia il suo contesto di avvio, sono:

- ruolo di coordinamento e di facilitazione svolto dall'Ospedale di Bobbio;
- condivisione delle finalità e dell'approccio organizzativo con i MMG che dovranno essere informati e motivati;
- disponibilità di risorse professionali specifiche a supporto delle fasi territoriali e specialistiche (infermiere, tecnico della riabilitazione);
- acquisizione delle specifiche tecnologie (MOC).

Ci si attende di poter estendere questa iniziativa, una volta sperimentata, a tutto il contesto montano aziendale.

### 2.2.3 L'innovazione per la non autosufficienza

L'uso delle tecnologie ICT (Information and Communication Technology) per supportare la rete di assistenza al paziente deve essere coerente e sincronico da parte:

- del paziente e dei familiari;
- del team socio-sanitario;
- della comunità sociale.

Queste componenti devono essere adeguatamente informate e coordinate per raggiungere lo scopo prefissato di migliorare la qualità di vita del paziente: attraverso una piattaforma informatica si può massimizzare la registrazione di elementi sensibili dei servizi socio-sanitari di assistenza a persone affette da limitazioni funzionali o da malattie croniche degenerative, presso il proprio domicilio o una struttura di accoglienza o ricovero e rendere quindi più facile:

- agli operatori socio-sanitari l'accesso a servizi ed informazioni condivise (ad esempio alla cartella clinica elettronica del paziente), favorendo la reciproca



comunicazione e la collaborazione; avvisi e notifiche per situazioni di emergenza via palmare o PC; possibilità di specificare lo stato disponibile/occupato per una visita domiciliare;

- ai pazienti il disporre a domicilio del monitoraggio automatico della situazione sanitaria e ambientale integrato con un sistema di rilevazione, di servizi personalizzati di supporto – (ad esempio meccanismi che ricordano l'assunzione di medicinali), di servizi di emergenza, per attivare operazioni di soccorso qualora il paziente lo richieda o in conseguenza del rilevamento automatico di situazioni di pericolo da parte del sistema.

In collaborazione con la Provincia di Piacenza e la Comunità Montana Valle del Tidone e' stata avviata l'analisi di un sistema in grado di rispondere agli obiettivi sopra indicati. Il progetto, che coinvolgerà oltre agli operatori sanitari e sociali, il sistema del volontariato e le reti di solidarietà (vicinato, reti parentali, etc.), si avvarrà di tecnologie avanzate in grado di rispondere sia alle esigenze dell'utente mediante interfaccia tecnologici di normale uso (telefono, televisione), sia a quelle degli operatori (cartella unica, disponibilità di informazioni certificate, rapidità di comunicazione con gli altri operatori della rete, costante contatto con l'utente, facilità di utilizzo).

## 2.3 La salute mentale

Le linee di sviluppo del dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche sono evidentemente condizionate dall'attuale contesto di riferimento, che in sintesi può essere così rappresentato:

- dal punto di vista sanitario-epidemiologico, la domanda di cura e assistenza per problemi di salute mentale e dipendenze patologiche nella popolazione generale è in continuo incremento e differenziazione;
- sotto il profilo politico-istituzionale, il Piano Sociale e Sanitario Regionale ridefinisce la mission del Dipartimento accentuando l'esigenza di percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari e di integrazione delle attività sanitarie e sociali;
- sotto il profilo organizzativo, a Piacenza, come nel resto della Regione, il Dipartimento è stato oggetto di un graduale processo di riorganizzazione ed ha ricompreso, accanto agli "storici" servizi di psichiatria, prima la neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, poi i Ser.T., e infine la Medicina Penitenziaria.

Il Dipartimento dovrà quindi da un lato completare la riorganizzazione delle proprie funzioni "storiche" alla luce del quadro sopra richiamato, e dall'altro sviluppare in modo strutturato e organizzato attività di collegamento e di sinergia professionale sia con il Dipartimento delle Cure Primarie che con i Servizi Sociali Comunali, per tutte le attività di "confine".

### 2.3.1 La riorganizzazione delle funzioni "storiche"

La riorganizzazione delle funzioni storiche, anche se in qualche caso acquisite in un tempo relativamente recente, coinvolge tutte le aree di attività del Dipartimento.



In relazione alla psichiatria adulti:

- saranno attivati specifici programmi di intervento pluridisciplinari (che coinvolgono sia diverse strutture organizzative del Dipartimento che i Servizi Sociali Comunali) sull'esordio psicotico in adolescenti e giovani adulti;
- sarà rafforzato il rapporto con i Medici di Medicina Generale, specialmente in relazione alle attività di consulenza e alla sperimentazione di moduli brevi di intervento nei disturbi minori all'interno delle Medicine di Gruppo;
- sarà riorganizzata la rete dei Centri Diurni e delle Residenze a trattamento protratto (RTP), con accorpamenti e specializzazioni per target patologico ed età.

La Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza svilupperà percorsi clinico-assistenziali specialistici per: disturbi autistici, disturbi neuromotori gravi, disturbi del comportamento alimentare, disturbi psichiatrici nell'infanzia e nella pre-adolescenza.

In relazione alle dipendenze patologiche, sarà ristrutturata e specializzata la rete delle comunità terapeutiche e sarà avviato il Programma Alcolologico Aziendale.

Quanto infine alla Medicina Penitenziaria, sarà gradualmente e completamente integrata nell'Azienda e nel Dipartimento, e presso la Casa Circondariale "Le Novate" di Piacenza sarà attivato un reparto di osservazione psichiatrica intensiva.

### 2.3.2 Lo sviluppo delle attività di "collegamento"

La necessità di sviluppare le attività di collegamento in modo strutturato e permanente è tale da far propendere per la scelta di istituire una Unità Operativa Complessa di estensione aziendale, denominata appunto "Psichiatria di collegamento", con i seguenti obiettivi:

- di riorganizzare la consulenza tecnica alla disabilità adulta a gestione comunale o delegata, e attivare processi clinico-assistenziali comuni;
- sperimentare in collaborazione con i Comuni e le Associazioni dei familiari un programma interistituzionale a carattere provinciale denominato "Autismo 0-30", per la cura e la abilitazione con continuità terapeutica fino ai 30 anni di vita delle persone affette da disturbi autistici;
- organizzare con i Servizi Sociali Comunali percorsi assistenziali comuni sul target adulti non autosufficienti, affetti da disturbo mentale clinicamente "freddo": assistenza domiciliare specializzata, appartamenti e comunità alloggio, inserimenti lavorativi.

Altre attività di collegamento riguarderanno:

- dal punto di vista interistituzionale: la collaborazione tra l'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza e i servizi sociali dei comuni - area minori - attraverso la definizione di protocolli operativi;



- dal punto di vista interno *aziendale*: l'integrazione con l'unità operativa "Psicologia di base" del Dipartimento Cure Primarie, anche in previsione di un'eventuale futuro inserimento nel Dipartimento.

## 2.4 La sanità pubblica

La sanità pubblica sarà impegnata nel triennio ad attuare le modifiche organizzative previste dall'atto aziendale prima e dalla recente delibera di istituzione dei programmi dipartimentali e interdipartimentali, in particolare in relazione alla *promozione della salute*, alla *sicurezza alimentare* e alla *sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro*. Le prime due linee strategiche sono illustrate e declinate in azioni nei paragrafi che seguono, la sicurezza sul lavoro, in quanto linea strategica a sé stante è trattata a parte nel successivo capitolo 6, pag. 61.

La sanità pubblica sarà inoltre impegnata nella realizzazione dei progetti previsti dal Piano della Prevenzione ed, in particolare, sulle attività relative alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali, e alla promozione dell'attività fisica.

Altro obiettivo del triennio è la costruzione del registro tumori, a partire dai registri di patologia già in essere relativi ai tre screening oncologici regionali, quale strumento fondamentale di analisi e valutazione epidemiologica.

### 2.4.1 La promozione della salute

La promozione della salute viene definita nella Carta di Ottawa - OMS - Ginevra 1986, come "il processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo della propria salute e di migliorarla (...); è un processo socio-politico globale (...) investe non soltanto le azioni finalizzate al rafforzamento delle capacità e delle competenze degli individui, ma anche l'azione volta a modificare le condizioni sociali, ambientali e economiche in modo tale da mitigare l'impatto che esse hanno sulla salute del singolo e della collettività (...) è il processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo dei fattori determinanti della salute e, di conseguenza, di migliorare la loro salute."

All'interno della promozione della salute è compresa anche l'educazione alla salute che implica la comunicazione di informazioni concernenti le condizioni socioeconomiche e ambientali che incidono sulla salute, di informazioni riguardanti i fattori individuali di rischio ed i comportamenti a rischio, oppure l'uso del sistema di assistenza sanitaria. L'educazione alla salute favorisce anche la motivazione, le capacità e la fiducia (auto-efficacia), ossia quelle condizioni necessarie per agire nell'ottica di migliorare la salute

La promozione della salute, proprio per sua definizione, prevede *azioni intersettoriali* che coinvolgano tutti gli attori che, per il loro ruolo, assumono decisioni e facciano scelte i cui esiti impattano sulla salute della popolazione.

L'Azienda USL, come da propria mission, svolge già da anni, attraverso propri professionisti appartenenti a diverse articolazioni organizzative, molte attività di promozione ed educazione alla salute.



