



PRIMA PARTE: IL CONTESTO E LE SCELTE AZIENDALI





1 Il contesto istituzionale e le scelte di fondo sul Piano

Il nuovo Piano Strategico deve coniugare due esigenze fondamentali: rappresentare un ponte tra passato, presente e futuro, ma essere anche l'occasione per cogliere le nuove sfide determinate dal mutare delle condizioni di contesto.

1.1 Il quadro di riferimento

Il triennio 2009-2011 si apre in un quadro istituzionale, sia a livello regionale che locale, ricco di novità da consolidare e di impegni importanti per tutti gli attori del sistema, che necessariamente influenzano struttura e contenuti di questo Piano Strategico Aziendale:

- l'approvazione del primo Piano Sociale e Sanitario Regionale, che conferma la volontà di costruire un welfare pubblico con una forte connotazione "comunitaria", e per questo necessariamente integrato e non settoriale (per un approfondimento vedi par. 3.1, pag. 34);
- i nuovi strumenti locali di programmazione integrata: l'Atto di Indirizzo e Coordinamento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (vedi par. 3.2, pag. 35) e i Piani distrettuali per la Salute e il Benessere Sociale, attualmente in corso di definizione;
- ad un anno dalla revisione degli ambiti distrettuali, si possono avviare le prime riflessioni sul funzionamento dei nuovi distretti, sui rapporti tra azienda ed Enti Locali, sull'utilizzo del FRNA, sullo stato di avanzamento degli obiettivi inseriti nel documento della CTSS sul riequilibrio dell'offerta;
- la progressiva riduzione del fondo di riequilibrio per le aziende in disavanzo, che necessariamente implica per l'Azienda di Piacenza di proseguire e anzi rafforzare l'attenzione sul governo della spesa e sulla razionalizzazione dei costi.

A livello nazionale sono stati varati nel corso del 2008 provvedimenti che riguardano aspetti importanti dell'agire aziendale dei prossimi anni, mentre molti altri sono in questi mesi in discussione o in corso di definizione:

- il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale, che ad oggi prevede tassi di incremento annui decisamente decrescenti fin dal 2010;
- incertezze sul finanziamento del Fondo Sociale Nazionale;
- la consistenza dei finanziamenti ex art 20;
- la revisione dei LEA;
- la proroga dei termini relativi agli obblighi delle aziende sanitarie in relazione alla libera professione intramuraria.

A livello aziendale:

- si è chiuso il secondo ciclo di pianificazione strategica 2005-2007, che già dal piano delle Azioni 2007 guardava al triennio successivo;



- la prima parte del 2008 ha visto il cambio del vertice aziendale, con la sostanziale stabilità del resto della "squadra";
- è stato definito, e approvato dalla Regione, il nuovo Atto Aziendale, che esplicita, oltre ai principi e valori sottesi all'azione dell'azienda, le principali scelte organizzative e gestionali.

1.2 Quale Piano Strategico?

La scelta di considerare il 2008 un anno "ponte" verso il triennio 2009-2011 è stata quindi quasi obbligata in relazione al quadro di contesto appena tracciato, e soprattutto in ragione delle considerazioni che seguono:

- è parso opportuno allineare l'orizzonte temporale della pianificazione aziendale con quella della CTSS e dei Distretti, collaborando per quanto di competenza alla definizione dell'Atto di indirizzo (vedi par. 1.3 e 3.2) e del Profilo di Comunità.
- alcune delle innovazioni regionali e locali sopra richiamate hanno richiesto un primo anno di avvio (in particolare la nuova distrettualizzazione e l'avvio del Fondo Regionale per la non Autosufficienza), garantendo nel frattempo continuità con le scelte strategiche del triennio precedente.

L'Azienda di Piacenza ha alle spalle due cicli di Pianificazione strategica, molto diversi tra loro, e altrettanto diversi dall'attuale.

Il primo, relativo agli anni dal 2002 al 2004, può essere riassunto nello slogan "fuori dalla crisi": l'Azienda aveva accumulato pesanti ritardi nei confronti del sistema regionale sia in termini di risultati, che di governo aziendale, che di rapporti con gli stakeholders interni ed esterni. Necessariamente si è trattato di un piano direttamente costruito dalla direzione strategica aziendale, centrato sull'analisi del contesto e delle principali criticità, e sulla definizione di azioni e investimenti, legati a tre direttrici fondamentali:

- la ricerca della sostenibilità economica;
- il miglioramento del posizionamento aziendale;
- il coerente sviluppo di servizi e infrastrutture.

Per la prima volta l'Azienda ha raccolto in un unico documento di medio periodo strategie, azioni, risorse, investimenti. Al Piano è seguita una profonda riorganizzazione dell'azienda, dalla ridefinizione dei dipartimenti di produzione, alla revisione delle funzioni di staff, all'accentramento delle funzioni di supporto.

Il secondo Piano Strategico, relativo agli anni dal 2005 al 2007, può essere invece riassunto nello slogan "quale sviluppo sostenibile?": costruito a partire dai risultati del triennio precedente nel Piano sono state individuate, in una continua riflessione rispetto agli elementi di continuità e discontinuità, strategie e azioni di sostenibilità e sviluppo, in relazione a tre scelte di fondo:

- come riallocare le risorse su diversi mix di prodotti;
- come aumentare l'appropriatezza di domanda e offerta;



- come governare gli aumenti puntuali delle risorse.

Già questo secondo Piano Strategico è stato maggiormente “partecipato”: sia la CTSS, che le Organizzazioni Sindacali, che il Collegio di Direzione hanno dato un loro apporto alla stesura finale del documento, a partire da una prima bozza, redatta a cura della Direzione Strategica.

Il Piano ha introdotto inoltre due “novità” metodologiche:

- non si occupava di tutto il “sistema azienda”, focalizzandosi su quelle parti di esso che necessitavano di essere riorientate, ritenendo consolidate e ormai “stabili” le altre;
- ribadiva la “dinamicità” del piano stesso in relazione a mutamenti del contesto che dovessero orientare in modo diverso le scelte.

Nel frattempo l’introduzione del Bilancio di Missione, documento annuale di rendicontazione, ha fatto sì che lo stato di avanzamento del Piano Strategico fosse monitorato attraverso la valutazione annuale del Piano delle Azioni e che eventuali riorientamenti delle strategie fossero al suo interno esplicitati.

La valutazione dei due cicli di pianificazione non può che essere positiva, sia in termini di risultati (per un quadro su risultati raggiunti e posizionamento attuale dell’Azienda vedi oltre, cap. 2), che soprattutto in termini di acquisizione di una metodologia di lavoro che ormai è patrimonio di tutti i professionisti. D’altro canto proprio la novità dello strumento e la necessità che ognuno si riconoscesse in esso, ha fatto sì che a volte prevedesse anche l’operatività, sovrapponendosi talvolta agli strumenti di programmazione annuale esterni e interni (Piano delle Azioni, Piano di Budget).

L’esperienza accumulata in questi anni fa sì che ora l’Azienda sia matura per un piano strategico, che contenga obiettivi di fondo, linee strategiche e macro azioni, rinviando ai documenti annuali la loro declinazione operativa di breve periodo.

Questo Piano è infatti contemporaneamente il *terzo* dell’Azienda e il *primo* della nuova direzione strategica, che ne ha inteso fare un documento di indirizzo, quindi di per sé declinabile nel tempo, all’interno del quadro definito nell’Atto di Indirizzo (vedi par. 1.3) e soprattutto costruito con un significativo e determinante apporto del Collegio di Direzione (vedi par. 1.4).

Un possibile slogan per connotare questo nuovo Piano Strategico potrebbe essere: “quale equilibrio tra sostenibilità, sviluppo delle reti di servizi, e crescita dei professionisti?”.

Si è scelto inoltre di mantenere l’unicità del documento di Pianificazione Aziendale, e ricomprendere nel Piano Strategico anche il Piano di Rientro e il Piano degli investimenti.

Dal punto di vista della struttura del documento infine, queste le caratteristiche principali:

- la parte di analisi del contesto sarà di dimensioni contenute, vista la recente approvazione del profilo di comunità e la disponibilità di diverse annualità del Bilancio di Missione, che contiene sia dati di contesto che di offerta, con



alcuni approfondimenti su temi di interesse particolare, quali la mobilità (vedi par. 2.1) e i dati di produzione e consumo di ricoveri ospedalieri (vedi par. 2.2);

- forte concentrazione sull'individuazione degli obiettivi di fondo del prossimo triennio, legati anche agli obiettivi di mandato della Direzione Generale;
- l'indicazione delle strategie e delle macroazioni attraverso le quali declinare gli obiettivi e realizzare le condizioni per raggiungerli;
- individuazione delle principali innovazioni tecnologiche, logistiche, organizzative;
- focus sulla sostenibilità dell'azione aziendale e degli investimenti.

1.3 Il consolidamento del ruolo attivo degli Enti Locali

Gli Enti Locali stanno consolidando il loro ruolo nel nuovo sistema di governance regionale tramite la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e i Comitati di Distretto, interpretando con sempre maggiore partecipazione la loro responsabilità sulle scelte in materia sanitaria e sociosanitaria.

L'Atto Triennale di Indirizzo e Coordinamento recentemente approvato, oltre a comprendere il Profilo di Comunità che sintetizza i dati sulla domanda e offerta locale di servizi, declina gli orientamenti della Conferenza riguardo alle attività sociali, sociosanitarie e sanitarie sia in relazione ad obiettivi di sistema che per target specifici di utenza.

E' la prima volta che il sistema inverte la propria metodologia di lavoro: gli indirizzi generali, quindi anche quelli per la pianificazione sanitaria, vengono definiti in Conferenza, che rappresenta le esigenze e gli orientamenti di tutta la comunità locale e non è più solo l'Azienda a rappresentarli. Si avvia così una modalità di pianificazione più responsabile e comunitaria, che tiene conto di tutte le determinanti e le variabili connesse alla salute e al benessere del territorio provinciale.

1.4 La partecipazione dei professionisti

La partecipazione dei professionisti è in regione Emilia Romagna un elemento qualificante della programmazione.

Nella definizione di questo Piano Strategico ruolo fondamentale è stato svolto dal Collegio di Direzione, che, anche attraverso giornate residenziali dedicate, ha prima collaborato alla definizione delle linee strategiche, ed ha poi impostando una metodologia di lavoro, in particolare sulla rete ospedaliera, che ha permesso di valorizzare l'apporto specifico della componente professionale, integrato con le competenze manageriali proprie dei Direttori di Dipartimento e con lo status di organo aziendale che il Collegio ha assunto.

