

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2013

Delibera Regionale n. 199 del 25/02/2013

	Premessa	Pag. 3
	IL QUADRO ECONOMICO E LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI INTEGRATI	Pag. 4
	1. Il quadro economico	Pag. 4
	1.1 Le ricadute delle manovre del Governo	
	1.2 La Legge Finanziaria Regionale per il 2013	
	1.3 Le risorse a disposizione del SSR	
	1.4 Il finanziamento alle Aziende	
	2. Il governo delle risorse	Pag. 9
	2.1 Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle Aziende Sanitarie	
	2.2 Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio	
	2.3 La programmazione pluriennale	
	2.4 Programma regionale per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile	
	2.5 Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	
	2.6 Il governo delle risorse umane	
	2.7 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	
	2.8 Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica	
	2.9 Revisione del sistema tariffario	
	2.10 Azioni per la sostenibilità nelle cure primarie	
	2.11 Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico	
	2.12 Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale	
	2.13 Azioni di razionalizzazione in ambito ICT	
	2.14 Obiettivi dell'assistenza ospedaliera	
	2.14.1 Centrali operative – 118	
	2.14.2 Centralizzazione emergenze	
	2.14.3 Servizi intermedi	
	2.14.4 Accordi di Alta Specialità	
	2.14.5 Accordi di fornitura tra le Aziende pubbliche	
	2.14.6 Day Hospital	
	2.14.7 Punti nascita	
	2.14.8 Riconfigurazione del processo assistenziale ospedaliero	
	2.14.9 Definizione di una struttura organizzativa interaziendale dei trapianti	
	2.15 Rimodulazione dell'assistenza residenziale per i Dipartimenti Salute mentale e Dipendenze patologiche	
	3. Attività svolta in ambito di Area Vasta Emilia Centro	Pag. 76
	3.1 Rendicontazione Attività svolta in Ambito di AVEC	
	4. Obiettivi aziendali realizzati nel 2013	Pag. 103
	4.1 Piano della Prevenzione 2013	
	4.2 La sostenibilità nelle cure primarie	
	4.3 Obiettivo frattura femore	
	4.4 Miglioramento dei processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa	
	4.5 Programma Stroke care	
	4.6 Programma Epilessia	
	4.7 Reti e percorsi oncologici	
	4.8 Percorsi cardiologici	
	4.9 Sistema delle Cure in Area critica	
	4.10 Sistema di comunità e sistema di valutazione multidimensionale in area psichiatrica	
	4.11 Controlli prestazioni sanitarie	
	4.12 Aderenza alla Programmazione OBJ RER 2013 con particolare riferimento al rischio clinico	
	4.13 Azioni 2013 in materia di Trasparenza e prevenzione della corruzione	
	4.14 Formazione	

Premessa

La presente Relazione evidenzia i risultati della gestione aziendale 2013 con riferimento, sia agli specifici punti della DGR 199/2013 "Linee di Programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'Anno 2013", sia ai risultati degli obiettivi aziendali che sono contenuti nelle specifiche annualità del "Piano di sostenibilità provinciale 2013-2016" elaborato congiuntamente dalle due Aziende Sanitarie della provincia, approvato in Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale in data 26/06/2013 e Deliberato dall'Azienda USL di Ferrara con atto n. 180 del 5/8/2013.

Infine, si rendiconta sul contributo dell'Azienda alle azioni condotte in seno all'Area Vasta Emilia Centro ed alle progettualità portate avanti in ambito tecnico-amministrativo e sanitario.

IL QUADRO ECONOMICO E LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI INTEGRATI

1. Il quadro economico

1.1 Le ricadute delle manovre del Governo

La cornice di riferimento normativo che ha definito le risorse a disposizione del Servizio Sanitario per l'anno 2013 è costituita principalmente da tre manovre economiche:

- Il D.L. 98/2011 convertito nella L. 111/2011 che definisce il finanziamento per il triennio 2012-2014
- Il D. L. 95/2012 convertito nella L. 135/2012 cosiddetta spending review
- La Legge di Stabilità 2013 (legge n. 228/2012)

Gli effetti di tale manovre riducono progressivamente le risorse disponibili (finanziamento) nella misura di seguito esposta:

a partire dal 2013

107.961 (anno 2012)			
107.005 (anno 2013)	2013 vs. 2012	-0,9%	-956 milioni di euro

1.2 - 1.3 Le Risorse a disposizione per il SSR e la legge Finanziaria Regionale

Con l'evidenza del triennio 2013-2015, per il 2013 la quota a disposizione per il Servizio Sanitario Regionale è stata la seguente:

valori in milioni

7.700	2013 vs. 2012	-1,05%	- 82 milioni di euro
7.763	2014 vs 2013	+0,82%	+ 63 milioni di euro
7.756	2015 vs. 2014	-0,09%	- 7 milioni di euro

Nell'ambito di dette risorse la legge Finanziaria Regionale si è impegnata a garantire costante l'importo a disposizione del Fondo per la non autosufficienza.

La programmazione 2013 è stata impostata partendo dai 7.700 milioni di euro di cui sopra, cui si sono aggiunti 150 milioni stanziati dal Bilancio Regionale per un volume complessivo di 7.850 milioni di euro (-1,03% rispetto al 2012).

Alla criticità rappresentata dal calo di risorse disponibili, si è aggiunto l'incremento dei costi tendenziale determinato da:

- aumento aliquota IVA
- incrementi sui costi di farmaci e servizi
- copertura finanziaria degli ammortamenti pregressi
- venir meno del finanziamento da parte dello stato della L. 210/1992 - emotrasfusi.

Di seguito, si riporta una sintesi dei risultati economico- finanziari ottenuti nel 2013 dall'AUSL di Ferrara con una sintetica analisi degli andamenti gestionali.

Per una più puntuale si rimanda alla Relazione sulla Gestione 2013, parte integrante del Bilancio di Esercizio, già trasmessa a questa Regione il 07/05/2014, che ad ogni buon conto si allega al presente documento.

1.4 I Finanziamento all' Azienda USL di Ferrara

L'avvio della gestione 2013, per l'AUSL di Ferrara, è stata contrassegnata da una riduzione del Fondo Sanitario regionale di 7,6 milioni di euro (-1,25%). A fronte di complessivi € 607.537.220, trasferiti nel 2012, nel 2013 vengono trasferiti € 599.922.523. Inoltre la quota disabili del FRNA a valere sul Fondo Sanitario Regionale passa da € 7.507.560 a € 7.427.171 pari ad una speculare riduzione percentuale sul 2012 del -1%.

Ciò conferma il trend di calo che ha caratterizzato il finanziamento regionale nel corso dell'ultimo triennio che ha visto ridursi le risorse trasferite all'AUSL di Ferrara di 23,7 mln. di euro complessivi (pari a -3,8%).

	2011	2012	2013	2013 vs 2011
Quota di FSR comprensiva della quota di sostegno al processo di riorg.ne	623.704.908	607.537.220	599.922.523	
Var. su anno precedente		-16.167.688	-7.614.697	-23.782.385
Var %		-2,6%	-1,3%	-3,8%

A fronte di ciò, anche nel corso del 2013, così come per l'anno precedente, l'Azienda ha proseguito il processo virtuoso di contenimento dei costi, perseguendo costantemente una politica gestionale attenta e, soprattutto, dando corso, alle azioni contenute nel Piano di sostenibilità provinciale 2013-2016 elaborato congiuntamente dalle due Aziende Sanitarie della provincia, approvato in Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale in data 26/06/2013 e Deliberato dall'Azienda USL di Ferrara con atto n. 180 del 5/8/2013.

Nell'ambito delle azioni contenute nel piano di sostenibilità sono stati avviati nel 2013:

- il progressivo riassetto dell'offerta sanitaria provinciale, con l'obiettivo di allineamento ai parametri medi regionali del tasso di ospedalizzazione, durata media della degenza per funzioni critiche e realizzando il modello Hub e Spoke in sinergia con l'Azienda Ospedaliera;
- il riallineamento al consumo medio pesato per le prestazioni specialistiche, per riportarsi al costo medio pro-capite regionale per il livello Specialistica anche attraverso la rimodulazione dell'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliera;
- l'adozione di misure strutturali ed organizzative orientate alla riorganizzazione del territorio e dell'Ospedale, volte all'accorpamento delle sedi ed alla integrazione funzionale e tra Dipartimenti e Distretti, per sviluppare una condivisione di risorse;
- la concentrazione di funzioni e servizi tecnico-logistici e il completamento e la messa a regime dell'unificazione dei sevizi amministrativi e tecnici su base provinciale;
- l'avvio delle reti cliniche integrate con l'Azienda Ospedaliera;
- la conclusione del processo di costituzione del Laboratorio Unico Provinciale;
- l'operatività e concentrazione logistica dei Dipartimenti Interaziendali più "anziani" con condivisione delle linee guida e dei supporti informatici;
- le politiche di acquisto dei beni e servizi mediante il potenziamento delle procedure con Intercenter, Consip e di Area Vasta Centro Emilia con

conseguenti risparmi sui prezzi unitari di acquisto;

- l'implementazione di nuove modalità distributive dei farmaci tra cui la cosiddetta erogazione "per conto" che vede coinvolte le farmacie al pubblico in un nuovo accordo potenziato;
- la revisione dell'accordo integrativo locale con la Medicina Generale, in linea con l'Intesa straordinaria regionale, che vede una rimodulazione dal Giugno 2013 ed una programmazione 2014 avviata già da Ottobre 2013.

Il 2013 si è caratterizzato, inoltre, per le seguenti ulteriori azioni che hanno contribuito al riallineamento dei costi di produzione al livello medio regionale per l'Azienda USL:

Nell'ambito della farmaceutica convenzionata, l'obiettivo iniziale di contenimento dei costi ipotizzava un risparmio del 10% rispetto al consuntivo 2012, così come previsto dalla Regione ed evidenziato nell'integrazione all'accordo locale di giugno 2013, tuttavia già dal mese di luglio si è evidenziato un incremento delle prescrizioni che di fatto ha fermato il trend di calo della spesa. Grazie alle azioni attivate fin da subito: formazione ed incontri con i MMG per favorire il perseguimento degli obiettivi è responsabilizzazione dei prescrittori, è stato comunque possibile realizzare un risultato a consuntivo 2013 con un calo del -4,74% rispetto al 2012, in linea con il dato medio Regionale.

- L'incremento dell'attività di recupero ticket unitamente al venir meno degli effetti connessi alla DGR 747/2012 che consentì la sospensione dei pagamenti per prestazioni specialistiche a carico delle popolazioni terremotate ha consentito di realizzare un consistente incremento degli incassi dei ticket pari al +23% rispetto al 2012, superiore, anche, a quanto previsto nel bilancio di previsione 2013.
- La Medicina generale ha visto confermarsi positivamente gli effetti della revisione delle voci dell'accordo nazionale e regionale e dell'accordo integrativo locale; a ciò si è aggiunto l'ottimizzazione della Continuità Assistenziale riorganizzata nell'area di Bondeno a seguito del sisma del 2012 e della disattivazione del Punto di Primo Soccorso. Complessivamente si è registrato un recupero del 2% sull'anno precedente e si sono poste basi progettuali adeguate per il 2014.
- l'attività di sensibilizzazione operata nell'ambito della Medicina Generale con riferimento alla distribuzione dei prodotti per diabetici presso le Farmacie convenzionate e l'intenso monitoraggio presso i CAD aziendali, le ADI e le Strutture protette, ha consentito di ottenere un consistente risparmio alla voce dell'assistenza integrativa, in grado di contenere i fisiologici incrementi legati ai prodotti alimentari per celiaci con un calo complessivo del 3,73% sul 2012;
- l'applicazione dell'accordo AIOP ARIS per il 2013 contenuto nella DGR 517/2013 ha consentito una riduzione straordinaria del Budget verso le case di cura private rispetto al 2012, in particolare verso quelle provinciali -3,5%.
- I servizi tecnici, logistici ed alberghieri, ivi compresi le manutenzioni hanno realizzato una riduzione del 5% circa rispetto al 2012, tale virtuoso risultato si è realizzato grazie alle ricadute del processo di rimodulazione delle strutture di offerta attraverso l'accorpamento delle sedi di erogazione e la razionalizzazione dei posti letto passando dal regime di degenza al day hospital e all'ambulatoriale; in aiuto sono venute le misure di contenimento della spesa relativa a contratti di fornitura di beni e servizi previste dalla spending review

- con percentuali di riduzione fino al 10% calcolate a partire dall'applicazione della norma (metà 2012).
- L'attenzione rivolta alla gestione del patrimonio immobiliare ha comportato positive conseguenze anche con riferimento all'andamento delle locazioni sia passive che attive realizzando ricadute economiche positive pari al 19% rispetto al 2012; i costi sostenuti per le locazioni passive si sono ridotti di circa 200.000 euro rispetto al 2012;
 - la gestione del personale dipendente è stata caratterizzata dal rispetto dell'obiettivo regionale di limitazione del turn over del personale cessato al 25% oltre che dalla limitazione al -20% delle sostituzioni temporanee e di quelle previste per legge per garantire i servizi essenziali, tali azioni, congiuntamente con una politica gestionale di contenimento dei contratti libero-professionali e delle consulenze ha consentito all'Azienda di conseguire un risparmio sul 2012 pari a quasi il 3%.
 - La revisione nell'organizzazione dei trasporti ordinari dei degenti, in particolare con riferimento a quelli in sinergia con l'Azienda Ospedaliera, ha comportato risparmi fino al 10% sul consuntivo 2012.
 - La riduzione degli interessi passivi, in particolare per il minor ricorso all'anticipazione di tesoreria (-14%), e la riduzione dei tempi medi di pagamento che si allineano ai 90 gg., si è resa possibile anche a seguito del ricorso, da parte della Regione, all'anticipazione di liquidità prevista dal DL 35/2013 convertito con L 64/2013 e del DL 72/2013 per far fronte ai residui debiti 2012 e in via residuale utilizzata per consentire la riduzione dei tempi di pagamento anche sul 2013.
 - Ulteriori consistenti risparmi si sono realizzati a seguito della contrattazione dei budget riferiti ai consumi diretti di beni e servizi con le Unità Operative Aziendali che hanno rispettato obiettivi di riduzione fino anche al 10% coerentemente con quanto richiesto dalla "Legge di stabilità 2013" e dalla Spending Review;
 - Riorganizzazione delle funzioni amministrative e dei Dipartimenti Interaziendali: con la messa a regime del Dipartimento Acquisti e logistica, del Dipartimento Gestione del Personale e l'attivazione del Dipartimento Tecnico Patrimoniale e dell'Ingegneria Clinica.

In alcuni casi le ricadute economiche delle azioni poste in essere sono state superiori a quelle contenute nella Delibera dell'Azienda USL di Ferrara n. 119/2013 ad oggetto "Bilancio preventivo 2013"; ciò è stato possibile anche grazie al processo virtuoso innescato con l'applicazione delle disposizioni contenute nella Legge di Spending review (135/2011). In sintesi il risparmio complessivo conseguito dall'Azienda è stato pari a 14,5 mln. di euro.

Gli effetti connessi alle azioni virtuose di cui sopra sono stati necessari per compensare ad una serie di costi incrementali connessi prevalentemente a oneri non governabili quali la mobilità sanitaria attiva e passiva:

- la rendicontazione della Mobilità extraregionale 2012 pervenuta all'Azienda USL di Ferrara solo nella prima metà di Luglio 2013 dalla banca dati regionale ha determinato la necessità di un adeguamento del bilancio 2013. È stato evidenziato un consistente incremento dell'anno 2012 sul 2011 dei consumi di residenti della provincia di Ferrara presso strutture fuori regione, pari a 3,4 milioni di euro la cui motivazione è da attribuirsi, oltre che all'evento sismico, anche al trasloco dell'Ospedale S. Anna. A titolo prudenziale nel 2012 era stato precostituito un fondo di accantonamento che, data l'entità della variazione incrementale, non è stato sufficiente per coprire l'intero importo. Pertanto la

differenza incrementale a carico del Bilancio 2013 è risultata essere pari a 1.737.609 €.

- non essendo disponibili i suddetti dati durante l'elaborazione dell'iniziale Bilancio di previsione 2013, né tantomeno prevedibili nella loro consistenza, si è determinata una sottostima degli importi di previsione per circa 3 mln. di euro.
- Trend incrementale della mobilità passiva infra regionale, in particolare riferibile alla maggior spesa di alta specialità concentrata verso le strutture dell'IRST di Montecatone (Imola), dell'IRCCS Rizzoli, delle AOSP di Bologna e di Modena e verso la struttura privata Villa Maria Cecilia e villa Torri, per le quali l'incremento è legato alla quota di Budget Regionale di alta specialità (cardiologia) non negoziata direttamente dall'Azienda Usl di Ferrara e che produce un ulteriore effetto complessivo di incremento nel 2013 pari ad altri 2 mln. di euro.
- riduzione tendenziale della mobilità attiva pari a quasi il -9% rispetto al 2012, tale fenomeno si registra prevalentemente per effetto della riorganizzazione dell'offerta ospedaliera già rilevabile nel corso del 2012 ed in linea con le indicazioni regionali;
- a parziale compensazione dei punti di cui sopra, in corso d'anno, è stato rinegoziato, in lieve riduzione, l'accordo di fornitura siglato con l'Azienda Ospedaliera per la parte degenza, motivato dall'avvio a fine 2012 delle prime reti cliniche interaziendali avvenuto, a regime, solo a fine 2013, per un minor costo pari ad un milione di euro, calcolato su una base aggiuntiva "stimata" per le suddette motivazioni in 1,5 milioni di euro.

Con riferimento alle tematiche dei tempi di pagamento l'Azienda USL di Ferrara ha dato seguito ad un consistente piano di pagamenti nel corso del 2013, che nei limiti delle possibilità offerte dall'esposizione Debitoria nei confronti della Tesoreria mediante il ricorso all'anticipazione ha consentito il raggiungimento del risultato evidenziato in tabella:

	ANNO 2013	ANNO 2012	ANNO 2011
Beni economici	80	230	300
Beni farmaceutici	80	230	300
Servizi in appalto	80	180	200
Farmaceutica convenzionata	30	30	30
Case di cura (*)	75	150	120
Assistenza Termale	75	120	120
Cooperative sociali	50	90	90
Enti gestori case protette	50	90	90
Protesica	45	130	130
Attrezzature	80	150	150

Nel corso del 2013, in continuità con l'anno precedente, sono stati garantiti tempestivi pagamenti nei confronti delle imprese situate nelle zone colpite dal sisma, l'Azienda USL di Ferrara ha disposto periodici pagamenti mensili tesi a garantire la

liquidazione immediata delle fatture corrispondenti a debiti certi nei confronti delle Aziende situate nei Comuni indicati con DM del 1 giugno 2012.

La Regione ha fatto ricorso all'anticipazione di liquidità prevista dal DL 35/2013 convertito con modificazioni con la L. 64 del 6 giugno 2013 illustrata nel proseguo della Relazione alla voce Tempi di pagamento. Tale anticipazione è stata finalizzata alla riduzione dei tempi di pagamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, con particolare riferimento alle fatture relative al 2012 non ancora pagate alla data del 8 Aprile 2013.

Per l'Azienda USL di Ferrara, in virtù del piano dei pagamenti presentato, sono stati erogati a tal fine € 13.570.128,45 con i quali sono stati interamente saldate le fatture comprese nel piano dei pagamenti. L'anticipazione di liquidità relativa a fatture rientranti nel piano di pagamenti e già saldate con la cassa ordinaria aziendale, è stata utilizzata per procedere ad ulteriori pagamenti finalizzati alla riduzione dei tempi medi di pagamento. Ciò ha reso possibile, per fine 2013, il raggiungimento di un obiettivo di riduzione dei tempi di pagamento fino ad 80 gg. massimi, nonché una riduzione del valore di accesso medio dell'anticipazione di Tesoreria del 22% (da 20,9 mln. medi del 2012 a 16,3 mln. medi del 2013) e dei conseguenti oneri finanziari per un differenziale in riduzione tra il 2013 ed il 2012 di 242 mila euro.

2. Il governo delle risorse

2.1 Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle Aziende Sanitarie

Sono stati inviati, alle scadenze previste, i dati alla regione per il monitoraggio trimestrale in via ordinaria e per le verifiche straordinarie nei mesi di giugno e di settembre.

Sono utilizzati gli strumenti resi disponibili a livello regionale per proseguire la riduzione dell'esposizione debitoria al fine di contenere i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi. Ci si riferisce in particolare all'anticipazione di cassa di cui al D.lgs 35/2013 rispetto alla quale sono stati trasmessi alla Regione i prospetti contenenti il piano dei pagamenti e sono state effettuate le comunicazioni sulla piattaforma internet e via mail secondo quanto previsto dalla suddetta normativa. Sono state effettuate e sono tutt'ora in corso le certificazioni dei crediti richieste dai fornitori dei beni e servizi, mediante la piattaforma elettronica che è stata resa disponibile dal Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato, secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 25 giugno 2012, modificato dal Decreto Ministeriale del 19 ottobre 2012.

Sono stati inviati al Servizio Regionale di Programmazione economico finanziaria, con cadenza mensile, i dati necessari alla rilevazione periodica dei tempi di pagamento e dell'esposizione debitoria.

Gli obiettivi delle Aziende Sanitarie

Le Aziende Sanitarie per il 2013 sono impegnate a garantire il pareggio di bilancio, comprensivo degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno e degli oneri derivanti dall'applicazione dei criteri di valutazione secondo il Dlgs. 118/2011, secondo quanto previsto dalla Delibera Regionale n. 199/2013, della quale si richiamano sinteticamente i contenuti:

“per le Aziende sanitarie regionali l'obiettivo economico-finanziario dell'anno 2013 è rappresentato:

- dall'equilibrio economico-finanziario in sede di formulazione del Bilancio Economico preventivo e delle rendicontazioni trimestrali, corrispondente ad una perdita non superiore al valore degli ammortamenti non sterilizzati ante 2009;

- dal pareggio del Bilancio d'esercizio, determinato secondo le regole civilistiche, in sede di consuntivazione.”

Il risultato economico 2013 corrisponde ad un valore di +75.301 euro, coincidente con il pareggio civilistico conformemente con l'obiettivo economico regionale previsto dalla DGR 199/2013.

Nel corso dell'anno 2013 l'Azienda USL di Ferrara, così come le altre Aziende Regionali, si è impegnata, compatibilmente con la salvaguardia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, nell'attuazione di misure di razionalizzazione e di riduzione della spesa sanitaria previste sia a livello nazionale, dalla Spending Review (L. n. 135/2012) e dalla Legge di stabilità 2013 (L. n. 228/2012), sia a livello regionale mediante azioni messe in campo ed interventi volti ad incidere sul controllo dei costi ed a contrastare la contrazione del Fondo sanitario regionale 2013.

L'Azienda ha saputo far fronte agli eventi gestionali con una politica attenta ed in grado di garantire i recuperi di oneri non governabili attraverso maggiore efficienza. Va tenuto conto, in modo particolare, che l'Azienda USL di Ferrara non ha evidenziato costi aggiuntivi o minori ricavi durante i periodici incontri con la Direzione Generale Sanità e Politiche sociali; pertanto, per il secondo anno consecutivo, non si sono verificate eccedenze di spesa e quindi non si è reso necessario un ulteriore riparto a favore della stessa per garantire il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario.

Il risultato raggiunto nel 2013 da conto di una condizione che sviluppando e potenziando percorsi di sicurezza, garanzia e qualità per i pazienti, consolida l'equilibrio economico ormai, a livello strutturale. Il percorso virtuoso avviato dalla fine del 2010 che ha visto il raggiungimento del pareggio economico già nel 2012 e lo ha confermato nel 2013, può essere visto come un primo risultato che, partendo dagli obiettivi irrinunciabili di qualità e sicurezza, ha ottenuto la sostenibilità economica. Nel 2013 si è avviato un modello gestionale finalizzato alla programmazione di azioni sinergiche con l'Azienda Ospedaliera nella produzione e dell'offerta di servizi.

- Oltre a ciò si è consolidato il percorso ospedale-territorio il cui esito, è in primo luogo visibile in termini di maggiore completezza dei percorsi di cura per i pazienti ed in secondo luogo anche in termini di ottimizzazione dei costi di produzione (pari al meno 2% rispetto al 2012 per un valore assoluto di circa 12 milioni di euro). Di tali miglioramenti si dà conto nel proseguo della Relazione.

2.2 Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio

Nel corso del 2013 l'Azienda ha seguito le indicazioni nazionali e Regionali in merito all'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs. 118/2011 relativamente all'armonizzazione dei sistemi contabili e di Bilancio. Nella redazione del Bilancio d'esercizio si sono recepiti i Principi contabili generali ed applicati e di valutazione specifici del settore sanitario; son state adottate le procedure contabili contenute nella Casistica applicativa approvata con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 17 settembre 2012. nonché della collegata casistica applicativa.

- Attraverso adeguate procedure contabili si sono garantiti correttamente adeguati coefficienti d'ammortamento così come previsto dall'articolo 29 del D.Lgs n. 118/2011, come modificato dal comma 36, dell'articolo 1 della Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013) e dalla Casistica Applicativa n. 1 riferita ai bilanci delle

Aziende sanitarie ed avente ad oggetto "La sterilizzazione degli ammortamenti", approvata con D.M. del 17 settembre 2012;

- è stato adottato ed utilizzato il Piano dei Conti Regionale 2012. Opportunamente classificato nel software gestionale interno;
- i modelli CE ed SP sono stati compilati secondo le modalità previste dal decreto del Ministero della Salute 15 giugno 2012 che, ai sensi dell'art. 27 del D.Lgs n. 118/2011, rappresentano la base di riferimento per la redazione dei nuovi schemi di bilancio di cui all'allegato 2 al D.Lgs n. 118/2011;
- sono stati correttamente imputati i fatti gestionali inerenti i rapporti di scambio con altre Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna. Con riferimento alla chiusura 2012 è stata correttamente compilata la matrice degli scambi predisposta dal livello Regionale;
- i fondi rischi sono stati correttamente valutati ed estesamente rappresentati nella Relazione al Bilancio di Esercizio e nella Nota integrativa 2013;
- è stata garantita la partecipazione ai gruppi di lavoro Regionali che avevano l'obiettivo di assicurare l'omogenea applicazione del D.Lgs 118/2011. In particolare al gruppo di lavoro "Bilanci consolidati", Processi di certificazione riferiti: alla rilevazione delle giacenze e scorte, Fondi Oneri e Rischi e Budget Aziendale.

2.3 La programmazione pluriennale

È stato realizzato il Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il 2013-2016, a carattere Interaziendale, approvato con Delibera n. 180 del 05/08/2013 e presentato anche in Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, dalla quale è stato approvato in data 26/6/2013.

Il "Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il 2013-2016", adottato con Delibera dall'Azienda USL di Ferrara con atto n. 180 del 5/8/2013 e condiviso con l'Azienda Ospedaliera Universitaria, vuole rappresentare uno strumento indispensabile per sviluppare alcuni principi che di seguito si sintetizzano:

1. Garantire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.
2. Garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori.
3. Garantire quindi la sostenibilità economica, professionale e tecnica dell'intero sistema.
4. Sviluppare e mantenere l'efficienza delle sale operatorie.
5. Creare le Reti Cliniche integrate provinciali con ottimizzazione dell'Ospedale HUB e dei Centri Spoke.
6. Ripensare all'ospedale ed al territorio in rapporto alla complessità dei bisogni assistenziali dei pazienti.

Puntando al contenimento delle spese di funzionamento delle Aziende ed alla promozione dei processi di ottimizzazione nell'uso delle risorse, ormai scarse per tutti gli attori del sistema, le azioni hanno previsto l'avvio di una riorganizzazione, quale:

- 3 Ospedali di prossimità: Cento, Argenta e Delta, ciascuno caratterizzato da una organizzazione per livelli diversificati di intensità di cura;
- un servizio cittadino connotato dal ridimensionamento dell'Anello San Anna e dalla costruzione di una Casa della Salute, altre Case della Salute/Ospedali di Comunità;
- 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 vada verso un unico punto erogativo potenziando il territorio;
- 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.

2.4 Programma regionale per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile

Con L.R. Emilia Romagna n. 13 del 7/11/2012 ad oggetto "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio sanitario Nazionale" sono state approvate le norme per la gestione diretta da parte delle Aziende Sanitarie di tutte le richieste di risarcimento danni per responsabilità civile terzi in regime di cosiddetta "autoassicurazione" cioè senza più polizze di assicurazione.

Nel corso dell'anno 2012 è stata garantita la collaborazione con la formulazione di osservazioni scritte sulle varie proposte regionali presentate, fondamentali per la realizzazione di detto progetto di autoassicurazione.

E' stata garantita la partecipazione al corso di formazione organizzato dal broker Marsh e atto a formare professionalità in materia all'interno delle Aziende sanitarie ed elaborazione del progetto in collaborazione con l'AOSP.

Al progetto di autoassicurazione sono però state ammesse dalla Regione Emilia Romagna in via sperimentale soltanto l'Azienda Ospedaliera Sant'Orsola di Bologna e le Aziende Sanitarie appartenenti all'Aves a partire dall'anno 2013.

L'Azienda Usl di Ferrara ha continuato nel contempo anche per l'anno 2013 la trattazione dei sinistri per responsabilità civile verso terzi in cogestione con la propria Compagnia di Assicurazione, tramite l'apposito Comitato Valutazione Sinistri, secondo la procedura regolamentata e aggiornata da ultimo con atto deliberativo n. 320 del 19/11/2012.

Detto atto disciplina l'intera procedura aziendale per la gestione dei sinistri per la responsabilità professionale e non, per fatti riconducibili all'operato del personale e dipendente e assimilato che ha determinato richieste di risarcimento danni da parte di terzi.

I sinistri vengono aperti a termini di polizza presso la competente Compagnia di Assicurazione, all'interno dell'Azienda viene svolta un'istruttoria che vede coinvolte le strutture aziendali presso le quali si sono svolti i fatti nonché il Dipartimento Interaziendale di Medicina legale che redige per ogni caso relativa relazione medico legale.

Essendo prevista secondo le condizioni contrattuali pattuite nella relativa polizza di assicurazione una franchigia per sinistro a carico dell'Azienda Usl, le richieste di risarcimento danni vengono trattate in regime di cogestione fra l'Azienda Usl e la Compagnia di Assicurazione rappresentata dal proprio Loss Adjuster, tramite il Comitato Valutazione Sinistri presso l'Azienda Usl.

