



U.O. ECONOMICO FINANZIARIA

DATA: 05/08/2013
DELIBERA N. 180

OGGETTO:UB/934/2013 - PIANO STRATEGICO DI RIORGANIZZAZIONE, QUALIFICAZIONE E SOSTENIBILITA' DELLA SANITA' FERRARESE PER IL 2013-2016.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di adozione dell'atto deliberativo presentata dal Direttore del U.O. ECONOMICO FINANZIARIA di cui e' di seguito trascritto integralmente il testo:

« Richiamata la L. Regionale n, 50 del 20 dicembre 1994 art. 7, la Legge Regionale 29/2004 e successive modifiche ed integrazioni;

TENUTO CONTO dell'elevato costo strutturale della Provincia di Ferrara, rappresentato nella relazione Regionale sui costi pro capite 2011 (più recente disponibile), pari ad un valore di 1.970,44 euro pro capite, superiore di 119,6 euro rispetto alla media regionale (il più alto in Regione), che rende necessario, data l'assoluta consistenza del disallineamento, un intervento sull' assetto organizzativo provinciale, in grado di allinearsi al costo pro-capite medio regionale. Tale assetto deve essere sostenibile e, al contempo, rispettoso delle peculiarità dei cittadini ferraresi, valorizzando i centri produttivi del territorio, secondo una rete reale che pratichi il modello di punto centrale ad alta complessità (Hub) ed i punti di prossimità, in grado di erogare al meglio l'assistenza di primo livello e che consenta, promuovendo processi di ottimizzazione nell'uso di risorse, un contenimento delle spese di funzionamento delle Aziende Sanitarie Provinciali;

TENUTO CONTO che per l'Azienda USL di Ferrara il processo di raggiungimento della sostenibilità economica è già iniziato a partire dal 2012 con il raggiungimento dell'obiettivo economico finanziario, in particolare con il conseguimento del seppur minimo utile di esercizio pari a 12.694 euro, che pertanto consente di affrontare il 2013 riportando una situazione di equilibrio;

PRECISATO CHE nel 2013, si rende comunque necessario il recupero, in valore assoluto, delle minori risorse disponibili, trasferite dal livello Regionale, pari ad oltre 26 milioni di euro, determinate dal calo, rispetto all'anno precedente, del finanziamento dei livelli essenziali di assistenza e della quota destinata all'equilibrio economico finanziario, oltre agli automatismi incrementali della spesa così come illustrati nella Delibera di Giunta Regionale n. 199/2013;

VERIFICATO che la sostenibilità economico-finanziaria per il periodo 2013 – 16 richiede un governo attento delle risorse disponibili e della spesa sanitaria, nonché la tempestiva attuazione di politiche di razionalizzazione della spesa e di misure di riorganizzazione del sistema, stante il contesto economico-finanziario, caratterizzato contestualmente dalla riduzione delle risorse disponibili e dalla tendenza all'aumento dei costi gestionali cui contribuisce l'aumento dell'IVA dal 21% al 22% previsto a partire dal 1 Luglio 2013 ai sensi dell'articolo 1, comma 480 della Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013);

PRESO ATTO che il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno

2013 viene progressivamente ridotto dai seguenti provvedimenti legislativi fino ad un calo sull'anno precedente pari a 1.056 milioni di euro (-0,98%):

- Decreto Legge 6 luglio 2011, n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria, convertito con modificazioni nella Legge 15 luglio 2011, n. 111, articolo 17, comma 1;
- Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 (c.d. Spending Review), convertito con modificazioni nella Legge 7 agosto 2012, n. 135, che all'articolo 15, comma 22 ha previsto una riduzione del finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale pari a 1.800 milioni nell'anno 2013 e 2.000 milioni nell'anno 2014;
- Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013) che, all'articolo 1, comma 132, riduce il livello del fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale e del correlato finanziamento di 600 milioni di euro per l'anno 2013 e di 1.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2014;

TENUTO CONTO del quadro di grande incertezza sulla disponibilità delle risorse destinate al finanziamento del S.S.N. per gli anni 2014 e 2015, determinata in particolare:

- dall'attuazione del Capo IV del D.Lgs n. 658/2011, in particolare dell'articolo 27, di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;
- dalla mancanza del Patto per la Salute 2013-2015, che definisca le prestazioni rientranti nei LEA e l'entità del finanziamento del S.S.N.;

VISTA la Delibera della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 199 del 2013 ad oggetto "Linee di Programmazione e Finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013";

PRESO ATTO che, sulla base di quanto riportato nella Delibera di Giunta Regionale n. 199/2013 all'allegato B capitolo 2.3, alla luce delle delle informazioni disponibili è possibile ipotizzare per il Fondo Sanitario Nazionale atteso per il triennio 2013-2015:

- un livello inferiore rispetto al 2012;
- rispetto al 2013 in incremento dello 0,8% per l'anno 2014 e a livello invariato per il 2015.

TENUTO CONTO, ai fini del governo delle risorse disponibili, dei seguenti riferimenti normativi:

- misure di controllo della spesa sanitaria previste dal Decreto Legge n. 78 del 31 maggio 2010, convertito con modificazioni nella Legge n. 122 del 30 luglio 2010, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica;
- misure di razionalizzazione della spesa sanitaria previste dal articolo 17 del Decreto Legge n. 98/2011, convertito con modificazioni nella Legge n. 111/2011, recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria;
- misure di razionalizzazione e di riduzione della spesa sanitaria previste dall'articolo 15 del citato Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni nella Legge n. 135/2012 (c.d. Spending review);
- misure previste dalla Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013), con particolare riferimento all'articolo 1, comma 131;
- misure regionali aggiuntive in materia di revisione tariffaria delle prestazioni di degenza ospedaliera, di definizione delle azioni per assicurare la sostenibilità delle cure primarie ed il contenimento del costo del personale dipendente e di ogni altra misura regionale tradotta in azioni aziendali indicate dalla DGR 199/2013;

VISTA la nota Regionale n. 134269 del 3/6/2013 ad oggetto: "indicazioni in merito all'adozione del Bilancio preventivo 2013 che conferma quanto contenuto nella DGR 199/2013";

DATO ATTO che per le Aziende sanitarie regionali l'obiettivo economico-finanziario dell'anno 2013 e presumibilmente (in momentanea assenza di indicazioni specifiche) anche per i seguenti è rappresentato da una perdita non superiore al valore degli ammortamenti non sterilizzati ante 2009 e che, in base alle ipotesi di previsione, per l'Azienda USL di Ferrara:

per l'anno 2013, corrisponde ad una perdita pari a – 3,219 milioni di euro;
per l'anno 2014, corrisponde ad una perdita pari a – 3,112 milioni di euro;
per l'anno 2015, corrisponde ad una perdita pari a – 3,653 milioni di euro;
per l'anno 2016, corrisponde ad una perdita pari a – 4,302 milioni di euro;

TENUTO CONTO CHE, per l'Azienda USL di Ferrara, i risultati economici perseguibili nell'arco del quadriennio in base ai livelli di finanziamento previsti e precedentemente citati, agli automatismi incrementali e all'applicazione delle misure contenute nella Manovra economica di Luglio 2011 (L 111/2011 art. 17) nella Spending review (L 135/2012 art. 15) e nella Legge di Stabilità 2013 oltre a ulteriori manovre di livello regionale così come elencato nella DGR 199/2013 sono stimabili in

- 24,600 mln. di euro nel 2013.
- 22,144 mln. di euro nel 2014
- 24,472 mln. di euro nel 2015
- 24,472 mln. di euro nel 2016

rispetto ai quali le ricadute economiche conseguenti alle Azioni previste nel Piano Strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della Sanità Ferrarese 2013-2016 di seguito sintetizzate:

- creazioni di reti cliniche e modalità organizzative intergrate con l'Azienda Ospedaliera
- revisione degli accordi aziendali MMG, Farmacia
- azioni incisive sulla farmaceutica
- consolidamento verso valori standard della dotazioni di posti letto
- concentrazione delle sedi erogative

consentiranno un recupero economico pari a:
3,5 mln. di euro nel 2013.
8,2 mln. di euro nel 2014
5,7 mln. di euro nel 2015
4,4 mln. di euro nel 2016

fino ad arrivare ad una previsione, per l'Azienda USL di Ferrara, dei seguenti risultati economici (valori negativi):

- 21,1 mln. di euro nel 2013.
- 10,4 mln. di euro nel 2014
- 7,01 mln. di euro nel 2015
- 3,9 mln. di euro nel 2016

tali da consentire il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario nell'arco del quadriennio considerato.

CONSIDERATA la Delibera dell'Azienda USL di Ferrara n. 119 del 7/6/2013 ad oggetto. "Bilancio economico preventivo per l'esercizio 2013 dei Servizi Sanitari" nella quale il risultato economico previsto, pur tenendo conto delle ricadute economiche delle azioni contenute nel primo anno del Piano Strategico, corrisponde ad una perdita d'esercizio pari a -21,140 milioni di euro, pertanto non conforme con il risultato obiettivo previsto e che così come previsto dalla nota regionale n. 134269/2013 ad oggetto indicazioni in merito all'adozione del Bilancio Economico Preventivo 2013, è necessario predisporre un Piano di sostenibilità Economico Finanziaria pluriennale;

CONSIDERATO il dispositivo della suddetta Delibera dell'Azienda USL di Ferrara n.119 dell'anno 2013 dove al punto 4 sancisce l'impegno a presentare un Piano di Sostenibilità economico-finanziaria pluriennale 2013-2016, come previsto dall'art. 6 dell'Intesa Stato Regioni del 23 Marzo 2005 da sottoporre alla valutazione del Comitato di monitoraggio permanente istituito a livello Regionale in conformità alla DGR 199/2013 e alla nota Reg.le n. 134269 del 03/06/2013.

TENUTO CONTO del verbale del 26/6/2013 della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nel quale viene approvato il "Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il 2013-2016"

PRECISATO che le azioni contenute nel Piano strategico verranno annualmente

monitorate dall' U.O. Programmazione e Controllo di Gestione che si avvarrà del supporto di tutte le articolazioni aziendali interessate;

RICHIAMATE:

- la Legge Regionale n. 19 del 21 dicembre 2012 avente ad oggetto la legge finanziaria regionale per l'anno 2013 adottata a norma dell'art. 40 della Legge Regionale 15 novembre 2001, n. 40 in coincidenza con l'approvazione del bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2013 e del bilancio pluriennale 2013-2015" (delibera di Giunta Regionale n. 1664 del 13 novembre 2012);
- la Legge Regionale n. 20 del 21 dicembre 2012 concernente il Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2013 e Bilancio pluriennale 2013- 2015 (delibera della Giunta Regionale n. 1665 del 13 novembre 2012);

Dato atto:

- che il presente provvedimento risponde ai principi della legittimità, opportunità e convenienza;»

Attesa la rappresentazione dei fatti e degli atti riportati dal Direttore del U.O. ECONOMICO FINANZIARIA proponente;

Coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo che, ai sensi dell'art. 3 comma 7° del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni esprimono parere favorevole;

DELIBERA

- 1) di approvare Il PIANO STRATEGICO DI RIORGANIZZAZIONE, QUALIFICAZIONE E SOSTENIBILITÀ DELLA SANITÀ FERRARESE PER IL 2013-2016, allegato alla presente delibera quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di disporre in capo all'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione la responsabilità del monitoraggio annuale delle Azioni contenute nel Piano Strategico.
- 3) di trasmettere il presente atto e relativi allegati alla Comitato di monitoraggio permanente istituito a livello Regionale così come previsto dalla DGR 199/2013 e dalla nota Reg.le n. 134269 del 03/06/2013
- 4) di trasmettere copia del presente provvedimento al Collegio Sindacale per le opportune valutazioni di merito.

**IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Paolo SALTARI)**

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Paola BARDASI)**

**IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Mauro MARABINI)**

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
(Dott. Alberto FABBRI)**



U.O. ECONOMICO FINANZIARIA

INVIATA:

- AL COLLEGIO SINDACALE in data **13/08/2013**
- ALLA CONFERENZA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE in data _____
- ALLA GIUNTA REGIONALE in data _____

PUBBLICAZIONE ED ESTREMI DI ESECUTIVITA'

In pubblicazione all'Albo Pretorio Elettronico (art. 32 L. 69/09 e s.m.i.) dell'Azienda USL di Ferrara dal **13/08/2013** per 15 gg. consecutivi

- La presente deliberazione è ESECUTIVA dalla data di pubblicazione (art. 37, comma 5° L.R. n. 50/94, così come sostituito dalla L.R. n. 29/2004)
- APPROVATA dalla Giunta Reg.le per silenzio-assenso in data _____ (decorsi i termini di cui all'art. 4, comma 8, L. 30.12.91 n. 412)
- APPROVATA dalla Giunta Reg.le in data _____ atto n. _____
- NON APPROVATA dalla Giunta Reg.le (vedi allegato)

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
(Dott. Alberto FABBRI)**

*Piano strategico di
riorganizzazione, qualificazione e
sostenibilità della sanità
ferrarese per il 2013-2016*

Aprile 2013

INDICE

Premessa

1. Il contesto di riferimento nazionale e regionale

2. Il quadro di sistema aziendale

3. Le strategie e le azioni: tempi, modalità di attuazione

4. Gli indicatori di performance e la strategia per la sostenibilità

5. Piano Investimenti

6. Prestazioni Socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria

7. La valutazione dei costi e ricavi prospettici

8. Il piano di sostenibilità 2013-2016

Conclusioni

Premessa

L'Azienda USL di Ferrara, dall'anno della unificazione, nel 1994, delle vecchie UUSSLL di Cento, Copparo, Portomaggiore, Codigoro e Ferrara, non ha mai condotto un processo di riorganizzazione e di razionalizzazione delle sedi erogative e produttive, né costruito un piano complessivo, sinergico ed organico nel quale i servizi ospedalieri erogati dall'Azienda ospedaliera universitaria presente sul territorio risultassero armonizzati con i servizi territoriali. Ciò ha naturalmente condotto, nel corso degli anni, a delineare un sistema sanitario di produzione ed erogazione, ancorato ai vecchi territori di riferimento delle ex Aziende, ognuno dei quali alla ricerca della sua "autosufficienza" e delle presunte o vere "eccellenze" o vocazioni.

I risultati, sono sotto gli occhi di tutti e stati ormai esposti e consolidati ad ogni livello organizzativo ed istituzionale: ai Sindaci, alle organizzazioni sindacali, alla società civile, alle Conferenza Territoriale sociale e sanitaria. Cosa emerge: i costi procapite 2011 più elevati di tutte le provincie emiliano romagnole, i livelli retributivi aziendali più elevati di tutte le retribuzioni nell'intera Regione, soprattutto per la dirigenza ed il comparto sanitario, i livelli di consumo di prestazioni specialistiche, specie quelle diagnostiche complesse più elevato in assoluto, i servizi psichiatrici ospedalieri e territoriali a più elevato di consumo di risorse (ma non di soddisfazione per gli utenti), la medicina generale più costosa di tutta la Regione, caratterizzata peraltro dal più elevato livello di prescrizione farmaceutica e specialistica, la maggiore numerosità dei punti di continuità assistenziale, spesso sotto-utilizzata. Di ciascuno di questi punti verrà dato conto, in termini evidenti, nel proseguo del lavoro.

Dal 1994 in questa provincia è mai stata ritenuta necessaria una strategia pluriennale di revisione di tale situazione, che è precipitata verso il'anno 2010, forse il peggiore dal punto di vista della sintesi economico-organizzativa. **Ora è non più rinviabile il cambiamento;** perché:

- Perché occorre tendere a risultati che consentano alla Sanità ferrarese non solo di rientrare dal deficit strutturale ma soprattutto di passare ad una visione organica e fare diventare l'ospedale di Cona non solo un Ospedale grande, ma un Grande ospedale
- Occorre vedere applicato un principio di equità, rispetto al resto della Regione (cittadini e lavoratori), in termini di consumo dei servizi, di livelli retributivi, e di consumi di prestazioni
- Perché la sanità ferrarese rischia di essere il fattore determinante del passaggio da un sistema di finanziamento a quota capitaria pesata, che media quindi le situazioni di prevalenza di anziani, di scarsa natalità,... ad un sistema di quota capitaria secca; in tale eventualità, che non è affatto remota vista la particolare congiuntura economica che ci accompagnerà nel prossimo triennio, le prestazioni ed i servizi sarebbero automaticamente "razionati", secondo una perfetta logica di tagli lineari.

Questo Piano vuole rappresentare uno strumento di **economia programmata**, finalizzato alla riorganizzazione di entrambe le Azienda, in una logica di sistema provinciale ferrarese che si pone come obiettivo la creazione di un assetto organizzativo, produttivo ed erogativo in grado di allinearsi al costo procapite medio regionale, di qualità, sostenibile e, al contempo, rispettoso delle peculiarità dei cittadini ferraresi, valorizzando i centri produttivi del territorio, secondo una rete reale che pratichi il modello di punto centrale ad alta complessità (Hub) ed i punti di prossimità, in grado di erogare al meglio l'assistenza di primo livello.

Ciò conduce naturalmente al contenimento delle spese di funzionamento delle Aziende ed a promuovere processi di ottimizzazione nell'uso delle risorse, ormai scarse per tutti gli attori del sistema.

Che cosa ci attendiamo al termine di questo percorso triennale, del quale saranno dettagliati tempi, modi ed azioni:

- Un grande ospedale di Cona, in grado di erogare anche quei servizi riabilitativi ad elevatissima complessità presenti ora in città;
- 3 Ospedali di prossimità. Cento, Argenta e Delta, ciascuno caratterizzato da una organizzazione per livelli diversificati di intensità di cura;
- Un servizio cittadino che sarà connotato dal ridimensionamento dell'Anello San Anna e dalla costruzione di una Casa della Salute;
- Un territorio in rete, nel quale l'integrazione con le strutture ospedaliere consente di creare percorsi completi, affidabili per il paziente, ma sostenibili per il sistema e di alta qualità;
- Una medicina generale ed un consumo farmaceutico in linea con le medie regionali;
- Un servizio di continuità assistenziale realmente utilizzato ed utilizzabile;
- Un servizio psichiatrico ospedaliero che veda un unico punto erogativo;
- Funzioni amministrative completamente unificate in una unica sede fisica e progressivamente in servizi interaziendali o di Area Vasta, superando i residui di frammentazione territoriale che hanno reso i servizi amministrativi spesso incompleti o non idonei a svolgere pienamente la loro funzione di "piattaforma di supporto alla attività sanitaria": dagli sportelli di prenotazione, accettazione, pagamenti alle attività propriamente amministrative erogate dai servizi centrali.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara svolge funzioni di ospedale polispecialistico di riferimento per la provincia di Ferrara.

L'attività assistenziale si svolge ora su tre sedi: l'Ospedale di Cona, dove insiste gran parte dell'attività specialistica per acuti, l'Ospedale di riabilitazione San Giorgio, un residuo di attività ambulatoriale al vecchio Sant'Anna. Altri due edifici completano la sua struttura: il vecchio ospedale San Giorgio e il Centro di Formazione aziendale in via Carlo Meyer.

L'ospedale svolge funzioni di assistenza, didattica e ricerca in stretta collaborazione con l'Università di Ferrara.

Svolge funzioni di HUB regionale per i politraumi, la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni, la terapia intensiva neonatale, la genetica medica, la talassemia e le emoglobinopatie.

E' HUB provinciale per l'emergenza-urgenza e le funzioni correlate.

I volumi di attività dell'ospedale nel 2011 si sono attestati su 25570 ricoveri ordinari e 10845 DH, per un totale di 36415 ricoveri, nel 2012 sono stati 23772 ricoveri ordinari e 9283 in DH per un totale di 33075.

L'Ospedale di Ferrara in Cona è in grado di affrontare tutte le emergenze/urgenze per la provincia di Ferrara, tranne che quelle di cardiocirurgia.

Il ruolo dell'AOU di Ferrara, come sede universitaria e assistenziale, oltre alle funzioni assistenziali ad elevata specialità è anche quello di condividere con i servizi territoriali ed aggiornare le basi culturali necessarie a garantire l'appropriatezza e la sicurezza dei trattamenti per tutti i cittadini residenti in provincia, un ruolo cardine per garantire l'abbattimento di eventuali sprechi da inappropriatezza prescrittiva e da problemi di sicurezza o scarsa integrazione organizzativa fra ospedale e territorio e contribuire così alla riduzione dei costi, nei 4 macro percorsi orizzontali e in quello verticale di attenzione alle fragilità.

Un breve excursus sull'ultimo quinquennio aiuta ad una migliore comprensione dell'attuale situazione della sanità provinciale ferrarese.

AZIENDA USL FERRARA

Gli indicatori economici sintetici che aiutano a comprendere l'andamento gestionale complessivo dell'Azienda USL sono rappresentati dal Fondo regionale a garanzia del riequilibrio e dal risultato economico assegnato dalla Regione che per l'area ferrarese, al contrario di quanto accade per altre province, non ha mai considerato il riassorbimento degli ammortamenti precedenti il 2009.

I risultati economici rendicontati nel corso degli ultimi sei anni hanno confermato il rispetto dell'obiettivo economico assegnato dalla Regione nel 2008, 2010, 2011 e nel 2012, seppure con il riconoscimento di eccedenze di spese nel corso della gestione, tranne che nel 2012, ne fa eccezione il 2007 e il 2009 con un superamento dell'obiettivo rappresentato dagli ammortamenti al netto della sterilizzazione, rispettivamente per 6 e 3 mln. di euro.

Per contro nel 2008 e nel 2011 è stato possibile un ulteriore miglioramento rispetto all'obiettivo dato rispettivamente di 1,6 milioni e di 0,6 milioni.

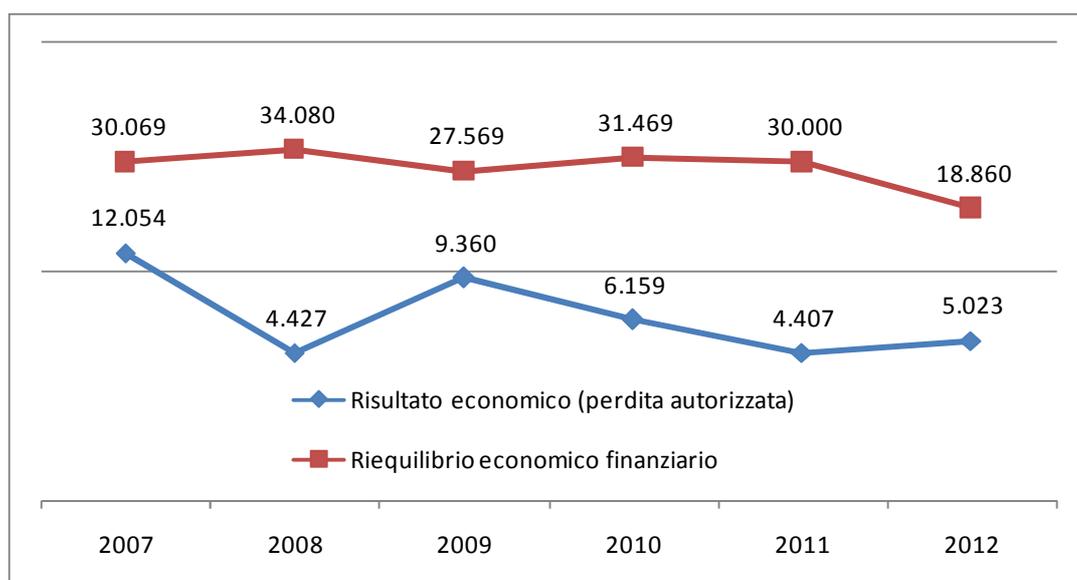
Valori in migliaia di €	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Risultato netto di esercizio	-12.054	-4.427	-9.360	-6.159	-4.407	-5.023
Sforamento obiettivo	6.000		3.000			
Miglioramento vs. obj		1.631			600	

A partire dall'esercizio 2007 l'Azienda USL di Ferrara ha beneficiato costantemente di **una quota di fondo di riequilibrio economico finanziario** e di un finanziamento a titolo di specificità per i maggiori costi conseguenti all'assetto dell'offerta Ospedaliera. Tale quota veniva normalmente assegnata in sede di previsione annuale e successivamente rideterminata dal livello regionale in chiusura d'esercizio, consentendo, quasi sempre il rispetto dell'obiettivo economico.

	Fondo riequilibrio iniziale e specificità	coperture ulteriori	TOTALE
Anno 2007 DGR 441/2008	23.069.000	7.000.000	30.069.000
Anno 2008 DGR 534/2009	25.529.000	8.551.951	34.080.951
Anno 2009 DGR 353/2010	23.069.000	4.500.000	27.569.000
Anno 2010 DGR 536/2011	31.469.000		31.469.000
Anno 2011 DGR 440/2012	24.500.000	5.500.000	30.000.000
Anno 2012	18.860.000		18.860.000

Nel 2010 il contributo regionale all'equilibrio economico è stato determinato complessivamente e unicamente in sede di consuntivo pertanto non si è resa necessaria nessuna integrazione.

La rappresentazione grafica seguente evidenzia la progressione temporale del risultato economico negativo, che si riduce del 65% (in modo marcato nell'ultimo biennio) nel corso dei sei anni. Contemporaneamente il sostegno complessivamente erogata da parte della Regione Emilia Romagna si riduce anch'esso del 40% circa passando da 30 milioni a poco meno di 19.



Valori in migliaia di euro

I risultati conseguiti nel 2011 e nel 2012, anni nei quali si evidenzia una inversione di tendenza sia rispetto al valore delle risorse aggiuntive, sia rispetto alla tenuta del risultato economico, derivano dalle azioni che sono state messe in campo, seppure con un respiro annuale, su alcuni fattori critici, quali l'assistenza farmaceutica, la manutenzione alla rete dell'assistenza ospedaliera, il governo delle risorse umane, le aree trasversali dei servizi amministrativi e di supporto, il potenziamento dell'attività di Area Vasta, le unificazioni e le sinergie in ambito provinciale.

La gestione 2012 raggiunge il valore obiettivo fissato dalle linee guida regionali per il 2012 (DGR 653/2012) e chiude, ulteriormente con un lievissimo utile di 12.693 euro corrispondente ad un pareggio di bilancio, con l'integrazione regionale che, per la prima volta quest'anno (ved. DGR 2175/2013), finanzia direttamente la quota di ammortamenti dei beni ancora in uso ma acquistati precedentemente al 2010.

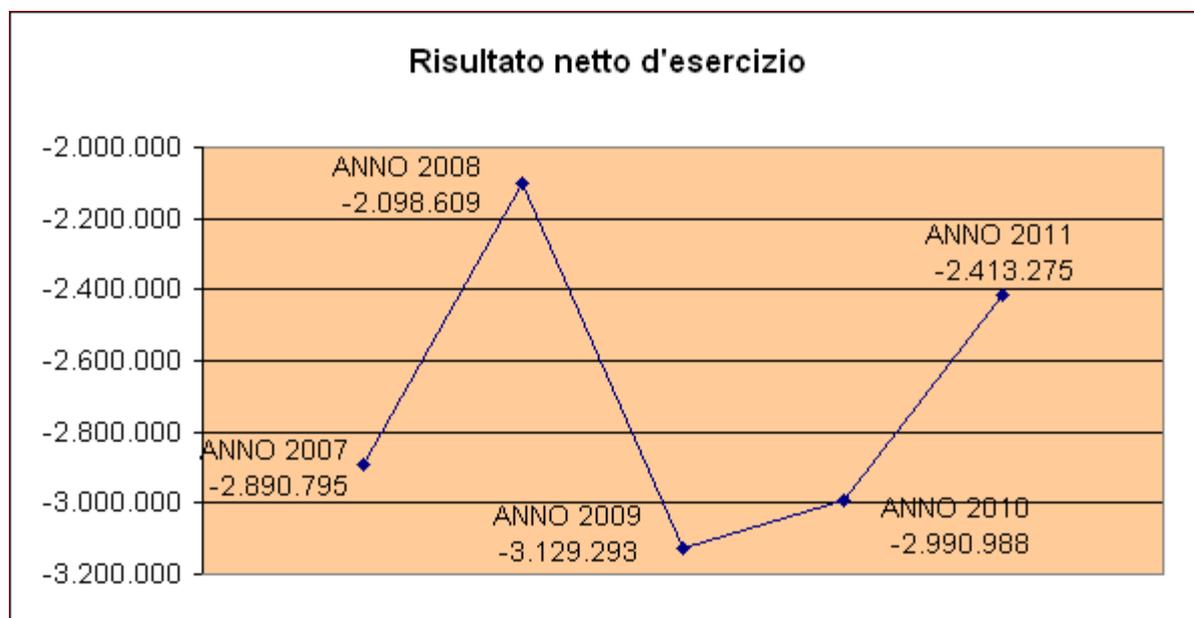
Si tratta di una buona performance, ottenuta proseguendo nel percorso e nelle modalità gestionali ed operative già avviate nel 2011, anno che ha segnato l'inversione di tendenza rispetto ai precedenti andamenti gestionali.

Inoltre è necessario tenere in considerazione come nel biennio appena trascorso, l'Azienda ha progressivamente assorbito una quota molto inferiore del Fondo di riequilibrio erogato dalla Regione, andamento che si ipotizza in ulteriore riduzione nel prossimo triennio, a fronte del mantenimento dell'equilibrio tecnico, come si preciserà nel seguito del documento.

La necessità di un Piano di sostenibilità pluriennale, quindi, si impone sia per il doveroso recupero della maggior quota delle risorse assorbite, sia per preparare l'Azienda ad affrontare un presente ed un futuro (prossimo) contesto che si evidenzia particolarmente critico.

Per questo motivo si ritiene che il Piano debba non solo essere condiviso con l'Azienda Ospedaliera universitaria, ma anche essere necessariamente parte integrante di un più complessivo Piano strategico, che definisce un insieme coerente di azioni di sviluppo e di razionalizzazione.

AZIENDA OSPEDALIERA S.ANNA



Il Bilancio aziendale

L'analisi viene fatta sui bilanci degli esercizi 2009-2010-2011 e preconsuntivo 2012.

Risultato Netto di Esercizio:

Anno 2009 -3.129.293 euro

Anno 2010	-2.990.988 euro
Anno 2011	-2.413.000 euro
Preconsuntivo 2012	-23.102.000 euro

A partire dal 2008 la Regione, in fase di programmazione annuale, ha definito la condizione di equilibrio economico finanziario per le Aziende sanitarie a partire dal risultato di esercizio, al netto delle sole quote di ammortamento per beni mobili ed immobili già presenti in inventario al 31.12.2007 e non coperti da finanziamento pubblico.

Si tratta di un obiettivo più ambizioso rispetto alla modalità definita a livello nazionale fino al 2011.

Dal 2008 l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Ferrara ha raggiunto solo l'equilibrio ministeriale, anche attraverso il riconoscimento di eccedenze di spesa verificatesi durante l'anno, coperte da contributi straordinari assegnati in chiusura di esercizio.

Le risorse per l'equilibrio economico finanziario erogate sono state rispettivamente:

Anno 2009 19,3 milioni di euro

Anno 2010 17,6 milioni di euro

Anno 2011 23 milioni di euro.

Per il 2012, con la delibera di programmazione 653/2012 sono stati assegnati all'Azienda 14,270 milioni di euro ai quali ha fatto seguito l'integrazione di 18,220 milioni di euro assegnati con delibera 1676/2012 "Controllo del bilancio economico preventivo 2012 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ai sensi dell'art. 4 c. 8 della L. 412/91".

Complessivamente al 31/12/2012 la Giunta regionale ha assegnato all'Azienda 32,5 milioni di euro.

A chiusura di esercizio l'Azienda necessita di una ulteriore integrazione stimata nell'ordine di 15 milioni di euro.

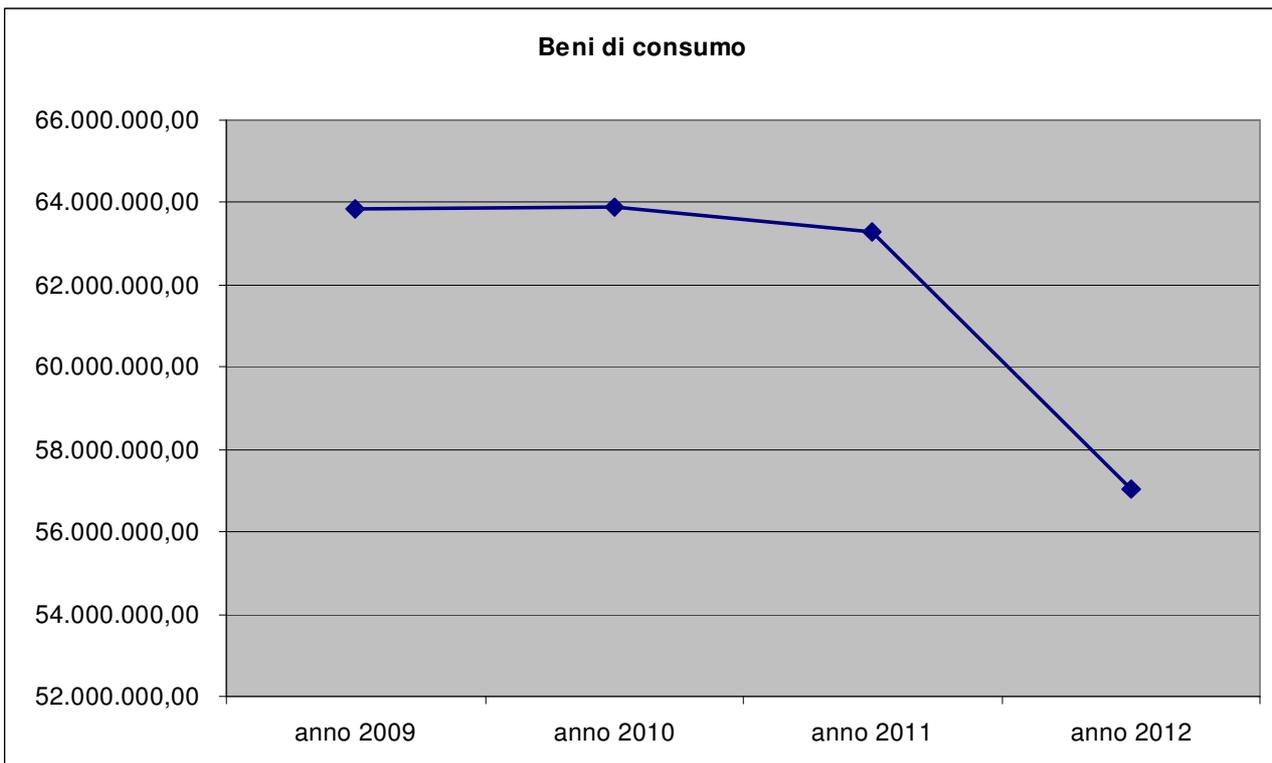
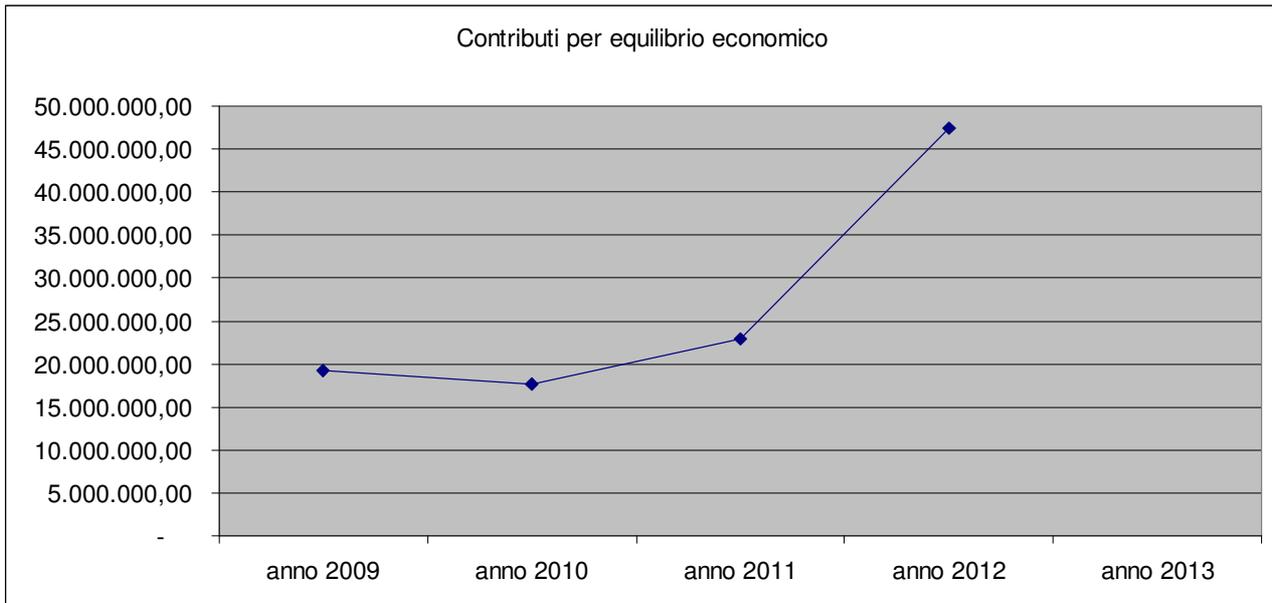
La tabella 10 rappresenta le risorse assegnate all'Azienda negli anni 2009/2011 e la previsione 2012, e l'incidenza delle stesse sul fatturato che nel 2012 raddoppia rispetto al 2011, già molto in crescita rispetto agli anni precedenti.

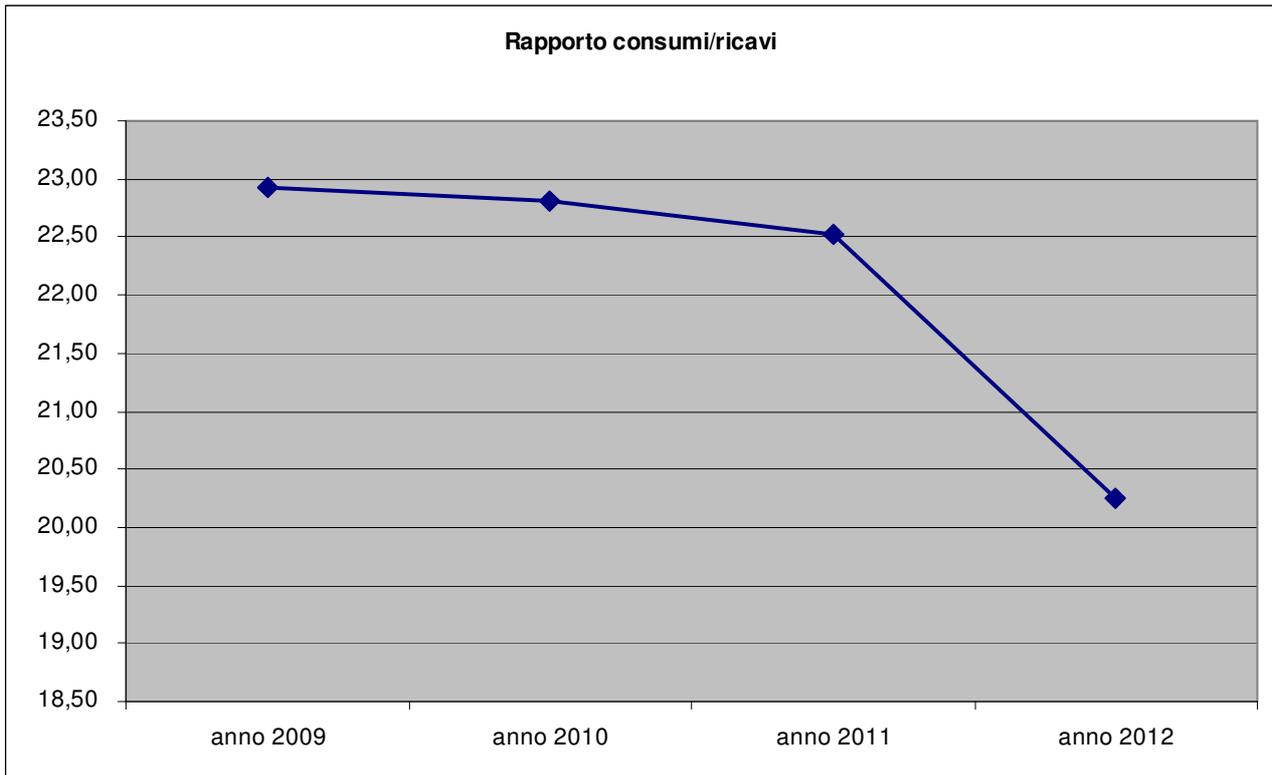
Tabella 10

<i>Valori x 1000</i>	2009	2010	2011	Precons. 2012
Risorse a garanzia equilibrio economico finanziario	19.300	17.600	23.000	47.500
Prestazioni di degenza ospedaliera	144.816	144.000	141.377	135.549
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	33.122	35.311	34.302	33.904
Somministrazione farmaci	23.155	24.164	22.548	22.731
TOTALE FATTURATO PRESTAZIONI	201.093	203.475	198.227	192.184
Incidenza risorse a garanzia equilibrio economico finanziario su fatturato	9,6%	8,6%	11,6%	24,7%

Fonte: Schema di bilancio esercizio 2009-2010-2011 e Preconsuntivo 2012

Dal trend dei risultati economici e dei fondi a garanzia dell'equilibrio economico finanziario (si ricorda che nel 2012 si è trasferito ed è funzionante l'Ospedale di Cona) è evidente che l'AOU di Ferrara sta già operando al proprio interno, ottenendo, nella seconda parte del 2012, un risultato economico rilevante, sui seguenti punti:





Uso ragionevole delle risorse

1. Garantire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.
2. Garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori.
3. Ridurre i costi delle assicurazioni e dei rimborsi dimostrando appropriatezza e sicurezza delle prestazioni.
4. Sviluppare e mantenere l'efficienza delle sale operatorie.
5. Ottimizzare gli strumenti informatici già in essere.
6. Ripensare all'ospedale in rapporto alla complessità dei bisogni assistenziali dei pazienti.
7. Ridurre le giornate di degenza in eccesso per ritardata dimissione da ritardato assorbimento territoriale.

Migliorare i rapporti di codifica con la struttura regionale

1. Verificare la correttezza delle prestazioni nei diversi setting di cura.
2. Ottimizzare la documentazione clinica alla dimissione, il suo rapporto con la codifica DRG e le altre codifiche ambulatoriali.
3. Garantire l'appropriatezza d'uso del DH.

Ottenere finanziamenti da fonti diverse da quelle regionali

1. Assicurare e monitorare l'acquisizione di tutti i ticket dovuti.
2. Offrire alle compagnie di assicurazione integrative ed a soggetti europei attività sanitarie codificate in ALP in regime di ricovero ordinario o day.
3. Partecipare a bandi di ricerca/azione finanziati dall'ue o da altri enti internazionali o nazionali, pubblici o privati.
4. Valorizzare e sviluppare attività di assistenza, ricerca e didattica da effettuare per terzi paganti

Ospedale e Università a basse emissioni

1. Verso un ospedale a impatto ambientale ridotto.
2. Modificare radicalmente la gestione dell'energia.

Di questi punti è possibile estrapolarne alcuni che possono diventare piattaforme comuni per una progettazione provinciale delle attività assistenziali per i pazienti che possa contribuire, assieme alle misure strutturali e finanziarie previste, dal lato clinico ed organizzativo al raggiungimento dell'obiettivo di sostanziale equilibrio per il 2016.

Garantire l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni sanitarie

Azioni comuni:

Rinforzare il ruolo del dipartimento farmaceutico interaziendale e dei dipartimenti ospedalieri e delle cure primarie delle due aziende per:

- a. Promuovere attivamente l'indicazione ministeriale sulla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto e per la prescrizione del principio attivo, applicando in sede locale l'Accordo Regionale con la Medicina Generale.
- b. Promuovere attivamente la prescrizione di farmaci ad elevata evidenza di efficacia da revisioni sistematiche. Laddove è possibile esercitare un controllo efficace e condiviso, interpretare il prontuario farmaceutico regionale secondo le indicazioni della lista dei farmaci essenziali OMS.
- c. Definire un progetto interaziendale su base provinciale sull'utilizzo dei farmaci biologici ad alto costo, differenziandone l'utilizzo a titolo sperimentazione di IV fase da quello post-marketing per condizioni in cui questi farmaci sono di provata efficacia, ed istituendo un registro provinciale di follow-up sui successi e gli insuccessi terapeutici per tumori, malattie reumatiche e dermatologiche e sugli eventi avversi.

- d. Sviluppare il lavoro della Commissione Interaziendale dei dispositivi medici, alla quale attività va legata la scelta dei dispositivi migliori per le manovre diagnostiche e terapeutiche (mediche, assistenziali e chirurgiche) e le conseguenti gare di area vasta.
- e. Dare piena attuazione, e condividere con gli ospedali della provincia le indicazioni dei professionisti dell'Ospedale di Cona relativamente ai cosiddetti "Menù chirurgici", in maniera tale da ridurre al massimo possibile la variabilità nell'acquisizione degli strumenti e garantirne l'arrivo a scadenze predefinite, sia per gli interventi programmabili che per quelli in emergenza urgenza. A questo obiettivo concorrono i dipartimenti interaziendale acquisti, quello di ingegneria clinica, il dipartimento farmaceutico, i magazzini, i responsabili medici ed infermieristici dei Dipartimenti delle due Aziende.
- f. Di regola per il materiale consumabile in transito ad alto costi si utilizza lo strumento del conto-deposito.
- g. Il dipartimento interaziendale ICT analizza i sistemi informatici in essere e li mette al servizio, in completa integrazione, della semplificazione per tutti gli utenti delle procedure tracciabili dall'ordinazione all'utilizzo del dispositivo al letto del paziente, anche allo scopo di monitorare in tempo reale la programmazione dei consumi previsti e segnalare in tempo reale le difformità dall'atteso.
- h. Le attività di chirurgia programmata e nell'urgenza delle UUOO chirurgiche della Provincia vanno verso una più forte integrazione organizzativa e l'interscambio attivo di pazienti, materiale, personale, per garantire il buon utilizzo di tutte le risorse dei percorsi chirurgici del territorio. Viene nel contempo sospesa la convenzione per attività chirurgiche nelle due cliniche di Ferrara, fino a nuovo accordo che le integri nella programmazione provinciale, anche dal punto di vista organizzativo.
- i. Vanno attuati ed implementati nell'area provinciale i percorsi assistenziali su ca. della mammella ed ictus, e vanno allargati alle altre patologie ad elevato impegno assistenziale.

Garantire la sicurezza dei pazienti

Azioni comuni

Nell'attivazione dei 4 macropercorsi orizzontali e del percorso verticale per la fragilità:

- a. Vanno attuate in tutte le articolazioni delle due aziende le azioni previste dal Ministero per la salute per prevenire gli eventi avversi. Vanno inoltre attuate tutte le indicazioni dell'AHRQ e dell'OMS in tema di promozione della sicurezza dei pazienti. La gestione delle attività per la sicurezza dei pazienti diventa una funzione dipartimentale coordinata a livello interaziendale.
- b. Gli interventi chirurgici e le manovre invasive potranno essere effettuati solamente nelle UUOO ospedaliere o ambulatoriali, pubbliche o private accreditate che siano state appositamente autorizzate ed accreditate per la funzione specifica e che abbiano volumi di attività compatibili con il mantenimento della competenza delle equipe mediche ed assistenziali.
- c. Viene messo in atto un programma di interscambiabilità fra medici ed infermieri dell'ospedale di Cona e della Provincia ai fini del mantenimento e del miglioramento delle loro competenze cliniche ed assistenziali.