Non si sono infatti verificati i dualismi che spesso connotano i rapporti tra clinici e management aziendale, quando tra le componenti della pianificazione va tenuta in debito conto la sostenibilità delle scelte.



Il fatto stesso che i professionisti abbiano in modo così determinante contribuito alla definizione delle strategie, rende in qualche modo implicitamente condiviso anche quello che ne deriva: programmazione annuale, azioni specifiche.

Nella definizione delle strategie di sostenibilità il coinvolgimento si è esteso a una grande parte dell'organizzazione, dallo staff alle strutture di produzione interessate, che hanno dapprima condiviso l'opportunità stessa della definizione delle azioni relative, e poi ne hanno concretizzato l'elaborazione di dettaglio e la successiva progressiva attuazione.

Tutto ciò è la concreta dimostrazione di una sostanziale convergenza di intenti all'interno dell'organizzazione aziendale, e del fatto che, ciascuno per le proprie competenze, si senta coinvolto e disponibile a "fare la propria parte".

2 Il contesto aziendale

Come già accennato questa sezione del Piano riguarda il posizionamento strategico dell'azienda all'interno del sistema regionale, a partire da quelle attività che sono state oggetto di obiettivi raggiunti nel recente passato. Ciò al fine di non solo rendere chiara la cornice nella quale si inserisce il Piano Strategico e quali criticità l'Azienda si propone nel triennio di superare, ma di esplicitare anche quali obiettivi sono stati considerati già raggiunti e per i quali nel triennio si richiede ai professionisti esclusivamente di essere attenti al consolidamento delle performances ottenute. Alcune delle analisi qui riportate saranno poi riprese nelle prossime edizioni del Bilancio di Missione con riferimento specifico all'anno di competenza.

Iniziando dalle attività di prevenzione, e in particolare dagli screening oncologici e le vaccinazioni antinfluenzali negli ultra sessantacinquenni, nel 2002 l'azienda presentava tassi di adesione nettamente al di sotto sia dei valori desiderabili, che del dato medio regionale. L'attenzione che è stata dedicata a queste attività ha permesso di ottenere notevoli miglioramenti e il rientro negli standard regionali (vedi le successive figure), oltre che, in particolare per gli screening, il recupero della tempestività dei round.

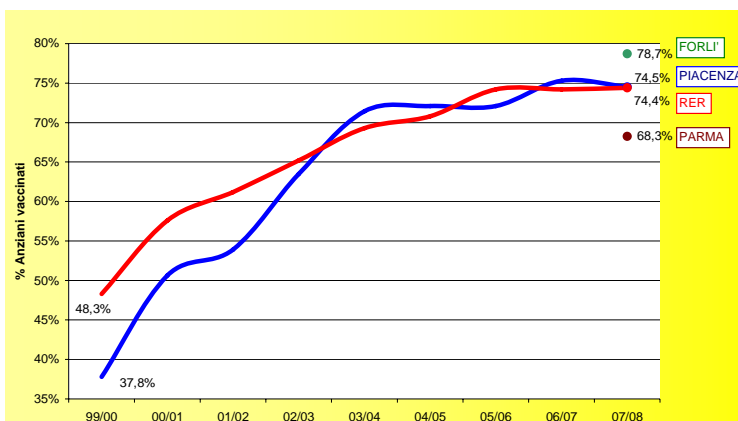


Figura 1: % di ultrasessantacinquenni vaccinati – Fonte: Bilancio di Missione 2007

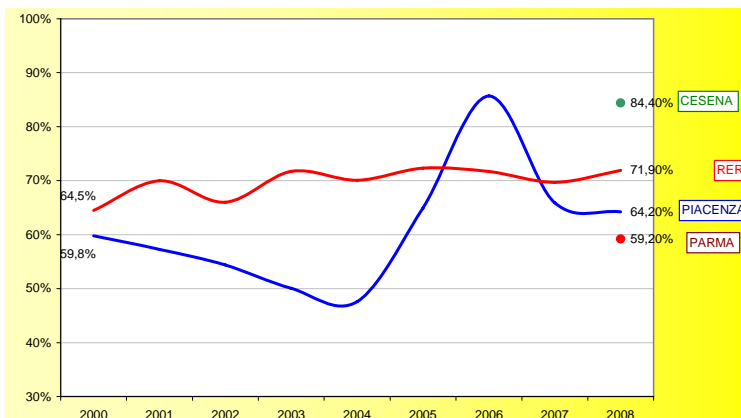


Figura 2: adesione screening mammografico

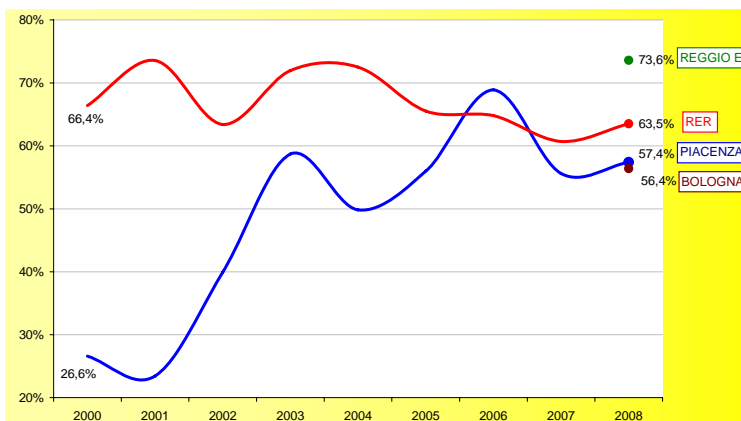


Figura 3: adesione screening citologico

In particolare lo screening per il carcinoma del colon-retto, avviato nel marzo 2005, ha beneficiato dell'esperienza acquisita con i due screening avviati in precedenza ed ha, fin dal 2006, presentato valori tra i migliori a livello regionale. La progressione dei round è sempre stata mantenuta nei tempi definiti.

Nel 2007 il tasso di adesione di Piacenza è stato il terzo a livello regionale, dopo Reggio Emilia e Ravenna (vedi Figura 4). Il livello accettabile secondo gli standard è pari al 45%, raggiunto in azienda fin dal secondo anno di attività. Resta da lavorare sull'adesione al secondo livello, che pur mantenendosi negli anni sempre superiore al 75% è ancora inferiore al valore desiderabile regionale, pari all'85%.

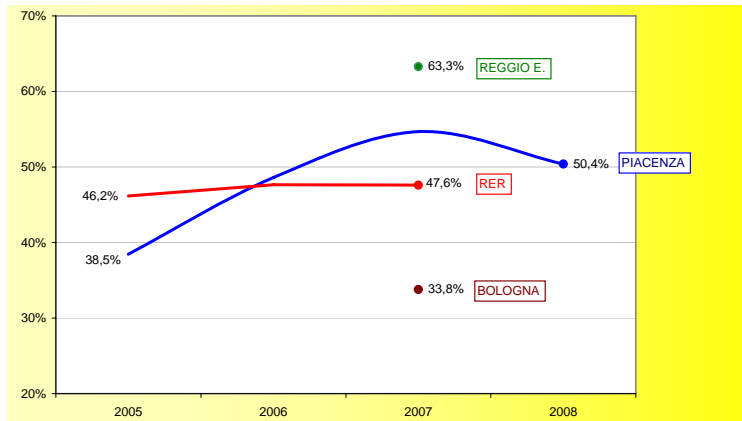


Figura 4: adesione screening del colon-retto

In relazione al livello territoriale vale la pena rimarcare innanzitutto l'incremento della produzione *specialistica*, finalizzata anche al contenimento dei tempi di attesa¹ (vedi la successiva Figura 5).

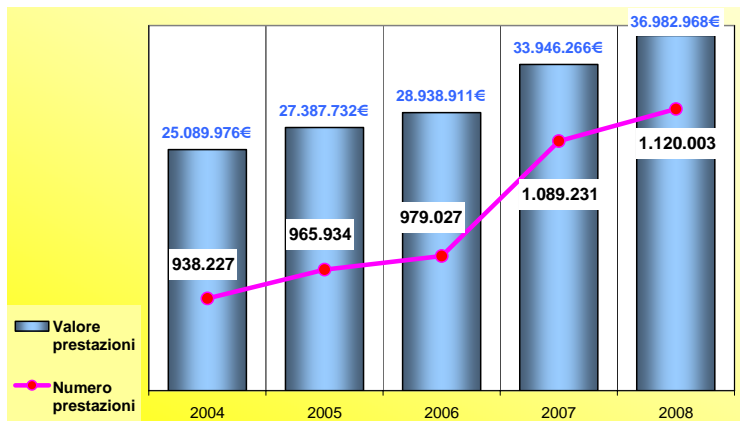


Figura 5: trend produzione specialistica 2004-2008

L'Azienda ha investito negli ultimi anni sulla promozione delle forme associative della medicina generale, in particolare sulle *Medicine di gruppo*. Lo stato dell'arte a fine 2008 è rappresentato nella successiva Figura 6.

¹ Per quanto attiene nello specifico alle liste di attesa e al piano della specialistica, si rimanda all'apposito documento che, secondo le indicazioni regionali, dovrà essere sottoposto separatamente al parere della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. L'Azienda intende infatti proseguire nella propria azione di "riordino" degli strumenti di programmazione, in particolare non duplicando documenti e riconoscendo ad ognuno la propria precisa finalità.