Il Comitato Valutazione Sinistri composto da dipendenti dell'Azienda Usl (un medico legale con funzioni di coordinatore e componenti del Modulo Affari legali e Assicurazioni) e da rappresentanti del Loss Adjuster, si riunisce periodicamente, anche con la presenza del broker, per l'esame congiunto dei vari sinistri, verificandone

l'istruttoria e i relativi presupposti medico legali e legali ed esprimendo una decisione circa la risarcibilità o meno del danno e sulla sua quantificazione, dando il nulla osta al Loss Adjuster di trattare con i danneggiati nei termini convenuti oppure esprimendosi in senso negativo con un rigetto.

Di ogni seduta vengono redatti relativi verbali contenenti le motivazioni delle decisioni assunte che vengono poi trasmesse al broker e al Loss Adjuster per la relativa trattazione con i danneggiati oppure per una mera comunicazione di rigetto.

Nei casi di definizione del sinistro con riconoscimento di somme a terzi danneggiati a titolo di risarcimento danni, la Compagnia provvede direttamente al pagamento dei danni agli stessi e l'Azienda Usl rimborsa poi le somme in franchigia alla Compagnia.

L'Azienda Usl attiva poi le relative procedure di "messa in mora" nei confronti dei dipendenti presunti responsabili al cui operato è riconducibile il danno liquidato e provvede alla conseguente denuncia alla Corte dei Conti, competente a valutare la sussistenza o meno della colpa grave nella condotta dei suddetti dipendenti o assimilati, presupposto fondamentale per la rifusione all'Azienda Usl del danno subito.

Nell'anno 2013 sono stati discussi e trattati n.70 casi di cui alcuni in più sedute del Comitato Valutazione Sinistri.

Le sedute complessive del CVS sono state n.16 di cui n.4 per audizione e informativa preventiva dei cosiddetti "danti causa" cioè dei dipendenti coinvolti negli eventi che hanno generato le richieste di risarcimento danni da parte dei terzi all'Azienda Usl: per n.10 di questi casi si sono profilate ipotesi di responsabilità professionale dei dipendenti che hanno preso parte ai suddetti eventi.

2.5 Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Per l'anno 2013, la Regione Emilia-Romagna è riuscita a garantire risorse del FRNA che, unitamente alla parziale reintroduzione del FNA, hanno assegnato alla provincia di Ferrara un importo leggermente superiore a quello trasferito nel 2012: RISORSE COMPLESSIVE 2013 (FRNA + FNA) al netto dei trascinamenti (+141.112 vs 2012).

Inoltre, come indicato dalla Regione, la programmazione delle risorse 2012 sono state programmate in un'ottica poliennale (tenendo conto del venir meno del FNA) e prevedendo uno spostamento al 2013 di circa 3 mln. di euro.

Di fatto, i "residui", come differenza tra quanto "realmente" programmato e quanto "effettivamente" utilizzato nell'anno 2012, ammontano a circa 3.700.000 €.

Per il 2013, la Direzione delle Attività Socio-Sanitarie, ha predisposto la proposta di ripartizione distrettuale delle risorse suddette, suddividendola per area di attività (anziani; disabili; gravissime disabilità acquisite, ecc.).

L'assegnazione ai Distretti delle risorse da programmare nel 2013, è stata calcolata utilizzando i criteri predefiniti dalla Regione Emilia-Romagna e facendo riferimento alla spesa "storica" distrettuale relativa agli oneri a rilievo sanitario per strutture residenziali e semiresidenziali per anziani al 31.12.2008 (+ 12 p.l. art.20 L.67/88 Comune di S. Agostino) ed alla spesa "storica" 2010 per le gravissime disabilità acquisite ex DGR 2068/2004.

RIEPILOGO RIPARTIZIONE DISTRETTUALE Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) e Fondo nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) - ANNO 2013							
DISTRETTO	A. Quota FRNA 2013 assegnata su popol. = >75 anni al 01/01/2012	B. Quota gravissime disabilità acquisite DGR 2068/2004	C. Quota FRNA DISABILI	D. Accredimento: quota aggiuntiva per gestioni particolari	FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE - ANNO 2013	FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE 2^ annualità Programma SLA	TOTALE RISORSE FRNA + FNA Anno 2013
OVEST	4.825.088	169.090	1.785.953	134.032	383.121	65.965	7.363.250
CENTRO-NORD	15.208.248	529.385	3.932.461	204.739	989.594	169.634	21.034.061
SUD-EST	7.907.629	358.040	2.293.935	227.230	548.672	95.717	11.431.224
TOTALE AUSL FE	27.940.966	1.056.515	8.012.349	566.001	1.921.387	331.317	39.828.535

Le quote relative ai "residui 2012", sono trascinate al 2013 riattribuendo ai singoli Distretti gli importi rilevati contabilmente al 31.12.2012. La CTSS ha approvato la proposta suddetta nella seduta del 23 maggio 2013.

Successivamente l'AUSL di Ferrara ha partecipato alla definizione dei tre Piani distrettuali per la non autosufficienza, programmando gli interventi a carico del FRNA e del FNA per l'anno 2013 avendo riguardo ai possibili impatti di storicizzazione di spese sui futuri esercizi. In collaborazione con i tre Uffici di Piano distrettuali è stata predisposta ed attuata la verifica delle attività e della spesa con l'inserimento dei dati nei sistemi di rilevazione regionale.

2.6 Il governo delle risorse umane

ANDAMENTO DELLA SPESA PER IL PERSONALE

Nell'anno 2013, la spesa per il personale dipendente, prevista in sede di Bilancio di Previsione in € 152.764.919, si è consolidata in sede di Bilancio consuntivo in € **150.882.652**, con una minore spesa del Personale Dipendente "netto" (tenuto conto delle posizioni di comando da e presso le Aziende Sanitarie Pubbliche e altri soggetti pubblici) di €. 4.127.733 rispetto all'Esercizio 2012.

Nell'ambito di un contesto economico e normativo che ha previsto una drastica riduzione della spesa per le risorse umane, la Direzione ha da subito attivato e via via rivisto e potenziato, un piano sistematico di iniziative, esteso ad ogni articolazione aziendale, per concretizzare le azioni previste dal Piano di sostenibilità 2013-2016, finalizzate a contribuire alla salvaguardia dei livelli di assistenza ed alla sostenibilità economica di sistema in sintonia con gli adeguamenti conseguenti alla ridefinizione del complessivo fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale, mantenendo lo stretto controllo delle condizioni di efficienza e appropriatezza.

Quadro normativo di riferimento

Anche per il 2013, quindi, gli obiettivi di gestione del governo delle risorse umane sono stati fortemente condizionati dalle disposizioni normative nazionali e dalle indicazioni regionali finalizzate al rientro economico e all'equilibrio economico-finanziario di sistema. Il quadro normativo risulta pertanto sinteticamente riferito a:

- Legge 23/12/2009, n. 191 (Legge Finanziaria 2010) che recepisce l'intesa in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni del

3/12/2009 (il nuovo Patto per la Salute), che all'art.12 prevede misure di contenimento della spesa e di riorganizzazione del personale, individuando le modalità attraverso le quali gli enti del SSN garantiscono il concorso alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica; la disciplina in materia di personale, in particolare, è contenuta nell'art. 1 e, sinteticamente riguarda:

- l'individuazione di un "tetto" alle spese di personale (comma 71);
 - previsione di modalità procedurali per il raggiungimento dell'obiettivo di contenimento della spesa (comma 72);
 - verifica del conseguimento degli obiettivi (comma 73).
- Legge 111/2011 (Manovra economica del luglio 2011) che ha prolungato le disposizioni di cui all'art. 2, commi 71, 72 e 73, della sopra citata Legge 23.12.2009 n. 191 per ciascuno degli anni 2013 e 2014;
- Legge 135/2012 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misura di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario) e in particolare l'art. 15, comma 21;
- Decreto Legge 31/05/2012, n. 78 (misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica) convertito – con modificazioni – in Legge 31/7/2010 n. 122 che detta disposizioni che in parte risultano direttamente applicabili alle Aziende del SSN e altre che lo sono per le linee di indirizzo e di principio che dettano in materia di contenimento della spesa e sulla gestione degli organici che si riassumono di seguito:
- blocco del rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro;
 - fissazione di un tetto massimo al trattamento economico complessivo dei singoli dipendenti;
 - divieto di aumentare il trattamento economico degli incarichi dirigenziali e non se non a fronte di un reale incremento delle funzioni e delle responsabilità attribuite e blocco delle progressioni economiche orizzontali (fasce economiche);
 - principi di riduzione delle voci di spesa relative alla formazione e al trattamento economico di trasferta;
 - obbligo di riduzione dei rapporti di lavoro a tempo determinato e a rapporto flessibile (lavoro autonomo, collaborazione coordinata e continuativa, prestazioni occasionali);
- Delibera di Giunta regionale n. 1014/2011 che recepisce le modalità applicative del documento della Conferenza delle Regioni relativo al decreto di cui al punto precedente e le Delibere di Giunta Regionale n. 1783/2011, 108/2012 e 705/2013 che recepiscono ulteriori modifiche apportate al documento medesimo;
- Delibera di Giunta Regionale n. 199 del 25/02/2013 che definisce le linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013;

Nell'ambito del quadro normativo di riferimento, in sintonia con le indicazioni regionali in materia di finanziamenti e criteri di gestione dell'organico, l'Azienda USL, nel corso dell'anno 2013, come precedentemente detto, nell'ottica del rispetto del piano di sostenibilità aziendale volto a ricondurre la gestione all'interno del vincolo economico assegnato dalla Regione, ha condotto una politica di rigore nella gestione delle risorse e degli istituti contrattuali che sinteticamente, di seguito, si ripercorre.

Individuazione di un tetto alle spese di personale

Le linee di programmazione e finanziamento indicate dalla R.E.R. con la citata delibera di Giunta n. 199 hanno fornito, nelle more della sottoscrizione del Patto per la Salute 2013-2015, le indicazioni e i principi per la predisposizione degli strumenti di Programmazione Economico-Finanziaria per l'anno 2013 ed in particolare gli obiettivi per l'anno 2013.

La citata delibera di Giunta ha delineato per il triennio 2013-2015, per ogni singolo anno, una significativa riduzione delle risorse disponibili evidenziando che, per la prima volta dall'istituzione del S.S.N., il livello di finanziamento del SSN ha subito una riduzione rispetto all'anno precedente dell'0,98%. Il Sistema Sanitario Regionale, anche a fronte della riduzione del livello di finanziamento prospettata per l'anno 2013, è impegnato a garantire il pareggio di Bilancio coinvolgendo le singole Aziende Sanitarie oltre che l'intero Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso, a porre in essere le azioni necessarie per il contenimento della spesa sanitaria, compatibilmente con la salvaguardia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, dando attuazione:

- alle 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;
- alle misure di razionalizzazione della spesa sanitaria previste dal citato articolo 17 del Decreto Legge n. 98/2011, convertito con modificazioni nella Legge 111/2011, recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria;
- alle 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);
- alle ulteriori misure previste dalla citata Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013), con particolare riferimento all'articolo 1, comma 131;
- alle misure regionali aggiuntive in materia di revisione tariffaria delle prestazioni di degenza ospedaliera, di definizione delle azioni per assicurare la sostenibilità delle cure primarie.

In continuità con quanto previsto negli anni precedenti, la delibera di Giunta Regionale n. 199/2013 ha confermato, anche per la programmazione sanitaria regionale dell'Esercizio 2013, l'obiettivo inderogabile del pareggio di Bilancio, che costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso che per le singole Aziende Sanitarie, perseguibile attraverso misure quali la riorganizzazione del modello di assistenza ospedaliera per intensità di cura e per intensità assistenziale, il riordino delle Cure Primarie e la revisione dei modelli organizzativi nonché attraverso il perseguimento delle azioni di sostenibilità e di razionalizzazione poste in essere a livello aziendale.

L'Azienda, pertanto, definisce e determina la propria voce di spesa complessiva per le risorse umane nel 2013 compatibilmente con il proprio equilibrio economico-finanziario complessivo, all'interno di un Piano di assunzioni presentato a livello Regionale e da questo approvato.

L'analisi dell'andamento di spesa nel corso degli anni ha mostrato una continuità nel contenimento dei costi delle risorse umane che evidenzia una flessione a partire dal 2011 in concomitanza con le norme nazionali sopracitate, ed in particolare, per l'anno 2013, ha permesso di realizzare il vincolo della riduzione dell'1,4% rispetto al consuntivo del 2006 (L.F. del 2008).

Si riporta di seguito un prospetto riassuntivo dell'andamento di spesa del personale dipendente e del lavoro autonomo che pone a confronto il costo consuntivo del 2013 rispetto al 2012. Tenuto conto della dell'incidenza sul costo del personale delle

posizioni di comando presso le Aziende Sanitarie Pubbliche della Regione e presso altri soggetti pubblici, si evidenzia un minor costo del personale dipendente "netto" di **€. 4.127.733, (pari al -2,6%) di risparmio dell'Esercizio 2013 verso il 2012.**

Considerando anche la minor spesa dell'Esercizio 2013, determinatasi con riferimento al lavoro autonomo, il minor costo complessivo del personale dipendente ed autonomo ammonta ad **€. 4.370.389 (pari ad un calo a consuntivo del -2,8%):**

	CONSUNTIVO 2012	2013	diff. Cons 2013 vs Consuntivo 2012	diff. %
B6) Personale Dipendente	155.931.768	150.882.652		
B.2.A.15.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	1.524.722	2.473.301		
B.2.B.2.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	658.619	593.716		
A.5.B.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando presso la Regione	58.942	58.713		
A.5.C.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso Aziende sanitarie pubbliche della Regione	377.539	415.957		
A.5.D.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso altri soggetti pubblici	405.863	329.968		
COSTO DEL PERSONALE DIPENDENTE NETTO	157.272.765	153.145.031	-4.127.733	-2,6%
B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	1.227.693	877.613		
B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	5.670	34.102		
B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	331.193	410.186		
LAVORO AUTONOMO	1.564.557	1.321.901	-242.656	
TOTALE COSTO DEL PERSONALE PRIMA DELLE IMPOSTE	158.837.321	154.466.932	-4.370.389	-2,8%
Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	10.420.919	10.064.551		
TOTALE COSTO DEL PERSONALE DOPO LE IMPOSTE	169.258.240	164.531.484	-4.726.756	-2,8%

Lavoro Autonomo

Per quanto riguarda il c.d. "lavoro autonomo" anche per l'anno 2013 l'AUSL di Ferrara ha mantenuto un atteggiamento di rigoroso controllo della spesa, conformemente alle

indicazioni nazionali ed a quelle fornite dalla Regione Emilia- Romagna con delibera n. 199/2013. La spesa gravante sul bilancio si è stabilizzata su una spesa di circa €. 870.922,70, inteso quale compensi per lavoro autonomo, sanitario e non, collaborazioni coordinate e continuative, escludendo le borse di studio, interamente gravanti su fondi extraziendali e gli altri rapporti di lavoro autonomo coperti da finanziamenti esterni.

La riduzione rispetto al consuntivo 2012 è stato di circa 262.000,00 euro. Tale contrazione è stata il risultato di una costante attenzione alle riorganizzazioni delle articolazioni aziendali, oltre che una revisione dei percorsi organizzativi interni, che hanno consentito di intervenire sull'organizzazione di attività senza intaccare i livelli prestazionali.

Anche se in misura minore, il risultato è stato determinato da processi di "stabilizzazione" di funzioni da tempo presenti nelle articolazioni aziendali.

Personale dipendente

La diminuzione del costo del personale dipendente "netto" pari a **€ 4.127.733** in rapporto al Bilancio consuntivo del 2012, considerato al netto dei rimborsi degli oneri stipendiali del personale in comando da e presso Aziende Sanitarie Pubbliche e altri soggetti Pubblici, per consentire un paragone di dati più omogenei, è in primo luogo orientata dall'applicazione delle politiche nazionali e regionali sulla gestione degli organici e delle assunzioni, nonché degli istituti contrattuali incidenti sulle dinamiche di costo del personale, in un'ottica di garantire **il rispetto dell'obiettivo regionale inizialmente posto**.

L'impegno dell'Azienda, avviato peraltro nel 2010, in tale prospettiva, è stato costante nell'analisi puntuale di ogni richiesta proveniente dai servizi, anche oltre il percorso di budget, ciò al fine di dare risposte maggiormente sostenibili, in grado di evitare disservizi e sovrapposizioni di funzioni.

L'attività è stata coerente alle indicazioni programmatiche ed economiche ivi contenute, agli obiettivi aziendali ed in sintonia con la programmazione sanitaria provinciale e regionale.

Un terzo anno di lavoro che ha confermato la propensione dell'Azienda al miglioramento organizzativo, funzionale e gestionale sia per quanto riguarda l'apparato amministrativo che in modo trasversale tutti i servizi sanitari aziendali.

Anche per tutto l'anno 2013 si è lavorato verso un miglioramento organizzativo tramite:

- una strategia di qualità capace di individuare priorità e compiere verifiche sugli effetti delle scelte operate;
- il miglioramento della gestione delle risorse, monitorando eventuali scostamenti tra obiettivi e risultati, individuandone le cause;
- il rafforzamento ed il miglioramento organizzativo dello staff e dei sistemi di controllo interni a sostegno della Direzione aziendale in tale difficile compito.

Gli interventi sull'organizzazione che hanno consentito all'Azienda di rispettare e addirittura migliorare l'obiettivo di Bilancio si sono mossi concretamente nelle sotto specificate direzioni:

- impostazione di un piano assunzioni a tempo indeterminato, cioè di stabilizzazione della spesa, sia in riferimento alla copertura del turn over che con riguardo ai processi di stabilizzazione degli organici per superamento di rapporti di lavoro autonomo, coerente con l'obiettivo economico 2013;
- attivazione di processi di riorganizzazione interna, in particolare riguardanti l'area tecnico-amministrativa e l'area dei servizi territoriali, in stretta sinergia

con l'Azienda Ospedaliera per promuovere processi di integrazione tra strutture analoghe, creando i Dipartimenti Interaziendali Tecnico, Patrimonio e Ingegneria Clinica e consolidando il funzionamento e l'integrazione reale di risorse di quelli già esistenti;

- interventi volti ad incidere sull'organizzazione dei servizi sanitari esistenti al fine di realizzare un livello superiore di efficienza nella gestione delle risorse umane, senza alterare il livello quali-quantitativo dei diversi servizi erogati.

Ciò premesso si prosegue di seguito nell'analisi con la presenza fondamentale di garanzia sulla tenuta sostanziale del sistema produttivo aziendale.

POLITICHE DEL PERSONALE 2013

Le politiche del personale adottate dall'Azienda nel 2013 si sono attenute alle linee di programmazione volte a definire gli obiettivi di spesa per il personale dipendente, approvate dalla R.E.R. con delibera di Giunta n. 199/2013.

Con tali linee la Regione affidava alle Aziende il compito di determinare, in coerenza con il piano di sostenibilità aziendale, la programmazione 2013 nel rispetto di criteri e con modalità comuni a tutte le Aziende del SSR. e specificatamente riguardanti la realizzazione dei sottospecificati obiettivi:

OBIETTIVI 2013

- per l'intero anno 2013, perseguimento del blocco del turn-over per il personale dipendente di profilo amministrativo, tecnico e professionale (dirigenza e comparto);
- predisposizione di un piano annuale di assunzioni a tempo indeterminato rispettoso dell'obiettivo medio regionale di copertura del turn-over fissato al 25% dei posti vacanti al 31.12.2012 e delle cessazioni 2013;
- adozione di tutte le misure idonee a garantire invarianza di spesa rispetto al 2012 per le assunzioni a tempo determinato su posto vacante e per esigenze straordinarie;
- fissazione di un tetto di spesa per le assunzioni a tempo determinato in sostituzione delle lunghe assenze, in riduzione del 20% rispetto a quella sostenuta alla stesso titolo nel 2012;
- miglioramento della qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione dei servizi attraverso processi di integrazione di attività e funzioni tra Aziende o su scala di Area Vasta o su scala Provinciale;
- avvio di politiche di razionalizzazione ed in particolare di integrazione - per attività uguali o affini - delle strutture complesse, valutando anche, nel caso di incarichi rimasti vacanti per quiescenza, l'ipotesi di soppressione o copertura interna, senza oneri aggiuntivi a carico dell'Ente e soprattutto previa e conseguente riduzione dei relativi Fondi.

Il crescente affermarsi di nuovi principi di gestione, spostano l'attenzione dell'Azienda verso più efficaci criteri di pianificazione e di controllo sulla gestione.

Questi criteri, che aiutano a migliorare il grado di efficienza, di efficacia e di economicità dell'attività vanno tutti nella medesima direzione: rendere sostenibile il sistema sanitario e le sue prestazioni.

Il rispetto delle direttive sopra illustrate, unitamente alla necessità di garantire la sostenibilità economico - finanziaria dell'Esercizio 2013, hanno richiesto un governo attento delle risorse disponibili nonché la tempestiva attuazione di politiche di razionalizzazione e riorganizzazione del sistema sanitario provinciale.

La presente sintesi rappresenta quindi l'anello conclusivo di un processo di programmazione che ha avuto origine con l'approvazione del Bilancio e diventa punto di riferimento per gli obiettivi futuri.

Esiste infatti un legame programmatico, di conseguenza, economico – finanziario consuntivo 2013, che unisce i diversi Esercizi e questa interconnessione diventa più evidente nel momento in cui si procede all'analisi dei risultati conseguiti.

Si procede ora all'analisi dei fattori che hanno determinato il risultato d'Esercizio 2013.

TRASCINAMENTI

Innanzitutto occorre considerare che il risultato d'Esercizio 2013 si caratterizza fortemente per l'impatto economico derivante dall'effetto trascinamento, in termini di minori costi, delle politiche del personale adottate dall'Azienda nel 2012.

In particolare, le strategie di programmazione adottate nel precedente esercizio, hanno determinato:

- TRASCINAMENTO di minori costi derivanti dal rispetto del turn-over pre-definito.

La cessazione nel 2012 di n. 80 unità di area comparto e n. 26 di area dirigenziale fra cui n. 6 strutture complesse sanitarie e n. 2 professionali, realizzatesi prevalentemente nel corso del 2° semestre, unitamente al rispetto della copertura del turn-over, ha determinato un impatto economico, in termini di minori costi, sul Bilancio d'Esercizio 2013 già di:

€ 2.100.000,00

- TRASCINAMENTO di minori costi per effetto di azioni programmatiche.

I percorsi progettuali ed operativi su alcune aree ospedaliere (prevalentemente di area chirurgica con superamento delle attività di Day Surgery a Copparo e Comacchio e di area medica con superamento della U.O. di Gastroenterologia al Delta, oltre ad altri percorsi di integrazione negli Ospedali di Comacchio/Delta e Cento/Bondeno) hanno reso disponibili unità infermieristiche e di supporto a fronte di posti vacanti e per sostituzioni, con conseguente cessazione dal servizio di personale precario.

L'effetto trascinamento di tali azioni, in termini di risparmio sulla spesa del personale a tempo determinato ed incidenti sul 2013, è stimato in

€ 350.000,00

PROGRAMMAZIONE 2013 – da Piano di Sostenibilità 2013-2015 approvato dalla CTSS del 26 Giugno 2013

A) INTERVENTI SULL'ORGANIZZAZIONE

Il processo di realizzazione della sostenibilità economica, iniziato a partire dal 2012 con il raggiungimento dell'obiettivo di equilibrio economico - finanziario è proseguito, in termini di ulteriore miglioramento, con la definizione del Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della Sanità Ferrarese per il periodo 2013 - 2016, approvato con Delibera n. 180 del 05.08.2013.

Tale fondamentale strumento di pianificazione, nell'intento di perseguire il progressivo miglioramento del sistema sanitario provinciale, ha delineato nuovi interventi di programmazione e di razionalizzazione delle attività che hanno complessivamente coinvolto le reti cliniche assistenziali e interaziendali, l'assistenza territoriale e determinato progetti di unificazione di area metropolitana e di area vasta.

La portata delle azioni messe in campo in tale quadro programmatico, in continuità con disposizioni contenute nella manovra economica del luglio 2011 (L. 111/2011), nella Spending Review e nelle Leggi di Stabilità 2012 - 2013, hanno consentito di sviluppare processi, in particolare incidenti sulle dinamiche della spesa del lavoro a tempo determinato e di tipo flessibile.

La programmazione 2013 ha preso l'avvio, come già successo nel 2012, con una rimodulazione delle attività durante il periodo di ferie programmate a fine anno e nel periodo estivo.

Le unità recuperate dalle chiusure estive hanno garantito la sostituzione delle lunghe assenze nei mesi da giugno a settembre.

Al termine di tale periodo, nell'ambito del piano di trasformazione della rete ospedaliera, sono stati realizzati interventi di carattere strutturale, con modifiche degli assetti nelle sotto indicate strutture:

1) nell'area medica della struttura ospedaliera di Copparo, è stato realizzato il mantenimento di un'area medica di degenza integrata con le attività di post-acuzie e pervenuti al superamento di 30 posti letto;

2) nell'area medica della struttura ospedaliera di Comacchio è stato realizzato il mantenimento di un'area di degenza medica integrata con le attività di post-acuzie con superamento di n. 20 posti letto;

3) nella struttura ospedaliera di Argenta, al termine della sospensione estiva, è stata realizzata una degenza post-operatoria, senza posti letto di DEA.

Nell'ambito delle prestazioni socio - sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, con decorrenza dal 01.07.2013 è cessata la gestione diretta della ex RSA di Tresigallo.

L'insieme delle azioni in area ospedaliera e territoriale anzidescritte, dopo alcuni interventi collegati ad azioni di sviluppo di servizi approvati nell'ambito della programmazione sanitaria pluriennale dell' Azienda, hanno consentito di realizzare il duplice obiettivo di:

- recuperare personale infermieristico e di supporto riallocabile a fronte di sostituzione delle lunghe assenze, con impatto economico, in termini di minori costi rispetto alla spesa sostenuta a tale titolo nel 2012, per

€ 550.000,00

- realizzare interventi di carattere strutturale connessi al piano di trasformazione della rete ospedaliera ed al completamento del processo di esternalizzazione della Residenza Sanitaria Assistita di Tresigallo, per una complessiva riduzione di spesa pari a:

€ 340.000,00

Come anzidetto, l'effetto trascinarsi delle Azioni 2012, unitamente agli interventi adottati nel 2013, hanno collocato la complessiva spesa per assunzioni a tempo determinato al di sotto dell'obiettivo regionale stabilito con delibera n. 199/2013 ed altresì in termini di ulteriore risparmio rispetto all'obiettivo aziendale inizialmente fissato per la compatibilità con il vincolo di Bilancio 2013. Le azioni promosse dall'Azienda sono coerenti con la necessità di recuperare il differenziale dei costi medi pro-capite 2011-2012 rispetto ai valori medi Regionali. Questo rientro è infatti uno dei

presupposti contenuti nel Piano di Sostenibilità triennale approvato dal CTSS nel Giugno 2013.

B) COPERTURA DEL TURN-OVER E PIANO ASSUNZIONI 2013

Le assunzioni a tempo indeterminato nel 2013 hanno riguardato:

- 1) la copertura di posti connessi alla realizzazione del PIANO ASSUNZIONI 2013, come approvato dalla RER nel rispetto delle indicazioni richiamate
- 2) altre, a completamento della programmazione 2012, dopo l'espletamento di regolari procedure concorsuali e di mobilità.

Facendo propri gli obiettivi di cui alla Delibera di Giunta n. 199/2013 precedentemente richiamata, nel rispetto dei vincoli di bilancio e dopo aver adempiuto in merito a quanto richiesto relativamente alla realizzazione dei processi di integrazione dei servizi, l'Azienda USL di Ferrara ha predisposto il PIANO ASSUNZIONI 2013.

La proposta di piano assunzioni a tempo indeterminato è stata predisposta dopo una complessiva disamina del fabbisogno aziendale volto a contenere la percentuale di copertura del turn-over nei limiti del 25% dei posti vacanti al 31.12.2012 e delle cessazioni programmate 2013, nel rispetto dei criteri previsti dalla richiamata delibera di Giunta e da successive note della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali n. 81308/2013, 168758/2013 e principalmente rivolta al perseguimento delle sotto specificate finalità:

- copertura di posti necessari a favorire il processo di riorganizzazione aziendale in linea con le specifiche indicazioni contenute nel Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il triennio 2013-2016, indicazioni finalizzate a promuovere il complessivo miglioramento della qualità e sostenibilità del sistema sanitario provinciale;
- copertura di posti di turn-over ritenuti indispensabili per garantire le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza oltre ad un adeguato livello qualitativo degli stessi, in linea con i requisiti previsti dalle norme di accreditamento istituzionale;
- stabilizzazione di posizioni lavorative connesse ad esigenze permanenti e legate al fabbisogno ordinario, ricoperte tramite contratti di lavoro a tempo determinato o con altre tipologie di lavoro flessibile.

La realizzazione del Piano Assunzioni 2013, autorizzato dalla R.E.R. con nota P.G. 0254568, si è conclusivamente determinato per assunzione a tempo indeterminato **di n. 13 unità**, in riduzione anche rispetto al vincolo regionale inizialmente stabilito:

Vincolo Regionale	Realizzazione	Realizzazione rispetto al vincolo
20	13	65%

Le assunzioni a tempo indeterminato connesse alla realizzazione della programmazione 2013, hanno riguardato la copertura definitiva dei sottoriportati posti, in parte già vacanti al 31.12.2012 e ricoperti a tempo determinato ed in parte connessi a cessazioni 2013.

SCHEMA RIEPILOGATIVO PIANO ASSUNZIONI 2013

Profilo	Decorrenza assunzione	Ricoperti a tempo determinato o con altre tipologie contrattuali
n. 1 Direttore di Organizzazione dei Servizi di Base	01.03.2014	Inc. ex art. 15 septies
n. 1 Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	01.07.2013	Tempo determinato
n. 1 Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione	05.01.2014	/
n. 3 Dirigenti Medici di Cardiologia	09.09.2013 16.09.2013 01.11.2013	Tempo determinato / In comando Az. Osp.
n. 1 Dirigente Medico di Ostetricia e Ginecologia	Procedure in fase di espletamento	
n. 1 Dirigente Farmacista	01.02.2014	Tempo determinato
n. 1 Collaboratore Prof. Sanitario - Dietista	16.09.2013	Incarico L.P.
n. 1 Collaboratore Prof. Sanitario - Ostetrica	29.08.2013	Tempo determinato
n. 3 Operatori Socio Sanitari	02.09.2013 08.09.2013 01.12.2013	Tempo determinato Tempo determinato Tempo determinato

Alcune assunzioni saranno effettive solo dal 2014, per effetto dei tempi di espletamento delle relative procedure concorsuali o di mobilità.