Coerentemente con le indicazioni regionali, l'Atto Aziendale ha avviato il programma interdipartimentale affidato al Dipartimento di Sanità Pubblica che, oltre a garantire apporti tecnico-professionali specifici, assicuri un ruolo generale di governo di tutte le attività relative alla promozione della salute. Ciò al fine, oltre che di una migliore gestione delle risorse impiegate, anche di una maggiore coerenza dell'attività con gli specifici bisogni rilevati nel territorio e le linee e gli obiettivi aziendali.

Gli obiettivi e le attività del prossimo triennio possono essere riassunti in:

- individuazione e formazione di un gruppo di referenti per ogni dipartimento e coinvolgimento dei MMG;
- potenziamento delle attività di promozione di stili di vita sani: alimentazione, attività fisica, ecc.
- potenziamento delle attività di promozione sulla consapevolezza dei comportamenti a rischio: alcool, fumo, sostanze psicotrope, comportamenti sessuali;
- potenziamento delle attività di promozione della cultura della sicurezza in relazione a incidenti stradali, domestici e sul lavoro;
- predisposizione di proposte e programmi comuni e condivisi per le scuole della provincia.

#### 2.4.2 La sicurezza alimentare

L'attuale normativa comunitaria nel settore degli alimenti è rivolta a superare la distinzione affermatasi in precedenza tra i "produttori", ed i "consumatori": il "metodo comunitario" è illustrato nel Libro Bianco sulla Sicurezza Alimentare (2000), e descrive le azioni ritenute necessarie a completare e a modernizzare gli interventi in materia, anche con il coinvolgimento dei consumatori.

In questo nuovo contesto l'Azienda sarà impegnata:

- ad effettuare i prescritti controlli sui processi di produzione, trasformazione e commercializzazione dei prodotti alimentari di origine animale, di animali vivi e di vegetali, sulla base di un dettagliato programma di attività, sviluppato partendo dalla categoria di rischio attribuita a ciascun processo produttivo, sulla scorta di un'analisi del rischio connesso alle caratteristiche dell'attività considerata;
- ad assicurare agli addetti al controllo livelli di preparazione adeguati a utilizzare le tecniche necessarie a individuare prassi fraudolente e casi di inosservanza dei livelli di tutela prescritti;
- a monitorare eventuali tipologie di rischio non ancora riconosciute a livello comunitario, al fine della loro tempestiva valutazione;
- a fornire riscontri di natura oggettiva delle modalità attraverso le quali ispezioni, verifiche, campionamenti e audit sono organizzati e svolti, in modo da consentire una valutazione imparziale del conseguimento degli obiettivi posti;
- ad attivare canali di informazione in grado di dare a chiunque la possibilità di conoscere le tematiche e le vicende collegate alla sicurezza alimentare.



In questo contesto le azioni che l'Azienda metterà in campo nel triennio possono così essere sintetizzate:

- creazione del sistema informativo piacentino sulla sicurezza alimentare: al fine di rendere possibile l'effettuazione dell'analisi del rischio, si ritiene necessario programmare l'acquisizione di informazioni sui requisiti igienici microbiologici e sui contaminanti chimici dei prodotti piacentini e, in particolare, nella fase di avvio dei nuovi controlli, di alcuni prodotti particolarmente significativi quali i salumi tipici, il grana padano, il latte crudo, le conserve vegetali, il vino ed il miele;
- controlli sulle produzioni extraprovinciali, al fine di verificare il rispetto dei criteri microbiologici di processo e di prodotto previsti dalla normativa comunitaria, nonché gli ulteriori parametri di sicurezza legati alla contaminazione chimica;
- attività di verifica e di ispezione sulle imprese del settore alimentare e dei mangimi;
- attività di audit sulle imprese del settore alimentare e dei mangimi, rivolto a sollecitare la capacità di una organizzazione di strutturarsi e di gestire le proprie risorse e i propri processi produttivi in modo tale da soddisfare i bisogni delle parti interessate;
- attività di controllo sulla immissione in commercio e sull'utilizzo dei prodotti fitosanitari, con l'obiettivo di promuovere, di prevenire e migliorare il livello di salute dei cittadini quali consumatori di prodotti agroalimentari o fruitori dell'ambiente, nonché il livello di salute dei lavoratori impiegati in agricoltura;
- attività di controllo sulle malattie delle popolazioni animali produttrici di alimenti per l'uomo: attività di sorveglianza e monitoraggio del servizio veterinario sulle popolazioni animali allevate ad uso zootecnico.

### 3 L'azienda tecnologica e logisticamente avanzata

L'Azienda si propone, nel triennio, di governare l'assetto tecnologico e logistico secondo modelli innovativi, capaci di offrire adeguatezza rispetto ai tempi, utilità nelle ricadute di servizio, efficienza attraverso la ricerca della economicità di gestione, equità nell'accesso a prestazioni di comprovata efficacia, tensione verso la ricerca.