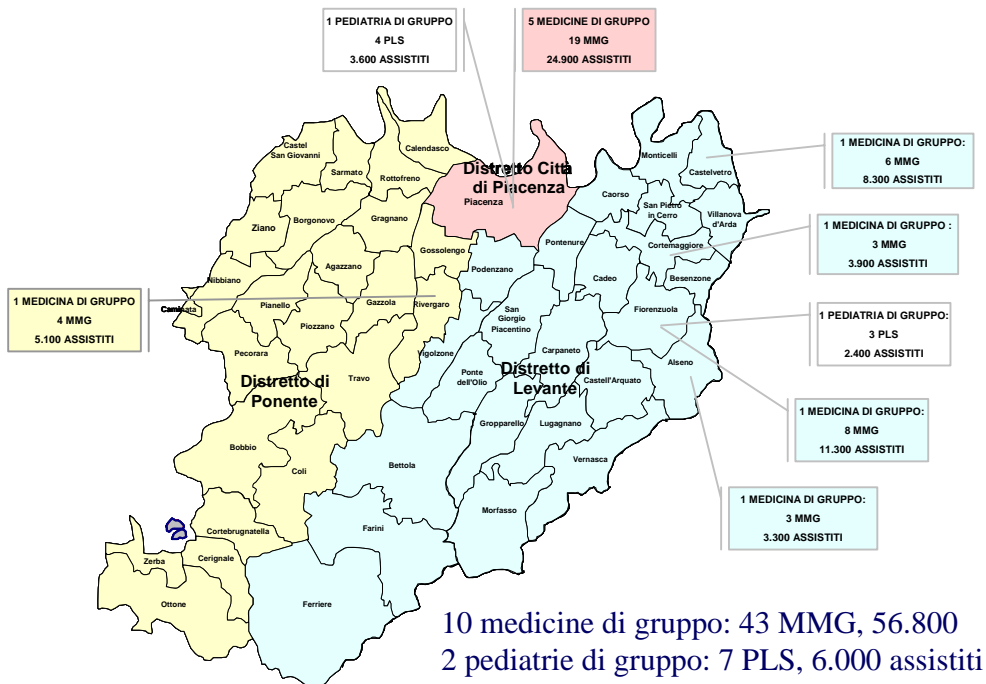


Figura 6: Medicine di gruppo al 31/12/2008

Nel corso del 2008 è stata completata la ridefinizione dei *Nuclei di Cure Primarie* alla luce della nuova distrettualizzazione, in particolare relativamente ai Comuni che afferivano agli ex distretti Urbano e Montagna (vedi Figura 7).

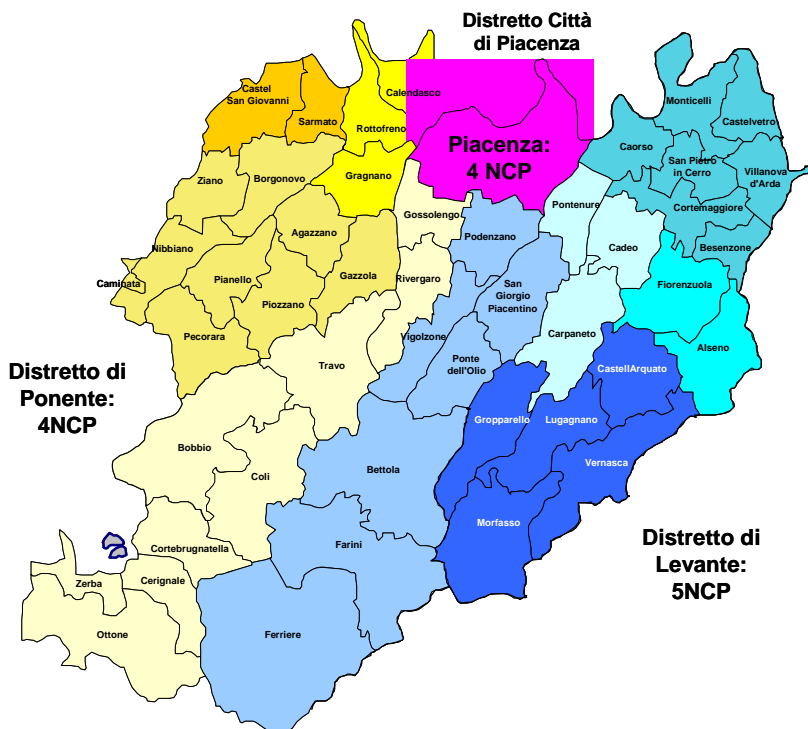


Figura 7: Nuclei di Cure Primarie al 31/12/2008



L'*assistenza domiciliare*, in termini di pazienti seguiti, ha visto un incremento nel periodo 2003-2007², che ha sostanzialmente seguito l'incremento della popolazione anziana, con un tasso di crescita più intenso nell'anno 2007. Contemporaneamente a livello regionale il tasso di incremento medio è stato superiore, con andamenti molto diversificati tra le diverse AUSL.

	2003	2004	2005	2006	2007
Piacenza	68,0	70,5	69,8	69,1	74,0
Parma	61,3	66,0	94,3	101,6	107,5
Reggio Emilia	97,0	133,1	93,2	99,4	104,6
Modena	84,9	93,4	97,2	90,2	90,4
Bologna	76,6	77,2	86,1	93,0	106,3
Imola	65,3	73,2	67,5	76,6	83,8
Ferrara	64,2	63,8	75,5	58,8	72,1
Ravenna	57,8	61,6	64,8	66,7	67,7
Forlì	74,8	75,5	65,5	84,4	87,3
Cesena	88,6	87,1	89,1	89,1	86,8
Rimini	68,9	73,7	72,0	76,8	79,4
MEDIA REGIONALE	74,4	81,1	82,9	84,7	90,7

Tabella 1: pazienti seguiti in assistenza domiciliare per 1.000 abitanti over 65, RER

Analizzando nel dettaglio l'andamento delle attività in azienda (vedi la successiva Tabella 2) si nota come l'incremento di attività sia principalmente riconducibile all'assistenza infermieristica: i pazienti seguiti a domicilio dai MMG sono infatti in leggero aumento (+3,13% nel periodo 2003/2007), mentre i pazienti seguiti a livello infermieristico sono aumentati di quasi il 50% nello stesso arco temporale.

	2003	2004	2005	2006	2007
ADI Bassa intensità	473	676	432	394	384
ADI Media intensità	866	1.007	953	1.002	992
ADI Alta intensità	375	252	199	195	188
ADP-ADR	1.578	1.407	1.509	1.666	1.831
Totale MMG	3.292	3.342	3.093	3.257	3.395
Assistenza Infermieristica	1.678	1.788	2.065	1.918	2.442
Totale generale	4.970	5.130	5.158	5.175	5.837

Tabella 2: pazienti seguiti in assistenza domiciliare per tipologia, AUSL PC

² I dati completi relativi all'anno 2008 non sono ancora disponibili e saranno quindi illustrati nel prossimo Bilancio di Missione



La sostanziale costanza dell'impegno dei medici di medicina generale è confermato anche dalla percentuale di medici coinvolti, il 78,3% nel 2003 e l'80,3% nel 2007. Molto più variabile nel tempo è invece la modalità di erogazione, con incrementi nel periodo 2003/2007 attorno al 15% per ADI di media intensità e di ADP e riduzioni molto significative di ADI di bassa e alta intensità. Le modifiche a livello di singolo anno presentano poi variazioni ancora più accentuate. Vista la costanza del numero di pazienti è certamente ipotizzabile una teoria dei "vasi comunicanti", ovvero sia un passaggio da un aggregato all'altro di una tipologia simile di pazienti. Tale cambiamento è frutto della ridefinizione dei criteri per l'assistenza domiciliare integrata previsti nell'ultimo accordo aziendale con i MMG e di alcune difficoltà operative nel dar corso ai nuovi protocolli, oltre alla modifica dei confini distrettuali. E' probabile che nel corso del 2009 si produrrà un parziale assestamento delle variazioni sopra mostrate.

Dall'analisi sopra riportata appare necessario sviluppare ulteriormente le attività di assistenza domiciliare nell'ottica di soddisfare al meglio le reali necessità del paziente, cercando di utilizzare al meglio e in modo appropriato le risorse disponibili (per le strategie relative alle cure primarie vedi oltre, pag. 45).

In relazione poi alle attività e ai consumi ospedalieri si rinvia all'approfondimento del successivo paragrafo 2.2, pag. 28 e seguenti, illustrando in questa sede solo alcuni aspetti, l'andamento del tasso di ospedalizzazione dei residenti della provincia e della complessità della casistica prodotta dalle strutture aziendali.

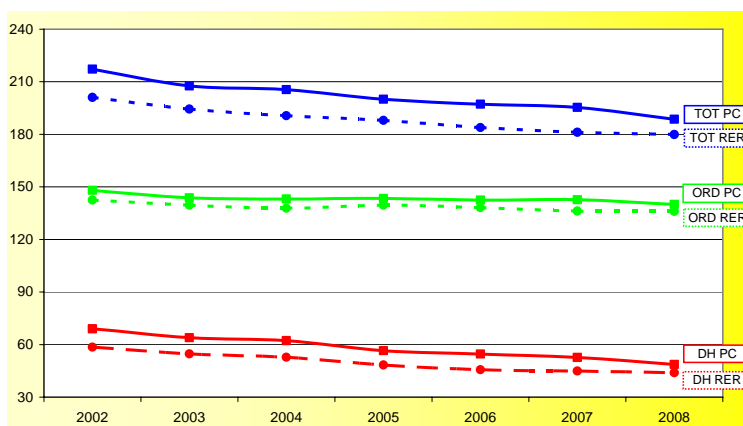


Figura 8: Tasso di ospedalizzazione standardizzato residenti AUSL PC, 2002-2008

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età è progressivamente diminuito, anche se resta in maniera ancora consistente al di sopra della media regionale (vedi Figura 8). Il dato 2008 è stato costruito considerando la mobilità passiva extraregionale uguale a quella del 2007, non essendo ancora disponibile il dato 2008. Per un approfondimento per linea produttiva si rimanda come detto al successivo paragrafo 2.2, pag. 28.



In particolare in relazione al day hospital, tutta la differenza è a carico dei casi medici, spesso ricoverati fuori regione. Per un approfondimento del fenomeno della mobilità passiva si veda il successivo paragrafo 2.1, pag. 23.

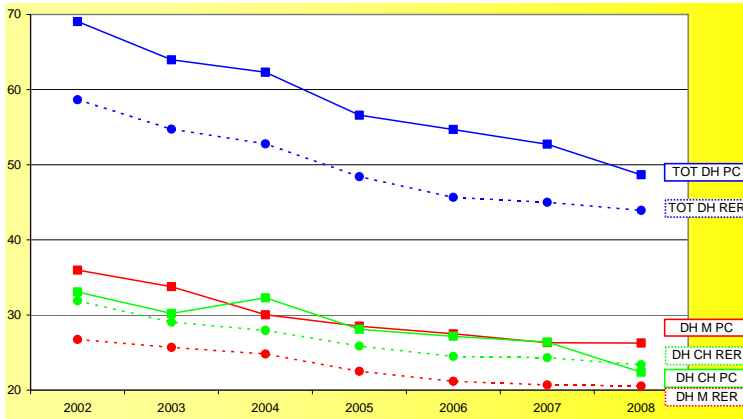


Figura 9: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in day hospital residenti AUSL PC

Nell' stesso periodo è notevolmente aumentata il peso della casistica trattata dalle strutture ospedaliere aziendali (vedi Figura 10), che dimostra la sempre maggiore capacità dei professionisti di affrontare patologie complesse, oltre alla ritrovata fiducia dei pazienti, che decidono di non ricorrere a strutture extraaziendali.