Sulla base di questi due gruppi di azioni complesse, se ben coordinate, la letteratura internazionale afferma che è possibile ridurre i costi secondari da sprechi, conseguenze degli eventi avversi, perdite di tempo e di immagine dal 10 fino al 30% in un anno dall'inizio dell'operatività per singolo sottoprogetto.

E' sufficiente andare a vedere nei bilanci delle due aziende per comprendere di quanto potremo essere in grado di migliorare la performance economica a partire dal miglioramento di quella clinica ed organizzativa.

Sviluppare e mantenere l'efficienza delle sale operatorie

Gli ospedali della provincia di Ferrara contengono strutture chirurgiche, sale operatorie, di primo livello, tutte autorizzate ed accreditate, tranne le ultime tre di Cona, costruite secondo i migliori criteri, ed in grado di soddisfare pienamente ai fabbisogno di interventi chirurgici espresso dalla popolazione di Ferrara.

Ciononostante esiste un discreto tasso di fuga intra ed extra regionale, anche per patologie banali, un basso tasso di attrazione, liste di attesa piuttosto lunghe, una grande disomogeneità fra ospedali per quanto riguarda trattamenti, giornate di degenza, degenza media e volumi di attività.

Le attività chirurgiche della provincia di Ferrara vanno coordinate a livello interaziendale, sia per quanto riguarda la complessità assistenziale compatibile con gli ospedali nelle quali sono inserite, sia per quanto riguarda i volumi di attività per complessità assistenziale.

Va ripensato inoltre l'utilizzo delle organizzazioni chirurgiche pubbliche di Cona, Delta, Argenta e Cento in chiave di sistema per garantire:

- la riduzione dei tempi di attesa per tutte le patologie;
- il rientro dei tassi di fuga;
- l'aumento dei tassi di attrazione intra ed extraregionale;
- la soddisfazione del bisogno di chirurgia di primo livello (chirurgia ambulatoriale e Day Surgery) in prossimità della comunità dei pazienti e la piena soddisfazione di quasi tutte le necessità di chirurgia specialistica, tranne la cardiocirurgia, nell'Ospedale di Cona, nei tre regimi assistenziali, delegando alcune funzioni semplici e compatibili con i loro livelli autorizzativi e di accreditamento, agli ospedali della provincia, per la chirurgia ambulatoriale, Day Surgery, One Day Surgery).

In questo modo potrà essere possibile utilizzare al meglio le potenzialità chirurgiche della provincia e garantire il raggiungimento degli obiettivi indicati.

4. Ottimizzare gli strumenti informatici già in essere

E' noto da tempo il disagio causato ai cittadini e agli operatori dalla presenza di due sistemi informatici al servizio delle attività sanitarie della Provincia.

E' stato dato mandato all'ICT di integrare al massimo i due sistemi in tutte le loro funzioni di servizio ai cittadini ed agli operatori, riducendo al minimo le ripetizioni e le ridondanze che sono dannose per l'economia di questo territorio e delle due aziende.

Un progetto dettagliato è in corso d'opera da parte del dipartimento interaziendale ICT nell'ambito del Progetto AVEC.

Completamento dell'integrazione interaziendale del RIS-PACS

5. Ripensare agli ospedali in rapporto alla complessità dei bisogni assistenziali dei pazienti - ridurre le giornate di degenza in eccesso per ritardata dimissione da ritardato assorbimento territoriale

La situazione economica attuale può favorire un pensiero nuovo nella progettazione delle attività sanitarie ad elevata specializzazione che vanno costruite negli ospedali, che potrebbe configurarsi nel seguente modo:

- a) Tre ospedali Spoke con funzioni di Pronto Soccorso o Primo intervento (Cento, Delta, Argenta) Medicina d'urgenza per la stabilizzazione dei pazienti e intensiva (o semintensiva) al Delta ed a Cento, con Medicina interna, Cardiologia, Chirurgia Ortopedia, Urologia, Ginecologia ambulatoriale, day, ambulatoriale, day e week surgery per le patologie ed i trattamenti a bassa intensità assistenziale. In definitiva tre ospedali con una medicina interna suddivisa per complessità assistenziale medio-bassa e letti di assistenza per pazienti chirurgici a bassa complessità.
- b) Due ospedali privati accreditati che effettuano, per la città di Ferrara, funzioni di post-acuzie, riabilitazione estensiva vera e lungodegenza, ed escludono per il momento le attività di chirurgia che necessitano ricovero ordinario.
- c) Un ospedale universitario ad alta specializzazione hub regionale per l'emergenza, il politrauma e le altre funzioni ad elevata specializzazione, con degenze integrate nei 4 percorsi prima identificati e la possibilità per i pazienti di essere dimessi in situazioni di stabilizzazione e inviati presso le loro sedi di origine sia nelle sezioni post acuzie degli ospedali provinciali e cittadini, sia nelle sezioni di degenza

riabilitazione estensiva delle case della salute di Copparo, Bondeno e Comacchio, sia a domicilio, presi in carico dai servizi domiciliari e dai Medici di Medicina Generale, con priorità per i percorsi per i soggetti fragili.

6. Ottimizzare la documentazione clinica alla dimissione, il suo rapporto con la codifica DRG e le altre codifiche ambulatoriali

In quest'ottica programmatoria va accelerato il processo di costruzione della documentazione clinica dei pazienti trattati dal sistema, in ottica interaziendale, per garantire la possibilità a tutti i professionisti operanti nell'area di seguire i pazienti lungo le tappe del percorso, spesso personalizzato, così progettato e garantire la documentazione in tempo reale delle azioni effettuate in suo favore. I diversi sistemi non potranno non integrarsi e facilitare il compito dei professionisti a operare in tutti i setting di cura.

Nel seguito il documento è strutturato come segue:

- una prima parte di sintetica analisi del contesto nazionale e regionale atteso
- una seconda parte di analisi specifica del quadro di sistema aziendale con riferimento ai valori economici e alle principali voci di ricavo e di spesa
- una terza Parte, il Piano di sostenibilità vero e proprio, nel quale sono definiti gli obiettivi economici finali e specifici per fattore produttivo, delineandone altresì i trend attesi, che l'Azienda deve riuscire a rispettare per il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario.
- una sintetica descrizione delle azioni di intervento, declinate ed illustrate nei tempi e modalità di realizzazione, al Capitolo 3.

Le Aziende ferraresi non hanno mai evidenziato una situazione di equilibrio economico, raggiunto sempre in modo "assistito" dalla Regione, con l'erogazione del Fondo di riequilibrio, che peraltro ha avuto un andamento crescente, ad eccezione dell'ultimo biennio.

L'anno 2009 è stato difficile per tutto il contesto nazionale ed internazionale, la crisi economica ha travolto tutti i settori ed anche la sanità è stata investita dal negativo andamento globale.

Da anni il settore sanitario ha preso coscienza della necessità estrema di dover assicurare servizi all'avanguardia ed equi, in un contesto che garantisca la sostenibilità del sistema. Proprio il processo di aziendalizzazione è stato uno dei passi compiuti in tal senso, considerando la necessità di introdurre strumenti gestionali, volti a misurare e valutare, quantitativamente e qualitativamente, le prestazioni erogate e a sviluppare la governance.

Questo Piano di sostenibilità punta alla valorizzazione economica delle nuove strategie, definite puntualmente, in grado di garantire la loro sostenibilità economica, che conducano quindi alla razionalizzazione delle risorse, non solo in termini di riduzione dei costi, ma anche in termini di appropriatezza dei servizi resi, valutando i futuri scenari relativi al contesto di riferimento provinciale, in un continuo confronto con gli stake holders interni alle Aziende ed esterni, adeguati ai cambiamenti già in atto.

E' chiaro che l'attenzione deve andare verso gli elementi che attualmente caratterizzano il contesto nazionale e regionale in cui opera l'Azienda: in primo luogo la domanda che, nel tempo, ha subito profonde trasformazioni, il progressivo e continuo cambiamento della struttura demografica - da una parte l'invecchiamento della popolazione autoctona, che cresce sempre meno della media regionale, dall'altro la crescente quota di popolazione straniera -, il conseguente emergere di un quadro epidemiologico che registra il prevalere di patologie croniche o stabilizzate e il diffuso ricorso a cure givere esterne alle famiglie. In tale contesto sociale emerge un distinguo più netto nella società secondo livelli culturali e condizioni socio-economiche, con conseguenze sugli stili di vita e sulle concezioni della salute. Quindi occorre valutare l'offerta, in continua significativa evoluzione, con una sanità capace oggi di affrontare con successo gravi patologie, valutando attentamente gli equilibri da mantenere sia in area metropolitana che regionale nel sistema ospedaliero e dell'offerta in generale, anche valutando il continuo cambiamento di modelli assistenziali, di tecniche e tecnologie sanitarie.

Inoltre, la mutata condizione economica attuale e le modificazioni nel sistema del welfare hanno dato modo di comprendere maggiormente la necessità di effettuare programmazioni e valutazioni in una visione prospettica, perfezionando piani strategici aziendali di medio-lungo periodo, considerando

l'importanza del settore sanitario nell'economia complessiva del Paese, quale uno delle determinanti dello sviluppo socio-economico generale dei territori.

Su questa linea è impostato la strategia provinciale, secondo un percorso che dovrà proseguire con intensità, nella consapevolezza di essere punto critico di un sistema sanitario avanzato com'è quello dell'Emilia Romagna e in considerazione del proprio complesso contesto di area provinciale a basso sviluppo socio-economico, con un sistema sanitario da riprogrammare, quale stanno emergendo nuovi bisogni che è necessario affrontare.

In questo contesto preoccupante, come si illustrerà nel seguito, appare la situazione economica previsionale per il triennio 2013-2015, nel quale si verifica la riduzione del Finanziamento del SSN che, per la prima volta è inferiore all'anno precedente, ed è profondamente investita dalla necessità di una correzione di rotta coi conti del Paese per sopravvivere alla crisi economica mondiale.

Da queste premesse, il Piano strategico aziendale diviene cornice indispensabile alla sua formulazione di un livello di sostenibilità per il quadriennio 2013-2016.

1. Il contesto nazionale e regionale di riferimento

Nella società attuale il meccanismo economico di produzione e distribuzione della ricchezza ruota in parte rilevante attorno ai servizi, specie quelli di interesse pubblico rivolti alla persona.

E' evidente, quindi, come l'attività sanitaria abbia un forte indotto economico di vari settori di produzione della ricchezza in senso economico, coinvolgendo le aziende che producono beni e servizi collegati ai processi di tutela della salute.

La politica sanitaria deve pertanto valutare il sistema sanitario anche come potente strumento di politica economica generale, non considerando solo l'aspetto della spesa ma l'intero circuito dei consumi e della produzione che ruota intorno a tale realtà, ponendo la giusta attenzione anche a questo importante aspetto.

Fulcro imprescindibile di tutte le politiche diviene ancor più la valorizzazione della gestione aziendale a livello locale, senza la quale le politiche a dimensione più generale e livello macro economico rischiano di non dare risultati: la sfida per i prossimi anni e il miglioramento della qualità della spesa in funzione di quella del servizio, sono legati allo sviluppo e al consolidamento dell'aziendalizzazione, in un binomio autonomia-responsabilità, che possa coniugare qualità dei servizi ed efficienza delle gestioni in organizzazioni complesse quali quelle sanitarie.

E' opinione diffusa e percepita che, dopo l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, il Servizio italiano sia tra i migliori al mondo in termini di risultati misurabili. Anche le classificazioni a livello internazionale collocano il Servizio sanitario italiano nelle prime posizioni, come sistema tra i più avanzati. Il panorama evidenzia una situazione non omogenea sul territorio nazionale, e proprio in questa direzione si collocano le principali proposte di cambiamento che interessano la Sanità, spesso dando corpo a principi ed enunciazioni già presenti nell'ordinamento: leggasi le norme sul federalismo fiscale, che sta diventando realtà concreta la definizione di un elenco concordato Stato-Regione dei nuovi LEA, la fissazione e la condivisione di un nuovo tariffario delle prestazioni, le conseguenti modalità di compartecipazione ai costi. Ancora, si palesa il passaggio dal finanziamento della spesa storica, che ormai ha attraversato questa fase e segue il criterio della quota capitaria, al sistema che finanzia i costi standard di cui ancora non si comprende la fattibilità e l'impatto.

Se la salute quindi non è solo la cura della malattia, ma la promozione del benessere fisico e psichico dei cittadini, si deve costruire un sistema diffuso delle responsabilità condivise ai differenti livelli istituzionali per garantirne la realizzabilità; questo percorso perciò viene completato dalla presa in carico dell'individuo in base al principio dell'integrazione socio-sanitaria e della nascita e la successiva gestione di Fondi dedicati (Fondi per la Non autosufficienza, ad esempio).

Un altro aspetto fortemente innovativo, che potrà caratterizzare il prossimo futuro, è la previsione, già in parte espressa, dell'incremento di forme integrative di assistenza, che naturalmente dovranno essere più precisamente regolamentate.

Queste profonde innovazioni devono essere comprese ed accostate alla problematica delle compatibilità finanziarie sovranazionali, nazionali e regionali, divenuta estremamente critica a causa della crisi americana che ha coinvolto in modo globalizzato le diverse società e collettività.

Infatti, sebbene la spesa pro capite per la salute, nel decennio 1997-2007, sia aumentata in Italia solo del 2,4% all'anno, con una riconosciuta alta qualità dell'assistenza, a fronte del 4,1% annuo nei Paesi dell'OCSE, la crisi generale dell'economia ha investito anche la Sanità e non ha mancato di provocare forti tensioni sul finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. In tale contesto, il confronto Governo Regioni è stato particolarmente difficile si è protratto a lungo sino all'ipotesi dell'Accordo 2009-2012, ormai scaduto e non ancora rinegoziato.

Il Patto per la salute sottoscritto nel dicembre 2009 e recepito dalla Legge Finanziaria per il 2010 ha consentito di fornire un panorama previsionale entro il quale le Aziende sanitarie possano definire la loro programmazione che, tuttavia, deve essere assolutamente stringente, necessitando di piani pluriennali di razionalizzazione: il raggiungimento degli obiettivi assegnati al sistema sanitario per i prossimi anni implica un incremento dell'efficienza nell'organizzazione dei servizi in cui tutti gli attori dovranno fare la loro parte.

In questa critica situazione diverse sono le strade che sono state intraprese: alcune regioni hanno cercato di fronteggiare il tendenziale aumento dei costi per beni e servizi attraverso l'aggregazione della domanda o la centralizzazione degli acquisti, sino all'accorpamento, già realizzato o in via di realizzazione, delle funzioni tecniche e amministrative.

Effettivamente le procedure di acquisto centralizzate per farmaci, materiali diagnostici e dispositivi medici, hanno consentito di realizzare un risparmio medio, su scala nazionale, di oltre il 25%. Si presenta quindi come una leva che, almeno nell'immediato, vista la difficile congiuntura economica, non può che essere incrementata, tanto più in considerazione del maggiore potere contrattuale acquisito dalle Aziende sanitarie nei confronti dei fornitori e del risparmio economico derivante dalla concentrazione dei bandi di gara.

Interessante è anche lo sviluppo che potrà avere la logistica farmaceutica, che richiede forti interventi strutturali ed un impiego rilevante di tecnologie informatiche allo scopo di migliorare ulteriormente i servizi erogati in termini di sicurezza per il paziente, rafforzare affidabilità e qualità, con una riduzione degli sprechi ed importanti economie di scala, attraverso la tracciabilità del farmaco in ogni fase del suo percorso, così come un altro importante ambito di intervento di razionalizzazione degli acquisti è rappresentato dall'Health Technology Assessment, che dà maggiore attenzione alla valutazione delle tecnologie sanitarie, attraverso strumenti che assicurino la sostenibilità economica delle innovazioni dei sistemi sanitari.

La Legge sul federalismo fiscale, ormai approvata, e che potrà vedere lo sviluppo, entro il 2016 la complessiva e progressiva attuazione del sistema, afferma il principio che le Regioni, devono prevedere alla copertura delle spese che eccedono i Livelli essenziali di assistenza, omogenei e garantiti su tutto il territorio nazionale, con mezzi propri, per iniziative ben individuate dalla legislazione vigente.

Ad alimentare il clima di incertezza e di pesante crisi finanziaria in cui le Regioni e le Aziende sanitarie si trovano ad operare è intervenuto il Governo con l'emanazione del DL 78/2010 convertito nella legge 122/2010, cosiddetta "manovra d'estate" che nel ridefinire gli accordi previsti nel patto della salute 2009, precisa come il finanziamento del SSN per il prossimo triennio prevede una serie di misure in particolare sul costo del personale (blocco dei contratti) sulla spesa farmaceutica oltre ad altre misure di razionalizzazione della spesa degli apparati amministrativi, prefigurandone la cogenza per fronteggiare la crisi economica nazionale; lo stesso provvedimento normativo prevede tagli consistenti alle risorse verso gli Enti Locali e le Regioni per le funzioni delegate, tra le quali la Sanità assume una dimensione economica prevalente.

L'elenco, molto più lungo di quanto sinteticamente evidenziato, degli aspetti innovativi del prossimo futuro, che già oggi il sistema sanitario vive nel profondo cambiamento che lo pervade, prefigura la consapevolezza che occorre attuare i meccanismi per garantire efficacia, misurabilità delle prestazioni, sostenibilità economica ed efficienza nella gestione delle risorse, che a volte sono rimasti soltanto scritti sulle norme, sulle linee guida ed ai quali non hanno fatto seguito tutti gli interventi necessari per la concreta applicazione. Si fa riferimento al processo di aziendalizzazione del SSN e alla progressiva regionalizzazione del sistema; il modello dell'Azienda USL pare ancora il più idoneo per garantire l'autonomia gestionale necessaria nella combinazione ottimale ed efficiente dei fattori produttivi, delle risorse umane, delle tecnologie, dei modelli organizzativi ed assistenziali per tradurre in servizi e prestazioni efficaci, eguali su tutto il territorio nazionale, applicando quindi il principio normativo. Il modello aziendale, che si fonda su un'ampia discrezionalità ed autonomia circa il modo di operare, si focalizza su un'ampia responsabilizzazione sui risultati raggiunti, è necessario per dare organicità ed unitarietà alla gestione, attraverso la previsione di un organo monocratico, il Direttore Generale, potenziando il senso della complessità organizzativa che è proprio delle aziende sanitarie.

Si evidenziano ora alcuni aspetti significativi del contesto economico-finanziario fino al 2012 e di quello previsto per il prossimo quadriennio 2013-2016.

In base al Patto per la Salute 2007-2009 che richiama l'Accordo 8 Agosto 2001 la necessità del settore sanitario mantiene una dinamica di crescita rapportata all'incremento del PIL.

Già dal 2011 la differenza tra gli incrementi effettivi del livello di Finanziamento e la crescita del PIL intesa come crescita del fabbisogno del servizio sanitario viene coperta da misure di contenimento della spesa, in particolare provenienti da provvedimenti di Legge Nazionali.

Per il 2012, a fronte di un incremento del fabbisogno del 2,8% (Patto per la salute 2010-2012) l'incremento del finanziamento previsto sul 2011 è solo dell'1,8%, la restante parte deve provenire da misure di contenimento della spesa :

risparmi farmaceutica

risparmi blocco CCNL per dipendenti e convenzionati

reintroduzione ticket

Valori in milioni	2011	2012
fabbisogno post Manovra economica	108.770,80	111.812 2,80%
finanziamento	106.905,30	108.780 1,75%
misure contenimento	1.865,50	3.032 62,53%
Tot. Incremento risorse	108.770,80	111.812 2,80%

Per il triennio 2012 – 2014 il valore economico delle misure di contenimento della spesa sanitaria è pari a 11 miliardi, cui vanno sommati gli effetti di trascinamento delle misure dell'anno 2012 per gli anni successivi pari a circa 6 miliardi. Gli effetti di tali misure sono diversificati per le singole realtà regionali e per le singole Aziende, caratterizzate da specificità socio-demografiche e reddituali peculiari.

Misure in vigore nell'anno 2012:	
- risparmi ivc CCNL L. 191/2009 art. 2 c.67	-466
- risparmi farmaceutica D.L. 78/2010 art.11 c.12 (L.122/2010)	-600
- risparmi blocco CCNL DL 78/2010 art. 9 c. 16 (L.122/2010)	-1.132
- reintroduzione ticket D.L. 98/2011 art.17 c.6 (L.111/2011)	-834
MISURE anno 2012	-3.032
MISURE anno 2013	-2.500
MISURE anno 2014	-5.450
VALORE DELLE MISURE CONTENIMENTO INTRODOTTE NEGLI ANNI 2012-2014	-10.982
Trascinamento delle misure introdotte dal 2012	-6.000
Totale impatto economico nel triennio	-16.982

In particolare per ciò che riguarda la reintroduzione della quota fissa per ricetta di specialistica ambulatoriale pari a 10 euro, prevista dall'art. 17 comma 6 del citato D.L. 6 luglio 2011, n. 98. È previsto un impatto finanziario pari a 834 milioni di euro per il 2012. Ciò si traduce per la Regione Emilia-Romagna in un minor finanziamento pari a circa 61,8 milioni di euro.

Il 28 dicembre 2011 è stato raggiunto l'Accordo con il Ministero della Salute e con il MEF ai sensi dell'art. 1, lettera p-bis della Legge n. 296/2006, che determina in 91,835 milioni il gettito che dovrà essere assicurato nell'anno 2012 dalle misure regionali di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.

Il fenomeno che risulta evidente nel 2011 e nel 2012 è che per le Regioni le risorse certe, costituite dal finanziamento, hanno coperto solo in parte i maggiori fabbisogni; la restante parte è coperta da "risorse incerte", intendendo come tali i minori costi conseguenti a manovre normative, il cui esito è ovviamente di non sicura entità e soprattutto presenta diversità nelle ricadute a seconda del diverso contesto regionale e aziendale in cui queste troveranno applicazione.

A livello regionale tale incremento del livello di finanziamento è calato in una situazione caratterizzata da:

- maggiori oneri conseguenti alla modalità di verifica dell'equilibrio del SSR, con conseguente finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati ed il recupero degli ammortamenti pregressi;
- da minori economie di gestione in quanto le azioni regionali saranno riassorbite dalle misure nazionali e quindi nei risparmi attesi e destinati a compensare un minor livello di finanziamento
- un minor finanziamento del Fondo nazionale per la non autosufficienza già a partire dal 2011
- Incertezza nella reale ricaduta degli effetti conseguenti alla manovra Ticket

Un elemento di grande difficoltà per gli enti del SSR a partire dal 2012 è rappresentato dal tema della copertura degli ammortamenti "non sterilizzati" (vale a dire degli ammortamenti non neutralizzabili in termini di risultato d'esercizio corrente in quanto non finanziati da fonti di finanziamento esterne statali o regionali o derivanti da donazioni rispetto al finanziamento del fabbisogno sanitario corrente) ed al conteggio degli oneri relativi ai fini del calcolo dell'equilibrio economico-finanziario.

A partire dall'anno 2012 le regioni devono provvedere alla copertura finanziaria di tutti gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno che per la nostra Regione equivalgono a circa 160 milioni di euro. Ciò si traduce in una programmazione regionale 2012 a risorse inferiori rispetto al 2011, coperte da risorse aggiuntive stanziare dal Bilancio Regionale.

Per il 2012 il finanziamento a quota capitaria ripartito alle Aziende rimane lo stesso del 2011 (7.074 milioni di euro) pertanto le differenze, rispetto all'anno precedente, per ogni singola azienda sono dovute alla variazione della popolazione rispetto alla variazione media regionale.

Già dal 2012 le risorse regionali a garanzia dell'equilibrio economico finanziario destinato alle Aziende USL e ospedaliere si riducono di 29 milioni rispetto al 2011, è pertanto prevedibile una loro ulteriore diminuzione nell'arco del triennio. Un maggiore contributo viene chiesto a quelle Aziende che hanno beneficiato da tempo ed in misura significativa di un livello di risorse distribuite a garanzia dell'Equilibrio economico finanziario, quali ad esempio la Provincia di Ferrara.

Il 2013 è il primo anno nel quale i finanziamenti destinati al Servizio sanitario nazionale sono inferiori all'anno precedente. Questo contesto è rappresentato dal riferimento alla disponibilità delle risorse sia a livello nazionale che regionale e conseguente cascata sulle Aziende sanitarie, definite congiuntamente dalla L. 135/2012, (cosiddetta Spending Review) e dalla Legge di Stabilità per il 2013.

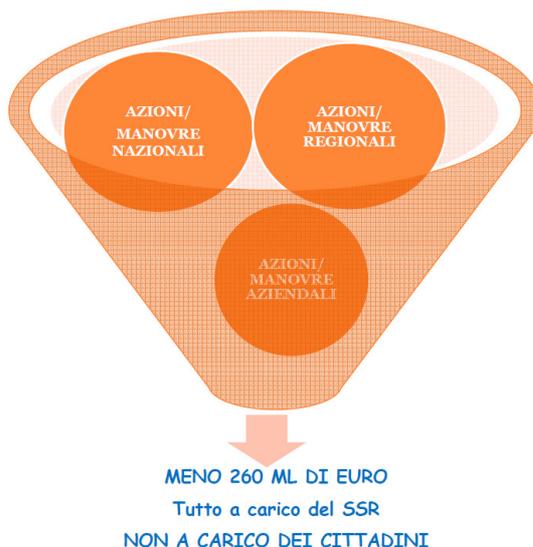
Livello Nazionale

Risorse Totali: 106.824 milioni
(-0,98% rispetto al 2012)

Livello Regionale Emilia Romagna

Risorse Totali: 7.850 milioni
(-1,03% rispetto al 2012).

La situazione complessiva precedentemente illustrata, dal punto di vista della Programmazione strategica rende indispensabile mettere in campo specifiche azioni e manovre sia a livello nazionale che regionale (già stabilita per Legge) con ovvie ricadute in ambito aziendale, in considerazione di un calo di risorse a livello regionale di 260 milioni di Euro interamente a carico del Sistema Sanitario della Regione Emilia-Romagna evitando oneri a carico dei cittadini.



Le manovre in sintesi possono essere così rappresentate:

AZIONI/MANOVRE NAZIONALI

- Acquisto di Beni riduzione del 10% (Legge di Stabilità 2013)
- Riduzione dipartimenti medici (-4,8%)
- Ospedali privati accreditati, riduzione dell'1% (L 135/2012)
- Specialistica convenzionata esterna, riduzione dell'1% (L 135/2012)
- Assistenza protesica e integrativa, riduzione del 10% (Legge di Stabilità 2013)
- Servizi in convenzione, riduzione dell'1% (L 135/2012)
- Altri servizi sanitari, riduzione dell'1% (L 135/2011)
- Servizi tecnici e utenze, riduzione del 10% (Legge di Stabilità 2013)

AZIONI/MANOVRE REGIONALI

Le ulteriori misure di livello regionale :

- Revisione tariffaria per le prestazioni di degenza ospedaliera,
- Revisione accordi integrativi regionali per la Medicina di Base, Pediatri di Libera scelta e specialisti,
- Limitazione Turn Over personale dipendente (0% personale amministrativo, 25% personale sanitario),
- Riorganizzazione Servizi Amministrativi /Tecnici/ Staff e Sanitari su base Area Vasta o Provinciale,
- Revisione Unità Operative Complesse,
- Limiti alle sostituzioni (-20% rispetto al 2012),
- Spesa "Lavoro flessibile" uguale o inferiore al 2012.

Queste azioni devono essere tradotte e realizzate nel 2013 rappresentando la cornice necessaria entro la quale vanno formulati i bilanci aziendali e rappresentano una leva a supporto della sostenibilità del sistema.

Tutto ciò non è però sufficiente.

2. Il quadro di sistema aziendale

AZIENDA OSPEDALIERA

La particolare situazione di sofferenza economico-finanziaria che caratterizza l'Azienda è determinata prevalentemente dagli importanti cambiamenti strutturali ed organizzativi che hanno interessato l'Azienda a seguito del trasferimento, nel corso dell'anno 2012, dell'attività ospedaliera presso il nuovo ospedale di Cona. La gestione aziendale è stata condizionata negativamente dall'aggravio dei costi determinato del contemporaneo utilizzo della nuova e della vecchia sede ospedaliera.

Gli eventi sismici del 20 e 29 maggio 2012 hanno costretto l'Azienda ad affrontare la grave emergenza ed hanno aggravato una situazione già molto critica sotto il profilo della riorganizzazione e della ricaduta economica.

Gli eventi del 2012 hanno pertanto contribuito a peggiorare una situazione di sofferenza già in atto, tale da rendere indispensabile la predisposizione di un Piano di sostenibilità economico-finanziaria pluriennale da definirsi in sinergia con l'Azienda Usl di Ferrara, con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, con il Comitato di indirizzo e con l'Università degli Studi di Ferrara.

I risultati emersi dall'analisi svolta evidenziano, sotto il profilo economico/finanziario una situazione aziendale critica, della quale vengono esaminate le cause e le possibili chiavi di lettura.

Dall'analisi emerge che il disequilibrio economico è imputabile a molteplici cause pertanto il piano di sostenibilità pluriennale dovrà basarsi su macro azioni strutturali a sviluppo pluriennale accompagnato da un governo complessivo dei processi e delle decisioni aziendali diffuso e continuativo nel tempo che consenta il mantenimento e lo sviluppo della vocazione aziendale all'eccellenza clinica ed assistenziale.

L'analisi delle cause dell'attuale squilibrio economico-finanziario dell'Azienda è stata condotta attraverso le seguenti fasi:

un'analisi della struttura dell'offerta ospedaliera in area provinciale;

un'analisi dell'utilizzazione dei servizi sanitari e della spesa sanitaria dei residenti della provincia di Ferrara;

un'analisi del bilancio aziendale, finalizzata a descrivere l'evoluzione negli ultimi anni delle più significative voci di bilancio. Sono stati presi a riferimento i dati dal 2009 al 2012, considerando che già nel corso del 2011, con la previsione del trasferimento a Cona, i costi di gestione avevano subito delle variazioni significative derivanti dai collaudi a Cona;

la valutazione interna dei costi e dei ricavi dei diversi settori di attività sanitaria, in modo da evidenziare aree con una dotazione eccessiva di risorse rispetto alle attività effettivamente svolte;

il confronto con le altre Aziende Ospedaliero/Universitarie, sulla base dei dati ufficiali pubblicati dall'Assessorato Regionale alla Sanità. Tale confronto consente infatti di individuare aree su cui intervenire in modo prioritario, sia sulle varie voci di bilancio sia, più in dettaglio, sui costi di struttura e su singole aree di attività.

AZIENDA USL DI FERRARA

Rispetto al tema della complessità organizzativa, che contraddistingue tutte le Aziende sanitarie, per l'AUSL di Ferrara si rende necessario completare la definizione con le dimensioni demografiche, economiche ed organizzative, che la qualificano connotandola, **ma non certo differenziandola in modo sostanziale rispetto alle altre Aziende sanitarie della Regione.**

Come già anticipato in premessa l'Azienda USL di Ferrara, nata nel luglio 1994, non è mai stata in equilibrio economico-finanziario, ha un Patrimonio netto negativo che spesso ha comportato problemi anche con terzi esterni, ad esempio per la concessione del credito.

Questo Piano vuole dare evidenza, anche economica, delle strategie delle Direzioni, chiamate ad agire ed a rilanciare una nuova fase della Sanità ferrarese, che sarà ben delineata nel Piano strategico; l'AUSL di Ferrara non sarà più una Azienda "dissestata", già nel 2011, e ancora più nel 2012, si è avvicinata al pareggio tecnico, deve esprimere strategie all'interno di un percorso vincolato. Nel 2012, come già detto nel paragrafo precedente, l'Azienda USL, in un percorso virtuoso avviato dalla fine del 2010 ha raggiunto il pareggio di Bilancio, rispettando il vincolo regionale senza registrare alcuna eccedenza di spesa durante la gestione. I "vincoli" sono di duplice natura: da un lato il graduale recupero delle risorse regionali aggiuntive

che l'Azienda sta assorbendo; dall'altro il graduale ed obbligatorio recupero degli ammortamenti sorgenti, per potersi al termine del percorso, autofinanziare la politica degli investimenti.

Il terzo vincolo, di sistema, è un progressivo miglioramento economico del sistema provinciale, all'interno del quale i singoli attori, attraverso sinergie produttive ed erogative, riducano progressivamente, ma con una ripartizione che rispetti il principio di equità, le risorse aggiuntive complessivamente ricevute dalla Regione, che nel 2011 sono state pari a 37 milioni di euro. Per questo, particolare rilevanza assumono, anche nella loro declinazione nel Piano strategico: reti cliniche assistenziali interaziendali; nuove responsabilità sulla assistenza territoriale; progetti di miglioramento, sviluppo e innovazione; progetti di unificazione di area metropolitana e di area Vasta Emilia centro, di alcune funzioni sanitarie, amministrative e tecniche.

La gestione dei progetti di unificazione delle funzioni amministrative, tecniche e sanitarie nell'Area provinciale e nell'Area Vasta è l'opportunità vincente nel prossimo triennio, per creare organizzazioni integrate, idonee alla gestione del cambiamento, anche per beneficiare delle sinergie produttive ed erogative derivanti dall'uso comune delle risorse.

L'equilibrio tecnico deve trasformarsi in equilibrio economico reale. Per fare questo, l'Azienda deve fare uno sforzo strutturale: allinearsi ai costi pro-capite medi regionali, rimanere all'interno dei vincoli finanziari assegnati dalla Regione, recuperando progressivamente le quote di Fondo a garanzia del riequilibrio di cui ancora beneficia e riassorbire le quote di ammortamento sorgenti nel corso delle singole annualità. E' naturale che per fare ciò debba ancora agire sulla struttura dei costi aziendali.

Nel biennio 2012-2013 la situazione dei finanziamenti aziendali evidenzia la seguente situazione:

Totale risorse a disposizione		<i>valori in milioni</i>	
		AUSL FE	AOSP FE
2012	Finanziamento a quota capitaria	596,18	0
	Riequilibrio economico finanziario	18,86	14
	Totale 2012	615,04	14
2013	Finanziamento a quota capitaria	580,56	0
	Riequilibrio economico finanziario	8,85	14
	Totale 2013	589,41	14
Diff. 2013 vs 2012		-25,63	
Diff. 2013 vs 2012 in %		-4,2%	

Il consistente minor finanziamento è stato riflesso ed ha negativamente pesato sulla formulazione del Bilancio preventivo 2013, con Delibera m. 119 del 7/6/2013

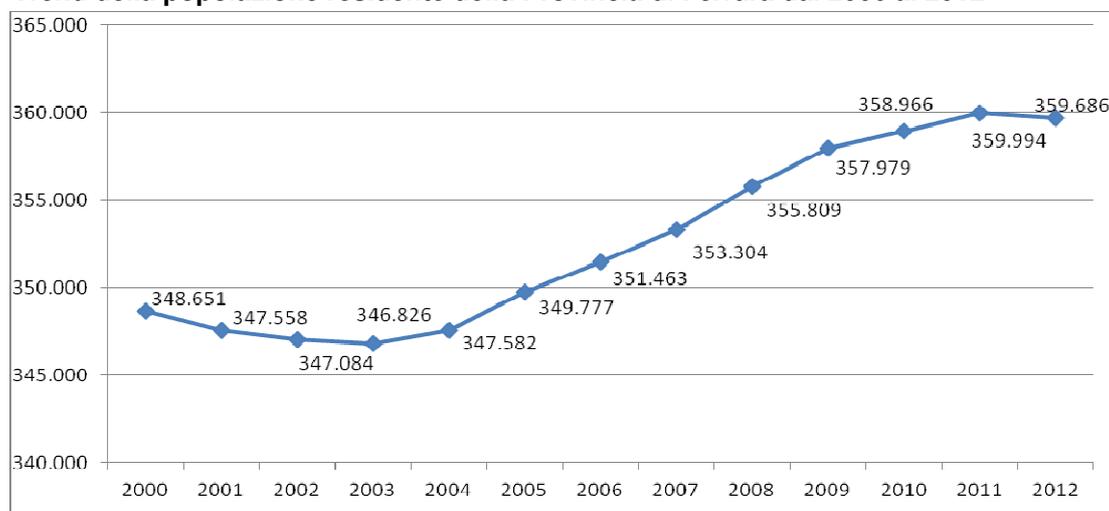
Il contesto socio demografico

La popolazione residente nell'Azienda USL di Ferrara al 1° gennaio 2012 ammonta a 359.686 abitanti, in lieve calo rispetto all'anno 2011.

Totale residenti per Aziende USL di residenza - Emilia-Romagna - 1-1-2012

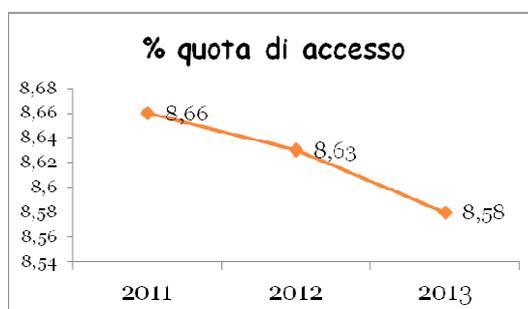
Aziende USL di residenza	Totale
Azienda USL di Ferrara	359.686
RER	4.459.246

Trend della popolazione residente della Provincia di Ferrara dal 2000 al 2012



La popolazione residente, cresce da 10 anni meno della media regionale, nel 2012 si assiste per la prima volta ad una riduzione rispetto all'anno precedente. Ciò comporta, per il sistema di finanziamento basato sulla popolazione "pesata" per consumi e anzianità, una minor quota di accesso delle aziende con tali caratteristiche, che per l'Azienda di Ferrara si sostanzia una in circa 2,35 milioni annui.

% quota d'accesso sul finanziamento regionale 2011/2013



La popolazione è distribuita con discreta disomogeneità nei tre Distretti:

Centro-Nord: circa 177.898 abitanti, Sud-Est circa 102.687 abitanti, Ovest circa 79.101 abitanti.

Lo scarso numero di abitanti per chilometro quadrato (136,8 abitanti/Kmq rispetto ai 201,6 della Regione Emilia Romagna) è un parametro importante per i costi in sanità, che se non corretti, rischiano di mostrare una relazione inversa automatica.

Il distretto Sud-Est con 77,2 abitanti per chilometro quadrato ha una densità paragonabile alle aree di montagna.

Densità abitativa (ab/km quadrato) per Distretto (1/1/2012)

	<i>Centro Nord</i>	<i>% su ASL</i>	<i>Distretto Sud Est</i>	<i>% su ASL</i>	<i>Distretto Ovest</i>	<i>% su ASL</i>	<i>Azienda USL</i>	<i>% su Regione</i>	<i>Emilia-Romagna</i>
Abitanti	177.898		102.687		79.101		359.686		4.459.246
Superficie(kmq)	887	33,7	1.330	50,6	413	15,7	2.630	11,9	22.123
Densità(ab/kmq)	200,6	-	77,2	-	191,5	-	136,8	-	201,6

Solo 4 Comuni fungono da poli di attrazione per il 60% della popolazione ferrarese (Ferrara, Cento, Comacchio e Argenta). Il restante 40% degli abitanti è distribuito su un ampio territorio con differenze di densità demografica di quasi 20 volte, si va infatti dai 552,0 abitanti/kmq di Cento ai 28,2 abitanti/kmq di Jolanda di Savoia.

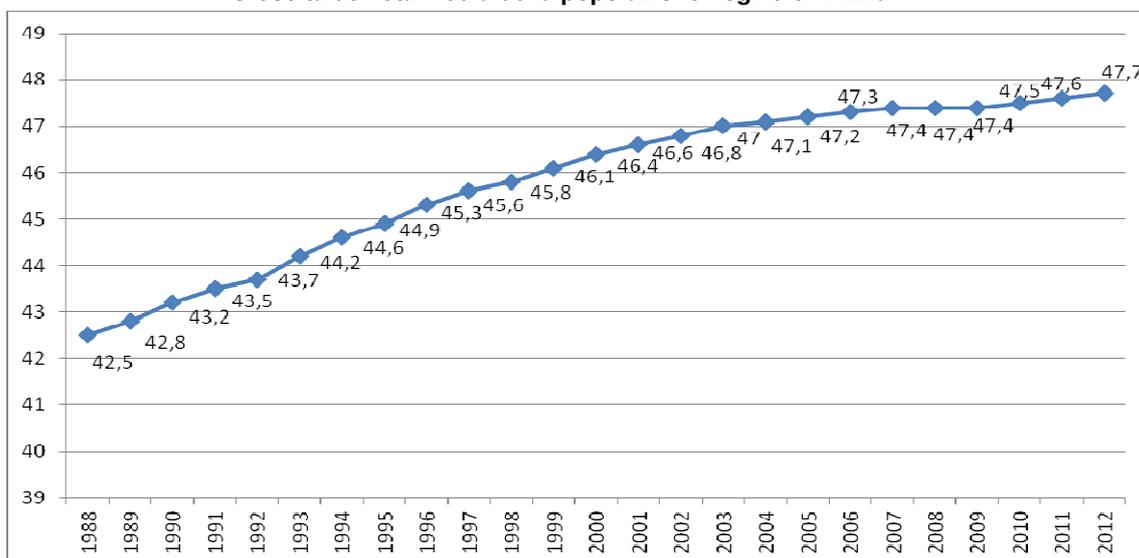
Densità abitativa per comune (2012)

Comuni	Popolazione residente	Superficie (kmq)	Densità (ab/kmq)
Argenta	22.553	311,05	72,5
Berra	5.216	68,65	76,0
Bondeno	15.283	175,19	87,2
Cento	35.770	64,8	552,0
Codigoro	12.525	169,85	73,7
Comacchio	23.132	283,81	81,5
Copparo	17.163	157,04	109,3
Ferrara	135.444	404,36	335,0
Formignana	2.815	22,36	125,9
Jolanda Di Savoia	3.047	108,03	28,2
Lagosanto	5.008	34,26	146,2
Masi Torello	2.381	22,95	103,7
Massa Fiscaglia	3.615	57,87	62,5
Mesola	7.133	84,28	84,6
Migliarino	3.721	35,37	105,2
Mirabello	3.527	16,11	218,9
Ostellato	6.487	173,73	37,3
Poggio Renatico	9.743	79,8	122,1
Portomaggiore	12.361	126,44	97,8
Ro	3.408	43,06	79,1
Sant'Agostino	7.152	35,21	203,1
Vigarano Mainarda	7.626	42,3	180,3
Voghiera	3.842	40,58	94,7
Tresigallo	4.582	20,82	220,1
Goro	3.911	31,42	124,5
Migliaro	2.241	22,48	99,7
Totale	359.686	2.631,82	136,8

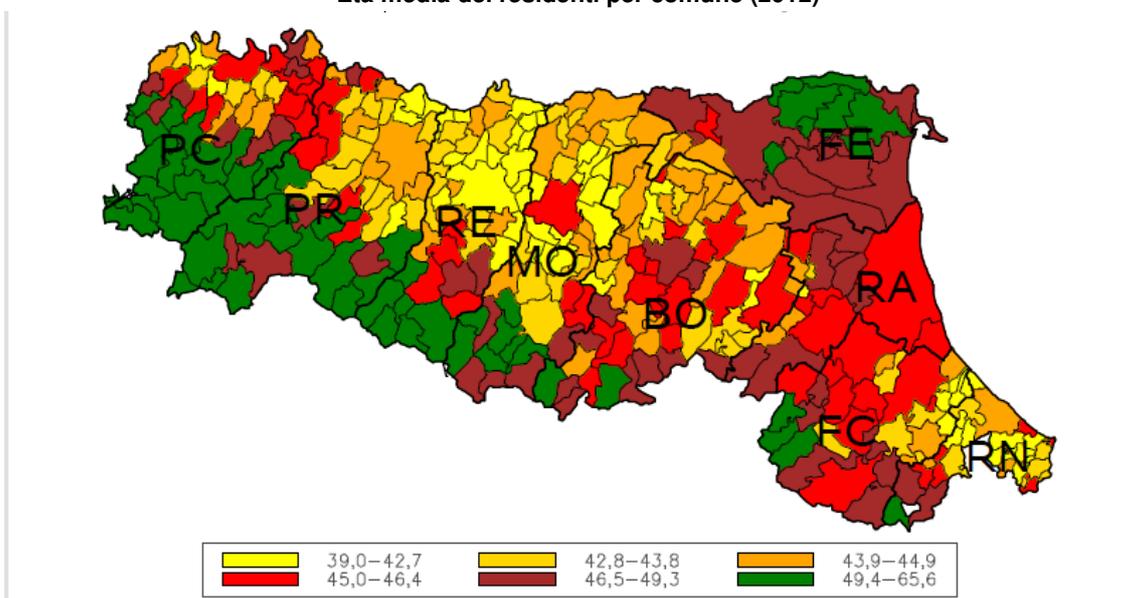
Composizione per età

La composizione per età di una popolazione è il determinante più importante delle condizioni di salute, della conseguente domanda espressa di servizi sanitari e dei costi sanitari risultanti. Per questo la conoscenza della struttura per età della popolazione consente di prevedere con una buona approssimazione l'entità della spesa sanitaria. L'età media dei residenti è maggiore di quasi 3 anni rispetto all'età media in regione. Questa caratteristica è dovuta alla concomitante presenza nella provincia di Ferrara di un'alta percentuale di over 65 (25,8%), tra le più alte in Italia, e di una bassissima percentuale di under 15 (11,1%), la più bassa in Italia.