#### 3.1 L'innovazione tecnologica

In sanità lo sviluppo tecnologico sta ormai crescendo sempre più velocemente, e per rimanere all'altezza dei tempi occorre mantenere costantemente adeguata ed aggiornata la tecnologia, in riferimento sia al livello qualitativo delle prestazioni che all'efficienza nella produzione.

L'Azienda si trova quindi a dover far fronte al naturale rinnovo per l'obsolescenza delle tecnologie, considerando quindi l'onere derivante quale capitale tecnologico presente. Nella azione di manutenzione e rinnovamento l'Azienda intende tenere in adeguata considerazione gli obiettivi generali di



adeguatezza, sicurezza e performance tecnologica e specifici rispetto a ruoli, funzioni e obiettivi dei singoli presidi e delle singole articolazioni organizzative.

Nel governo dell'innovazione, parte fondamentale viene attribuita anche al Collegio di Direzione nella sua componente tecnica individuata (il c.d. gruppo tecnico per l'innovazione e ricerca) , che deve leggere l'innovazione nei termini di impatto, individuando la tecnologia come uno degli strumenti che intervengono nel processo di del governo clinico.

Oltre alla dimensione aziendale, l'Azienda è impegnata in un percorso di governo delle tecnologie sia a livello di Area Vasta, che di Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI).

Un nuovo concetto di governo dell'innovazione che si intende sviluppare è anche quello che vede, accanto alla più tradizionale governo delle tecnologie, anche il governo dell'innovazione nelle procedure e nell'organizzazione, nella convinzione che tali ambiti giochino in maniera indipendente un ruolo importante nel conseguimento dei risultati oltre che nell'assorbimento di risorse.

### 3.2 L'innovazione logistica

Un'importante innovazione relativa alla logistica del farmaco riguarda la distribuzione dello stesso in dose unitaria; ciò comporta, tramite la prescrizione informatizzata al letto del paziente e l'adozione di armadi informatizzati, una maggior sicurezza e tracciabilità del farmaco ed una più puntuale gestione delle scorte in reparto. Anche per gli aspetti di sinergie ed interrelazioni logistiche, informatiche ed organizzative, il tema verrà affrontato anche in Area Vasta.

Il sistema, che consentirà di avere la rintracciabilità e la gestione delle dosi unitarie del farmaco permetterà di risalire da un qualsiasi prodotto utilizzato, al paziente, al somministratore ed al fornitore, riducendo quindi il rischio di errori e la spesa farmaceutica ospedaliera.

Nel dettaglio gli obiettivi che saranno perseguiti sono:

- mantenere un controllo accurato dei prodotti utilizzati, evitando mancanze ed utilizzi impropri;
- ottimizzare i consumi e le scorte, riducendo i costi di approvvigionamento, gestione e stoccaggio dei farmaci;
- automatizzare le procedure di acquisto e riordino;
- assicurare la correlazione continua e sicura tra il paziente, la sua storia clinica e le cure previste, riducendo drasticamente gli errori nella gestione del farmaco;
- rilevare tempestivamente le eventuali incongruenze e rischi per il malato (ad esempio l'interazione tra i farmaci, gli errori di dosaggio o di preparazione, eventuali allergie, ecc.).



Per quanto concerne la logistica del paziente l'Azienda completerà l'organizzazione dell'accettazione decentrata nei reparti, in modo da favorire la personalizzazione del servizio e cancellare le duplicazioni di richieste informative rivolte al paziente. L'accettazione decentrata rientra nel più generale progetto di Gestione Informatizzata del Reparto (GIR), che fornirà a tutti gli operatori uno strumento di lavoro completo e tecnologicamente avanzato, attraverso il quale saranno informatizzate tutte le operazioni di gestione del paziente.

Infatti attraverso un'unica interfaccia il personale potrà:

- gestire le Prenotazioni e Liste d'Attesa;
- gestire il Day Hospital, il Day Service Ambulatoriale, il pre-ricovero;
- gestire le procedure di accettazione, dimissione e trasferimento;
- gestire l'intero processo di nursing (cartella infermieristica);
- inserire tutti i dati relativi al ricovero in atto: anamnesi, esame obiettivo, diario clinico, prescrizioni;
- inserire e monitorare le richieste di esami, ad esempio verso la radiologia, il laboratorio, il trasfusionale, l'anatomia patologica;
- richiedere consulenze e prestazioni specialistiche agli altri reparti;
- consultare referti, dati e immagini su eventi precedenti relativi allo stesso paziente: ambulatoriali, ricoveri, accessi in pronto soccorso.