Le altre assunzioni 2013, connesse al completamento della programmazione 2012, riguardano la copertura delle due strutture complesse di Cardiologia ed Ostetricia e Ginecologia presso l'Ospedale di Cento, oltre a n. 3 figure di Area Dirigenziale Medica (N. 1 Dirigente Anestesista, N. 1 Dirigente Medico di Psichiatria e n. 1 Dirigente Medico di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e 3 di Area comparto (n. 1 Operatore Tecnico Specializzato Esperto – Autista di Ambulanza, n. 1 Collaboratore Professionale Sanitario – Tecnico della Prevenzione e n. 1 Collaboratore Tecnico Professionale - Geometra).

Il valore incrementale delle complessive assunzioni a tempo indeterminato 2013 rispetto al 2012 ammonta ad **€ 280.000**.

L'analisi delle ricadute sui servizi, consente di poter dire che è stata garantita una sostanziale tenuta delle attività che hanno evidenziato livelli sostanzialmente coerenti con gli andamenti Medi Regionali. Ciò è stato possibile, oltre che per effetto delle revisioni organizzative anzi descritte, attraverso:

- la prosecuzione, tramite il percorso di Budget annuale, delle attività di benchmarking interno su tutte le strutture organizzative aziendali prendendo a riferimento i dati di dotazione organica, le situazioni logistiche delle unità organizzative oltre ai dati di assenza del personale;
- una riorganizzazione delle funzioni di coordinamento e delle responsabilità nell'ambito dell'area del comparto valorizzando l'aggregazione delle stesse per area dipartimentale o territoriale;
- la ridefinizione di alcune funzioni nell'ambito della Direzione Infermieristica e Tecnica Aziendale prevedendo nuovi livelli di responsabilità senza incremento di dotazione organica;

- l'adozione di tutte le misure organizzative necessarie al reimpiego del personale infermieristico e supporto temporaneamente o definitivamente inidoneo alla specifica mansione, su posti disponibili aventi caratteristiche, per tipologie di funzioni, compatibili con l'impiego di tale personale;
- la riattribuzione dei carichi di lavoro nell'ambito dell'area tecnico - amministrativa;
- il miglioramento delle integrazioni organizzative nell'ambito dei Dipartimenti Interaziendali;
- la ridefinizione delle funzioni di responsabilità di struttura ed attribuzione di responsabilità a scavalco per quanto concerne l'area della dirigenza.
- nell'area Amministrativa e Tecnica, in particolare, in continuità con i precedenti Esercizi, è stata adottata una politica di gestione degli organici orientata a logiche di rivisitazione dell'organizzazione interna, di revisione dei processi, di sviluppo di procedure informatiche, di accorpamento di funzioni e persone.

L'integrazione tra le due Aziende sanitarie, rispetto all'utilizzo comune ed unificato dei servizi tecnici, amministrativi e sanitari è ad un avanzato stato di realizzazione e procede secondo le indicazioni regionali.

Relativamente alla valutazione sulla possibilità di non procedere alla copertura di strutture complesse sanitarie, per integrazione di attività uguali o affini, l'Azienda sta procedendo nel rispetto delle linee guida regionali.

Eventuali richieste di copertura sono inserite nei piani assunzione e sottoposti a preventiva autorizzazione regionale.

Con provvedimento n. 93 del 10/05/2013 si è proceduto, coerentemente con le indicazioni regionali richiamate, alla soppressione di n. 6 strutture complesse sanitarie e n. 2 di area professionale.

Si ritiene ora di completare la presente relazione illustrativa con la tabella sui dati di occupazione criterio uomo-anno, al fine di mettere in relazione l'andamento degli organici fra gli Esercizi 2012 - 2013 con le stime contabili precedentemente riportate.

DATI SULL'OCCUPAZIONE - CRITERIO UOMO/ANNO			
	Esercizio 2012	Esercizio 2013	Variazione
Personale dipendente in servizio a tempo indeterminato			
Personale medico e veterinario	457,53	442,65	-14,88
Personale sanitario non medico - dirigenza	56,1	54,87	-1,23
Personale sanitario non medico - comparto	1471,89	1448,61	-23,28
Personale professionale - dirigenza	8,25	7	-1,25
Personale professionale - comparto			0,00
Personale tecnico - dirigenza	3,66	3,65	-0,01
Personale tecnico - comparto	580,09	573,42	-6,67
Personale amministrativo - dirigenza	20	20	0,00
Personale amministrativo - comparto	253,99	244,75	-9,24
Totale personale a tempo indeterminato	2851,51	2794,95	-56,56

	Esercizio 2012	Esercizio 2013	Variazione
Personale dipendente in servizio a tempo determinato			
Personale medico e veterinario	10,37	7,44	-2,93
Personale sanitario non medico - dirigenza	3,3	2,65	-0,65
Personale sanitario non medico - comparto	14,7	8,76	-5,94
Personale professionale - dirigenza	0,83	1	0,17
Personale professionale - comparto			0,00
Personale tecnico - dirigenza			0,00
Personale tecnico - comparto	41,46	13,75	-27,71
Personale amministrativo - dirigenza			0,00
Personale amministrativo - comparto			0,00
Totale personale a tempo determinato	70,66	33,6	-37,06
DATI SULL'OCCUPAZIONE - PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12			
	Esercizio 2012	Esercizio 2013	Variazione
Personale dipendente in servizio a tempo indeterminato			
Personale medico e veterinario	454	453	-1,00
Personale sanitario non medico - dirigenza	58	55	-3,00
Personale sanitario non medico - comparto	1493	1481	-12,00
Personale professionale - dirigenza	7	7	0,00
Personale professionale - comparto			0,00
Personale tecnico - dirigenza	4	4	0,00
Personale tecnico - comparto	578	582	4,00
Personale amministrativo - dirigenza	20	20	0,00
Personale amministrativo - comparto	253	249	-4,00
Totale personale a tempo indeterminato	2.867	2.851	-16,00
	Esercizio 2012	Esercizio 2013	Variazione
Personale dipendente in servizio a tempo determinato			
Personale medico e veterinario	11	6	-5,00
Personale sanitario non medico - dirigenza	3	3	0,00
Personale sanitario non medico - comparto	10	11	1,00
Personale professionale - dirigenza	1	1	0,00
Personale professionale - comparto			0,00
Personale tecnico - dirigenza			0,00
Personale tecnico - comparto	28	4	-24,00
Personale amministrativo - dirigenza			0,00
Personale amministrativo - comparto			0,00
Totale personale a tempo determinato	53	25	-28,00

La gestione aziendale 2013 ha saputo individuare con tempestività le azioni di carattere organizzativo e strutturale più idonee a garantire il rispetto del vincolo di Bilancio posto dalla programmazione sanitaria regionale.

In continuità con le politiche aziendali degli ultimi Esercizi, la realizzazione della programmazione 2013 ha modificato in modo determinante, attraverso la stabilizzazione di posizioni lavorative precedentemente ricoperte da personale precario oltre alla realizzazione di importanti azioni di revisione organizzativa, la fisionomia degli assetti aziendali, rendendoli più adeguati alle esigenze qualitative del sistema sanitario provinciale.

Attraverso una combinata azione di governo del turn-over e di realizzazione dei processi di ristrutturazione aziendale, la fissazione di nuove regole di Budget e di gestione delle risorse si sta infatti assestando, la compagine numerica necessaria al funzionamento delle strutture sanitarie e tecnico amministrative dell'Azienda.

Le azioni di revisione organizzativa o superamento di attività nell'ambito dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali hanno infatti consentito di non ricoprire posti di area medica e di area sanitaria non medica resisi vacanti nel 2013, di ricollocare personale sanitario e di supporto a fronte di posti di turn-over 2012 - 2013 o in sostituzione delle lunghe assenze e di non rinnovare personale precario alla scadenza, con ciò riducendo in modo sostanziale il contingente di personale in servizio, sia a tempo indeterminato che determinato.

Più specificatamente, il quadro riportato evidenzia come, a fronte di un numero limitato di cessazioni per collocamento a riposo in parte compensate da nuove assunzioni effettuate e precedentemente descritte, l'incidenza del contingente a tempo indeterminato nel 2013 sia in forte calo rispetto al 2012, ciò ad ulteriore conferma dell'effetto trascinarsi determinato dalle politiche del personale impostate e realizzate nel 2012.

Anche la tabella del tempo determinato conferma il quadro delle Azioni precedentemente descritte, di forte flessione del personale precario nel 2013 rispetto al 2012, per effetto degli interventi strutturali sull'organizzazione realizzati nei due Esercizi di riferimento.

Nell'ambito dell'area tecnico-amministrativa è stato applicato il totale blocco del turn-over. A fronte di un tasso di copertura del Turn Over del 25% complessivo, il dato consuntivo si assesta al 19%.

La Direzione Aziendale, orientando la propria programmazione in un'ottica di continuo miglioramento rispetto all'obiettivo regionale inizialmente posto, presidiando ogni singolo processo anche oltre il percorso di Budget ha saputo determinare, oltre al risultato sopra descritto, una nuova consistenza organica oltre ad una significativa riduzione del personale precario, coerentemente con le più recenti disposizioni normative in materia di gestione degli organici.

Attribuzione ai Dirigenti di prima nomina, dopo cinque anni di servizio di incarico con funzioni superiori

In linea con le note e i documenti di indirizzo tecnico - operativo delle disposizioni di contenimento delle spese in materia di pubblico impiego, di cui al D.L. 78/2010 convertito con Legge 122/2010, predisposte dalla Conferenza delle Regioni e dalla Regione Emilia Romagna, l'effetto modificativo della posizione economica a beneficio del Dirigente di prima nomina, che si verifica al raggiungimento della prevista anzianità di servizio, è stato avviato nel corso dell'Esercizio 2013 con il riconoscimento

dell'indennità di esclusività e di equiparazione a far tempo dalla data di assegnazione dell'incarico, ai sensi dell'art. 27, comma 1 lett. b) o c), del CCNL dell'8/06/2000 delle Aree delle Dirigenze.

Gli incarichi sono stati assegnati dall'Azienda, nell'Esercizio delle proprie prerogative, provvedendo ad attuare le conseguenti azioni organizzative mediante sottoscrizione di contratto individuale nel quale sono state specificate le mansioni proprie connesse alla natura dell'incarico stesso.

Nel corso dell'anno 2013 con un programmazione aziendale comunicata alle OO.SS. sono stati conferiti n. 11 incarichi ai Dirigenti che hanno maturato i requisiti previsti dalla normativa contrattuale ed è stato conseguentemente posto in pagamento il riconoscimento economico della retribuzione di posizione (nelle sue componenti maggiorate di minima unificata e variabile aziendale), nonché dell'indennità di esclusività.

Il riconoscimento dell'indennità di equiparazione e di esclusività, infatti, dal 1/01/2011 non può avvenire in via automatica (in applicazione delle disposizioni in materia di contenimento delle spese di personale delle Amministrazioni Pubbliche previste dal D.L. 78/2010 convertito con Legge 122/2010), ma è subordinato all'attribuzione di un incarico che sia almeno fra quelli previsti dall'art. 27, comma 1 lett. c) del CCNL - Aree della Dirigenze dell'8/06/2000.

Da un punto di vista strettamente economico l'impegno di spesa conseguente alla retribuzione di posizione corrispondente al nuovo incarico affidato ai suddetti Dirigenti, è quantificato dalla griglia di graduazione degli incarichi, definita negli Accordi Sindacali del 23.12.2013 delle varie Aree Dirigenziali ed è stata finanziata con le disponibilità economiche del Fondo per la retribuzione di posizione del CCNL del 6/05/2010, previa verifica della necessaria disponibilità.

L'indennità di esclusività è stata corrisposta come conseguenza dell'attribuzione dell'incarico stesso, previa verifica dei requisiti contrattuali (5 anni di servizio sia a tempo indeterminato, sia a tempo determinato purché continuativo), è quantificata in €. 100.000 ed è stata invece posta a carico del conto economico specifico del Bilancio Aziendale.

Rispetto del divieto di superamento nel triennio 2011-2013 del trattamento ordinariamente spettante per l'anno 2010 (comma 1 dell'art. 9 D.L. 78/10)

Il comma 1 dell'art. 9 del Decreto 78/2010 ha introdotto per l'anno 2011 (oltre che per i successivi anni 2012 e 2013) il divieto che il trattamento economico complessivo dei singoli dipendenti anche di qualifica dirigenziale superi il trattamento economico ordinariamente spettante per l'anno 2010, compreso il trattamento accessorio, con le specificità riportate nel documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 13/10/2011, con cui vengono fornite le linee interpretative di cui al Decreto n. 78/2010.

L'Azienda ha rispettato il divieto in argomento ricomprendendo nel tetto rappresentato dal trattamento economico ordinariamente spettante per il 2010 tutte le voci del trattamento fondamentale ed accessorio aventi il carattere della fissità e della continuità, in relazione alla categoria, posizione e tipologia e/o incarico di inquadramento posseduti nel 2010, secondo le indicazioni specifiche del sopracitato documento.

Rispetto del divieto di superamento nel triennio 2011-2013 dell'ammontare complessivo delle risorse destinate al trattamento accessorio nell'anno 2010. (comma 2 bis art. 9 D.L. 78/10)

Il comma 2-bis dell'articolo 9 introduce, a decorrere dal 1° gennaio 2011 e sino al 31 dicembre 2013, il divieto di superamento, da parte dell'ammontare delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, del corrispondente importo dell'anno 2010. Viene inoltre stabilito che l'ammontare complessivo delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale è automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio.

Così come operato per l'anno 2012, nell'ambito delle iniziative da intraprese nel corso del 2013 per il contenimento dei costi del personale secondo le indicazioni di finanza pubblica, nel rispetto dei criteri fissati dalla deliberazioni regionali assunte a tal proposito, per quanto riguarda l'applicazione del divieto di superamento nel triennio 2011-2013 dell'ammontare delle risorse destinate al trattamento accessorio dell'anno 2010, l'Azienda ha continuato a perseguire tutti gli interventi necessari per la completa applicazione delle disposizioni contenute nell'art. 9 del D.L. n. 78/2010, convertito con L. n. 122/2010, sia per le disposizioni immediatamente rivolte agli enti del S.S.N. sia per quelle che risultavano applicabili in linea di principio.

Anche per tutto l'anno 2013, in continuità con il precedente esercizio, in piena applicazione delle disposizioni citate, è stata recepita l'introduzione del tetto all'ammontare complessivo delle risorse decentrate fino al 2013, pari all'importo dell'anno 2010, escludendo quindi qualsiasi possibilità di alimentazione automatica del fondo (ad es., art. 40 CCNL personale non dirigente comparto "Sanità" 7.4.1999).

In tale ottica è stata adottata una prima delibera aziendale di determinazione in via provvisoria dei fondi per il personale dipendente delle diverse aree, in applicazione dell'art. 9, comma 2 bis, del D.L. n. 78/2012 citato e delle indicazioni operative sopra riportate (delibera n. 111 del 31.05.2013) con la quale è stata formulato in via preliminare e cautelativa una prima determinazione della consistenza complessiva delle risorse per l'anno 2013, operando la detrazione del "trascinamento" quale quota parte per l'anno 2013 delle decurtazioni computate sulla base dell'evoluzione della consistenza occupazionale dell'anno 2012.

Sono, altresì, in corso di adozione due ulteriori provvedimenti deliberativi con i quali sono stati definiti, in applicazione dell'art.9, comma 2 bis, del D.L. 78/2012 citato, per ciascuna area di contrattazione collettiva, l'entità delle risorse per l'anno 2013, con le conseguenti riduzioni calcolate come quota parte dell'anno 2013, sulla base dell'evoluzione della consistenza occupazionale dell'anno 2013 (quota parte conseguente alle cessazioni del 2013) e sulla base delle azioni di riorganizzazione aziendale attivate nel corso dell'anno 2013.

Negli incontri sindacali del 13/03/2014 (area della dirigenza medica e veterinaria), del 2/04/2014 (personale dell'area del comparto) e in data 7/04/2014 (area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa) è stata data informazione alle organizzazioni sindacali sulla consistenza dei fondi del 2013 e del 2014 in relazione alle conteggi delle decurtazioni che derivano dalla dinamica del calo dell'organico per effetto delle cessazioni e delle azioni di riorganizzazione per quanto riguarda il rateo del 2013 e la stima dell'effetto "trascinamento" di tale calo del personale avvenuto nel 2013 sul 2014.

Nell'ambito del quadro provvisorio di finanziamento del trattamento economico accessorio, sono state raggiunte le intese con le organizzazioni sindacali per la definizione, in particolare, di:

OO.SS. Area Comparto:

- Accordo sulla Produttività collettiva e individuale anno 2013 del 23.12.2013;

- Accordo sulla Progressione economica del 23.12.2013, fermo restando l'applicazione del divieto dell'automatismo della progressione delle fasce;
OO.SS. Area della Dirigenza medica e veterinaria:
 - Accordo sulla retribuzione di risultato anno 2013 del 23.12.2013 (per l'Area della Dirigenza Medica l'Accordo ha durata biennale: 2013-2014);
 - Accordo sulla retribuzione di posizione anno 2013 del 23.12.2013 (per l'Area della Dirigenza Medica l'Accordo ha durata biennale: 2013-2014);
- OO.SS. Area della Dirigenza Sanitaria tecnica Professionale e Amministrativa:
 - Accordo sulla retribuzione di risultato 2013 del 23.12.2013;
 - Accordo sulla retribuzione di posizione 2013 del 23.12.2013.

Per tutti gli accordi sindacali sopra citati sono stati assolti gli obblighi informativi verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze e verso la Regione con l'invio e la pubblicazione sul sito internet aziendale delle relazioni tecnico illustrative con le modalità previste dalla Circolare n. 25 del 19/7/2012 del MEF. Tutti gli accordi sindacali hanno ricevuto parere favorevole in ordine alla certificazione di compatibilità economico-finanziaria di cui all'art. 40 bis del D.lgs. N. 165/2001 da parte del Collegio dei Revisori.

Si sottolinea che, così come nel 2011 e nel 2012, anche nel 2013 sono rimasti bloccati dal 31.12.2010, per l'Area del Comparto, gli automatismi delle progressioni economiche orizzontali mentre, così come per l'area della dirigenza le progressioni temporali indicate nelle tabelle per gli incarichi professionali dopo 3 anni e per i neo-assunti si fermano al 31.12.2010 e la corresponsione delle quote economiche viene mantenuta con riferimento al valore in godimento a tale data.

Gli importi unitari delle voci fisse e continuative del trattamento accessorio sono state assoggettate al blocco, ad invarianza delle condizioni giuridiche e gli importi unitari non sono stati oggetto di incrementi in sede di accordi sindacali decentrati.

Si evidenzia che per l'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria sono state ridefinite le quote economiche relative alla retribuzione di risultato, con una riduzione rispetto a quelle dell'anno precedente, in funzione delle risorse economiche consentite dai rispettivi Fondi contrattuali.

Processo di attribuzione degli obiettivi collegati alla componente variabile dello stipendio e sistema di valutazione del raggiungimento dei risultati attesi

L'Azienda, nel processo di Budget annuale, attribuisce gli obiettivi ai Direttori di Dipartimento (e di Distretto) che, a cascata, li attribuiscono ai Direttori di Struttura Complessa, questi ai Responsabili Struttura Semplice. All'interno delle Unità Operative i singoli Dirigenti possono vedersi attribuire tutti, alcuni od un solo obiettivo, coerentemente con l'organizzazione, gli incarichi e le attività. L'attribuzione avviene attraverso meccanismi di negoziazione e di concertazione; la condivisione e l'informazione degli obiettivi di Budget ai collaboratori rappresenta, già dal 2012 uno degli obiettivi di Budget assegnati ai Capi Dipartimento ed alle Strutture Complesse. Gli obiettivi sono articolati in: Obiettivi di Risorse (Umane e strumentali, beni e servizi), espressi in termini quantitativi, Obiettivi di Attività (espressi da indicatori) e Obiettivi descrittivi, sempre "misurabili con indicatore numerico".

Sistema di Valutazione sulla Performance organizzativa e individuale:

L'Organismo di Valutazione, che nel 2013 è stato strutturato con Delibera Aziendale N. 51 del 22/3/2013 "Approvazione regolamento organismo di valutazione aziendale" in

ottemperanza alle indicazioni regionali con Note prot. n. 11783 del 2011 e prot. n. 298303 del 2012 fornisce il supporto al percorso di valutazione (trimestrale e annuale), in un Collegio nel quale è presente anche la Direzione strategica. Attraverso la documentazione prodotta dai rispettivi Direttori e quella acquisita dalla Programmazione e Controllo di Gestione, il Collegio valuta il raggiungimento degli obiettivi negoziati all'inizio dell'anno; tali obiettivi possono essere eventualmente rinegoziati con la Direzione generale, in itinere, se vi sono esigenze cogenti ed ineludibili, secondo un processo ben definito, temporalmente nella fase di Revisione di Budget; di tali incontri viene redatta apposita verbalizzazione, trasmessa ai Direttori di Dipartimento ed OVA. Coerentemente con il risultato della valutazione ciascun Direttore valuta il contributo delle Strutture Complesse afferenti e dei loro Direttori che, a loro volta, valutano il contributo delle Strutture Semplici ad essi afferenti e così a cascata. Il risultato viene comunicato a ciascun Dirigente e, nei casi dubbi discusso. In caso di discordanza della valutazione ricevuta rispetto a quella attesa, ciascun dirigente ha facoltà di ricorrere ad una valutazione di secondo livello presso il superiore gerarchico diretto del proprio valutatore.

Collegamento alla componente variabile stipendio:

Dalla valutazione annuale del personale dirigente deriva la corresponsione della quota stipendiale legata allo stipendio di risultato. La valutazione è basata sul raggiungimento degli obiettivi di risultato fissati ad inizio anno nel documento di Budget aziendale, condiviso con i Direttori di Dipartimento e/o di Struttura Complessa.

Il riconoscimento economico collegato alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget, deriva da specifici accordi con le OO.SS. I citati Accordi Sindacali determinano le modalità di assegnazione delle risorse economiche finanziate dai Fondi della Produttività/Risultato ridefiniti annualmente per le diverse aree di contrattazione. La quota economica, per il personale dirigente, è proporzionata al grado di conseguimento degli obiettivi e, di conseguenza, riconducibile ad una graduazione proporzionale articolata su 4 fasce:

1. in presenza di valutazione pari o superiore al 90% il risultato si intende integralmente conseguito;
2. per valutazioni comprese tra il 70% e l'89% si riconosce una valutazione pari al 75%;
3. per valutazioni comprese tra il 35% e il 69% si riconosce una valutazione pari al 50%;
4. per valutazioni inferiori al 35% nulla viene riconosciuto.

Per il personale dell'area del comparto, gli accordi sindacali, definiscono le quote individuali in modo equiparato per il personale dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara, con articolazione su tre fasce economiche in relazione alla professionalità espressa.

Valutazione e sistema di garanzia:

La valutazione annuale viene effettuata sugli obiettivi di Budget, come già detto, in particolare dal 2013 sono valutati in capo ai Direttori di Dipartimento e Direttori di Strutture complesse anche gli obiettivi di informazione e comunicazione del Budget ai collaboratori.

Il modello comporta come riscontro documentale dell'avvenuta condivisione del budget per l'anno 2013 i verbali dei Comitati di Dipartimento, in quanto l'obiettivo è in capo ai Direttori di Dipartimento e di Distretto. Gli esiti delle verifiche trimestrali sono pubblicati a cura del Controllo di Gestione sul sito aziendale, trasmesse ad ogni

Direttore di Dipartimento, alla Direzione gestione delle risorse umane e al OVA, sull'andamento degli obiettivi di risorse (beni servizi e risorse umane) e sull'andamento degli obiettivi. La valutazione di prima istanza è in capo al diretto superiore gerarchico di ciascun Dirigente. Un eventuale contraddittorio tra un Dirigente ed il suo valutatore di prima istanza viene condotto dal superiore gerarchico diretto del primo valutatore, a garanzia della conoscenza del contesto e della materia del contendere. Il risultato delle valutazioni negative viene gestito dalla Direzione Aziendale, e dal OVA.

Valutazione performance organizzativa e individuale 2013

Fin dal proprio insediamento, la Direzione Aziendale, partendo dalla valutazione del raggiungimento degli obiettivi di risultato del Personale dirigente, ha intrapreso un percorso di revisione ed adeguamento dell'intero ciclo della performance, in coerenza con le indicazioni normative nazionali e regionali.

Negli anni precedenti ha provveduto alla revisione della composizione dell'Organismo di Valutazione Aziendale (OVA), alla individuazione di obiettivi di risultato per il Personale dirigente numericamente più contenuti, coerenti con gli obiettivi regionali e con le strategie aziendali, con indicatori di risultato definiti e misurabili, ha condiviso con la Dirigenza, anche attraverso specifici incontri di formazione, il nuovo percorso di valutazione ed ha effettuato il monitoraggio in progress degli obiettivi di risultato. Ha introdotto inoltre la valutazione della propria performance, poi validata dall'OVA.

Nel corso dell'anno 2013, l'Azienda ha poi provveduto, nella materia, alle seguenti azioni:

- ufficializzazione delle "Istruzioni operative sul sistema di valutazione aziendale"
- effettuazione della valutazione del raggiungimento degli obiettivi di risultato attraverso un Collegio di valutazione composto dalla Programmazione e controllo di gestione, dal Sistema informativo e committenza e dal Direttore Amministrativo aziendale, con il controllo metodologico dei criteri utilizzati e dell'intero processo da parte dell'OVA che ha poi effettuato, come negli anni precedenti, una relazione di sintesi trasmessa al Direttore Generale, secondo le recenti indicazioni regionali
- valutazione della propria performance con successiva validazione da parte dell'OVA
- pubblicazione dei documenti sopra indicati nel proprio sito istituzionale, nella sezione denominata "Amministrazione trasparente"
- presentazione e condivisione con il Personale dirigente sanitario ed amministrativo di una scheda di valutazione annuale della performance del Personale dirigente, individuale ed organizzativa, con sua sperimentazione nell'anno da parte dei Direttori dei Distretti, Dipartimenti ed Uffici di staff
- valutazione attraverso l'OVA, con relativa formalizzazione, degli obblighi relativi alla Trasparenza ed all'Anticorruzione, secondo le relative indicazioni normative
- condivisione con l'Organismo di Valutazione Aziendale dell'Azienda Ospedaliera S. Anna di una scheda comune di valutazione annuale individuale ed organizzativa per il Personale dirigente di entrambe le Aziende.

E' proseguito anche nel 2013 il percorso di Budget aziendale che assegna ai Direttori di Dipartimento (e da questi alle Unità Operative) gli obiettivi regionali ed aziendali (connotati da indicatori misurabili), sui quali vengono sviluppate verifiche trimestrali, pubblicate e disponibili.

La verifica finale definisce lo stretto collegamento con la valutazione organizzativa del Direttore del Dipartimento ed a cascata, con le Unità Operative complesse. L'esito di tali verifiche, formalizzato secondo specifici verbali e schede, costituisce il presupposto

per l'erogazione delle retribuzioni di risultato, in base a quanto previsto dai vigenti Accordi Sindacali.

Nel corso del 2013 ciascun Dirigente, con avvio a carattere sperimentale, ha sottoscritto una scheda comprendente gli obiettivi della propria valutazione annuale, relativa sia alla performance individuale che a quella organizzativa. Si prevede che per il 2014, sugli obiettivi della scheda, il Dirigente verrà valutato, dal proprio diretto superiore, con la possibilità di una seconda istanza da parte del diretto superiore del primo valutatore.

Come per il 2013, anche nel 2014 la valutazione della Performance del Personale dirigente, sia individuale che organizzativa, riguarderà anche gli obiettivi richiesti dalla normativa sulla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione.

Ridimensionamento dei Fondi contrattuali

In linea con le indicazioni di finanza pubblica sopra citate, sono state adottati dall'Azienda U.S.L. i provvedimenti deliberativi n. 354 del 28/10/2011 ad oggetto: Area Comparto: Rideterminazione in via provvisoria dei Fondi Contrattuali Aziendali per gli anni 2010 e 2011 e n. 446 del 22/12/2011 ad oggetto: Fondi Aziendali delle Aree Dirigenziali: ricognizione finanziamenti per l'anno 2008 e 2009 e rideterminazione in via provvisoria per gli anni 2010 e 2011.

Con i provvedimenti deliberativi sopra citati sono stati definiti i valori **di partenza** dei Fondi Aziendali i cui importi sono stati definiti escludendo qualsiasi integrazione automatica del Fondo (RIA e indennità infermieristica limitatamente al personale del comparto che sono state inserite, solo fino al 2010, in termini di rateo).

In conformità delle indicazioni contenute nel Documento della Conferenza delle Regioni del 12.10.2011, recepita con Delibera n. 1783 del 28/11/2011, intergrata con successive Delibere di Giunta n. 108 del 6.02.2012 e n. 705 del 3.06.2013, si è dato corso alla quantificazione delle decurtazioni dei Fondi Contrattuali.

Per quanto riguarda i conteggi per la riduzione dei fondi, come sopra anticipato, sono stati adottati i seguenti provvedimenti deliberativi:

- n. 128 del 22.05.2012 con il quale, in applicazione dell'art. 9, comma 2 bis, del D.L. n. 78/2012 citato e delle indicazioni operative sopra riportate è stata determinata, per ciascuna area di contrattazione collettiva, sulla base della consistenza complessiva delle risorse al 31.12.2010 e dell'evoluzione della consistenza occupazionale dell'anno 2011, l'entità delle risorse per l'anno 2011 con le conseguenti riduzioni calcolate come quota parte per dell'anno 2011;
- n. 171 del 25.06.2012 con la quale è stata formulata in via preliminare e cautelativa un'ipotesi di prima determinazione della consistenza complessiva delle risorse per l'anno 2012, operando la detrazione del "trascinamento" (quota parte per l'anno 2012), delle decurtazioni computate sulla base dell'evoluzione della consistenza occupazionale dell'anno 2011).
- N. 94 del 10/05/2013 con il quale, in applicazione dell'art. 9, comma 2 bis, del D.L. n. 78/2012 citato e delle indicazioni operative sopra riportate è stata determinata, per ciascuna area di contrattazione collettiva, sulla base della consistenza complessiva delle risorse al 31.12.2011 e dell'evoluzione della consistenza occupazionale dell'anno 2012, l'entità delle risorse per l'anno 2012 con le conseguenti riduzioni calcolate come quota parte per dell'anno 2012;
- N. 111 del 31/05/2013 con la quale è stata formulata in via preliminare e cautelativa un'ipotesi di prima determinazione della consistenza complessiva delle risorse per l'anno 2013, operando la detrazione del "trascinamento"

(quota parte per l'anno 2013), delle decurtazioni computate sulla base dell'evoluzione della consistenza occupazionale dell'anno 2012);

Oltre alla formalizzazione della decurtazione sui Fondi 2013 (delibera n. 111 del 31/5/2013) derivante dall'annualizzazione del calo del personale avvenuto nell'anno 2012, sono stati effettuati i conteggi delle decurtazioni che derivano dalla dinamica del calo dell'organico per effetto delle cessazioni e delle azioni di riorganizzazione per quanto riguarda il rateo del 2013.