Crescita dell'età media della popolazione negli ultimi 22 anni



Età media dei residenti per comune (2012)



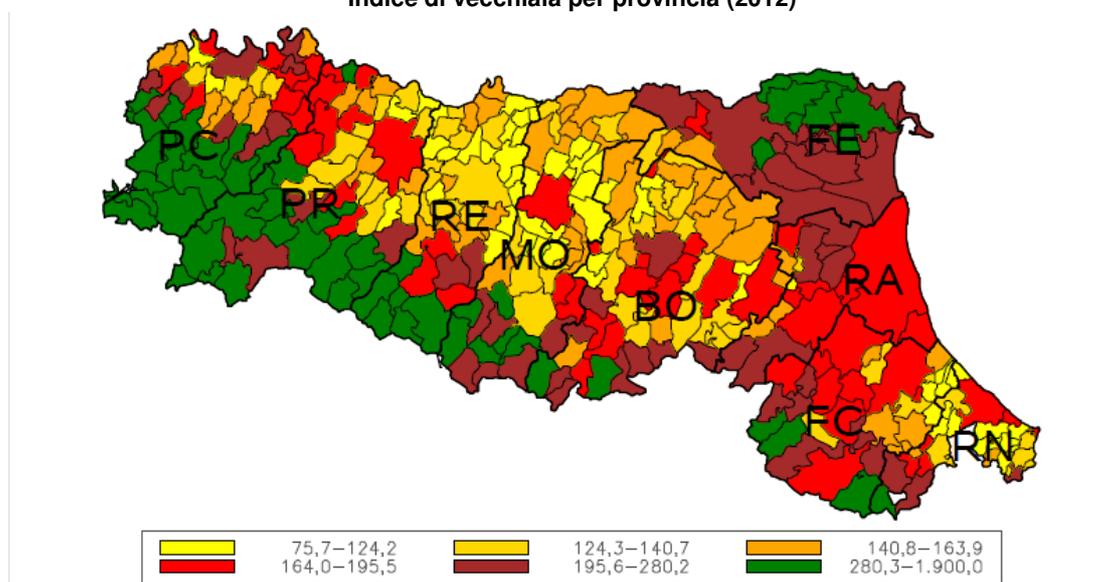
Il distretto Ovest, rispetto agli altri distretti, presenta la percentuale più alta di popolazione inferiore ai 40 anni (77,6% rispetto al 72,9% del Centro Nord e 74,0% del Sud Est) e di conseguenza anche il più basso indice di vecchiaia (164 individui con 65 anni o più ogni 100 individui in età 0-14 anni).

Struttura per età nei 3 distretti sanitari (1/1/2012)

	0-14	15-39	40-64	>65	Totale	0-14	15-39	40-64	>65	I.V.
	Valori assoluti					(% (di riga))				
Sud-Est	10.954	26.056	38.992	26.685	102.687	10,7	25,4	38,0	26,0	243,6
Centro-Nord	18.156	43.199	68.297	48.246	177.898	10,2	24,3	38,4	27,1	265,7
Ovest	10.740	21.820	28.824	17.717	79.101	13,6	27,6	36,4	22,4	165
Provincia	39.850	91.075	136.113	92.648	359.686	11,1	25,3	37,8	25,8	232,5

In generale, l'indice di vecchiaia (valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi) è in diminuzione in tutta la Regione [sono in ripresa le nascite] (167,3 vs 170,2 dell'anno 2010), sebbene rimanga a livelli elevati. L'indice più alto si registra nella Provincia di Ferrara (231,01).

Indice di vecchiaia per provincia (2012)



Sull'Appennino e nel basso ferrarese l'indice di vecchiaia è in genere molto elevato, riflettendo il progressivo spopolamento del territorio con permanenza della sola componente anziana. Nell'invecchiamento di una popolazione si ha generalmente un aumento del numero di anziani e contemporaneamente una diminuzione del numero dei soggetti più giovani. In questo modo numeratore e denominatore variano in senso opposto esaltando l'effetto dell'invecchiamento della popolazione.

Composizione per sesso

La composizione per sesso presenta un marcato squilibrio in favore delle donne (52,2%). La struttura per età rivela che la preponderanza femminile trae origine da una maggiore sopravvivenza delle donne. Nel 1910 la sopravvivenza media femminile in Europa superava di 3 anni quella maschile; da qualche anno sono 5 gli anni che una donna vive mediamente più di un uomo.

Variatione della popolazione

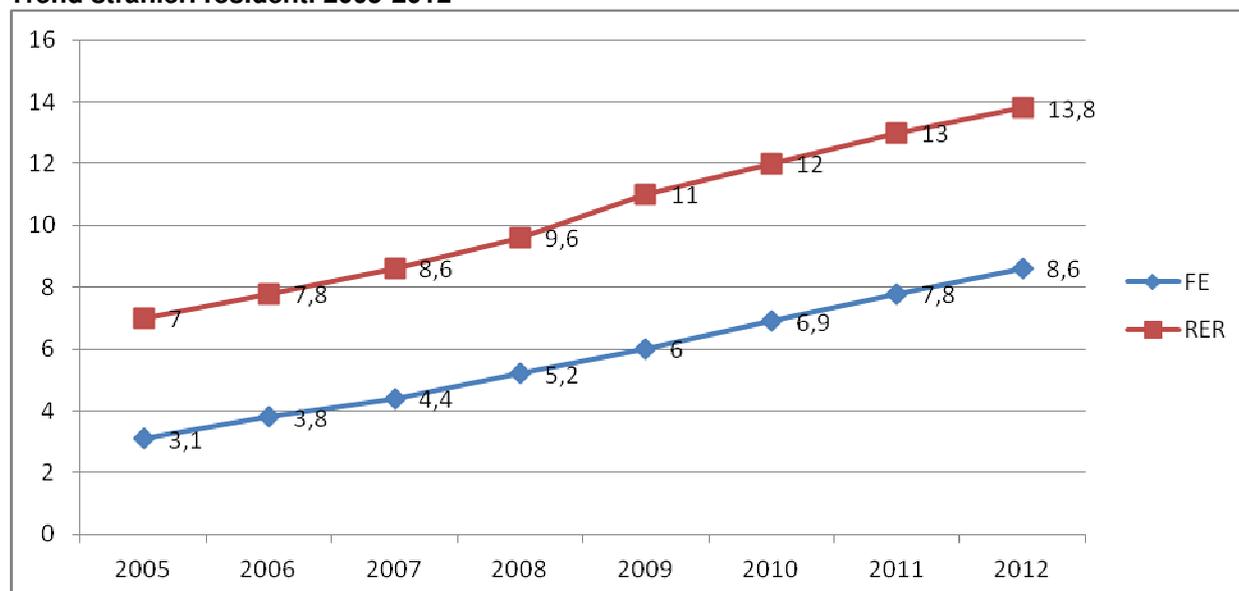
La popolazione regionale presenta una crescita costante dalla metà degli anni '90. A Ferrara la crescita è iniziata solo dal 2004, dopo le regolarizzazioni degli immigrati. Tra il 2011 e il 2012, a fronte di una variazione assoluta di popolazione regionale di +26.807, la provincia di Ferrara è l'unica che registra un decremento di -308 unità pari al -0,08%. In termini percentuali dal 2000 al 2012 rispetto ad una crescita della popolazione regionale del +12%, Ferrara si posiziona all'ultimo posto con un dato di crescita pari a +3,17%. La conseguenza al fenomeno sopra citato si traduce in un tasso grezzo di natalità nettamente al di sotto della media regionale (Anno 2010: RER 9,47‰, FE=7,86‰).

La percentuale di nati vivi per Azienda di evento e cittadinanza della madre mostra un dato per la provincia di Ferrara in linea con il dato regionale sia per madri italiane (FE=69,5% RER=70,3%) che per madri straniere (FE=30,5% RER=29,7%). La lettura per Azienda di residenza della madre evidenzia una percentuale di nati vivi superiore a quella regionale per madri italiane (FE=74,9% RER=70,3%) e inferiore per madri straniere (FE=25,1% RER=29,7%).

Gli stranieri residenti

L'incremento demografico del nostro Paese, e questa vale in particolare per Ferrara, è da ascrivere prevalentemente a un saldo migratorio con l'estero positivo. (per inciso a Ferrara è presente anche una certa quota di immigrazione da province del meridione d'Italia). Il progressivo radicamento dei cittadini stranieri comporta ricadute rilevanti in termini di integrazione. Le politiche di governo dei territori non possono prescindere dalle caratterizzazioni determinate dalla distribuzione e concentrazione delle diverse comunità nazionali e dai conseguenti riflessi sull'accesso della popolazione straniera al sistema del welfare locale. La Regione Emilia-Romagna è caratterizzata da flussi migratori tra i più alti a livello nazionale: sono poco più di 500.000 gli stranieri residenti nel territorio regionale e rappresentano l'11,3% degli abitanti. Ferrara si è distinta nel corso degli anni per una presenza più ridotta di stranieri rispetto alla regione: nel 2012 erano residenti 29.067 stranieri pari a 8,1 stranieri ogni 100 abitanti (8,6 femmine e 7,5 maschi) rispetto all'11,9 della regione.

Trend stranieri residenti 2005-2012

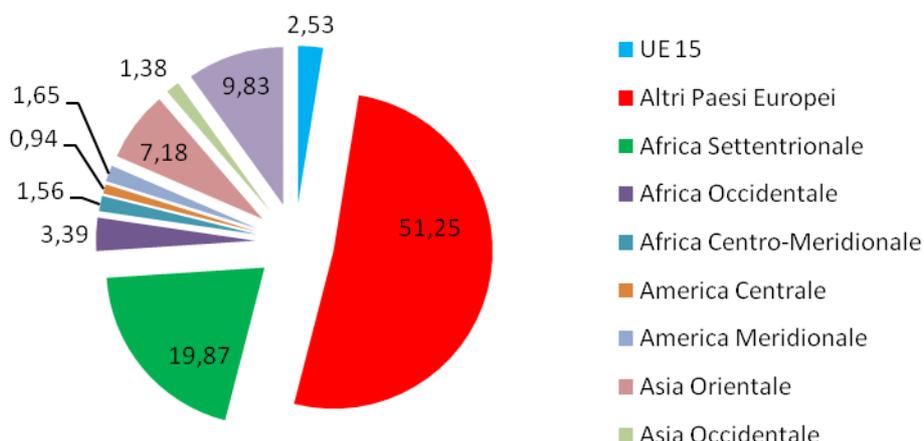


Quota di stranieri per Distretto Azienda USL di Ferrara (2012)

Distretto	Residenti stranieri	% su pop. residente 01/01/2012
Distretto SUD-EST	7.504	7,3
Distretto CENTRO-NORD	13.730	7,7
Distretto OVEST	7.833	9,9
AUSL Ferrara	29.067	8,1

Il capoluogo conta il maggior numero di stranieri residenti (11.581), mentre il comune di Portomaggiore con 1.710 stranieri residenti presenta la più elevata percentuale di stranieri rispetto al totale della popolazione (13,8%). La modesta presenza di stranieri nel ferrarese ha comportato nell'ultimo periodo un incremento relativo di stranieri maggiore in alcune aree del ferrarese rispetto a molte altre aree della regione.

Stranieri residenti per cittadinanza al 1/1/2012. Ausl di Ferrara



Ferrara presenta una distribuzione simile di stranieri residenti per cittadinanza alla Regione Emilia Romagna, dove prevale la percentuale di soggetti provenienti da Altri Paesi europei (senza comprendere i Paesi dell'UE a 15) che è pari al 51,25% del totale degli stranieri residenti contro il 46,6% del dato regionale. Questo può essere riconducibile al fenomeno legato alla richiesta di personale domestico e di cura.

Anziani

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un problema sociosanitario di rilevante complessità, per la necessità di offrire risposte a una fascia di cittadini caratterizzata da bisogni assistenziali che crescono esponenzialmente al progredire dell'età. La popolazione anziana consuma più del 50% delle risorse del servizio sanitario e oltre il 45% di quelle del servizio sociale. Il bisogno di mantenere gli anziani in salute, di migliorarne lo stato di benessere psico-fisico, di facilitare il loro accesso a servizi che possono rallentare l'insorgenza di malattie sia un bisogno di tutta la collettività e sulla risposta che viene data a tale bisogno si misura la civiltà e il benessere dell'intera società. Favorire un invecchiamento sano significa, da un lato, promuovere la salute lungo tutto l'arco della vita in modo da prevenire i problemi di salute e le disabilità fin dalla più giovane età, e, dall'altro, combattere le disparità a livello di salute derivanti da fattori sociali, economici e ambientali. L'Unione europea ha proclamato il 2102 "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni", con l'obiettivo di valorizzare il contributo degli anziani alla società e favorire un invecchiamento sano e attivo per avere di più - e non certo di meno - dalla vita quando si va su con gli anni, sia sul lavoro, che a casa, che all'interno della propria comunità locale. I vantaggi non sono soltanto individuali, ma riguardano la società nel suo complesso. Le proiezioni della Commissione Europea indicano che se le persone vivono più a lungo mantenendosi in buona salute, l'aumento della spesa sanitaria dovuto all'invecchiamento dovrebbe dimezzarsi (The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050), Comitato di politica economica e Commissione europea (DG ECFIN) 2006, Economia europea, Rapporto speciale n. 1/2006). L'allungarsi della durata della vita fa sì che la popolazione anziana si vada sempre più differenziando, tanto da poter distinguere i «giovani anziani» (vicini alla soglia dei 65 anni) dai «grandi anziani» (ultra80enni).

Distribuzione delle classi di età anziane a Ferrara (2012)

		Età >= 65		Età >= 75		Età >= 85		
		Pop. Tot.	N	Ind1	N	Ind2	N	Ind3
FERRARA	OVEST	79.101	17.717	22,4	9.182	11,61	2.726	3,45
	CENTRO-NORD	177.898	48.246	27,12	25.181	14,15	7.361	4,14
	SUD-EST	102.687	26.685	25,99	13.678	13,32	3.748	3,65
	TOTALE AZIENDALE	359.686	92.648	25,76	48.041	13,36	13.835	3,85
TOTALE REGIONALE		4.459.246	1.004.450	22,53	522.725	11,72	159.083	3,57

La popolazione ultra sessantacinquenne residente a Ferrara nel 2012 risulta pari a 92.648 persone su una popolazione di 359.686 abitanti (25,8%). I ferraresi ultra75enni sono pari a 48.041 persone (13,4% dei residenti; in regione sono l'11,7%). Le persone con più di 85 anni possono essere considerate come un gruppo di popolazione interamente bisognoso di assistenza: si tratta di 13.835 persone pari al 3,8% dei residenti (in regione: 3,6%). Una stima più accurata della popolazione anziana a rischio di fragilità e con disabilità è possibile sulla base dei risultati dell'indagine PASSI d'Argento effettuata nel 2009.

Soggetti in condizioni di marginalità potenzialmente portatori di bisogni.

Detenuti distribuiti per Istituto di pena. Anni 2009-2012

Istituto	Tipo di Istituto	Capienza regolamentare			Detenuti presenti 2012			Presenti 2011	Presenti 2010	Presenti 2009
		Donne	Uomini	Totale	Donne	Uomini	Totale	TOT	TOT	TOT
Ferrara	CC	4	252	256	0	346	346	477	497	528
Totale regione	13	124	2.260	2.384	132	3.245	3.377	4.000	4.373	4.441

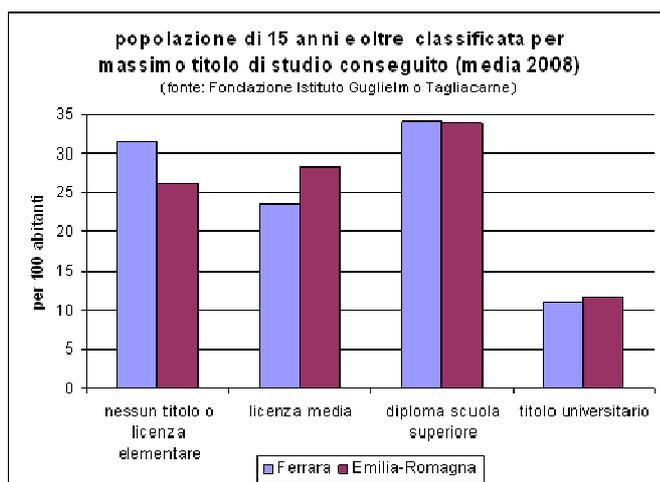
Nella provincia di Ferrara è presente una Casa Circondariale con sezione reclusi che presenta una capienza regolamentare pari a 256 detenuti. Il numero dei detenuti presenti, nonostante sia decisamente al di sopra del dato di capienza (346 pari ad un rapporto di 1,35 detenuti presenti ogni posto regolamentare), evidenzia un trend in decremento dal 2009 al 2012. Il dato della provincia di Ferrara è comunque al di sotto del rapporto regionale per l'anno 2012 pari a 1,42 detenuti presenti ogni posto regolamentare.

E' inoltre da considerare che nel giugno 2012 a seguito degli eventi sismici è stato attivato uno sfollamento di detenuti ad altri istituti sia regionali che extra regionali, con un graduale rientro dei detenuti iniziato nel novembre 2012 che prosegue nel 2013. E' attiva inoltre una sezione di "Collaboratori di Giustizia" con circa 30 presenti che richiedono un sistema di "isolamento" con il resto della popolazione detenuta ed è attiva una sezione di "protetti" con reati relativi alla sfera sessuale con un sistema di "divieto d'incontro" con il resto della popolazione detenuta.

Condizioni socio-economiche Scolarizzazione

Tra gli interventi sociali, l'istruzione e la formazione rappresentano ambiti di particolare importanza, sia per il pieno e consapevole esercizio dei diritti di cittadinanza, sia per la valorizzazione del capitale umano. Nel campo della salute, il grado di istruzione costituisce uno dei fattori più potenti nel discriminare i comportamenti. L'istruzione e la conseguente conoscenza, e consapevolezza, dei fattori che incidono sullo stato di salute, sono le armi migliori contro le malattie a tutti i livelli. Inoltre le persone meno istruite usano in modo meno appropriato le strutture sanitarie. La Strategia di Lisbona, adottata dai capi di Stato e di Governo per rendere l'Unione europea in grado di realizzare una crescita economica sostenibile con nuovi e migliori posti di lavoro e una maggiore coesione sociale, pone tra i suoi obiettivi prioritari la formazione estesa all'intero arco della vita. Gli scarsi livelli di istruzione, abbastanza bassi rispetto al resto della regione, sono un importante problema sociale del ferrarese.

Livello di scolarizzazione, 2008



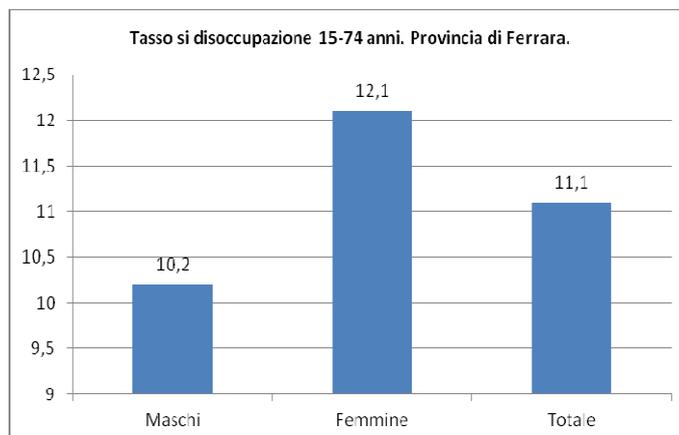
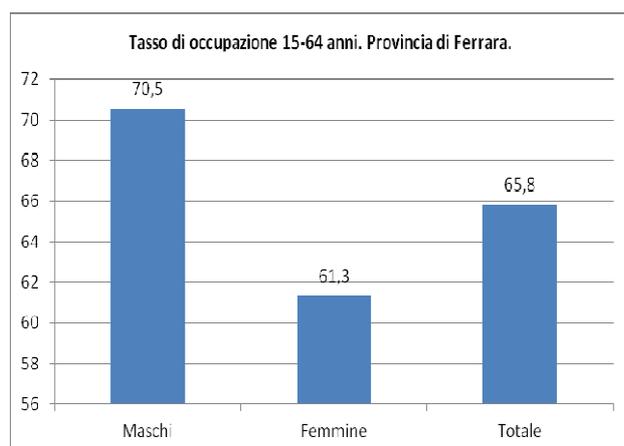
Fonte: Unioncamere - Atlante della competitività delle province italiane

Al Censimento del 2001, in provincia di Ferrara, 12 persone su mille erano analfabete, tasso molto superiore al regionale, pari al 7,4 per mille. L'analfabetismo colpisce le generazione più anziane e soprattutto le donne delle aree più svantaggiate economicamente (Sud-Est). Oggi l'indicatore più importante è diventato il mancato conseguimento del diploma della scuola dell'obbligo, che informa sul livello di istruzione della popolazione tra i 15 e i 52 anni di età. Il dato medio provinciale nel censimento 2001 (9,45%) è superiore alla media regionale, che è 7,92%. In tutti i comuni della provincia, si registra come il genere femminile sia stato sistematicamente discriminato nella conclusione dell'iter scolastico. I dati testimoniano come il tasso riferito ai maschi registri un valore di 8,70%, a fronte di un 10,22% per le femmine, con un differenziale che si accresce nelle aree più svantaggiate. La presenza di alunni con cittadinanza non italiana tende ad aumentare progressivamente e a Ferrara ha raggiunto e superato le 3.200 unità: nell'anno scolastico 2008-2009 l'incidenza è stata del 9% di alunni stranieri sul complesso degli iscritti. A Ferrara in generale, nelle scuole secondarie superiori, circa il 20% degli studenti maschi è in ritardo, con una differenza di genere molto marcata: nelle ragazze la percentuale di ritardi scolastici è inferiore al 10%.

Caratteristiche del mercato del lavoro

Il tasso di occupazione nella fascia d'età lavorativa (15-64 anni)¹ per la provincia di Ferrara è pari a 65,8% (70,5% nei maschi e 61,3% nelle femmine) al di sotto del dato regionale (67,6%).

Il tasso di disoccupazione 15-74 anni della provincia, pari a 11,1% (10,2% nei maschi e 12,1% nelle femmine) è decisamente al di sopra del dato regionale (7,1%).



¹ Fonte: elaborazioni ISTAT <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=298>. Anno 2012

La distribuzione degli addetti per Ausl nei vari comparti produttivi è piuttosto differenziata. Il comparto Servizi e Commercio fa registrare i valori più bassi nelle Ausl a più spiccata impronta manifatturiera tra le quali Ferrara (47%) che rispetto alle altre province della Regione presenta la proporzione più elevata di addetti in sanità (9,8%).

Percentuale degli addetti Ausl RER per comparti aggregati. Gestione Industria, Commercio e Servizi (2010)

Comparti	PC	PR	RE	MO	BO	Imo	FE	RA	For	Ces	RN	RE-R
Agrindustria, pesca, alimenti	3,0	7,2	3,4	3,4	1,4	2,6	3,1	4,5	3,2	4,6	2,0	3,3
Chimica, gomma, carta, cuoio	2,8	3,3	3,8	3,2	2,8	3,0	4,2	4,3	4,9	2,7	1,9	3,3
Costruzioni	10,3	9,9	10,7	9,9	7,3	10,5	11,1	11,8	10,9	11,6	10,6	9,8
Ind. Elettr./Elettr., Gas, Acqua	1,3	0,9	1,7	1,3	1,8	2,8	1,1	1,2	0,8	0,7	1,0	1,4
Legno	1,0	0,8	1,2	0,9	0,6	2,0	1,1	0,9	2,3	1,9	1,8	1,1
Metalli, metalmeccanica	15,2	9,9	15,3	13,9	10,6	15,3	10,9	8,8	9,3	8,0	8,3	11,6
Estrazioni minerali	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1
Trasf. Non metalliferi	1,5	1,8	3,0	4,7	0,2	4,7	1,0	1,9	0,6	0,8	1,0	1,9
Tessile	0,9	1,4	2,1	3,7	1,4	1,2	2,0	1,3	3,7	4,9	2,2	2,2
Altre industrie	1,7	1,3	2,0	3,2	1,5	1,1	3,2	0,8	3,0	1,2	1,6	1,9
Trasporti	5,2	2,6	2,2	2,3	2,9	2,5	3,0	3,0	2,4	4,6	2,5	2,8
Sanita'	7,4	7,5	5,6	5,8	6,4	7,1	9,8	7,6	8,8	8,7	6,9	6,9
Servizi, commercio	47,4	51,4	47,2	46,0	61,3	46,2	47,0	52,3	50,0	50,0	59,1	52,1
Comparto non det	2,2	1,7	1,6	1,7	1,8	0,8	2,5	1,3	0,1	0,2	1,2	1,6
TOTALE	100,0											

Fonte: Flussi Informativi INAIL/Regioni 2011 (patch. Agg. Giugno 2012); elaborazione OReLL

Interessante osservare l'andamento dal 2004 al 2011 dei **rapporti di lavoro con contratto di somministrazione interinale**. Sia la provincia di Ferrara che la Regione Emilia Romagna evidenziano un incremento rispettivamente del 36,8% e del 49,7%.

Un dato significativo è quello relativo ai lavoratori non comunitari presenti in provincia di Ferrara. Dal 2005 al 2011 si registra un notevole incremento passando da 3.059 persone nel 2005 a 6.361 nel 2011, così da far registrare un incremento percentuale del 107,9%% a fronte di un incremento regionale del 52,8%%.

Reddito

Ferrara viene preceduta in classifica da tutte le altre province emiliane per quanto riguarda il reddito medio pro-capite, infatti gli abitanti della provincia possono godere di un reddito procapite che è di circa 17.490 euro. I consumi fanno registrare 17.980 euro procapite.

3. Le strategie e le azioni: tempi, modalità di attuazione

Rimane inteso che le azioni programmatiche sia sul piano sanitario che amministrativo devono trovare la loro conclusione entro il 2015 per vedere gli effetti del trascinarsi nel 2016, anno nel quale le Aziende ritengono di raggiungere l'equilibrio economico

La programmazione della sanità nella Provincia di Ferrara orientata ai bisogni del cittadino si attua attraverso il pieno sviluppo delle principali reti assistenziali cliniche, di diagnostica e socio-sanitarie.

LE RETI CLINICHE ASSISTENZIALI E DI DIAGNOSTICA individuate sono:

- a) Rete per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto
- b. Rete integrata per l'assistenza al trauma grave e neuro trauma
- c. Rete assistenziale per l'emergenza cardiologica e l'elezione cardiologica
- d. Rete dell'emergenza
- e. Rete oncologica
- f. Rete pediatrica e Percorso nascita
- g. Rete Chirurgica (Chirurgia Urgenza, Generale, Urologia, Ortopedia)
- h. Rete Nefrologia – Dialisi
- i. Rete TAO
- j. Rete di diagnostica radiologica e radiologia interventistica
- k. Rete di diagnostica di laboratorio
- l. Rete di assistenza riabilitativa
- m. Rete per la salute mentale in età adulta e pediatrica
- n. Rete integrata del paziente diabetico
- o. Rete delle Cure Palliative.

Il principale strumento per implementare, razionalizzare e sviluppare i percorsi clinico-assistenziali è l'integrazione interaziendale.

L'Azienda USL Ferrara e l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Anna hanno intrapreso già da alcuni anni un processo di integrazione interaziendale delle funzioni amministrative e delle reti cliniche assistenziali attraverso dipartimenti, servizi, programmi e strutture comuni.

Il fine perseguito è stato quello di *"migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo."* (DGR 199/2013)

Con i vigenti Atti Aziendali, viene formalizzata l'adesione al modello organizzativo integrato, che si delinea nei seguenti modelli:

dipartimento interaziendale; - programma interaziendale: - coordinamento interaziendale.

- il dipartimento interaziendale è un'articolazione organizzativa derivante dall'integrazione delle strutture complesse e strutture semplici dei settori operativi, appartenenti ad un ambito operativo omogeneo dell'azienda USL di Ferrara e dell'azienda ospedaliero – universitaria di Ferrara. Costituisce un organismo unitario dal punto di vista gestionale sui cui le direzioni generali esercitano in modo paritetico e cooperativo il ruolo di organi di governo, programmazione e controllo, affidandone la conduzione a un direttore unico che risponde in egual misura ad entrambe le aziende sanitarie.
- il programma interaziendale costituisce la forma di integrazione funzionale fra attività sanitarie delle due aziende, garantite da strutture complesse presenti in entrambe e si connota per l'esercizio delle funzioni di progettazione, organizzazione e implementazione, governo clinico, valutazione e controllo.

- il coordinamento interaziendale rappresenta la forma di coordinamento volto a favorire, per specifiche funzioni od attività non rientranti in dipartimenti o programmi interaziendali, l'adozione di procedure comuni fra le due aziende e/o la definizione dei percorsi diagnostico – terapeutici e riabilitativi, la appropriatezza e la programmazione delle prestazioni.

Il Piano Strategico Provinciale per raggiungere l'obiettivo di migliorare l'assistenza e di renderla economicamente sostenibile deve operare attraverso l'attivazione o il consolidamento (in rosso quelli ancora non completamente attivati; in blu quelli da progettare) dei:

1. DIPARTIMENTI SANITARI INTERAZIENDALI

- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PREVENZIONE E PROTEZIONE (D.I.P.P.)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FARMACEUTICO (D.I.F.)
- DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DSM (DAI)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI MEDICINA LEGALE (DIML)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE RADIOLOGICO

2. UNITA' OPERATIVE/SERVIZI UNICI INTERAZIENDALI

- LABORATORIO UNICO PROVINCIALE (LUP)
- STRUTTURA SANITARIA INTERAZIENDALE PRESIDIO SANITARIO TERRITORIALE S. ANNA
- UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI PEDIATRIA INTERAZIENDALE
- UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI UROLOGIA INTERAZIENDALE
- BREAST UNIT INTERAZIENDALE
- SERVIZIO DI ONCOLOGIA INTERAZIENDALE
- U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI INTERAZIENDALE
- U.O.C. INTERAZIENDALE DI ASSISTENZA AL PAZIENTE DIABETICO
- U.O.C. INTERAZIENDALE DI RADIOLOGIA

3. PROGRAMMI E COORDINAMENTI INTERAZIENDALI

- PROGRAMMA INTERAZIENDALE CARDIOLOGICO
- COORDINAMENTO INTERAZIENDALE ODONTOIATRICO
- COMMISSIONE PROVINCIALE DISPOSITI MEDICI – CPDM
- COMITATO CONTROLLO INFEZIONI
- COORDINAMENTO INTERAZIENDALE RETE DELLE CURE PALLIATIVE
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI RIABILITAZIONE
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE GERIATRICO
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE ONCOLOGICO
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE ORTOPEDICO E TRAUMATOLOGIA MINORE
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI OCULISTICA

4. DIPARTIMENTI TECNICI INTERAZIENDALI

- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ATTIVITÀ TECNICHE E PATRIMONIALI (D.I.A.T.P.)
- IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TECNOLOGIE PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE (D.I.C.T.)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE INGEGNERIA CLINICA

5. DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI INTERAZIENDALI

- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ACQUISTI CONTRATTI E LOGISTICA (D.I.A.L.E.)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (D.I.A.P.)
- SERVIZIO LEGALE/ASSICURATIVO INTERAZIENDALE

- **SERVIZI STAFF (FORMAZIONE, SISTEMA INFORMATIVO,)**

Sull'Area dei Dipartimenti Tecnici ed Amministrativi, è necessaria una propedeutica analisi delle numerose attività che sono state sviluppate in Provincia di Ferrara con ampio anticipo, rispetto alle altre Province e alle altre ASL della Regione Emilia Romagna.

L'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Ferrara a partire dal 2003 ha sperimentato nuove forme organizzative al fine di garantire una sempre maggiore appropriatezza e qualità delle prestazioni e realizzando contestualmente economie di gestione.

Le forme di coordinamento e/o di integrazione fra funzioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria con quelle dalla Azienda USL di Ferrara sono rappresentate, come abbiamo visto, dai Dipartimenti Interaziendali, dai Programmi Interaziendali e dal Coordinamento Interaziendale.

In particolare il Dipartimento Interaziendale è una speciale articolazione organizzativa derivante dall'integrazione delle strutture complesse e strutture semplici dei settori operativi, appartenenti ad un ambito operativo omogeneo dell'Azienda USL di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara. Tale articolazione costituisce un organismo unitario dal punto di vista gestionale sui cui le Direzioni Generali esercitano in modo paritetico e cooperativo il ruolo di organi di governo, programmazione e controllo, affidandone la conduzione a un Direttore unico che risponde in egual misura ad entrambe le aziende sanitarie.

La dimensione interaziendale consente di raggiungere elevati gradi di efficienza, ottimizzando i costi non solo su scala aziendale, rendendo possibile:

- a) la razionalizzazione dell'allocazione e dell'utilizzo di tecnologie costose e sofisticate, in particolare nel settore dei servizi e comunque nei settori con elevato peso del "fattore macchina" nel quale sono possibili margini per la realizzazione di economie di scala;
- b) dimensioni più adeguate al perseguimento di obiettivi di qualità ed all'individuazione di punti di eccellenza;
- c) la realizzazione di programmi di formazione comuni nell'area di riferimento, con diffusione di "best practice" e di comportamenti più omogenei tra le aziende;
- d) una maggiore facilità di scambi di ogni fattore di produzione e di cultura tra aziende.

Per i dipartimenti interaziendali di tipo sanitario ai precedenti obiettivi vanno aggiunti:

- a) programmazione dell'offerta di prestazioni adeguata all'esigenza di una migliore presa in carico della popolazione dell'area di riferimento per una maggiore garanzia della continuità assistenziale
- b) adozione di tutte le modalità organizzative che, a parità di qualità nei risultati ottenuti rispetto alla salute dell'utente e nei limiti delle risorse economiche disponibili, consentano una minor permanenza in ospedale del paziente.
- c) Sviluppo e implementazione dell'organizzazione delle sede produttive in una logica di hub & spoke.

E' da aggiungere che spesso il territorio di riferimento dell'agire aziendale travalica ciò che è stato definito dalle storiche suddivisioni giuridiche: con il dipartimento interaziendale si cerca di delineare meglio la popolazioni di riferimento, per creare risposte integrate evitando spesso inutili duplicazioni di costi e personale.

L'obiettivo di migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione dei servizi sanitari per il tramite di processi di integrazione viene ribadita con forza dalle recenti linee di programmazione regionale per l'anno 2013. Le spinte sempre più pressanti alla razionalizzazione delle risorse per il tramite di importanti interventi legislativi (vedi L. 135/12 e non ultima la Legge di Stabilità 2013), costringono i gestori di risorse a ripensare i servizi sanitari ed amministrativi, avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità, razionalizzare le risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie. Si ribadisce nelle linee guida regionali che tali modalità di procedere non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma possono determinare economie di scala ed economie di processo.

Per l'anno 2013 La Delibera Regionale n. 199/2013, punta ad effettuare le integrazioni già dal primo semestre 2013 sulle seguenti aree:

- Gestione e reclutamento del personale e formazione;
- Gestione del sistema assicurativo, servizio legale e gestione del contenzioso;
- Gestione del patrimonio immobiliare, impiantistico e tecnologico e gestionale di energia.

Queste nuove modalità organizzative hanno visto l'Azienda USL di Ferrara proporsi come anticipatrice di politiche regionali che, soprattutto nell'ultimo biennio, hanno mostrato grande attenzione e promozione verso questi percorsi.

E' pur vero che non sono ancora disponibili gli standard di riferimento significativi in grado di misurare l'attività amministrativa, che potrebbero essere riferiti sia alla popolazione residente, ma anche ai prodotti erogati, che è noto non sono sempre omogenei e soprattutto non misurabili in tutti i loro aspetti quali-quantitativi.

Questa è la nuova area di attività rispetto alla quale sia il livello regionale sia le Aziende sono impegnate, area di studio necessaria per superare l'autoreferenzialità e innescare meccanismi di confronto che siano basati su dati oggettivi e standardizzabili. Un primo set di indicatori sui quali sviluppare confronti sono stati già stabiliti a livello regionale quali: costo personale per ruolo, per DRG prodotto, costo pro-capite, valore unitario dei Fondi contrattuali,....

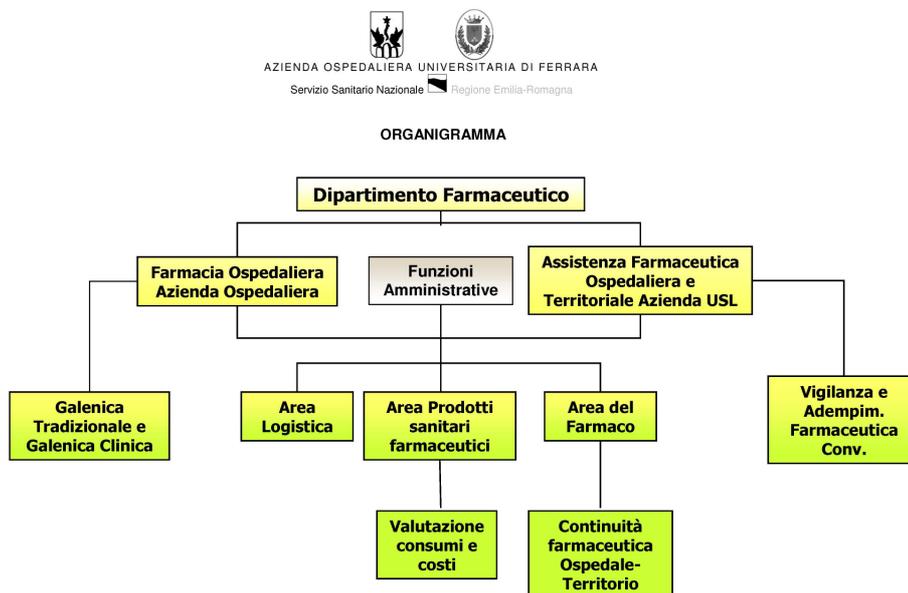
Si riporta una sintetica descrizione dell'andamento dei Dipartimenti esistenti, con i vantaggi e le criticità che le Aziende si propongono di sviluppare e di risolvere nel corso del 2013 per ottenere gli sviluppi e le sinergie che la Delibera n. 199/1013 impone. Si ricorda come a livello di Area Vasta Emilia Centro, si sia costituito un apposito gruppo tecnico dei Direttori Amministrativi, supportato da un esperto esterno, che ha come compito le analisi delle situazioni esistenti con riferimento ai Servizi tecnico-Amministrativi di AVEC e la progettazione di sinergie organizzative e di funzioni unificate da realizzare entro il primo semestre 2013.

IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FARMACEUTICO

La decisione, presa ormai diversi anni fa (2004), di istituire un Dipartimento Farmaceutico unico tra le due Aziende Sanitarie viene dall'esigenza di ottenere un governo complessivo Provinciale di "politica del Farmaco", possibilmente senza contrasti e senza contraddizioni e quindi dalla necessità di individuare una struttura organizzativa **comune ad entrambe le Aziende** che, apportando il proprio contributo specialistico in tutte quelle attività che coinvolgono il farmaco e i restanti prodotti farmaceutici, la terapia e la loro gestione, fornisca il necessario supporto per favorire questa azione.

Il Dipartimento, attraverso la partecipazione delle diverse funzioni di Farmacia Ospedaliera e di Farmaceutica Territoriale consente l'individuazione di aree comuni di intervento a garanzia di un "linguaggio comune" sui criteri di scelta e di gestione delle risorse farmaceutiche, che eviti comportamenti dissociati tra medicina ospedaliera e medicina territoriale, realizzando quindi un'effettiva "continuità ospedale-territorio" vista naturalmente in un'ottica integrata e bidirezionale.

Le due Aziende della Provincia di Ferrara hanno quindi stabilito di realizzare un Dipartimento Farmaceutico comune a livello provinciale. I provvedimenti amministrativi adottati a tal fine sono le Delibere 734/03, 1081/03, 129/04 (Azienda USL) e 219/03, 45/04 (Azienda Ospedaliera).



Al11 Dipart_Farm_organig2003 18/04/2003.doc

Al Dipartimento dell'assistenza farmaceutica afferiscono Unità operative autonome, moduli organizzativi e funzionali, settori caratterizzati da specifiche aree omogenee di attività, a cui corrispondono autonomi e distinti livelli di responsabilità che, nel loro insieme, assolvono in maniera razionale ai compiti previsti dalle leggi nazionali, regionali e dai regolamenti in materia di assistenza farmaceutica in ambito ospedaliero e territoriale, sviluppando altresì attività di didattica e formazione.

Oggi il dipartimento conta di due strutture complesse (Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale Azienda USL e Farmacia Ospedaliera Azienda Ospedaliera), a cui ad ognuna afferisce una struttura semplice specifica di azienda.

Parte essenziale del Dipartimento è costituita dagli incarichi di struttura semplice dipartimentale in cui sono presenti le attività di valenza trasversale:

1. Area del Farmaco a cui afferisce un incarico professionale di alta specializzazione: Continuità Farmaceutica Ospedale-Territorio.
2. Area prodotti sanitari farmaceutici a cui afferisce in incarico professionale: Valutazione consumi e costi.

3. Area logistica che, in assenza dell'unificazione logistica prevista nel progetto, svolge un'attività di prevalente gestione e coordinamento della logistica di Azienda USL che è suddivisa in tre Farmacie Ospedaliere ed un Magazzino Farmaceutico di Erogazione Diretta, nonché un ufficio amministrativo di emissione ordini in transito e monitoraggio consumi sito presso la Sede centrale del Dipartimento. In questa Area della Logistica sono concentrati gli sforzi delle due Aziende per il 2013.

L'individuazione delle Unità operative e dei Moduli e settori che concorrono alla formazione del Dipartimento, sono state dettate da criteri di funzionalità, di razionale utilizzo delle risorse, di qualità e di livello di specializzazione del servizio reso, tenendo conto della complessità degli ospedali, della dislocazione geografica, del dimensionamento e delle complessive esigenze delle aziende di riferimento.

Per rendere più efficace l'integrazione tra le strutture delle due Aziende si è realizzata la centralizzazione progressiva di diverse attività e funzioni presso la sede centrale del Dipartimento, con presenza costante di un farmacista e personale amministrativo e presenza periodica di altri farmacisti di AUSL. Da ultimo nei primi mesi del 2013 si è accentrata la produzione di antiblastici.

Nel 2008, per dare completezza alle funzioni svolte, si è provveduto ad inserire nell'organigramma del DIF l'UO universitaria di Farmacologia Clinica per integrare con le specifiche competenze quelle farmaceutiche prima presenti.

Dal 2004 al 2011 sono notevolmente incrementate le attività sia in termini quantitativi che in termini di implementazione di nuove attività, con particolare evidenza per lo sviluppo dell'erogazione diretta, attività ad elevatissimo assorbimento di risorse umane.

E' infine da porre in particolare rilievo che in questi anni si è assistito ad un costante e consistente incremento della richiesta di "presidio" dell'area farmaceutica da parte soprattutto della Regione Emilia-Romagna alla quale si è riusciti sinora a rispondere anche grazie al modello Dipartimentale di utilizzo congiunto e comune delle risorse, che presenta questo andamento:

	2004	2012
Farmacisti	25,00	26,00
Oper Tecnici/OS *	22,00	25,00
Coordinatore	1,00	1,00
infermieri	3,00	3,00
Medici	0,50	-
Amm.vi o f.f.	17,00	15,00
	68,50	70,00

Le principali criticità che hanno caratterizzato l'attività di questi anni riguardano:

- l'assenza di un unico software gestionale che consentisse di ottimizzare lo svolgimento delle attività
- la situazione logistica estremamente diffusa sul territorio provinciale che, a causa dell'assenza dell'unico sw e della forte carenza di spazi, non si è potuta unificare in un solo punto.
- il grande incremento delle attività sia in termini quantitativi che in termini di nuove attività prima non presenti che ha determinato consistenti difficoltà nella ulteriore implementazione dell'integrazione.

Proprio su questi aspetti critici, le Aziende sono fortemente impegnate nel 2013 e 2014 (soprattutto della logistica), attendendosi una riduzione del 10% dei costi di gestione (personale, costi generali):

- integrazione delle procedure informatiche per ridurre le duplicazioni di attività tecnico-amministrative;
- unificazione delle sedi logistiche con la creazione di un magazzino farmaceutico che si sta progettando anche di Area Vasta ed una completa esternalizzazione di quello economale (già presente nell'ASL di Ferrara).

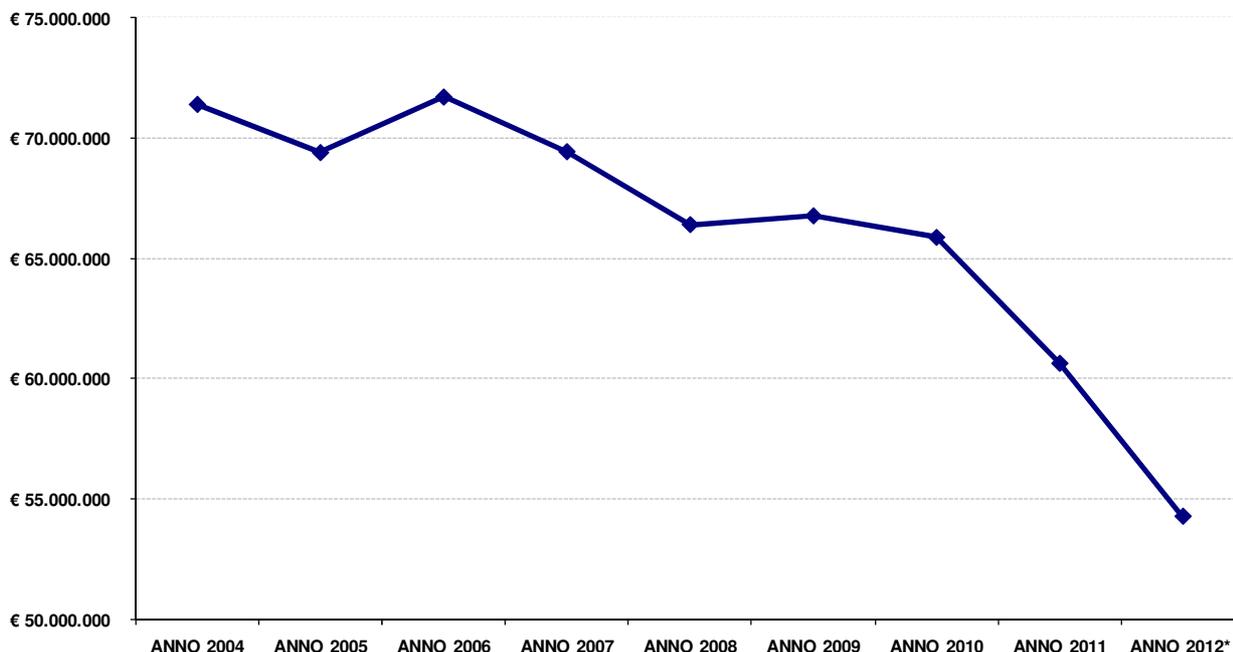
Punti di forza sono costituiti dalla realizzazione di un approccio trasversale in ottica provinciale a diverse attività, dalle implementazioni ed omogeneizzazioni di attività, in particolare.