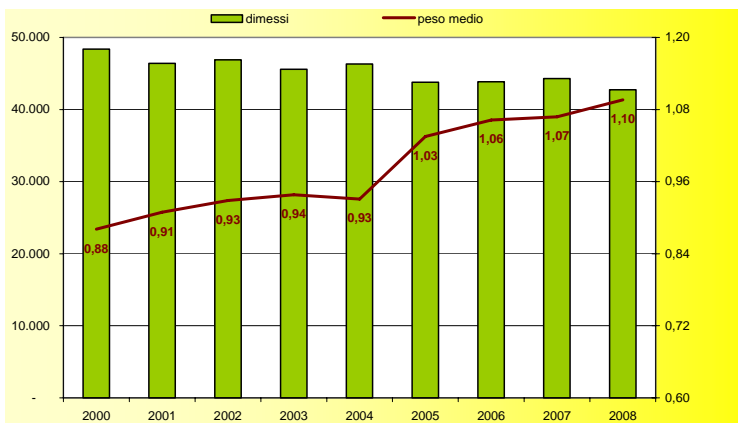


Figura 10: trend dimessi e peso medio per caso

Dal punto di vista del governo dei costi infine, l'azienda sta continuando a perseguire il progressivo allineamento con le medie regionali in termini di costi procapite (vedi la successiva Figura 11).

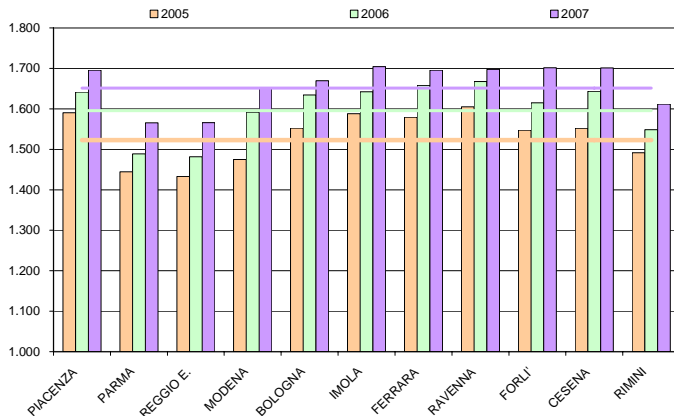


Figura 11: costo medio procapite aziende RER

Nel 2005 il differenziale tra i costi sostenuti dall'ASL di Piacenza e la media regionale era pari a quasi 68 euro pro capite, diventati 46 nel 2006 e 44 nel 2008. Pur di fronte ad un trend positivo, va tenuta in considerazione l'influenza sui costi aziendali determinata dalla mobilità passiva, rispetto ai quali le leve di governo diretto dell'Azienda sono assai limitate.

Un elemento specifico che vale la pena approfondire in termini di costi procapite è quello relativo ai *consumi di protesica e integrativa* che, sia per le caratteristiche di una popolazione sempre più anziana, sia per l'introduzione di prodotti sempre più innovativi e sofisticati, presentano l'incremento più rilevante nel corso degli ultimi anni, assorbendo una quantità sempre maggiore di risorse territoriali.

Sulla base di una comparazione dei dati di bilancio regionali degli anni 2003-2006 è risultato che l'AUSL di Piacenza presentava il costo pro-capite pesato, quindi già al netto della struttura per età della popolazione, più alto di tutta la regione.

La successiva Figura 12 rappresenta l'andamento del costo procapite della provincia di Piacenza confrontato con il dato medio regionale.

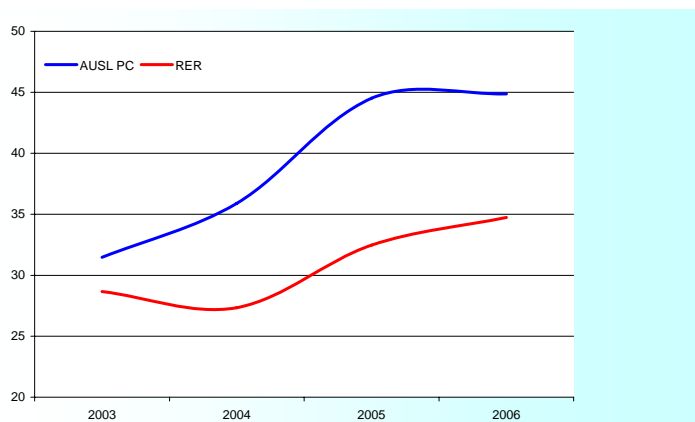


Figura 12: spesa procapite pesata assistenza protesica e integrativa



Nel complesso, nel periodo 2003-2006 la spesa dell'AUSL di Piacenza è aumentata del 43%, mentre quella media regionale è aumentata del 21%. Solo nel 2006 si è assistito ad un'inversione del trend a seguito delle prime azioni messe in campo dall'Azienda.

Tale situazione è stata determinata sicuramente dai fattori sopra evidenziati (aumento della popolazione anziana e sviluppo dei prodotti), ma anche e soprattutto da una tendenza di garantire comunque gli ausili al paziente, senza particolari verifiche sull'appropriatezza e l'utilizzabilità degli stessi, anche in relazione alle caratteristiche delle abitazioni.

Non sono disponibili comparazioni per l'anno 2007 e 2008, ma l'andamento dei costi a livello aziendale mostra comunque un trend incrementale dovuto soprattutto all'assistenza integrativa (prodotti per il diabete, la celiachia e la nutrizione enterale). La successiva Figura 13 mostra l'andamento dei costi aziendali del periodo 2005-2008, distinti per integrativa e protesica, tenendo come base il 2005.

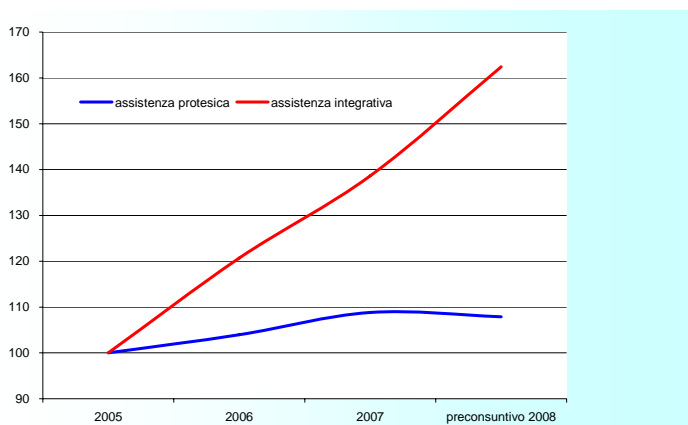


Figura 13: incremento costi integrativa e protesica, 2005-2008

Alla luce degli andamenti sopra esposti, l'Azienda ha dal 2006 avviato progressivamente una serie di azioni al fine di ottenere il più appropriato utilizzo delle risorse in oggetto. E' stata aggiudicata una gara per garantire la corretta fornitura di prodotti standardizzati (carrozzine, letti, ecc.) ai pazienti alle migliori condizioni economiche. Più di recente è stata rivista la procedura di autorizzazione con revisione di alcuni protocolli prescrittivi ed è stato limitato il numero degli specialisti prescrittori al fine di garantire maggiore omogeneità e correttezza.

Altro elemento di spesa da approfondire è la *farmaceutica territoriale*, rispetto alla quale l'Azienda presenta valori sempre tra i più bassi all'interno della regione in termini di spesa pro-capite pesata: si passa dal primo posto dell'anno 2004 al terzo del 2008 (vedi).



	AUSL PC	RER	differenza	Posizione in RER
2004	174,78	195,86	21,08	1
2005	169,84	187,57	17,73	2
2006	175,5	189,46	13,96	2
2007	174,02	182,25	8,23	2
2008	167,83	174,27	6,44	3

Tabella 3: spesa farmaceutica netta procapite pesata 2004-2008

L'ottima performance dell'azienda è conseguenza di una serie di azioni già attuate (distribuzione diretta dei farmaci, accordo aziendale con gli MMG, ecc.) ma il mantenimento di tale risultato è ora particolarmente impegnativo, visti i sempre minori spazi di manovra. La variazione percentuale della spesa complessiva aziendale rispetto alla media regionale ha visto peggiorare nel tempo le performance aziendali: nel 2004 l'Azienda aveva ottenuto la miglior performance regionale, successivamente si è collocata nelle posizioni di retrovia fino alla prima metà dell'anno 2008.

Andamento spesa			
	Piacenza	Media RER	Posizione AUSL
2004/2003	2,8%	5,2%	1
2005/2004	-1,9%	-3,1%	10
2006/2005	4,2%	1,9%	10
2007/2006	-0,1%	-3,0%	11
2008/2007	-2,6%	-3,2%	6

Tabella 4: spesa farmaceutica netta procapite pesata variazioni percentuali 2004-2008

Per contrastare questo andamento, nel corso della seconda metà del 2008 l'Azienda ha intensificato le azioni in termini di consulenza e contatto con i medici di medicina generale nei Nuclei di Cure Primarie, ottenendo risultati molto importanti. Analizzando l'andamento dell'anno 2008 per semestre si rileva che nel primo l'Azienda presentava una variazione pari a -1,80% rispetto ad una media regionale di -3,90%, mentre nei secondi 6 mesi dell'anno si è avuta un'inversione di tendenza e si rilevata una variazione di -3,35% rispetto alla media regionale di -2,43%. Infine nel mese di dicembre l'AUSL di Piacenza ha presentato una riduzione di 0,22% rispetto ad un andamento col segno positivo di tutte le altre Ausl della Regione (media RER +4,95%).

L'attività di distribuzione diretta evidenzia nel 2008 un incremento medio regionale superiore a quello dell'AUSL di Piacenza. Nel mese di gennaio 2009 l'Azienda ha avviato la distribuzione diretta centralizzata nelle farmacie ospedaliere con l'obiettivo di migliorare il servizio agli utenti e sviluppare ulteriormente tale attività.

	Piacenza		Media RER	
	Convenzionata	Diretta	Convenzionata	Diretta
2006	83,9%	16,1%	84,5%	15,5%
2007	83,4%	16,6%	83,2%	16,8%
2008	82,3%	17,7%	81,5%	18,5%

Tabella 5: composizione spesa farmaceutica



In sintesi l'Azienda presenta risultati che si collocano al vertice delle performance regionali e dopo qualche anno di difficoltà, ha ulteriormente migliorato le proprie performance ed il proprio posizionamento.