Per tali conteggi sono state applicate le indicazioni contenute nell'articolo 9 del D.Lgs. 78/2010 e delle disposizioni operative recepite con delibera di Giunta regionale sopra citate, e precisamente:

- è stata conteggiata a saldo comparando l'entità del personale al 31 dicembre rispetto alla consistenza del medesimo al 1° gennaio, escludendo il numero delle unità da assumere, nei limiti di spesa consentiti dal piano occupazionale annuale e distinguendo tra categorie e dirigenza; inoltre nel calcolo dell'entità annuale di riduzione delle risorse si è tenuto conto della data di cessazione del personale fuoriuscito, in considerazione del diritto dei cessati all'attribuzione del trattamento accessorio per il periodo di permanenza in servizio nell'anno di cessazione, operando pertanto una riduzione in termini di rateo effettuata preventivamente all'erogazione nell'anno successivo del quantum spettante con riferimento all'anno di competenza precedente.

Sono state decurtate le risorse destinate alla corresponsione di tutti gli elementi retributivi accessori **con esclusione**:

- degli importi relativi alle fasce economiche del personale che cessa che restano, fino al 6/2/2013, all'interno del relativo Fondo, ma non sono disponibili fino a tutto il 2013, fatto salvo il loro utilizzo, in caso di assunzione di personale tramite procedure di mobilità ai fini del conferimento di nuove fasce economiche. Le quote che comunque permangono nel fondo, mancando contraria esplicita previsione di legge, soggiacciono all'ordinaria disciplina contrattuale. Si precisa che, con la citata delibera di Giunta Regionale n. 705/2013 sono state fornite indicazioni, in caso di cessazione del personale di operare con decorrenza dal 7/2/2013, una riduzione del Fondo per un ammontare corrispondente a quanto pagato a titolo di progressione/fasce che deriva dal calcolo della media tra cessati e assunti nell'anno preso a riferimento;
- degli importi relativi alla retribuzione di posizione per gli incarichi dirigenziali (parte fissa parte variabile), ivi compresa l'indennità di struttura complessa, e alla retribuzione di posizione (incarichi di posizione organizzativa) e l'indennità di coordinamento: a fronte della cessazione dal servizio di titolari degli incarichi, restano nel fondo e possono essere utilizzati in quanto l'Azienda, nell'esercizio delle prerogative di organizzazione degli uffici, ha inteso riservarsi di riattribuire i medesimi incarichi o riservarsi di modificare il valore dei singoli incarichi in conseguenza dell'incremento delle mansioni ad esso correlati. E' stato, invece, decurtato dal Fondo l'importo relativo a una posizione che, sempre nell'esercizio dei poteri organizzativi, l'Azienda ha stabilito di eliminare. In questo caso la risorsa decurtata costituisce economia di bilancio;
- degli importi relativi alle indennità di disagio, rischio, turno, di reperibilità, di struttura, di maneggio valori, i compensi per particolari responsabilità, compreso il lavoro straordinario, che vengono tenuti a disposizione per corrispondere quanto necessario nell'ambito della organizzazione dei servizi, in quanto l'Azienda ha ritenuto mantenere l'attuale organizzazione a garanzia della continuità dei servizi.

- degli importi relativi agli incentivi per le attività di progettazione e pianificazione nonché di patrocinio legale (rispettivamente previste dal D. Lgs. 163/2006 e R.D. 1578/1933) nonché i compensi ai Dirigenti in regime di omni comprensività, agli incentivi derivanti dall'applicazione della Legge 449/97;
- salvo quanto detto sopra, le somme che restano nei fondi al di fuori dei casi specificati e che, pertanto, non costituiscono economie di bilancio sono da considerare residui da utilizzarsi secondo le regole contrattuali fino ad ora applicate;

In riferimento alla elencazione delle voci escluse a quanto esplicitato a proposito di ciascuna voce si precisa che a partire dall'anno 2011:

- 1) il calcolo delle risorse da destinarsi nell'anno al trattamento accessorio è stato effettuato prendendo come base di riferimento quelle definiti al 31/12/2010;
- 2) sono stati utilizzati i residui relative alle risorse dell'anno precedente; la destinazione degli stessi è avvenuta secondo quanto stabilito dai CCNL e dai contratti decentrati integrativi;
- 3) gli importi relativi alla RIA non hanno accresciuto le risorse; nel 2011 resta acquisita la quota parte di RIA risultante dalla situazione verificata al 31/12/2010, escludendo gli effetti di trascinamento sul 2011;
- 4) salvo quanto detto sopra, le somme che restano nei fondi al di fuori dei casi specificati e che, pertanto, non costituiscono economie di bilancio sono state considerate residui da utilizzarsi secondo le regole contrattuali fino ad ora applicate;

Modalità di determinazione del quantum da ridurre:

è stato determinato un importo medio, mediante la somma delle quote individuali delle voci accessorie erogate, in conto competenza nell'anno precedente, al personale che cessa, diviso per il numero delle unità cessate nell'anno stesso. L'importo così determinato è moltiplicato per l'entità numerica di riduzione nell'anno del personale in servizio, al netto di eventuali unità ancora da assumere di competenza.

Per quanto riguarda i fondi per la corresponsione della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi (relativamente all'area del personale delle categorie/livelli) e della retribuzione di risultato (relativamente al personale delle aree dirigenziali), l'importo pro-capite da decurtare è stato ottenuto calcolando il valore pro-capite del fondo consolidato al 31.12. 2012 con riferimento ai presenti alla stessa data. Ai fini del calcolo, si precisa che il fondo per la produttività e il risultato sono stati decurtati tenendo conto delle presenze nel periodo 31/12/2012 – 31/12/2013, computando il dato medio sul fondo consolidato, al netto delle risorse regionali, di cui agli articoli 6 CCNL – Area del Comparto 5/6/2006, 9, comma 1, CCNL 10.04.2008 e 8, comma 1, CCNL del 31.07.2009, e di eventuali residui provenienti dagli anni precedenti; nell'ammontare complessivo delle risorse destinate al trattamento accessorio dell'anno 2010 non sono stati comprese le somme di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 1561/2011 "Approvazione dell'intesa con le Organizzazioni Sindacali per l'incentivazione della flessibilità del personale appartenente all'Area del Comparto del Servizio Sanitario Regionale";

Fermo restando quanto sopra precisato e in conformità a quanto specificato nel documento della Conferenza delle Regioni e Province autonome circa il trattamento accessorio, in caso di cessazione di personale, sono state ridotte pro quota le risorse destinate a corrispondere le seguenti voci retributive fisse:

- 1) Dirigenti Medici e Veterinari
 - Indennità di specificità medica;
 - Assegno ad personam (fatta salva l'ipotesi di assunzione di dirigenti ai quali spetta l'assegno)

- 2) Dirigenti SPTA
 - Assegno ad personam (fatta salva l'ipotesi di assunzione di dirigenti ai quali spetta l'assegno)

- 3) Personale Area del comparto
 - valore comune indennità qualificazione professionale
 - Indennità professionale specifica (inclusa indennità RX).
 - Dal 07/02/2013 è operata una riduzione (del Fondo dell'Area del Comparto per il finanziamento delle Fasce Retributive, per le Posizioni Organizzative) per un ammontare corrispondente a quanto pagato a titolo di progressione/fasce che deriva dal calcolo della media tra cessati e assunti nell'anno preso a riferimento, pur tenendo conto di una adeguata ponderazione del rapporto tra assunzioni e cessazioni in funzione delle fasce già in godimento dei nuovi assunti;

Riassumendo, per l'anno 2013, le decurtazioni operate con i criteri sopra riportati, riguardanti l'annualizzazione delle cessazioni e delle soppressioni delle funzioni relative all'anno 2012 e il rateo, competenza 2013, delle decurtazioni relative alle cessazioni e alle soppressioni di funzioni avvenute nel 2013 con il criterio delle unità equivalenti (uomo/anno) è riassunto come di seguito specificato (quote da decurtare, escluso oneri a carico dell'Azienda):

	DECURTAZIONI 2013 AREA DIRIGENZA			
	Fondo Posizione		Fondo Risultato	
	Dec. ann.ne cess. e sopp. Fig.dir. 2012	Dec. rateo cessazioni 2013	Dec. ann.ne cess. e sopp. Fig.dir. 2012	Dec. rateo cessazioni 2013
MEDICI	205.255	8.057	45.859	3.746
VETERINARI	0	0	0	0
T.A.P.	40.177	0	7.156	0
DIR. SANITARI	0	0	0	2.285
TOTALE	245.432	8.057	53.015	6.031

Per quanto riguarda le decurtazioni dell'Area del Comparto, per quanto riguarda l'anno 2013, le decurtazioni operate con i criteri sopra riportati, riguardanti l'annualizzazione delle cessazioni relative all'anno 2012 e le decurtazioni relative alle cessazioni, alle soppressioni di posizioni organizzative e coordinamenti e alle azioni di riorganizzazione, per il rateo di competenza con il criterio delle unità equivalenti (uomo/anno) è riassunto come di seguito specificato (quote da decurtare, escluso oneri a carico dell'Azienda):

DECURTAZIONI 2013 AREA COMPARTO

	Fondo Fasce/Pos.Org.		Fondo Produttività		Fondo Disagio
	Dec. annual. cess. e P.O. 2012	Dec. rateo quota parte anno 2013	Dec. annual. cess. e P.O. 2012	Dec. rateo quota parte anno 2013	Dec. rateo azioni riorg. quota parte anno 2013
competenze	108.058	19.130	75.855	23.312	46.882

Spesa per le missioni

Nell'ambito delle disposizioni di principio contenute nel D.L. n. 78/2010 convertito con Legge n. 122/2010 sono state intraprese varie iniziative per contenere la spesa per le missioni seguendo, anche per l'esercizio in esame, l'applicazione del regolamento in materia di trasferte, utilizzo del mezzo proprio in alternativa all'automezzo aziendale o ai trasporti pubblici, approvato con Delibera n. 319 del 30.09.2011.

ANNO 2012 Euro 441.824

ANNO 2013 Euro 406.179

Vacanza contrattuale

In linea con le indicazioni della nota del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 44 del 26.3.2010, con quanto disposto dalla Ragioneria Generale dello Stato con nota 25891 del 23.3.2010, con quanto disposto dalle Linee di Programmazione e Finanziamento delle Aziende del SSR per l'anno 2013 contenute nella Delibera di Giunta Regionale n. 199 del 25/02/2013, nel corso del 2013, stante la perdurante assenza di rinnovi contrattuali, è proseguita la corresponsione dell'indennità di vacanza contrattuale nella misura pari a quella erogata dal mese di luglio 2010. I relativi importi, determinati in complessivi € **556.556,50**, dettagliati come di seguito rappresentato, sono considerati quale costo del personale dipendente e non alle voci di accantonamento:

COMPARTO	400.143,36
DIRIGENZA NON MEDICA	26.109,20
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	130.303,94

Relazioni sindacali

Le relazioni sindacali tenute nell'anno 2013 con le rappresentanze sindacali aziendali delle diverse aree negoziali sono state caratterizzate, come ogni anno, dalla conclusione degli specifici accordi sulle materie strettamente economiche e quindi sulle modalità di distribuzione e di utilizzo delle risorse dei vari **Fondi contrattuali** delle rispettive aree, con particolare riguardo alla retribuzione di risultato per il personale dirigente e all'incentivazione della produttività per il personale del comparto, in linea con la ridefinizione annuale delle risorse finanziarie disponibili.

Sono stati inoltre trattati allo specifico tavolo dell'area del Comparto e conseguentemente approvati sia il nuovo regolamento che disciplina il conferimento degli incarichi di **Posizione organizzativa**, sia la parziale modifica al regolamento aziendale sull'istituto della **Mobilità del personale**.

Sempre con l'area del Comparto è stato siglato un fondamentale Protocollo aziendale che riguarda l'applicazione operativa del progetto di realizzazione della **Centrale Operativa 118 di Area omogenea Emilia Est**.

Su tutti i tavoli (Dirigenza e Comparto) sono stati costantemente e tempestivamente riportati gli andamenti dei percorsi di revisione delle articolazioni aziendali e le azioni di riorganizzazione già avviati nel 2012, arrivando in particolare a definire l'effettiva applicazione dei nuovi modelli organizzativi dei Dipartimenti di Sanità pubblica, Cure Primarie, DAI SM-DP.

Sono stati inoltre sviluppati sui tavoli interaziendali i confronti sui percorsi organizzativi per la costituzione o completamento dei vari Dipartimenti interaziendali e delle Reti cliniche assistenziali, anche alla luce dei contenuti del "Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il 2013-2016" approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Nel corso del 2013 il confronto sindacale con le Aree Dirigenziali ha approfondito altresì gli aspetti relativi alla **attività libero - professionale** in base alle indicazioni regionali, come disposto dalla legge 189/2012 (decreto Balduzzi), arrivando all'istituzione dell'Osservatorio permanente, costituito con le Organizzazioni Sindacali interessate nella forma della Commissione paritetica bilaterale.

Infine, empre con le Aree Dirigenziali, in attesa della normativa regionale applicativa del D.lgs. 150/2009 per la costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione unico a livello regionale, si è sviluppato un costante confronto sull'applicazione in sede locale della scheda di valutazione dei dirigenti.

Libera professione

L'AUSL di Ferrara ha dato puntuale applicazione alle linee guida regionali in materia di attività libero-professionale intramuraria con particolare riferimento a quelle successive ed applicative del c.d. "Decreto Balduzzi" attuative dell'art. 1, comma 4, della L. 120/2007 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria "come modificato dal D.L. N. 158 del 13.09.2013 approvate dalla Giunta della Regione Emilia-Romagna con delibera n. 1131 del 2 agosto 2013.

Nello specifico si ritiene di evidenziare tutti i percorsi interni sviluppati in applicazione delle predette indicazioni.

Con riferimento alle note della Regione Emilia - Romagna prot. n. 0238243 dell'11.10.2012 e prot. n. 255359 del 31.10.2012, entro il 30.11.2012, è stata effettuata la ricognizione straordinaria degli spazi dedicati all'attività libero professionale intramuraria nonché dei volumi di attività, così come previsto dall'art. 2 del d.lgs. 23 settembre 2012 n. 158, convertito nella legge 8 novembre 2012 n. 189 (Decreto Balduzzi).

Contestualmente come previsto dalla normativa, i professionisti operanti in spazi sostitutivi che hanno optato entro il 30/11/2012 per il mantenimento dell'attività, sono stati autorizzati fino al 30/04/2013 (termine successivamente differito fino al 31/10/2013 con la nota dell'Assessore regionale delle politiche per la salute prot. n. 84302 del 03/04/2013).

Dall'01.01.2013 l'AUSL di Ferrara ha dato applicazione alla trattenuta ulteriore sul compenso del professionista pari al 5%, come previsto dal "Decreto Balduzzi" e secondo le indicazioni dei direttori generali di Area Vasta Emilia Centrale comunicata con nota del Coordinatore del 6.12.2012, facendone semplice preventiva comunicazione oltre che agli interessati anche alle OO.SS., anche in apposite sedute trattanti.

Dall'applicazione delle predette direttive l'Azienda ha avuto complessivamente 3 rientri di professionisti dagli studi privati e n. 5 rientri dalle strutture convenzionate non accreditate.

Dopo l'approvazione della direttiva regionale contenuta nella delibera di Giunta n. 1131 del 03/08/2013, l'Azienda ha provveduto a valutare la disponibilità e l'adeguatezza di spazi interni idonei allo svolgimento dell'ALPI, onde pervenire alla conferma o eventuale revoca delle autorizzazioni a prestare attività in spazi sostitutivi.

Si è provveduto a verificare le richieste dei professionisti interessati a mantenere l'attività sugli spazi sostitutivi, alla luce dei parametri indicati al punto 4) della stessa direttiva regionale e di seguito riportati:

"Lo spazio dedicato all'esercizio sia dell'attività istituzionale sia dell'attività libero professionale intramoenia è adeguato e idoneo qualora possieda i requisiti di autorizzazione previsti dalla DGR n. 327 del 23 febbraio 2004 recante "Applicazione della L.R. n. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti".

L'idoneità e l'adeguatezza degli spazi sia interni che esterni per l'esercizio dell'attività libero professionale viene valutata dall'Azienda e dall'IRCCS sulla base seguenti criteri:

- necessità del collegamento alla infrastruttura di rete ;
- dotazione di attrezzature sanitarie necessarie in relazione all'attività specifica erogata in libera professione;
- problematiche cliniche trattate, anche avuto riguardo all'opportunità di garantire condizioni ambientali di particolare riservatezza;
- possibilità di organizzazione dei servizi accessori necessari per garantire l'esercizio dell'alpi (qualità di accoglienza e idonei canali di accesso da parte dell'utenza dell'alpi, gestione procedure di fatturazione, incasso e rendicontazione; pulizia e disinfezione; fornitura materiali ed attrezzature ecc.);
- valutazione della domanda di prestazioni da parte dei pazienti in relazione all'ubicazione sul territorio dello spazio dedicato all'alpi;
- unicità dello spazio in cui il professionista è autorizzato a svolgere l'alpi che può essere o solo interno o solo esterno, (a livello provinciale). Per gli spazi interni è prevista la possibilità di erogare prestazioni in libera professione anche in più sedi aziendali. Il criterio dell'unicità dello spazio può essere motivatamente derogato qualora l'Azienda o l'IRCCS ritenga di autorizzare spazi esterni situati al di fuori degli ambiti territoriali di pertinenza, secondo quanto di seguito definito.

Nella concessione dell'autorizzazione si è tenuto conto del principio dell'unicità dello spazio. A tal fine i professionisti sono stati invitati ad optare in ordine alla scelta di proseguire la propria attività nello spazio privato rispetto a quello aziendale.

Per due professionisti operanti in spazi collocati fuori dal territorio provinciale l'AUSL di Ferrara ha richiesto alla Azienda sul cui territorio insiste lo spazio esterno (ULSS di Rovigo per entrambi i casi), la prevista autorizzazione così come previsto dalla direttiva regionale di cui alla delibera n.1131 del 2013. L'ULSS 18 di Rovigo ha comunicato di non avere alcuna competenza in merito alla concessione di autorizzazione, in quanto né le indicazioni della regione Veneto né quelle nazionali prevedono tale obbligo.

Dalla verifica effettuata in applicazione delle direttive regionali, tenuto conto anche delle conseguenze del sisma del 2012 sulla reperibilità di spazi disponibili, al 31.10.2013 è emersa la possibilità di autorizzare in via residuale fino al 31.12.2014

- l'utilizzazione degli spazi privati per 8 professionisti ;
- il mantenimento delle convenzioni con strutture private non accreditate ai sensi dell'art.15 quinquies, co.2 lett.c) d.lgs.502/92 e s.m. e art.55, co.1 lett.c) CCNL dell'8/6/2000 per erogazione di prestazioni richieste da singoli utenti per 4 professionisti .

La concessione e il mantenimento all'utilizzo degli spazi sostitutivi di cui ai punti precedenti è subordinata:

- 1) alla verifica della loro idoneità e adeguatezza, ex DGR n. 327 del 23 febbraio 2004;
- 2) alla sottoscrizione di specifica convenzione con il professionista e la struttura convenzionata la ove presente;
- 3) al collegamento alla infrastruttura di rete di cui al successivo punto 3);
- 4) al mantenimento dei requisiti su cui si è basata la concessione di autorizzazione, quindi:
 - a) presenza di attrezzature sanitarie necessarie in relazione all'attività specifica erogata in libera professione
 - b) problematiche cliniche trattate, anche avuto riguardo all'opportunità di garantire condizioni ambientali di particolare riservatezza;
 - c) possibilità di organizzazione dei servizi accessori necessari per garantire l'esercizio dell'alpi (qualità di accoglienza e idonei canali di accesso da parte dell'utenza dell'alpi, gestione procedure di fatturazione, incasso e rendicontazione; pulizia e disinfezione; fornitura materiali ed attrezzature ecc.);
 - d) valutazione della domanda di prestazioni da parte dei pazienti in relazione all'ubicazione sul territorio dello spazio dedicato all'alpi.

La sintesi del percorso effettuato, peraltro recepita con specifico atto deliberativo, è stata presentata al Collegio di direzione e alle organizzazioni sindacali dell'area medica entro il mese di ottobre 2013.

Per tutto il personale autorizzato a mantenere l'attività in spazi sostitutivi è stata attivata l'infrastruttura di rete unica a livello aziendale (CUP WEB ALP) che consente al professionista:

- la configurazione delle agende di prenotazione;
- la registrazione delle prestazioni e di quelle effettivamente erogate;
- l'effettuazione dei pagamenti con tracciabilità dell'incasso tramite: Pos, farmacie autorizzate, macchine riscuotitrici, bonifici bancari, pagamenti on-line.

Nel mese di marzo 2014 l'AUSL di Ferrara ha preso in carico un professionista (Professore a contratto presso l'Università di Ferrara) in convenzione con l'AUSL in quanto inserito nel Dipartimento integrato Salute Mentale – Dipendenze Patologiche, per il quale era già intervenuta l'autorizzazione a svolgere attività presso studio privato da parte dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara, mantenendo così un'autorizzazione già in essere.

Infine si evidenzia che con delibera n. 370 del 24/12/2013 è stato individuato l'Osservatorio aziendale permanente per il monitoraggio e la valutazione degli spazi individuati in Azienda per l'esercizio della attività libera professionale intramuraria ai sensi - D.G.R. 131/2013.

I processi di integrazione dei Servizi tecnico-amministrativi: lo stato di attuazione del progetto delle Aziende sanitarie della Provincia di Ferrara

Tra le due Aziende sanitarie ferraresi risulta oramai ampia e consolidata l'esperienza di integrazione dei propri servizi mediante il modello dei cosiddetti "Dipartimenti interaziendali", avviata dal 2009. In particolare il Dipartimento Interaziendale è un'articolazione organizzativa prevista dagli Atti Aziendali derivante dall'integrazione delle strutture complesse e semplici di specifici settori operativi delle due aziende (di area sanitaria o tecnico-amministrativa). 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.

Per questo motivo, nelle pagine seguenti si analizzano i Dipartimenti in area tecnico-amministrativa già costituiti e quelli di attivazione 2013, delineando il piano di lavoro relativo, con le azioni e le strategie di razionalizzazione che saranno sviluppate nel corso del prossimo triennio.

In sintesi, la situazione riguardante il percorso di unificazione dei Servizi Tecno-Amministrativi della Provincia di Ferrara, si inquadra pienamente nel costituendo progetto di Area Vasta Emilia Centrale presentato alla Regione Emilia-Romagna con Nota 127 del 29/10/2013 e presenta il seguente stato di realizzazione:

Dipartimenti formalmente costituiti al 31.12.2012:

- Acquisti e Logistica Economale
- Personale
- ICT
- Tecnico e patrimoniale
- Ingegneria Clinica
- Farmaceutico.

Il totale degli operatori coinvolti è di 282 unità. Nell'ultimo triennio il turn over non sostituito ha consentito il recupero di circa 25 unità.

Nel 2013, come da Piano strategico, era prevista l'unificazione dei Dipartimenti su una unica sede fisica, attivata secondo i tempi all'Anello del S. Anna e realizzata nel rispetto delle procedure di confronto con le Organizzazioni Sindacali.

Si presenta una breve descrizione degli interventi sui singoli Dipartimenti.

Dipartimento interaziendale acquisti contratti e logistica (DIALE)

Il Dipartimento, ormai attivo da diversi anni, ha visto grazie all'accorpamento delle risorse sotto il controllo di una Direzione unitaria una razionalizzazione dei fattori produttivi a gestione trasversale ed a gestione diretta. Elemento indispensabile al conseguimento di questo risultato è stata la 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.

Il personale del Dipartimento nel triennio 2009-2012 è passato da 76 unità a 69¹ (-9% circa), grazie all'accorpamento di una serie di funzioni e di mansioni prima gestite separatamente dalle due aziende sanitarie.

¹ In realtà il personale in forza al Dipartimento a fine 2012 era di 72 unità, ma 3 derivano dallo spostamento di unità dal Dipartimento farmaceutico che si occupavano (e si occupano ancora) di ordini di farmacia e che hanno ampliato le funzioni del Dipartimento acquisti. Il confronto corretto con le 76 unità di partenza quindi è rappresentato dalle 69 unità indicate nel testo.

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

Azioni 2013

Nel 2013 è stato realizzato un **miglioramento dei costi di gestione pari a circa un ulteriore 10% del valore complessivo dei costi diretti del Dipartimento**. Gli effetti del turn over, particolarmente evidenti nei primi anni di attivazione del dipartimento, sono già stati ottenuti. Si sono ottenuti buoni risultati in termini di razionalizzazione delle procedure interne, mediante un affinamento dei percorsi organizzativi, ma soprattutto risultati tangibili (-5% del valore dei contratti) ottenuti grazie alla contrattazione congiunta con i fornitori delle due Aziende, e dalla scelta del migliore contratto.

Nel 2013 il DIALE si è trasferito presso l'Anella di Corso Giovecca (ex sede dell'Azienda Ospedaliera S. Anna), realizzando la progettualità che aveva subito un arresto nel 2012 a seguito delle problematiche insorte dopo il sisma.

Una delle principali azioni avviate nel 2013 è lo studio sulla revisione della gestione informatica del **sistema ordini di magazzino**, che sarà inserita all'interno del già citato progetto di integrazione della gestione della logistica di area vasta.

Dipartimento interaziendale farmaceutico (DIF)

Il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico ha rappresentato la prima esperienza di questa nuova modalità di organizzazione e condivisione trasversale delle programmazioni e delle risorse a livello provinciale tra le due aziende sanitarie di Ferrara.

La struttura organizzativa del dipartimento ha visto negli anni la ricerca di un assetto delle Unità operative e dei Moduli ispirato a 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.

Punti di forza sono stati la realizzazione di un approccio trasversale in ottica provinciale a diverse attività ed 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

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.

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.

Azioni 2013

Le azioni realizzate con il Dipartimento Farmaceutico per l'anno 2013 sono di un elevato impatto strategico, soprattutto quelle che attengono all'**ulteriore contenimento della spesa della farmaceutica convenzionata** (sia in termini di costo procapite che in termini di valore economico della spesa farmaceutica convenzionata), sintetizzabili nei seguenti punti:

- Trascinamento sul 2013 delle azioni intraprese nel 2012 del trend in diminuzione della spesa.
- Gestione delle modalità prescrittive dei medici di medicina generale, concordate nell'ambito del relativo accordo;
- Potenziamento della **distribuzione per conto**, per il tramite del nuovo accordo con le Farmacie.
- Altre azioni di elevato valore strategico sono riassumibili nei seguenti punti:
- L'apporto tecnico e la partecipazione alla redazione delle procedure di magazzino relativi al PAC
- (Percorsi Attuativi per la certificabilità) previsti dal D. Lgs. 118/2011.

Su questa Area l'Aziende svilupperà nel 2014 un complessivo progetto di riorganizzazione, che si inserisce nel più ampio contesto del Magazzino di Area Vasta Emilia Centro, previsto dalla Linee guida regionali per il 2014.

Sul sistema informatico, attualmente i magazzini farmaceutici, al pari di quelli economici, sono gestiti con i due software dipartimentali delle rispettive aziende. Anche su quest'area nel 2013 è stato avviato il percorso di integrazione dei sistemi gestionali degli ordini e dei magazzini economici, compreso l'inserimento di tale percorso nel già citato progetto di Area Vasta. L'anagrafe dei prodotti farmaceutici è stata unificata nell'anno 2013.

Dipartimento interaziendale gestionale amministrazione del personale (DIGAP)

Il dipartimento è stato costituito nel 2010 ed ha per ora portato ad alcuni primi risultati in termini di razionalizzazione delle risorse, grazie all'integrazione delle funzioni svolte. Al I 2013 si è infatti registrato un calo dei costi di gestione delle risorse umane pari al -8% dei complessivi organici, soprattutto legato al blocco del turn-over per il personale amministrativo.

Nel 2013 è stata completata l'installazione nelle due aziende della medesima piattaforma software denominata Aliseo della ditta Windex. Tale piattaforma prevede i tre moduli funzionali caratteristici delle procedure di gestione delle risorse umane ovvero del modulo di gestione dei cedolini, del modulo di gestione delle presenze e infine del cosiddetto modulo "giuridico" di gestione della carriera del personale.

Sempre nel 2013 il Dipartimento è stato logisticamente unificato presso l'Anello del S. Anna, ponendo le basi per una gestione unitaria degli organici, delle funzioni ed una trasversalità dei prodotti erogati.

Dipartimento interaziendale attività tecniche e patrimoniali (DIAPT)

Il dipartimento, è stato istituito a fine 2013, ed immediatamente ha visto concretizzarsi l'unificazione logistica degli organici delle due Aziende presso la sede di Via Cassoli, garantendo con immediatezza l'unificazione della funzione amministrativa

La nuova organizzazione del Dipartimento ha ottenuto la soppressione di due unità operative complesse.

Inoltre, il turn over bloccato anche nel 2013 e la unificazione degli organici ha consentito nel 2013 il superamento di un contratto a termine.

Sempre nel corso di quest'anno si sono ottenuti i primi risultati in termini di una riduzione del 5% dei costi di gestione, sia in relazione all'unificazione delle sedi, sia alla revisione dei contratti di manutenzione ed alla contrattazioni congiunte con i fornitori.

L'avvio del processo riveste grande importanza per le Aziende e nel 2014 il dipartimento metterà in atto una serie di azioni per ottenere una maggiore efficienza nella gestione degli immobili (Anello S. Anna). Ed una interscambiabilità delle professionalità esistenti nelle due aziende.

Tale razionalizzazione andrà poi a supporto delle carenze di personale che si avranno in corso d'anno per malattie, congedi o altro.

Rispetto alle attività da sviluppare in modo integrato nel corso del 2013 si precisa che le **attività amministrative** relative alla contrattualistica, alla gestione gare ed alla gestione ordini per tutte le procedure relative anche all'Ingegneria clinica viene gestita dal Dipartimento interaziendale attività tecniche, con l'obiettivo di non creare sovrastrutture ed ottimizzare il personale amministrativo che fa capo alle due Aziende.

Dipartimento interaziendale di ingegneria clinica

Questo Dipartimento interaziendale è di recentissima istituzione e la sua operatività interaziendale è stata rallentata da una problematica di tipo legale che ha interessato le due aziende e che si è positivamente risolta nei primi mesi del 2014.