➤ **Politica del Farmaco.** La costituzione del Dipartimento, ha determinato l'implementazione, in stretta collaborazione tra le due Aziende, di attività finalizzate a supportare il governo complessivo della spesa

farmaceutica in un'ottica provinciale integrata, perseguendo il superamento della compartimentalizzazione ospedaliera e territoriale attraverso strumenti ed azioni quali: supporto alla Commissione Provinciale del Farmaco, l'attività di Erogazione Diretta realizzata con modalità che, oltre ad un consistente recupero economico di € su base provinciale nel 2011, la rendono anche uno strumento di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva degli specialisti ospedalieri per rendere virtuoso l'effetto induttivo sulla prescrizione territoriale; attribuzione di obiettivi di prescrizione farmaceutica coerenti tra medici ospedalieri di entrambe le Aziende e MMG in particolare nelle categorie terapeutiche "critiche" quali i cardiovascolari (Ace-inibitori e sartani, statine) gli IPP, i farmaci per l'osteoporosi e gli antidepressivi. costante informazione sulle modifiche delle regole prescrittive (Note AIFA, limitazioni e Raccomandazioni d'uso, ecc.) e sui costi terapia sia ai medici ospedalieri che ai MMG; supporto a tutti i Tavoli Tecnici interaziendali in ambito di terapia farmacologica; questi aspetti saranno ulteriormente potenziati nel 2013

- **Processi di acquisizione dei prodotti farmaceutici.** Dall'Aprile 2004 ad oggi sono state sempre più incrementate le attività di acquisizione di prodotti farmaceutici in unione d'acquisto prima a livello provinciale, spostandole poi sempre più in Area Vasta Centro Emilia ed in Intercent- ER. Un consistente vantaggio dell'organizzazione Dipartimentale in questo campo è dato dall'individuazione di un unico farmacista per l'intera provincia come referente e componente delle Commissioni di gara, invece che uno per ogni Azienda, come avviene nelle altre province, ottimizzando quindi l'utilizzo delle risorse. Grazie a questa attività di standardizzazione e all'aumento dell'entità dei prodotti farmaceutici inseriti in gare di AREA Vasta e di I-ER nell'area dei DM, si è passati da un risparmio di circa 62.100€ nel 2005 fino a 1.075.845 nel 2012.
- **Razionalizzazione ed attività innovative in Area Logistica.** Pur non avendo potuto, per le note differenze informatiche fra le due Aziende, concentrare in un'unica sede il magazzino farmaceutico, si è proceduto a concentrare nella sede centrale del Dipartimento tutta l'attività di approvvigionamento dei prodotti in transito (valutazione richieste, contatto con medici e capo-sala, emissione ordini, solleciti ai fornitori, ecc) lasciando negli Ospedali periferici solo il ricevimento della merce ed inoltre ad ottimizzare, non senza difficoltà, la situazione logistica di AUSL concentrando sull'Ospedale del Delta le attività di rifornimento anche per l'Ospedale di Copparo nel quale sono invece rimaste le attività di Erogazione Diretta ed altre attività residuali. L'unificazione della Logistica è azione prioritaria da avviare nell'anno 2013 e 2014.
- **Farmaceutica Convenzionata.** La spesa farmaceutica rappresenta una voce di notevole importanza dell'Assistenza Sanitaria Provinciale, un obiettivo strategico per l'Azienda USL e una delle principali aree di attività del Dipartimento Farmaceutico. E' pur vero che il confronto con i valori medi regionali, sia in termini assoluti che di prescrizione, evidenziano un ulteriore margine di miglioramento. Lo scostamento della media regionale in termini di prescrizione rappresenta insieme al costo e per ricetta, il parametro che orienta le azioni messe in campo dalle due Aziende nel 2013.

Andamento Spesa netta Convenzionata dal 2004 al 2012 (* proiez. gen-nov 2012)
AUSL Ferrara



- **Erogazione Diretta Farmaci.** Nonostante il considerevole volume di attività avutasi nel 2003, negli anni successivi si è realizzato un continuo aumento sia in Azienda Ospedaliera che in Azienda USL, con un incremento complessivo tra il 2011 e il 2003 del 195% pari a circa 29.500.000 € con una minor spesa farmaceutica territoriale, valorizzata a prezzo al pubblico per i farmaci di fascia A, di circa 35.900.000 Euro in ambito provinciale. Tale incremento di attività ha riscontro anche nel notevole aumento del numero di accessi di pazienti che nel 2011 è stato complessivamente in ambito provinciale di 133.920. Come già detto, si tratta di una attività "al pubblico" che ha richiesto l'incremento di personale dedicato, in misura nettamente inferiore rispetto al personale impiegato nelle altre Aziende sanitarie per analoghe funzioni.

	Erogato 2003	Erogato 2011	Δ Assoluto '11-'03	Δ % '11-'03
	Costo al pubblico	Costo al pubblico	Costo al pubblico	Costo al pubblico
Mal rare+NODO, SERT/Cittad Stranieri AzOSP		378.994	378.994	#DIV/0!
Farmaci dopo dimissioni Ricovero	1.207.187	1.668.325	461.138	38,20
Farmaci Alto Costo	10.246.934	21.375.747	11.128.813	108,61
Farmaci dopo visita spec.ambulatoriale	3.536.121	7.498.076	3.961.955	112,04
ADI I + ADI II	38.000	745.514	707.514	1861,88
Erog. Farmaci Strutt. Residenziali	195.417	475.876	280.459	143,52
Nuove tipologie Erog. (amb.aziend., Med.Gr., ecc.)	-	3.738.109	3.738.109	#DIV/0!
Fascia A	15.223.659	35.880.640	20.656.981	135,69
Farmaci H OSP2 (**)	-	8.921.514	8.921.514	#DIV/0!
Totale	15.223.659	44.802.154	29.578.495	194,29

- **Erogazione Diretta e monitoraggio appropriatezza prescrittiva.** Le modalità con cui il Dipartimento ha impostato l'attività di erogazione diretta conferiscono a tale attività una valenza non solo di carattere economico, ma anche e soprattutto di tutela clinica del paziente e di garanzia di continuità farmaco-terapeutica ospedale-territorio. Dalle valutazioni effettuate nell'ambito dell'attività di erogazione diretta si è riscontrato un miglioramento dell'adesione al Prontuario Terapeutico Provinciale per i farmaci di fascia A ed una riduzione delle prescrizioni con note AIFA non conformi.
- **Commissione e Prontuario Terapeutico Provinciale.** La progettazione e successiva attivazione del Dipartimento Farmaceutico ha portato anche, precorrendo di 3 anni le indicazioni regionali, all'istituzione di un'unica Commissione Provinciale del Farmaco, che rappresenta uno degli strumenti del governo clinico da promuovere con forza nel 2013.
- **Attività di informazione/formazione.** Una corretta informazione rappresenta una azione fondamentale del governo clinico nell'ambito dell'uso del farmaco. Il Dipartimento Farmaceutico, grazie al modello organizzativo che consente di realizzare la specializzazione del personale che vi appartiene, ha pertanto attivato una serie di interventi per fornire alle varie figure interessate nel processo un'informazione indipendente predisposta in maniera uguale per entrambe le Aziende.
- Il Dipartimento Farmaceutico, sarà impegnato nel 2013 a garantire:
 - l'apporto tecnico e la partecipazione alla riduzione delle procedure di magazzino relativi al PAC (Percorsi Attuativi per la certificabilità) previsti dal D.Leg.vo 118/2011.
 - Omogeneizzare o integrare i sistemi informatici di gestione del magazzino del magazzino Farmaceutico di Area Vasta
 - Superare la dislocazione logistica separata ed unificazione con trasferimento in prima istanza a livello provinciale
 - Concentrare in un'unica sede dei farmacisti del dipartimento con attività prevalente presso la sede centrale, ad eccezione dei farmacisti di Erogazione Diretta che mantengono l'attività nei diversi punti di erogazione. Prioritaria è in tal senso una revisione organizzativa dei punti di erogazione, alla luce del riassetto della rete ospedaliera e Territoriale illustrata nel presente capitolo.

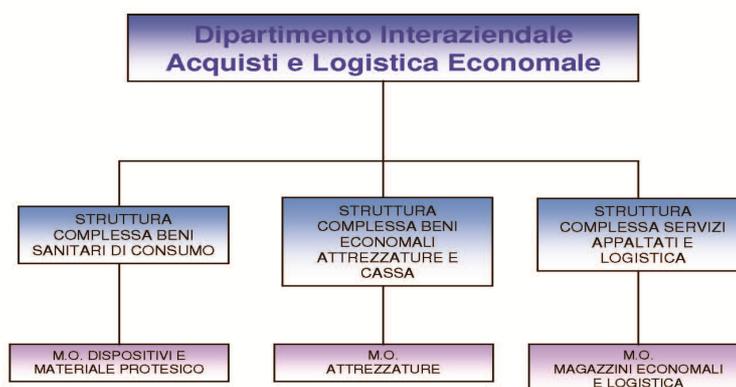
Nel medio termine, 2015 troverà la sua realizzazione il programma di realizzazione del Magazzino con il ri-disegno dei percorsi e delle funzioni/attività e conseguente recupero di risorse, stimabile in un -20% dei costi connessi alla logistica trasporti e risorse umane.

IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ACQUISTI CONTRATTI E LOGISTICA

Dopo l'esperienza del Programma Interaziendale Funzionale degli Approvvigionamenti delle Aziende Sanitarie della Provincia di Ferrara, vede la sua nascita nel 2006 Il Dipartimento interaziendale acquisti contratti e logistica che svolge una serie di attività per la Provincia di Ferrara, relativamente a:

- 1) Acquisizioni di
 - beni di consumo sanitari e non sanitari
 - attrezzature sanitarie e non sanitarie
 - servizi in appalto
- 2) Gestione contratti di fornitura e di servizi
- 3) Gestione servizi interni
 - Cucine/mense
 - Inventario beni mobili
 - Magazzino economale (ordine e monitoraggio consumi)

Dipartimento INTERAZIENDALE "Acquisti e Logistica Economale"



Il personale del dipartimento interaziendale nel triennio 2009-2012 è ridotto del 5,26% a seguito dell'accorpamento di una serie di funzioni e di mansioni prima gestite separatamente dalle due aziende sanitarie.

	2009	2012	
DIRIGENTI NON SANITARI	6	6	
COMPARTO SANITARIO	1	1	
COMPARTO AMM.VO	38	42	
COMPARTO TECNICO	31	23	
	76	72	-5,26%

Tale decremento è stato in parte compensato dall'incremento di 3 unità amministrative, facenti parte del dipartimento farmaceutico, che si occupavano degli ordini di farmacia e che sono state integrate all'interno del DIALE ampliando pertanto le funzioni e l'operatività del dipartimento stesso.

Se non tenessimo conto di questo spostamento il dipartimento avrebbe conseguito nel triennio una riduzione del personale del 9,2%.

	2009	2012	
DIRIGENTI NON SANITARI	6	6	
COMPARTO SANITARIO	1	1	
COMPARTO AMM.VO	38	39	
COMPARTO TECNICO	31	23	
	76	69	-9,21%

L'integrazione gestionale, con l'accorpamento delle risorse sotto il controllo di una Direzione unitaria delle funzioni consente di risparmiare non solo sui fattori produttivi di imputazione diretta e sulle spese generali, ma anche attraverso una più consistente programmazione degli acquisti su base provinciale tramite una più vasta standardizzazione dei prodotti da acquistare, nonché una facilitazione dei percorsi di integrazione di Area Vasta.

All'interno del Dipartimento, e questa è una peculiarità rispetto all'Area bolognese, è presente la funzione dell'Economato, che opera per l'Azienda USL e per l'Azienda ospedaliera.

L'integrazione e la conseguente economicità tra le due aziende ha come presupposto la creazione di un sistema informativo unico, che è già definito come progetto di budget 2013.

Questo consisterà nella integrazione di tutte le procedure in particolare quelle relative alla gestione del budget e della spesa, della rilevazione dei fabbisogni, della gestione contrattuale, dell'emissione ordini, della gestione dei magazzini e logistica e del controllo dei prodotti economici.

Altro progetto fondamentale per il 2013 è l'unificazione fisica degli operatori del DIALE e la specializzazione per settori clinici di approvvigionamento. La unificazione fisica ha avuto un rallentamento causato dalle vicende legate agli effetti del sisma del maggio 2012, che ha rallentato il percorso presso la sede dell'ex S. Anna, in Corso Giovecca.

L'indicatore di miglioramento principale è costituito dalla diminuzione delle gare di singola azienda a favore delle gare in unione d'acquisto, che è utilizzato anche dal livello regionale. Anche su questo valore, l'Area Vasta Emilia Centro evidenzia margini di miglioramento rispetto alle performance delle altre Aree Vaste.

A tal proposito si riportano di seguito i dati degli ultimi due anni a consuntivo, relativi al numero delle gare aziendali, a favore di quelle di Area Vasta.

	2011	2012
AUSL	18	14
AOSP	49	39
TOTALE	57	53

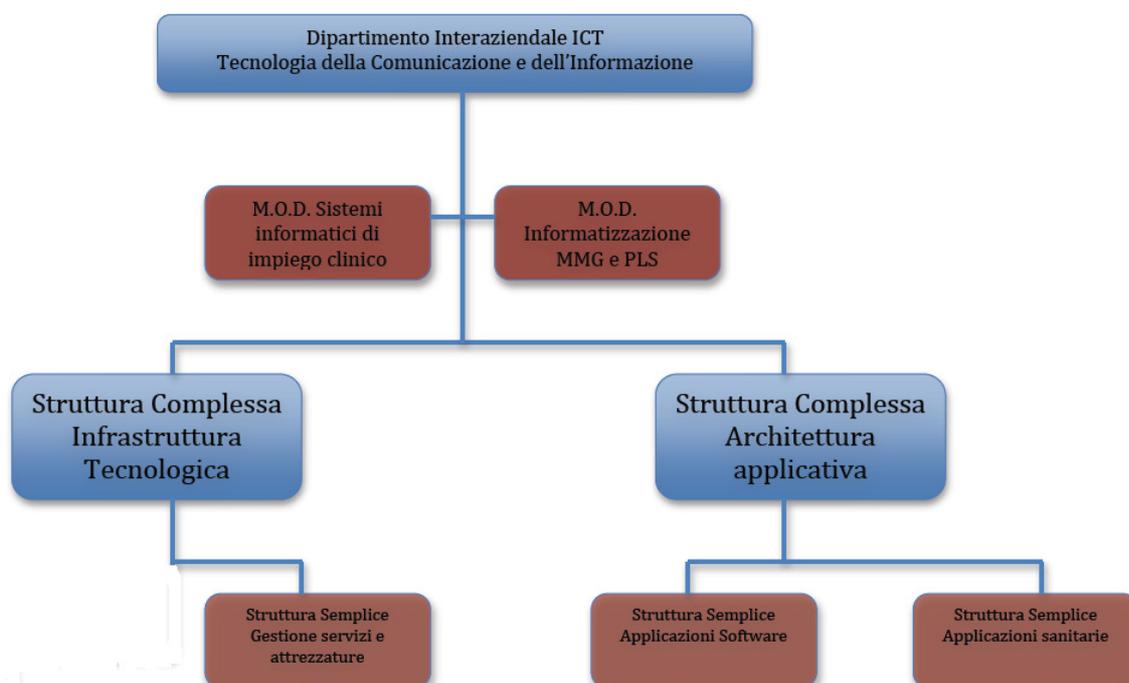
Nel 2013 ci si attende un miglioramento dei costi di gestione e di recupero di personale, pari a circa un ulteriore 10% del valore complessivo dei costi complessivi del Dipartimento, attraverso un complesso e completo progetto di assorbimento di competenze contrattuali, al fine di creare un unico punto provinciale con unitaria e unica professionalità nella redazione dei contratti.

IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ICT

Nel 2009 è stato costituito il Dipartimento Interaziendale gestionale "I.C.T – Tecnologie per la comunicazione e l'informazione" preposto alla gestione delle funzioni informatiche e dei sistemi informativi di entrambe le Azienda USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Nel corso del 2012 sono stati aggregati al Dipartimento anche i servizi di gestione della rete di telefonia fissa e mobile e di gestione della rete radio del servizio emergenza urgenza del 118 con il contestuale passaggio anche di tre unità di personale precedentemente al Servizio Tecnico.

L'organizzazione del Dipartimento si evidenzia nella seguente rappresentazione grafica:



Il dipartimento dispone di una dotazione organica totale di n. 32 unità di cui 22 dell'Azienda USL e 10 dell'Azienda Ospedaliera.

	2009	2012	
DIRIGENTI NON SANITARI	5	5	
COMPARTO AMM.VO	5	2	
COMPARTO TECNICO	21	24	
	31	31	0,00%

Il personale del dipartimento dal 2009 al 2012 presenta apparentemente una parità di unità, ma va considerato che sono state assorbite le funzioni della telefonia, prima svolte all'interno di un altro servizio. Pertanto valutando il personale al netto di tale funzione si evidenzia una razionalizzazione delle risorse.

	2009	2012	
DIRIGENTI NON SANITARI	5	5	
COMPARTO AMM.VO	5	2	
COMPARTO TECNICO	21	21	
	31	28	-9,68%

Infatti il personale cala complessivamente del 9,68% nel triennio di riferimento.

I punti di forza del Dipartimento Interaziendale e Gestionale ICT sono molteplici e riguardano in particolare gli aspetti legati ad una visione strategica unica in termini di investimenti e di conduzione dei servizi.

La conoscenza dei numerosi processi aziendali e la contemporanea presenza sul fronte territoriale e ospedaliero - universitario ha prodotto in questi anni situazioni di grande semplificazione nella realizzazione di progetti interaziendali quali il laboratorio unico provinciale, ormai completato, e condivisa, l'anagrafe pazienti provinciale centralizzata, l'integrazione dei sistemi RIS-PACS delle radiologie delle due aziende sanitarie etc.

Tali risultati sono stati possibili grazie alla condivisione e alla messa in comune delle professionalità e delle competenze specifiche in capo al servizio, che hanno favorito i processi di sinergia e di razionalizzazione delle risorse necessarie con un conseguente risparmio economico.

La mancanza di strumenti per una gestione maggiormente flessibile delle risorse umane ed economiche, queste ultime in termini di beni e servizi, ha in questi anni complicato i processi di aggregazione e omogeneizzazione dei servizi erogati e dei percorsi di razionalizzazione delle risorse impiegate.

Nell'ambito di un ulteriore necessario sviluppo nel percorso di miglioramento e completamento dell'organizzazione interaziendale del Dipartimento, è indispensabile affrontare in una logica unitaria, percorsi condivisi di unificazione dei sistemi informativi aziendale per eliminare le duplicazioni procedurali e il doppio carico di lavoro delle attività amministrative che non hanno fino ad ora consentito un completo sviluppo delle sinergie dei Dipartimenti interaziendali amministrativi.

Da sviluppare nel corso del 2013 è proprio la realizzazione e il completamento delle integrazioni delle procedure informatiche interaziendali quali ad esempio quelle per la gestione integrata dei processi di approvvigionamento del DIALE e del Dipartimento Farmaceutico.

Il secondo punto di vista rispetto alla progressione ed al miglioramento per il 2013 è legato alla progettualità ed alla visione di Area Vasta, che deve sempre più integrarsi nella gestione aziendale, anche e soprattutto con riferimento alla contrattualistica, nella quale la negoziazione congiunta, può certamente aiutare molto nella ricerca delle indispensabili modalità di recupero e razionalizzazione delle risorse.

Infatti la progettualità unitaria di questo Dipartimento deve necessariamente essere vista in una logica regionale, nel senso che occorre portare avanti, secondo le specifiche linee di indirizzo, i progetti ITC, che sono rivolti verso la promozione o l'ulteriore sviluppo di progetti strategici, la riduzione del numero dei fornitori, l'uniformità e l'omogeneità dei flussi dei dati e gli approcci sempre più orientati alla qualificazione delle Aree Vaste.

Sul sistema informatico del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, attualmente i magazzini farmaceutici, al pari di quelli economici, sono gestiti con i due software dipartimentali delle rispettive aziende. Si possono pertanto ripetere in linea di massima le considerazioni già evidenziate per l'integrazione dei sistemi gestionali degli ordini e dei magazzini economici, compreso l'inserimento di tale percorso in una progettualità di Area Vasta. Va tuttavia rilevato che l'adozione di un sistema unico di gestione del magazzino farmaceutico e ed economico porterebbe enormi vantaggi in termini di semplificazione dei processi di integrazione informatica tra i due diversi sistemi in uso.

In definitiva una soluzione di questo tipo consentirebbe la centralizzazione di una serie di operazioni di gestione del processo di approvvigionamento, dall'emissione dell'ordine verso il fornitore sino alla gestione

delle funzioni di ricezione merce a magazzino e di consegna ai pti ordinanti. Rimarrebbero invece in carico a ciascuna procedura e veicolate tramite opportune integrazioni informatiche, le funzioni di inserimento delle richieste di approvvigionamento e le successive operazioni di registrazione contabile.

Il DIALE in quanto Dipartimento Interaziendale dispone attualmente di due procedure software distinte, integrate con la procedura di contabilità generale e di gestione cespiti di ciascuna azienda.

La principale esigenza in questa fase è rappresentata dal poter ricevere le richieste di approvvigionamento per lo stesso prodotto/fornitore utilizzando un'unica procedura software. L'attività da realizzare è quindi la realizzazione di un modulo software unico per la gestione centralizzata delle anagrafiche prodotti e fornitori, che sia poi accessibile dai due software gestionali utilizzati. L'inserimento di un modulo unico consentirà la gestione unitaria delle anagrafiche.

L'ulteriore passaggio sarà costituito dalla scelta della procedura software unica con cui il DIALE, una volta ricevute le richieste dai vari servizi delle due aziende per lo stesso prodotto e fornitore, intende processare l'ordine per le due aziende verso lo stesso fornitore con un'unica operazione.

Lo scenario ottimale per lo sviluppo in questo senso sarebbe quello in cui sia presente **un unico magazzino economale** (o interaziendale di proprietà di una delle due aziende o come soggetto giuridicamente indipendente rispetto alle aziende a cui appartengono i servizi richiedenti). In questo caso il sistema gestionale comune da adottare sarà uno di quelli già in uso presso l'Azienda titolare del magazzino unico, situazione che ridurrebbe del 50% circa l'onere economico delle integrazioni da realizzare con l'altro sistema gestionale aziendale. In questo caso infatti sarebbe sufficiente limitare le integrazioni da parte del sistema gestionale di magazzino con quello dell'altra azienda alle sole funzioni di ricezione delle richieste di ordine e di registrazione delle operazioni di approvvigionamento in contabilità, rendendo pertanto quest'ultima soluzione la più indicata dal punto di vista tecnico informatico.

Tale percorso sarà peraltro reso coerente con i tempi e le modalità di revisione della gestione della logistica in Area Vasta.

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE GESTIONALE AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE

Il Dipartimento Interaziendale Gestionale Amministrazione del Personale è stato costituito nel 2010 e comprende oltre alle attività tipiche di gestione ed amministrazione del personale anche l'Area delle relazioni sindacali e della valutazione, ristretta all'aspetto della verifica contrattuale.

Il Dipartimento Interaziendale Gestionale Amministrazione del personale è una articolazione organizzativa derivante dall'integrazione delle funzioni e delle attività appartenenti ad un ambito operativo omogeneo dell'Azienda USL di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, in un organismo unitario dal punto di vista gestionale e strutturale su cui le Direzioni Generali aziendali esercitano in modo paritetico e cooperativo il loro ruolo di organi di governo, programmazione e controllo affidandone la conduzione a un Referente unico (Direttore del Dipartimento Interaziendale) che risponde ugualmente ad entrambe.

L'organigramma indicato nell'atto costitutivo per quanto riguarda le strutture complesse e semplici è rimasto confermato. Per la restante parte riguardante le posizioni organizzative è ancora in corso la valutazione per confermare o modificare quanto indicato nell'allegato all'atto di costituzione del Dipartimento.

Dipartimento INTERAZIENDALE "Amministrazione del Personale"



Il personale complessivamente assegnato alle articolazioni organizzative delle due Aziende confluite all'interno del Dipartimento al momento dell'istituzione era pari a 99 unità.

Al 31.12.2012 il personale del dipartimento risulta essere in numero di 93, con un recupero di 6 unità pari al 7% circa.

Lo sviluppo dell'omogeneità del Dipartimento, ha riguardato prioritariamente la presenza di un programma informatico di gestione del personale uguale per le due Aziende, già in avanzata fase di sviluppo; ormai è completata la gestione economica e stipendiale, è in corso quella del sistema giuridico.

Lo sviluppo futuro previsto per il 2013 è collegato all'unificazione in un unico punto logistico di tutto il personale ed all'attuazione di un progetto di riorganizzazione per funzioni omogenee che gravano su entrambe le Aziende.

Il recupero atteso in termini di risorse umane e di ridotti costi di gestione è pari ad un ulteriore - 8% rispetto al 2012.

I NUOVI DIPARTIMENTI

L'anno 2013 dovrà vedere lo sviluppo, l'operatività dell'organizzazione, già delineata, ed il funzionamento dei due Dipartimenti, istituiti nel dicembre 2012:

- Dipartimento Interaziendale Attività Tecniche e Patrimoniali;
- Dipartimento Interaziendale di Ingegneria Clinica;

Dipartimento Interaziendale Attività tecniche e patrimoniali

La nuova struttura si pone come obiettivo l'integrazione, mirando a ridistribuire le risorse tecniche ed amministrative con l'ottica dell'ottimizzazione e razionalizzazione delle medesime e delle attività svolte, senza compromettere la finalità del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalle due Aziende.

Migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza della produzione di servizi avviando un processo di integrazione di attività e funzioni, per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare le risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie secondo le indicazioni della Delibera di Giunta Regionale n.199/2013.

Le nuove competenze generali del D.I.A.T.P. sono di seguito sintetizzate:

Predisposizione del Piano Investimenti Pluriennale delle 2 Aziende avvalendosi degli altri Dipartimenti tecnici amministrativi (Dipartimento Interaziendale ICT, Dipartimento Interaziendale Economico) e Dipartimento Interaziendale Ingegneria Clinica;

Predisposizione, gestione e monitoraggio del Budget annuale delle 2 Aziende, relativamente ai contratti di servizi, forniture, lavori afferenti al D.I.A.T.P.

Gestione delle attività tecnico amministrative, di governo del patrimonio immobiliare, secondo le direttive delle Direzioni Generali;

Gestione Tecnica degli archivi documentali aziendali, con l'obiettivo della progressiva migrazione dalla "gestione esternalizzata e onerosa" al sistema PARER;

Gestione dell'attività di manutenzione delle strutture: gestione della manutenzione ordinaria e straordinaria rivolta a salvaguardare il loro valore patrimoniale e la loro adeguatezza allo svolgimento delle attività a cui sono destinate, con particolare attenzione alla previsione e monitoraggio dei costi più significativi (es. gestione calore, energia elettrica) ed alla gestione e controllo delle manutenzioni affidate ai Multiservice e al contratto di concessione del nuovo Ospedale di Cona;

Gestione delle attività di progettazione nell'ambito delle competenze edilizie e impiantistiche assumendo la titolarità delle funzioni di progettazione, direzione lavori, verifiche e collaudi di opere specifiche e tecnologie a supporto dell'attività aziendale;

Governo delle risorse energetiche applicate alle strutture aziendali avvalendosi delle relazioni con altri Dipartimenti (es. ICT) Interaziendali e di Area Vasta;

Gestione delle attività contrattuali e contabili degli appalti, finalizzata alla selezione dei fornitori in possesso delle adeguate qualifiche professionali e tecniche, per le attività esternalizzate per la realizzazione di opere , per la gestione dei servizi manutentivi e di energia necessari a supporto del patrimonio immobiliare;

Gestione del parco automezzi aziendale, costituita dall'attività amministrativa e tecnica di manutenzione ed aggiornamento del parco garantendo il rispetto degli standard di sicurezza e i minori costi gestionali in raccordo con le politiche aziendali volte ad ottimizzare il governo dei sistemi di mobilità e trasporto intra ed extra aziendale;

Gestione trasversale delle attività amministrative del Dipartimento Interaziendale di Ingegneria Clinica, finalizzata a fornire ai due Dipartimenti il supporto amministrativo necessario allo svolgimento delle attività prettamente amministrative e procedurali per la contrattualistica e sulle manutenzioni ordinarie e straordinarie delle apparecchiature elettromedicali.

Il sistema organizzativo del D.I.A.T.P. proposto è composto da:

- **U.O. Programmazione e Progettazione Interventi Edili-Impiantistici**
- **U.O. Attività Manutentive**
- **U.O. Attività Amministrative Appalti e Patrimonio**

Nella costruzione organizzativa delle medesime si è tenuto conto delle indicazioni normative derivanti dal codice dei contratti, dal Regolamento di attuazione e da norme collegate (D.L.vo 81/ 08) dove la materia degli appalti prevede figure organizzative specifiche in relazione a funzioni e compiti precisi (RUP , Progettista, Direttore Lavori, Ispettore di cantiere, Coord. Sicurezza ecc...).

Programmazione e progettazione interventi edili – impiantistici

In tale Unità Operativa occorre collocare il presidio delle attività di progettazione, di direzione lavori e di collaudo per gli interventi strategici in corso e da realizzarsi, in base al Programma triennale aziendale, nonché la supervisione, coordinamento e controllo delle progettazioni esterne, il tutto nel rispetto della Qualità ISO UNI 9001/2008 di cui il D.A.T.P. dell'Azienda USL è attualmente certificato e che si propone di estendere la certificazione a tutta la nuova struttura interdipartimentale.

Tale ruolo diventa indispensabile per garantire il costante monitoraggio degli interventi strategici a garanzia dell'attuazione del programma triennale e per assicurare gli adeguati flussi informativi a favore degli organi di controllo.

Tale unità rappresenterà il punto di riferimento dell'attività di programmazione tecnica del D.I.A.T.P., tuttavia fermo restando che la progettazione specifica degli interventi sarà oggetto di una equilibrata e coerente ripartizione nell'ambito di tutti i tecnici delle altre UU.OO. del Dipartimento; il punto di forza di tale novità organizzativa sarà rappresentato dalla individuazione permanente di alcune figure professionali che assumeranno il ruolo di Presidio delle progettazioni sia interne che esterne consentendo pertanto di coordinare le medesime in conformità dei processi di progettazione e validazione propedeutici alla realizzazione delle opere.

Vi sono inoltre Funzioni "Trasversali" quali:

- Gestione Rifiuti;
- Verifiche tecniche di idoneità delle strutture per l'installazione di montascale richieste dal Dip. Cure Primarie (Assistenza Protesica);
- Verifiche tecniche di idoneità statica delle strutture a seguito di eventi sismici, in qualità di Nucleo Valutazione della Protezione Civile;
- Adempimenti dell'U.O. ai fini del mantenimento della Certificazione di Qualità ISO EN 9001/2008;
- Partecipazione a gruppi di lavoro Aziendali e/o della Regione Emilia – Romagna per la realizzazione di Linee Guida o altri documenti di indirizzo (es. Cartellonistica, Gas Medicinali, Antincendio, Antisismica, Legionella).

Si aggiunge alle suddette funzioni la recente attività di rilievo, valutazione ed analisi delle conseguenze agli effetti del terremoto del 20 e 29 maggio 2012.

Attività Manutentive

L' unificazione delle funzioni previste per questa U.O, rispetto alle suddette funzioni ed attività che singolarmente i due servizi tecnici in questi anni hanno svolto, l'unificazione attuata consente il miglioramento di alcune attività qui di seguito indicate:

- utilizzo delle competenze dei processi e delle procedure di gestione e controllo dei contratti di manutenzione;
- controlli della gestione dell'attività manutentiva in relazione agli standards individuati, in relazione anche agli interventi di carattere straordinario;
- coordinamento tra i diversi call-center dedicati alle distinte attività manutentive;
- sistema informatico centralizzato di archiviazione della documentazione patrimoniale e manutentiva tecnica ancora in fase di implementazione;
- coordinamento delle attività di controllo delle utenze e delle azioni per il risparmio energetico.

Le prospettive di sviluppo delle attività del Dipartimento Interaziendale medesimo, possono essere sintetizzate come segue:

1. Il miglioramento delle funzioni di manutenzione ordinaria edile-impiantistica ed il contenimento dei consumi energetici, rafforzando in particolare il sistema di controllo sui contratti a canone, da attuarsi attraverso un modello pluridisciplinare di controllo che coinvolga le diverse professionalità presenti, quali referenti per uno o più immobili in merito a tutti i problemi di carattere manutentivo.
2. La creazione di un soggetto organizzativo in grado di gestire il flusso informativo sia a livello informatico che cartaceo, dei diversi momenti manutentivi (manutenzione programmata, riparativa, straordinaria) e certificativi (elettrici, antincendio, sicurezza, ...) facenti capo all'attività dell' U.O. e connessa con quella di autorizzazione sanitaria e di accreditamento per tutte le strutture delle Aziende.
3. Il rafforzamento e l'estensione del Sistema di Qualità ISO 9001/2008 sui vari processi di competenza del Dipartimento, in una nuova logica di ascolto dei bisogni e delle esigenze dell'utenza interna ed esterna che, partendo dalla facilità di accesso ai servizi manutentivi, consenta di monitorare il grado di soddisfazione dell'utente attraverso gli indicatori del livello di efficienza dei servizi, giungendo in particolare alla estensione della Certificazione di Qualità del processo manutentivo che fa capo al Multiservice dell'Azienda USL, anche alla gestione delle manutenzioni dell'Ospedale S. Anna a Cona (FE) ed alle altre strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

La vastità del territorio della Provincia di Ferrara ed in numero consistente delle strutture gestite (oltre 80) richiederà più coordinamento ed integrazione tra i tecnici che controllano l'attività manutentiva programmata e quelli che seguono l'attività "extracanone", sui vari settori dell'edilizia e dell'impiantistica nel controllo della qualità degli interventi eseguiti dal multiservice, per garantire "in tempo reale" l'operato del multi service.

Ciò consentirà una maggiore efficienza nell'ambito delle chiamate effettuate per gli interventi riparativi e non.

Infine l'attuale situazione economica ed le conseguenti riduzione delle risorse imposte alle Regioni, e da queste alle Aziende sanitarie, richiederanno un'ulteriore sforzo al D.I.A.T.P. ed in particolare a questa U.O., nell'essere di supporto alle Direzioni Generali nell'individuazione di quelle strutture, o parti di esse, che potrebbero diventare oggetto di raggruppamenti/razionalizzazioni utili al contenimento della spesa corrente di esercizio.

Gas Medicali:

L'attività di presidio progettuale e manutentivo della intera rete aziendale dei gas medicinali presenti nelle strutture sanitarie è disciplinata dalla nuova norma UNI EN ISO 7396-1:2000 che prevede un Responsabile quale "**Persona Autorizzata (PA)**" dei gas medicinali, che affianca il "Responsabile Tecnico delle Strutture (RTS)" figura assunta dal Direttore del Dipartimento.

Questo tecnico in virtù del profilo di alta specializzazione e competenza dovrà avvalersi di tutti gli operatori sul territorio ed assumere la responsabilità della esecuzione dei contratti che afferiscono alla rete dei gas medicinali.

Attività Amministrative Appalti Patrimonio

L'assetto organizzativo di questa U.O. prevede tre competenze principali:

- *Presidio a supporto contabile amministrativo dei Programmi di investimento aziendale e budget assegnati al Dipartimento e gestione amministrativa Appalti Servizi e Forniture*
- *Attività contrattuale preposta alla responsabilità delle gare e della gestione degli Appalti di Lavori e Servizi Pubblici e nonché alle procedure contrattuali per Dipartimento Ingegneria Clinica*
- *Funzione Patrimoniale preposta all'attività amministrativa e tecnica connessa alla gestione del Patrimonio Immobiliare, anche di quello destinato all'alienazione, agli automezzi,*

Il D.A.T.P. ha acquisito la Certificazione di Qualità ISO 9001/2008 per diversi processi, sia amministrativi che tecnici ; all'interno della stessa U.O. Amm.va si governerà l'aspetto gestionale del sistema di qualità coadiuvando le altre UU.OO. del nuovo Dipartimento Interaziendale.

Infine, all'interno del Dipartimento, troveranno la loro unificazione le figure :

- Energy Manager

La funzione esercita il coordinamento di tutte le competenze indirizzate al governo delle tecnologie per l'utilizzo delle risorse energetiche.

La figura dell'Energy Manager sintetizza quella introdotta in tale entità organizzativa e si muove in un contesto rivolto alla ottimizzazione delle risorse energetiche che in ossequio alla previsione normativa vede la ricerca costante di momenti di sintesi tra le varie specializzazioni ingegneristiche al fine di ridurre attraverso adeguati progetti di risparmio il costo dell'energia a carico del bilancio aziendale.

Questa entità organizzativa si avvale di tutte le professionalità già presenti nel Dipartimento Interaziendale Attività Tecniche.

- Ufficio Mobility Manager

I due Mobility Manager Aziendali, pur mantenendo il loro ruolo di autonomia e di stretta relazione con le Direzioni Generali, agirebbero in coordinamento con il Direttore del Dipartimento ed in particolare con l'Ufficio Automezzi, su tutte le scelte ricadenti sul Parco Automezzi, finalizzate all'impiego ottimale degli automezzi, alla loro fornitura (noleggio, acquisto), alla scelta sulla tipologia di alimentazione (diesel, metano, elettrica,...) nell'ottica sia del risparmio economico sia del minor inquinamento ambientale.

L'organigramma proposto è il seguente:



In questa prima fase di riorganizzazione, l'organigramma prevede 3 unità operative complesse, riducendo di 2 unità afferenti la sola Azienda USL.

Gli obiettivi che le due Aziende assumono nel 2013 sono una riduzione di almeno il 10% dei costi di gestione e del personale (attraverso il recupero del turn over) oltre ad una maggiore efficienza nella gestione degli immobili (Anello S.Anna) e delle relative utenze, e ad una puntuale analisi e gestione della concessione del Nuovo ospedale di Cona.

Di più rilevante rispetto il recupero di un - 10% sui costi gestionali ottenuti da una più efficace gestione delle sedi e delle strutture, ed un ulteriore 10 % sui costi di recupero del turn-over.

Il Dipartimento Interaziendale di Ingegneria Clinica

L' Ingegneria Clinica ha una funzione molto importante nell'ambito dell'organizzazione aziendale, essendo deputata alla gestione di importanti "mezzi della produzione" (tecnologie biomediche) . In particolare l'attività caratteristica svolta è scomponibile, seguendo il logico flusso di lavoro relativo alla gestione delle tecnologie, come segue:

- Realizzazione di progetti di HTA, mini-HTA, HTA-HB in relazione alle tecnologie più innovative e/o alla riorganizzazione / ottimizzazione dell'offerta interna in relazione alle variazioni organizzative e/o della domanda assistenziale
-
- Acquisizione di Tecnologie Biomediche e/o servizi. Tale attività si caratterizza in particolare come segue:
 - o Definizione dei bisogni di acquisto individuati come traduzione delle esigenze cliniche in piani di fattibilità tecnico economica;
 - o Verifica della coerenza delle richieste ai piani aziendali della struttura sanitaria e della programmazione regionale con valutazione di impatto economico sul ciclo di vita;;
 - o Valutazione delle priorità di investimento in relazione all'opportunità di procedere alla sostituzione per obsolescenza tecnologica e/o funzionale e/o per miglioramento della sicurezza e(o per incremento del dimensionamento tecnologico e/o per l'introduzione di tecnologie più innovative;

- Realizzazione dei capitolati di acquisizione delle tecnologie e/o dispositivi e/o dei servizi con definizione delle specifiche tecniche e dei criteri di valutazione;
- Realizzazione di report di valutazione tecnico/clinica delle TB e/o DM e/o servizi.
- Collaudi di accettazione. L'attività di collaudo di accettazione è un' attività molto importante e comprende in genere:
 - Pianificazione dell'attività di collaudo
 - Identificazione tramite apposizione di numero di inventario univoco, indipendentemente dalla modalità di acquisizione individuata (acquisto, service, noleggio, comodato ove previsto, donazione) e inserimento dei dati relativi nel sistema informativo gestionale;
 - Esecuzione del collaudo documentale, finalizzato alla verifica del rispetto puntuale del consegnato (bolla) rispetto all'ordinato (ordine) e della presenza di tutti i requisiti documentali richiesti nei capitolati di gara (presenza dei manuali, delle certificazioni, ecc.)
 - Esecuzione del collaudo di sicurezza elettrica, con applicazione delle relative normative;
 - Esecuzione del collaudo tecnico funzionale finalizzato alla verifica "in vivo" dei requisiti previsti dalla normativa (ove presenti);
 - Supporto alla esecuzione del collaudo funzionale a cura del personale dedicato all'utilizzo e alla conduzione, con particolare riferimento al rispetto delle specifiche di funzionamento indicate dal fabbricante.
- Gestione della manutenzione. La gestione della manutenzione, con particolare riferimento al "Risk Management" riguarda in particolare le seguenti sotto attività:
 - Elaborazione di un Piano della Manutenzione relativo a tutte le tecnologie oggetto di tale attività con particolare riferimento alla evidenziazione della "Strategia della manutenzione" adottata. In tale piano deve essere esplicitata la modalità manutentiva adottata in relazione alle principali macro aree di apparecchiature gestite in funzione dell'analisi di rischio svolta. Il Piano della Manutenzione deve a sua volta comprendere:
 - Piano della Manutenzione preventiva e correttiva con una pianificazione dettagliata dei metodi e dei mezzi (personale, laboratori, logistica, strumentazione, contratti con ditte esterne).
 - una differenziazione ed una analisi in relazione alle grandi apparecchiature di diagnostica, alle tecnologie di supporto alle funzioni vitali e a tutte le tecnologie individuate come critiche dipendentemente dalla destinazione d'uso dichiarata, dal locale in cui vengono riutilizzate, dalla funzione clinica svolta.
 - Costituzione del "Fascicolo relativo alla Tecnologia Biomedica" e evidenziazione delle modalità di aggiornamento, recante tutte le informazioni utili per la gestione nell'ambito del "ciclo di vita" della tecnologia;
 - Gestione dei contratti di manutenzione con ditte esterne (fornitori in esclusiva del servizio, global service, ecc.)
 - Gestione in particolare della manutenzione del SW Dispositivo Medico secondo le seguenti modalità:
 - manutenzione correttiva: installazione periodica di programmi più aggiornati (patch) per ovviare a possibili malfunzionamenti (bug) comunicati tipicamente dal Ministero della Salute o dalle Autorità Competenti di altri Paesi (cfr. segnalazioni di "incidente" e "mancato incidente") o derivanti da test effettuati a seguito dell'introduzione del dispositivo sul mercato;
 - manutenzione perfettiva: installazione di aggiornamenti software che migliorino le prestazioni del dispositivo o la sua manutentibilità. Tipicamente tali software si rendono disponibili a seguito dello sviluppo da parte del produttore di modelli del dispositivo più avanzati o innovativi;
 - manutenzione adattativa: interventi mirati a preservare le funzionalità del software del dispositivo a seguito di variazioni dell'ambiente in cui esso opera (tipicamente a seguito dell'introduzione di funzionalità di "dialogo" con altri applicativi/dispositivi).

- Gestione delle verifiche di sicurezza e dei controlli di funzionalità sulle tecnologie installate. Tale attività, orientate a costituire un ambiente clinico sicuro per operatori e pazienti, deve almeno comprendere:
 - o la elaborazione di un piano dei Controlli e delle Verifiche Periodiche basato sulla definizione di un criterio che indichi la periodicità dei controlli in relazione alla criticità dei dispositivi, alla attività assistenziale e ai mezzi disponibili (personale, laboratori, logistica, strumentazione, contratti con ditte esterne);
 - o l'adozione di protocolli specifici e di modulistica idonea per procedere alle attività di misura, esame, prova e verifica, distinti per classe tecnologica, che tengano conto delle norme tecniche cogenti e/o delle indicazioni riportate dal fabbricante;
 - o dell'utilizzo della strumentazione idonea e sottoposta a taratura per le misure relative ai protocolli adottati.
 - o l'aggiornamento del "Fascicolo relativo alla tecnologia biomedica" con le attività relative ai controlli;
- Gestione delle dismissioni. Tale attività dovrà almeno riguardare:
 - o le verifiche di fuori uso in relazione alle diverse casistiche (obsolescenza funzionale rispetto ai requisiti e/o alla destinazione d'uso specifica, obsolescenza tecnologica, sicurezza);
 - o smaltimento / alienazione secondo la normativa vigente;
 - o rimessaggio delle tecnologie ancora utilizzabili in produzione e/o per pezzi di ricambio;
 - o donazione in relazione a procedure definite (nazionali, regionali, aziendali)

Il Dipartimento di Ingegneria Clinica ha le seguenti competenze, differenziate per Ingegneria Clinica e Fisica.

Ingegneria Clinica

L'Ingegneria Clinica gestisce, in collaborazione con gli altri attori aziendali, il ciclo di vita delle Tecnologie Biomediche e ove richiesto dei Dispositivi Medici, garantendone un uso sicuro, sia per i pazienti che per gli operatori, economico ed efficiente in relazione alle esigenze aziendali e nell'ambito dei riferimenti normativi e legislativi esistenti.

Attività di consulenza/supporto interno/esterno

- svolge attività di consulenza alle Direzioni ed ai diversi attori interni preposti (...) in relazione ad analisi di HTA/HTA-Hb sulle tecnologie biomediche innovative e più in generale sui dispositivi medici innovativi;
- partecipa e coordina l'attività della Commissione Provinciale Dispositivi Medici, a valutazioni di carattere economico di breve/medio periodo legate al loro utilizzo e consumo;
- supporta tecnicamente gli uffici interni nelle procedure di sperimentazione di nuovi dispositivi medici;
- fornisce il supporto tecnico alla Direzione Medica, all'Ufficio Qualità Aziendale e alle strutture complesse ospedaliere per il mantenimento o il conseguimento delle autorizzazioni all'uso dei locali ad uso sanitario, alla loro classificazione secondo le norme CEI 64-8 e ss.mm.ii. e dell'accreditamento regionale;
- collabora alle attività di formazione aziendale mediante partecipazione a seminari e a corsi;
- partecipa direttamente, esprimendo un referente tecnico, alle attività di segnalazione di incidente sui Dispositivi Medici
- collabora e tiene rapporti con i vari interlocutori regionali per le attività di sua competenza quali ad esempio la Commissione Regionale Dispositivi Medici, il Gruppo Regionale Dispositivi Medici, il Gruppo Tecnico insediato presso il Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie della Direzione Regionale Sanità e Politiche Sociali.

Attività di progettazione di servizi, programmazione, pianificazione e coordinamento delle attività caratteristiche

- svolge funzioni di project-leader relativamente a progetti di valenza aziendale ed interaziendale per le attribuzioni di competenza;

- collabora alla progettazione di nuove strutture sanitarie contribuendo alla definizione delle caratteristiche funzionali ed al conseguente lay-out dei siti da realizzare in funzione dei requisiti clinici legati all'utilizzo di tecnologie biomediche;
- realizza la progettazione di V-Lan di reti medicali, collabora alla definizione della matrice di responsabilità per la gestione delle stesse unitamente alle procedure necessarie
- effettua il project management delle installazioni complesse di tecnologie biomediche;
- definisce in coerenza con gli obiettivi aziendali la programmazione delle acquisizioni e la pianificazione dei collaudi delle tecnologie biomediche;
- propone la partecipazione/redazione di progetti di ricerca e sviluppo inerenti all'uso di tecnologie biomediche innovative;
- propone e realizza corsi/seminari/eventi su aspetti tecnico/gestionali particolarmente significativi;
- definisce e gestisce in collaborazione con l'unità aziendale preposta il sistema qualità;
- svolge la progettazione dei requisiti di manutenzione delle tecnologie biomediche, in relazione all'utilizzo, all'ottimizzazione dei percorsi clinici e ai criteri di risk management e l'articolazione delle attività conseguenti.
- effettua progetti di ottimizzazione dell'uso di tecnologie secondo i principi dell'Health Technology Assessment.