Come accennato in precedenza, sono inoltre state poste le basi per una particolare intensificazione delle azioni sopra indicate, tra cui:

- centralizzazione e potenziamento della distribuzione diretta;
- aumento della distribuzione per conto secondo le linee regionali;
- aggiornamento e sviluppo degli accordi in essere con gli MMG, quali ad esempio nuovi obiettivi sui farmaci generici e/o genericati;
- confronto all'interno dei Nuclei di Cure Primarie, tra MMG e professionisti della farmacia territoriale e delle cure primarie;
- coinvolgimento dei professionisti ospedalieri;
- adesione a sperimentazioni innovative incentivate dalla regione o da specializzati istituti universitari.

I risultati storici evidenziano infatti da un lato l'importanza dell'attività di distribuzione diretta, dall'altro un buon comportamento prescrittivo complessivo all'interno dell'AUSL di Piacenza.

2.1 Approfondimenti: la mobilità

Il "problema" mobilità in Azienda è stato affrontato negli anni attraverso strategie e azioni molto diverse tra loro: da chi nella seconda metà degli anni '90 ha fatto del rientro dalla mobilità la principale leva per il risanamento dell'Azienda, a chi nelle ultime due gestioni ha puntato invece sulla qualificazione della produzione interna e sul conseguente recupero di attrattività da parte degli ospedali della rete provinciale, nonché sulla definizione di accordi col privato accreditato in una logica di complementarietà nella produzione.

Il fenomeno ha dimensioni imponenti concentrate principalmente in tre categorie: degenza, specialistica ambulatoriale e somministrazione farmaci. La tabella successiva illustra l'entità del fenomeno negli anni dal 2002 al 2007.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
degenza	45,059	46,390	48,053	49,653	49,724	49,862
specialistica	4,112	5,003	5,468	5,781	6,329	7,805
somministrazionefarmaci	1,501	1,780	2,117	2,330	2,902	3,167
altro	1,097	1,162	1,249	1,186	1,181	1,141
totale	51,769	54,334	56,887	58,951	60,136	61,975

Tabella 6: Importi mobilità passiva in milioni di €

Il primo Piano Strategico Aziendale ha offerto un'analisi molto approfondita del fenomeno, ma molte cose sono cambiate da allora. Pare quindi opportuno, a distanza di quasi sette anni, fotografare nuovamente il comportamento dei residenti della Provincia che si rivolgono alle strutture esterne, soprattutto extraregionali, e analizzarne gli andamenti sotto diversi punti di vista, per poterne ricavare gli elementi distintivi e orientare le strategie in proposito.



Due caratteristiche si possono agevolmente cogliere, perché legate a caratteristiche fisiche della Provincia e specifiche dell'Azienda.

Da un lato ovviamente ha un peso importante la posizione geografica della provincia di Piacenza, incuneata nel territorio lombardo, che rende molto più facilmente raggiungibili sedi situate fuori regione: alcuni Comuni sono molto più vicini a Cremona che non alla stessa Piacenza.

In particolare tale mobilità che potrebbe essere definita "geograficamente fisiologica" è riscontrabile in relazione ai comportamenti dei residenti nei comuni dell'area nord del distretto di Levante (in particolare Castelvetro e Monticelli d'Ongina).

I consumi di degenza per i residenti dei comuni citati avvengono fuori provincia sistematicamente per quasi l'80%, e in particolare in provincia di Cremona per oltre il 50%. In relazione alla specialistica ambulatoriale le percentuali salgono per le strutture di Cremona a oltre il 60% del consumo totale, mentre scende la quota delle altre strutture extraprovincia. Restrungendo l'analisi alla sola diagnostica infine, la percentuale di prestazioni consumate a Cremona sale a oltre il 70%, ed è in costante crescita, soprattutto in considerazione della forte offerta garantita, e nonostante il continuo incremento di produzione e potenziamento tecnologico aziendali.

Tale "super offerta" fa anche sì che il consumo medio pro-capite dei residenti in quei comuni sia significativamente e sistematicamente più alto che nel resto della provincia, e ciò rappresenta un indicatore di probabile inappropriatazza. Lo si può notare sia a livello complessivo che soprattutto in relazione alla diagnostica, settore che fino al 2006 ha rappresentato quasi totalmente il maggior consumo (vedi la successiva Tabella 7). L'incremento delle prestazioni non diagnostiche del 2007 è dovuto ad un aumento generalizzato a cui ha contribuito in maniera significativa il passaggio da ricovero ad ambulatoriale degli interventi sul cristallino ed il tunnel carpale.

	2003	2004	2005	2006	2007
Totale specialistica ambulatoriale					
Castelvetro-Monticelli	135,9	164,2	163,9	177,6	213,7
resto della provincia	124,9	148,2	155,3	159,4	184,6
differenza	11,0	16,0	8,5	18,2	29,1
Diagnostica					
Castelvetro-Monticelli	56,0	59,7	64,8	61,1	73,0
resto della provincia	36,7	44,3	49,4	45,4	57,8
differenza	19,2	15,4	15,4	15,7	15,2

Tabella 7: consumo di prestazioni specialistiche e diagnostiche 2003-2007

D'altro canto l'Azienda di Piacenza è territoriale: gestisce direttamente i propri ospedali e non è sede di Università, e di conseguenza dipende da altri produttori per tutte le alte specialità. Inoltre non tutte le discipline di ricovero sono rappresentate all'interno degli ospedali provinciali, quindi per le patologie ad esse afferenti è gioco-forza rivolgersi altrove. Dalla tabella sottostante si osserva come il relativo trend sia in incremento anno per anno, con l'unica eccezione del 2005. In tale anno si è registrato un calo dei casi di



cardiochirurgia in Lombardia solo parzialmente trasferiti sulle strutture pubbliche emiliane, contemporaneamente si è assistito ad un calo di casi di tracheotomia (ricompresi nella disciplina neurochirurgia) e un calo dei casi di neuroriabilitazione, non confermati negli anni successivi. In particolare tra il 2005 ed il 2006 si è registrato un forte incremento per la neuroriabilitazione (si tratta del caso "Montescano" trattato più in dettaglio successivamente). Se escludiamo tale disciplina dal computo di ogni singolo anno, il range di variazione tra l'importo annuo più alto e quello più basso si dimezzerebbe passando da € 3.188.126 ad € 1.521.082.

Se inoltre escludiamo il 2005 che appare un anno sostanzialmente anomalo, il range di variazione all'interno del periodo è di soli €. 455.597, per cui l'AUSL di Piacenza presenta una mobilità passiva "fisiologica" per discipline non rappresentate di circa 10 milioni di euro.

disciplina	2002	2003	2004	2005	2006	2007	media 2002-2007
cardiochirurgia	5.897.829	5.495.257	5.186.364	4.741.567	5.156.051	5.052.114	5.254.864
cardiochirurgia pediatrica	53.428	25.733	57.047	98.932	96.361	119.393	75.149
grandi ustioni	206.438	350.200	299.421	201.365	298.976	495.457	308.643
medicina lavoro	56.591	27.553	52.832	38.739	43.587	37.380	42.780
neurochirurgia	2.307.527	3.027.815	2.723.254	2.595.565	3.053.353	3.128.997	2.806.085
neurochirurgia pediatrica	43.528	79.590	26.641	58.329	116.308	42.849	61.208
neuroriabilitazione	36.511	492.935	808.648	479.107	1.787.089	2.296.015	983.384
oncoematologia pediatrica	234.435	249.080	541.178	245.937	334.644	458.090	343.894
terapia int. neonatale	288.523	328.779	184.743	89.976	67.367	74.357	172.291
trapianto rene	198.201	139.440	196.369	131.955	154.778	164.946	164.282
totale discipline non presenti	9.323.011	10.216.381	10.076.498	8.681.471	11.108.514	11.869.597	10.212.579

Tabella 8: valore della mobilità passiva per discipline non presenti in Azienda

Altro aspetto da approfondire è l'appropriatezza del ricorso a strutture fuori regione: se per alcuni anni erano stati forti i dubbi sull'appropriatezza dei ricoveri soprattutto in Lombardia, bisogna riconoscere che un recupero di appropriatezza negli ultimi anni è evidente. A supporto di ciò, si segnala:

- forte contrazione dei day hospital per trasferimento in ambulatoriale degli interventi per cataratta e tunnel carpale con complessivo calo dei casi a basso peso;
- incremento medio della complessità dei casi ordinari;
- progressiva riduzione dei casi medici soprattutto in day hospital.

La successiva Tabella 9 mostra le differenze tra 2006 e 2007 in termini di classi di peso dei ricoveri ordinari e di day hospital in mobilità passiva.

classe di peso	casi 06-07 ordinari	casi 06-07 day hospital
<0,6	+55	-809
0,6-1,0	-13	-338
1,0-2,0	+58	+126
>2,0	+96	-7
totale	+196	-1.028

Tabella 9: differenza casi in mobilità 2006-2007 per classe di peso



Il recupero di appropriatezza che traspare dai dati precedenti è confermato anche dalla serie storica dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza, cioè trattati in ricovero ordinario superiore ad un giorno.