Azioni 2013/2014

Gli obiettivi che le due Aziende assumono per i prossimi anni sono una riduzione del 5% dei costi di gestione, prevedendo anche la revisione dei contratti dei servizi acquistate dall'esterno.

Va sottolineato però che il primo e più importante risultato per il Dipartimento è rappresentato da una gestione integrata delle tecnologie sanitarie in ambito provinciale, tema particolarmente importante anche in relazione ai numerosi Dipartimentali interaziendali di carattere clinico e sanitario in corso di attivazione.

Dipartimento interaziendale ICT

I punti di forza del Dipartimento Interaziendale e Gestionale ICT sono molteplici e riguardano in particolare gli aspetti legati ad una visione strategica integrata in termini di investimenti e di conduzione dei servizi. Questo è importantissimo visto lo sviluppo nel corso degli anni delle nuove strutture organizzative interaziendali, che vedono nel dipartimento ICT un necessario punto di supporto, unione e condivisione.

La conoscenza dei numerosi processi aziendali, e la contemporanea presenza sul fronte territoriale e ospedaliero-universitario, hanno prodotto in questi anni situazioni di grande semplificazione nella realizzazione di progetti interaziendali quali il laboratorio unico provinciale, ormai completato, 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.

Azioni 2013

Nell'ambito di un ulteriore necessario sviluppo nel percorso di miglioramento e completamento dell'organizzazione interaziendale del Dipartimento, sono stati gestiti in maniera unitaria i rapporti con i fornitori, che hanno consentito l'applicazione delle migliori condizioni ed un recupero del 5% sul valore dei contratti.

Inoltre, la gestione integrata degli organici ha consentito di assorbire il blocco del turn over con una riduzione delle risorse a disposizione del 4% rispetto alla forza lavoro 2012.

Il secondo ambito di intervento rispetto alla progressione ed al miglioramento per il 2014 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.

2.7 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

L'attuazione in ambito aziendale del disposto della Legge 135/2012 (cosiddetta Spending Review), ha garantito le iniziative di revisione e ricontrattazione dei contratti aziendali e dei budget, rispetto alle quali stato relazionato periodicamente al Collegio Sindacale, in base alla previsione normativa.

I risultati, evidenti dalla specifica reportistica e dai dati di bilancio, sono stati nell'ordine di recupero medio complessivo su base annua pari ad oltre il -5 del costo storico 2012.

Nella negoziazione con i fornitori è stato richiesto anche la sospensione dell'indice inflattivo, con decorrenza dalla data di entrata in vigore del decreto (6 luglio 2012), considerandolo come sconto che concorre alla percentuale complessiva, in base agli accordi tra provveditori di AVEC.

Il Dipartimento Acquisti della Provincia di Ferrara ha attivamente partecipato, anche come Azienda capofila, all'esecuzione di gare per AVEC secondo la programmazione Deliberata con atti:

- Aosp delibera n. 43 del 15.3.20 13
- Ausl delibera n. 28 del 15.2.2013.

La programmazione acquisti 2013 è stata per la prima volta presentata come programmazione unica di AVEC, dal momento che è ormai prassi consolidata il confronto tra le sei aziende, anche laddove l'acquisizione sia prevista per una sola di esse. Nella relazione che segue si dà conto della rendicontazione complessiva.

RENDICONTAZIONE DELLE PROCEDURE ACQUISTI AREA VASTA EMILIA CENTRO 2013

PROGRAMMAZIONE ACQUISTI AVEC 2013

La programmazione acquisti 2013 è stata per la prima volta concepita, studiata e presentata come programmazione unica di AVEC, dal momento che è ormai prassi

consolidata il confronto tra le sei Aziende, anche laddove l'acquisizione sia prevista per una sola di esse, considerando anche la nuova organizzazione che vede un Servizio Acquisti unico per l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna, l'Istituto Ortopedico Rizzoli, l'Azienda USL di Imola ed un Servizio Acquisti unico per le due Aziende Sanitarie Ferraresi.

Il 2013 rappresenta quindi un anno particolarmente improntato verso l'integrazione e la standardizzazione delle procedure, attraverso una comparazione dei fabbisogni e l'individuazione di necessità comuni e ove possibile, coordinate.

Ancora non è stato possibile tenere conto degli acquisti diretti attraverso ordini in economia, perché la situazione in ogni Azienda è diversa e peculiare per la caratterizzazione di questa tipologia di procedura in quanto di importo contenuto e finalizzata ad acquisti non ripetitivi e quindi non programmabili. Inizialmente sono state complessivamente programmate in AVEC n. 202 procedure di acquisizione così suddivise:

- n. 79 relative a beni sanitari,
- n. 16 relative a beni e servizi informatici,
- n. 59 relative a beni e servizi economici,
- n. 33 relative a service/noleggi,
- n. 13 relative a manutenzioni attrezzature sanitarie e tecnico economici,
- n. 2 relative a servizi sociali.

Di queste ne sono state aggiudicate n. 127, pari al 62%, per un importo totale annuo con IVA di €. 58,82 mln. Delle 75 procedure non aggiudicate, pari al 38%, 9 sono confluite in altre procedure e 11 non si sono più rivelate necessarie, le rimanenti 55 sono in corso di completamento.

Nel corso dell'anno è risultato necessario inserire nella programmazione ed espletare, ad integrazione della programmazione stessa e per necessità sopravvenute, n. 142 procedure: 18 da parte del Dipartimento Acquisti di Ferrara (12 procedure negoziate, 3 cottimi fiduciari, 2 rinnovi, 1 procedura ristretta) per un importo annuo con IVA di €. 5,14 mln. e 124 da parte del Servizio acquisti Metropolitan di Bologna (91 procedure negoziate, 28 cottimi fiduciari, 3 procedure aperte, 2 procedure ristrette) per un importo annuo con IVA di €. 25,74 mln. L'importo totale di AVEC delle gare aggiudicate ad integrazione della programmazione è quindi di €. 30,88 mln. Complessivamente, quindi, i due Servizi Acquisti di AVEC hanno espletato procedure d'acquisto pari all'83,02% delle necessità manifestate in programmazione e fuori programmazione. I dati suddetti sono riportati nell'allegato della Rendicontazione AVEC 2013.

RELAZIONE RELATIVA ALL'ATTIVITA' SVOLTA DALLE STRUTTURE ACQUISTI AVEC

L'attività della Direzione Operativa nel corso del 2013, in collaborazione con il Servizio Acquisti Metropolitan di Bologna, con il Dipartimento Acquisti della Provincia di Ferrara e, per i primi sei mesi, con il Servizio Acquisti dell'Ausl Imola, ha riguardato, oltre alla rendicontazione illustrata nelle pagine precedenti, le seguenti attività.

SVILUPPO ED APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA "TRASPARENZA / ANTICORRUZIONE"

L'importanza della normativa in oggetto ha reso necessari numerosi incontri ed approfondimenti formativi tali da assorbire anche l'attività formativa specifica per il settore acquisti. A tal proposito, si segnala comunque che, nel corso del 2013, non sono intervenute modifiche sostanziali nella normativa di settore tali da richiedere formazione dedicata.

Si è provveduto alla raccolta ed alla composizione dei dati per l'AVCP, tramite le necessarie modifiche agli applicativi in uso. Gli obblighi informativi imposti dalla

normativa in argomento e le indicazioni formulate dall'AVCP, fanno già emergere i problemi operativi del prossimo futuro, in particolare la mancata corrispondenza che si verificherà tra l'importo per il quale il CIG è stato assunto ed il valore dei contratti (per i quali bisognerà dichiarare l'importo pagato) che saranno oggetto di proroga in attesa delle procedura Intercent-ER o di AVEC.

REGOLAMENTO DIRETTORE DELL'ESECUZIONE

E' stata ripresa l'analisi della bozza già stilata nel corso del 2012 riproponendola ai principali Servizi gestori delle Aziende Sanitarie AVEC coinvolti nella tematica e quanto prima si esamineranno le osservazioni formulate per proporre l'approvazione del documento al Collegio Tecnico dei Direttori Amministrativi AVEC cui seguirà l'apposita delibera da parte di ciascuna Azienda.

ADESIONE AVEC 2013 A CONVENZIONI INTERCENT-ER

Da un confronto tra le adesioni AVEC a Convenzioni Intercent-ER per l'anno 2012 e per l'anno 2013, grazie all'attivazione di nuove convenzioni di rilevante impatto economico nell'ultimo anno (farmaci, miscele nutrizionali, stimolatori cardiaci, prodotti cartari, servizio ristorazione per l'Az. USL di Imola), si evince un considerevole aumento del ricorso, da parte delle Aziende AVEC, agli acquisti effettuati tramite Intercent-ER, come da tabella seguente.

Anno 2012

AZIENDE	IMPORTO ANNUO C/IVA (in Mln)
Az. USL Bologna, Az. Osp. Bologna, IOR	23,64
Az. USL Imola	2,93
Az. USL Ferrara e Az. Osp. Ferrara	5,66
AVEC	32,23

Anno 2013

AZIENDE	IMPORTO ANNUO C/IVA (in Mln)
Az. USL Bologna, Az. Osp. Bologna, IOR	100,82
Az. USL IMOLA – I° semestre	0,80
Az. USL Ferrara e Az. Osp. Ferrara	5,84
AVEC	107,46

I primi dati stimati sull'ordinato, richiesti dal livello Regionale evidenziano un decremento del valore aziendale rispetto al 2012 che passa dal 42% a circa il 21%.

La Programmazione AVEC 2013 è presente nella Relazione sulla Gestione 2013 che si allega.

2.8 Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

Nell'anno 2013 l'assistenza farmaceutica convenzionata e territoriale nella provincia di Ferrara, rispetto all'anno precedente, è stata complessivamente caratterizzata da un decremento sia di spesa netta convenzionata (- 4,74%) che di territoriale (- 2,92%), con percentuali però inferiori alla media regionale rispettivamente pari a - 5,04% e - 3,48%.

Relativamente alla spesa ospedaliera invece, a fronte di una previsione regionale di un incremento del +3,3% vs il 2012, si è registrato un calo del - 2,1%, determinato principalmente da un calo del -3,9% dei consumi interni. Tale andamento è stato in controtendenza rispetto alla media RER, che ha registrato un incremento del +5,1%. Relativamente alla Provincia di Ferrara, a fronte di un obiettivo di incremento 2013 del +6,4%, lo stesso è stato pari + 7,2%, determinato da un incremento del +11,7% dell'AOU che nel 2012 aveva registrato un rallentamento di attività nel periodo del trasferimento al nuovo Ospedale di Cona.

Anno 2013

Aziende	Spesa ospedaliera - ossigeno escluso		Diretta ex OSP2		Consumi interni (compresi H OSP)	
	anno 2012	var. 12/12	anno 2012	var. 12/12	anno 2012	var. 12/12
AUSL Piacenza	23.461.020	3,5%	8.471.071	6,9%	14.989.949	1,7%
AUSL Parma	9.528.557	6,3%	3.087.385	13,5%	6.441.171	3,2%
AOSP Parma	36.808.740	6,1%	13.546.359	0,8%	23.262.381	9,5%
Area Parma	46.337.297	6,2%	16.633.745	2,9%	29.703.552	8,1%
AUSL Reggio Emil	32.814.786	6,7%	21.689.025	13,6%	11.125.761	-4,5%
AOSP Reggio Emil	16.891.251	-1,8%	25.721	63,3%	16.865.530	-1,8%
Area Reggio E.	49.706.037	3,7%	21.714.746	13,6%	27.991.291	-2,9%
AUSL Modena	48.910.234	5,4%	26.493.208	11,2%	22.411.026	-0,8%
AOSP Modena	24.018.183	0,6%	5.984	#DIV/0!	24.013.098	0,5%
Area Modena	72.928.416	3,7%	26.504.292	11,3%	46.424.124	-0,1%
AUSL Bologna	42.806.233	7,0%	18.510.571	7,5%	24.295.661	6,8%
AOSP Bologna	55.313.523	9,1%	19.063.401	7,4%	36.250.122	10,0%
Il OD Rizzoli	2.424.095	-3,8%	0	#DIV/0!	2.424.095	-3,8%
Area Bologna	100.543.853	7,8%	37.593.972	7,4%	62.949.880	8,1%
AUSL Imola	8.181.846	-2,5%	3.372.072	23,3%	4.809.775	-15,2%
Montecatone	401.613	-51,5%	0	#DIV/0!	401.613	-51,5%
Area Imola	8.583.460	-6,9%	3.372.072	23,3%	5.211.388	-19,8%
AUSL Ferrara	9.767.141	-2,1%	2.647.532	3,1%	7.119.609	-3,9%
AOSP Ferrara	22.379.661	11,7%	7.525.197	10,2%	15.454.464	12,5%
Area Ferrara	32.746.802	7,2%	10.172.729	9,2%	22.574.073	6,8%
AUSL Ravenna	35.791.201	0,3%	16.463.086	5,0%	19.328.114	-3,4%
AUSL Forlì	11.312.687	5,7%	5.044.683	-3,8%	6.268.003	14,7%
IRST	12.881.048	17,6%	1.873.589	-2,3%	11.007.459	21,8%
Area Forlì	24.193.735	11,7%	6.924.272	-3,4%	17.269.462	19,1%
AUSL Cesena	12.913.427	2,1%	5.429.894	1,4%	7.483.533	2,7%
AUSL Rimini	27.102.364	4,7%	13.036.950	4,9%	14.065.414	4,5%
EMILIA-ROMAGNA	434.307.611	5,1%	166.316.829	7,5%	267.990.782	3,6%

ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Appropriatezza d'uso dei farmaci specialistici da parte di Centri autorizzati e monitoraggio

Nell'ambito dell'impiego appropriato dei farmaci, con riferimento particolare ai farmaci potenzialmente innovativi e di elevato costo, oltre al monitoraggio periodico dell'andamento di consumo e spesa, nell'anno 2013 in AUSL si è posta particolare attenzione, effettuando monitoraggi ed audit, alla prescrizione di farmaci antineoplastici ed in particolare al rispetto alle seguenti raccomandazioni regionali :

- Farmaci biologici per il trattamento del tumore renale metastatico o non operabile in tutte le linee di terapia,
- Pemetrexed in NSCLC; ,
- Bevacizumab in NSCLC;
- Bevacizumab e Cetuximab nel tumore del colon-retto,

evidenziando comportamenti in linea con le specifiche Raccomandazioni.

Relativamente agli altri farmaci delle Raccomandazioni RER, non essendo presenti in AUSL specifici centri prescrittori, o essendo estremamente limitata la prescrizione, la

verifica di appropriatezza, tramite audit e monitoraggi, è stata effettuata dal Dipartimento Farmaceutico Interaziendale (DIF) sul versante dell'AOU, in particolare relativamente a Farmaci per il trattamento delle malattie reumatologiche, nuovi farmaci per l'epatite C, Ticagrelor, nonché farmaci per il trattamento dell'HIV e farmaci oncologici.

Fornire informazioni agli utilizzatori sul risultato delle gare e valutazione aderenza
Nel corso del 2013 è stata effettuata la gara dei farmaci esclusivi i cui esiti, pervenuti negli ultimi giorni del 2013, non hanno fatto emergere significative riduzioni di prezzo, bensì aumenti su alcuni farmaci. A tale riguardo è stato inviato alle UUOO l'elenco dei farmaci con i relativi nuovi prezzi incrementati e ridotti rispetto ai precedenti, relativamente ai quali i clinici dovranno pertanto effettuare attente valutazioni di costo/beneficio.

Uso razionale e sicuro dei farmaci

Registri AIFA: nell'anno 2013 si è presentata una consistente criticità a livello nazionale in conseguenza della migrazione dei registri di monitoraggio, stabilita da AIFA, su una nuova piattaforma web. Questo ha impedito l'utilizzo della maggior parte dei Registri per molti mesi ed un conseguente lavoro particolarmente oneroso di recupero delle informazioni. Man mano che i registri diventavano attivi, si è quindi proceduto all'inserimento puntuale dei dati, dopo l'inserimento da parte dei medici. Tale inserimento è stato reso particolarmente difficile da numerosi problemi informatici, che, per quanto ancora permangano, non hanno comunque impedito il completamento dell'attività.

Farmacovigilanza: nel 2013, oltre alle consuete attività in tale ambito, con diverse iniziative quali formazioni specifiche nei tre ospedali aziendali, risposte commentate alle segnalazioni, un bollettino periodico, report sulle interazioni tra farmaci, sono proseguite le attività relative ai due progetti di Farmacovigilanza assegnati dalla RER (farmacovigilanza in pediatria e interazioni farmacologiche) a livello dell'UO. L'elevata attività di coinvolgimento promossa dal coordinamento di Farmacovigilanza Dipartimentale ha permesso anche per il 2013 di mantenere elevato il tasso di segnalazione, pari 143 su 100.000 abitanti a livello provinciale, doppio rispetto alla media RER, + 100% vs l'anno 2012.

Procedura Gestione Clinica dei farmaci: nel 2013 tale procedura è stata revisionata con approvazione nel mese di aprile. Di seguito, a cura del gruppo aziendale per la Gestione del Rischio, è stata effettuata la verifica del rispetto della applicazione della raccomandazione per la Ricognizione farmacologica.

Rete delle farmacie oncologiche

Al fine della riduzione degli scarti di produzione e dell'ottimizzazione delle condizioni tecnologico-impiantistiche finalizzate alla sicurezza le Aziende Sanitarie di Ferrara hanno progettato ed attivato, per step successivi, la centralizzazione dell'allestimento di farmaci oncologici. E' stato attivato un gruppo di lavoro interaziendale, costituito dalle Direzioni infermieristiche AOU e AUSL, dalla Direzione Medica di AUSL e coordinata dal Direttore del DIF, per predisporre un progetto di centralizzazione delle attività di allestimento di farmaci oncologici, prescritti e somministrati dalle UUOO di oncologia dei tre ospedali di AUSL (Argenta, Cento e Delta), presso il Laboratorio di produzione farmaci antitumorali dell'AOU. A partire dal gennaio 2013 sono stati effettuati numerosi incontri che hanno portato, entro il primo semestre dell'anno, alla stesura del progetto condiviso, successivamente approvato dai Direttori sanitari, e regolamentato da specifica convenzione, approvata con Delibera n°209 AUSL e Delibera n°200 AOU.

Dopo la condivisione con i Controlli di Gestione per la suddivisione dei costi, il passaggio con le OOSS e con i competenti uffici di entrambe le Aziende per la definizione degli aspetti tecnico-amministrativi, nonché la formazione di una unità infermieristica, è stata attivata la centralizzazione dell'allestimento delle terapie dell'Oncologia di Argenta nei tempi stabiliti (30 settembre). Il completamento dell'attività, dopo specifico arruolamento e formazione del personale, è in corso di completamento nell'anno del 2014.

Inoltre è stata realizzata una rete complessiva delle farmacie oncologiche dove l'assistenza a pazienti oncologici viene garantita da appositi Day Hospital negli Ospedali di Cento, Lagosanto ed Argenta, tutti in rete fra loro ed in rete con il Centro oncologico dell'AOSPFE. Questi Centri erogano prestazioni di tipo diagnostico, di presa in carico del paziente con percorsi preordinati e di cura compresa l'erogazione di farmaci ad alto costo.

Per tutto il percorso di cura vengono eseguiti annualmente Audit di appropriatezza inviati ai Centri di controllo regionali. E' attiva la collaborazione con il Centro oncologico di Ferrara, con l'Anatomia patologica di Ferrara e con i Centri di erogazione di Radioterapia.

Tutti i Centri dell'AUSL di Ferrara sono stati accreditati nella struttura di appartenenza di Medicina interna dalle Commissioni regionali apposite. Tali Day Hospital condividono in casi di carenza, in emergenza e non, il personale per non creare disagi alla popolazione. Per una maggiore attenzione alla Medicina di genere, questi Centri si avvalgono anche per l'oncologia femminile di una specifica competenza ginecologica e oncologica afferente ai Day Hospital oncologici di Medicina interna.

I Centri, avvalendosi anche di una specifica formazione tutt'ora in corso, sono attivamente impegnati nei percorsi per una corretta informazione ai pazienti ed ai percorsi di terapia del dolore attivati a livello regionale. E' attiva con protocolli e percorsi la collaborazione per le cure palliative con l'Hospice di Codigoro e con l'ADI.

Si sta concludendo un percorso provinciale unico per la preparazione di farmaci oncologici.

Centralizzazione dei magazzini farmaceutici provinciali.

Nell'anno 2013, ed in particolare nel secondo semestre, l'attività di molte articolazioni interaziendali come DIF, DIALE, ICT e Dip.Tecnico è stata rivolta alla progettazione di un magazzino unico per l'Area Vasta Emilia Centro (AVEC), tramite partecipazione a specifico gruppo di lavoro, appositamente nominato dai Direttori Generali di Ferrara, Bologna e Imola, e fornendo numerosi dati logistici e di attività necessari alle valutazioni.

Infatti, all'arrivo dei fondi ex art 20 richiesti al Ministero nel 2009, l'AOU ha messo a disposizione, nel rispetto di un'impostazione di Area Vasta, tali fondi all'AVEC con cui ha condiviso di passare da un'impostazione provinciale ad una di Area Vasta per la condivisione di un magazzino centralizzato. In questo ambito il Direttore del DIF ha inoltre coordinato un sottogruppo di farmacisti di AVEC per la definizione di tutti gli aspetti legati alle anagrafiche, argomento di particolare complessità. Il risultato di questa attività si è concretizzato nella produzione di due documenti, indispensabili per l'avvio dell'unificazione: 1) documento con le regole di codifica per omogeneizzarne le modalità esecutive tra le aziende allo scopo di favorire il successivo link tra le anagrafiche; 2) specifiche tecniche necessarie per la piattaforma web di codifica unificata a livello centrale.

L'attività prosegue anche per l'anno 2014.

OBIETTIVI RIGUARDANTI I FARMACI ANTIBIOTICI

Il consumo degli antibiotici in ospedale viene periodicamente monitorato dal DIF per Dipartimento ed Unità operative. Nel corso dell'Anno 2013 non si è ritenuto di dover attuare specifici interventi in quanto negli ultimi due anni si è registrato un costante calo di consumi e costi, sono già state previste invece azioni per l'anno 2014.

Relativamente alla prescrizione convenzionata, dove la prescrizione complessiva risulta inferiore alla media regionale, sono stati attivati interventi formativi e di monitoraggio dei consumi relativamente ai fluorochinolonici, che rappresentano altresì una criticità prescrittiva.

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto e interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa

La Regione da anni assegna, tramite le Linee di programmazione, obiettivi di incremento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (farmaci equivalenti) e obiettivi di appropriata prescrizione su categorie terapeutiche specifiche. Le Linee di indirizzo regionali sono state declinate in obiettivi sia per i medici ospedalieri sia in AUSL che in AOU, che per i medici di medicina generale (MMG).

La promozione dei medicinali equivalenti e dell'appropriatezza prescrittiva è infatti sempre stato un obiettivo prioritario, convinti che solo attraverso una politica Ospedale-Territorio sulle prescrizioni degli specialisti e dei MMG, si potesse realizzare un obiettivo strategico così trasversale.

Anche nel 2013, nell'ambito delle concertazioni di budget e dell'accordo integrativo con i MMG, sono stati attribuiti sia ai medici ospedalieri che ai MMG, obiettivi specifici sulla base delle indicazioni regionali di aumento utilizzo di farmaci con brevetto scaduto e miglioramento dell'appropriatezza di categorie terapeutiche critiche (ace inibitori-sartani, statine, antidepressivi ssri, inibitori di pompa protonica).

Grazie alle attività sopra svolte Ferrara è infatti da anni ai primi posti tra le aziende a maggiore prescrizione di farmaci equivalenti.

Novembre 2013	RN	PR	FE	RE	RER	FO	MO	BO	IM	RA	PC	CS
LISTA DI TRASPARENZA	75,0%	75,0%	74,5%	74,0%	73,1%	73,1%	72,7%	72,6%	72,2%	72,1%	71,9%	69,6%
GENERICO PURO	35,0%	27,0%	29,3%	30,9%	30,7%	29,3%	34,7%	29,8%	35,8%	29,8%	27,5%	28,8%

Gli obiettivi di appropriatezza prescrittiva vengono monitorati con cadenza bimestrale per i MMG e trimestrale per i dipartimenti ospedalieri di entrambe le aziende sanitarie. Oltre a ciò è stata promossa un'intensa attività formativa, rivolta a tutta la medicina generale, sulla prescrizione di statine e ipolipemizzanti, nonché per favorire la prescrizione del farmaco equivalente, sia sulle classi ritenute critiche dalla RER, sia su altre classi, individuate a livello locale, a rischio di inappropriata prescrizione come chinolonici, farmaci per osteoporosi, ipertrofia prostatica. Sono stati effettuati vari incontri con i referenti di nuclei cure primarie e di Distretto, ed a livello di nucleo, nell'ultimo quadrimestre dell'anno, si è particolarmente intensificata l'attività prevedendo specifici incontri mensili formativi e di audit, con la partecipazione di tutti i MMG.

Questo approccio complessivo in area provinciale ha favorito la realizzazione nel 2013 nella provincia di Ferrara di una delle migliori performance regionali come si evince anche dalle tabelle sotto riportate. Sono stati attribuiti specifici obiettivi di appropriatezza ai MMG e Specialisti Ospedalieri di entrambe le Aziende che vengono rispettivamente monitorati con cadenza bi- e trimestrale.

L'Azienda USL, grazie a questa azione trasversale ospedale-territorio, ha ottenuto una delle migliori performance a livello regionale sull'appropriatezza prescrittiva delle categorie terapeutiche critiche individuate dalla regione, risultando inoltre spesso una

delle sole tre aziende sanitarie che ha raggiunto l'obiettivo: PPI riduzione della prescrizione da 55,87 del 2012 a 53,81 DDD/1000ab die; Statine a brevetto scaduto incremento prescrizione dal 82,4% a 84,66%; incremento % Ace I sulla classe C09 69,61% a 71,65%; Sartani a brevetto scaduto aumento % prescrizione da 76,01% a 80,43%

PPI

	Riduzione consumi Inibitori di Pompa Protonica (ATC = A02BC)		
	Anno 2012: DDD 1000ab/die	Obiettivo 2013: DDD 1000ab/die	Novembre 2013 : DDD 1000ab/die
Ausl PC	51,96	50,19	55,81
Ausl PR	62,40	57,10	59,49
Ausl RE	61,81	59,91	58,86
Ausl MO	58,02	55,38	58,83
Ausl BO	62,27	57,16	65,12
Ausl IM	62,35	57,36	62,50
Ausl FE	55,87	54,75	53,51
Ausl RA	63,65	57,92	62,19
Ausl FO	51,08	50,00	49,90
Ausl CS	51,30	50,12	52,08
Ausl RN	55,46	54,30	57,30
Regione Emilia Romagna	58,98	55,75	59,10

Statine a brev scaduto

	Aumento percentuale Farmaci generici sul totale della classe Statine (ATC = C10AA)		
	Anno 2012: % DDD generiche vs Totale C10AA	Obiettivo 2013: % DDD generiche vs Totale C10AA	Novembre 2013 : % DDD generiche vs Totale C10AA
Ausl PC	75,67%	85,00%	80,36%
Ausl PR	77,23%	85,00%	76,53%
Ausl RE	76,81%	85,00%	81,79%
Ausl MO	82,77%	85,00%	87,74%
Ausl BO	76,13%	85,00%	80,18%
Ausl IM	80,04%	85,00%	83,21%
Ausl FE	82,40%	85,00%	84,66%
Ausl RA	78,93%	85,00%	86,13%
Ausl FO	76,19%	85,00%	81,03%
Ausl CS	73,49%	85,00%	77,27%
Ausl RN	80,82%	85,00%	83,51%
Regione Emilia Romagna	78,46%	85,00%	82,62%

Ferrara risulta una delle sole 3 province in obiettivo

Obiettivo sostanzialmente raggiunto e % tra le migliori

% AceI sulla classe C09

	Aumento percentuale Ace Inibitori sul totale della classe C09 (ATC = C09A - B)		
	Anno 2012: % DDD vs Totale C09	Obiettivo 2013: % DDD vs Totale C09	Novembre 2013 : % DDD vs Totale C09
Ausl PC	64,87%	68,48%	65,11%
Ausl PR	59,65%	65,02%	59,19%
Ausl RE	66,37%	68,38%	67,60%
Ausl MO	59,25%	64,00%	59,69%
Ausl BO	60,93%	65,81%	61,39%
Ausl IM	59,62%	64,45%	60,67%
Ausl FE	69,61%	72,47%	71,65%
Ausl RA	59,48%	62,37%	60,79%
Ausl FO	57,88%	61,41%	59,32%
Ausl CS	55,69%	61,50%	55,67%
Ausl RN	61,31%	64,52%	61,66%
Regione Emilia Romagna	61,83%	65,79%	62,59%

Sartani a brev scaduto

	Aumento percentuale Farmaci generici sul totale della classe Sartani (ATC = C09C - D)		
	Anno 2012: % DDD generiche vs Totale C09C-D	Obiettivo 2013: % DDD generiche vs Totale C09C-D	Novembre 2013 : % DDD generiche vs Totale C09C-D
Ausl PC	72,81%	78,63%	72,88%
Ausl PR	75,93%	81,12%	78,46%
Ausl RE	72,96%	78,79%	77,87%
Ausl MO	70,09%	77,93%	78,24%
Ausl BO	69,16%	77,29%	73,48%
Ausl IM	69,84%	76,61%	75,65%
Ausl FE	76,01%	80,28%	80,43%
Ausl RA	66,57%	74,45%	68,61%
Ausl FO	75,94%	80,74%	80,24%
Ausl CS	67,72%	75,92%	71,92%
Ausl RN	77,72%	81,62%	82,03%
Regione Emilia Romagna	71,76%	78,36%	76,16%

Ferrara ha la migliore performance regionale

Ferrara risulta una delle sole 3 province in obiettivo

GOVERNO DEI DISPOSITIVI MEDICI (DM)

Nella Provincia di Ferrara, a differenza della scelta effettuata in tutte le altre province regionali in cui la Commissione Dispositivi Medici è di livello Aziendale, la Commissione Dispositivi Medici è di livello provinciale, competente per l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero Universitaria. Tale Commissione è stata rinnovata nel 2013 ed è attualmente coordinata dal Direttore del Dipartimento interaziendale Ingegneria Clinica, ha quindi dovuto darsi un nuovo assetto organizzativo, definire un nuovo regolamento e programmare le azioni. In particolare, anche in collegamento con le Direzioni Aziendali AOSP e AUSL di Ferrara, sono state svolte le seguenti azioni:

- Individuazione di una procedura condivisa per la gestione della Terapia a Pressione Negativa a livello interaziendale. La procedura, originariamente redatta dalla Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, ma non ancora adottata formalmente nell'ambito del sistema qualità aziendale, è stata

- parzialmente modificata ed adottata in via sperimentale dalla Azienda USL. Attualmente è in fase di revisione in conformità con le nuove linee guida regionali pubblicate a Novembre 2013 dalla CRDM che hanno apportato significative modifiche sia ai criteri di eleggibilità dei pazienti assoggettabili a TPn sia alle modalità di monitoraggio della terapia stessa. Il percorso avviato produrrà una procedura e istruzioni operative condivise a livello interaziendale.
- Presenza con funzioni di coordinamento in un gruppo regionale multidisciplinare per la definizione di linee guida di utilizzo delle tecnologie chirurgiche a più alto impatto economico (ultrasuoni e radiofrequenza).