Attività operative

- gestisce il budget assegnato all'UO in relazione all'acquisizione e alle manutenzioni delle tecnologie biomediche;
- gestisce il budget relativo alla formazione degli operatori della UO;
- redige i capitolati tecnici per le gare di acquisizione delle tecnologie biomediche in funzione dei requisiti clinici / organizzativi espressi e in collaborazione con gli altri attori aziendali;
- redige le relazioni tecniche di valutazione delle tecnologie biomediche acquisite in collaborazione con le unità operative destinate alla successiva conduzione;
- gestisce la manutenzione delle tecnologie biomediche, dalla richiesta di intervento da parte del reparto utilizzatore alla liquidazione della fattura della ditta intervenuta.
- esegue il fuori uso di apparecchiature obsolete e/o non più conformi alla normativa vigente e/o per le quali la riparazione non è conveniente rispetto alla sostituzione;
- effettua i controlli di sicurezza e funzionalità sulle tecnologie biomediche;
- assicura la gestione in qualità delle propria attività in conformità alle linee guida aziendali ed al proprio sistema qualità;
- collabora con le attività di ingegneria Clinica previste a livello nazionale, regionale, di area vasta e provinciale;
- gestisce e mantiene il software per la gestione delle tecnologie biomediche in dotazione al dipartimento;
- effettua la manutenzione delle tabelle di codifica delle tecnologie biomediche (CND, RDM e DM);
- verifica periodicamente il raggiungimento degli obiettivi degli andamenti economici e monitora l'andamento delle attività.

Fisica Sanitaria

- gestisce il budget attribuito all'UO;
- svolge funzioni di riferimento ed ha interrelazioni obbligatorie con le strutture in cui si impiegano a scopo diagnostico e terapeutico radiazioni ionizzanti e non ionizzanti (Risonanza Magnetica);
- ha funzioni di responsabilità nell'ambito delle competenze sanitarie specifiche definite e descritte dalla normativa vigente (D. Lgs. 230/95 e s.m.; D. Lgs. 187/00);
- gestisce le comunicazioni per gli adempimenti assicurativi previsti per le tecnologie di sua competenza (Inail);
- effettua la gestione delle procedure di sicurezza per la radioprotezione degli operatori della popolazione e del paziente;

- gestisce l'archivio dosimetrico e fornisce alle strutture aziendali competenti report periodici delle dosi accumulate;
- gestisce l'assegnazione dei dosimetri al personale esposto alle radiazioni ionizzanti;
- effettua verifiche di contaminazione con l'ausilio di tecnici incaricati alla radioprotezione;
- svolge funzioni di Esperto Qualificato per acceleratori con energia > 10 MeV;
- svolge quanto previsto dalla normativa vigente per assicurare la sicurezza nell'impiego di impianti a Risonanza Magnetica (Decreto Ministero della Sanità 3/8/93, DPR 542 del 8/8/94, circolare RER n°39 del 21/11/89, etc.);
- cura in particolare le attività afferenti alla fisica applicata alla radioterapia, ivi compresa la terapia radiometabolica e gli studi fisico dosimetrici per patologie specifiche (es. ipertiroidismo) e/o per situazioni cliniche particolari (es. gravidanza);
- esegue, in collaborazione con il Medico Radioterapista, le procedure di individuazione del focolaio neoplastico e determina le caratteristiche fisico-geometriche del bersaglio da irradiare;
- esegue lo studio fisico-dosimetrico per il trattamento personalizzato e risponde dell'attendibilità della dose erogata e della sua distribuzione, nonché della ripetibilità delle condizioni fisico-geometriche del trattamento stesso;
- effettua ove necessaria l'Irradiazione di prodotti emoderivati;
- effettua la progettazione di compensatori sagomati (intero trattamento) e di schermature personalizzate (intero trattamento);
- partecipa al percorso di cura dei pazienti radioterapici mediante l'elaborazione di piani di trattamento, la gestione dei sistemi di pianificazione e dei relativi data base nonché l'esecuzione delle dosimetrie dei fasci radianti e dosimetria del paziente;
- svolge gli adempimenti riguardanti i livelli diagnostici di riferimento;
- collabora alla definizione degli aspetti giuridico-amministrativi nell'impiego di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti presso l'Azienda;
- collabora alla progettazione di nuove installazioni sanitarie nell'ambito di propria competenza in relazione alla definizione del layout;
- effettua supporto tecnico referenziale ai soggetti regionali preposti per le attività di accreditamento delle strutture sanitarie regionali per gli aspetti di competenza;

La sezione delle **attività amministrative** relative alla contrattualistica, alla gestione gare ed alla gestione ordini per tutte le procedure relative all'Ingegneria clinica viene gestita attualmente dal Dipartimento interaziendale attività tecniche, con l'obiettivo di non creare sovrastrutture ed ottimizzare il personale amministrativo che fa capo alle due Aziende.

L'ipotesi da sviluppare è creare un punto unitario interaziendale di formazione e redazione della complessiva contrattualistica delle Aziende.

In relazione alle competenze ed alle attività caratteristiche riportate a paragrafi precedenti la proposta operativa è sinteticamente riportata nella figura che segue:

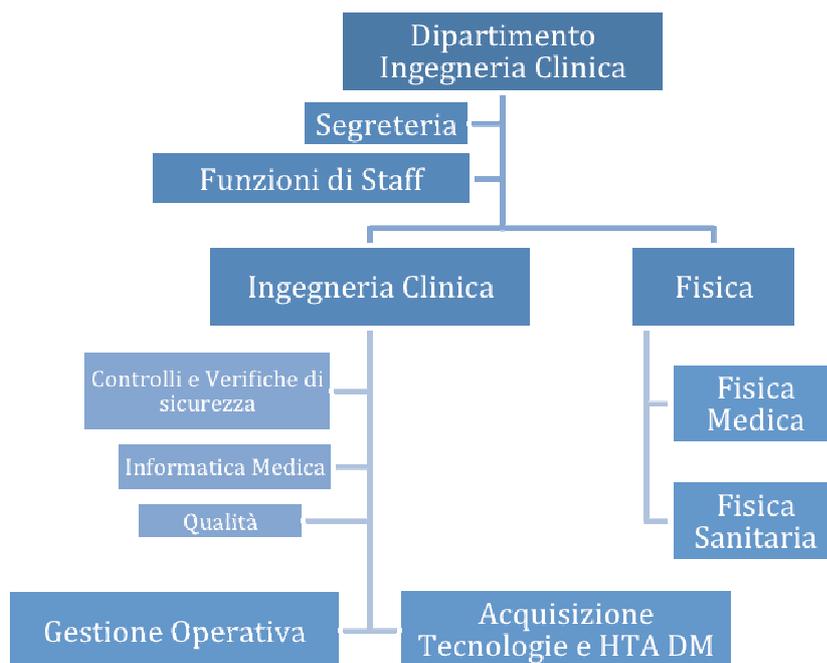


Figura 1 - Ipotesi Organigramma IC

Come si vede le due principali aree dell'ingegneria Clinica, in linea con la direzione della struttura, permettono di indirizzare due tra i tre grandi temi della gestione delle tecnologie:

- l'Health Technology Assessment, anche Hospital-Based, nell'ambito del quale affrontare, compatibilmente con la dimensione della tecnologia considerata, tutte le tematiche connesse alla valutazione delle tecnologie esistenti e di quelle innovative, ivi compresi i Dispositivi Medici;
- la Gestione Operativa che sostanzialmente riguarda le attività di manutenzione che in questo caso riveste un carattere di particolare rilevanza data la necessità di omogeneizzazione nella gestione tecnica degli interventi di manutenzione correttiva e migliorativa e della loro tracciabilità.

Per quanto riguarda la funzione di staff Informatica Medica essa permette di operare trasversalmente alle altre due indicate occupandosi prevalentemente della gestione dell'Informatica Medica con criteri sanciti dal quadro normativo riportato nella figura seguente che sarà nei prossimi anni uno dei settori più importanti dal punto di vista dell'ottimizzazione e della qualità dell'offerta sanitaria nonché del rilevante problema della sicurezza dei dati e dei processi

In particolare il nuovo Dipartimento sarà caratterizzato a regime come segue:

Area Acquisizione Tecnologie e HTA Dispositivi Medici,

L'attività della nuova Commissione interaziendale dispositivi medici, vede come priorità delle due Aziende per il 2013, uno sviluppo ed una strutturazione dell'attività della quale ci si attendono risultati positivi in termini di appropriatezza e di conseguente risparmio.

L'attività dell'Area sarà così strutturata:

Area Gestione Operativa

La gestione della manutenzione, con particolare riferimento al "Risk Management" riguarda in particolare le seguenti sotto attività:

- Elaborazione di un Piano della Manutenzione relativo a tutte le TB oggetto di tale attività con particolare riferimento alla evidenziazione della "Strategia della manutenzione" adottata. In tale piano, da elaborarsi con i soggetti preposti alla conduzione del piano stesso, deve essere esplicitata la modalità manutentiva adottata in relazione alle principali macro aree di apparecchiature gestite in funzione dell'analisi di rischio svolta.

- Costituzione del "Fascicolo relativo alla Tecnologia Biomedica" e evidenziazione delle modalità di aggiornamento, recante tutte le informazioni utili per la gestione nell'ambito del "ciclo di vita" della tecnologia;
- Gestione dei contratti di manutenzione con ditte esterne (fornitori in esclusiva del servizio, global service, ecc.)
- Gestione della manutenzione delle tecnologie e/o dispositivi
- Gestione delle dismissioni delle tecnologie e/o dispositivi.

Attività in Staff

- Informatica Medica

- o Progetta / definisce V-Lan di reti medicali, collabora alla definizione della matrice di responsabilità per la gestione delle stesse unitamente alle procedure necessarie;
- o Analisi di rischio e definizione dei requisiti minimi di sicurezza in relazione alle caratteristiche del software dispositivo medico e delle necessità gestionali nell'ambito della rete medica in cui è installato;
- o Gestione della manutenzione del software del dispositivo medico

- Controlli e Verifiche di Sicurezza

- o Gestione delle verifiche di sicurezza e dei controlli di funzionalità delle tecnologie e/o dispositivi. Tale attività, orientate a costituire un ambiente clinico sicuro per operatori e pazienti.

- Qualità

- o Adempimento ai requisiti di autorizzazione e accreditamento relativamente agli aspetti di pertinenza;

- Per l'anno 2013 le due Aziende della Provincia di Ferrara sono impegnate, nell'ambito dell'area Vasta Emilia Centro, a strutturare progettualità e servizi in comune, sanitari ed amministrativi secondo il piano di lavoro delineato, che prevede la predisposizione del progetto complessivo entro il primo semestre 2013.

Per i Dipartimenti già esistenti, il biennio 2014 -2015 vedrà i seguenti sviluppi:

- Unificazione delle sedi fisiche
- Unificazione dei sistemi informatici

Per i Dipartimenti di nuova istituzione, saranno definiti puntualmente l'organizzazione e l'integrazioni delle funzioni.

Infine, già dal 2013 si darà corso alla progettazione di funzioni unificate di Staff aziendali, quali la formazione ed il Sistema Informativo

oooooooooooo

RETI CLINICHE

Progettazione integrata interaziendale triennale per il raggiungimento degli obiettivi e della attuazione delle Reti Cliniche attraverso le modalità organizzative sopradescritte (Dipartimenti, Unità e servizi unici interaziendali e programmi)

a) RETE PER L'ASSISTENZA ALL'ICTUS CEREBRALE ACUTO PROGRAMMA INTERAZIENDALE

I pazienti colpiti da Ictus vengono trasportati direttamente dal 118 dal proprio domicilio e/o inviati dal PS degli Ospedali Spoke della provincia direttamente all'Hub di Cona. I protocolli operativi sono già attivi, da completare la centralizzazione primaria.

Negli Ospedali Spoke può essere effettuata la riabilitazione estensiva.

b) RETE INTEGRATA PER L'ASSISTENZA AL TRAUMA GRAVE E NEURO TRAUMA PROGRAMMA INTERAZIENDALE

I pazienti vengono trasportati direttamente dal 118 e/o inviati dal PS degli Ospedali Spoke della provincia direttamente all'Hub di Cona. I protocolli operativi sono già attivi, da completare l'integrazione di Area Vasta. Negli Ospedali Spoke può essere effettuata la riabilitazione estensiva.

c) RETE ASSISTENZIALE PER L'EMERGENZA CARDIOLOGICA E L'ELEZIONE CARDIOLOGICA PROGRAMMA INTERAZIENDALE

I pazienti colpiti da infarto, vengono trasportati direttamente dal 118 e/o inviati dal PS degli Ospedali Spoke della provincia direttamente all'Hub di Cona. I protocolli operativi sono già attivi.

Negli Ospedali Spoke può essere effettuata la riabilitazione estensiva e le altre funzioni.

HUB S.ANNA DI CONA

- PERCORSO IMA/STEMI
- EMODINAMICA, ARITMOLOGIA, INTERVENTISTICA E INTENSIVA COMPLESSA
- CENTRO DI RIFERIMENTO DISTRETTO CENTRO NORD, DIAGNOSTICA DI 1° E 2° LIVELLO

SPOKE DI CENTO

- TERAPIA INTENSIVA – UTIC – DEGENZA
- DIAGNOSTICA ARITMOLOGICA ED IMPIANTO PACE MAKER
- CENTRO DI RIFERIMENTO DISTRETTO OVEST PER DIAGNOSTICA DI 1° E 2° LIVELLO

SPOKE DEL DELTA

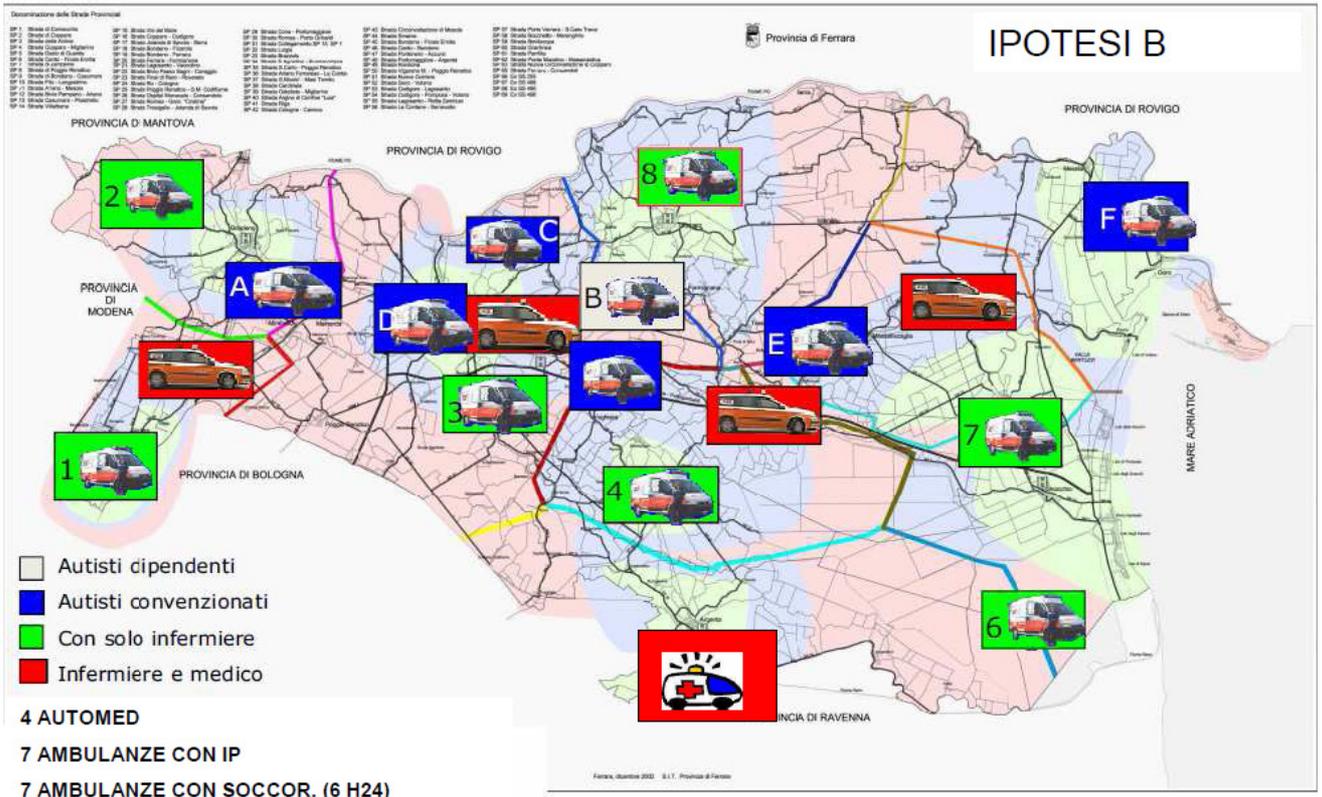
- TERAPIA INTENSIVA – UTIC – DEGENZA
- DIAGNOSTICA ARITMOLOGICA ED IMPIANTO PACE MAKER
- CENTRO DI RIFERIMENTO DISTRETTO SUD EST E AREA DEL DELTA PER DIAGNOSTICA DI 1° E 2° LIVELLO

SPOKE DI ARGENTA

- CENTRO DI RIFERIMENTO AREA PORTOMAGGIORE – ARGENTA PER DIAGNOSTICA DI 1° E 2° LIVELLO

d. RETE DELL'EMERGENZA

Il Piano della Rete dell'Emergenza della Provincia, come sotto rappresentato dalla slide, viene ampiamente esplicitato nell'allegato A.



e. RETE ONCOLOGIA – U.O.C. INTERAZIENDALE DI ONCOLOGIA MEDICA

Attualmente la diagnosi e l'assistenza al malato oncologico è parcellizzata e scarsamente integrata nelle varie sedi ospedaliere provinciali. Si ritiene necessario addivenire ad una offerta fortemente integrata attraverso l'unificazione in una unica UOC di Oncologia Medica Interaziendale che possa operare nelle varie sedi secondo protocolli, modalità organizzative ed operative unitarie. La realizzazione di questo progetto dovrà avvenire entro il 2014. Successivamente vengono trattati i percorsi chirurgici della patologia oncologica.

HUB DI CONA

- BREAST UNIT
- DIAGNOSI E TERAPIA DI I° E II° LIVELLO
- DEGENZA

SPOKE DI CENTO

- DH ONCOLOGICO PER I° VISITA ED ESECUZIONE DI TERAPIA

SPOKE DEL DELTA

- DH ONCOLOGICO PER I° VISITA ED ESECUZIONE DI TERAPIA

SPOKE ARGENTA

- DH ONCOLOGICO PER I° VISITA ED ESECUZIONE DI TERAPIA

S.ANNA CORSO GIOVECCA

- EPIDEMIOLOGIA TUMORI; REGISTRO TUMORI; COORDINAMENTO SCREENING
- MAMMOGRAFIA (SCREENING)

f. RETE PEDIATRICA E PERCORSO NASCITA – U.O.C. INTERAZIENDALE DI PEDIATRIA

Attualmente la Rete Provinciale è costituita da tre punti nascita: Cona (1° e 2° livello) Cento e Delta (1° livello). La presenza di Unità Operative autonome di Pediatria a Cona e al Delta e di un servizio pediatrico a Cento. Il ridotto numero di nascite e di bambini che caratterizzano la Provincia di Ferrara e in modo particolare nel Distretto Sud Est impone la necessità di trovare soluzioni di efficienza e di equità dell'assistenza pediatrica, anche attraverso l'attivazione di una Unità Operativa Complessa Unica che può operare nelle tre sedi, da realizzare entro il 2013.

HUB S.ANNA DI CONA

- PUNTO NASCITA DI II° LIVELLO (U.O.C.)
- P.S. PEDIATRICO
- TIN
- DEGENZA PEDIATRICA
- ATTIVITA' SPECIALISTICA DI I° E II° LIVELLO
- IVG

SPOKE DEL DELTA (MODULO DI U.O.C. INTERAZIENTALE)

AREA MATERNO INFANTILE

- U.O. di ostetricia e ginecologia
 - a) Punto nascita di I° livello
 - b) Attività chirurgica-ginecologica
 - c) IVG
 - d) Attività specialistica ginecologica
- SERVIZIO PEDIATRICO DI I° LIVELLO CON PEDIATRA PRESENTE H24 IN STRUTTURA PER LE FUNZIONI DI:
 - consulenza pediatrica al P.S.
 - osservazione breve pediatrica 2 P.L. (superamento p.l. ordinari)
 - assistenza neonatale sala parto

SPOKE DI CENTO (MODULO DI U.O.C. INTERAZIENTALE)

AREA MATERNO INFANTILE

- U.O. di ostetricia e ginecologia
 - a) Punto nascita di I° livello
 - b) Attività chirurgica-ginecologica
 - c) IVG
 - d) Attività specialistica ginecologica
- Servizio Pediatrico di I° livello e assistenza neonatale e Sala Parto
- Potenziamento della Rete Pediatrica locale attraverso l' U.O. Interaziendale e il coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta e Pediatri di Comunità

g. RETI CHIRURGICHE (CHIRURGIA URGENZA, GENERALE, UROLOGIA, ORTOPEDIA)

Vi è la necessità per migliorare l'appropriatezza delle Reti Chirurgiche di attuare progetti interaziendali, basati sulla concentrazione degli interventi chirurgici maggiori, in modo particolare per quanto riguarda la Chirurgia Oncologica in unica sede, lasciando nelle sedi Ospedali Spoke interventi chirurgici a bassa complessità e a maggior incidenza. Tale progetto può essere realizzato attraverso Unità Operative Complesse Interaziendali o con Programmi.

RETE CHIRURGICA GENERALE E SPECIALISTICA PROGRAMMA INTERAZIENDALE:

HUB DI CONA

- ONCOLOGIA UROLOGICA
- CHIRURGIA MAMMELLA
- CHIRURGIA ONCOLOGICA
- CHIRURGIA ENDOCRINOLOGICA
- CHIRURGIA POLMONE, CHIRURGIA GASTROINTESTINALE, PANCREAS, FEGATO, CHIRURGIA SISTEMA NERVOSO, CHIRURGIA VASCOLARE, CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE, CHIRURGIA ORL, OCULISTICA E GINECOLOGICA COMPLESSE, CHIRURGIA PEDIATRICA

SPOKE DI CENTO

- ONCOLOGIA GINECOLOGICA NON COMPLESSA
- EPATO GASTRO INTESTINALE AD ALTA NUMEROSITA'
- DAY SURGERY/AMBULATORIO CHIRURGICO

SPOKE DELTA

- ONCOLOGIA GINECOLOGICA NON COMPLESSA
- EPATO GASTRO INTESTINALE AD ALTA NUMEROSITA'
- DAY SURGERY/AMBULATORIO CHIRURGICO DELTA
- CHIRURGIA AMBULATORIALE COMACCHIO

SPOKE DI ARGENTA

- D.S. PLURISPECIALISTICO ANCHE IN COLLABORAZIONE CON L'AZIENDA OSPEDALIERA (OCULISTICA, IVG, CHIRURGIA PLASTICA)
- ELEZIONE SECONDO PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI CHIRURGIA GENERALE

RETE UROLOGICA - U.O.C. INTERAZIENDALE DI UROLOGIA

HUB DI CONA

- DIAGNOSTICA DI I° E II° LIVELLO
- CHIRURGIA MAGGIORE
- D.S.

SPOKE DI CENTO (MODULO DI U.O.C. INTERAZIENDALE)

- DIAGNOSTICA E TERAPIA DI I° LIVELLO
- D.S.
- CHIRURGIA PAVIMENTO PELVICO

SPOKE DEL DELTA (MODULO DI U.O.C. INTERAZIENDALE)

- DIAGNOSTICA E TERAPIA DI I° LIVELLO
- D.S.
- CHIRURGIA ENDOSCOPICA VIA URINARIE

RETE DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PROGRAMMA INTERAZIENDALE

HUB DI CONA (U.O.C. UNIVERSITARIA)

- POLITRAUMA GRAVE
- TRAUMATOLOGIA LIEVE E MEDIA GRAVITA' DISTRETTO CENTRO NORD
- TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA
- PROTESICA: ANCA, SPALLA, GINOCCHIO E GOMITO

SPOKE DI CENTO

- TRAUMATOLOGIA MEDIO LIEVE
- PROTESI ANCA, GINOCCHIO
- D.S.

SPOKE DEL DELTA

- TRAUMATOLOGIA MEDIO LIEVE
- PROTESI ANCA, GINOCCHIO
- D.S.

SPOKE DI ARGENTA (MODULO DI U.O.C. UNIVERSITARIA)

- D.S.
- TRAUMATOLOGIA ANZIANO NON COMPLICATA
- ELEZIONE SECONDO PROGRAMMA INTERAZIENDALE, PROTESI ANCA E GINOCCHIO

h. RETE NEFROLOGIA – DIALISI U.O.C. INTERAZIENDALE DI NEFROLOGIA E DIALISI

Si intravede la necessità, per migliorare il percorso assistenziale e omogeneizzare l'offerta su tutto il territorio provinciale di attivare una Unità Operativa Complessa Interaziendale che operi in tutte le sedi provinciali da realizzarsi entro il 2014.

HUB DI CONA

- AREA DI DEGENZA
- CENTRO DIALISI OSPEDALIERO
- DIAGNOSTICA DI 1° E 2° LIVELLO

S.ANNA CORSO GIOVECCA

- CENTRO DIALISI DECENTRATO AD ASSISTENZA LIMITATA (CAL); (FERRARA; DISTRETTO OVEST DA DEFINIRE)

COPPARO

- CENTRO DIALISI DECENTRATO AD ASSISTENZA LIMITATA (CAL)

DELTA

- CENTRO DIALISI DECENTRATO AD ASSISTENZA LIMITATA (CAL)

i. RETE T.A.O.

In questi giorni si sta completando, l'implementazione del programma Interaziendale TAO che prevede l'esecuzione della Diagnostica di Laboratorio nel Hub di Cona e per tutta la Provincia, un servizio unico provinciale di 2° livello e l'assistenza di 1° livello ai pazienti in terapia anticoagulante nelle sedi periferiche di: Cento, Argenta, Delta e Copparo.

L'esecuzione degli esami e la gestione dei "pazienti TAO" fa parte del programma interaziendale che coinvolge oltre al LUP, l'Ematologia del Sant'Anna, le Cardiologie di Cento e del Delta, la Medicina di Argenta e i MMG.

CENTRO DI SORVEGLIANZA HUB:

- AMBULATORIO DI FISIOPATOLOGIA DELLA COAGULAZIONE: GESTIONE E MONITORAGGIO DEI PAZIENTI IN TAO DI FERRARA: BACINO DI UTENZA PARI A CIRCA 4.000 PAZIENTI
- LABORATORIO EMOSTASI II LIVELLO: ESECUZIONE DEL LIVELLO DI ANTICOAGULAZIONE DI TUTTI I PAZIENTI IN TAO DELLA PROVINCIA DI FERRARA E IMPLEMENTAZIONE DEI TEST DI LABORATORIO NECESSARI AL MONITORAGGIO DEI NAO

CENTRI DI SORVEGLIANZA SPOKE:

- EMATOLOGIA S. ANNA DI FERRARA
- MEDICINA ARGENTA
- CARDIOLOGIA DELTA
- CARDIOLOGIA CENTO
- MEDICI DI MEDICINA GENERALE

SISTEMA DI CONTROLLO DEL PROGETTO

- CONTROLLO DI QUALITÀ STRUMENTALE
- TEMPO IN RANGE TERAPEUTICO
- COMPLICANZE EMORRAGICHE E TROMBOEMBOLICHE
- GRADO DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

J. RETE DI DIAGNOSTICA RADIOLOGICA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA – DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI RADIODIAGNOSTICA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA – U.O.C. INTERAZIENDALE CONA-DELTA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA E RADIODIAGNOSTICA

Attualmente la Rete di Diagnostica Radiologica e Radiologia Interventistica è caratterizzata da un elevato consumo e di una elevata produzione di prestazioni su tutta la Provincia. La presenza di tre Servizi di Radiologia Interventistica (2 a Cona e 1 al Delta) non garantiscono una continuità H24 dell' offerta nelle varie sedi e una assoluta disomogeneità di percorsi assistenziali, scarsa efficienza e scarsa integrazione. Pertanto si propone di attivare:

- una UOC Interaziendale di Radiologia Interventistica e radiodiagnostica entro il 2013;
- un Dipartimento Interaziendale per risolvere le numerose criticità sia sul piano dell' assistenza che dei costi nel triennio.

HUB DI CONA H 24

- NEURORADIOLOGIA
- RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
- RADIOLOGIA CONVENZIONALE ED ALTA TECNOLOGIA
- ECOGRAFIA
- MEDICINA NUCLEARE
- RADIOTERAPIA

SPOKE DI CENTO

- RADIOLOGIA CONVENZIONALE ED ALTA TECNOLOGIA
- ECOGRAFIA

SPOKE DEL DELTA

- RADIOLOGIA CONVENZIONALE ED ALTA TECNOLOGIA
- ECOGRAFIA

SPOKE DI ARGENTA

- RADIOLOGIA CONVENZIONALE
- TAC; RM; ECOGRAFIA

STRUTTURE SANITARIE DI COPPARO, COMACCHIO, BONDENO, ANELLO S.ANNA:

- RADIOLOGIA CONVENZIONALE ED ECOGRAFIA
- TAC A COMACCHIO
- RMN ARTICOLARE A COPPARO

SCREENING MAMMOGRAFICO PROVINCIALE

K. RETE DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO - U.O.C. INTERAZIENDALE

Il Laboratorio Unico Provinciale termina entro il 2013 la centralizzazione sull'Hub AVEC di Cona di tutti gli esami, compreso screening, ad eccezione degli esami di base intraospedalieri durante le ore diurne degli Ospedali di Cento e del Delta e di quelli eseguibili tramite POCT. Permanenza di POCT nelle Strutture Sanitarie con degenza e/o PPS.

Il Laboratorio di analisi interaziendale fa parte del progetto del Laboratorio AVEC.

HUB DI CONA H 24

- ESAMI SPECIALISTICI E SCREENING
- ESAMI ESTERNI DI TUTTA LA PROVINCIA
- ROUTINE CHIMICA-CLINICA – MICROBIOLOGIA
- URGENZA CONA
- ESAMI DI RIFERIMENTO AVEC (LABORATORIO UNICO DI AREA VASTA)

SPOKE DI CENTO

- POCT (NOTTURNO 20-8)
- ROUTINE (ESAMI AD ALTA NUMEROSITA' DI RICHIESTA- DIURNI 8-20)

SPOKE DEL DELTA

- POCT (NOTTURNO 20-8)
- ROUTINE (ESAMI AD ALTA NUMEROSITA' DI RICHIESTA- DIURNI 8-20)

SPOKE DI ARGENTA

- URGENZE 8-18 (LUNEDI' – VENERDI')
- POCT (18- 8); H24 FESTIVI E PREFESTIVI

I. RETE DELLA RIABILITAZIONE - PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI RIABILITAZIONE

Ad oggi non è operativo il Programma interaziendale Riabilitazione, il cui progetto è previsto entro il 2013 con relativa attivazione in considerazione delle seguenti direttive.

HUB DI CONA

- RIABILITAZIONE INTENSIVA (NEURORIABILITAZIONE); RIABILITAZIONE POST TRAUMATICA; ORTOPEDIA
- CENTRO REGIONALE PER LE CEREBROLESIONI
- SERVIZIO AMBULATORIALE

SPOKE DI CENTO

- RIABILITAZIONE ESTENSIVA, ORTOPEDIA E NEUROLOGICA CON SPECIALIZZAZIONE DI ALCUNI P.L. DELLA LUNGODEGENZA
- D.H. RIABILITATIVO

SPOKE DEL DELTA

- RIABILITAZIONE ESTENSIVA, ORTOPEDIA E NEUROLOGICA CON SPECIALIZZAZIONE DI ALCUNI P.L. DELLA LUNGODEGENZA
- D.H. RIABILITATIVO

SPOKE DI ARGENTA

- RIABILITAZIONE ESTENSIVA, ORTOPEDIA E NEUROLOGICA CON SPECIALIZZAZIONE DI ALCUNI P.L. DELLA LUNGODEGENZA CON PREVALENZA DELLA RIABILITAZIONE ORTOPEDICA ANZIANO
- D.H. RIABILITATIVO

CASA DI CURA

- RIABILITAZIONE ESTENSIVA, CON SPECIALIZZAZIONE NELL'AMBITO DEI P.L. DI LUNGODEGENZA ACCREDITATI

STRUTTURE DI COPPARO, COMACCHIO, BONDENO: SERVIZIO AMBULATORIALE DI RIABILITAZIONE

m. RETE DELLA SALUTE MENTALE DELL'ADULTO E DELL'INFANZIA - DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI SALUTE MENTALE

Nel Dipartimento di Salute Mentale entro il 2013 verranno avviati i Programmi interaziendali per i Disturbi del Comportamento Alimentare e le consulenze intraospedaliere di Neuropsichiatria Infantile.

Si intravede la necessità di rimodulare l'offerta assistenziale per la patologia psichiatrica dell'adulto adeguandola ai modelli regionali più avanzati, trasferendo più risorse dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale.

HUB DI CONA H 24

- SPDC UNICO PROVINCIALE

SPOKE DEL DELTA

- SUPERAMENTO SPOD

PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITA'

SERVIZIO INTERAZIENDALE DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE

n. RETE INTEGRATA PER IL PAZIENTE DIABETICO U.O.C INTERAZIENDALE

HUB DI CONA

- AMBULATORIO SPECIALISTICO DI 1° E 2° LIVELLO (AMBULATORIO PIEDE DIABETICO E GESTIONE MICROINFUSORI)
- CONSULENZE AI RICOVERI PER COMPLICANZE GRAVI DIABETICHE NEI REPARTI SPECIALISTICI OSPEDALE DI CONA

RETE PROVINCIALE DI ASSISTENZA AMBULATORIALE DIABETOLOGICA

- CAD S.ANNA (ANELLO)
- CAD DI CENTO
- CAD DI ARGENTA
- CAD COMACCHIO
- CAD COPPARO
- CAD CODIGORO
- CAD BONDENO
- CAD DI PORTOMAGGIORE

o. RETE INTERAZIENDALE CURE PALLIATIVE

AZIENDA OSPEDALIERA/UNIVERSITARIA DI FERRARA

- U.O. ONCOLOGIA
- U.O. GERIATRIA
- U.O. MEDICINE
- U.O. NEUROLOGIA
- U.O. PNEUMOLOGIA

AZIENDA USL DI FERRARA

- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
- HOSPICE DI CODIGORO
- HOSPICE DI FERRARA
- HOSPICE DI COPPARO 2014
- U.O. DEL PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO

oooooooooooo

La rete ospedaliera e delle strutture intermedie si completa, nel triennio 2013-2015, come di seguito:

ASSETTO FINALE RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE

OSPEDALI:

OSPEDALE DI CONA

- OSPEDALE HUB PER PROVINCIA E DI RIFERIMENTO REGIONALE (CEREBROLESII, TALASSEMIA, GENETICA...)
- OSPEDALE DI 1° LIVELLO PER DISTRETTO CENTRO NORD
- DEA DI 2° LIVELLO CON PS GENERALE E SPECIALISTICI
- DIDATTICA E RICERCA
- P.L. (COMPENSIVI DEL TRASFERIMENTO DEL "PELLEGRINO") SECONDO STANDARD REGIONALI E NAZIONALI

OSPEDALE DISTRETTUALE DI CENTO

- OSPEDALE SPOKE, CON PS, DEA DI 1° LIVELLO E SERVIZI DI DIAGNOSTICA (RADIOLOGICA, ENDOSCOPICA E DI LABORATORIO) INTEGRATO NELLA RETE PROVINCIALE, RIFERIMENTO CON FUNZIONI DI 1° LIVELLO NELL'AMBITO DISTRETTUALE E AREE LIMITROFE DI CONFINE

- AREA DI DEGENZA MEDICA ORGANIZZATA PER INTENSITA' DI CURA: MEDICINA INTERNA, CARDIOLOGIA, LPA E RIABILITAZIONE (DEGENZA ORDINARIA, AREA CRITICA INTEGRATA CON DEGENZA CARDIOLOGICA MONITORIZZATA)
 - D.H. ONCOLOGICO E D.H. RIABILITATIVO
- AREA CHIRURGICA ORGANIZZATA PER INTENSITA' DI CURA MULTISPECIALISTICA: ORTOPEDIA, CHIRURGIA GENERALE, UROLOGIA (AMBULATORIO CHIRURGICO, DAY SURGERY, WEEK SURGERY, DEGENZA ORDINARIA)
- TERAPIA INTENSIVA – UTIC
- SERVIZIO DI ANESTESIA
- AREA OSTETRICO GINECOLOGICO CON PUNTO NASCITA E ASSISTENZA PEDIATRICA DI 1° LIVELLO, CHIRURGIA GINECOLOGICA
- P.L. (SECONDO STANDARD REGIONALI E NAZIONALI)

OSPEDALE DISTRETTUALE DEL DELTA

- OSPEDALE SPOKE, CON PS, DEA DI 1° LIVELLO E SERVIZI DI DIAGNOSTICA (RADIOLOGICA, ENDOSCOPIA E DI LABORATORIO) INTEGRATO NELLA RETE PROVINCIALE RIFERIMENTO PER IL 1° LIVELLO AREA EST
- AREA DI DEGENZA MEDICA ORGANIZZATA PER INTENSITA' DI CURA: MEDICINA INTERNA, EMATOLOGIA, CARDIOLOGIA, LPA E RIABILITAZIONE (DEGENZA ORDINARIA, AREA CRITICA INTEGRATA CON DEGENZA CARDIOLOGICA MONITORIZZATA)
 - D.H. ONCOLOGICO E D.H. RIABILITATIVO
- AREA CHIRURGICA ORGANIZZATA PER INTENSITA' DI CURA MULTISPECIALISTICA: ORTOPEDIA, CHIRURGIA GENERALE, UROLOGIA (AMBULATORIO CHIRURGICO, DAY SURGERY, WEEK SURGERY, DEGENZA ORDINARIA)
- TERAPIA INTENSIVA – UTIC
- SERVIZIO DI ANESTESIA
- AREA OSTETRICO GINECOLOGICA CON PUNTO NASCITA E ASSISTENZA PEDIATRICA DI 1° LIVELLO
- P.L. (SECONDO STANDARD REGIONALI E NAZIONALI)

OSPEDALE DISTRETTUALE DI ARGENTA

- OSPEDALE SPOKE, CON PS E SERVIZI DI DIAGNOSTICA (RADIOLOGICA, ENDOSCOPIA E DI LABORATORIO) INTEGRATO NELLA RETE PROVINCIALE, RIFERIMENTO CON FUNZIONI DI 1° LIVELLO NELL' AMBITO DISTRETTUALE SUD
- AREA DI DEGENZA MEDICA ORGANIZZATA PER INTENSITA' DI CURA: MEDICINA INTERNA, LPA E RIABILITAZIONE (DEGENZA ORDINARIA E D.H.) CARATTERIZZATA DA UN LIVELLO ASSISTENZIALE DI BASSA INTENSITA' INTERNISTICA, LUNGODEGENZIALE E RIABILITATIVO
 - D.H. ONCOLOGICO E D.H. RIABILITATIVO
- AREA CHIRURGICA ORGANIZZATA PER INTENSITA' DI CURA MULTISPECIALISTICA: ORTOPEDIA, CHIRURGIA GENERALE (AMBULATORIO CHIRURGICO, DAY SURGERY, DEGENZA ORDINARIA E RECOVERY ROOM)
 - CHIRURGIA PLURISPECIALISTICA DI ELEZIONE PREVALENTEMENTE IN REGIME DI DAY SURGERY (CHIRURGIA GENERALE, OCULISTICA, IVG E CHIRURGIA PLASTICA)
 - ORTOPEDIA DI ELEZIONE E TRAUMATOLOGIA NON COMPLESSA, TRAUMATOLOGIA DELL' ANZIANO
 - SERVIZIO DI ANESTESIA
- P.L. (SECONDO STANDARD REGIONALI E NAZIONALI)

CASE DI CURA ACCREDITATE

- STRUTTURE A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE DI TIPO INTERNISTICO LUNGODEGENZIALE E RIABILITATIVO AD ACCESSO MEDIATO DA STRUTTURE PUBBLICHE (PS E H)
- P.L. (SECONDO STANDARD REGIONALI E NAZIONALI)

OSPEDALI DI COMUNITA' E CASE DELLA SALUTE

STRUTTURA SANITARIA S.GIUSEPPE DI COPPARO

- CASA DELLA SALUTE CON: AMBULATORIO NUCLEO CURE PRIMARIE H12, PEDIATRIA DI GRUPPO, CONTINUITA' ASSISTENZIALE, SPECIALISTICA AMBULATORIALE, CHIRURGIA AMBULATORIALE OCULISTICA, RADIOLOGIA E SERVIZI TERRITORIALI, PUNTO PRELIEVI E CUP
- AREA DEGENZIALE DI P.L. DISTRETTUALI (N. 15 P.L.) GESTITI DAI M.M.G., PERSONALE INFERMIERISTICO E RIABILITATIVO E CONSULENZA SPECIALISTICA (STRUTTURA INTERMEDIA/OSPEDALE DI COMUNITA')
- ATTIVAZIONE 10 P.L. DI HOSPICE
- POSTAZIONE 118 PRESSO VIGILE DEL FUOCO

STRUTTURA SANITARIA S. CAMILLO DI COMACCHIO

- CASA DELLA SALUTE CON: AMBULATORIO NUCLEO CURE PRIMARIE H12, MEDICINA E PEDIATRIA DI GRUPPO, CONTINUITA' ASSISTENZIALE, SPECIALISTICA AMBULATORIALE, CHIRURGIA AMBULATORIALE OCULISTICA, RADIOLOGIA E SERVIZI TERRITORIALI, PUNTO PRELIEVI E CUP
- AREA DEGENZIALE DI P.L. DISTRETTUALI (N. 15 P.L. – N. 20 P.L.) GESTITI DAI M.M.G., PERSONALE INFERMIERISTICO E RIABILITATIVO E CONSULENZA SPECIALISTICA (STRUTTURA INTERMEDIA/OSPEDALE DI COMUNITA')
- PPS MESI ESTIVI H24
- POSTAZIONE 118

STRUTTURA SANITARIA DI BONDENO

- CASA DELLA SALUTE IN AREA DA DEFINIRE CON: AMBULATORIO NUCLEO CURE PRIMARIE H12, MEDICINA EPEDIATRIA DI GRUPPO, CONTINUITA' ASSISTENZIALE, SPECIALISTICA AMBULATORIALE, CHIRURGIA AMBULATORIALE OCULISTICA, RADIOLOGIA E SERVIZI TERRITORIALI, PUNTO PRELIEVI E CUP
- AREA DI DEGENZA DI N. 15 P.L. DISTRETTUALI GESTITI DAI M.M.G., PERSONALE I.P. E RIABILITATIVO E CONSULENZA SPECIALISTICA (STRUTTURA INTERMEDIA/OSPEDALE DI COMUNITA')
- 10 P.L. DI DEGENZA SOCIO SANITARIA PER GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE
- POSTAZIONE 118

oooooooooooo

LE AZIONI INTERAZIENDALI DEL PIANO STRATEGICO DI RIORGANIZZAZIONE, QUALIFICAZIONE E SOSTENIBILITA' DELLA SANITA' FERRARESE PER IL QUADRIENNIO 2013-2016, PROGRAMMATE PER IL 2013, SARANNO LE SEGUENTI:

DISTRETTO OVEST

SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTO OVEST

- ✓ PROGETTO A: PROGETTO CASA DELLA SALUTE DI BONDENO A SEGUITO DEL RECUPERO E RISTRUTTURAZIONE COMPLETA DEL PRESIDIO BORSELLI CON ANNESSA STRUTTURA INTERMEDIA E DEGENZA TERRITORIALE PIU' DEGENZA SOCIO SANITARIA PER GRAVI CEREBROLESI;
- ✓ PROGETTO B: PROGETTO CASA DELLA SALUTE ESTERNA E RISTRUTTURAZIONE PARZIALE DEL PRESIDIO "BORSELLI" PER POSTI LETTO DI CURE INTERMEDIE PIU' DEGENZA SOCIO SANITARIA PER GRAVI CEREBROLESI;
- ✓ COMPLETAMENTO ATTIVITÀ SPECIALISTICA E DELLE CURE PRIMARIE, MEDICINA GENERALE, SECONDO PROGRAMMAZIONE CTSS 2012
- ✓ INTEGRAZIONE VACCINAZIONI SALUTE INFANZIA E SANITÀ PUBBLICA
- ✓ INTEGRAZIONE CURE PRIMARIE E NEURO PSICHIATRIA INFANTILE (CASI COMPLESSI)
- ✓ RIALLOCAZIONE SERVIZI DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA, DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E DIREZIONE DISTRETTO

SERVIZI OSPEDALIERI CENTO:

AREA CARDIOLOGICA:

- ✓ CENTRALIZZAZIONE ATTIVITA' INTERVENTISTICA COMPLESSA PROGRAMMATA (emodinamica e aritmologica) a Cona
- ✓ PERCORSO I.M.A. Hub di Cona
- ✓ INTEGRAZIONE ATTIVITA' INTENSIVISTICA (terapia intensiva – utic , impianti pace maker) CENTO
- ✓ INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO (ambulatoriale e diagnostica unica equipe osp./distrettuale)

AREA CHIRURGICA

- ✓ OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURA (osp. riorganizzato per aree di degenza, multispecialistiche ch/uro/orto, graduate rispetto all'intensità di cura)
- ✓ SVILUPPO DAY SURGERY E CHIRURGIA AMBULATORIALE (anche in collaborazione con " S.Anna " - OCULISTICA)

AREA MEDICA, LUNGODEGENZA, RIABILITATIVA

- ✓ SVILUPPO DI AREA DI DEGENZA INTEGRATE PER INTENSITA' DI CURA, AVVIO DEL PERCORSO DI QUALIFICAZIONE RIABILITATIVA SECONDO IL PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI RIABILITAZIONE

AREA MATERNO INFANTILE

- ✓ PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO HUB PROVINCIALE (guardia attiva h24 osp. Cona)
- ✓ MANTENIMENTO PUNTI NASCITA E SERVIZIO PEDIATRICO DI PRIMO LIVELLO
- ✓ CHIRURGIA GINECOLOGICA

AREA LABORATORISTICA

- ✓ LABORATORIO UNICO DI AVEC (hub di Cona e Maggiore)
- ✓ CENTRALIZZAZIONE NELL'HUB DI CONA: Esami TAO in ematologia e screening oncologici in lab.
- ✓ SPOKE OSPEDALI AUSL FE (ESAMI DI BASE + POCT NOTTURNO /FESTIVO)

AREA DI RADIODIAGNOSTICA

- ✓ CENTRALE UNICA PROVINCIALE DI TELEGESTIONE E DI TELEREFERTAZIONE (Guardia attiva H 24 ospedale del Delta)

AREA DELL'EMERGENZA

- ✓ PRONTO SOCCORSO H 24 E COMPLETAMENTO PROGRAMMA RETE EMERGENZA PROVINCIALE

DISTRETTO SUD EST

SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTO SUD EST

- ✓ PROGETTO CASA DELLA SALUTE DI COMACCHIO "SAN CAMILLO"
- ✓ SEDE DEL DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA "SANCAMILLO"
- ✓ COMPLETAMENTO ATTIVITÀ SPECIALISTICA E DELLE CURE PRIMARIE, MEDICINA GENERALE, SECONDO PROGRAMMAZIONE CTSS 2012
- ✓ INTEGRAZIONE VACCINAZIONI SALUTE INFANZIA E SANITÀ PUBBLICA
- ✓ INTEGRAZIONE CURE PRIMARIE E NEURO PSICHIATRIA INFANTILE (CASI COMPLESSI)

SERVIZI OSPEDALIERI DELTA - COMACCHIO

AREA CARDIOLOGICA

- ✓ CENTRALIZZAZIONE ATTIVITA' INTERVENTISTICA COMPLESSA PROGRAMMATA (emodinamica e aritmologia) a Cona
- ✓ PERCORSO I.M.A. Hub di Cona
- ✓ INTEGRAZIONE ATTIVITA' INTENSIVISTICA (terapia intensiva – utic , impianti pace maker)
- ✓ INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO (ambulatoriale e diagnostica unica equipe osp./distrettuale di cardiologia)

AREA CHIRURGICA

- ✓ OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURA (osp. riorganizzato per aree di degenza, multispecialistiche ch/uro/orto, graduate rispetto all'intensità di cura)
- ✓ CHIRURGIA AMBULATORIALE nelle due sedi Delta e Comacchio
- ✓ DAY SURGERY AL DELTA

AREA MEDICA, LUNGODEGENZA, RIABILITATIVA

- ✓ OSPEDALE DEL DELTA: Potenziamento Area Medica con Ematologia (posti letto funzionali, D.H., ambulatorio), organizzata per intensità di cura, avvio percorso qualificazione riabilitativa come da progetto interaziendale
- ✓ STRUTTURA S.CAMILLO DI COMACCHIO: degenza internistica a vocazione postacuzie e ad indirizzo riabilitativo estensivo + Progetto degenza di "struttura intermedia" (DGR 199/2013) in un unico piano

AREA MATERNO INFANTILE

- ✓ PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO HUB PROVINCIALE (guardia attiva H24 osp. Cona); POTENZIAMENTO ESTIVO
- ✓ MANTENIMENTO PUNTI NASCITA E SERVIZIO PEDIATRICO DI PRIMO LIVELLO (MODULO DI U.O.C. INTERAZIENDALE DI PEDIATRIA)
- ✓ CHIRURGIA GINECOLOGICA

AREA LABORATORISTICA

- ✓ LABORATORIO UNICO DI AVEC (hub di Cona e Maggiore)
- ✓ CENTRALIZZAZIONE NELL'HUB DI CONA: Esami TAO in ematologia e screening oncologici in lab.
- ✓ SPOKE Ospedali Ausl Fe (esami di base + POCT Nott. / Fest.)