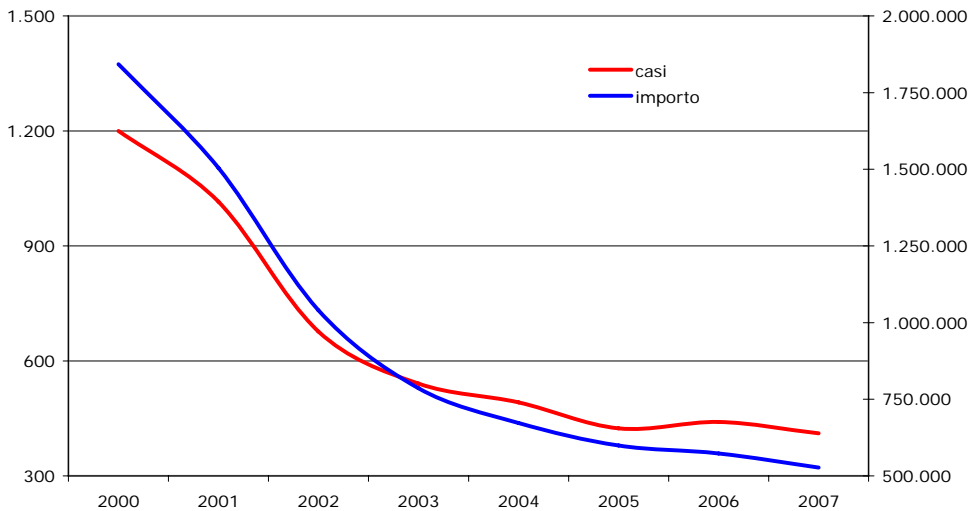


Figura 14: trend mobilità DRG ad alto rischio di inappropriatezza 2000-2007

Restano tuttavia alcune singole situazioni di forte inappropriatezza, a volte diverse di anno in anno, come ad esempio:

- il tasso di parti cesarei presso l'Ospedale di Codogno: sia nel 2006 che nel 2007 si è osservata una percentuale relativa a pazienti piacentine decisamente superiore al dato medio dell'AUSL di Piacenza, precisamente: nel 2006 53% contro 33% e nel 2007 48% contro il 35%;
- pazienti ricoverati in reparti di riabilitazione ad alta complessità (codificate come neuroriabilitazione, codice 75) a fronte di condizioni cliniche che non sembrano giustificare tale scelta, come si osserva ad esempio presso la Fondazione Maugeri di Montescano; tra il 2005 ed il 2006, in concomitanza con l'attivazione di posti letto specifici, si è verificato un forte passaggio di casi dal codice 56 al codice 75; nella maggioranza dei casi i pazienti entrano su richiesta del medico di medicina generale e non perché trasferiti da strutture per acuti come generalmente avviene in Emilia Romagna; i dati 2007 confermano l'utilizzo della disciplina di neuroriabilitazione per patologie di dubbia appropriatezza. A seguito di tali incrementi, i piacentini totali dimessi dal codice 75 sono passati dai 29 dell'anno 2005 ai 94 dell'anno 2006 e ai 103 (di cui 46 a Montescano) dell'anno 2007;
- pazienti ricoverati per il trattamento riabilitativo dell'obesità, come si osserva presso la Casa di Cura Villa Esperia di Godiasco (PV) nel corso del 2007 e non presenti negli anni precedenti;
- il ricorso a procedure diagnostiche invasive correlate a patologie cardiologiche (soprattutto coronarografie), alle quali in oltre la metà dei casi non sono seguite procedure terapeutiche invasive quali la PTCA contro un valore regionale tra il 10 e il 20%, presso la Nuova casa si cura "Città di Alessandria"



Tutte le casistiche sopra descritte presentano oltre a evidenti sintomi di inappropriatazza, oneri economici incrementali per l'AUSL di Piacenza che però è sostanzialmente impossibilitata a effettuare verifiche e/o ottenere soddisfazione delle proprie contestazioni e deve invece sopportare le conseguenze negative che ne derivano a livello di bilancio.

Permangono inoltre dubbi in relazione all'attività in regime ambulatoriale, sempre in crescita negli ultimi anni, soprattutto nelle prestazioni di diagnostica. E' già stato evidenziato nell'analisi dei due comuni limitrofi alla provincia di Cremona come una notevole offerta si accompagni ad un maggior consumo pro-capite.

	2003	2004	2005	2006	2007	delta % 2002-2007
VISITE	705.840	784.566	806.218	848.249	1.084.960	54%
DIAGNOSTICA	2.972.912	3.157.220	3.601.818	3.851.331	4.041.477	36%
LABORATORIO	994.730	1.122.161	1.218.378	1.390.381	1.528.220	54%
RIABILITAZIONE	35.036	33.389	36.694	39.752	46.681	33%
TERAPEUTICHE	920.397	1.043.807	998.407	1.127.944	2.112.913	130%
ALTRO	737	161.899	22.350	4.917	581	-21%
TOTALE GENERALE	5.629.653	6.303.041	6.683.866	7.262.574	8.814.833	57%

Tabella 10: importi mobilità passiva per prestazioni ambulatoriali 2003-2007 per tipologia

Inoltre va sottolineato come per molte linee di produzione, o addirittura singoli DRG, si evidenzino importanti variazioni tra un anno e l'altro, non prevedibili e rispetto alle quali è quindi difficile improntare misure di contenimento.

La tabella sottostante, volutamente estesa su un ampio arco temporale riporta le maggiori variazioni anno per anno relative agli importi della degenza ed una variazione cumulativa del 2007 rispetto al 1999: in rosso le variazioni al primo posto in ordine decrescente di valore ed in arancione quelle al secondo posto.

Come si può osservare, si tratta di linee sempre diverse da un anno all'altro, anche se altalenanti: ad esempio l'ortopedia S si colloca al primo posto in tre anni e lo stesso succede per l'altra patologia medica in cui sono inclusi i casi di tracheostomie. Caso a parte, come già detto sopra, la neuroriabilitazione.

linea di produzione	2000 vs. 1999	2001 vs. 2000	2002 vs. 2001	2003 vs. 2002	2004 vs. 2003	2005 vs. 2004	2006 vs. 2005	2007 vs. 2006	2007 vs. 1999	2007 vs. 1999 %
altra patologia medica	838.165	-704.068	611.371	-289.387	496.902	571.863	-941.410	489.970	1.073.407	41%
cardiologia M	120.006	-54.614	983.990	-937.520	129.630	-199.275	85.561	295	128.074	12%
cardiologia S	785.272	-1.220.760	526.404	25.146	-325.803	-91.486	746.947	333.001	778.721	10%
chemioterapia	-103.836	241.623	-131.173	182.904	387.976	-318.990	-85.400	31.228	204.331	14%
gastroenterologia S	657.520	148.491	338.225	-483.801	-20.910	43.779	133.001	429.172	1.245.477	76%
ginecologia	-6.874	236.904	59.010	70.470	154.590	-38.046	194.005	57.305	727.362	74%
neurologia S	47.227	55.714	72.032	351.265	124.538	188.912	50.793	-76.757	813.725	51%
ortopedia S	191.226	490.016	450.477	751.465	281.648	935.720	-303.041	899	2.798.409	77%
trapianti	75.895	-158.060	50.133	-114.909	153.757	280.903	359.933	-327.870	319.783	35%
tumori M	-27.615	44.721	70.394	295.651	-215.166	-30.637	-155.277	-30.110	-48.039	-4%
vascolare S	-45.988	30.807	298.727	-78.784	-40.068	33.999	99.239	432.373	730.305	105%
neuroriabilitazione	6.866	-3.479	-12.884	456.424	315.714	-329.542	1.307.982	508.927	2.250.007	4890%

Tabella 11: variazioni mobilità passiva per linea di produzione 2000-2007

Va aggiunto infine come a volte gli spostamenti anche di un singolo professionista determinino ingenti flussi di pazienti verso la struttura dove questo si trovi ad operare.



Alcuni esempi emblematici:

- nel 1999 si osserva un forte flusso di degenza in mobilità passiva per patologia ortopedica verso l'Ospedale di Novi Ligure; nel gennaio del 2000 l'Azienda ha assunto il professionista ortopedico che operava in quell'ospedale e nel 2000 la mobilità passiva si è ridotta da 484.056 € a 6.788 €;
- nel corso del 2005 un professionista ginecologo si è trasferito dall'Azienda all'Ospedale di Codogno e le linee di produzione "ostetricia M" ed "ostetricia S" sono aumentate dai 173.607 € del 2005 ai 275.860 € del 2006;
- nel gennaio 2007 un professionista chirurgo esperto in patologia venosa si è trasferito dall'Azienda ad una Casa di Cura privata di Cremona e la degenza in mobilità passiva per la linea di produzione "vascolare S" è aumentata dai 17.628 € del 2006 ai 512.264 € del 2007.

In questo contesto solo alcune leve sono in mano all'Azienda, che quindi:

- proseguirà nella qualificazione della propria produzione in regime di ricovero (vedi la linea strategica 1 "Gli ospedali in rete", pag. 40 e seguenti);
- qualificherà ulteriormente gli accordi col privato locale, prevedendo anche un budget aggiuntivo finalizzato al recupero della mobilità passiva, in particolare nelle discipline di ortopedia e oculistica;
- svilupperà le azioni in atto e ne attuerà altre per "fidelizzare" i pazienti anche attraverso i loro Medici di Medicina generale, ad esempio: il decentramento della diagnostica di base presso le Medicine di Gruppo e la definizione, adozione e valutazione di percorsi sulle patologie più frequenti (vedi linea strategica 2, "La rete territoriale sanitaria e sociosanitaria", pag. 44 e seguenti);
- appronterà, in linea con le indicazioni regionali, il piano per la specialistica e il contenimento dei tempi di attesa.

Il governo complessivo del fenomeno mobilità però può essere gestito solo attraverso accordi bilaterali tra regioni, incentrati su sistematiche verifiche dell'appropriatezza e la definizione di volumi di prestazioni.

2.2 Approfondimenti: produzione e consumo di ricoveri ospedalieri

L'analisi che segue, corredata da alcuni dati di tipo strutturale, ha l'obiettivo di evidenziare qual è stata nell'ultimo triennio la capacità della rete ospedaliera dell'AUSL di rispondere alla domanda di assistenza espressa dai residenti del territorio provinciale, ed illustrarne alcune specificità.



	2006	2007	2008
PPLL Ordinari	716	707	718
PPLL Day Hospital	111	112	108
Tasso di Occupazione	85,6%	86,8%	85,8%
Ricoveri ordinari	32.981	33.255	32.985
di cui chirurgici	11.050	11.017	11.269
Ricoveri DH	10.886	11.038	9.742
di cui chirurgici			
di cui medici oncologici			

Tabella 12: dati strutturali e di attività ospedaliera 2006-2008

Il tasso di occupazione relativo all'intera rete ospedaliera aziendale, che si attesta intorno all'86%, dimostra un buon livello di utilizzo delle potenzialità della rete. In particolare l'ospedale di Piacenza presenta tassi di occupazione vicini al 90%, e ha quindi possibilità minime di incremento della produzione, mentre gli altri ospedali della rete hanno più margini.

Non sembra, tuttavia, che un tasso di occupazione così alto negli ospedali dell'AUSL sia correlabile ai ricoveri dei DRG ad alto rischio di inappropriately, che risultano in percentuale accettabile per quanto riguarda la produzione della rete ospedaliera pubblica di Piacenza e in linea con gli altri produttori regionali e nazionali.