Aggiornamento anagrafiche dei Dm di competenza con le informazioni della CND e del n° di Repertorio (banca dati MinSal).

Secondo le linee di indirizzo Regionali relative al governo dei Dispositivi Medici si è provveduto ad aggiornare i repertori Aziendali con le anagrafiche di tutti i prodotti, codificate secondo le istruzioni delle Linee di indirizzo RER complete di CND e numero di repertorio della Banca dati/Repertorio Nazionale del Ministero della Salute.

L'aggiornamento di tali dati è essenziale per la correttezza dei flussi informativi dei DM verso la Regione e da questa verso il Ministero e costituisce un debito informativo necessario anche per accedere a fondi aggiuntivi per la Regione, è pertanto strettamente monitorata.

Completezza e qualità dei flussi DIME

Al fine di garantire la completezza e la qualità dei dati del flusso DIME, ogni trimestre, durante le simulazioni di invio, vengono verificate le cause che determinano eventuali scarti, attuando le opportune azioni correttive.

Si verificano inoltre, su di un campione di prodotti di specifiche classi CND, individuate di volta in volta dai componenti del Gruppo Regionale Dispositivi Medici (GRDM), a cui appartengono due Farmacisti del DIF, i DM i cui prezzi di acquisto si discostano di oltre il 50% tra il prezzo minimo e quello massimo inviato dalle Aziende Sanitarie, e si correggono eventuali anomalie.

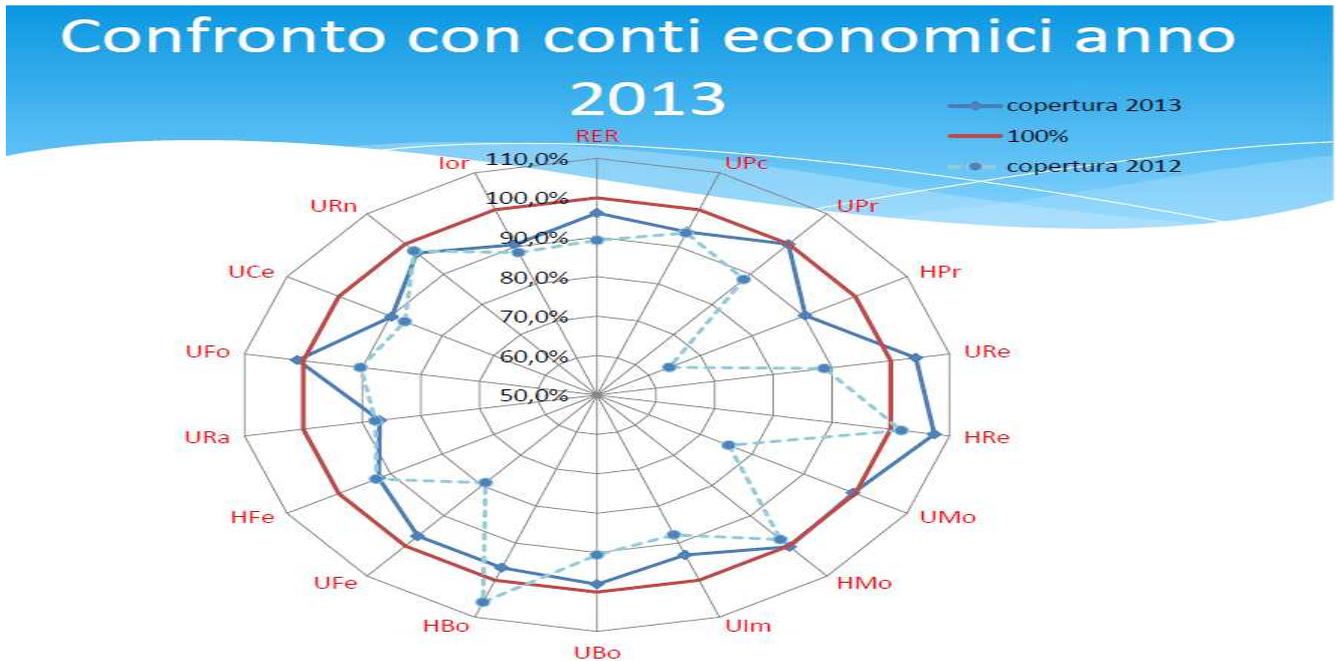
L'area addetta alla contabilità analitica, essendo deputata alla corretta codifica dei centri di prelievo per l'invio del tracciato dei consumi (Tracciato C) del flusso DIME, ha già provveduto ad effettuare una serie di verifiche sulla corretta codifica dei centri, nei termini di:

- Tipologia struttura destinazione,
- Codice della struttura di destinazione,
- Tipo destinazione utilizzo,
- Destinazione di utilizzo.

La verifica ha evidenziato una serie di centri che non erano stati del tutto codificati e che hanno probabilmente contribuito ad alimentare lo scarto tra dati di bilancio e dati di flusso.

E' stato sviluppato uno schema di monitoraggio che riporta i conti economici aziendali, le CND di appartenenza, la codifica ministeriale, i valori riportati nei vari invii Ministeriali (CE Preventivo, CE Consuntivo), a fronte dei quali contrapporre i dati inviati con il flusso DIME per risalire al valore di un eventuale scarto.

Le attività sopra riportate hanno migliorato i dati del flusso DIME, relativamente ai consumi. Infatti, in rapporto al valore del flusso informativo dei Conti Economici (CE) per il MinSal, i controlli e le azioni correttive hanno portato ad una copertura del valore del flusso DiMe, rispetto a quello del flusso del Conto Economico, a valori superiori al 96% recuperando in maniera significativa la criticità riscontrata nel 2012, ove la copertura era intorno all'80%.



Dati CRDM 07.04.2014

La Farmacia ha attivato nel corso del 2013 la rilevazione dei campioni dei Dispositivi Medici e dal 2014, su indicazione della CADM provinciale è stato attivato apposito registro informatico.

2.9 Revisione del sistema tariffario

La DGR n. 525/2013 ha previsto la determinazione di nuove tariffe per i DRG. Nello specifico sono state definite 4 fasce tariffarie per ciascun DRG (A1, A2, B, C) a fronte delle 2 precedenti (A e B). Le nuove tariffe sono state applicate a partire dal secondo trimestre 2013. Al riguardo sono state ridefinite le valorizzazioni economiche di ciascun ricovero, nello specifico con le Strutture private accreditate con cui vi è in essere un accordo di fornitura.

Nell'anno 2013 sono stati quindi ridefiniti i volumi di produzione di ricovero sia con le strutture pubbliche che private extra-provincia, in relazione alla variazione tariffaria introdotta che ha modificato le valorizzazioni economiche dei ricoveri e conseguentemente i relativi volumi.

2.10 Azioni per la sostenibilità nelle cure primarie

Assistenza Specialistica ambulatoriale

Valutazione della produzione e revisione dei contratti di fornitura

La produzione specialistica viene regolarmente monitorata attraverso l'analisi dei report elaborati a partire dai dati del flusso ASA e attraverso il monitoraggio dei tempi di attesa. I contratti di fornitura con il privato accreditato sono stati rivisti sia rispetto ai costi (attraverso l'applicazione della Spending Review) sia rispetto alle prestazioni individuate dalla committenza e più appropriate per le necessità della popolazione.

Il documento di programmazione e finanziamento delle Aziende sanitarie RER per l'anno 2013 prevedeva una riduzione dei consumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale per tutte le tipologie di attività e conseguentemente la revisione dei contratti di fornitura per l'acquisto di tali prestazioni.

Azioni di qualificazione e promozione dell'appropriatezza

Avviata la collaborazione del Dipartimento di Radiologia e Diagnostica per Immagini con il Dipartimento delle Cure Primarie. Proseguono le attività di monitoraggio privilegiando il tema della qualità della prestazione erogata e della appropriatezza prescrittiva: attivato il nuovo protocollo diagnostico della Celiachia ed inviata ai medici prescrittori un flow chart di indirizzo alla corretta prescrizione, oltre alle istruzioni inerenti la richiesta delle tossine del Clostridium difficile e di alcuni esami microbiologici.

Per favorire l'appropriatezza nell'ambito della diagnostica di laboratorio e radiologica sono stati realizzati 2 eventi formativi con i Medici di Medicina Generale della provincia. Un evento sulla diagnostica di laboratorio è stato realizzato per favorire la prescrizione dei test reflex e ridurre la prescrizione di indagini di "routine" costose ,e per la diagnostica per immagini per condividere le indicazioni regionali 2013 sulla prescrivibilità delle risonanze e tac.

Medicina generale, Pediatria di libera scelta, Continuità assistenziale, Specialisti ambulatoriali. Revisione organizzativa dei punti di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica). Accordi locali. Riorientamento del sistema incentivante

Per promuovere la presa in carico delle patologie croniche e favorire l'appropriatezza prescrittiva in ambito farmacologico sono stati rinegoziati nel 2013 gli accordi attuativi locali della medicina generale e della specialistica ambulatoriale, in linea con gli accordi regionali, implementando anche il nuovo modello organizzativo delle cure primarie. E' attivo un tavolo di confronto sulla continuità assistenziale.

Per quanto riguarda la pediatria, in attesa dell'accordo regionale, si è provveduto ad applicare localmente l'intesa regionale sull'appropriatezza delle indagini specialistiche, radiologiche e sulla prescrizione farmaceutica. Per quanto attiene la revisione organizzativa dei punti di continuità assistenziale è oggetto di confronto con il tavolo sindacale oltre che inserito nella nuova programmazione delle case della salute e degli ospedali di comunità.

Assistenza farmaceutica convenzionata

Come previsto dalle indicazioni regionali (anche in tema di farmaci a brevetto scaduto), sono state avviate azioni in ambito prescrittivo in collaborazione tra il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, il Dipartimento Cure Primarie e i Dipartimenti ospedalieri con criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza e costi contenuti. Presenti anche azioni di tipo informativo e di monitoraggio delle attività (obbligo di informare i cittadini, formare i medici, monitorare e mettere in discussione, nell'ambito di incontri con i prescrittori, usi distorti quale l'incremento e/o l'uso di analoghi di marca più recenti e costosi, contestare le mancate prescrizioni dei farmaci per principio attivo, secondo la norma vigente).

Grazie a questa continua azione, l'Azienda USL di Ferrara è da anni ai primi posti tra le aziende a maggiore prescrizione di farmaci equivalenti, in particolare tale prescrizione è passata dal 66,8% del 2012 al 74% nel 2013 e Ferrara, che nel 2012 era al quarto posto come Azienda a maggiore prescrizione, nel 2013 è salita al terzo posto.

Nel 2013, la spesa netta per Assistenza farmaceutica convenzionata ha registrato un decremento rispetto al 2012 pari al - 4,74%.

2.11 Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico Relazione a Consuntivo - Piano investimenti 2013-2015

a. ATTUAZIONE PIANO INVESTIMENTI

Il piano triennale degli investimenti 2013-2015 redatto secondo gli schemi predisposti dalla Regione Emilia-Romagna ed approvati con atti del D.G. n. 119 del

07/06/2013 "Bilancio Economico Preventivo per l'esercizio 2013 dei servizi sanitari", ed approvati con atto della Giunta regionale n. 1076 del 02/08/2013.

L'importo complessivo delle opere e dei lavori previsti dal Piano triennale 2013-2015 ammontavano a 26.899 milioni di € di cui 13.411 € da realizzare nell'anno 2013.

Principalmente il 2013 è stato un anno di proseguimento degli interventi principali già iniziati negli anni precedenti; infatti ha visto il completamento di alcune opere ed ha visto l'avanzamento lavori dei principali cantieri, oltre all'impostazione di un'ulteriore piano di progetti destinati a dare nuovi assetti organizzativi e strutturali di forte impatto sul contenimento dei costi del Bilancio d'esercizio.

Più nel dettaglio, come di seguito specificato, nel 2013 sono state completate le seguenti strutture relativamente ai rispettivi finanziamenti:

2013/1	Interv. 509	Cento	Ristrutturazione Reparti di Medicina e Ortopedia	Progr. investimenti in sanità - Art. 36 L.R. 38/2002	RER	1.849.100,00	
2013/2		Ferrara	Ristrutturazione Chiesa S. Carlo - 1° Stralcio	Contributo Min. Beni Culturali		900.000,00	
2013/4	Interv. I.2	Portomaggiore	Realizzazione Casa della Salute	Progr. investimenti in sanità - Art. 36 L.R. 38/2002	RER	1.000.000,00	

2013/1 – Cento: Ristrutturazione dei reparti di Medicina ed Ortopedia dell'Ospedale.

I lavori di manutenzione straordinaria ed adeguamento normativo dei due reparti in oggetto, iniziati nel luglio 2011, nonostante il sisma del maggio 2012 che ha particolarmente colpito questa zona, non hanno subito significativi ritardi. Al contrario, la tempestività dei lavori della prima parte di Medicina, che ne vedeva l'ultimazione già a maggio, ha consentito di accogliere i pazienti provenienti dall'ospedale di Bondeno, dichiarato inagibile con Ordinanza del Sindaco il 24/05/2012. Nel 2013 i lavori sono ultimati e collaudati anche per la parte di Ortopedia.

2013/2 – Ferrara: Ristrutturazione chiesa di S. Carlo 1° stralcio:

I lavori sono iniziati nel maggio 2012, interrotti a seguito del terremoto sono ripresi dopo gli interventi di messa in sicurezza. In questo primo stralcio funzionale e funzionante sono ricomprese le opere strutturali di rinforzo/ricostruzione della copertura e di parte della muratura perimetrale della chiesa; a seguito del sisma si è reso necessario intervenire anche nel campanile. I lavori sono stati ultimati nel 2013.

2013/4 – Portomaggiore: Realizzazione Casa della Salute:

I lavori sono iniziati nel luglio 2012, con termine contrattuale al 30/03/2014. (Delibera Aggiudicazione 412 del 19/12/2011). Inseriti nel Programma RER investimenti in sanità - Art. 36 L.R. 38/2002, sono stati progetto pilota per la redazione delle Linee Guida sulle Case della Salute. Inizialmente previsti in due fasi (da qui la motivazione dei due finanziamenti regionali identificati con codici I.22 pari ad € 1mln + cod. L.22 pari ad €1,5mln per complessivi € 2,5mln), si è proceduto alla realizzazione di un unico intervento funzionale e funzionante consistente nell'ampliamento della struttura socio-sanitaria esistente con due nuove volumetrie: una destinata al nuovo atrio-accoglienza utenti e sovrastante piano ambulatori, l'altra costituita dall'ulteriore accesso con nuovo impianto elevatore a servizio di un'ala del fabbricato; entrambe collegate da percorso pedonale coperto inserito nell'area esterna riprogettata a parco urbano per una migliore integrazione della struttura con il contesto cittadino.

A fine anno 2013 vedeva un avanzamento lavori superiore al primo lotto del finanziamento (Intervento I.2). Lo stato dei lavori era di completamento di tutte le opere edili e parte degli impianti.

INTERVENTI IN CORSO AMMESSI A FINANZIAMENTO.

2013/3	Interv. 92	Codigoro	Ampliamento Centro Diurno "il Faro"	Art.48 L.R. 2/2003 e art. 10 comma 2 L.R. 5/2004	480.000,00	Intervento in corso di realizzazione
2013/5	Interv. L.22	Portomaggiore	Completamento Casa della Salute	Progr. investimenti in sanità - Art. 36 L.R. 38/2002	1.500.000,00	Intervento in corso di realizzazione
2013/6	Interv. H.34	Cento	Ristrutturazione Ospedale	Accordo di Programma ex art. 20 L.67/88 - IV fase 1° stralcio.	2.200.000,00	Lavori in corso
2013/7	Interv. H.35	Copparo	Adeguamento Funzionale Struttura Sanitaria S. Giuseppe	Accordo di Programma ex art. 20 L.67/88 - IV fase 1° stralcio.	2.259.460,74	Lavori in corso

2013/3 – Ampliamento Centro Diurno Residenziale "Il FARO" di Codigoro:

Sono completati, seppure con rallentamenti, i lavori di costruzione della nuova ala dell'esistente fabbricato, destinato all'ampliamento del Centro Diurno Residenziale. Il cantiere, iniziato nel marzo 2011, vede terminata la costruzione della nuova ala e si sta per procedere al trasferimento in essa degli utenti del Centro, al fine di proseguire nella sistemazione impiantistica della parte esistente, a completamento del nuovo ed unico impianto di riscaldamento/climatizzazione. Si prevede l'ultimazione lavori entro la prossima primavera 2014.

L'intervento, il cui costo totale ammonta a 480.000€, è destinato a strutture socio-assistenziali e socio sanitarie in attuazione dell'art. 48 legge reg. 2/2003 ed art.10 comma 2 legge regionale 5/2004 ed è finanziato per 220.000€ con cod. Int. N°92 , ammesso a contributo con Del. Giunta n. 1355 del 14/9/2009.

2013/5 – Portomaggiore: Completamento Casa della Salute:

A fine anno 2013 l'avanzamento dei lavori è stato tale da richiedere un'erogazione delle somme relative al secondo lotto del finanziamento (Intervento L.22).

2013/6 – Cento: Ristrutturazione Ospedale.

I lavori di manutenzione straordinaria ed adeguamento normativo del reparto destinato a Terapia Intensiva, iniziati nel giugno 2012, sono conclusi. L'ultimazione lavori e relativi collaudi è avvenuta a fine 2013.

2013/7 – Copparo: Adeguamento funzionale della Struttura Sanitaria S. Giuseppe.

I lavori, iniziati nell'ottobre 2012, prevedono interventi di demolizione e nuova costruzione dell'ex ala depositi-officine per la realizzazione degli spazi destinati a CUP, Deposito e distribuzione Farmaci, ed altri interventi di manutenzione straordinaria in varie aree del Presidio.

Nel 2012 il presidio ha modificato la destinazione da Ospedale a Casa della Salute, e questo sta portando, in corso d'opera, ad una verifica sulle originarie destinazioni d'uso dei locali oggetto di intervento, ai fini di una eventuale perizia di variante. I lavori sono attualmente in corso e si prevede l'ultimazione a fine ottobre 2014.

ALTRI INTERVENTI CONCLUSI NEL 2013:

2013/9 – INTERVENTI FINALIZZATI AL RISPARMIO ENERGETICO:

Il progetto per ulteriori interventi finalizzati al Risparmio Energetico, del valore di 3.000.000,00 € è stato completato ma la realizzazione degli interventi previsti sospesa in attesa dell'aggiudicazione della nuova gara del Multiservice, realizzata da INTERCENTER.

INTERVENTI PROSEGUITI NEL 2013

- MANUTENZIONE STRAORDINARIA:

2013/10 - Adeguamento normativo rete di distribuzione gas medicali.

Nell'ambito del progetto generale di messa a norma degli impianti di erogazione dei gas medicali sono stati implementati e/o completati gli impianti relativi agli ospedali di Argenta, Copparo, attraverso la realizzazione delle idonee linee di distribuzione, quadri di riduzione ed allarmi, come previsto dalla normativa vigente per un importo pari a 124.000,00 €.

2013/11 – Manutenzione straordinaria

In questa voce sono ricompresi quegli interventi di piccola entità che annualmente si rendono necessari a seguito di eventi imprevedibili e che ricadono, per tipologia, tra quelli che incidono sul valore del patrimonio aziendale. Dei 2.500.000,00 € inizialmente previsti, ne sono stati effettivamente spesi 1.327.000,00 €.

Tra le somme spese, particolare incidenza hanno avuto i lavori necessari ai trasferimenti/accorpamenti presso le principali sedi Aziendali (Argenta, Copparo, Ex Ospedale S.Anna), finalizzati alla riduzione del numero dei Presidi e delle sedi dell'Azienda.

BENI ECONOMICI, ALTRO

2013/17 - Acquisizione Automezzi Aziendali.

Con riferimento al progetto di Geolocalizzazione e rinnovo parco automezzi, si è proceduto al completamento dell'installazione del sistema di geolocalizzazione sulle auto aziendali; sono stati demoliti n. 23 automezzi, 1 automezzo vetusto è stato donato ad Associazione per un totale di 24 dismissioni.

Con i 250.000,00 € previsti dal Piano Annuale 2013 sono stati acquistati 8 nuovi automezzi/ambulanza/auto mediche a cui vanno aggiunte 5 Fiat Panda acquisite con un ulteriore Fondo Vincolato per un totale di 13 nuovi automezzi.

ALTRI INTERVENTI

2013/8 - Realizzazione Nuovo Pronto Soccorso di Cento:

Il completamento della progettazione e la realizzazione dell'opera è in corso direttamente da parte della Fondazione Cassa di Risparmio di Cento, che si è impegnata a finanziare 1.500.000 euro. Nel Piano Triennale sono previsti ulteriori 300.000,00 euro, di cui si farà carico l'AUSL con fondi propri, per eventuali maggiori costi derivanti dalla modifica strutturale dell'adiacente Radiologia nel punto di collegamento al nuovo Pronto Soccorso, e per i costi degli arredi ed attrezzature di Pronto Soccorso. Al momento è in corso la redazione del Progetto Esecutivo.

TECNOLOGIE INFORMATICHE E ACQUISIZIONE BENI MOBILI

Gli interventi previsti dal Dipartimento ICT si collocano in un contesto generale, che prevede il perseguimento degli obiettivi definiti nel piano programmatico regionale

2013, nei progetti ICT regionali e di area vasta. 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.

Nell'anno 2013 sono stati previsti investimenti per un totale di € 1.101.000,00, dei quali effettivamente spesi € 229.000,00.

Dell'importo complessivo di € 200.000,00, previsti per "Acquisizione beni mobili", 48.000,00 € effettivamente spesi nell'anno 2013, per acquisto arredi e attrezzature tecnico-economiche nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

TECNOLOGIE BIOMEDICHE

Dell'importo complessivo di € 700.000,00, previsti per "Acquisizione tecnologie biomediche", 480.000,00 € sono stati effettivamente spesi nell'anno 2013 per gli adeguamenti e le sostituzioni di attrezzature necessarie per lo svolgimento delle attività in sicurezza (Ecografi per Sale Operatorie, Microinfusori diabetici/apparecchiature per assistiti protesica, Sostituzione attrezzature sanitarie di base, Defibrillatori e sistema di trasmissione ECG 118, Sonde Esaote, DAE per 118, Apparecchio per Otoemissioni acustiche).

2.12 Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale

Linea di progetto "SENSIBILIZZAZIONE ALLO SVILUPPO SOSTENIBILE"

All'interno della intranet aziendale è stata attivata una sezione dedicata al sistema gestione ambientale nella quale il gruppo aziendale fornisce a tutti i dipendenti informazioni utili su: gestione rifiuti, mobilità e ambiente.

Qui è possibile consultare sia i documenti amministrativi che le guide ed i vademecum utili per assumere comportamenti corretti per la salvaguardia dell'ambiente.

E' stato creato un indirizzo alias ambiente@ausl.fe.it collegato a tutte le mail dei componenti del gruppo SGA, al quale tutti i dipendenti possono far riferimento per richiesta di chiarimenti su procedure di smaltimento rifiuti o su altri argomenti inerenti la mission del gruppo.

Linea di progetto "GESTIONE AMBIENTALE"

La Gestione ambientale è ormai da anni una priorità per l'Azienda USL di Ferrara, che ha investito risorse e personale per monitorare e gestire il processo della gestione dei rifiuti, risparmio delle risorse energetiche e mobilità.

L'Azienda USL di Ferrara, con delibera del Direttore Generale n. 171 del 30.4.2008 ad oggetto: "Costituzione del Sistema di Gestione Ambientale Aziendale", ha nominato un

gruppo permanente i cui componenti, appartenenti alle varie articolazioni aziendali, hanno il compito di occuparsi della gestione ambientale al fine di ridurre al minimo gli impatti negativi del sistema sanitario sull'ambiente in termine di produzione di rifiuti, utilizzo di risorse naturali (es. energia, acqua), emissione di sostanze inquinanti (es: per il riscaldamento, per i trasporti), mobilità sostenibile.

Finalità e obiettivi del Gruppo di lavoro Sistema gestione Ambientale

- Individuare nell'ambito aziendale eventuali criticità
- Individuare funzioni e responsabilità per le soluzioni delle sopradette criticità
- Definire un sistema di controlli integrati fra le varie macro articolazioni aziendali
- Definire i risultati attesi e gli opportuni indicatori
- Proporre azioni di miglioramento continuo e di revisione periodica del sistema
- Definire proposte strategiche inerenti a:
 - ✓ Informazione, Formazione, Addestramento (IFA) dei lavoratori
 - ✓ Verifica di efficacia dell'applicazione delle procedure aziendali
 - ✓ Verifica quali- quantitativa della gestione dei rifiuti prodotti e dei costi di gestione sostenuti; dell'utilizzo di risorse naturali e relativi costi sostenuti, del controllo delle emissioni inquinanti e relative azioni intraprese
 - ✓ Revisione periodica del Sistema di gestione Ambientale.

Come negli anni precedenti, anche nel 2013 il Gruppo Sistema Gestione Ambientale ha continuato a sostenere l'Azienda USL nel perseguimento degli obiettivi inseriti all'interno delle Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale, in linea con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna.

In particolare sono stati organizzati i corsi formativi "La gestione del registro di carico e scarico" e "La sostenibilità ambientale".

Il Corso formativo "La compilazione del registro di carico e scarico dei rifiuti" aveva come obiettivo quello di fornire gli strumenti necessari affinché la tenuta della documentazione ambientale e la trasmissione dei dati inerenti la gestione dei rifiuti avvenga secondo le modalità indicate nella normativa vigente. Tale Corso, di n. 3 edizioni, ha visto la partecipazione complessiva di n. 44 dipendenti e ha trattato i seguenti argomenti:

- Adempimenti amministrativi di una struttura sanitaria nell'ambito della gestione dei rifiuti
- Aspetti normativi
- La documentazione ambientale e la trasmissione dei dati inerenti la gestione dei rifiuti: registro di carico e scarico, formulario di identificazione rifiuto, modello unico di dichiarazione ambientale (MUD)
- Casi pratici di compilazione

Il Corso formativo "La sostenibilità ambientale", aveva come obiettivo quello di stimolare una crescita culturale che modifichi i comportamenti individuali nella direzione di una maggiore sostenibilità ambientale. Tale Corso, di n. 4 edizioni, ha visto la partecipazione complessiva di n. 302 dipendenti e ha trattato i seguenti argomenti:

- La nuova Procedura "La Gestione dei rifiuti"
- Il programma regionale di sostenibilità ambientale
- Gli acquisti verdi
- Il risparmio energetico
- Presentazione ATERSIR e TARES
- La Gestione della Raccolta Differenziata.

Linea di progetto "RIFIUTI SANITARI"

Si descrive di seguito cosa è stato fatto nel corso del 2013 da parte del Gruppo di lavoro "Sistema Gestione Ambientale" in tema di gestione rifiuti.

- Procedura Gestione Rifiuti

E' stata rivista la Procedura del 2006 ed è stata predisposta una bozza condivisa con tutte le Macrostrutture coinvolte nella gestione dei rifiuti, con i gestori dei rifiuti urbani e con la Ditta deputata alla gestione dei rifiuti speciali.

- Aspiraliquidi

Prosegue l'uso delle macchine aspira liquidi (concesse dalla Ditta Team Ambiente in comodato d'uso gratuito) da parte delle UU.OO. di Chirurgia/Urologia degli Ospedali del Delta e di Cento con riduzione dei costi delle sacche di svuotamento e della produzione dei rifiuti infettivi.

- Accordi raccolta differenziata

E' stato rinnovato l'accordo con CMV E' stato posto in essere quanto necessario per il rinnovo dell'accordo in scadenza con Area attraverso l'elaborazione della relativa bozza.

- Progetto per la gestione dei rifiuti ospedalieri nei governatorati del sud della Cisgiordania

Continua la collaborazione con la Regione Emilia-Romagna e la ONG Nexus Emilia-Romagna al "Progetto per la gestione dei rifiuti ospedalieri nei governatorati del sud della Cisgiordania" già avviata nel 2011, nell'ambito del programma Palestinian Municipal Support Programm della Cooperazione Italiana.

Linea di Progetto "MOBILITA' SOSTENIBILE"

Si è collaborato con la Regione per la predisposizione di tabelle per la rilevazione del parco auto aziendale. Si è poi provveduto all'inserimento dei dati relativi al parco auto per l'anno 2013, relativamente alle seguenti voci:

- ✓ targa
- ✓ anno di immatricolazione
- ✓ classificazione
- ✓ sede
- ✓ dipartimento di assegnazione
- ✓ uso
- ✓ marca
- ✓ modello
- ✓ alimentazione
- ✓ potenza motore
- ✓ km.percorsi.

La rilevazione svolta dal settore automezzi gestito dal Dipartimento Tecnico è strumento del programma di gestione della flotta aziendale, che prevede il graduale rinnovo del parco auto con l'acquisizione di automezzi ecocompatibili.

La gestione della flotta aziendale è parte del progetto più complessivo di risparmio energetico nel quale l'Azienda è fortemente impegnata e consente processi di razionalizzazione dei mezzi sottoutilizzati, nonché di dismissione degli automezzi obsoleti.

Sono state avviate procedure informatiche, tenendo conto di quanto prevedono le norme relative alla privacy, per cui si è installato in ogni vettura un rilevatore collegato ad un software in grado di gestire riparazioni meccaniche, elettriche, ecc, nonché manutenzioni ordinarie e approvvigionamento di carburante.

Con i 250.000,00 € previsti dal Piano Annuale 2013 sono stati acquistati n. 8 nuovi automezzi/ambulanza/auto mediche a cui vanno aggiunte n. 5 Fiat Panda acquisite con un ulteriore Fondo Vincolato per un totale di 13 nuovi automezzi, a basso impatto ambientale.

Linea di Progetto "ACQUISTI VERDI"

Anche nel 2013 il Dipartimento Interaziendale Acquisti e Logistica Economale (DIALE) ha continuato ad effettuare iniziative di acquisto volte allo sviluppo sostenibile. In particolare per quanto concerne gli "acquisti verdi" ha effettuato/prorogato le gare espletate in Area Vasta, da Intercent-ER ed ha altresì aderito alle convenzioni CONSIP.