AREA DI RADIODIAGNOSTICA

- ✓ CENTRALE UNICA PROVINCIALE DI TELEGESTIONE E DI TELEREFERTAZIONE (Guardia attiva h 24 ospedale del Delta)

AREA DELL'EMERGENZA

- ✓ PRONTO SOCCORSO DELTA H 24 E COMPLETAMENTO PROGRAMMA RETE EMERGENZA PROVINCIALE
- ✓ S.CAMILO: PPS H14 MESI ESTIVI

SERVIZI TERRITORIALI ARGENTA - PORTOMAGGIORE

- ✓ CASA DELLA SALUTE DI PORTOMAGGIORE
- ✓ POLIAMBULATORIO NUOVO DI ARGENTA E MEDICINA DI GRUPPO (MMG)
- ✓ COMPLETAMENTO ATTIVITÀ SPECIALISTICA E DELLE CURE PRIMARIE, MEDICINA GENERALE, SECONDO PROGRAMMAZIONE CTSS 2012
- ✓ INTEGRAZIONE VACCINAZIONI SALUTE INFANZIA E SANITÀ PUBBLICA
- ✓ INTEGRAZIONE CURE PRIMARIE E NEURO PSICHIATRIA INFANTILE(CASI COMPLESSI)

SERVIZI OSPEDALIERI ARGENTA

AREA CHIRURGICA

- ✓ DEGENZA OSPEDALIERA COMUNE CHIRURGICA
- ✓ DAY SURGERY ANCHE IN COLLABORAZIONE CON L'AOU (IVG, OCULISTICA, ORL, CH. PLASTICA)
- ✓ SUPERAMENTO DEA CON TRASFORMAZIONE SUB INTENSIVA POST CHIRURGICA

AREA MEDICA, LUNGODEGENZA, RIABILITAZIONE

- ✓ SVILUPPO DI AREA UNICA INTEGRATA DI DEGENZA PER INTENSITA' DI CURA
- ✓ DAY HOSPITAL Oncologico e Riabilitativo

- ✓ RIABILITAZIONE AVVIO DEL PERCORSO DI QUALIFICAZIONE RIABILITATIVA DI ALCUNI POSTI LETTO DI LUNGODEGENZA SECONDO IL PROGRAMMA INTERAZIENDALE
- ✓ INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO (ambulatoriale e diagnostica unica equipe di cardiologia osp./distrettuale)

AREA LABORATORISTICA

- ✓ LABORATORIO UNICO DI AVEC (hub di Cona e Maggiore)
- ✓ CENTRALIZZAZIONE NELL'HUB DI CONA (Esami TAO in ematologia e screening oncologici in lab.)
- ✓ SPOKE Ospedali Ausl Fe (esami di base + POCT Nott. / Fest.)

AREA DI RADIODIAGNOSTICA

- ✓ CENTRALE UNICA PROVINCIALE DI TELEGESTIONE E DI TELEREFERTAZIONE (Guardia attiva h 24 ospedale del Delta)
- ✓ INSTALLAZIONE RMN (prevista nel 2014)

AREA DELL'EMERGENZA

- ✓ PRONTO SOCCORSO H 24 E COMPLETAMENTO PROGRAMMA RETE EMERGENZA PROVINCIALE

DISTRETTO CENTRO NORD

SERVIZI TERRITORIALI - STRUTTURA DI COPPARO

- ✓ CASA DELLA SALUTE TERRE FIUMI DI COPPARO; ULTERIORE SVILUPPO
- ✓ DEGENZA INTERNISTICA A VOCAZIONE POSTACUZIE E AD INDIRIZZO RIABILITATIVO ESTENSIVO + DEGENZA DI "STRUTTURA INTERMEDIA" (DGR 199/2013) IN UN UNICO PIANO
- ✓ COMPLETAMENTO ATTIVITÀ SPECIALISTICA E DELLE CURE PRIMARIE, MEDICINA GENERALE, SECONDO PROGRAMMAZIONE CTSS 2012
- ✓ INTEGRAZIONE VACCINAZIONI SALUTE INFANZIA E SANITÀ PUBBLICA
- ✓ INTEGRAZIONE CURE PRIMARIE E NEURO PSICHIATRIA INFANTILE (CASI COMPLESSI)
- ✓ RIALLOCAZIONE SERVIZI DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA, DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E DIREZIONE DISTRETTO CON SUPERAMENTO DELLA SEDE DI VIA CARDUCCI.

SERVIZI TERRITORIALI FERRARA

- ✓ PROGETTO CASA SALUTE S.ANNA
- ✓ PROGETTO CASA SALUTE PONTELAGOSCURO (AVVIO 2014)
- ✓ COMPLETAMENTO RIORGANIZZAZIONE DIP.SALUTE INFANZIA
- ✓ PROGETTO RIORGANIZZAZIONE SALUTE ANZIANI E HANDICAP ADULTO (ESTERNALIZZAZIONE RSA TRESIGALLO E CENTRO DIURNO S.MARTINO)
- ✓ PROGETTO RIORGANIZZAZIONE ODONTOIATRIA MONTEBELLO (PROGETTO CASA SALUTE S.ANNA)

SERVIZI OSPEDALIERI DI FERRARA:

OSPEDALE S.ANNA DI CONA

- ✓ FUNZIONI HUB PROVINCIALE PER TUTTE LE SPECIALITÀ MEDICHE E CHIRURGICHE E DI AREA VASTA PER GENETICA, TALASSEMIA E CEREBROLESIONI;
- ✓ DIPARTIMENTI:
 - MEDICINA GENERALE
 - MEDICINE SPECIALISTICHE
 - CHIRURGIA GENERALE
 - CHIRURGIE SPECIALISTICHE
 - RIPRODUZIONE ED ACCRESCIMENTO
 - NEUROSCIENZE

- EMERGENZA
- DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- ✓ OSPEDALE DI 1° LIVELLO PER DISTRETTO CENTRO NORD
- ✓ POTENZIAMENTO FUNZIONI SPECIALISTICHE SECONDO IL PIANO INTERAZIENDALE (PEDIATRIA, CARDIOLOGIA , ETC..)
- ✓ DEA DI 2° LIVELLO CON PS GENERALE E SPECIALISTICI
- ✓ DIDATTICA E RICERCA
- ✓ CASA DEL PELLEGRINO - TRASFERIMENTO ATTIVITA' PRESSO OSPEDALE DI CONA ENTRO IL 2014
- ✓ P.L. SECONDO STANDARD REGIONALI E NAZIONALI

CASE DI CURA ACCREDITATE DELLA PROVINCIA DI FERRARA

STRUTTURE CON VOCAZIONE INTERNISTICA A BASSA INTENSITÀ ASSISTENZIALE DI POSTI ACUZIE E RIABILITATIVO ESTENSIVO; AVVIO RIQUALIFICAZIONE RIABILITATIVA POSTI LETTO

AREA DELL'EMERGENZA:

CENTRALI OPERATIVE - 118

PROGETTO SULLA CONCENTRAZIONE DELLE CENTRALI 118 A PARMA PER PIACENZA PARMA E REGGIO, E A BOLOGNA PER BOLOGNA, MODENA E FERRARA, E REALIZZAZIONE DELLA CENTRALIZZAZIONE EFFETTIVA ENTRO LA FINE DEL 2013.

4. Piano investimenti

Il Piano Triennale degli investimenti (PTI) 2013-2015, coerentemente a quanto indicato dalle linee di programmazione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013, si sviluppa sulla base della precedente programmazione 2012-2014, modificandosi per quelle attività in cui, nello scorso anno, si sono avuti completamenti o sono emerse nuove necessità prevalentemente dettate da esigenze normative.

Un elemento di differenza rispetto alla precedente programmazione, è dato dall'ulteriore elenco di lavori destinati ai ripristini strutturali dei danni subiti dagli eventi sismici dello scorso Maggio 2012 che hanno colpito numerosi edifici dell'Azienda USL di Ferrara, di cui si illustrerà il dettaglio nei paragrafi seguenti.

Il PTI 2013-2015 dell'Azienda USL di Ferrara è fondamentalmente un piano di prosecuzione degli investimenti strutturali destinati a costruire circuiti virtuosi, relativamente alla riduzione dei costi di esercizio dell'attività aziendale a tutti i livelli, sia sanitaria che amministrativa.

Si basa essenzialmente sulla realizzazione di investimenti, finanziati sia da contributi in conto capitale, sia da alienazioni immobiliari, sia dal mutuo di 18 milioni di Euro destinato a finanziare lavori strutturali straordinari, tali da favorire accorpamenti, sinergie, riduzioni dei consumi, ecc., senza alterare (o meglio con l'intenzione di migliorare) il livello e la qualità dei servizi resi ai cittadini.

Entrando nel dettaglio del PTI 2013-2015 si prevedono lavori ed investimenti in attrezzature e tecnologie per le strutture territoriali ed ospedaliere per l'anno 2013 per un importo pari a 13,411 milioni di euro e nel successivo biennio per 13,488 milioni di euro

Gli obiettivi.

Per il 2013 gli obiettivi sono i seguenti:

- 1 Completamento delle opere iniziate o in corso del Piano Investimenti 2012;
- 2 Realizzazione delle nuove opere previste dal Piano Investimenti 2013;
- 3 Avvio delle progettazioni definitive e/o esecutive delle opere finanziate;
- 4 Proseguo dell'opera di messa a norma delle strutture ospedaliere e territoriali;
- 5 Ripristino dei danni causati dal terremoto del maggio 2012;
- 6 Rispetto delle previsioni di spesa;

Nel dettaglio gli interventi di maggiore rilievo, con riferimento alla "Scheda di rilevazione degli Investimenti in corso di realizzazione oppure **con progettazione esecutiva approvata**" sono:

- Completamento della ristrutturazione della Medicina ed Ortopedia dell'ospedale di Cento;
- Completamento dei lavori di ristrutturazione della Chiesa di S. Carlo a Ferrara;
- Completamento dei lavori dell'ampliamento del Centro Residenziale per HK di Codigoro;
- Proseguo dei lavori degli interventi denominati " I.2 e L.22" di realizzazione della Casa della Salute di Portomaggiore;
- Proseguo dei lavori di due interventi denominati " H34 e H35" di cui all'ex art. lo 20 per l'ospedale di Cento e Copparo;
- Avvio lavori del nuovo Pronto Soccorso di Cento;
- Interventi finalizzati al risparmio energetico 2013-15.

e con riferimento alle Schede successive dell'allegata tabella sono:

- completamento della progettazione degli interventi finanziati Ex Art. 20 Legge 67/88 – IV Fase – 2°Stralcio, di cui nel dettaglio:
 - Realizzazione Casa della Salute a Bondeno
 - Interventi di ristrutturazione per adeguamenti normativi ospedale di Argenta
 - Interventi di ristrutturazione per adeguamenti normativi ospedale di Cento
 - Ristrutturazione area ospedale S. Anna per funzioni amministrative e sanitarie delle due Aziende secondo la progettualità successivamente descritta.
- Programmazione e progettazione degli ammodernamenti ed adeguamenti normativi impiantistici (antincendio, ascensori e gas medicinali);

Fra gli investimenti, come per gli esercizi precedenti, sono previsti i necessari interventi di manutenzione straordinaria, di adeguamenti normativi, interventi specifici per la sicurezza e adeguamento delle strutture ed impianti, programmati su tutte le strutture aziendali, in una logica di sicurezza indispensabile nella gestione quotidiana.

Fra i vari investimenti preme sottolineare un aspetto peculiare del PTI che attiene a quelli relativi al contenimento dei consumi energetici poiché si tratta di un secondo pacchetto di interventi, di cui si è già completata la fase di progettazione con risorse tecniche interne, che si autofinanzia con il risparmio generato. E' stata preliminarmente effettuata una attenta scelta fra i possibili investimenti nel campo del risparmio energetico, selezionando accuratamente quelli il cui rapporto investimento/benefici è più alto e quelli il cui tempo di rientro è più favorevole (4/6 anni). La gara per la realizzazione di questo pacchetto di interventi, è in attesa dell'aggiudicazione del servizio pluriennale di manutenzione e gestione fabbricati ed impianti, al fine di valutare se, tra le offerte del vincitore, vi possano essere interventi identici o analoghi a quelli previsti nel suddetto progetto.

Si presenta il Piano triennale:

PIANO TRIENNALE INVESTIMENTI 2013-2015

• DESCRIZIONE INTERVENTI

descrizione intervento	investimento da realizzare nell'anno 2013	investimento da realizzare nell'anno 2014	investimento da realizzare nell'anno 2015	totale investimento da realizzare
LAVORI	€ 8.450	€ 3.500	€ 1.100	€ 13.050
Manutenzioni Straordinarie	€ 2.710	€ 2.700	€ 2.700	€ 8.110
Tecnologie Biomediche	€ 700	€ 700	€ 700	€ 2.100
Tecnologie Informatiche	€ 1.101	€ 622	€ 566	€ 2.289
Beni Economali, Altro	€ 450	€ 450	€ 450	€ 1.350
Totale Interventi	€ 13.411	€ 7.972	€ 5.516	€ 26.899

nota: valori indicati in migliaia di euro

PIANO TRIENNALE INVESTIMENTI 2013-2015

• FONTI DI FINANZIAMENTO

descrizione intervento	contributo conto/capitale	mutui	alienazioni	donazioni e contributi da altri soggetti	totale finanziamenti dedicati
LAVORI	€ 6.783	€ 1.310	€ 2.700	€ 2.257	€ 13.050
Manutenzioni Straordinarie	€ 0	€ 3.110	€ 5.000	€ 0	€ 8.110
Tecnologie Biomediche	€ 0	€ 700	€ 1.400	€ 0	€ 2.100
Tecnologie Informatiche	€ 240	€ 861	€ 1.188	€ 0	€ 2.289
Beni Economali, Altro	€ 0	€ 1.350	€ 0	€ 0	€ 1.350
Totale Interventi	€ 7.023	€ 7.331	€ 10.288	€ 2.257	€ 26.899

nota: valori indicati in migliaia di euro

PIANO TRIENNALE INVESTIMENTI 2013-2015

• DETTAGLIO LAVORI

descrizione intervento	valore complessivo dell'investimento	totale investimento da realizzare nel triennio 2013-15		note
CENTO - OSPEDALE RISTRUTTURAZIONE MEDICINA E ORTOPEDIA	1.849	1.129	(*)	INT. 509 - PROGRAMMA REGIONALE ALL. D) ART.36 L.R. 38/2002
RISTRUTTURAZIONE DELL'OSPEDALE DI CENTO (FE)	2.200	2.090	(*)	INT. H.34 ACC. DI PROGRAMMA INTEGR. 2009 - EX ART.20 L.67/88 - IV FASE
CENTO - REALIZZAZIONE NUOVO PRONTO SOCCORSO	1.800	1.782		FONDAZIONE C.R. CENTO
ADEGUAMENTO FUNZIONALE OSPEDALE DI COPPARO	2.259	2.159	(*)	INT. H.35 ACC. DI PROGRAMMA INTEGR. 2009 - EX ART.20 L.67/88 - IV FASE
FERRARA - RISTRUTTURAZIONE CHIESA DI S. CARLO 1° STRALCIO	900	782	(*)	CONTRIBUTO MINISTERO BENI CULTURALI
REALIZZAZIONE CASA DELLA SALUTE A PORTOMAGGIORE	1.000	434	(*)	INT. I.2 Progr.Reg.Le ALL. I) - ART. 36 L.R. 38/2002;
COMPLETAMENTO CASA DELLA SALUTE A PORTOMAGGIORE	1.500	1.350	(*)	INT. L.22 PROGRAMMA REGIONALE ALL. L) - ART. 36 L.R. 38/2002;
AMPLIAMENTO CENTRO DIURNO RESIDENZ. "IL FARO" DI CODIGORO	480	324	(*)	INT. 92 - DELIBERA DI GIUNTA N. 1355/2009 - INTERV. DI COSTR. E RISTRUTT. STRUTTURE SOCIO-ASSIST.LI E SOCIO-SANIT.
INTERVENTI FINALIZZATI AL RISP. ENERGETICO 2013/15	3.000	3.000		
TOTALE	14.988	13.050		

nota: valori indicati in migliaia di euro

(*) interventi iniziati anno 2012

A completamento del Piano, si propongono alcune considerazioni relative alle attrezzature informatiche ed elettromedicali ed agli automezzi.

Il piano di acquisizione di **attrezzature informatiche, attrezzature elettromedicali ed arredi**, sarà attuato secondo un programma di minima; senza ciò il rischio di eccessivo invecchiamento renderebbe impossibile generare risparmio mantenendo l'attuale livello di qualità e di servizio. Parte di esso è finanziato mediante l'Intervento M.18 del Programma Regionale Allegato M.

Tali interventi previsti dal Dipartimento ICT si collocano comunque in un contesto generale, che prevede il perseguimento degli obiettivi definiti nel piano programmatico regionale 2013, nei progetti ICT regionali e di area vasta, che prevedono come priorità l'omogeneizzazione delle procedure informatiche dei

Dipartimenti interaziendali, che devono trovare, anche in virtù di questo complemento, accanto alla unificazione delle sedi fisiche, una maggiore operatività.

L'Azienda Usl di Ferrara a seguito di un'attività di assessment informatico e tecnologico, ha rilevato la necessità di procedere ad un significativo intervento di consolidamento della proprie basi dati aziendali con particolare riferimento a quelle che trattano dati sanitari e sensibili. In particolare l'obiettivo che si intende raggiungere attraverso l'adozione di tecnologie consolidate di Relational Data Base Management System (RDBMS) e di Storage Area Network (SAN), è di creare i presupposti per una gestione dei dati clinici e sanitari secondo i maggiori standard di sicurezza tecnologica disponibili e rispettosi dei requisiti minimi di legge previsti dalla normativa vigente in materia.

Un ulteriore obiettivo strategico, che l'Azienda Usl sta perseguendo, consiste nella re ingegnerizzazione dell'attuale sistema informativo sanitario aziendale per costruire i presupposti di massima integrazione informatica tra i servizi territoriali e i servizi ospedalieri provinciali. In particolare le azioni previste mirano a garantire un livello di dotazioni informatiche tecnologicamente avanzato che consentano agli operatori sanitari da un lato e all'utenza dall'altro, di poter sfruttare al massimo le potenzialità di integrazione tra le tecnologie disponibili, semplificando e agevolando l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari.

Relativamente al settore automezzi gestito dal Dipartimento Tecnico, è in corso un nuovo programma di gestione della flotta aziendale che prevede il graduale rinnovo del parco auto con l'acquisizione di automezzi ecocompatibili in aderenza al progetto più complessivo di risparmio energetico nel quale l'Azienda è fortemente impegnata, attivando contemporaneamente processi di razionalizzazione dei mezzi sottoutilizzati nonché di dismissione per gli automezzi obsoleti.

Sono state avviate procedure informatiche, tenendo conto di quanto prevedono le norme relative alla privacy, per cui si è installato un rilevatore in ogni vettura, collegato ad un software in grado di gestire riparazioni meccaniche, elettriche, ecc, nonché manutenzioni ordinarie e approvvigionamento di carburante; in tale contesto l'Azienda ha adottato, per la prima volta, un Piano pluriennale di sostituzione degli automezzi, nella generale strategia di garantire la sicurezza e la sostenibilità degli strumenti e delle autovetture.

PIANO TRIENNALE INVESTIMENTI 2013-2015

• SCHEDA 2 - INTERVENTI IN CORSO DI PROGETTAZIONE

descrizione intervento	valore complessivo dell'investimento	contributo conto/capitale	mutui	alienazioni	note
REALIZZAZIONE CASA DELLA SALUTE A BONDENO	1.600	1.600			INT. AP.51- EX ART.20 L.67/88 - IV FASE - 2° STRALCIO
INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE PER ADEGUAMENTI NORMATIVI OSPEDALE DI ARGENTA	500	500			INT. AP.52- EX ART.20 L.67/88 - IV FASE - 2° STRALCIO
INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE PER ADEGUAMENTI NORMATIVI OSPEDALE DI CENTO	1.926	1.926			INT. AP.53- EX ART.20 L.67/88 - IV FASE - 2° STRALCIO
RISTRUTTURAZIONE AREA OSPEDALE SANT'ANNA PER FUNZIONI TERRITORIALI AZIENDE SANITARIE	2.000	2.000			INT. AP.55- EX ART.20 L.67/88 - IV FASE - 2° STRALCIO
ADEGUAMENTI ANTINCENDIO AI SENSI DPR 151/11	1.500		1.500		
RISTRUTTURAZIONE ANELLO S.ANNA - 1° STRALCIO	20.000			20.000	DIFF. TRA IMPORTO COMPLESS. DI CUI ALLA 2° IPOTESI DELLO STUDIO DI FATTIBILITA' 2013 E QUOTA RELATIVA ALL'INT. AP.55 (QUOTA A CARICO AUSL)
SISTEMA INFORMATICO PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA	557	557			INT. AP.56- EX ART.20 L.67/88 - IV FASE - 2° STRALCIO
ACQUISTO ATTREZZATURE E ARREDI	546	546			INT. AP.54- EX ART.20 L.67/88 - IV FASE - 2° STRALCIO
Totale	28.629	7.129	1.500	20.000	

nota: valori indicati in migliaia di euro

PIANO TRIENNALE INVESTIMENTI 2013-2015

• SCHEDA 3 - INTERVENTI IN PROGRAMMAZIONE

descrizione intervento	valore complessivo dell'investimento
RISTRUTTURAZIONE ANELLO S.ANNA - 2° STRALCIO	21.812
COMPARTIMENTAZIONE ANTINCENDIO	7.600
MESSA A NORMA SCARICHI RETE SCARICHI IDRICI	1.220
AMMODERNAMENTO E MESSA A NORMA ASCENSORI	2.000
MESSA A NORMA RETE GAS TECNICI	1.160
FERRARA - RISTRUTTURAZIONE CHIESA DI S. CARLO 2° STRALCIO	900
COPERTURA WiFi OSPEDALI LAGOSANTO E CENTO	726
Totale	35.418

nota: valori indicati in migliaia di euro

Come indicato in premessa, quest'anno si aggiunge al Piano Investimenti un ulteriore elenco di lavori finalizzati al ripristino e, dove possibile, al miglioramento strutturale degli immobili colpiti da terremoto del maggio 2012. Questi lavori si sono succeduti, e proseguiranno, secondo le scadenze dettate sia dalle differenti modalità di finanziamento (Fondi Europei, finanziamenti Statali/Regionali, Assicurazione Fabbricati,), sia dalle effettive possibilità di intervento all'interno dei fabbricati, in quanto trattasi di edifici che comunque hanno mantenuto al proprio interno le attività sanitarie/amministrative, per le parti non dichiarate inagibili.

Complessivamente ad oggi la somma degli interventi di ripristino/miglioramento supera i 20mln di euro., la conclusione delle verifiche consentirà una reale programmazione operativa, in stretto raccordo con il livello regionale.

Preme inoltre a completezza di questa relazione accennare al problema dell'investimento necessario per l'attuazione della Casa della Salute nel cosiddetto "anello" del S. Anna poiché vedrà impegnate le due aziende sanitarie ferraresi sul medesimo fronte, già in questo triennio.

Come noto l'obiettivo di questa grande operazione è di accorpate i servizi sanitari ed amministrativi, oggi sparsi in numerosi edifici su Ferrara e dintorni, nella parte più storica dell'ex ospedale S. Anna (anello) favorendo il risparmio di spazi, di personale, di consumi energetici e di gestione, migliorando l'offerta complessiva di prestazioni in quanto l'accorpamento favorirà il riconoscimento e l'utilizzo dei servizi resi da parte dell'utenza e la gestione di servizi amministrativi e logistici in comune.

Di quest'area, parzialmente occupata dalle attività dell'Azienda Ospedaliera che non sono state trasferite al nuovo ospedale di Cona, sono state redatte 4 differenti ipotesi, inserite in uno Studio di Fattibilità consegnato nello scorso gennaio al Servizio Sanitario Regionale, ed in attesa di una decisione al momento vincolata dall'esito della relazione tecnica in corso di completamento da parte del Comitato Tecnico Scientifico nominato dalla Regione e composto da ingegneri strutturisti.

Nello Studio di Fattibilità si ipotizza un costo di ristrutturazione di 2.000,00 €/mq ; l'attuale certezza finanziaria è di 3,5 milioni di Euro (ex art.lo 20 L.67/88IV fase 2° stralcio, Intervento AP .55) oltre a quelli provenienti dalle vendite degli edifici dismessi dall'AUSL e dall'AOSP di Ferrara e pertanto si pone l'accento sull'esigenza di "trovare" altre risorse a completamento dell'investimento.

5. Prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria

Con DGR 312/2013 la Regione Emilia-Romagna ha prorogato per gli anni 2013 e 2014 la validità del Piano sociale e sanitario regionale 2008 – 2010, e dei Piani di Zona per la salute e il benessere sociale 2009 – 2011, con la previsione della presentazione, da parte degli ambiti distrettuali, di un programma attuativo biennale 2013 – 2014; ed inoltre ha approvato il documento "Indicazioni attuative del Piano Sociale e Sanitario per gli anni 2013 - 2014" quale integrazione al Piano sociale e sanitario. La stessa DGR afferma "che la Regione continuerà, per quanto nelle sue disponibilità, a sostenere con proprie risorse il finanziamento integrativo del fondo sanitario, del FRNA e del Fondo Sociale, intensificando in parallelo l'azione nei confronti del Governo per assicurare un livello di finanziamento adeguato ai livelli essenziali di assistenza in sanità e al sistema dei servizi sociali da garantire alla popolazione".

In questo quadro, la realtà ferrarese degli interventi e dei servizi socio-sanitari si inserisce contestualmente ad un processo di riordino della rete dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali che non potrà che non avere ricadute sui futuri assetti e sulle azioni da mettere in atto anche in ambito socio-sanitario.

Oltre a ciò, anche la realtà ferrarese nei prossimi mesi dovrà affrontare il tema del riordino delle forme di gestione pubblica dei servizi, compreso quello della ridefinizione del ruolo delle Aziende Pubbliche di Servizio alle persone.

Da qui l'esigenza di tenere alto il livello di coinvolgimento dell'Az. USL nel consolidato sistema di *governance* provinciale, assolvendo ad un ruolo di "garanzia" del Distretto finalizzato ad accrescere la capacità di lettura dei bisogni del territorio e di assicurare ai cittadini i più adeguati percorsi di cura e di assistenza, nella logica della "continuità di cura" e della "domiciliarità".

In particolare, un'assoluta priorità è rappresentata dalla necessità di garantire sistemi locali di sostegno e riferimento per le persone non autonome e fragili, potendo riconoscere queste situazioni, e partendo da qui per realizzare un sistema diffuso di interventi integrati, capaci di prevenire l'isolamento e contrastando condizioni di dipendenza, anche valorizzando le risorse delle comunità locali.

Analogamente, l'attività relativa alle "dimissioni difficili" ed alle "dimissioni protette" deve andare di pari passo con l'estensione delle attività domiciliari per anziani e disabili che andranno perseguite anche con il sostegno alle persone con responsabilità di cura (caregiver) ed attraverso la promozione degli opportuni interventi di sostegno ai caregiver nell'ambito della valutazione multidimensionale delle esigenze delle persone non autosufficienti e delle persone che se ne prendono cura al domicilio:

- assegno di cura;
- accoglienza temporanea di sollievo;
- ricoveri temporanei post-dimissione;
- sostegno alle forme aggregative di auto mutuo aiuto e di contrasto all'isolamento e alla solitudine promosse dall'associazionismo volontario;
- servizi di e-care, come telesoccorso e teleassistenza;
- consulenze e contributi per l'allestimento di ausili tecnologici e di soluzioni strutturali che rendano le abitazioni, in cui vivono persone non autosufficienti, idonee a garantirne la migliore qualità di vita possibile e creare le condizioni per il lavoro di cura; interventi a sostegno della qualificazione delle assistenti familiari).

Per questo andranno adeguate le attività inerenti "l'accesso" e la valutazione multidimensionale in area anziani e disabili in raccordo con l'area degli utenti psichiatrici.

I servizi socio-sanitari accreditati (Assistenza domiciliare, CRA e CD anziani, CSR diurni e residenziali per disabili) costituiscono una rete consolidata e diffusa sul territorio ferrarese. In particolare i posti accreditati di Casa Residenza per Anziani in provincia di Ferrara sono pari al 3,06% di PL/Pop. >75anni, con la seguente ripartizione Distrettuale: Distretto Ovest 2,81%; Centro-Nord 3,15; Sud-Est 3,06. Le liste d'accesso a queste strutture, gestite a livello distrettuale, presentano picchi più elevati nei Distretti Sud-Est e Centro-Nord.

L'Az. USL di Ferrara nel corso del 2013 cesserà la gestione diretta della CRA-ex RSA di Tresigallo (n. 30 P.L.) e del C.S.R. semiresidenziale "San Martino" di Ferrara (n. 25 posti), rimaste attualmente le ultime due strutture socio-sanitarie gestite dalla stessa Az.USL. Considerato il continuo incremento della popolazione

ultrasettantacinquenne, diventa probabile la necessità di dover considerare nei prossimi anni la revisione dell'offerta residenziale per anziani non autosufficienti.

Sul versante dei servizi per la disabilità, la rete dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, dopo il grande sviluppo degli ultimi anni, appare in equilibrio con i livelli di domanda, per cui l'attività è prevalentemente orientata all'appropriatezza degli interventi ed alla crescita dei livelli d'integrazione gestionale e professionale.

In continua crescita sono invece i casi di gravissime disabilità acquisite in età adulta che necessitano dell'implementazione di risposte domiciliari (assegni di cura, assistenza domiciliare) e di tipo residenziale.

Il processo di accreditamento socio-sanitario, facilitato dalla precedente unitarietà provinciale dei sistemi convenzionali distrettuali, procede senza particolari problematiche, supportato da un raccordo tra i "soggetti istituzionalmente competenti", gli Uffici di Piano e la Direzione delle Attività Socio-Sanitarie.

Anche il livello di "tenuta" economica del sistema di accreditamento non desta particolari preoccupazioni.

Come indicato dalla DGR 199/2013, le risorse del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per l'anno 2013, incrementate da quelle derivanti dal riparto della disponibilità di 275 milioni a livello nazionale, prevista dall'articolo 1, comma 272 della Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013) a fronte degli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze ed a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, garantiranno una assegnazione complessiva simile a quella del 2012.

Considerato che, nella nostra provincia, a queste risorse andranno aggiunti i trascinalenti risultanti dall'esercizio 2012, ne discende la possibilità di effettuare una programmazione 2013, proiettata anche sul 2014, in grado di sostenere adeguatamente i servizi e gli interventi socio-sanitari a favore della popolazione non autosufficiente, così come fin qui delineati.

6. Gli indicatori di performance e la strategia per la sostenibilità

Il costo medio pro capite sostenuto dalle singole Aziende Usl per garantire i livelli di assistenza presenta consistenti differenze fra i diversi contesti provinciali.

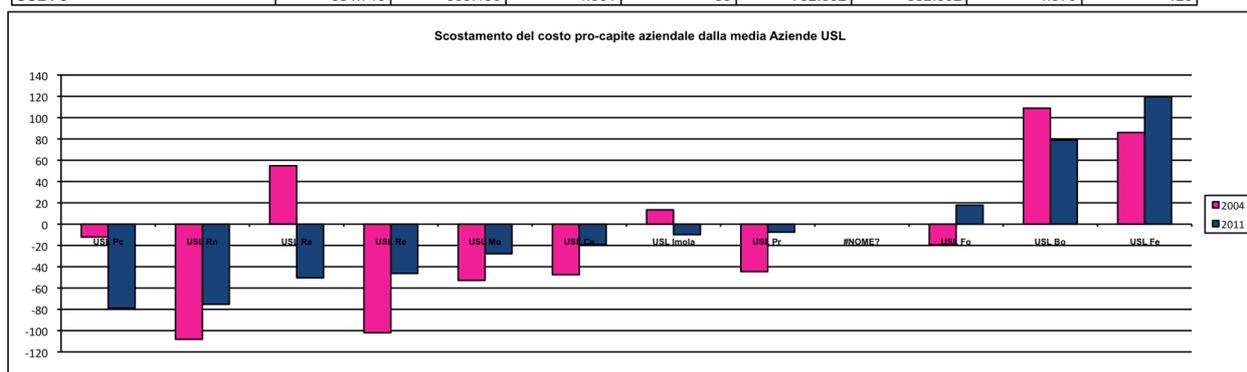
Le Aziende Usl che storicamente hanno un costo pro-capite inferiore alla media regionale, o che negli ultimi anni si sono portate in linea con la media, sono Reggio Emilia, Parma, Rimini, Piacenza e Modena, mentre tutte le altre Aziende Usl, come Ferrara, hanno avuto negli anni un costo pro-capite superiore alla media. Tali maggiori costi per Livelli di Assistenza trovano motivazione in ragioni di carattere epidemiologico, ma anche in una dotazione più capillare e/o ridondante dei servizi alla popolazione rispetto alla media regionale, nonché in aree di inappropriately ed in differenze nei costi di produzione dei servizi e delle prestazioni erogati all'utenza.

E' pertanto doveroso compiere tutti gli sforzi necessari a perseguire migliori performances, con la riduzione delle aree di inappropriately erogativa ed il recupero dei margini di efficienza nella produzione ed erogazione delle prestazioni.

La tabella che riepiloga il periodo 2004-2011 mostra in modo evidente come l'azienda USL di Ferrara sia arrivata all'ultimo posto della Regione facendo registrare il peggior risultato, con uno scostamento che tende, in assenza di correttivi alla rete dei servizi, ad aumentare in modo esponenziale; il sistema sanitario regionale non è più in grado di sostenere queste performances, soprattutto in un sistema di riduzione di risorse complessive, nel quale il principio di equità dei cittadini e del loro pari trattamento risulta fondamentale.

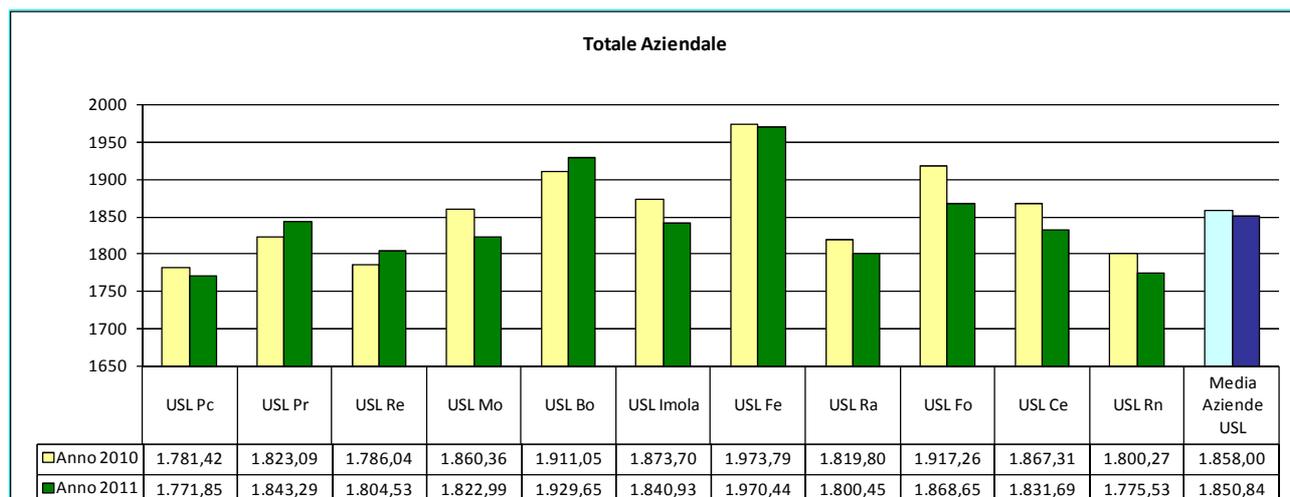
SCOSTAMENTO DALLA MEDIA ANNI 2004 - 2011

PARTE 1	2004				2011			
	Costo livello (k€)	Popolazione Pesata	Costo procapite (€)	scostamento totale aziendale	Costo livello (k€)	Popolazione Pesata	Costo procapite (€)	scostamento totale aziendale
USL Pc	426.560	283.757	1.503	-12	532.403	300.478	1.772	-79
USL Rn	377.585	268.323	1.407	-108	558.652	314.639	1.776	-75
USL Ra	578.886	368.656	1.570	55	718.315	398.965	1.800	-50
USL Re	648.140	458.572	1.413	-102	912.579	505.716	1.805	-46
USL Mo	918.110	627.758	1.463	-53	1.239.306	679.822	1.823	-28
USL Ce	266.923	181.843	1.468	-47	369.156	201.539	1.832	-19
USL Imola	187.184	122.436	1.529	13	243.028	132.014	1.841	-10
USL Pr	616.895	419.438	1.471	-45	822.275	446.091	1.843	-8
#NOME?	6.214.992	4.101.324	1.515	0	8.203.738	4.432.439	1.851	0
USL Fo	268.694	179.624	1.496	-19	357.903	191.530	1.869	18
USL Bo	1.341.267	825.766	1.624	109	1.697.288	879.582	1.930	79
USL Fe	584.749	365.150	1.601	86	752.832	382.062	1.970	120



DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Nel biennio 2010-2011, si evidenzia una lieve inversione di tendenza, un miglioramento pari a 3 euro pro-capite, dovuto alle prime azioni di manutenzione proposte e realizzate nel 2011. Il grafico che segue rappresenta in sintesi lo scostamento, ancora eclatante, del Costo pro-capite, nel rapporto domanda/offerta della provincia nel contesto Regionale ove si evidenzia per la provincia di Ferrara un valore 2011 pari a 1.970,44 Euro rispetto a quello Regionale di 1.850,44 con uno scostamento dalla media aziendale di +119,6 euro pro-capite (+6%).



Le criticità che piu' delle altre condizionano gli scostamenti dalla media RER, in particolare sono collegati a:

- Specialistica + 48,72 euro p.c. (+15%)
- Degenza + 57,68 euro p.c. (+8%)
- Salute mentale adulti +12,58 euro p.c. (+16%)
- Emergenza 118 +10,75 euro p.c. (+29%)
- Sanità Pubblica + 9,61 euro p.c. (+17%)
- Assistenza Domiciliare +8,16 euro p.c. (+16%)
- Medicina di Base +7 euro p.c. (+6%)
- Farmaceutica + 3 euro p.c. (+1,37%)

Se si considera il maggior costo per ciascun cittadino ferrarese pari a 119,06 € e lo si moltiplica per la popolazione pesata pari a 382.062 abitanti si ottiene la dimensione del divario strutturale che separa la Provincia di Ferrara dalla media regionale: **45,694 milioni di euro.**

COSTI PRO-CAPITE E PER POSTO LETTO
ATTIVITA' DI SUPPORTO
ANNO 2011

	Attività di supporto				di cui Direzione Generale			di cui Servizi amm.vi di controllo tecnici e centrali			di cui Costi Generali di Azienda inclusa Formazione e Sicurezza			
	Costo livello (k€)	Popolazione Pesata	Posti letto a 1/1/2012	Costo per posto letto	Costo procapite (€)	Costo livello (k€)	Costo per posto letto	Costo procapite (€)	Costo livello (k€)	Costo per posto letto	Costo procapite (€)	Costo livello (k€)	Costo per posto letto	Costo procapite (€)
USL Pc	28.277	299.887	896	32.853	98	1.872	2.182	6	13.482	15.568	47	12.923	14.923	45
USL Pr	20.691	442.070	413	50.100		1.387	3.359	3	8.725	21.125	20	10.580	25.617	24
Aosp Pr	32.605		1.218	26.770		1.489	1.223		16.223	13.319		14.894	12.228	
Provincia Parma	53.297	442.070	1.631	32.677	121	2.876	1.763	7	24.947	15.296	56	25.473	15.618	58
USL Re	30.323	530.388	755	40.176	57	1.672	2.214	3	16.214	21.476	31	12.446	16.485	23
Aosp Re	22.028		923	24.947		3.085	3.343		9.354	10.134		10.587	11.470	
Provincia Re	53.358	530.388	1.678	31.799	101	4.757	2.835	9	25.568	15.237	48	23.033	13.726	43
USL Mo	46.123	700.914	1.407	32.781	66	1.938	1.377	3	18.971	13.483	27	25.214	17.921	36
Aosp Mo	40.735		744	54.751		1.877	2.523		15.152	20.365		23.706	31.863	
Provincia Mo	86.858	700.914	2.151	40.380	124	3.815	1.774	5	34.123	15.864	49	48.920	22.743	70
USL Bo	60.265	860.037	1.818	33.149	70	5.122	2.817	6	30.162	16.591	35	24.981	13.741	29
Aosp Bo	50.127		1.622	30.904		5.386	3.321		36.369	22.422		8.372	5.161	
Ior	16.442		327	50.282		2.142	6.550		7.911	24.192		6.389	19.539	
USL Imola	18.722	131.961	407	46.001	142	1.508	3.706	11	10.340	25.405	78	6.874	16.890	52
Provincia Bo	145.556	991.998	4.174	34.872	147	14.158	3.392	14	84.782	20.312	85	46.616	11.168	47
USL Fe	23.148	359.994	752	30.781	64	1.465	1.948	4	12.699	16.887	35	8.984	11.947	25
Aosp Fe	32.012		860	37.223		4.899	5.697		15.739	18.302		11.373	13.225	
Provincia Fe	55.159	359.994	1.612	34.218	153	6.364	3.948	18	28.438	17.641	79	20.357	12.628	57
USL Ra	40.004	392.458	1.178	33.959	102	2.039	1.731	5	19.081	16.198	49	18.885	16.031	48
USL Fo	20.456	187.698	550	37.192	109	1.716	3.120	9	10.252	18.640	55	8.488	15.432	45
USL Ce	26.420	207.788	604	43.742	127	1.821	3.031	9	13.498	22.347	65	11.092	18.364	53
USL Rn	26.365	329.244	981	26.876	80	3.909	3.985	12	10.703	10.910	33	11.753	11.981	36
Totale AVR	113.245	1.117.188	3.313	34.182	101	9.494	2.866	8	53.534	16.159	48	50.217	15.158	45
Media Aziende	535.751	4.432.439	15.425	34.733	121	43.337	2.810	10	264.874	17.172	60	227.540	14.751	51

La fonte dati utilizzata è il modello Coa inviato dalle Aziende per l'elaborazione del costo pro-capite pro-capite dell'anno 2011.
Sono state escluse le poste di riconciliazione e gli accantonamenti a fondi e rischi.
Contiene i costi relativi a: 1) Direzione Generale (Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo; Segreteria e di Direzione; Collegio Sindacale; Direzione Sanitaria aziendale e Direzione infermieristica);
2) Servizi amministrativi di controllo tecnici e centrali (Uffici: Bilancio, Controllo di Gestione, Contabilità analitica, Nucleo di valutazione, Sistema Informativo Sanitario, Ufficio Personale, Relazioni sindacali, Sviluppo risorse umane, Provveditorato, Gestione appalti Tecnologie informatiche (CED), Ingegneria clinica, Fisica sanitaria, Ufficio Tecnico (compreso oneri per la gestione del magazzino), Affari Generali, Ufficio Legale, UFFIP, Qualità e Sviluppo organizzativo);
3) Costi Generali di Azienda inclusa Formazione e Sicurezza (Centro stampa, Conferenza sanitaria territoriale, Archivio cartelle cliniche, Comitati consultivi misti, Sperimentazione farmaci Costi per attività commerciale; Polizze assicurative; Costi per lunghe assenze del personale).
Gli indicatori sono stati costruiti rapportando i costi complessivi alla popolazione residente e alla struttura dei posti letto delle Aziende.

E' su questo disavanzo strutturale che la Provincia di Ferrara si deve misurare, riallineando, in un graduale percorso di progressivo avvicinamento ai costi medi pro-capite, i valori critici delle aree sopra citate, in un progressivo processo di riorganizzazione territoriale insieme con l'Azienda Ospedaliera, migliorando la qualità dell'assistenza.

Sul maggior costo procapite, attraverso l'analisi dei bilanci di missione dell'ultimo triennio, emerge un dato fuori media rappresentato sia dal **costo delle risorse umane**, dipendenti e non dipendenti, sia da parametri relativi al dimensionamento quali-quantitativo delle dotazioni organiche. Una selezione di alcuni dati aiutano a comprendere come sia necessario condividere queste tematiche, affrontate in modo deciso dalle Direzioni già nel 2011 e nel 2012. Di questa problematica occorre comunque avere consapevolezza.