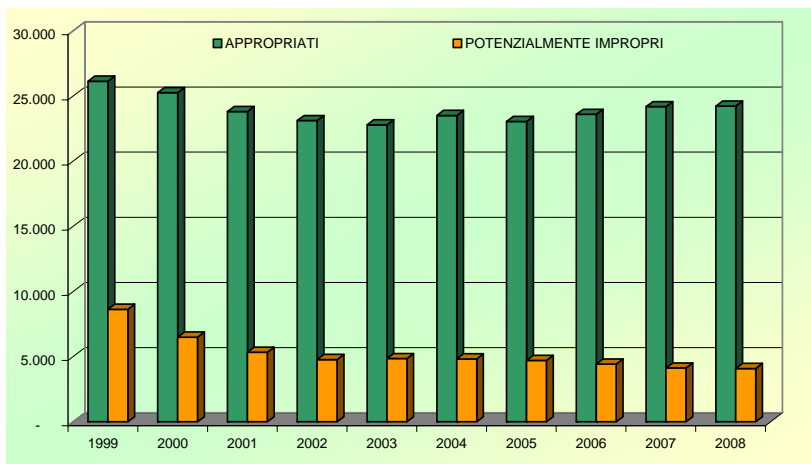


Figura 15: DRG potenzialmente impropri AUSL PC 1999-2008

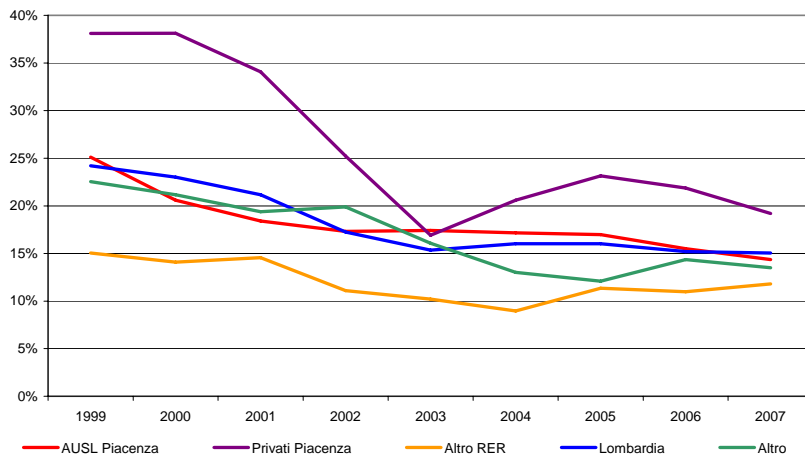


Figura 16: % DRG potenzialmente impropri tutti i produttori 1999-2007

L'attività svolta a favore di residenti fuori provincia è rappresentata nella successiva Tabella 13 e rappresenta circa il 15% del totale dell'attività.

VALORI ASSOLUTI	2006	2007	2008
Giornate degenza	34.367	34.136	33.074
Ricoveri ordinari totali	4.753	4.857	4.785
Ricoveri ordinari chirurgici	1.941	1.954	2.017
Ricoveri DH	1.486	1.445	1.352
% SUL TOTALE DELLA PRODUZIONE	2006	2007	2008
Giornate degenza	15,4%	15,2%	14,7%
Ricoveri ordinari totali	14,4%	14,6%	14,5%
Ricoveri ordinari chirurgici	17,6%	17,7%	17,9%
Ricoveri DH	13,7%	13,1%	13,9%

Tabella 13: dati di attività ospedaliera per non residenti 2006-2008

Ai dati strutturali e di attività dell'azienda vanno affiancati i dati di consumo della popolazione per poter pianificare una risposta adeguata al bisogno espresso. I dati si riferiscono al 2007, ultimo anno per il quale si dispone di dati completi della mobilità extraregionale.

Nel 2007 si è registrato un tasso di ospedalizzazione grezzo pari a complessivi 209 ricoveri ogni 1.000 abitanti, contro un tasso medio regionale di 189 (+11%). I ricoveri sono stati erogati per il 65% dei casi in strutture pubbliche aziendali, per il 9% in strutture private provinciali, per il 9% da strutture extra provinciali all'interno della regione e per il restante 19% in strutture extraregionali.

Tasso di Ospedalizzazione	Totale	Ricoveri Ordinari	Ricoveri Day Hospital
Totale Pc	209	156	54
Totale rer	189	144	44
Scostamento %	11%	8%	23%

Tabella 14: tasso di ospedalizzazione 2007 PC e medio regionale



Il tasso di ospedalizzazione, scomposto in ricoveri ordinari e day hospital, vede un maggior consumo rispetto alla media regionale dell'8% per i ricoveri ordinari e del 23% per i day hospital. La distribuzione tra soggetti erogatori non varia sostanzialmente dal dato complessivo per i ricoveri ordinari, mentre per i day hospital vede una percentuale maggiore erogata nei presidi fuori regione.

Composizione % del consumo (casi)	Totale	Ricoveri Ordinari	Day Hospital
Pubblico Pc	65%	65%	63%
Privato Pc	9%	10%	9%
Infra rer	7%	7%	7%
Extra rer	19%	18%	20%
Totale	100%	100%	100%

Tabella 15: composizione del consumo di ricoveri dei residenti 2007

L'analisi dei consumi può essere integrata con un approfondimento relativo alle linee di produzione rispetto alle quali si osserva un consumo di prestazioni di ricovero ospedaliero superiore (per 14 linee) o inferiore (per 4 linee) alla media regionale di almeno lo 0,5 per mille.

linea di produzione	PIACENZA	EMILIA ROMAGNA	DIFF.
tumori M	13,11	6,63	6,48
chemioterapia	9,71	6,49	3,22
gastroenterologia M	12,42	9,68	2,74
oculistica S	6,77	4,54	2,23
riabilitazione	3,7	1,61	2,09
neurologia M	11,22	9,31	1,91
vascolare M	4,19	2,66	1,53
vascolare S	4,77	3,58	1,19
altra patologia medica	8,53	7,35	1,18
ortopedia M	5,88	4,86	1,01
urologia M	6,02	5,44	0,58
cardiologia M	15,25	14,7	0,55
apparato respiratorio M	9,68	9,15	0,53

Tabella 16: linee di produzione con consumi superiori alla media RER

Gli elementi che emergono dall'analisi vanno approfonditi al fine di adottare azioni che consentano il riallineamento verso i valori medi regionali. Diventa in questo caso determinante per il raggiungimento dell'obiettivo la partecipazione dei produttori e la controllabilità degli stessi, che risulta possibile nel caso in cui il produttore prevalente sia locale, più difficile invece la controllabilità dei produttori verso i quali l'azienda non ha strumenti di azione diretta, in particolare quelli fuori regione.

Le prime linee su cui intervenire sono quelle a forte controllo interno, quali ad esempio quelle con una produzione locale (privati compresi) superiore al 75%, in particolare l'oculistica chirurgica, la gastroenterologia medica, la riabilitazione, i tumori medici, la neurologia medica e la vascolare medica.



linea di produzione	PIACENZA	EMILIA ROMAGNA	DIFF.
psichiatria	3,12	4,61	-1,49
ostetricia M	9,45	10,7	-1,25
neonatologia	8,87	9,86	-0,99
urologia S	4,74	5,7	-0,96

Tabella 17: linee di produzione con consumi inferiori alla media RER

L'analisi dell'attività erogata dagli ospedali della rete provinciale può essere completata con un approfondimento sui DRG dimessi dai vari reparti secondo l'appartenenza ad una specifica linea di produzione³. L'analisi presenta un confronto, rispetto alla media RER, della concentrazione dei DRG appartenenti ad una linea di produzione rispetto ai reparti di dimissione: quanto più risulta concentrata, ossia la dimissione dei DRG avviene da un reparto unico destinato alla specifica branca specialistica, tanto più vi è certezza che il reparto è fortemente specializzato e sono meno probabili problemi di inefficienza organizzativa; al contrario, quanto più la dimissione dei DRG appartenenti ad una linea di produzione è diffusa tra i reparti, che non hanno quella specifica vocazione, tanto più esiste la probabilità che vi sia una carenza di produzione o un problema di tipo organizzativo da risolvere.

Il benchmark di riferimento è la media regionale: se il dato è maggiore della media RER vi è maggiore concentrazione delle dimissioni da un reparto specifico; se, viceversa, il tasso è inferiore alla media RER, il DRG viene dimesso da più reparti.

Linea di produzione	> media RER	< media RER	= media RER
Pneumologia	Oncologia Malattie infettive	Pneumologia Riabilitazione	Medicina d'urgenza Medicina generale
Cardiologia	Cardiologia Med. Generale	Astanteria Lungodegenza Geriatría	
Chemioterapia	Ematologia Med. Generale Urologia		
Chirurgia tiroidea	Chir. Generale	ORL	
Gastroenterologia	Gastroenterologia	Medicine	
Neurologia	Riabilitazione / RRF	Geriatría Lungodegenza	
Traumatismi	Neurologia Chir. Generale	Med. Urgenza	
Tumori	Ematologia Oncologia Gastroenterologia Urologia	Geriatría Med. Generale	
Urologia			Pediatria
Chirurgia Vascolare	Chirurgia Generale	Chir. Vascolare	

Tabella 18: concentrazione linee di produzione - confronto con la media RER

Dall'analisi precedente emergono alcune considerazioni, che in parte possono offrire spunti per azioni riorganizzative o programmatiche, in parte descrivono

³ Le linee di produzione sono raggruppamenti di DRG definiti a livello regionale



invece eventi e/o condizioni carattere logistico, anche transitorie e quindi destinate a modificarsi nel tempo:

- la pneumologia sconta una riconosciuta carenza di tipo strutturale, che determina una maggiore dispersione della casistica presso altri reparti;
- la presenza dell'area critica nelle medicine periferiche, o come reparto a sé a Piacenza, determina la maggiore concentrazione di DGR cardiologici presso i reparti di medicina;
- la chirurgia tiroidea, che in azienda è per la maggior parte erogata nelle chirurgie generali, nel resto della regione viene gestita soprattutto dai reparti di otorinolaringoiatria;
- la gastroenterologia, a Piacenza disciplina a sé con una specifica unità operativa, concentra la maggior parte della casistica, che nel resto della regione è gestita presso le medicine generali;
- i traumatismi sono maggiormente gestiti nel resto della regione in medicina d'urgenza/astanteria, mentre a Piacenza sono maggiormente inviati ai diversi reparti;
- i pazienti con interventi di chirurgia vascolare a Piacenza sono dimessi quasi totalmente dalla chirurgia generale;
- la geriatria e la lungodegenza scontano l'eccesso di offerta di riabilitazione sia pubblica che privata presente nella rete provinciale.