Linea di Progetto "RISPARMIO ENERGETICO"

Il Dipartimento attività tecnico patrimoniali e tecnologiche ha eseguito il progetto definitivo per interventi di risparmio energetico che è stato approvato in Regione. Il progetto comprende l'installazione di 4 impianti di cogenerazione, 1 impianto solare termico, 5 nuovi gruppi refrigeratori, la centralizzazione di un impianto di condizionamento, la sostituzione di corpi illuminanti all'interno delle strutture ospedaliere, la sostituzione dei corpi illuminanti nei parcheggi di alcune strutture ospedaliere e la sostituzione di infissi. Per l'indizione della gara d'appalto del progetto, si attende l'aggiudicazione del nuovo contratto di multiservizio in quanto all'interno dello stesso sono previsti altri interventi di risparmio energetico che potrebbero sovrapporsi a quelli sopra indicati.

2.13 Azioni di razionalizzazione in ambito ICT

L'Azienda, in attesa di ulteriori sviluppi progettuali collegati ad indirizzi di carattere regionale, in collaborazione con le Direzioni Mediche di Ausl, Aosp. ed il Laboratorio Unico Provinciale ha proseguito secondo programmazione alla realizzazione di un sistema di supporto informatizzato per le prescrizioni degli esami di laboratorio analisi (Decision Support System). Il sistema è stato installato e configurato; sono in corso d'opera le attività di test e collaudo. E' in fase di installazione l' utilizzo dell' integrazione del sistema RIS-PACS per i medici di reparto.

Promozione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Nel corso dell'anno si è realizzato un progetto di promozione del FSE trasmesso con nota n. prot.37910 del 14/06/2013 alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione. In particolare sono state modificate e migliorate le maschere di consultazione dei referti on line trasmessi tramite FSE ed è stata attivata la prenotazione via web delle prestazioni di laboratorio analisi. Inoltre sono state applicate le linee guida presenti nella circolare regionale n.5/2013.

Unificazione Cartella Clinica MMG

Nel corso dell'anno si è collaborato regolarmente ai tavoli di lavoro regionali per l'individuazione di un fornitore per la realizzazione della cartella clinica MMG unificata. E' in corso di svolgimento presso IntercentER la procedura di aggiudicazione della relativa gara di appalto.

Dematerializzazione ricetta

Nel corso del 2013 l'Azienda Usl di Ferrara ha individuato in collaborazione con la RER un sito di sperimentazione della Nuova Ricetta Dematerializzata presso le farmacie e i MMG di Argenta.

Nel corso dell'anno e in collaborazione con Cup2000 il Dipartimento ICT ha provveduto a realizzare le modifiche software necessarie per gestire la Nuova Ricetta Elettronica adeguando i sistemi prescrittivi e prenotativi.

Progetto Dematerializzazione. SPERIMENTAZIONE Ricetta Dematerializzata di farmaceutica.

I dati riportati sono aggiornati al 26 febbraio 2014. La sperimentazione dei MMG si è conclusa il 10 febbraio, le farmacie continueranno a erogare le prescrizioni dematerializzate fino a scadenza della ricetta, ovvero fino al 12 marzo.

Nr prescrizioni distinte per "stato"

Tab.1

AZIENDA	STATO						Totale
	BLOCCATA	CANCELLATA	EROGATA	ERRORE	PRESCRITTA	SOSPESA	
AUSL Ferrara	5	65	1793	49	63		1975
AUSL Modena	10	114	2145	252	149	1	2671
Totale	15	179	3938	301	212	1	4646
% Stati	0,32%	3,85%	84,76%	6,48%	4,56%	0,02%	
% stato erogato/bloccato/sospeso su totale al netto di cancellata ed errata		94,9%					

Le prescrizioni in stato di Errore rappresentano il 6% del totale.

Descrizione degli stati della prescrizione

STATO PRESCRIZIONE	DESCRIZIONE
PRESCRITTA	Prescritta dal medico e in attesa di essere erogata
CANCELLATA	Prescritta e successivamente annullata dal medico
ERRORE	La prescrizione, dopo i controlli formali del SAR (sistema di accoglienza regionale) o del SAC (sistema di accoglienza centrale), presenta uno o più errori scartanti. La prescrizione non è erogabile.
BLOCCATA	La prescrizione è in corso di erogazione da parte della farmacia
SOSPESA	E' il caso in cui la farmacia non ha il farmaco disponibile e il cittadino decide di aspettare la fornitura. La differenza sta nell'intervallo che intercorre tra lo stato bloccata e lo stato erogata.
EROGATA	Il farmaco è stato erogato

Dettaglio degli errori rilevati

Tab. 2

AZIENDA	ERRORE										Totale
	A seguito di disposizioni nazionali, per tale farmaco inserire obbligatoriamente informazioni aggiuntive in forma testuale	Errore interno SOGEI	esenzioni e non congruenti	Farmaco non prescrivibile su Ricetta Dematerializzata	In attesa di riscontri da parte dell'AIFA, il farmaco non può essere prescritto in assenza della nota associata	La motivazione di non sostituibilità indicata non prevede il gruppo equivalenza	La nota AIFA indicata non è corretta	necessario specificare motivazione non sostituibilità	Sigla provincia assistita non esistente	soggetto non presente in anagrafe tributaria	
AUSL Ferrara	1	2	20	16				6	2	2	49
AUSL Modena			8	7	12	1	52	163	7	2	252
Totale	1	2	28	23	12	1	52	169	9	4	301

La maggior parte delle prescrizioni in errore sono da attribuire al funzionamento dell'applicativo di cartella clinica Medico2000. Infatti in caso di farmaci sostituibili, se

si prescrive solo per AIC si deve indicare la motivazione 4 di non sostituibilità oppure in automatico nel messaggio deve essere indicato il gruppo di equivalenza. E' stata aperta una segnalazione al fornitore che ha rimosso l'anomalia, relativa alla nota 4.

Volumi erogato per farmacia

Tab. 3

AZIENDA	FARMACIA	BLOCCATA	EROGATA	SOSPESA	Totale
AUSL Ferrara	CACCIATORI		37		37
	COMUNALE Bando		19		19
	COMUNALE P.Garibaldi	4	911		915
	COMUNALE S.Maria Codifiume	1	48		49
	MARANGONI		687		687
	MINGHINI		16		16
	TREVISANI		75		75
AUSL Ferrara Totale		5	1793		1.798
AUSL Modena	AURORA		260		260
	BRODANO	7	232		239
	COMUNALE VIGNOLA		503		503
	SAPORI	2	293	1	296
	VITTORIO VENETO	1	857		858
AUSL Modena Totale		10	2.145	1	2.156
Totale complessivo		15	3.938	1	3.954

Centralizzazione gestione informatizzata delle risorse umane

Nel corso del 2013 l'Azienda ha collaborato regolarmente ai tavoli di lavoro regionali allo scopo di individuare le caratteristiche tecniche ed operative di un software gestionale per la gestione informatizzata a livello sovra aziendale delle risorse umane. E' stato rilasciato il modulo di gestione "presenze assenze" e il modulo di gestione "giuridico" ed effettuato un ciclo di formazione operatori.

Studio preliminare per la omogeneizzazione e centralizzazione della gestione informatizzata della contabilità generale (D.Lgs. n. 118/2011).

Nel corso del 2013 l'Azienda si è resa disponibile a fornire tutti gli elementi richiesti dai referenti di progetto regionali, per condurre congiuntamente lo studio preliminare per la omogeneizzazione e la centralizzazione della gestione informatizzata della contabilità generale.

Adozione di un sistema di monitoraggio e governo dell'appropriatezza in ambito di Analisi di Laboratorio

Nel corso del 2013 il Dipartimento ICT in collaborazione con le Direzioni Mediche di Ausl e Aosp. e il Laboratorio Unico Provinciale ha individuato, installato e configurato un sistema di supporto informatizzato alla prescrizioni degli esami di laboratorio analisi (Decision Support Sysytem). In ambito radiologico è stata installata e configurata l'integrazione tra i sistemi RIS-PACS provinciali anche per i medici dei reparti ospedalieri.

2.14 Obiettivi dell' assistenza ospedaliera

2.14.1 Centrali Operative - 118

RIORGANIZZAZIONE CENTRALI OPERATIVE 118 DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA:
Progetto di adeguamento strutturale, organizzativo e tecnologico delle centrali

operative di soccorso sanitario conseguenti alle modifiche dei punti di consegna delle chiamate effettuate dai cittadini dell' Emilia Romagna. In relazione alla Dgr 199/2013: "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2013" le Aziende sono state invitate a partecipare al gruppo di progetto delineato nel documento sulla concentrazione delle centrali 118 a Parma per Piacenza, Parma e Reggio, e a Bologna, Modena e **Ferrara**, e nella realizzazione della centralizzazione effettiva tra il 2013-2014. La funzione di raccordo tra le Aziende sede di centrale operativa 118 coinvolte nell'adeguamento organizzativo è stata garantita dalle due aree vaste (AVEN ed AVEC) tramite l'istituzione di due gruppi di lavoro di cui hanno fatto parte i responsabili medici e infermieristici delle centrali 118 e delle Direzioni sanitarie delle Aziende sede di Centrale Operativa. In questa fase è stato previsto l'adeguamento organizzativo delle centrali operative 118 attraverso la costituzione dei coordinamenti operativi delle centrali 118 di area omogenea. I Coordinatori dei comitati dei Direttori di AVEC e di AVEN hanno favorito la costituzione di due distinti coordinamenti tra le centrali operative di area omogenea (PC,PR, RE e MO,BO,FE). Tali coordinamenti, di cui hanno fatto parte i responsabili Medici e Infermieristici delle centrali interessate, hanno sviluppato percorsi di integrazione e omogeneizzazione della formazione del personale, di condivisione dei protocolli di intervento nelle aree di confine e quant' altro sia stato ritenuto utile per favorire sinergie e condivisione di risorse e contribuire alla omogeneizzazione dell'offerta assistenziale.

Dal mese di gennaio 2013 sono state attivate le seguenti aree progettuali:

A1 - presentazione dell'attuale sistema 118 per area omogenea:

- attività centrali operative
- attuale organizzazione delle centrali
- rete emergenza territoriale
- popolazione e territori di competenza
- percorso assistenziali

A2 - Modalità di gestione delle informazioni alla stampa, ipotesi di riorganizzazione su aree omogenee;

A3 - solo Area Vasta Centro: Per quanto riguarda il distretto telefonico 0533 (Comacchio) il gruppo di lavoro dovrà effettuare prioritariamente una valutazioni in relazione a possibili sinergie operative con Ravenna o a proposte di ridefinizioni di afferenza collegate ad elementi di omogeneità organizzativa. A tal fine dovrà il gruppo dovrà essere integrato da rappresentanti dell'Azienda Usl di Ravenna che gestisce la centrale 118 "Romagna";

B1 - Analisi situazione strutturale: In via prioritaria devono essere analizzate le soluzioni strutturali e gli spazi relativi alle centrali potenzialmente in grado di incrementare i propri bacini di utenza (Bologna, Ravenna e Parma). In particolare a Parma dovrà essere effettuata una preventiva valutazione con la locale amministrazione comunale in merito alla disponibilità ad accogliere ulteriori tavoli operativi e a rendere disponibili spazi per l'adeguamento delle tecnologie;

B2 - Verifica affidabilità e adeguatezza della parte strutturale, impiantistica e tecnologica In tale ambito dovranno essere verificati: possibilità di idonea ubicazione degli apparati tecnologici idoneità di occupazione degli spazi idoneità degli impianti di alimentazione elettrica idoneità degli impianti di condizionamento rischio sismico;

B3 - attuale situazione strutturale/tecnologica delle centrali di Modena, Ferrara, Piacenza e Reggio, eventuali richieste / progetti di adeguamento in corso, criticità;

C1 - Modello di gestione delle chiamate e loro assegnazione alle postazione/mezzi di soccorso delle singole aree territoriali.

Il progetto deve dettagliare le modalità con le quali si intende organizzare la gestione delle chiamate di emergenza verificando anche la possibilità di adottare soluzioni

collegate ai modelli già in essere. In particolare dovranno essere dettagliate le soluzioni che riguardano l'assistenza in itinere dei mezzi di soccorso, i criteri di medicalizzazione/infermierizzazione degli interventi;

C2 - Valutazioni delle attività non urgenti svolte dalle attuali centrali 118 e relativa riorganizzazione: Il progetto dovrà individuare le attività non urgenti gestite dalle centrali 118. Per tali attività non deve essere prevista alcuna centralizzazione e la continuità della loro gestione resta affidata alla singola Azienda sanitaria;

D1 - Modello organizzativo: Il progetto dovrà essere conforme alle indicazioni della programmazione del 2003 definendo in modo separato le modalità di funzionamento dei due sottosistemi Centrale ed emergenza territoriale e i relativi organigrammi. Dovranno essere altresì dettagliate le relazioni funzionali e gerarchiche delle centrali e dei sistemi territoriali con i servizi di emergenza delle aziende interessate;

D2 - Personale di centrale: Il Progetto dovrà affrontare con particolare attenzione le modalità di riorganizzazione del personale operante in centrale. In particolare dovranno essere valutati i fabbisogni, le modalità di reperimento di eventuale personale mancante, di reimpiego di eventuale personale eccedente nonché le modalità di gestione della fase di transizione tra l'attuale organizzazione a 7 centrali e quella proposta a 3 centrali;

E - Costi: I progetti sono stati accompagnati da una previsione di costi collegati alle azioni previste. Alle aree progettuali è corrisposto la costituzione di gruppi di lavoro a cui i responsabili medici ed infermieristici delle Centrali interessate hanno partecipato con frequenti incontri con il mandato di presentare alla regione il progetto entro il **31 maggio**.

Successivamente sono stati attivati gruppi tecnici che hanno messo in atto le procedure e le modalità operative secondo le indicazioni del progetto per dare avvio alla Centrale di area omogenea entro la fine del 2013.

La cessazione dell'attività della CO 118 di Ferrara e l'attivazione della nuova Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Est sono avvenute alle ore 8.30 del 28 gennaio 2014.

La centrale 118 di Bologna si chiama nella sua interezza Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Est, per brevità CO 118 Emilia EST. A Ferrara è rimasto attivo un servizio h 24 denominato Centrale di Coordinamento Sanitario Provinciale, che continua a gestire i trasporti ordinari (interH) e le reperibilità sanitarie dell'AOU FE e dell'AUSL FE. Attualmente è attivo un COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' TRA CENTRALE OPERATIVA 118 DI AREA OMOGENEA E SISTEMI DI EMERGENZA TERRITORIALE PRE-H. La funzione ET-preH, rappresenta l'interfaccia prioritaria con la CO118AO, assumendo il ruolo di garante degli aspetti operativi e organizzativi (distribuzione delle risorse, attivazione dei mezzi, risposta sia in termini di tempistica che di livello assistenziale, rispetto dei percorsi).

Con la Direzione della CO118AO condivide:

- gli aspetti procedurali (es.: attivazione dei mezzi, algoritmo clinico-organizzativo di processazione della chiamata e attribuzione del codice di gravità, rapporti di confine, maxi-emergenze);
- un'attività di reciproco feedback sulle attività di pertinenza dei due Sottosistemi;
- la gestione delle tecnologie (radio, informatiche);
- la gestione dei trasporti interH in EU, soprattutto se con impegno di risorse professionali.

IL COMITATO DI COORDINAMENTO STRATEGICO SISTEMA 118 DI AREA OMOGENEA

Organismo di indirizzo e controllo composto da:
Direttori Sanitari AA di Area Omogenea;

Direttori/Responsabili assistenziali DEU;
Direttore Medico, Responsabile Infermieristico e Resp. Amministrativo UO CO 118 AO
Direttore/Responsabile Infermieristico U.O. ET preH.

IL COMITATO DIREZIONE E CONTROLLO DELLE ATTIVITA' DEL SISTEMA 118 DI AREA OMOGENEA

Organismo "operativo" per l'integrazione dei due sottosistemi composto da:
Direttore Medico, Responsabile Infermieristico e Resp. Amministrativo UO CO 118 AO;
Direttori/Responsabili Medici, Responsabili Infermieristici UU.OO. ET preH e collaboratori;
Direttori/Responsabili Medici, Responsabili Infermieristici UU.OO PS AA di Area Omogenea.

Riorganizzazione Emergenza Pre-ospedaliera e Centrale Trasporti:

Premessa

Visto:

- DPR 27/3/1992: Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di Emergenza;
- DPR 15/5/1992: Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di Emergenza;
- DPR 1/3/1994: Piano sanitario nazionale per il triennio 1994 -96;
- le Linee Guida in applicazione del DPR 27/3/1992 (11/4/1996);
- la Delibera di Giunta - N.ro 2003/1349 - protocollato il 14/7/2003: Piano Sanitario Regionale 1999/2001 - Approvazione di "Linee guida per l'organizzazione del sistema emergenza urgenza sanitaria territoriale e centrali operative 118 secondo il modello Hub and Spoke";
- la Delibera N. 196 del 03.06.08 dell' ASL di Ferrara "Modalità organizzative e gestionali del Sistema Emergenza Urgenza Sanitaria Territoriale e della Centrale Operativa 118 della provincia di Ferrara";
- la Delibera n.439 del 22.12.2011 dell'ASL di Ferrara "Istituzione dell' Unità Operativa Sistema Emergenza Urgenza Sanitaria Territoriale 118";
- il Progetto elaborato dal Gruppo di Coordinamento Centrale Operativa "Area Omogenea Emilia Est" approvato in conferenza socio sanitaria di Ferrara - giugno 2013.

La Regione Emilia-Romagna ha avviato un progetto di riorganizzazione delle Centrali Operative 118 Regionali, attraverso l'istituzione di tre Centrali Operative di Area Vasta: Romagna (già operativa dal 2009), Emilia Est ed Emilia Ovest entro la fine del 2014. La nascita della Centrale Operativa 118 di Area Vasta Emilia Est con Ferrara, assieme a Bologna e Modena comporta il passaggio della funzione di gestione dell'Emergenza di Centrale Operativa alla suddetta Centrale ed il mantenimento a Ferrara delle funzioni proprie del sottosistema dell' Emergenza Territoriale compresa la gestione della Centrale Operativa per i trasporti ordinari.

FUNZIONI

- il **Sottosistema Centrale Operativa 118** provvede alla:
 - ricezione delle richieste di soccorso;
 - valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare;
 - attivazione, coordinamento e gestione dell'intervento stesso fino all'ospedalizzazione nei casi in cui è richiesta.

- Collaborazione con enti pubblici e privati ed in particolare con le Forze dell'Ordine, VVF, VV.UU., Prefettura, Protezione Civile.
- Il **Sottosistema Emergenza Urgenza Preospedaliera** attraverso le Unità Operative Mobili provvede a:
 - Raggiungimento sul luogo dell'evento nel minor tempo possibile;
 - Valutazione e trattamento delle condizioni vitali dei pazienti in condizioni critiche sia di origine medica che traumatica;
 - Valutazione dei bisogni degli utenti e condivisione con la Centrale Operativa 118 del miglior setting assistenziale;
 - Effettuazione degli interventi di tipo:
 - o assistenziale (mantenimento delle migliori condizioni concesse dalla situazione del paziente) in funzione della clinical competence dei vari equipaggi suddivisi in equipaggio BLS (due autisti soccorritori), ILSD (autista soccorritore e infermiere del 118), ALS (infermiere 118 e medico);
 - o terapeutico (risoluzione parziale o totale del problema acuto del paziente);
 - o trasporto assistito secondario da Centro Spoke a Centro Hub e viceversa;
 - o educativo-informativo (trasmissione delle conoscenze utili al paziente od ai familiari per fronteggiare l'evoluzione della patologia);
 - o formativo (formazione continua del personale sanitario dell'Azienda nel settore dell'emergenza e addestramento del personale delle Associazioni di Volontariato che svolgono attività di supporto al sistema 118 provinciale).

Con la creazione della Centrale Operativa 118 di Area Omogenea Emilia Est, va garantita l'interdipendenza tra COEE e sottosistemi SEU-PreH in quanto gli elementi di parziale sovrapposizione tra i due ambiti rappresentano quel continuum clinico-organizzativo fisiologico per servizi di emergenza operativamente compenetrati.

- Pertanto **all' UO SEU PreH** provinciale rimangono di **competenza** i seguenti aspetti:
- pianificazione (quantità e qualità) e distribuzione delle risorse territoriali;
 - elaborazione di procedure e governo clinico (dai percorsi alle istruzioni operativo-assistenziali);
 - tecnici (es. reti di telecardiologia);
 - di monitoraggio e verifica degli indicatori e obiettivi;
 - formativi di tutto il personale (formazione continua del personale sanitario dell'Azienda nel settore dell'emergenza; addestramento del personale delle Associazioni di Volontariato che svolgono attività di supporto al sistema 118 provinciale);
 - relazionali, intesi come interfaccia con altri Enti del soccorso non sanitario (VVF, Protezione Civile);
 - di rapporto con le AAV che svolgono attività 118, di cui rimane riferimento per gli aspetti convenzionali, operativi, tecnici e formativi;
 - di promozione e gestione dei progetti di defibrillazione (PAD laici) sia con interfacce istituzionali (Amministrazioni pubbliche) che private;
 - di informazione/formazione laici;
 - relativi alla gestione di maxi-eventi e maxi-emergenza, con un ruolo chiave sia nei piani di Difesa Civile che di risposta alle Emergenze Ambientali e Industriali;
 - di diretta gestione di personale, mezzi e postazioni assegnati alla propria struttura ovvero di interfaccia delle postazioni 118 in capo ad altre U.O. (da considerare qui le 2 basi di elisoccorso in capo attualmente alla CO118 di Bologna);
 - di diretta gestione/controllo della centrale interH a valenza provinciale, in particolare dei trasporti programmati che non utilizzano la flotta della Emergenza, ritenendo che tale ambito, pur con la sua specificità, possa impattare sul sistema 118 di EU in

termini di utilizzo delle risorse, con possibili ricadute negative così come, al contrario, rappresentare una possibile area di back up per assicurare adeguati livelli di assistenza fin dal primo intervento;

- organizzare e gestire un sistema di valutazione continua e di promozione della qualità dell'assistenza e della appropriatezza di utilizzo delle risorse umane e tecnologiche;
- favorire, con opportuna programmazione, il più elevato livello di aggiornamento continuo del personale;
- promuovere e contribuire alla educazione sanitaria dei cittadini finalizzata ad un corretto utilizzo del sistema di emergenza sanitaria;
- garantire i raccordi ed il funzionamento della rete su tutto il territorio aziendale;
- assicurare un intervento completo e multidisciplinare in funzione della clinical competence dei vari equipaggi suddiviso in equipaggio BLSD (due autisti soccorritori), ILSD (autista soccorritore e infermiere del 118), ALS (autista soccorritore, infermiere del 118 e medico se in ambulanza, solo infermiere 118 e medico se automedica);
- promuovere la ricerca e favorire il collegamento tra didattica e assistenza;
- assicurare i collegamenti tra le strutture e le competenze (ospedaliere e non) esistenti per dare risposte immediate nelle emergenze-urgenze;
- assicurare i necessari collegamenti con le unità operative appartenenti ad altri dipartimenti garantendo il trasporto assistito secondario da Centro Spoke a Centro Hub.

AMBITI DI ATTIVITA'

I 3 ambiti di attività del sottosistema SEU-PreH sono aggregati in un' unica U.O. complessa (inserita nel DEU aziendale o interaziendale):

- **Funzione governo-clinico, di coordinamento dell' Emergenza Preospedaliera (compreso gli Enti convenzionati)**
- **Interfaccia con Enti esterni**
- **Interfaccia con CO118 EE**
- **Postazioni 118 professionalizzate**
- **Centrale Coordinamento Sanitario Provinciale**

Relativamente **all'Interfaccia SEU-preH /COEE:**

La funzione SEU-preH, rappresenta l'interfaccia diretta con la CO 118 EE, assumendo il ruolo di garante degli aspetti operativi e organizzativi (distribuzione delle risorse, attivazione dei mezzi, risposta sia in termini di tempistica che di livello assistenziale, rispetto dei percorsi). Con la Direzione della CO 118 di EE condivide:

- gli aspetti procedurali (attivazione dei mezzi) sia locali che di area vasta (rapporti di confine, maxi-emergenze);
- un'attività di reciproco feedback sulle attività di pertinenza dei due Sottosistemi, nell'ottica sia di sorveglianza dei principali indicatori che di upgrade del 118 nella sua globalità;
- la gestione delle tecnologie (radio, informatiche);
- la gestione dei trasporti interH in EU, soprattutto se con impegno di risorse professionali;
- la parziale gestione dei trasporti interH, anche se a minor criticità, in particolare nella fascia oraria notturna 24-06.

La direzione del SEUPreH partecipa al **Comitato di COORDINAMENTO strategico sistema 18 di area vasta**, l'organo deputato a:

- definire le linee guida clinico-organizzative dell'attività della U.O. CO118AO
- valutare i principali indicatori segnalati dal Comitato di Direzione e Controllo dell'Attività di Centrale 118
- supportare le Direzioni Sanitarie e le Direzioni Strategiche in merito alla collocazione, distribuzione e qualità delle risorse territoriali 118 (programmazione)
- fornire indicazioni e supporto alle Direzioni Strategiche ai fini della stipula dei relativi contratti di fornitura dei soggetti non pubblici relativi alle attività 118-correlate.

La direzione del SEUPreH partecipa al **Comitato direzione e controllo delle attività di Centrale dei sistemi di 118 di Area Omogenea**, organo deputato alla declinazione operativa dei contenuti definiti precedentemente con Interfaccia SEU-preH-CO118 AOEE", e degli orientamenti assunti dal Comitato di coordinamento sia per le attività di routine che straordinarie (es.: maxi-eventi), di governo clinico, nonché responsabile della definizione degli standard di prodotto con relativi indicatori, del monitoraggio degli stessi con particolare attenzione ai PDTA (in essere e in fase di elaborazione).

Relativamente alla **Centrale Coordinamento Sanitario Provinciale**:

E' stata istituita una Centrale di Coordinamento Sanitario Provinciale con attività H24 gestita a rotazione dal personale infermieristico del 118 per le seguenti attività:

- o Gestione della rete territoriale di Trasporti Ordinari sviluppata su tutto il territorio provinciale con interventi da tutti i presidi ospedalieri e delle strutture sanitarie territoriali;
- o Gestione delle Pronte Disponibilità del personale infermieristico da attivare in caso di trasporti secondari assistiti programmati;
- o gestione delle reperibilità Aziendali sanitarie per l'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara di tutte le professionalità sanitarie legate ai percorsi di patologie tempo dipendenti;
- o gestione delle reperibilità Aziendali sanitarie per l'Azienda USL di Ferrara;
- o funzioni di coordinamento ed integrazione con il personale reperibile con funzioni particolari: autisti economici per trasporti urgenti di materiale biologico e trasfusionale ed espianti.

Impiego del personale

Attualmente il personale in carico al distretto di Ferrara e Copparo è così suddiviso:

- N. 1 Responsabile Medico
- N. 1 Responsabile Infermieristico
- N. 12 medici (a rotazione tra i PS e l'Emergenza PreH)
- N. 18 Autisti Soccorritori così impiegati:
 - o 12 Autisti Soccorritori per l'Ambulanza BLS denominata Echo2, in postazione presso i VVF di Ferrara - h24
 - o 6 Autisti Soccorritori per l'Ambulanza infermieristica di Copparo - h24
- N. 41 Infermieri così impiegati:
 - o 6 Infermieri per l'Automedica di Ferrara - h24
 - o 6 Infermieri per l'Automedica di Copparo - h24
 - o 6 Infermieri per l'Ambulanza infermieristica denominata Echo1, in postazione presso l'ex Ospedale di corso Giovecca (mezzo in convenzione con Cidas, che fornisce anche l'autista) - h24
 - o 6 Infermieri per l'Ambulanza infermieristica di Copparo - h24

- o 6 Infermieri in CO EE con funzione di Call Dispatcher (Gestione Radio dell’Emergenza) - h24
- o 6 Infermieri con funzione di Call Taker COEE (Ricezione Telefonica dell’Emergenza) - h24
- o 5 Infermieri a rotazione addetti alla Gestione dei Trasporti Ordinari di cui 1 coordinatore diurnista.

Dalle ore 8.30 alle ore 15 dal lunedì al venerdì è presente un operatore tecnico convenzionato per supporto alla ricezione delle telefonate.

Il turno notturno (21-7) potrebbe essere svolto nel locale individuato adiacente al PS di Cona al fine di garantire maggiore sicurezza all’operatore che in Corso Giovecca si trova ad operare in condizioni di solitudine con funzioni di mera attivazione di reperibili e gestione dell’unico mezzo di soccorso deputato ai ricoveri da Cona verso gli altri ospedali in parte condiviso con la COEE per le emergenze.