Si veda in primo luogo la presenza delle strutture complesse in rapporto alla media regionale. Le medie e gli indici riferiti all'Azienda USL di Ferrara mostrano valori di numerosità più alti rispetto ai trend della tipologia aziendale e del sistema regionale complessivo. Nel 2011-2012 si è avviato il percorso di revisione delle strutture complesse (riduzione di 8 unità), nell'ambito di un percorso volto alla razionalizzazione dell'organizzazione che dovrà proseguire anche nel prossimo triennio..

DIPENDENTI AL 31.12.2011 STRUTTURE COMPLESSE TOTALI E MEDICHE

			STRUTTURE COMPLESSE				MEDIE		
Azienda sanitaria	Totale dipendenti al 31.12.2011	Dirigenti Medici	Strutture complesse mediche	Veterinari	Dirigenti Sanitari	Dirigenti P.T.A.	Totale strutture complesse	Str. Compl. su dipendenti	S.C. mediche su medici
AUSL di Ferrara	3.050	456	47	1	2	16	66	2,20%	10,30%
TOTALE AUSL	44.403	6.637	609	27	41	60	737	1,70%	9,25%
TOTALE AOSP	17.891	2.480	130	0	15	17	162	0,90%	5,20%
TOTALE	62.294	9.117	739	27	56	77	899	1,40%	8,10%

Altro interessante dato è quello relativo ai valori medi relativi al salario accessorio, che per l'ASL di Ferrara sono superiori alle Aziende della stessa tipologia e al sistema regionale nel complesso. Nel dettaglio i valori sono superiori per l'Area della Dirigenza Sanitaria e del Comparto, mentre sono più bassi per la Dirigenza PTA. Si precisa, in particolare, che per l'Area della Dirigenza PTA, sono previste indennità aggiuntive correlate alle indennità di struttura complessa di Dipartimento e a quella Interdipartimentale che gravano sul bilancio aziendale, sempre nella misura massima prevista contrattualmente.

La media aziendale della consistenza dei Fondi supera la media regionale non soltanto per i criteri e le modalità adottate in sede di costituzione degli stessi, ma anche per le scelte adottate nei diversi contratti integrativi aziendali, che si stanno modificando nel senso di una maggiore equità rispetto alle altre aziende regionali; anche rispetto a tale tema, dovranno essere sviluppate azioni più incisive.

ANNO 2011	TOTALE CONSISTENZA FONDI MEDICI E VETERINARI			TOTALE CONSISTENZA FONDI DIRIGENZA S.P.T.A.			TOTALE CONSISTENZA FONDI COMPARTO			TOTALE CONSISTENZA FONDI		
	N.	FONDO	MEDIA	N.	FONDO	MEDIA	N.	FONDO	MEDIA	N.	FONDO	MEDIA
AZIENDE												
AZIENDA U.S.L. DI FERRARA	485	12.261,00	25,28	93	1.107,00	11,9	2.472	20.547,00	8,31	3.050	33.915,00	11,12
MEDIA AUSL R.E.R.	7.160	176.275,00	24,62	1.345	20.537,00	15,27	35.898	232.544,00	6,48	44.403	429.356,00	9,67
TOTALE AOSP E IOR	2.486	65.190,00	26,22	493	7.454,00	15,12	14.912	97.934,00	6,57	17.891	170.578,00	9,53
TOT. REG/MEDIE	9.646	241.465,00	25,03	1.838	27.991,00	15,23	50.810	330.478,00	6,5	62.294	599.934,00	9,63

ANDAMENTO SPESA CONVENZIONATA ANNI 2009/2012

	2009	2010	2011	2012
MEDICINA GENERALE CONVENZIONATA	30.179	33.038	33.690	33.574
PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	4.484	5.219	5.341	5.282
SPECIALISTI CONVEZIONATI	4.999	5.103	5.317	5.369
CONTINUITA' ASSISTENZIALE	3.444	3.522	3.709	3.709
MEDICI S.E.T.	488	563	618	755
MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI	278	378	563	519
TOTALE MEDICI CONVENZIONATI	43.872	47.823	49.238	49.208

Altro fattore critico è il maggior costo pro-capite sul livello medicina generale, che supera di 7 euro la media regionale. La causa è da ascrivere ai contratti integrativi aziendali, fra i più elevati della Regione. La necessità di riorientare tali risorse è necessaria anche per rispondere alle nuove progettualità correlate alla Legge Balduzzi.

L'esame dell'andamento di spesa per la medicina generale evidenzia, tra il 2011 e il 2012 un'inversione di tendenza, con un risparmio dello 0,34%. Con riferimento all'andamento nell'ultimo biennio di tutta la convenzionata emerge un complessivo contenimento dei costi del 2012 nei limiti dell'anno precedente. La revisione del progetto ipertensione, nell'ambito dell'accordo aziendale della medicina generale convenzionata, ha consentito un miglioramento in termini di appropriatezza prescrittiva che ha prodotto un miglioramento evidente sui costi della Farmacia convenzionata, sulla quale occorre ancora lavorare a fondo.

L'andamento dei costi evidenzia una dinamica crescente che fino al 2004 resta al di sotto dalla media del gruppo di Aziende considerate e della media regionale. Nell'ultimo triennio 2009 - 2011, il trend di crescita è superiore di un punto percentuale alle medie del gruppo di Aziende considerate e alla media regionale

valori in migliaia di euro	Costo del lavoro - Personale Dipendente - Specialisti convenzionati e Medicina Territoriale									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Var. % 2011-2004	Var. % 2011 - 2009
AUSL FE	148.028	157.601	161.985	166.579	167.022	171.569	176.842	176.253	19%	3%
TOT. ASL di: PR-RE-MO BO FE	1.074.320	132	1.181.959	1.227.117	1.232.650	1.277.000	1.297.197	1.304.932	21%	2%
TOTALE REGIONE EMILIA ROMAGNA	2.680.361	2.825.670	2.911.744	3.037.857	3.074.294	3.191.474	3.252.032	3.265.838	22%	2%

Fonte dati: Bilancio d'esercizio riclassificati per la costruzione degli indicatori economici del Bilancio di Missione

Altra area sulla quale erano evidenti criticità era quella del lavoro "flessibile"

L'analisi sul ricorso al lavoro flessibile evidenzia, con particolare riguardo al triennio 2009-2011, che l'indice riferito all'Azienda USL di Ferrara è più basso rispetto alla media delle AUSL, evidenziando un significativo trend di contrazione dei contratti di collaborazione, libero professionali e consulenze.

valori in migliaia di euro

LAVORO INTERINALE E COLLABORAZIONI SANITARIE									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Var. % 2011 - 2005	Var. % 2011 - 2009
AUSL FE	3.58 0	3.53 4	3.32 2	3.40 6	3.07 0	2.53 3	1.74 7	-51%	-43%
TOT. ASL di: PR-RE-MO BO FE	19.6 93	19.3 31	20.3 30	20.6 22	20.7 78	17.9 18	16.6 53	15%	-20%

alori in migliaia di euro

LAVORO INTERINALE E COLLABORAZIONI NON SANITARIE									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Var. % 2011 - 2005	Var. % 2011 - 2009
AUSL FE	491	534	643	642	733	509	322	-34%	-56%
TOT. ASL di: PR-RE-MO BO FE	5.22 0	5.01 1	5.96 4	6.07 3	4.67 7	3.26 5	2.54 9	-51%	-45%

	CONSUNTIVO 2009	CONSUNTIVO 2010	CONSUNTIVO 2011	CONSUNTIVO 2012
Totale costo personale dipendente	155.700	160.077	159.608	157.650
Formazione (costo del personale assegnato nel 2009 e ricostruito per omogeneizzare i dati in tabella)		314	314	314
di cui rinnovi contrattuali intervenuti successivamente al 2004	21.148	23.193	23.393	23.106
Totale al netto dei rinnovi contrattuali successivi al 2004	134.552	136.570	136.901	134.230

L'andamento del costo del personale dipendente mostra un trend di crescita del 1.5% tra il 2009 e il 2010. Gli anni successivi, 2011 e 2012, evidenziano un'inversione di tendenza con un calo, nell'ultimo anno, del 1.2%, che supera il 2,5% se si considera l'internalizzazione della funzione del 118, che comporta il comando di 43 operatori, per un valore economico di oltre 2 ML di €.

Il risultato è stato raggiunto con una attività di revisione e manutenzione della rete dei servizi, accompagnata da un rigoroso governo del turn over e dall'applicazione delle indicazioni nazionali e regionali.

Infine, sulle risorse umane, rispetto all'indicatore Personale sanitario/Popolazione x100, la situazione mostra, per l'anno 2010, come la provincia di Ferrara sia ancora superiore ai valori medi regionali:

Pers. sanitario distrettuale/Popolazione = Ausl FE 0,18 - RER 0,18

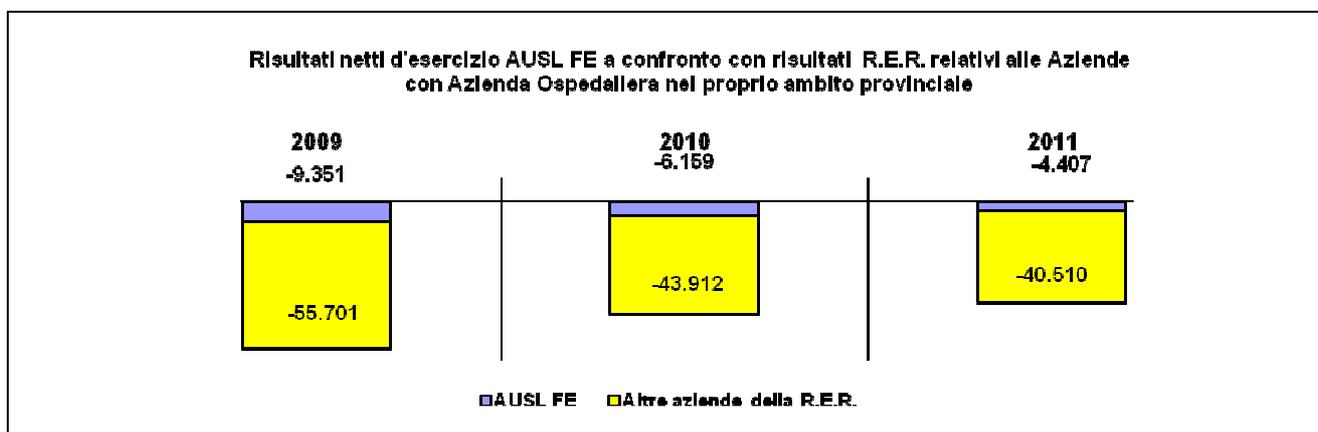
Pers. livello sanitario ospedaliero/DRG = Ausl FE 9,38 - RER 6,74

Pers. sanitario prevenzione/Popolazione = Ausl FE 0,04 - RER 0,05

In sintesi: Personale ospedaliero tutte le qualifiche/(Punti DRG)x100 Ausl FE = 11,06 - RER = 8,0

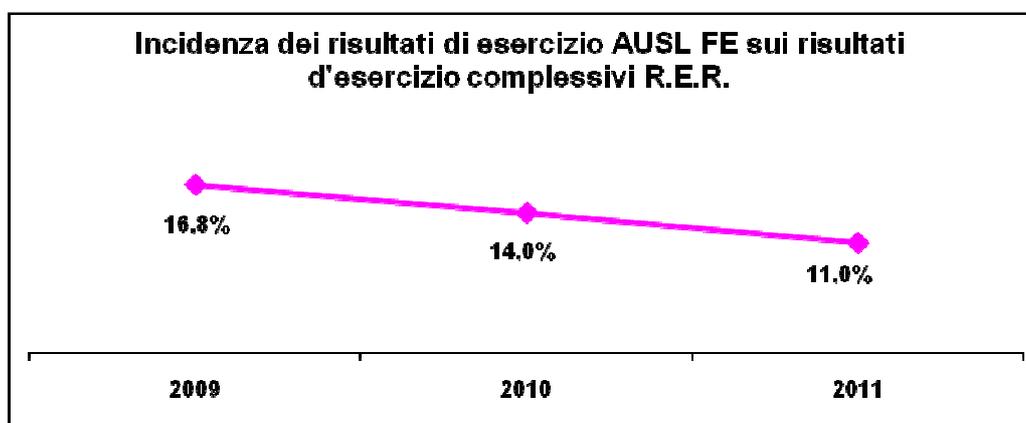
SINTESI DELL'AZIONE DI GOVERNO ECONOMICO ASL FERRARA

L'anno 2010 è stato un anno di transizione dal punto di vista gestionale; ha visto infatti insediarsi l'attuale Direzione a partire dal mese di Ottobre dello stesso anno. Dal punto di vista del Bilancio e della raffigurazione contabile che esso esprime, può essere considerato quale punto di riferimento partendo dal quale l'Azienda ha inteso rafforzare il governo sulla dinamica di alcuni fattori critici quali: farmaceutica, consulenze, risorse umane; rispetto ad essi l'Azienda ha posto in essere azioni volte al miglioramento della propria posizione in termini di valutazioni di efficienza, soprattutto nel confronto regionale, che significa miglioramento degli aspetti rispetto ai quali l'Azienda si pone al di sotto della performance media. La situazione dei Risultati d'esercizio prodotti nell'arco dell'ultimo triennio è la seguente:



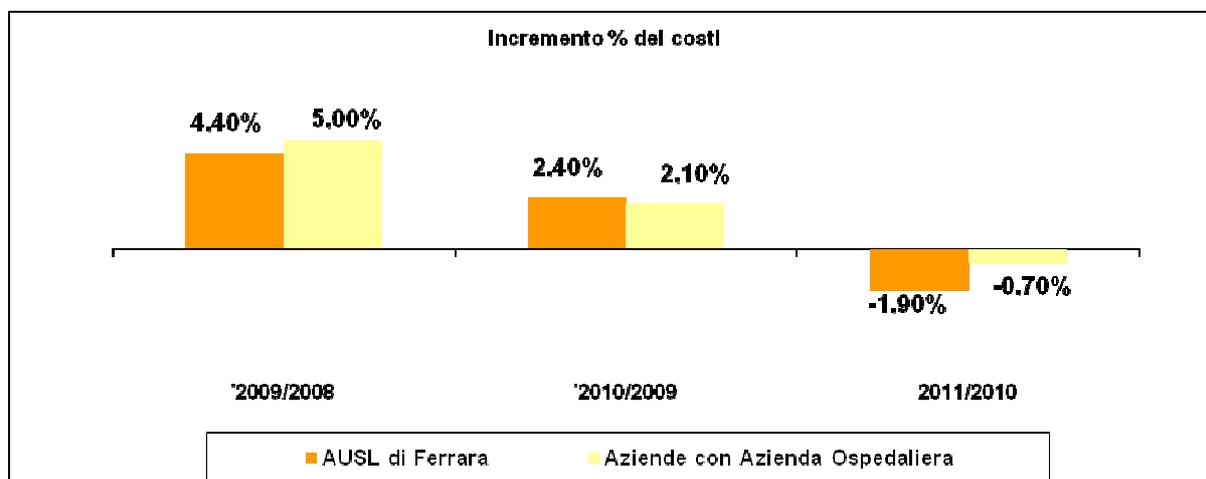
(Importi in migliaia di euro)

L'incidenza del risultato d'esercizio dell'Azienda USL di Ferrara rispetto al risultato regionale conseguito dalle Aziende USL con Aziende Ospedaliere nel proprio ambito territoriale, registra un decremento passando dal 16,8% del 2009 al 14,0% del 2010, fino all'11,0% del 2011, con un evidente trend in riduzione



L'andamento dell'aggregato economico corrispondente ai costi di produzione, evidenzia per l'Azienda USL di Ferrara, un trend triennale di decremento consistente così come risulta evidente dal grafico successivo. Nel 2010 si assesta ad un incremento percentuale dei costi, livellato alla media delle Aziende sanitarie con

Aziende Ospedaliere e nel 2011 si registra un sensibile calo del -1,9% rispetto alla chiusura del 2010 contro un -0,7% regionale.



Per l'Azienda USL di Ferrara il decremento tendenzialmente più rilevante si riscontra nei seguenti aggregati:

- Beni di consumo e Beni strumentali², per un complessivo - 6,00%, determinato soprattutto dal risparmio nel costo dei medicinali e di materiale protesico. Tale risultato è attribuibile ad una politica di appropriatezza nella somministrazione e di attenta gestione dell'offerta.
- Servizi sanitari -3,60%. All'interno dell'aggregato sono rilevati andamenti di segno opposto, determinando ad ogni modo ad una riduzione complessiva, imputabile soprattutto alla riduzione della spesa farmaceutica. Tale performance è stata determinata principalmente dalle scadenze di brevetto e/o riduzione di costo di farmaci ad elevato impatto prescrittivo, nonché dal calo generalizzato del costo dei farmaci generici per adeguamento alla media europea e dall'introduzione da fine agosto 2011 del Ticket sulla farmaceutica (DGR1190/2011). Rispetto agli obiettivi qualitativi fissati dalla RER per l'anno 2011 sono state attivate azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di governo della prescrizione dell'uso dei farmaci GENERICI (o genericabili), attribuendo specifici obiettivi sia alla Medicina Generale che agli specialisti ospedalieri.
- Costo del lavoro -0,30%. Il contenimento del costo del personale, che corrispondeva ad un obiettivo regionale notevolmente stringente, è stato possibile in quanto l'Azienda U.S.L. ha orientato le proprie azioni di gestione degli organici e delle assunzioni, nonché degli istituti contrattuali incidenti sulle dinamiche di costo del personale, in un'ottica di non ridurre i livelli quali-quantitativi dei servizi e delle prestazioni.

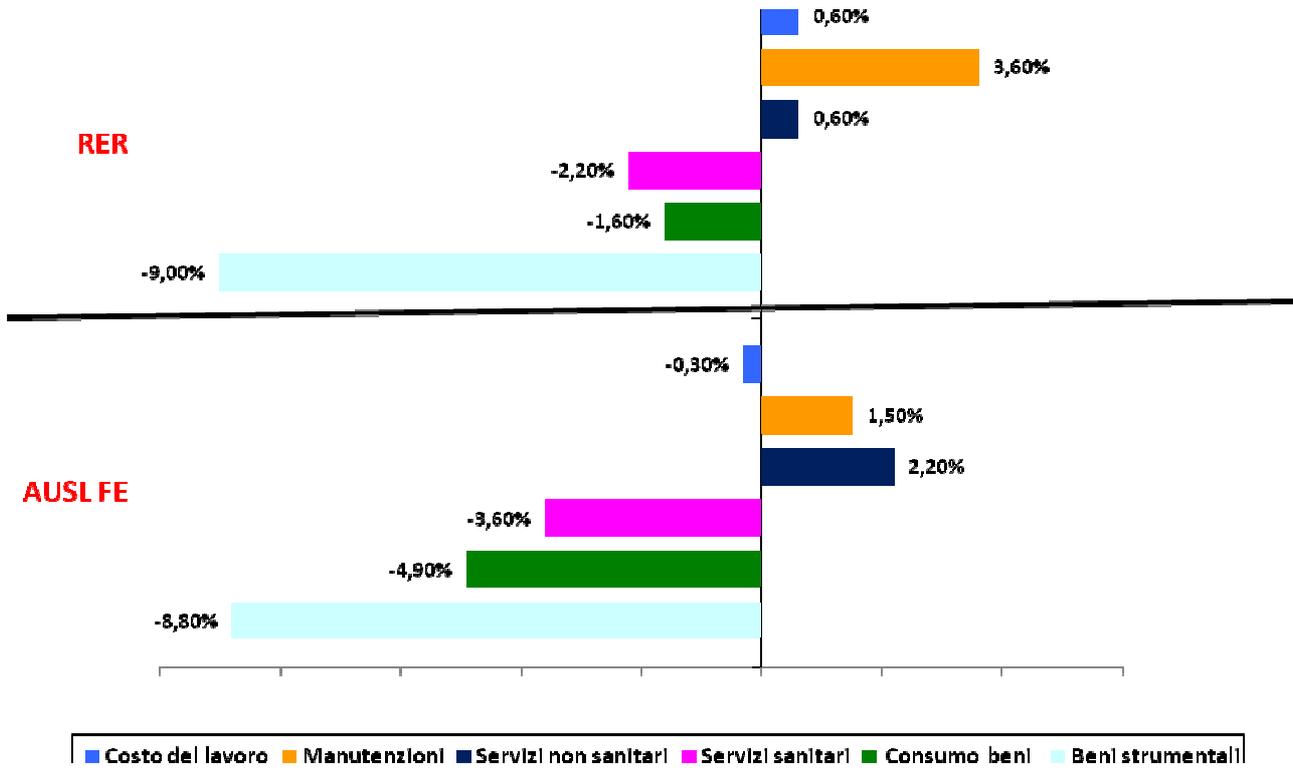
Gli altri aggregati hanno registrato un segno positivo, ovvero:

- Manutenzioni + 1,50%. Questo incremento è soprattutto legato all'aumento delle superfici e dei volumi da mantenere a seguito della conclusione dei lavori di ristrutturazione delle nuove aree ospedaliere di Argenta e Cento.

Servizi Non Sanitari³ + 2,20%. In particolare il servizio di lavanderia incrementa a seguito della nuova gara INTERCENTER e per la quota parte del costo delle Divise del 118 precedentemente comprese nel rimborso per funzione accordato all'Azienda Ospedaliera. Riscaldamento e Utenze risentono dei maggiori costi energetici e del costo della linea di trasmissione dati in fibra ottica Lepida

² I beni strumentali corrispondono all'aggregato del godimento beni di terzi e alla quota utilizzo contributi in conto capitale.

³ I servizi non sanitari comprendono i servizi tecnici (lavanderia, pulizia, mensa, riscaldamento, servizi di prenotazione, trasporti non sanitari e distribuzione per conto), le utenze (acqua, luce, gas), gli altri servizi non sanitari e l'IRAP per l'attività commerciale.



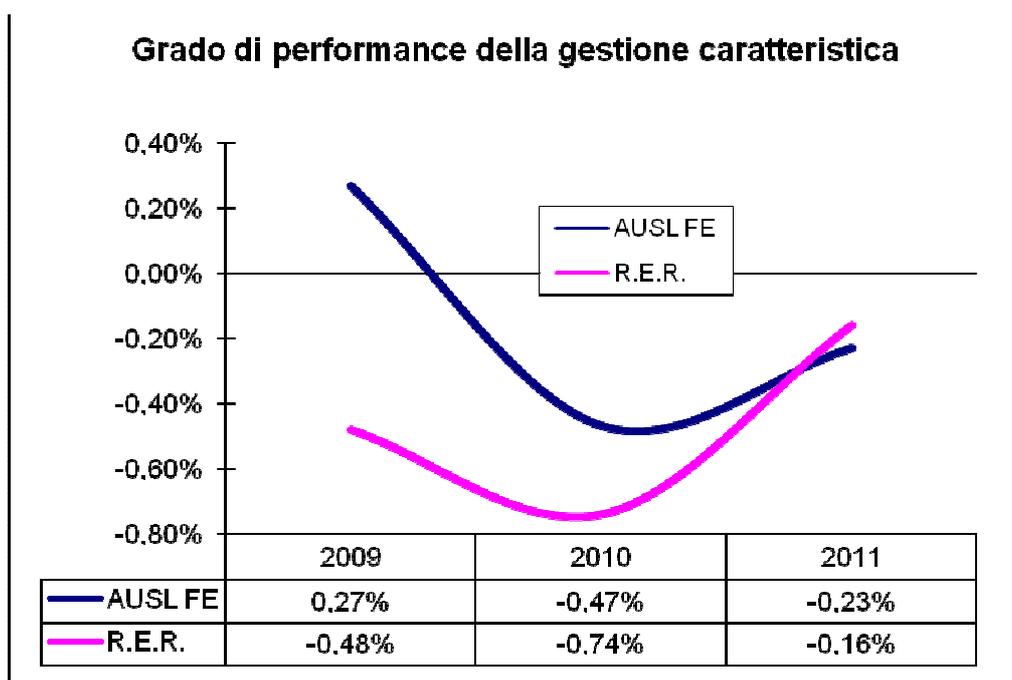
Grado di performance della gestione caratteristica. L'indicatore è dato dal rapporto tra il risultato operativo caratteristico e i ricavi disponibili.

Fino al 2010 la Provincia Ferrarese rimane superiore alla media regionale. Dal 2011 a seguito di una serie di fenomeni quali:

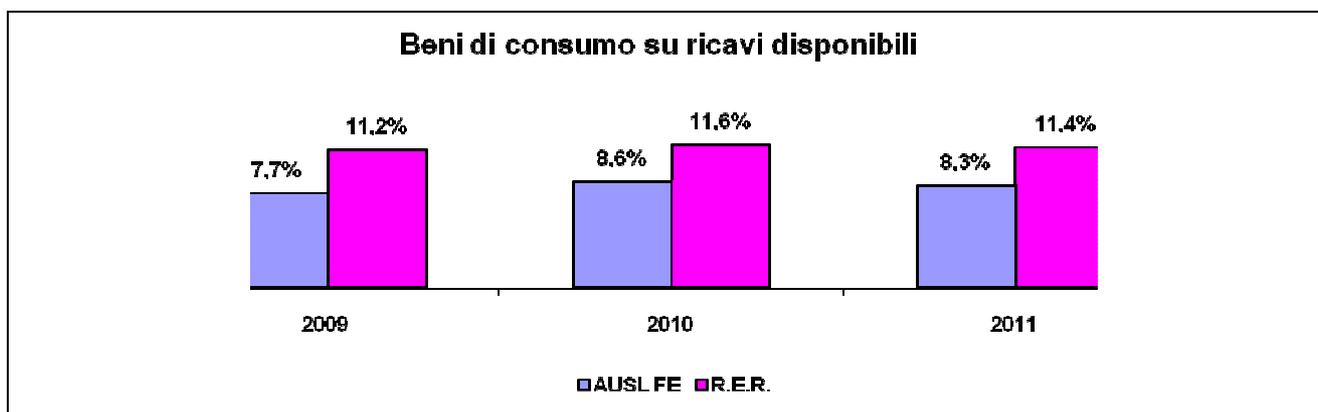
- la riduzione dei trasferimenti regionali,
- la diminuzione delle voci di ricavo connesse ai Ticket incassati dal Laboratorio Analisi di Ferrara, ora trasferiti direttamente all'Azienda Ospedaliera

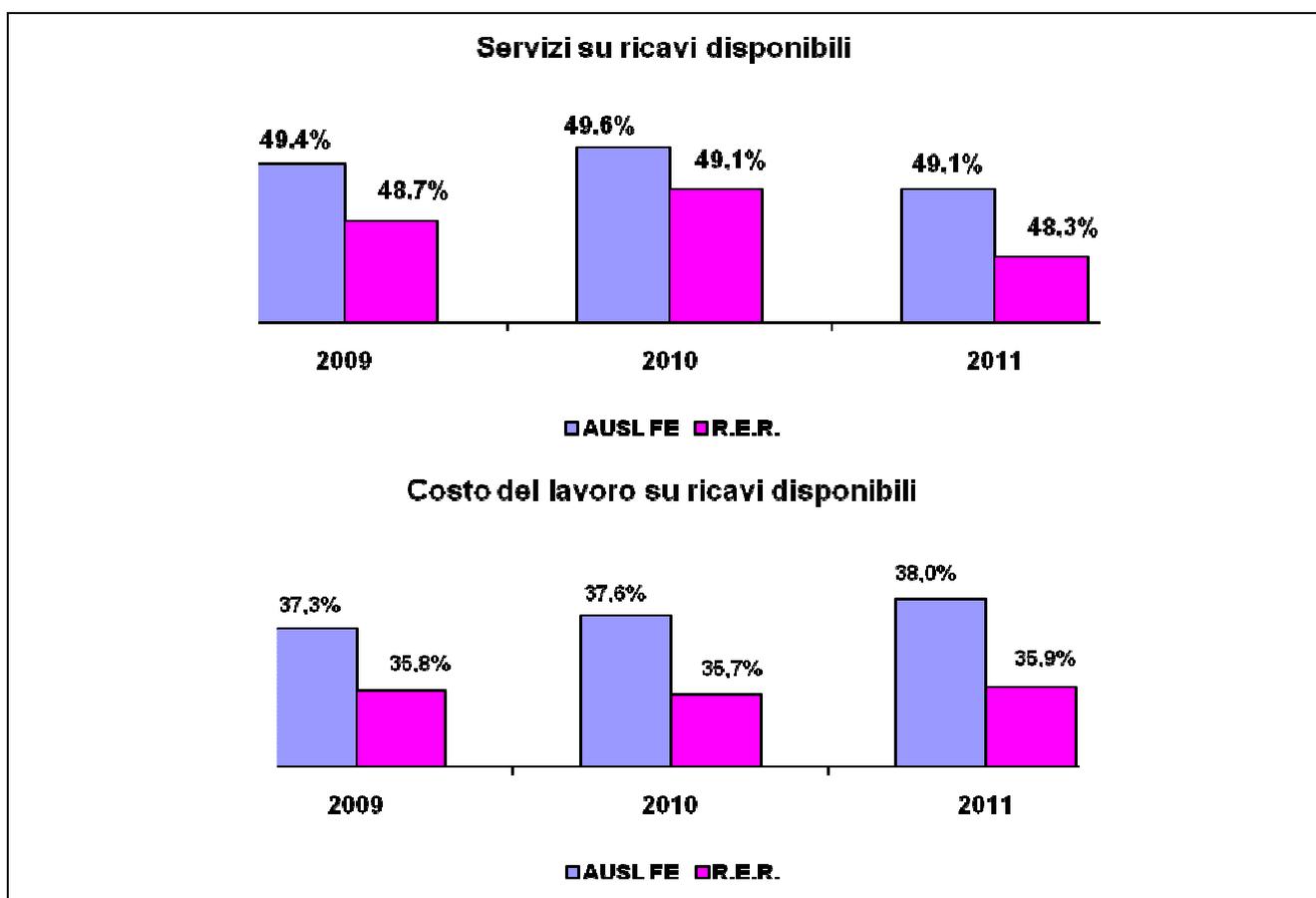
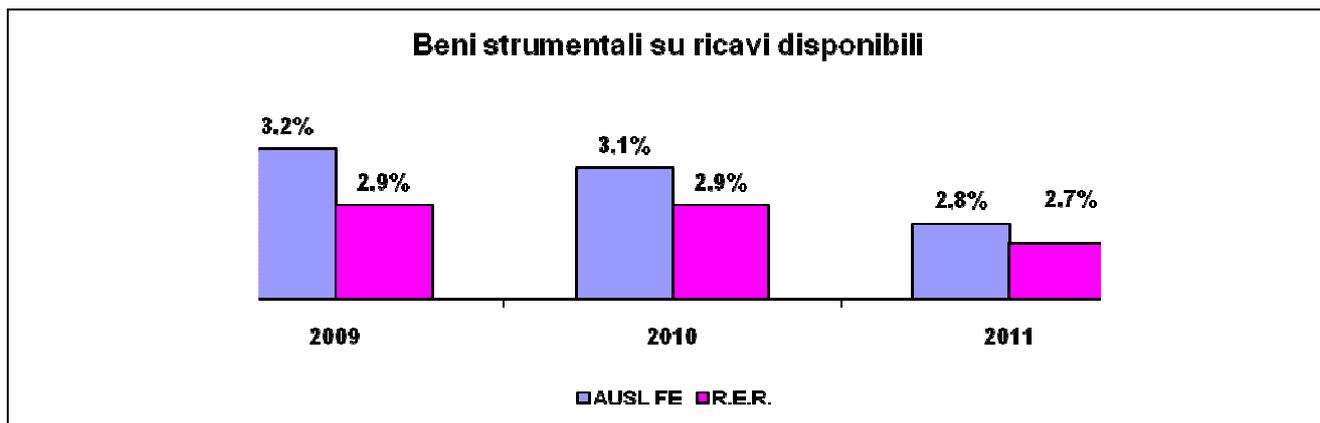
l'indice si abbassa al di sotto di quello Regionale.

Ciò è avvenuto nonostante il risultato operativo caratteristico sia migliorato del 111%.



Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili. Il rapporto tra aggregati di costo e ricavi disponibili misura il grado di assorbimento per fattori direttamente impiegati nel processo produttivo. Nel caso dell'Azienda USL di Ferrara il Costo del Lavoro e i Servizi Sanitari, che sono gli aggregati di costo che incidono maggiormente sul totale dei costi, incidono più pesantemente rispetto alla media regionale sul totale dei ricavi disponibili.





La gestione del 2011 è stata affrontata con rigore e attenzione alle criticità riscontrate rispetto ai valori medi regionali, sopra illustrate. In effetti, nel corso di quest'anno gli scostamenti tra bilancio preventivo e bilancio pre-consuntivo evidenziano l'efficacia delle azioni intraprese, ad esempio sul costo delle risorse umane, della farmaceutica, dei beni di consumo.

Si evidenziano alcune significative linee di azione sulle quali la Direzione ha scelto di intervenire:

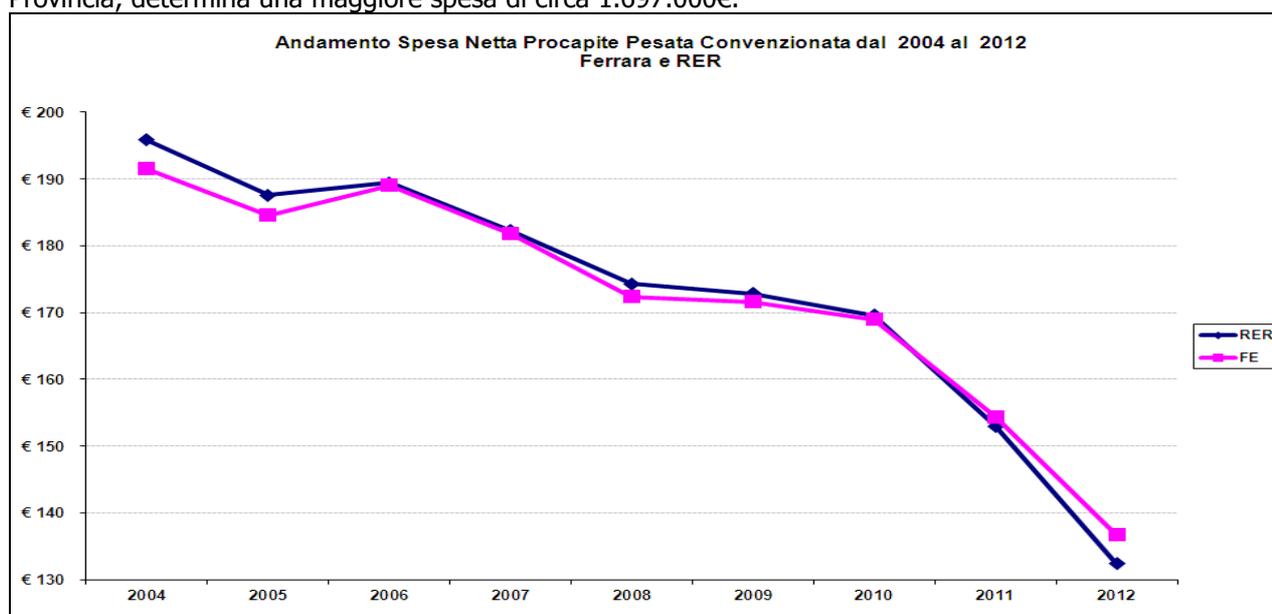
- L'azione sul governo dei costi delle risorse umane che, per la prima volta nell'ultimo triennio, ha visto l'inversione del trend, evidenziando una riduzione nel biennio 2010.2011:

- la Farmaceutica convenzionata registra un calo sia rispetto alla previsione iniziale che rispetto al consuntivo 2010, realizzando una buona performance pari al -7.9% sull'anno precedente, lievemente inferiore rispetto al valore medio regionale.
- Nell'ambito del consumo di Beni l'Azienda ha dato il via ad un'intensa politica di contenimento dei costi, fissando specifici tetti di spesa con le diverse articolazioni aziendali e procedendo a frequenti monitoraggi dei consumi. Dal punto di vista dei costi unitari di acquisto è proseguita l'adesione ai contratti Intercent_ER e di area vasta
- Rispetto alla Degenza da privato, l'Azienda ha sottoscritto con le strutture private provinciali gli accordi di fornitura all'interno dei quali sono stati condivisi i criteri di accesso dei pazienti nell'ambito della rete provinciale, le modalità di controllo interno ed esterno delle prestazioni. L'Azienda USL ha attentamente monitorato il rispetto della produzione erogata dalle strutture provinciali, evitando così il verificarsi di sforamenti rispetto al tetto prefissato.
- I costi della formazione sono stati ridotti rispetto al 2010 del 54% in linea con quanto previsto dal DL 78/2010
- Sulla riduzione dei costi ha pesato l'effetto di alcune importanti azioni di dismissioni di sedi e trasferimenti dei Servizi in locali più idonei e di proprietà aziendale, come ad esempio il trasferimento della Psichiatria o ancora dei Servizi Territoriali. Queste azioni di trasferimento, hanno consentito di contenere i consumi delle utenze e delle pulizie limitandone gli effetti ai soli incrementi tariffari o inflattivi. Ciò anche per effetto della positiva ed accertata conclusione del primo progetto di risparmio energetico, concluso nel 2011 e già ri-programmato nel 2012.
- Nell'ambito dell'assistenza protesica è proseguita l'azione di sensibilizzazione volta a favorire comportamenti appropriati da parte dei prescrittori, che ha portato ad un numero di autorizzazione complessive per tutti gli ausili pari a un -1,3% nel biennio 2010/2011.

Un aspetto fondamentale sul quale occorre lavorare per riportarsi ai valori medi regionali, è il **costo pro-capite dell'assistenza farmaceutica**.

Nell'anno 2012 la spesa farmaceutica convenzionata, pur a fronte di un calo del -11,35% vs l'anno precedente, è stata complessivamente caratterizzata da una peggiore performance rispetto alla media Regionale, sia in termini di calo della spesa (media RER -12,96%), sia per valore della spesa procapite pesata, superiore alla media RER di 4,32€.

Tale valore, moltiplicato per la popolazione pesata della Provincia, determina una maggiore spesa di circa 1.697.000€.



La situazione risulta ancora più critica perché, oltre ad essere in controtendenza rispetto a quanto registrato dal 2004 al 2010, si è verificata nonostante il conseguimento degli obiettivi qualitativi in materia, assegnati dalla RER, con performances sempre tra le migliori in Regione.

Fattore determinante di tale maggiore spesa è sicuramente la maggiore prescrizione di farmaci Vs media RER (+6,33%), nonostante sia maggiore di circa il 19%, sempre **Errore. Il collegamento non è valido.** anche la prescrizione in Erogazione Diretta. Sicuramente la più elevata percentuale di popolazione anziana influisce negativamente su tale fattore, tuttavia la costante attività di formazione/informazione ai prescrittori, ma anche ai cittadini stessi, sui rischi legati alla elevata assunzione di farmaci avrebbe dovuto limitare questo divario prescrittivo.

Infine altro fattore che ha influenzato la maggiore spesa, oltre all'esonero dal pagamento del ticket (T12-terremoto), è stato l'elevato numero di Farmacie Convenzionate che usufruiscono di sconti agevolati, ben il 37% del numero totale delle stesse, che è salito al 44% per il 2013, a causa delle ulteriori riduzioni di fatturato riscontrati nel 2012. Tale fattore, legato alla bassa densità della popolazione sul territorio, differenza e penalizza Ferrara rispetto alle altre realtà regionali, Ferrara infatti è la Provincia, a livello RER, che presenta attualmente il più basso rapporto abitanti/farmacie.

Con riferimento alla spesa farmaceutica Territoriale (Convenzionata+ED fascia A AOU+AUSL), l'anno 2012 vs 2011 vede l'Area di Ferrara con un - 8,76% verso un -10,37% RER, la spesa territoriale procapite pesata, al lordo della mobilità, è superiore di 7€ circa alla media RER (190,10€ FE, 183,01€ RER), dato particolarmente critico in quanto risulta al 2° posto per maggiore spesa procapite pesata, preceduta solo da Bologna. Tale differenza di spesa è di 7,09€ superiore alla media RER, a cui corrisponde una maggiore spesa di circa 2.787.715€, se rapportata alla popolazione pesata della Provincia.

Oltre ai dati di costo, vi sono alcune criticità strutturali di carattere sanitario, legate al sistema di offerta, che caratterizzano l'Azienda USL di Ferrara e che meritano di essere qui evidenziate, in quanto rappresentano gli indicatori che devono guidare nell'avvicinamento necessario alle performance medie regionali.

Assistenza ospedaliera

L'evidenza dell'indicatore Posti Letto x 1000 abitanti mostra un dato 2011 per la Provincia di Ferrara pari a 5,02, contro una media regionale di 4,62 e uno standard nazionale del 3,7.

Il piano di sostenibilità è volto a raggiungere i valori medi regionali, sia in termini di dotazioni di posti letto, che di costo pro-capite, qualità dell'assistenza, efficacia ed efficienza del sistema.

Si evidenziano infatti alcune criticità sul piano della assistenza sanitaria, legate a :

- Reti cliniche non appropriate;
- Frammentarietà di sedi di erogazione delle prestazioni;
- Integrazione Ospedale/Territorio non completate;
- Necessità di una messa in rete delle strutture ospedaliere con riallineamento del numero dei posti letto in linea con il trend regionale ed una logica di Hub e Spoke;
- Sviluppo reale e diffuso dei percorsi diagnostico terapeutici e di presa in carico con conseguente ricaduta sul miglioramento dell'offerta;
- Potenziamento del sistema delle cure primarie con ottimizzazione delle sinergie a livello provinciale a di Area Vasta con realizzazione di *Percorsi diagnostici completi e Presa in carico del paziente* ;
- Necessità di adeguare il sistema emergenza –urgenza territoriale alla modello organizzativo regionale con superamento PPS (Copparo, Bondeno, Comacchio); Progressivo Sviluppo Automediche; Accorpamento Centrali 118 (Centrale unica di AVEC a Bologna: province Bo, Fe, Mo);
- Laboratorio Unico di AVEC (Hub di Cona e Ospedale Maggiore, Spoke e Poct Osp. Ausl Fe); Centralizzazione nell'HUB di CONA (Esami tao in ematologia e screening oncologici in Lab.);
- Necessità di attivare una Centrale Unica Provinciale di Telerefertazione;
- Eccessiva e inappropriata progettualità MMG e PLS non coerente con il potenziamento dell'assistenza primaria;
- Eccessiva produzione e consumo di prestazioni specialistiche;

- Scarsa integrazione tra Dipartimento di Sanità Pubblica e altri Dipartimenti Territoriali (riduzione s.c.; integrazione e accorpamento ambulatori vaccinazioni; servizi e progetti di Avec);
- Necessità di riordino del Dipartimento Salute Mentale e Dip. Pat.;
- Necessità di azioni rivolte alla Sicurezza, in termini di messa in sicurezza dei pazienti e degli operatori. Ciò si concretizza in azioni per la
 - messa in sicurezza degli ambienti e miglioramento dell'accesso
 - tecnologia aggiornata e tecnologicamente avanzata
 - efficienza organizzativa delle risorse (professionali e tecnologiche).

AZIENDA OSPEDALIERA S.ANNA

Confronto con i bilanci delle Aziende Ospedaliero/Universitarie

Da molti anni il Servizio Programmazione Economico-finanziaria dell'Assessorato Regionale alle Politiche per la Salute predispone delle analisi comparative tra i bilanci delle Aziende sanitarie regionali. Esse si basano su un sofisticato sistema di riclassificazione dei conti economici che consente di rendere maggiormente omogenee le varie voci di bilancio, assicurando un buon livello di confrontabilità tra i dati. Vengono presentati numerosi indici di bilancio che consentono una lettura "trasversale" delle diverse realtà. Di particolare interesse risultano quelli relativi all'incidenza dei vari macro-aggregati di costo sui ricavi disponibili, in quanto offrono un confronto chiaro ed immediato della struttura dei costi tra le varie aziende.

La Tabella 11 espone il rapporto fra i diversi aggregati di fattori produttivi sui ricavi disponibili riferiti agli anni 2009, 2010 e 2011 dell'Azienda Osp./Univ. di Ferrara e della media regionale delle Aziende Osp./Univ. e Istituto Ortopedico Rizzoli.

Tabella 11

Principali aggregati di fattori produttivi / Ricavi disponibili	Anno 2009		Anno 2010		Anno 2011	
	HFe	Media Aosp e IOR	HFe	Media Aosp e IOR	HFe	Media Aosp e IOR
Beni di consumo/Ricavi disponibili	24,3%	23,6%	23,8%	22,7%	23,2%	22,4%
Beni strumentali/Ricavi disponibili	4,7%	6,2%	4,6%	5,6%	4,4%	4,9%
Servizi/Ricavi disponibili	16,4%	17,1%	16,6%	18,0%	17,3%	18,8%
Costi amm.vi e gen. e accantonamenti/Ricavi disponibili	2,0%	2,9%	2,1%	3,3%	1,9%	3,0%
Costo del lavoro/Ricavi disponibili	53,4%	52,1%	53,8%	52,2%	53,6%	52,1%

La voce che incide maggiormente sui ricavi è il costo del lavoro, che risulta negli anni superiore alla media di oltre un punto percentuale.

L'incidenza dei servizi sui ricavi disponibili varia dal 2010 al 2011 passando da 16,6% a 17,3%, per effetto dell'avvio del nuovo polo ospedaliero di Cona.

Nella Tabella 12 viene rappresentata per gli anni 2009, 2010 e 2011 la composizione percentuale dei costi di esercizio dell'Azienda e della media regionale delle Aziende Ospedaliere e Istituto Ortopedico Rizzoli.

Tabella 12

Composizione % dei costi di esercizio annuali	Anno 2009		Anno 2010		Anno 2011	
	H FE	Media Aosp e IOR	H FE	Media Aosp e IOR	H FE	Media Aosp e IOR
Consumo beni acquistati/Totale Costi	24,1%	23,2%	23,6%	22,3%	23,1%	22,1%
Servizi sanitari/Totale Costi	3,9%	3,7%	3,9%	4,1%	3,8%	4,3%
Servizi non sanitari/Totale Costi	9,1%	9,9%	9,6%	9,9%	10,1%	10,6%
Beni strumentali/Totale Costi	4,6%	6,0%	4,6%	5,5%	4,4%	4,8%
Manutenzioni/Totale Costi	3,2%	3,3%	3,0%	3,7%	3,3%	3,7%
Costi amministrativi e generali/Totale Costi	1,9%	2,0%	1,8%	2,0%	1,6%	1,9%
Accantonamenti/Toale Costi	0,1%	0,9%	0,2%	1,3%	0,3%	1,1%
Costo del lavoro/Totale Costi	53,0%	51,2%	53,3%	51,3%	53,4%	51,5%

Nel 2011 aumenta l'incidenza sia dei servizi non sanitari che delle manutenzioni, per effetto dell'avvio del nuovo polo ospedaliero di Cona.