La gestione della prescrizione e somministrazione terapie farmacologiche, e la compilazione cartella clinica elettronica saranno effettuati tramite pc. Al letto del paziente saranno installati monitor con touch screen attraverso i quali tra l'altro il paziente potrà videocchiare il personale assistenziale. Sarà infine diffuso in tutti gli ospedali dell'Azienda il braccialetto prestampato con identificativo univoco (tramite bar-code), attraverso il quale identificare in ogni momento in modo sicuro il paziente per tutte le procedure.

Alla conclusione del progetto l'Azienda avrà costruito e disporrà di un unico contenitore informatizzato (repository) aziendale, in cui saranno presenti le informazioni su tutti i contatti di ogni utente con la struttura sanitaria. Tale repository sarà costruito in modo che possa contenere, oltre ai dati, anche documenti sanitari, quali ad esempio referti e cartelle cliniche firmati digitalmente. In questo modo gli operatori, nel rispetto della privacy e delle specifiche competenze, usufruiranno di questo unico strumento per ottenere le informazioni a loro necessarie sulle prestazioni effettuate e sugli utenti.

Quanto alla logistica tradizionalmente intesa, è iniziata la costruzione del magazzino unico di area vasta a Reggio Emilia, il cui avvio operativo è previsto nella seconda metà del 2010 e che si integrerà con i magazzini delle sette aziende sanitarie.

Parallelamente a livello locale, l'Azienda riorganizzerà il proprio sistema logistico attorno alla costituzione di una cittadella logistica che prevede un magazzino centralizzati di beni sanitari e non, in stretto collegamento con le decisioni assunte in tema di dose unitaria.

Tutto ciò consentirà:



- l'eliminazione dei magazzini presso i singoli presidi ospedalieri, con la conseguente liberazione degli spazi, l'azzeramento delle scorte a magazzino e la possibilità di migliorare il monitoraggio di quelle a reparto;
- una razionalizzazione dei trasporti e della rete distributiva ai presidi della provincia;
- una forte automazione dei processi di gestione dei beni e la realizzazione di sistemi operativi omogenei tra le aziende AVEN.

Al fine poi ridurre i tempi della distribuzione e del trasporto interno dei documenti e del materiale sanitario ed economico presso l'ospedale di Piacenza, strutturato a padiglioni e pertanto con ovvie diseconomie di gestione, è stata avviata e verrà completata e testata entro il 2009 la costruzione della rete di trasporto pneumatico. Tale sistema sarà a regime nel 2010, esteso a tutti i reparti dell'ospedale di Piacenza, e metterà in contatto anche unità operative di servizio, come il magazzino ed il laboratorio di assistenza tecnica delle attrezzature medicali. Il sistema è caratterizzato si basa sull'utilizzo di appositi contenitori, che transitano in condutture ad hoc installate e che collegano i diversi padiglioni ospedalieri. Il tutto è controllato elettronicamente da una stazione computerizzata completa di un software che consente una sofisticata gestione, come ad esempio la priorità sulle partenze per dare la precedenza ai casi urgenti e la abilitazione al ritiro del materiale.

I principali vantaggi che il sistema comporterà saranno:

- la tempestività della consegna che avverrà in massimo 5 minuti nei casi urgenti, fino ad un massimo di 20 minuti nelle situazioni ordinarie;
- la riduzione dei costi per le consegne: attualmente l'Azienda impiega dodici unità di personale, che con l'introduzione della posta pneumatica potranno essere impiegate per altre attività.

### 3.3 L'innovazione per il rispetto ambientale

Tra gli obiettivi che l'Azienda si prefigge di raggiungere nel prossimo triennio vi è quello di proseguire con gli interventi tecnologici che mirano ad ottimizzare la gestione del calore, attraverso la realizzazione di nuovi impianti termici, idrici e dei gas, costruiti secondo le disposizioni in materia di risparmio energetico. A questo proposito sono a diversi livelli di realizzazione o progettazione:

- la riqualificazione tecnologica di tutte le centrali termiche al servizio di fabbricati di proprietà dell'Azienda, con caldaie di ultima generazione, al fine di migliorare l'affidabilità del servizio, diminuire i consumi di combustibile e le emissioni in atmosfera;
- l'estensione della rete di cogenerazione al servizio dell'ospedale di Piacenza, che garantisce un'auto produzione di energia elettrica di circa 5 milioni di Kw/anno;
- l'installazione di pannelli fotovoltaici sul nuovo corpo di fabbrica dell'ospedale di Fiorenzuola e sulla nuova sede degli uffici amministrativi;
- la realizzazione di una centrale di cogenerazione al servizio del presidio ospedaliero di Fiorenzuola;