In conclusione si può affermare che molto lavoro è stato fatto sulla rete ospedaliera provinciale, che tuttavia presenta alcune criticità sia di carattere strutturale che funzionale. Attraverso il Piano degli investimenti (vedi oltre, pag. 78) l'Azienda cerca di superare le criticità strutturali, sempre tenendo conto dei vincoli che necessariamente lo condizionano. Dal punto di vista funzionale vanno definiti i percorsi e maggiormente strutturate le relazioni soprattutto con i MMG, in una visione di razionalizzazione e ammodernamento che riguarda tutta l'azienda, e le cui strategie e macroazioni saranno nel dettaglio illustrate nei successivi capitoli relativi a "Gli Ospedali in rete" (pag. 40 e seguenti) e "L'azienda tecnologica e logisticamente avanzata" (pag. 55 e seguenti).

3 Indirizzi regionali e locali

Gli indirizzi regionali legislativi e di politiche dei servizi negli ultimi anni vedono una concentrazione normativa legata a due grandi temi prevalenti, fra loro connessi:

- l'integrazione sociosanitaria;
- il Fondo Regionale della Non Autosufficienza.

L'attenzione sul tema dell'integrazione sociosanitaria è fortemente connotato a livello istituzionale, al punto che:

- l'Assessorato alla Sanità comprende ed unifica attualmente tutte le tematiche sociosanitarie della non autosufficienza, precedentemente affrontate dall'Assessorato delle Politiche Sociali;



- è stato istituito il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza in base alla L.R. 2/03 e art. 27 L.R. 27/2004
- la governance viene individuata come unica modalità di gestione del settore sociosanitario con riferimento decisionale forte nel Comitato di Distretto e nel Direttore di Distretto;
- viene approvato dall'Assemblea Regionale il primo Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 nel maggio 2008.

3.1 I contenuti del PSSR

IL Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 si caratterizza per l'enfasi riservata alla costruzione di un sistema integrato di servizi sociali, sociosanitari e sanitari finalizzato alla realizzazione di un nuovo welfare universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione. Per raggiungere questo obiettivo vengono individuate le seguenti direttrici:

- *l'integrazione come necessità*: l'integrazione a tutti i livelli delle politiche del territorio è il fulcro della visione regionale per l'innovazione ed il cambiamento rispetto al benessere e la salute dei cittadini. Più in concreto deve essere perseguita l'integrazione istituzionale fra servizi, professionisti ed operatori: si rafforza il ruolo di governo della Regione e dei Comuni, che integrano le politiche, nell'ambito della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e nei Comitati di Distretto; nascono nuovi organismi di pianificazione a livello regionale (la Cabina di Regia), a livello provinciale (l'Ufficio di Supporto) e a livello distrettuale (i Nuovi Uffici di Piano). Questi organismi fungono da supporto tecnico per le decisioni e le scelte di pianificazione e di governo che in materia di benessere dei cittadini devono essere effettuate ai vari livelli da parte delle Amministrazioni Locali e dell'Ausl;
- il *Fondo Regionale per la Non Autosufficienza*: in riferimento al fenomeno demografico dell'invecchiamento della popolazione ed all'avvio del Fondo Regionale della Non Autosufficienza, anche il Piano Sociale e Sanitario rimarca alcune priorità in ambito sociosanitario quali la scelta privilegiata del domicilio, la promozione di forme innovative di assistenza, il riconoscimento ed il sostegno a forme di auto-organizzazione delle famiglie con specifica attenzione alle assistenti familiari straniere;
- *l'innovazione*: ampio rilievo viene dato dal PSSR all'innovazione tecnologica, biomedica, ma anche organizzativa e professionale. In particolare viene dato rilievo, in ambito PRIER (Programma di ricerca ed innovazione dell'Emilia-Romagna), alla valutazione d'impatto di specifici interventi e tecnologie, specificamente per l'area cardiovascolare ed oncologica. Ampio spazio viene riservato agli strumenti della tecnologia informatica, tesi al miglioramento del lavoro degli operatori e per l'accesso ai servizi, ma anche come supporto a livello strategico alle politiche ed ai programmi. In ambito sociosanitario l'innovazione riguarda l'organizzazione dei servizi, con attenzione al sistema d'accesso, all'accreditamento, alla multidimensionalità dei bisogni, soprattutto delle fasce deboli.



- la comunicazione e la partecipazione: per la sostenibilità del sistema è fondamentale l'uso appropriato dei servizi. Indispensabile diventa allora rafforzare la capacità dei cittadini di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute, orientando opportunamente i propri comportamenti e valorizzando la partecipazione dei cittadini nelle scelte della salute e nella programmazione sociosanitaria.

In particolare in riferimento all'area sanitaria:

- a livello territoriale il Piano insiste sulla valorizzazione del Distretto, quale punto di programmazione ed erogazione dell'assistenza primaria e quale luogo più appropriato di integrazione sociosanitaria, sulla conferma del ruolo e delle forme associative dei Medici di Medicina Generale, anche per favorire l'accessibilità del cittadino ai servizi;
- a livello ospedaliero viene individuato come obiettivo il modello delle reti integrate Hub and Spoke, con particolare riferimento all'area oncologica;
- a livello di Dipartimento di Sanità Pubblica e Salute Mentale il Piano raccomanda una maggior capacità di integrarsi con gli altri soggetti della rete, finalizzando anch'essi la propria azione al ben-essere dei singoli cittadini e della popolazione.

3.2 I contenuti dell'Atto di indirizzo

L'Atto di indirizzo è lo strumento attraverso il quale la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, rappresentativa dei 48 comuni della provincia, esercita la funzione di indirizzo e coordinamento in materia di benessere e di salute, fornendo orientamenti ed indirizzi guida per la pianificazione dei tre Distretti.

I presupposti su cui si basano gli indirizzi si richiamano a:

- una visione comunitaria di benessere sociale e di salute;
- una visione basata sull'equità distributiva e territoriale;
- una politica che veda integrati tutti gli aspetti del vivere del cittadino;
- la partecipazione e la responsabilizzazione di tutti i cittadini.

Il documento si compone inoltre del Profilo di Comunità, elaborato sulla base dell'analisi delle criticità, dei punti di forza ed opportunità su cui orientare la pianificazione, che si sta costruendo anche con l'apporto degli operatori sanitari nei Piani di Zona distrettuali per la salute ed il benessere.

Per realizzare concretamente i principi sopra enunciati e le sollecitazioni che derivano dal Profilo di Comunità, l'Atto fornisce anche indicazioni per la costruzione dei Piani distrettuali per il benessere e la salute, sia in relazione agli obiettivi di sistema che per target d'utenza.

Gli obiettivi di sistema riguardano:

- il consolidamento della rete distrettuale;
- azioni tese all'integrazione istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale;
- orientamenti per il piano strategico dell'Azienda;
- equità dei servizi per l'area montana;
- qualificazione e supporto per il lavoro di cura.



4 Mission e vision

L'Azienda conferma la propria mission già definita fin dal Piano Strategico 2002-2004 e confermata nel Piano Strategico 2005-2007, ma rendendola più attuale alla luce della nuova governance regionale e dei principi e valori di riferimento definiti nell'Atto Aziendale.

Mission dell'Azienda è quindi "la tutela della salute come diritto di cittadinanza, la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini, espressi in forma individuale o collettiva, attraverso interventi appropriati di prevenzione, promozione della salute, cura e riabilitazione, garantendo i livelli essenziali di assistenza, consolidando l'integrazione interistituzionale, organizzativa e professionale, in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse".

La *Vision*, che orienterà l'agire dell'Azienda e dei suoi professionisti nel triennio è stata discussa all'interno del Collegio di Direzione ed è stata sintetizzata in: "Azienda affidabile, competitiva e riconosciuta, capace di effettuare scelte sostenibili in grado di garantire qualità, sicurezza ed equità nel sistema di governance della salute, integrata nella rete locale e regionale, fondata su principi di etica pubblica. Riconosce i professionisti ed è riconosciuta attraverso le loro competenze, quale fulcro dell'innovazione organizzativa, del governo clinico, della ricerca, dell'integrazione intra ed extra aziendale".

5 Gli obiettivi strategici del triennio

Alla luce delle indicazioni regionali e locali, e degli elementi di contesto interno ed esterno, avendo a riferimento i propri valori fondanti, la propria mission e vision, l'Azienda si prefigge per il triennio cinque obiettivi di fondo, da declinare attraverso linee strategiche, a loro volta rese operative attraverso la definizione di macro azioni, che saranno descritte nei successivi capitoli:

1. lo sviluppo dei servizi, anche attraverso la riorganizzazione e la reingegnerizzazione dei processi, in coerenza con i cambiamenti del contesto e dei bisogni della popolazione di riferimento;
2. la messa in rete dei servizi e integrazione dei percorsi: per garantire una risposta integrata e centrata sui bisogni del paziente, l'Azienda si orienta all'elaborazione di percorsi per categorie specifiche di utenti e alla costituzione di reti organizzative integrate, sia a livello intra-aziendale che inter-aziendale;
3. il coinvolgimento degli stakeholders: l'Azienda intende proseguire nel dialogo instaurato con i propri stakeholders e proporsi quale interlocutore autorevole nei confronti del contesto sociale, delle istituzioni, delle aziende pubbliche e private;
4. la crescita dei professionisti, quale risorsa strategica per lo sviluppo dei servizi e la fidelizzazione dei cittadini verso l'Azienda;
5. la sostenibilità economica: l'equilibrio economico viene perseguito dall'Azienda non solo quale fine ma soprattutto quale mezzo per poter



liberare risorse da utilizzare per migliorare i propri servizi e promuovere nuovi investimenti.

Come indicato dalla CTSS nell'Atto di Indirizzo, l'Azienda nel triennio dovrà inoltre completare il percorso di realizzazione dell'Atto Aziendale, più in particolare: consolidare gli strumenti di governo e gestione, completare la riorganizzazione e diffondere al proprio interno i principi e le logiche che lo contraddistinguono.

6 Le linee strategiche 2009-2011

Le linee strategiche che l'Azienda ha individuato come prioritarie per il prossimo triennio suddivise per aree di intervento sono le seguenti:

1. gli ospedali in rete;
2. la rete territoriale sanitaria e sociosanitaria;
3. l'azienda tecnologica e logisticamente avanzata;
4. programmare ad Area Vasta;
5. lo sviluppo del governo clinico e della gestione del rischio;
6. promuovere la sicurezza del lavoro nelle imprese del territorio.