Il Costo del lavoro

Dal confronto con la media delle altre aziende, emerge che il costo del lavoro rappresenta un fattore produttivo critico per l'Aosp/Univ. di Ferrara; il costo è superiore alla media delle Aziende ospedaliere, come evidenziano gli indicatori del Bilancio di Missione riportati nelle Tabelle 11 e 12.

Lo scostamento evidenziato è imputabile sia alla numerosità delle unità di personale, sia al costo unitario, derivante anche dall'incidenza dei fondi aziendali, oltre che ad una inefficienza produttiva, organizzativa e logistica che deve essere gradualmente superata attraverso azioni mirate, anche con il coinvolgimento del personale stesso, dell'Università e delle Organizzazioni Sindacali.

Il Servizio Sviluppo delle risorse umane in ambito sanitario e sociale della DGSPS ha effettuato analisi sulla consistenza del personale dipendente delle Aziende sanitarie della regione, allo scopo di fornire alle Aziende strumenti di analisi per il confronto e per interventi mirati.

I dati oggetto delle analisi sono ricavati dalla rilevazione unica del personale sanitario e seguono la metodologia condivisa con le Aziende. Il personale viene suddiviso per quanto riguarda le Aziende ospedaliere nel livello Ospedaliero e nell'Area di supporto. Il database è alimentato direttamente dai referenti delle Aziende, in ambiente web, che confermano di volta in volta il totale dei dati conservati; attraverso tale meccanismo di validazione del dato, quest'ultimo resta di proprietà e responsabilità dell'azienda.

Trend del personale negli anni 2009-2011:

Tabella 13

ANALISI SULLA DINAMICA DELLA CONSISTENZA ORGANICA PER RUOLO PROFESSIONALE E INCREMENTI - ANNI 2009 - 2011						
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA						
RUOLO PROFESSIONALE	2009	2010	2011	% VARIAZ. 2009- 2010	% VARIAZ. 2010- 2011	% VARIAZ. 2009- 2011
Dirigenti Medici e Veterinari	369	391	398	5,96%	1,79%	7,86%
Dirigenti Sanitari non medici	43	41	46	-4,65%	12,20%	6,98%
Dirigenti PTA	25	23	23	-8%	0%	-8%
Personale infermieristico	1.211	1.207	1.214	-0,33%	0,58%	0,25%
Personale tecnico sanitario	165	167	172	1,21%	2,99%	4,24%
Personale della prevenzione	11	11	12	0,00%	9,09%	9,09%
Personale della riabilitazione	68	75	67	10,29%	-10,67%	-1,47%
Qualif. atipiche ruolo sanit.	1	2	1	100%	-50%	0%
Personale tecnico	195	176	182	-9,74%	3,41%	-6,67%
O.T.A.	20	5	4	-75%	-20%	-80%
O.S.S.	243	267	275	9,88%	3%	13,17%
Ausiliari specializzati	4	4	2	0%	-50%	-50%
Personale amministrativo	174	181	175	4,02%	-3,31%	0,57%
TOTALE	2.529	2.550	2.571	0,83%	0,82%	1,66%
MEDIA AOSP E IOR				1,36%	-0,52%	0,83%

Fonte: Rilevazione Banca Dati Unica regionale.

L'incremento percentuale dal 2009 al 2011 del personale dell'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Ferrara è dell' 1,66% contro una media delle Aziende Ospedaliere (e IOR) dello 0,83%.

E' stato calcolato il rapporto fra il numero di dipendenti e la produzione per DRG. Si tratta di un dato grezzo, ma anch'esso rappresenta una conferma della dotazione di personale dell'azienda superiore a quanto risulta come media regionale.

Tabella 14

Anno 2011	Aosp/Univ. Ferrara	Aosp della Regione
Numero di dipendenti ospedalieri per 100 punti DRG prodotti	7,00	6,31
Numero dipendenti ospedalieri per posto letto	2,48	2,44
Numero dipendenti area di supporto su popolazione pesata	0,096	0,049

I dipendenti sono contati secondo il criterio dell'uomo/anno secondo la metodologia utilizzata da tutte le aziende.

Nelle tabelle 15, 16 e 17 vengono rappresentate le analisi della consistenza dei fondi del personale dipendente negli anni 2009, 2010 e 2011 ed il calcolo della media pro-capite che negli anni risulta per l'Azienda Osp./Univ. di Ferrara superiore alla media delle Aziende Osp./Univ. e IOR.

Tabella 15

ANNO 2009	TOTALE CONSISTENZA FONDI MEDICI			TOTALE CONSISTENZA FONDI DIRIGENZA S.P.T.A.			TOTALE CONSISTENZA FONDI COMPARTO			TOTALE CONSISTENZA FONDI		
	N.	FONDO	MEDIA	N.	FONDO	MEDIA	N.	FONDO	MEDIA	N.	FONDO	MEDIA
AOSP./UNIV. FERRARA	369	10.811	29,30	68	1.130	16,62	2.092	15.948	7,62	2.529	27.889	11,03
TOTALE AOSP E IOR	2.370	63.072	26,61	461	7.311	15,86	14.912	96.276	6,46	17.743	166.659	9,39
TOT.REG/MEDIE	9.494	227.052	23,92	1.755	27.609	15,73	50.904	320.539	6,30	62.153	575.200	9,25

Tabella 16

ANNO 2010	TOTALE CONSISTENZA FONDI MEDICI			TOTALE CONSISTENZA FONDI DIRIGENZA S.P.T.A.			TOTALE CONSISTENZA FONDI COMPARTO			TOTALE CONSISTENZA FONDI		
	N.	FONDO	MEDIA	N.	FONDO	MEDIA	N.	FONDO	MEDIA	N.	FONDO	MEDIA
AOSP/UNIV. FERRARA	391	11.278	28,84	64	1.154	18,03	2.095	16.220	7,74	2.550	28.652	11,24
TOTALE AOSP E IOR	2.449	65.375	26,69	470	7.699	16,38	15.065	96.556	6,41	17.984	169.630	9,43
TOT.REG/MEDIE	9.638	242.680	25,18	1.802	29.364	16,30	51.087	328.885	6,44	62.527	600.929	9,61

Tabella 17

ANNO 2011	TOTALE CONSISTENZA FONDI MEDICI			TOTALE CONSISTENZA FONDI DIRIGENZA S.P.T.A.			TOTALE CONSISTENZA FONDI COMPARTO			TOTALE CONSISTENZA FONDI		
	N.	FONDO	MEDIA	N.	FONDO	MEDIA	N.	FONDO	MEDIA	N.	FONDO	MEDIA
AOSP/UNIV FERRARA	398	10.913	27,42	69	1.033	14,97	2.104	15.978	7,59	2.571	27.924	10,86
TOTALE AOSP E IOR	2.486	65.190	26,22	493	7.454	15,12	14.912	97.934	6,57	17.891	170.578	9,53

TOT.REG/MEDIE	9.646	241.465	25,03	1.838	27.991	15,23	50.810	330.478	6,50	62.294	599.934	9,63
---------------	-------	---------	-------	-------	--------	-------	--------	---------	------	--------	---------	------

Nella tabelle 18 viene rappresentato il monte salari complessivo e medio negli anni ed il confronto con la media regionale.

Tabella 18

Monte Salari Dirigenza Medica e Veterinaria; Comparto; Dirigenza SPTA

Anni	Monte Salari RER (euro)	Dipendenti RER	Media RER (euro)	Monte Salari Aosp/Univ. Fe (euro)	Dipendenti Aosp/Univ. Fe	Media Aosp/Univ. Fe (euro)	Scostamento media Aosp/Univ. Fe - RER
	A	B	C=A/B	D	E	F=D/E	G=(F-C)/C
2001	1.514.477.506	52.417	28.893	71.597.422	2.373	30.170	4,42%
2002	1.616.967.078	53.099	30.452	75.135.269	2.421	31.030	1,90%
2003	1.667.849.970	53.283	31.302	77.416.967	2.417	32.036	2,34%
2004	1.711.510.451	53.550	31.961	80.274.150	2.205	36.402	13,89%
2005	1.788.255.430	54.152	33.023	82.864.131	2.445	33.889	2,62%
2006	1.844.913.573	55.080	33.495	86.198.599	2.472	34.865	4,09%
2007	1.920.676.361	55.609	34.539	90.235.323	2.472	36.501	5,68%
2008	1.962.721.648	56.188	34.931	91.093.951	2.472	36.853	5,50%
2009	2.042.804.756	56.799	35.966	94.303.663	2.465	38.263	6,39%
2010	2.074.601.338	57.349	36.175	94.692.636	2.473	38.297	5,87%
Incres. 2001-2010	27,00%	8,60%	20,13%	24,39%	4,02%	21,22%	

In relazione alla situazione aziendale è necessario richiamare quanto fatto in materia di reclutamento di personale a tempo indeterminato nell'anno 2012. Infatti a fronte di n. 72 cessazioni dal servizio sono stati assunti n. 23 dipendenti. Il limite indicato dalla Regione per quanto riguarda la copertura del turn-over a questa Azienda era limitata al 65% dei posti vacanti pari a 46 posti.

Al fine di contenere i costi è stata assunta la decisione di mantenere la chiusura di alcuni moduli di degenza non solo per il periodo estivo ma anche per i restanti mesi intercorrenti con la fine d'anno. Ciò ha comportato il rinvio di un certo numero di assunzioni. Infatti la percentuale effettiva di assunzioni a tempo indeterminato è stata pari al 31,94% rispetto al 65%.

Anche per quanto riguarda il personale a tempo determinato l'Azienda ha limitato in modo sensibile il conferimento di incarichi temporanei riducendo il numero complessivo da 99 a 66.

7. La valutazione dei costi e ricavi prospettici 2013-2016

AZIENDA USL

La ricaduta sul finanziamento alle Aziende con riferimento all'assegnazione delle risorse per livelli di assistenza è così sintetizzabile:

8. sviluppo del finanziamento procapite in linea con l'andamento del FSN a disposizione per l'Emilia Romagna +0,82% nel 2014 e -0,09% nel 2015. Nel 2016, in assenza di informazioni, viene mantenuto costante il livello del flusso atteso.
9. Il mantenimento dell'attuale quota di accesso al fondo di riequilibrio economico finanziario destinato alle Aziende USL che attualmente è corrispondente alla quota di accesso al finanziamento procapite.

	2013	2014	2015	2016	2014 - 2013	2015-2014	2016-2015
AZIENDE USL REGIONE EMLILIA ROMAGNA	6.815.810	6.871.699	6.865.515	6.865.515	0,8%	-0,1%	0,0%
AUSL FERRARA (quota accesso 8,5%)	580.562	584.094	583.569	583.569	0,6%	-0,1%	0,0%

Risorse destinate al riequilibrio economico finanziario

	2013	2014	2015	2016	2014 - 2013	2015-2014	2016-2015
AZIENDE USL REGIONE EMLILIA ROMAGNA	103.040	103.864	103.760	103.760	0,8%	-0,1%	0,0%
AUSL FERRARA (8,5%)	8.848	8.848	8.848	8.848	0,0%	0,0%	0,0%

Totale risorse a disposizione

	2013	2014	2015	2016	2014 - 2013	2015-2014	2016-2015
AZIENDE USL REGIONE EMLILIA ROMAGNA	6.918.849	6.975.584	6.969.306	6.963.034	0,8%	-0,1%	-0,1%
AUSL FERRARA	589.410	592.942	592.391	591.858	0,6%	-0,1%	-0,1%

Anche per l'Azienda, per l'anno 2016 si ipotizza in assenza di indicazioni, una eguaglianza rispetto al 2015.

La quota di accesso al finanziamento regionale per la provincia di Ferrara rappresenta nel 2013 una percentuale pari all'8,58%, la stessa quota di accesso viene mantenuta per gli anni successivi.

F.di di riequilibrio distribuito alle sole AUSL nel 2013	Equilibrio economico finanziario 2013 in mgl.	% di accesso
Ferrara	8.848	8,6%
Bologna	20.368	19,8%
Piacenza	6.986	6,8%
Forlì	4.459	4,3%
Ravenna	9.150	8,9%
Imola	3.070	3,0%
Cesena	4.694	4,6%
Parma		0,0%
Modena	8.470	8,2%
Reggio Emilia	3.240	3,1%
Rimini		0,0%
IOR		0,0%
Riserva da ripartire tra le Aziende USL	33755	32,8%
	103.040	100,0%

Con riferimento al **Fondo di riequilibrio** è doveroso sottolineare, come già detto in più punti nel documento, che la provincia di Ferrara ha beneficiato da tempo ed in misura significativa di un livello di risorse distribuite a garanzia dell'Equilibrio economico finanziario.

Come si evince dalla tabella seguente la provincia Ferrarese considerata complessivamente quale somma delle due Aziende Sanitarie riceve nel 2013, se considerato in termini di valore procapite, un consistente contributo regionale all'equilibrio economico finanziario. Nell'ambito della provincia di Ferrara, il contributo è assegnato per il 61% all'Azienda Ospedaliera pur rappresentando, quest'ultima il 30% del volume complessivo di spesa della Provincia.

Province comprensive di AUSL e AOSP	Equilibrio economico finanziario 2013	Popolazione	Quota p. c. di eq. Economico finanziario in euro
Ferrara	23.101.797	359.994	64,17
Bologna	33.608.312	860.037	39,08
Piacenza	6.985.775	289.887	24,10
Forlì	4.459.409	187.698	23,76
Ravenna	9.150.000	392.458	23,31
Imola	3.070.000	131.961	23,2à
Cesena	4.693.602	207.788	22,59
Parma	7.528.203	442.070	17,03
Modena	9.299.601	700.914	13,27
Reggio Emilia	5.335.545	530.388	10,06
Rimini	0	329.244	0,00
IOR	4.394.414		
Riserva da ripartire tra le Aziende USL	33.755.000		
	142.311.658	4.432.439	

Il risultato economico concretamente perseguibile dall'Azienda USL di Ferrara a partire dal 2013 tiene conto del verificarsi di una serie di automatismi incrementali così come evidenziati nella Delibera Regionale n. 199/2013. A far fronte ad essi contribuiscono le misure contenute nella Manovra economica di Luglio 2011 (L 111/2011 art. 17) nella Spending review (L 135/2012 art. 15) e nella Legge di Stabilità 2013 oltre a ulteriori manovre di livello regionale.

L'applicazione di tali misure oltre che di ulteriori azioni di livello aziendale, l'applicazione di una dinamica di crescita del Fondo Sanitario così come di seguito evidenziato e l'inflazione programmata pari al 1,5% annuale (ved. Documento di Economia e Finanza 2012) produce un risultato economico nell'arco del quadriennio così sintetizzabile.

	2013	2014	2015	2016	% 2013-2016
Contributo c/esercizio	643.529	646.971	646.446	646.446	0,45%
Altro Valore di produzione	37.601	37.432	37.270	37.270	-0,88%
Totale Valore della Produzione	681.130	684.403	683.716	683.716	0,38%
Costi della Produzione	692.242	692.795	694.036	694.036	0,26%
Proventi e oneri finanziari	2.155	2.355	2.755	2.755	27,84%
Imposte e Tasse	11.333	11.397	11.397	11.397	0,56%
Risultato Economico	-24.600	-22.144	-24.472	-24.472	0,56%

OBIETTIVO ECONOMICO 2013-2016

Il valore obiettivo, fissato dalle linee guida regionali, prevede l'integrale copertura degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio, riferiti alle immobilizzazioni entrate in produzione negli anni a partire dal 2010 tutto ciò tenendo conto delle aliquote di ammortamento conseguente al Dlgs 118/2011.

valori in migliaia	2013	2014	2015	2016
Sterilizzazione quote di ammortamento	3.212	3.051	2.898	2.754
Ammortamenti dell'esercizio	8.678	9.110	9.889	10.493
Di cui per beni non sterilizzati entrati in produzione nel 2010 -11	-1.203	-1.203	-1.203	-1.203
Di cui per beni non sterilizzati entrati in produzione nel 2012	-445	-445	-445	-445
Di cui per beni non sterilizzati entrati in produzione nel 2013	-600	-900	-900	-900
Di cui per beni non sterilizzati entrati in produzione nel 2014		-400	-400	-400
Di cui per beni non sterilizzati entrati in produzione nel 2015			-390	-390
Di cui per beni non sterilizzati entrati in produzione nel 2016				-100
Risultato obiettivo	-3.219	-3.112	-3.653	-4.302

Risulta evidente che per raggiungere un obiettivo di equilibrio economico si rende necessario un piano integrato che poggi su alcune azioni a sviluppo poliennale declinate al Capitolo 3 e ora valorizzate nei fattori produttivi:

- riportare la dotazione dei posti letto provinciali ai valori standard nazionali e regionali;
- riallineamento al consumo medio pesato regionale per le prestazioni specialistiche;
- la concentrazione di funzioni e servizi tecnico-logistici, quali il magazzino farmaceutico ed economale unico provinciale;
- completamento e la messa a regime dell'unificazione dei sevizi amministrativi e tecnici e la loro concentrazione in una sede unitaria;
- costruire Accordi di fornitura omnicomprensivi ed organizzati secondo un modello di committenza che prevede un effettivo funzionamento delle reti Cliniche, del modello HUB e Spoke sulla Provincia e sulla vocazione delle strutture ospedaliere e sanitarie della Provincia già declinate in precedenti parti del lavoro. con superamento degli accordi a latere.

Ciascuna di queste macro azioni è articolabile in azioni specifiche, caratterizzate da un cronogramma preciso.

Il Valore della produzione per il 2013 si è considerato l'importo certo assegnato dalle risorse regionali pari a € 580.561.000 (-2,6% rispetto al 2012), (al netto della quota Disabili FRNA), mentre per il biennio successivo, si è fatto riferimento ad un incremento del Fondo Sanitario per il 2014 e ad una sostanziale invarianza per il 2015 e il 2016.

+ 0,6% del 2014

- 0,1% del 2015

	2013	2014	2015	2015	Diff % 2014_13	Diff % 2015_14
Risorse distribuite a quota capitaria	580.561	584.094	583.569	583.569	0,61%	-0,09%
Quota FSR da trasferire all'FRNA	-7.427	-7.427	-7.427	-7.427		
Finanziamenti finalizzati e vincolati	14.288	14.197	14.197	14.197	-0,64%	0,00%
Quota di equilibrio economico finanziario	8.848	8.848	8.848	8.848		
Risorse FRNA	47.259	47.259	47.259	47.259	0,00%	0,00%
	643.529	646.971	646.446	646.446	0,50%	-0,08%

Per ciò che riguarda la mobilità attiva si è tenuto conto del Decreto Ministeriale del 18 Ottobre 2012 che ha definito le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di ricovero e specialistiche, nonché ha individuato i criteri generali in base ai quali le Regioni adottano il proprio sistema tariffario. Il 28 Gennaio 2013 è stato pubblicato il decreto nazionale tariffe, a partire da tale la Regione Emilia Romagna ha ipotizzato una variazione sui livelli tariffari che si è presa come riferimento per la stima del prossimo triennio.

	2013	2014	2015	2016	Diff % 2013_12	Diff % 2014_13
Prestazioni di degenza e specialistica	12.130	12.130	12.130	12.130	0,45%	0,00%
Prestazioni Sanità Pubblica	1.710	1.710	1.710	1.710	9,97%	0,00%
ALP	3.439	3.439	3.439	3.439	0,00%	0,00%
Altre prestazioni	2.588	2.588	2.588	2.588	-53,46%	0,00%
Proventi e ricavi di esercizio	19.867	19.867	19.867	19.867	-12,21%	0,00%

La tendenza attesa sull'andamento dei ticket tiene conto dell'effetto delle disposizioni della DGR 1190/2011. A partire dal 2013 vengono meno gli effetti della DGR 747/2012 che consentì la sospensione dei pagamenti per prestazioni specialistiche a carico delle popolazioni terremotate

Occorre anche considerare l'evoluzione della crisi economico-finanziaria mondiale che perdurerà, secondo le attuali stime, anche per il prossimo biennio, e che fa ipotizzare una generalizzata riduzione dei consumi, anche in campo sanitario.

	2013	2014	2015	2016	Diff % 2013_12	Diff % 2014_13	Diff % 2015_14	Diff % 2016_15
Ticket	7.135	7.135	7.135	7.135	4,25%	0,00%	0,00%	0,00%

Con riferimento agli altri ricavi che comprendono la maggioranza dei ricavi e dei rimborsi ottenuti dall'Azienda tramite la cessione di beni, prestazioni di servizi svolte in attività istituzionale e accessoria non si prevedono variazioni considerevoli

I COSTI DI PRODUZIONE

L'Azienda intende agire con azioni volte ad una consistente riduzione dei fattori di spesa, attraverso le azioni che sono state declinate nel Capitolo 3.

Di seguito si riporta un'analisi sui principali fattori produttivi:

La macrovoce dei beni di consumo contiene categorie di fattori produttivi che presentano andamenti particolari, come i medicinali che costituiscono una delle voci più critiche. Infatti, su questo fattore di spesa non è ipotizzabile considerare un incremento legato al tasso inflativo programmato.

	2013	2014	2015	2016	Diff % 2014_13	Diff % 2015_14	Diff % 2016_15
Medicinali	18.967	20.064	20.064	20.064	5,78%	0,00%	0,00%
Materiale protesico	2.573	2.273	2.273	2.273	-11,66%	0,00%	0,00%
Dispositivi medici	5.269	5.019	5.019	5.019	-4,74%	0,00%	0,00%
Altri beni sanitari	8.264	8.264	8.264	8.283	0,00%	0,00%	0,23%
Beni non sanitari	1.806	1.834	1.853	1.353	1,55%	1,04%	-26,98%
	36.879	37.454	37.473	36.992	1,56%	0,05%	-1,28%

Consistenti risparmi deriveranno dal progressivo processo di integrazione delle reti cliniche, già avviato con l'Azienda Ospedaliera S. Anna. Il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera contribuirà massicciamente alla riduzione dei consumi interni.

I diagnostici e reagenti e gli altri beni sanitari presentano variazioni correlate al progressivo processo di integrazione con l'Azienda Ospedaliera dell'attività di Laboratorio

Nel triennio l'Azienda continuerà a lavorare per migliorare ulteriormente le politiche di acquisto, sempre attraverso la collaborazione in Area Vasta e con le altre Aziende sanitarie della Regione e l'ampliamento dell'adesione alle convenzioni Intercent-ER. La realizzazione di tali gare consentirà di ottenere risparmi sui prezzi di acquisto di beni e servizi, in grado di fronteggiare l'indice inflativo programmato ed indicato nel documento di Programmazione economico finanziaria governativo.

In controtendenza, rispetto alla diminuzione dei consumi, già a partire dal 2013 l'Azienda intende siglare un accordo con le Farmacie convenzionate peso ad implementare la Distribuzione per conto. Tale accordo produrrà consistenti risparmi sul fronte della farmaceutica convenzionata che compenseranno i maggiori costi da registrarsi sui beni di consumo per effetto dell'acquisto diretto dei farmaci e del costo del servizio nell'ordine del 1,5% netto sul costo complessivo della spesa convenzionata.

Le ipotesi sulla **mobilità passiva** riflesse in questa programmazione sono coerenti con le ipotesi considerate sulla parte attiva in particolare si mantengono inalterate le tariffe e si ipotizza un recupero delle prestazioni acquisite fuori Regione, solo a partire dal 2015 quale conseguenza dell'incremento di attrattività esercitato da parte del nuovo Ospedale di Cona secondo le azioni prospettate.

In particolare il contratto di fornitura prevede, già a partire dal 2013 un incremento di 1,5 milioni di euro quale conseguenza del trasferimento delle funzioni legate alle reti cliniche integrate.

Per contro si attendono positivi riscontri in termini di riduzione della fuga di pazienti verso strutture fuori regione, ipotizzati a partire dal 2015.

Per quanto riguarda gli accordi di fornitura con la ospedalità pubblica, l'Azienda è orientata a prestare particolare attenzione alla condivisione degli aspetti legati all'appropriatezza dei prodotti/servizi forniti con particolare riferimento ai DRG potenzialmente inappropriati e alla politica del farmaco e soprattutto dal mutare dell'assetto produttivo conseguente all'apertura della nuova struttura Ospedaliera. Si ipotizza una invarianza dei costi, effetto del mix tariffe – quantità DRG.

L'applicazione delle misure contenute nella L.135/2012 ai ricoveri del settore privato infraprovinciale contribuisce ad ipotizzare una riduzione dei Budget complessivi dell'1% a partire dal 2013.

Per ciò che riguarda la mobilità fuori provincia regionale, si applica la Revisione Tariffaria per le prestazioni di Degenza Ospedaliera indicata nella DGR 525/2013

In particolare per le strutture private si tiene conto delle ricadute di cui alla DGR 517/2013 che recepisce l'Accordo AIOP – ARIS e Regione Emilia Romagna in merito alla riduzione del Budget da Privati per far fronte alla difficile condizione del Fondo Sanitario Regionale

Si prosegue, inoltre nella valutazione e nella conseguente concreta possibilità di conversione di prodotti/servizi in prestazioni ritenute più congruenti con i bisogni dei cittadini e con l'offerta garantita dall'Azienda.

	2013	2014	2015	2016	Diff % 2014_13	Diff % 2015_14	Diff % 2016_15
Degenza Provincia ASA	112.000	112.000	112.000	112.000	0,00%	0,00%	0,00%
Degenza regione	20.089	20.089	20.089	20.089	0,00%	0,00%	0,00%
Degenza fuori regione	18.000	18.000	17.400	16.500	0,00%	-3,33%	-5,17%
Degenza da privati	20.761	20.761	20.761	20.761	0,00%	0,00%	0,00%
Altra degenza	2.466	2.466	2.466	2.466	0,00%	0,00%	0,00%
	173.316	173.316	172.716	171.816	0,00%	-0,35%	-0,52%

Per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriali, le azioni intraprese hanno consentito di cominciare il processo di recupero del divario rispetto alla media regionale dei consumi.

Su questo versante l'Azienda intende:

- ⇒ riorganizzare il percorso di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale sulla base di priorità cliniche condivise e attraverso la riorganizzazione delle agende;
- ⇒ aumentare il livello di dipendenza dell'utenza e limitarne la "fuga" alle sole prestazioni non presenti, anche attraverso accordi di fornitura con produttori pubblici e privati;
- ⇒ dare attuazione ad un piano di revisione e concentrazione dell'assetto delle sedi ambulatoriali.

L'Azienda prosegue nell'intento di risolvere i problemi di inappropriatezza clinico-prescrittiva che determinano un consumo non adeguato e soprattutto non completo. E' necessario pertanto, garantire ad ogni cittadino una risposta al bisogno espresso, in coerenza alle risorse disponibili nell'ambito della rete dei servizi offerti su base provinciale

Il sistema complessivo dei meccanismi di accesso deve essere riorganizzato tenendo conto delle nuove tecnologie disponibili per migliorare il rapporto tra domanda e offerta, promuovendo efficienza, trasparenza, equità e sostenibilità.

A partire dal 2014 è previsto l'impatto dei costi dell'Hospice presso l'Ospedale di Copparo e successivamente nel corso dell'anno successivo l'apertura della Casa della Salute a Bondeno. Le ricadute economiche di tali interventi comporteranno maggiori costi sul fronte dei servizi sanitari e riduzioni nel ricorso ad assistenza ospedaliera e di Pronto soccorso

Per quanto riguarda la somministrazione farmaci si ipotizza un trend costante di riduzione dei prezzi sul prossimo triennio, quale conseguenza di azioni volte a perseguire maggiore appropriatezza nelle prescrizioni nonché degli effetti conseguenti alle attese manovre di livello nazionale; il costo si mantiene inalterato

La farmaceutica convenzionata ha sempre rappresentato una delle aree sulle quali si sono concentrati i maggiori sforzi di razionalizzazione dei costi. Grazie alle azioni poste in essere dall'Azienda il costo medio procapite pesato, si è notevolmente ridotto nel corso degli ultimi anni, anche se ancora molto resta da fare.

Su quest'area si concentrano gli sforzi dell'Azienda, in particolare per quanto riguarda l'attribuzione di obiettivi ai Medici di Medicina Generale nell'ambito degli accordi regionali e locali e nell'ampliamento del ricorso alla Distribuzione per Conto in convenzione con le farmacie convenzionate

	2013	2014	2015	2016	Diff % 2014_13	Diff % 2015_14	Diff % 2016_15
Somministrazione Farmaci	24.691	24.691	24.691	24.691	0,00%	0,00%	0,00%
Farmaceutica convenzionata	49.440	45.696	44.696	44.696	-7,57%	-2,19%	0,00%
	74.131	70.387	69.387	69.387			

Per il triennio L'Azienda proseguirà nella messa in atto di azioni che dovranno consentire di recuperare ulteriori risparmi e garantire il recupero del divario rispetto alla media regionale. Si terrà conto degli effetti legati a manovre nazionali e regionali così come indicato in premessa nell'illustrazione del contesto economico.

Nel prossimo biennio gli interventi che l'Azienda intende proseguire o attivare sono volti a:

- ⇒ lavorare sul fronte dell'appropriatezza prescrittiva, della razionalizzazione dei consumi e della farmacovigilanza, interessando il sistema produttivo interno ed esterno, il sistema distributivo e gli stessi consumatori-utenti;
- ⇒ migliorare ulteriormente l'efficienza organizzativa e informativa interna nella gestione dei beni farmaceutici, in considerazione anche della realizzazione del magazzino farmaceutico unico e dell'intensificarsi della distribuzione diretta;
- ⇒ migliorare le politiche di acquisto attraverso procedure che coinvolgano l'Area Vasta e l'intera regione.
- ⇒ Promuovere azioni mirate di formazione e informazione sui Medici prescrittori e sui Medici di Base

MEDICI IN CONVENZIONE

Sulla Medicina di Base la riduzione è legata alla ridefinizione di obiettivi annuali da parte dell'AUSL, strettamente correlati alle nuove intese regionali ed agli obiettivi di recupero dell'appropriatezza prescrittiva specialistica e sui farmaci, assegnati all'Azienda.

Il risparmio relativamente ai Medici convenzionati previsto per l'anno 2013 è conseguente alla revisione degli accordi integrativi regionali e locali e le nuove progettualità.

	2012	2013	2014	2015	Diff % 2013_12	Diff % 2014_13	Diff % 2014_14
Medicina di Base e Pediatrica	39.739	39.313	39.313	39.313	-1,07%	0,00%	0,00%
Consinuità assistenziale ed Emergenza	4.420	4.420	4.420	4.420	0,00%	0,00%	0,00%
	44.159	43.733	43.733	43.733	-0,96%	0,00%	0,00%

Assistenza Integrativa e Ossigenoterapia e protesica

In questo aggregato è prevista l'applicazione delle indicazioni regionali che prevedono la riduzione sugli Elenchi 2 e 3 allegati al DM 27 Agosto 1999 n. 332, mentre sull'elenco 1 non si prevedono riduzioni. Per quanto riguarda l'assistenza integrativa, l'indicazione regionale di riduzione del 10% non è stata applicata ai prodotti per celiaci in quanto presentano un continuo aumento conseguente alla crescita degli aventi diritto titolari dei bonus per l'acquisto.

Le azioni poste in essere sono volta a favorire comportamenti appropriati da parte dei prescrittori. Tale azione si sviluppa, in particolare, attraverso periodici audit ed approfondimenti informativi. Inoltre questo aggregato risente favorevolmente della stima degli effetti dell'esito della nuova gara INTERCENTER per l'Ossigenoterapia domiciliare.

	2012	2013	2014	2015	Diff % 2013_12	Diff % 2014_13	Diff % 2015_14
Assistenza Protesica	3.749	3.623	3.623	3.622	-3,36%	0,00%	-0,03%
Ossigenoterapia e integrativa	4.180	4.068	4.109	4.136	-2,68%	1,01%	0,66%
	7.929	7.691	7.732	7.758	-3,00%	0,53%	0,34%

I costi per servizi non sanitari comprendono le manutenzioni, le utenze e altri servizi tecnici; in tali aggregati gli interventi più rilevanti che l'Azienda si propone di mettere in atto nel prossimo triennio sono:

- ⇒ Il consolidamento dei servizi amministrativi, tecnici e logistici nell'ambito dell'area cittadina con conseguente risparmio sui costi connessi ai metri quadri occupati.
- ⇒ L'accorpamento dei servizi sanitari di base nell'area ex S. Anna
- ⇒ minor consumo di energia elettrica e riscaldamento per l'uso razionale di energia e del rispetto per l'ambiente, attraverso, per esempio, la completa realizzazione del progetto di risparmio energetico, già attivato dal 2007 e la messa in atto del prossimo progetto inserito all'interno del piano investimenti
- ⇒ riduzione quantitativa dei servizi tecnici e alberghieri correlati alla revisione delle reti ospedaliere e territoriali;

- riduzione delle quantità prodotte di rifiuti sanitari, sia sensibilizzando gli operatori alla selezione dei rifiuti all'atto della produzione degli stessi, sia favorendo tecnologie a più basso impatto ambientale;
- ⇒ riduzione di costi per utenze telefoniche in previsione del calo delle tariffe e per l'ottimizzazione dei consumi;

	2013	2014	2015	2016	Diff % 2014_13	Diff % 2015_14	Diff % 2016_15
Manutenzioni	10.274	9.770	9.037	8.306	-4,91%	-7,50%	-8,09%
Servizi tecnici e utenze	30.459	31.136	29.708	28.384	2,22%	-4,59%	-4,46%
	40.733	40.906	38.745	36.690	0,42%	-5,28%	-5,30%

Per quanto riguarda le politiche delle **risorse umane**, l'Azienda proseguirà nella razionalizzazione dei processi gestionali e nell'attività di omogeneizzazione delle regole che sottendono il governo delle voci di spesa del personale. Accanto a ciò, il processo di miglioramento dei flussi informativi aziendali consentiranno di mantenere il corretto monitoraggio dei rapporti di lavoro.

	2012	2013	2014	2015	2016	Diff % 2013_12	Diff % 2014_13	Diff % 2015_14	Diff % 2016_15
Risorse Umane	157.773	154.606	149.706	148.906	148.206	-2,01%	-3,17%	-0,53%	-0,47%
Lavoro interinale e collaborazioni	1.664	1.555	1.361	1.061	961	-6,55%	-12,48%	-22,04%	-9,43%
	159.437	156.161	151.067	149.967	149.167	-2,05%	-3,26%	-0,73%	-0,53%

L'Azienda è impegnata all'allineamento a valori medi regionali per quanto riguarda i costi sia complessivi che di retribuzioni unitarie delle risorse umane attraverso le politiche strutturali che riprendono le azioni declinate al capitolo 3 e che sono volte ad allinearsi agli indicatori con le medie regionali.

Nello stesso tempo l'Azienda continuerà a lavorare per migliorare l'organizzazione del lavoro nell'area del personale del comparto addetto all'assistenza, al fine di conseguire una sempre maggiore appropriatezza delle competenze. A tal fine verranno definiti modelli e strumenti di governo e sviluppo del capitale umano capaci di coinvolgere tutti gli operatori dell'azienda per migliorarne la capacità e le competenze e, al tempo stesso, per cogliere le specificità derivanti da interessi e vocazioni individuali. Tali azioni sono volte a ridurre il ricorso a collaborazioni e prestazioni esterne, valorizzando e privilegiando le risorse interne all'Azienda.

Nel corso del triennio non si prevedono accantonamenti se non le indennità di vacanza contrattuale per il personale dipendente in ragione dell'attuale blocco contrattuale analogamente per il personale convenzionato

Per ciò che riguarda gli **oneri finanziari** sono previsti i costi conseguenti alla sottoscrizione di un mutuo integrativo concluso nel 2011 finalizzato ad investimenti e lavori edili, per un importo pari a 18 milioni

L'Azienda si impegna ad assicurare un efficiente utilizzo delle risorse finanziarie al fine di contenere i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi, aiutata dal raggiungimento nel 2016 dell'equilibrio economico finanziario.

Si da per stabile (o in lieve riduzione) il tasso Euribor, al quale sono ancorati sia l'anticipazione di Tesoreria che gli oneri del mutuo.

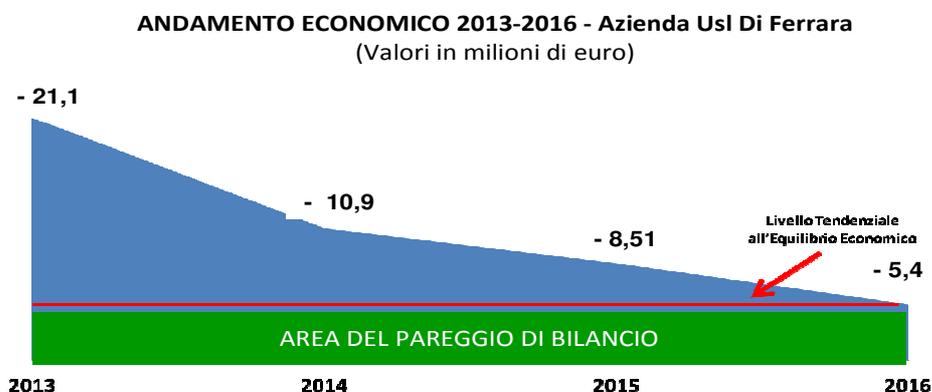
	2013	2014	2015	2016	Diff % 2014_13	Diff % 2015_14	Diff % 2016_15
Interessi sui Mutui	1.527	1.727	2.127	2.127	13,10%	23,16%	0,00%
Interessi passivi fornitori accanotnati	763	763	763	763	0,00%	0,00%	0,00%
Interessi su anticipazione di tesoreria	580	580	580	580	0,00%	0,00%	0,00%
	2.870	3.070	3.470	3.470	6,97%	13,03%	0,00%

8. Il piano di sostenibilità 2013 -2016

Azienda USL di Ferrara

L'azione di governo che si sviluppa nel corso del quadriennio consente di limitare concretamente gli effetti di incremento naturale dei costi che si realizzerebbe per effetto degli automatismi di legge e dell'inflazione sui prezzi dei beni e servizi acquistati, in particolare per quelli non sanitari e di supporto; per effetto di un inerzia nel governo delle risorse umane che ne determinerebbe, quantomeno l'invarianza nell'importo assoluto di spesa.

Di seguito si presenta il grafico che sintetizza gli andamenti programmatici ed economici del prossimo periodo:



Asse delle Ordinate: Risultato Economico con Fondo di Riequilibrio

Asse delle Ascisse: Anni di Riferimento del Piano

I valori dell'andamento economico considerano gli ammortamenti ricalcolati in base al D. Lgs.vo 118/2011

In sintesi, il Piano proposto prevede:

- una realizzazione nel 2013 di azioni incisive volte all'avvicinamento ai costi pro-capite medi regionali ed ai valori nazionali e regionali delle dotazioni di posti letto, agendo attraverso:
- creazioni di reti cliniche intergrate
- revisione degli accordi aziendali MMG, Farmacia
- azioni incisive sulla farmaceutica

L'impatto sui fattori produttivi è pari a 3,5 milioni di euro:

La perdita prevista per il 2013 è quindi ipotizzata in 21,1 milioni di euro, comprensivi delle quote di ammortamento non finanziate

Una realizzazione nel 2014 di azioni strutturali di consolidamento verso i costi pro-capite medi regionali e verso i valori standard delle dotazioni di posti letto, agendo attraverso:

- consolidamento reti cliniche integrate
- riconversione reparti Medicina, pediatria e Psichiatria
- ulteriore miglioramento accordi MMG
- ulteriore miglioramento sulla farmaceutica
- attivazione di una struttura di Hospice a Copparo destinata ad assorbire pazienti in fase terminale

L'impatto sui fattori produttivi è pari a 7,7 milioni di euro.

La perdita prevista per il 2014 è quindi ipotizzata in 10,9 milioni di euro, comprensivi delle quote di ammortamento non finanziate

Una realizzazione nel 2015 di azioni di revisione organizzativa delle sedi, concentrazione a Cona, nei tre ospedali di prossimità e nel centro cittadino delle sedi di erogazione dei servizi agendo attraverso:

- concentrazione delle sedi erogative
- revisione dei servizi logistici ed alberghieri
- consolidamento accordi MMG
- miglioramento della spesa farmaceutica
- Attivazione della Casa della Salute a Bondeno

L'impatto sui fattori produttivi è pari a 4,2 milioni di euro:

La perdita prevista per il 2015 è quindi ipotizzata in 8,51 milioni di euro, comprensivi delle quote di ammortamento non finanziate

Infine, nel 2016 realisticamente la sanità provinciale troverà il suo assetto di riferimento, allineato ai parametri nazionali, regionali, capitalizzando i trascinamenti delle azioni avviate che sono venute nel quadriennio precedente che sono venute alla realizzazione, in tutti gli ambiti di riferimento

L'impatto sui fattori produttivi, prevalentemente costi amministrativi tecnici e logistici, è pari a 2,9 milioni di euro. Avendo raggiunto una condizione di equilibrio economico, migliora certamente la gestione finanziaria, con recuperi su oneri finanziari ed assicurativi, per ora prudenzialmente non riflessi.

La perdita prevista per il 2016 è quindi ipotizzata in 5,4 milioni di euro, comprensivi delle quote di ammortamento non finanziate.

Dati in milioni di Euro

	2012	2013*	2014	2015	2016
AZIONI		3,5	7,7	4,2	2,9
RISULTATO CON AZIONI	- 5	-29,9	- 19,7	- 17,30	- 14,2
FONDI DI RIEQUILIBRIO	18,8	8,8	8,8	8,8	8,8
RISULTATO ECONOMICO CON FONDO DI RIEQUILIBRIO		- 21,1	-10,9	-8,51	-5,4

* Il valore economico è relativo alle azioni aggiuntive sviluppate in sinergia con l'Azienda Ospedaliera. L'Azienda Usl ha portato avanti nella programmazioni ordinaria ulteriori 7 milioni di euro, che sono riflessi in bilancio e riconducibili all'applicazione delle norme nazionali (LR. 135/2012) e regionali.

AZIENDA OSPEDALIERA DI FERRARA

In sintesi, il piano proposto prevede:

- una realizzazione nel 2013 di azioni incisive volte all'avvicinamento ai costi pro-capite medi regionali ed ai valori regionali medi delle dotazioni di posti letto, agendo attraverso:
- creazioni di reti cliniche integrate
- maggior valore mobilità attiva su pazienti fuori provincia e regione
- diminuzione costi calore S.Anna

L'impatto sui fattori produttivi è pari a circa 11 milioni di euro:

La perdita (senza fondo di riequilibrio) prevista per il 2013 è quindi ipotizzata in 39,7 milioni di euro, comprensivi delle quote di ammortamento non sterilizzate. La perdita effettiva, con fondo di riequilibrio, ammonta a 25,5 milioni di €.

Una realizzazione nel 2014 di azioni strutturali di consolidamento dei costi pro-capite medi regionali ed ai valori standard delle dotazioni di posti letto, agendo attraverso il ridimensionamento S.Anna (Corso Giovecca):

- ridimensionamento S.Anna - Giovecca
- consolidamento reti integrate
- consolidamento valore mobilità attiva
- trascinarsi minori costi di gestione

L'impatto sui fattori produttivi è pari a 12,4 milioni di euro:

La perdita (senza fondo di riequilibrio) prevista per il 2014 è quindi ipotizzata in 27,3 milioni di euro, comprensivi delle quote di ammortamento non sterilizzate. La perdita effettiva, con fondo di riequilibrio, sarebbe di 13,1 milioni di €.

Una realizzazione nel 2015 di azioni strutturali di revisione organizzativa delle sedi:

- concentrazione a Cona, della sede riabilitativa attualmente presso il Pellegrino
- consolidamento dotazioni posti letto agli standard

L'impatto sui fattori produttivi è pari a 6,2 milioni di euro:

La perdita (senza fondo di riequilibrio) prevista per il 2015 è quindi ipotizzata in 21,1 milioni di euro, comprensivi delle quote di ammortamento non sterilizzate. La perdita effettiva, con fondo di riequilibrio, sarebbe di 6,9 milioni di €.

Infine, nel 2016 realisticamente la sanità provinciale troverà il suo assetto di riferimento, allineato ai parametri nazionali, regionali, capitalizzando i trascinarsi delle azioni che sono venute alla realizzazione, in tutti gli ambiti di riferimento.

L'impatto sui fattori produttivi, prevalentemente costi amministrativi e logistici, è pari a 3 milioni di euro. Avendo raggiunto una condizione di equilibrio economico, migliora certamente la gestione finanziaria, con recuperi su oneri finanziari ed assicurativi.

La perdita (senza fondo di riequilibrio) prevista per il 2016 è quindi ipotizzata in 18,1 milioni di euro, comprensivi delle quote di ammortamento non sterilizzate. La perdita effettiva, con fondo di riequilibrio, sarebbe di 3,9 milioni di €.

ANDAMENTO ECONOMICO 2013-2016 - Azienda Ospedaliera di Ferrara
(Valori in milioni di euro)



Asse delle Ordinate: Risultato Economico con Fondo di Riequilibrio

Asse delle Ascisse: Anni di Riferimento del Piano

Dati in milioni di Euro

	2012	2013	2014	2015	2016
AZIONI		11	12,4	6,2	3
RISULTATO CON AZIONI	- 50,768	- 39,7	- 27,3	- 21,1	- 18,1
FONDI DI RIEQUILIBRIO	-50,765	14,2	14,2	14,2	14,2
RISULTATO ECONOMICO CON FONDO DI RIEQUILIBRIO	-0,003	- 25,5	-13,1	- 6,9	-3,9

Conclusioni

Nel contesto istituzionale statale e regionale caratterizzato da incertezze nell'erogazione delle risorse, sia correnti che per investimenti, appare evidente la criticità del quadro di riferimento in cui le Aziende devono operare.

Con tali premesse le Aziende dovranno necessariamente operare con una strategia e con azioni improntate al rigore economico ed al buon utilizzo delle risorse che peraltro ha sempre contraddistinto la gestione della nuova Direzione aziendale, con riferimento ai fattori di utilizzo diretto e controllabile da parte dei centri di spesa aziendali.

E' quindi evidente la necessità di realizzare tutti gli strumenti per garantire efficacia, misurabilità delle prestazioni, efficienza nella gestione delle risorse, puntando maggiormente sul processo di aziendalizzazione del SSN e della progressiva regionalizzazione del sistema: il modello delle Aziende USL pare ancora il più idoneo per garantire l'autonomia gestionale necessaria nella combinazione ottimale ed efficiente dei fattori produttivi, delle risorse umane, delle tecnologie, dei modelli organizzativi ed assistenziali per tradurre in servizi e prestazioni efficaci. Ampia autonomia circa il modo di operare, organicità ed unitarietà alla gestione pur in un sistema altamente complesso, devono essere basate su una forte responsabilizzazione delle Aziende, sugli obiettivi, sul loro sviluppo sostenibile e sui risultati raggiunti.

Inoltre, considerando l'operare delle Aziende nel contesto provinciale, vi deve essere l'impegno e il vincolo di realizzare un progressivo miglioramento economico del sistema, all'interno del quale i singoli attori, attraverso sinergie produttive ed erogative, riducano progressivamente, ma con una ripartizione che rispetti il principio di equità, le risorse aggiuntive complessivamente ricevute dalla Regione.