- il recupero acque piovane nella nuova sede amministrativa per irrigazione aree verdi, con utilizzo dell'acqua di pozzo non potabile per alimentare le cassette dei wc ed integrare le acque piovane per l'irrigazione;
- la revisione contratti di fornitura acqua potabile a livello aziendale;
- l'estensione della rete di distribuzione dell'acqua calda dal Polichirurgico ai fabbricati del nucleo antico, con il duplice scopo di ottimizzare il rendimento della centrale di cogenerazione e concentrare in un unico punto la gestione del trattamento antilegionella;
- l'installazione di pannelli solari al servizio della piscina del Centro di riabilitazione di Villanova e dell'ospedale di Bobbio;
- il collegamento della centrale termica al servizio del fabbricato di piazzale Milano con la rete di teleriscaldamento cittadina al fine di contribuire alla diminuzione dell'inquinamento;
- la sostituzione filtri al servizio degli impianti trattamento aria dell'Azienda con filtri di nuova generazione caratterizzati da una migliore efficienza e da una minore perdita di carico, anche al fine di diminuire i consumi di energia elettrica utilizzata dai ventilatori.

## 4 Programmare ad Area Vasta

La programmazione d'Area Vasta è un'opportunità strategica a vantaggio dei cittadini, dei professionisti e dello sviluppo aziendale, e *"si fonda sul presupposto che, nel rispetto dell'autonomia delle singole aziende, esista un insieme di settori e processi per i quali una gestione coordinata sovraziendale possa condurre a migliori economie di scala nonché ad una maggiore efficacia di sistema<sup>4</sup>".*

Dalla sua nascita l'Area Vasta Emilia Nord (AVEN) ha concentrato la sua attività nella gestione accentrata delle gare in unione d'acquisto (principalmente di farmaci e beni sanitari), nella realizzazione del magazzino unico di area vasta, nel confronto e socializzazione delle migliori esperienze soprattutto in ambito sanitario e nell'elaborazione di proposte di innovazione e progetti di cambiamento interaziendale.

In relazione al sistema delle unioni d'acquisto, il prossimo triennio dovrà essere orientato verso beni e servizi a complessità crescente e in primis i dispositivi medici, anche con finalità di governo clinico. La riflessione da parte dei clinici sulla definizione di liste uniche di dispositivi sanitari acquistabili a livello di Area Vasta infatti promuove implicitamente la ricerca delle migliori evidenze cliniche e il miglior rapporto efficacia/costo.

Oltre a supportare la programmazione e l'attività di Intercent-ER (centrale di acquisto regionale), occorre infatti aumentare sensibilmente le gare in unione - anche in vista del magazzino centralizzato- ampliando le tipologie merceologiche, per arrivare a lasciare alle singole aziende le sole gare che non possono avere valenza sovraziendale.

---

<sup>4</sup> Atto aziendale, pag. 17



E' ipotizzabile anche una razionalizzazione organizzativa degli attuali servizi acquisti, che favorisca quelle sinergie in grado di produrre economie nella gestione complessiva dei processi di acquisto.

In riferimento alle ulteriori potenzialità dell' Area Vasta, le priorità che l'azienda di Piacenza intende proporre quali obiettivi per il prossimo triennio possono essere così sintetizzate:

- lo sviluppo di un sistema di confronto tra aziende;
- la ricerca, la sperimentazione e le innovazioni;
- la costruzione di reti professionali e cliniche;
- l'integrazione funzionale di alcuni servizi di supporto;
- l'organizzazione di un servizio di supporto di ingegneria clinica e di technology assessment per le alte tecnologie;
- la progressiva omogeneizzazione ed integrazione dei sistemi informativi;
- la stipula di un contratto unico di fornitura con il privato accreditato.

## 5 Lo sviluppo del governo clinico e della gestione del rischio per la sicurezza di pazienti e operatori

Il tema della sicurezza in un'organizzazione sanitaria, in qualsiasi ottica lo si guardi, ha innanzitutto una forte dimensione culturale: occorre far crescere all'interno dell'organizzazione la consapevolezza del problema e far nascere tra gli operatori un atteggiamento proattivo, che porti ad agire positivamente nei confronti della sicurezza. Parimenti la sicurezza deve essere percepita dai cittadini come il primo e più importante fattore di qualità delle prestazioni sanitarie di cui sono fruitori.

Una prima schematizzazione porta a individuare tre aree della sicurezza: quella centrata sul paziente, legata alla appropriatezza, tempestività ed al livello professionale, in estrema sintesi alla qualità delle prestazioni e dell'organizzazione. Questo aspetto della sicurezza è inscindibilmente connesso con l'aspetto della sicurezza centrata sugli operatori. Infine occorre tenere in considerazione gli aspetti della sicurezza legati agli altri individui che frequentano per varie finalità ed obiettivi l'organizzazione (familiari, visitatori, manutentori, dipendenti di ditte appaltatrici, eccetera).

Tutti questi aspetti di sicurezza si integrano anche nel rischio economico e di immagine dell'organizzazione, e di conseguenza la pluralità di questi aspetti richiede una gestione integrata e coerente rispetto alle varie forme di rischio, in modo che la sicurezza trovi modalità di approccio e di gestione unitarie nella loro logica e sinergiche nei processi e nei risultati.

Se da un lato è necessario il governo unitario del rischio, sono tuttavia necessarie tecniche e modalità di gestione specifiche a seconda dei campi di applicazione del problema rischio..

L'Azienda, consapevole della sicurezza quale valore fondante, traduce questo valore nell'elaborazione di una politica che individua obiettivi da perseguire, risultati da ottenere e standard da monitorare.



L'Azienda intende tradurre questa logica primariamente attraverso lo sviluppo delle competenze individuali e collettive degli operatori, singoli od organizzati in strutture a vari livelli di complessità (U.O. semplici, complesse, dipartimenti). Non esiste infatti una "specializzazione in sicurezza" all'interno dell'Azienda, il tema riguarda tutte le sue articolazioni, ognuna delle quali concorre secondo proprie peculiarità.

In particolare, obiettivi del triennio saranno:

- mappare i processi;
- valutare i rischi potenziali ai quali può sottostare l'attività clinica di tutte le articolazioni aziendali;
- sulla base della mappatura dei rischi potenziali, predisporre delle procedure per limitare al minimo il rischio di errore;
- definire un sistema di monitoraggio dell'andamento dei rischi e degli errori attraverso una reportistica ad hoc.

## 5.1 Le scelte organizzative

L'organizzazione della sicurezza aziendale deve coniugare gli aspetti di integrazione con gli aspetti di specificità delle differenti aree: è necessario da un lato tenere uniti i vari aspetti per evitare duplicazioni, sovrapposizioni e discordanze e, d'altro lato, valorizzare ed integrare il tema della sicurezza nelle attività quotidiane dell'Azienda. Da qui la scelta di istituire un Dipartimento della Sicurezza, luogo forte dell'integrazione delle risorse maggiormente impegnate sul tema.

Sarà inoltre attivato il Comitato per la Sicurezza Aziendale, luogo di integrazione tra tutti gli attori coinvolti nelle problematiche della sicurezza ed interfacce con il Collegio di Direzione, si fa carico di promuovere le politiche della sicurezza e di elaborare le azioni conseguenti alle linee di indirizzo del Collegio di Direzione. All'interno di questo vasto contenitore vengono ricollocati alcuni comitati esistenti, come il Comitato Infezioni Ospedaliere ed il Comitato per il buon uso del sangue. Il Comitato per la Sicurezza Aziendale si occuperà anche della comunicazione interna ed esterna in merito alle tematiche della sicurezza.

## 6 Promuovere la sicurezza del lavoro nelle imprese del territorio

L'approccio tradizionale dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro è stato rivolto all'eliminazione dei fattori di rischio determinati principalmente dalla mancata applicazione delle norme di sicurezza e di tutela dei lavoratori. La vigilanza e il controllo sono stati gli strumenti per reprimere comportamenti illeciti o inadeguati del datore di lavoro. Nella seconda metà degli anni novanta il recepimento delle direttive comunitarie in tema di prevenzione nei luoghi di lavoro ha profondamente modificato l'ottica di approccio ai temi della prevenzione: i datori di lavoro, i servizi di prevenzione e protezione aziendali, i consulenti aziendali e i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza sono diventati i veri protagonisti del sistema. Per i Servizi di



Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, organi pubblici di vigilanza, si è venuta definendo una nuova funzione di "modulatore", con funzioni di assistenza e di regolazione di un processo preventivo che deve crescere e maturare all'interno delle imprese. Questo percorso trova la sua natura conclusione nel nuovo Testo Unico di coordinamento delle norme di prevenzione e sicurezza della salute nei luoghi di lavoro (d.l.s. 81/08) con la spinta ad intraprendere un percorso di qualità dell'organizzazione della sicurezza aziendale.

L'Azienda ha così definito gli obiettivi di fondo che vedono la vecchia esperienza integrata con le nuove logiche:

- integrare la "prevenzione imposta" con la "prevenzione partecipata" ovvero non esaurire la funzione di prevenzione nell'attività di vigilanza, ma privilegiare un approccio integrato ed articolato che punti al coinvolgimento ed alla conquista di adesioni al percorso preventivo;
- passare dalla prevenzione "autarchica" alla prevenzione integrata, rileggendo il ruolo dell'Azienda non come in sé autonomo e autosufficiente, ma come fortemente integrato con altri soggetti, siano essi attori sociali (Sindacati e Associazioni datoriali), gli attori tecnici (consulenti, medici competenti), strutture pubbliche impegnate in funzioni che attengono, anche indirettamente alla prevenzione (direzioni provinciali e regionali del lavoro, INAIL, VV.FF., INPS, assessorati al lavoro e alla formazione professionale);
- integrare la prevenzione basata sul controllo degli oggetti con la prevenzione basata sul controllo dei processi, in quanto è nell'analisi dei processi organizzativi che si possono individuare i reali determinanti delle situazioni di rischio;
- integrare la prevenzione basata sull'applicazione delle norme con la prevenzione basata sull'evidenza, il che non significa dimenticare le norme o rinunciare a pretenderne il rispetto, bensì privilegiare anzitutto gli obiettivi di efficacia degli interventi che si propongono, ed utilizzare le norme quale strumento per il raggiungimento di questi.

## 6.1 Informazioni, dati e conoscenze per la programmazione

Per organizzare in modo coerente ed efficace la propria attività (non solo quella programmata, ma anche quella su domanda), l'Azienda si propone di costruire e mantenere aggiornate una serie puntuale di informazioni relative al territorio in cui si opera. L'insieme di queste informazioni e conoscenze andranno a comporre il "sistema informativo per la programmazione".

Oltre ai dati tradizionalmente considerati (numero delle aziende, numero degli addetti, suddivisione per comparti e settori, per fasce di dimensione aziendale, ecc.), è ormai diventato infatti necessario acquisire altre informazioni che riguardano le nuove forme organizzative del lavoro ed aspetti di particolare rilevanza ai fini dell'individuazione di criticità e quindi di opportune scelte programmatiche, quali ad esempio:



- entità, collocazione, caratteristiche del lavoro in appalto, interinale, atipico, a turni, notturno, ecc.;
- presenza di particolari categorie di lavoratori, quali ad esempio minori, portatori di handicap, invalidi e stranieri;
- dati relativi alle grandi opere pubbliche e private previste o già avviate sul territorio.

Il reperimento e l'aggiornamento di questi dati richiede una forte ed organizzata collaborazione con enti pubblici: camere del commercio, INAIL, INPS, Direzione Provinciale del Lavoro, VVF, ma anche con enti ed associazioni diverse: associazioni datoriali e sindacali, enti bilaterali ecc.

La conoscenza puntuale e più possibile completa dei soggetti impiegati nei processi preventivi a livello aziendale (RSPP, MC, RLS) a livello esterno (consulenti), a livello associativo (funzionari sindacali e datoriali, degli enti bilaterali, dei centri di formazione) consentirà di disporre di una rete precostituita di referenti e contatti, per esigenze informative e comunicative bidirezionali.

## 6.2 Metodi e criteri per la programmazione

Accanto ai criteri storici della programmazione degli interventi, che rimangono tuttora validi, entrano in campo anche altri criteri, e precisamente:

- intervenire su fasce di soggetti (quindi non più su aziende, ma su persone) a particolare rischio;
- intervenire su particolari tipologie di lavoro che predispongono, almeno potenzialmente, a condizioni di rischio critiche;
- privilegiare forme d'intervento integrate con altre strutture della Pubblica Amministrazione, legando i problemi della sicurezza alla regolarità e qualità del lavoro;
- operare sul potenziamento dell'autonoma capacità d'intervento di tutti i soggetti sociali interessati;
- operare per il miglioramento dei livelli di cultura, attenzione, impegno alle problematiche della prevenzione.

Si passerà da una programmazione basata fundamentalmente sui rischi ad una programmazione basata sul profilo epidemiologico delle criticità relative alla salute e sicurezza nel mondo del lavoro. Non si tratta solo di un aggiustamento semantico, ma della necessità di mettere al centro del percorso preventivo un lavoratore invece del rischio.

## 6.3 Gli strumenti

Gli strumenti che l'Azienda utilizzerà per raggiungere gli obiettivi sopra indicati sono:

- strumenti di promozione e comunicazione, per far conoscere i dati epidemiologici del territorio, le norme, le buone pratiche di lavoro, gli standard cui tendere, ecc. Per esempio: l'apertura di sportelli informativi, iniziative attive d'informazione e formazione, pubblicizzazione di materiali,



sia su supporto cartaceo o utilizzando i media radiotelevisivi sia attraverso la rete di Internet. Particolare impegno sarà indirizzato al modo della scuola e della formazione, articolando progetti di formazione per formatori (docenti delle scuole) per inserire a pieno titolo e pari dignità la problematica della sicurezza nei percorsi didattici e formativi;

- strumenti di supporto ai diversi soggetti con cui si interagisce;
- strumenti di collaborazione ed alleanza con i diversi soggetti con cui si interagisce: gruppi di lavoro comuni, osservatori territoriali su problematiche specifiche, cicli di incontri periodici di reciproca informazione, messa a punto di standard o materiale tecnico.