Postazioni di Emergenza Territoriale nella PROVINCIA DI FERRARA			
Postazioni 118	Situazione Precedente	Situazione Attuale	Variazione assetto attuale
Bondeno	Ambulanza aziendale Med + Inf. + Au Soc	Ambulanza aziendale Au Soc + Inf.	Ambulanza aziendale Au Soc + Inf
Casumaro		Automedica Medico + Inf.	Automedica Medico + Inf.
Cento	Ambulanza aziendale Med + Inf. + Au Soc Ambulanza conv. Au Soc + Au Soc (H12)	Ambulanza aziendale Au Soc + Inf. Ambulanza convenzionata Au Soc + Au Soc (H12)	Ambulanza aziendale Au Soc + Inf. Ambulanza convenzionata Au Soc + Au Soc (H12)
S.Agostino	Ambulanza conv. Au Soc + Au Soc (H12)	Ambulanza convenzionata Au Soc + Au Soc (H12)	Ambulanza convenzionata Au Soc + Au Soc (H12)
Porto maggiore	Ambulanza aziendale Inf. + Au Soc	Ambulanza aziendale Inf. + Au Soc	Ambulanza aziendale Inf. + Au Soc
Argenta	Ambulanza aziendale Med + Inf. + Au Soc	Ambulanza aziendale Med + Inf. + Au Soc	Ambulanza aziendale Med + Inf. + Au Soc
Copparo	Ambulanza aziendale Med + Au Soc + Inf.	Ambulanza aziendale Au Soc + Inf. Automedica Medico + Inf.	Ambulanza aziendale Au Soc + Inf. Automedica Medico + Inf.
Comacchio	Ambulanza aziendale Medico + Inf. + Au Soc	Ambulanza aziendale Inf. + Au Soc	Ambulanza aziendale Inf. + Au Soc
Delta	Ambulanza aziendale Med + Inf. + Au. Soc	Ambulanza aziendale Au Soc + Inf.	Ambulanza aziendale Au Soc + Inf.
Area Est		Automedica Medico + Inf.	Automedica Medico + Inf.
Bosco Mesola	Ambulanza conv Au Soc + Au. Soc (H24)	Ambulanza convenzionata Au Soc + Au Soc (H24)	Ambulanza convenzionata Au Soc + Au Soc (H24)
Migliarino	Ambulanza conv. Au. Soc + Au. Soc(H21)	Ambulanza convenzionata Au. Soc + Au. Soc (H24)	Ambulanza convenzionata Au. Soc + Au. Soc (H24)
	Ambulanza conv. Au. Soc + Au. Soc(H24) (Via Traversagno)	Ambulanza convenzionata Au. Soc + Au. Soc (H24) (Via Marconi)	Ambulanza convenzionata Au. Soc + Au. Soc (H24) (Via Marconi)

Ferrara	Ambulanza conv Au. Soc + Au. Soc (H11) (Cisterna del follo)	Ambulanza convenzionata Au. Soc + Au. Soc (H11) (Cisterna del Follo)	Ambulanza convenzionata Au. Soc + Au. Soc (H12) (Cisterna del Follo)
	Ambulanza conv Au. Soc + Au. Soc (H12 notte) (Corso Giovecca)	Ambulanza convenzionata Au. Soc + Au. Soc (H12 notte) (Cona/Copparo)	Ambulanza convenzionata Au. Soc + Au. Soc (H24) (Cona/Copparo)
	Ambulanza aziendale Au. Soc + Au. Soc(H24) (Sede VV.F.)	Ambulanza aziendale Au. Soc + Au. Soc (H24) (Sede VV.F.)	Ambulanza aziendale Au. Soc + Au. Soc (H24) (Sede VV.F.)
	Ambulanza conv. Inf +Au. Soc (Corso Giovecca)	Ambulanza conv. Inf +Au. Soc (Corso Giovecca)	Ambulanza conv. Inf +Au. Soc (Corso Giovecca)
	Automedica Medico + Inf. (Corso Giovecca)	Automedica Medico + Inf. (Corso Giovecca)	Automedica Medico + Inf. (Corso Giovecca)

2.14.2 Centralizzazione emergenze

L'obiettivo che è perseguito in collaborazione col Dipartimento dell' Emergenza, mira alla centralizzazione dell' Emergenza Territoriale relativamente all' Emergenza Chirurgica ed Ortopedica; nel corso del 2013 si è proceduto alla costituzione dell' UO di Ortopedia Interaziendale di Argenta. In tal modo tutta l' urgenza ortopedica viene gestita a livello interaziendale e centralizzata su Cona. Questo ha completato il percorso intrapreso su Argenta di azzeramento dell' attività chirurgica d' urgenza (la chirurgia generale era già a regime) consentendo la sospensione della pronta disponibilità del personale di sala operatoria durante la notte, festivi e prefestivi.

È stato inoltre prodotto il protocollo interaziendale di centralizzazione delle emorragie digestive. Tale percorso clinico assistenziale descrive la gestione del paziente con emorragie del tratto gastro intestinale superiore, sia varicose che non varicose e del tratto inferiore. Lo scopo del percorso è quello di definire la gestione pre endoscopica del paziente emorragico ed il suo percorso definendo i ruoli delle singole professionalità al fine di rendere il percorso più qualificato, tempestivo ed appropriato. Il percorso viene applicato a tutti i pazienti dell' Azienda Usl che di quella Ospedaliero-Universitaria che afferiscono ai pronto soccorsi, e che vengono assistiti dal Servizio di Emergenza territoriale 118 e ai pazienti ricoverati.

2.14.3 Servizi intermedi

Si precisa che l' Azienda USL di Ferrara non dispone di Officina Trasfusionale, ma utilizza gli emoderivati prodotti dal Servizio Trasfusionale Regionale, oltre che da Aziende farmaceutiche, e di emocomponenti prodotti dal Servizio Trasfusionale dell' Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

2.14.4 Accordo di Alta Specialità

Per quanto riguarda la committenza nei confronti delle strutture private aderenti all' accordo di alta specialità, stipulato nel corso dell' anno 2013 con DGR 633/2013,

L'AUSL di Ferrara ha definito un piano di committenza per l'anno 2013, riferito ai gruppi di prestazioni soggette alla contrattazione locale (A2, C2, D2, G) con la Struttura Villa Maria Cecilia di Cotignola. Ha inoltre svolto il monitoraggio rispetto ai volumi prodotti nell'anno 2013 nei confronti dei propri residenti, rientranti nella quota a budget e nella quota a contratto, di tutte e 4 le strutture ospedaliere private accreditate rientranti nell'accordo dell'alta specialità. Tale azione di monitoraggio si è resa particolarmente necessaria in relazione ad incrementi di consumi che si sono registrati sia nell'ambito delle strutture private di alta specialità che nell'ambito del settore pubblico regionale per i DRG riferiti al Gruppo A! di Cardiochirurgia.

2.14.5 Accordi di fornitura tra le Aziende pubbliche

Sono stati elaborati, proposti e monitorati gli accordi di fornitura con tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, al fine di migliorare il livello di appropriatezza dei ricoveri richiesti e di verificare i livelli di consumo. Tale attività ha consentito di contenere le ricadute economiche della mobilità passiva riferita ai ricoveri.

Anche con le Case di Cura Private della Regione Emilia-Romagna sono state formulate proposte di committenza che prevedevano l'applicazione della normativa inerente la spending-review e l'accordo AIOP-RER 2013, prendendo a riferimento i dati storici dei volumi e delle tipologie di ricovero.

L'attività di monitoraggio ha permesso di contenere il dato economico della mobilità passiva, migliorando inoltre le tipologie di ricovero effettuate ossia l'appropriatezza dell'offerta di ricovero in relazione al costante confronto con le altre realtà sanitarie regionali.

2.14.6 Day Hospital

E' stata rivalutata l'attività medica resa in regime di day hospital.

A seguito di questa rivalutazione, sono stati rimodulati i posti letto di DH del dipartimento di Medicina. Infatti, sono stati riconvertiti posti letto storicamente attribuiti alla funzione medica, alla funzione oncologica e sono stati ritirati i posti letto riabilitativi ai reali tassi di utilizzo. Questa operazione, ha portato alla riduzione complessiva dei posti letto attivi (-8 p.l.).

2.14.7 Punti nascita

Attualmente la Rete Provinciale è costituita da tre punti nascita: Cona (1° e 2° livello) Cento e Delta (1° livello). Sono stati perfezionati i protocolli per la selezione delle gravide nei punti di primo livello. Sono stati definiti ed attuati protocolli di trasferimento in utero al centro hub.

Il ridotto numero di nascite e di bambini che caratterizzano la Provincia di Ferrara ed in modo particolare negli ambiti territoriali dei distretti periferici (Ovest e Sud Est) ha reso necessaria un revisione dell'assistenza e del supporto pediatrico, mediante l'attivazione di una unica Unità Operativa Provinciale in capo all'hub provinciale, Ospedale di Cona, che ha definito una rete organizzata complessiva provinciale che prevede una diversa e più attagliata organizzazione presso ciascuna sede. Inoltre tale nuova organizzazione ha consentito la definizione ed attuazione di protocolli provinciali specifici e condivisi per il trasferimento assistito dei neonati che necessitano di trasferimenti in ambiente intensivo. Infine ha permesso la realizzazione di eventi formativi univoci, alle diverse figure professionali della rete.

2.14.8 Riconfigurazione del processo assistenziale ospedaliero

Dopo il periodo di riduzione estiva, si è rientrati ai livelli previsti dalla programmazione Aziendale con riduzione complessiva di 54 posti letto. Presso lo stabilimento di Argenta, sono stati rivisti gli obiettivi in termini di tipologia di posti letto e sono state

definite le strategie per lo sviluppo dell'attività Riabilitativa nell'ambito dell'U.O. di Lungodegenza.

A seguito del piano di programmazione triennale 2013-2015 approvato dalla CSST i posti letto per acuti di Copparo e Comacchio saranno oggetto di profonda trasformazione verso una tipologia di posti letto a valenza "intermedia" (Ospedale di Comunità) per rendere più appropriato l'utilizzo della degenza per i pazienti cronici con poli patologie - in queste strutture l'assistenza è prevalentemente infermieristica, è integrata nel DCP in stretto collegamento con il nucleo di cure primarie, con i mmg e i medici di continuità assistenziale. Questa tipologia risponde ai bisogni dei pazienti fragili, pazienti in ADI in fase di instabilità, pazienti che richiedono una assistenza più complessa non erogabile al domicilio, ma non adatti ad una degenza ad alta complessità. Si consolida, anche per il terzo trimestre, l'utilizzo degli accessi facilitati alla Diagnostica per Immagini riservati all'Ambulatorio H.12 della Casa della Salute di Copparo con azioni anche nell'ambito della diagnostica specialistica ecografica. Nell'ambito della Diagnostica di Laboratorio, con particolare riferimento all'oncologia, sono stati attivi specifici percorsi in collegamento anche con l'ospedale di Cona. Il percorso ha visto il coinvolgimento attivo anche delle figure professionali infermieristiche nello sviluppo dei diversi percorsi diagnostici ed assistenziali.

Progetto per l'attivazione OSCO in Casa della Salute Copparo.

L'OsCo é una struttura di degenza territoriale, inserita nella rete dei servizi distrettuali, a forte gestione infermieristica, che prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari 24 ore su 24, con assistenza medica garantita dai Medici di Medicina Generale e dai Medici della Continuità assistenziale, con il supporto degli specialisti della Casa della salute.

Gli OsCo sono finalizzati al raggiungimento di specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione.

Criteri e Protocolli di ammissibilità:

Da un punto di vista generale la popolazione target della degenza in OsCo é rappresentata da

A) pazienti, prevalentemente anziani, provenienti da struttura ospedaliera (UO Acuti o LpA), clinicamente dimissibili dall'ospedale, ma non in grado di poter essere adeguatamente assistiti a domicilio;

B) pazienti fragili e/o affetti da patologia cronico-degenerativa, provenienti dal domicilio o dalle CRA, caratterizzati da condizioni cliniche e/o sociali tali da renderli non adeguatamente assistibili a domicilio;

C) Pazienti che necessitano:

a) di assistenza infermieristica nella somministrazione dei farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio,

b) di monitoraggio infermieristico che richieda sorveglianza continua o quasi continua, anche se non di tipo intensivo;

c) di formazione/educazione/addestramento del paziente e del care-giver prima del rientro / a domicilio.

In ogni caso si tratta di persone caratterizzate da relativa stabilità clinica e da necessità assistenziali medio-elevate, comportanti monitoraggio permanente in regime residenziale (ad esempio modificazione della terapia, fasi di scompenso non grave, fase post-dimissione in assenza di possibilità temporanea di adeguato supporto terapeutico o assistenziale domiciliare).

Possono avere 1 caratteri della ammissibilità al ricovero in OsCo anche le seguenti condizioni:

- percorsi diagnostici in pazienti non autosufficienti che non dispongono del necessario supporto familiare;

- pazienti con patologie croniche dimessi precocemente che necessitano di una ulteriore fase di monitoraggio terapeutico;
- malati con compromissione generale per patologia di tipo evolutivo in attesa di ricovero in struttura adeguata per supporto nutrizionale;
- pazienti dimessi in fase di proseguimento di terapia medica o riabilitativa da effettuarsi sotto il controllo sanitario.

La persona accolta nella struttura deve essere dimessa entro il 21° giorno, tale periodo é da ritenersi normalmente congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a valutare le condizioni cliniche o di rischio della persona interessata e a risolvere i problemi che hanno determinato il ricovero, consentendo il rientro al proprio domicilio, inserendo il paziente in un percorso ADI o prevedendo il suo accoglimento in strutture residenziali.

2.14.9 Definizione di una struttura organizzativa interaziendale dei trapianti

Sono state sviluppate azioni di integrazione in ambito interaziendale finalizzate a potenziare l'efficacia e l'efficienza dell'insieme dei servizi che concorrono a garantire i buoni risultati ottenuti in campo trapiantologico. Nell'ambito della costituenda rete nefrologica provinciale, sono stati ridefiniti i protocolli di preparazione e presa in carico, all'interno della rete, dei pazienti candidati al trapianto di rene.

Inoltre l'AUSL di Ferrara ha ridisegnato l'assetto organizzativo e definito strategie mirate a sostegno delle attività della donazione di tessuti.

2.15 La Rimodulazione dell'assistenza residenziale per i Dipartimenti Salute mentale Dipendenze patologiche

ha comportato una serie di azioni di carattere organizzativo, con aspetti di integrazione tra i diversi servizi che hanno interessato:

Il percorso assistenziale tiene conto del:

- "Piano Attuativo salute mentale 2009-2011", approvato con DGR n. 313/2009;
- del "Piano sanitario e sociale regionale (Deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 175/2008)";
- del Piano attuativo Salute Mentale e superamento ex OP " RIMODULAZIONE DEL FONDO, RIPARTO E ASSEGNAZIONE ALLE AZIENDE SANITARIE PER L'ANNO 2013 (del. 478/2013);
- degli Indirizzi per la definizione dei contenuti minimi degli Accordi di programma da stipulare a livello distrettuale tra Enti Locali e Aziende Usl per l'integrazione socio-sanitaria nell'area "Salute mentale adulti e dipendenze patologiche".

Una certa quota di pazienti in carico alla Psichiatria Adulti e al SerT in età adulta sono affetti da patologie psicotiche invalidanti croniche che li accomunano agli anziani ed ai disabili. Questi pazienti psichiatrici necessitano di prestazioni e servizi che non possono trovare una risposta appropriata nelle sole strutture ospedaliere sanitarie e residenziali; con la necessità di organizzare percorsi terapeutici territoriali di assistenza socio-sanitaria con progetti integrati tra DAI SM DP e ASP, Servizi Sociali in generale, Dipartimento delle Cure Primarie. La costruzione dei progetti terapeutici avviene in modo consensuale all'interno delle Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) ed Unità di Valutazione Geriatrica (UVG).

Dal punto di vista tecnico professionale ed organizzativo, quindi, per i pazienti con disabilità di lunga assistenza viene superata la presa in carico esclusiva da parte del DAI SM-DP con accesso, valutazione e intervento integrato tra DAI SM DP e Servizi Sociali dei Comuni (UVM e UVG) in ambito distrettuale.

Il Piano attuativo Salute Mentale individua tre livelli di assistenza previsti dai LEA (DPCM 2001) per i pazienti psichiatrici, in cui le Aziende USL, DAI SM DP e gli Enti Locali sono chiamati ad integrarsi:

- livello territoriale (sostegno al reddito, politiche abitative, inserimenti lavorativi, promozione della salute mentale, sussidiarietà orizzontale, prevenzione)
- livello semiresidenziale (Centri Diurni)
- livello residenziale (Unità abitative, gruppi appartamento, residenze psichiatriche e comunità terapeutiche non sanitarie).

I progetti terapeutici a favore dei pazienti psichiatrici cronici debbono favorire la riabilitazione ai due primi livelli, quindi il maggior utilizzo di Centri Diurni, unità abitative assistite, assistenza domiciliare; di conseguenza, bisogna utilizzare di meno il terzo livello, quello delle strutture residenziali e sanitarie. Inoltre, su questa linea, il pazienti psichiatrici cronici ex OP over 65 anni debbono essere valutati da UVG per il giudizio di idoneità alle Case di Riposo per Anziani (CRA). Il passaggio di questi pazienti dal Fondo sanitario al Fondo della Non Autosufficienza, libera risorse per progetti territoriali basati sul budget di salute individualizzato.

Nel corso del 2013 il Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche ha riprogettato l'utilizzo delle residenze socio sanitarie in base all'appropriatezza clinica di molti pazienti psichiatrici ospitati; infatti sono stati valutati 53 pazienti over 65 anni, ex OP (attraverso Unità Valutazione Geriatrica), caratterizzati da intensa disabilità, su un totale di circa 220 pazienti ospitati nelle residenze. Di questi 53 pazienti, circa 20 sono stati valutati clinicamente idonei a CRA dalla Unità di Valutazione Geriatrica. Questi 20 pazienti potranno essere dimessi dal Dipartimento Salute Mentale ed entrare nel normale circuito degli anziani; questo processo di appropriatezza e progetto di dimissione è attualmente terminato per gli aspetti clinici, di competenza della UVG e del DAI SM DP.

3. Attività svolta in ambito di Area Vasta Emilia Centro

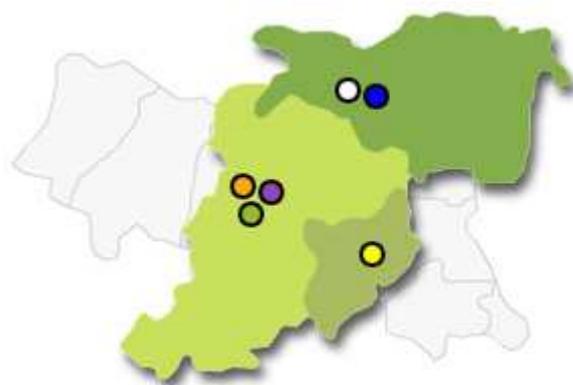
3.1 Rendicontazione Attività svolta in Ambito di AVEC

Per le attività sviluppate nell'anno 2013 in Area Vasta Emilia Centrale, la Rendicontazione della Direzione Operativa relativa all'attività svolta per i principali settori di attività affrontati, strutturata in n. 10 allegati, in corrispondenza, principalmente, dei progetti avviati nel corso del 2013 e trasmessa il 12/05/2014 prot. n. 35/01-12 ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e IRCCS di Area Vasta Emilia Centrale (AVEC), è presente nella Relazione sulla Gestione 2013 che si allega.

I progetti vengono ripresi nelle rendicontazioni contenute nei paragrafi successivi.

La rendicontazione utilizza la Relazione predisposta dalla Direzione Operativa AVEC che si riporta in versione integrale.

RENDICONTAZIONE AVEC ANNO 2013



-  [Azienda USL di Bologna](#)
-  [Azienda USL di Imola](#)
-  [Azienda USL di Ferrara](#)
-  [Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara](#)
-  [Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna](#)
-  [Istituto Ortopedico Rizzoli](#)

Indice

1. Linee di programmazione e finanziamento regionali 2013.....	Pag. 4
2. Obiettivi AVEC 2013.....	Pag. 5
3. Progetti Area Sanitaria	Pag. 6
3.1. Laboratorio Unico	Pag. 6
3.2. Centrale Operativa 118	Pag. 8
3.3. Integrazione Servizi Trasfusionale	Pag. 10
4. Progetti Area Tecnico Amministrativa	Pag. 13
4.1. Integrazione logistica.....	Pag. 13
4.2. Integrazioni funzioni tecnico amministrative.....	Pag. 16
5. Altre integrazioni	Pag. 19
5.1. Comitato Etico Area Vasta Centro	Pag. 19
5.2. Commissione del Farmaco AVEC	Pag. 19
5.3. Adozione Test HPV.....	Pag. 19
6. Attività trasversali	Pag. 21
6.1. Applicazione normativa prevenzione corruzione e trasparenza	Pag. 21
6.2. Applicazione normativa Privacy	Pag. 21
6.3. Progetti ICT	Pag. 22
6.4. Attività formativa	Pag. 24
7. Altre attività Area Sanitaria	Pag. 26
7.1. Procedura taglio cesareo	Pag. 26
7.2. Disturbi comportamento alimentare	Pag. 26
7.3. Riduzione posti letto DH medici	Pag. 26
7.4. Progetto di Comunità	Pag. 27
8. Altre attività Area Tecnico Amministrativa	Pag. 28
8.1. Attività Libero Professionale	Pag. 28
8.2. Convenzione attuativa strumenti di supporto Direzione Operativa	Pag. 28

8.3. Settore acquisti Pag. 28

8.4. Assicurazioni: predisposizione gare per coperture assicurative..... Pag. 29

1. Linee di programmazione e finanziamento regionali 2013

L'attività in AVEC nel 2013 si è articolata secondo due direttrici. La prima ha interessato il consolidamento del nuovo modello organizzativo dell'AVEC nella configurazione prevista dalle Direttive Regionali di cui alla DGR 927/2011. Si è quindi lavorato sulla operatività degli organismi decisori, sul rafforzamento del Comitato dei Direttori e del suo coordinamento e sulla Direzione Operativa dell'AVEC. Si colloca in questo ambito la nomina del nuovo Direttore Operativo dell'AVEC che, oltre all'esperienza e alla capacità di direzione, somma in sé una importante funzione di raccordo tra le varie realtà aziendali e di congiunzione tra queste e la Regione. La seconda direttrice sulla quale si è impostato il lavoro del 2013 ha riguardato la corretta interpretazione e applicazione delle linee di programmazione e finanziamento regionali per l'anno 2013, approvate con DGR 199/2013 nelle quali vengono indicate le principali aree di intervento delle aziende sanitarie in ambito provinciale e/o area vasta che per quanto concerne l'area Vasta Emilia Centrale ha indicato i seguenti punti.

Centrali Operative – 118

Le Aziende sono tenute a partecipare al gruppo di progetto delineato nel documento sulla concentrazione delle centrali 118 a Parma per Piacenza Parma e Reggio, e a Bologna per Bologna, Modena e Ferrara, e nella realizzazione della centralizzazione effettiva entro la fine del 2013.

Servizi intermedi – trasfusionale

Le Aziende devono rivedere l'assetto strutturale e organizzativo dei servizi intermedi, sfruttando il potenziale di miglioramento della qualità offerto dalle possibilità di concentrazione delle fasi di processo assistenziale che non hanno bisogno della presenza del paziente per essere eseguite. In particolare devono procedere all'unificazione delle officine trasfusionali dell'area vasta centro (Bologna, Ferrara e Modena) e dell'area vasta Nord (Piacenza, Parma e Reggio), secondo quanto previsto nel Piano Sangue e Plasma in via di approvazione.

Integrazione servizi tecnico Amministrativi

Le integrazioni dovranno essere perseguite o su scala di Area Vasta o su scala provinciale; pertanto le Aziende saranno impegnate a sviluppare tali integrazioni con modalità variabile. Le Aziende dovranno provvedere, entro il primo semestre 2013, alla riprogettazione dell'insieme dei servizi amministrativi, tecnico professionali (servizi tecnici, servizi di ingegneria clinica, fisica sanitaria e servizi ICT) e sanitari e dovranno iniziarne la realizzazione a partire dal secondo semestre.

Centralizzazione dei magazzini farmaceutici ed economici

La realizzazione delle Aree Vaste, le gare di acquisizione e la riorganizzazione delle funzioni dei servizi amministrativi, tecnici e professionali favoriscono la messa in comune dei beni farmaceutici ed economici; due aree vaste devono portare a termine i processi di integrazione strutturale di centralizzazione di tali attività e la terza avviarli.

Laboratorio Unico

Con la delibera di Giunta regionale n. 686 del 14/05/2007 la RER ha esplicitato l'esigenza di concentrare la produzione analitica, non solo per le analisi di alto impegno tecnologico, ma anche per la produzione analitica di base, con l'obiettivo di consolidamento e miglioramento della qualità del servizio reso, miglioramento dell'efficacia di produzione e dell'efficacia allocativa. Particolare attenzione è posta all'opportunità di maggiori centralizzazioni in ambito di Aree vaste. Successivamente, con il Piano Sociale e Sanitario 2008 – 2010 in merito all'integrazione sovraziendale in Aree Vaste, si individua soprattutto la funzione laboratoristica quale funzione positivamente possibile di concentrazione ed integrazione. Con la determinazione dell'Assemblea dei Direttori Generali dell'Area Vasta Emilia Centrale del 29 aprile 2011 si è deciso, proprio per coerenza con quanto sopra considerato, di programmare in questo ambito territoriale la realizzazione di un laboratorio unico.

2. Obiettivi AVEC 2013

Sempre più la Regione Emilia Romagna sta incentivando lo sviluppo di forme di integrazione a livello provinciale e di **Area Vasta** relativamente sia agli aspetti sanitari/produttivi, sia ai cosiddetti “Servizi di supporto” nell’esigenza di migliorare la qualità dell’offerta e dell’efficienza nella produzione di servizi. L’AVEC in questi anni e in particolare nel 2013 ha avviato un intenso processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, risorse umane e finanziarie.

Sulla base delle linee di programmazione regionali, il Comitato dei Direttori dell’AVEC nella seduta del 7 marzo 2013 ha identificato i seguenti argomenti quali obiettivi prioritari per l’anno 2013:

- Integrazione Servizi Amministrativi
- Laboratorio Unico AVEC
- Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Est
- Piano ICT (in particolare l’anagrafe sanitaria)

Sempre nel 2013 in sedute successive il Comitato dei Direttori dell’AVEC ha avviato ulteriori progettualità:

- approfondimenti sulla logistica integrata di Area Vasta, al fine di verificare la fattibilità di un magazzino unico di AVEC sulla definizione della rete della riabilitazione di AVEC;
- viene avviato un progetto per la realizzazione di un unico Servizio trasfusionale in area metropolitana, la cui analisi è stata successivamente integrata a livello di AVEC.

3. Progetti Area Sanitaria

3.1. Laboratorio Unico

Razionale:

Partendo dalla premessa delle forti spinte al cambiamento che caratterizzano la Medicina di Laboratorio, con conseguenti inarrestabili aumenti dei relativi costi, si sono sviluppati in Italia diversi modelli riorganizzativi della rete laboratoristica, con soluzioni a volte disomogenee da una Regione all’altra e talora anche all’interno della stessa Regione. Perciò il Ministero della salute e il Ministero della Economia e delle Finanze hanno dato indicazioni per costruire un sistema omogeneo a livello nazionale che sviluppi reti integrate di punti di laboratorio delle Aziende Sanitarie, garantendo l’urgenza laboratoristica e l’equità di accesso dei pazienti alle prestazioni con l’eliminazione delle ridondanze dei servizi. In questo ambito la Regione Emilia – Romagna aveva già provveduto nel Piano sanitario Regionale 1999 – 2001 ad individuare una modellistica di organizzazione dei servizi afferenti alla medesima linea di produzione secondo il modello Hub & Spoke che prevede la concentrazione della produzione dell’assistenza di maggiore

complessità in centri di eccellenza (Hub) attraverso l’invio degli esami dai centri periferici (Spoke).

Particolare attenzione va posta all’opportunità di maggiori centralizzazioni in ambito di Aree vaste. Con il Piano Sociale e Sanitario 2008 – 2010 in merito all’integrazione sovraziendale in Aree vaste, si individua soprattutto la funzione laboratoristica quale funzione positivamente possibile di concentrazione ed integrazione.

Con la determinazione dell’assemblea dei Direttori Generali dell’Area Vasta Emilia Centrale del 29 aprile 2011 si è deciso, proprio per coerenza con quanto sopra considerato, di programmare in questo ambito territoriale la realizzazione di un laboratorio unico.

Obiettivi e fasi procedurali:

Nel corso del 2013 si concretizzata anche con atti formali la realizzazione del progetto di realizzazione del laboratorio di Area Vasta.

Il progetto è stato approvato in via definitiva nell’incontro del Comitato dei Direttori AVEC del 3/10/2013 e inviato in regione in data 30.10.2013.

Nel contempo si lavorato sia sul piano tecnologico che su quello organizzativo.



Sul piano organizzativo nell'area ferrarese si sono sostanzialmente completati i processi di accorpamento sulla struttura hub di Cona delle attività analitiche per esterni arrivando ad una sostanziale ultimazione della razionalizzazione su base provinciale.

In area metropolitana i processi di riorganizzazione il riposizionamento della funzione hub sul laboratorio del Maggiore. Questo ha comportato una redistribuzione della tipologia degli esami e del ruolo dei vari laboratori presenti negli ospedali dell'Azienda Usl, il trasferimento delle attività di autoimmunità dal laboratorio del S. Orsola a quello del Maggiore e la conclusione dell'iter di trasferimento degli esami di microbiologia dall'Azienda USL all'AOSP. Infine in area metropolitana si è definito il progetto organizzativo con le relative risorse umane coinvolte e si sono programmati gli incontri sindacali.

Sul piano tecnologico si è proceduto alla stesura dei capitolati di gara e all'aggiudicazione per diversi sistemi operativi. Andando con ordine:

Si sono espletate le gare e sono operative le gare per l'analisi delle urine, per l'elettroforesi e la nefelometria. Per i POCT è stata espletata la gara che non è ancora operativa. Si è definito il capitolato sull'autoimmunità. Si è predisposto il capitolato per il Corelab.

Sempre sul piano tecnologico è stato definito il capitolato per l'informatizzazione del laboratorio unico. Infine si è giunti all'aggiudicazione e all'inizio dei lavori per la realizzazione del nuovo laboratorio dell'Ospedale Maggiore.

Il progetto è inserito nell'allegato 1

3.2. Centrale Operativa 118

Razionale

L'attivazione del 118 in Italia è avvenuto a partire dal 1990. Allora la maggior parte delle Regioni attivarono centrali a livello provinciale. Dalla fine degli anni '90 vi è stata una inversione di rotta collegata alla attivazione di nuove tecnologie e alla constatazione che centrali di grandi dimensioni (Roma, Milano, Torino, ecc) erano in grado di operare efficacemente con popolazioni di riferimento di 2-3 milioni di abitanti.

Per quanto riguarda la Regione Emilia Romagna, allo stato attuale le centrali operative con caratteristiche strutturali tali da garantire rapidamente il recepimento di significativi incrementi di chiamate in accesso sono Bologna e Parma. Bologna è una struttura completamente nuova, localizzata presso l'ospedale Maggiore in palazzina in uso esclusivo al 118 e già dimensionata nella logica di aggregazione per area omogenea (2-2,5 milioni abitanti), dotata, già in fase di progettazione, di tutti i sistemi di sicurezza necessari. E' quindi in grado di diventare il punto di ricezione e gestione delle chiamate 118 anche dei distretti telefonici modenesi - 0535 (Mirandola), 0536 (Sassuolo esclusa area Castellarano), 059 (Modena)- e ferraresi - 0532 (Ferrara) 0533 (Comacchio).

Le funzioni di raccordo tra le varie Aziende interessate in fase di progettazione della unificazione delle Centrali 118, del necessario adeguamento organizzativo ed operativo e della sua implementazione sono svolte dalle due Aree Vaste interessate tramite l'istituzione di due gruppi di lavoro di cui fanno parte le Direzioni Generali e Sanitarie delle Aziende interessate e i responsabili medici e infermieristici delle centrali:

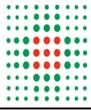
- L'area Vasta Nord procede a definire il percorso di centralizzazione del punto di consegna delle chiamate della centrale di Parma per i distretti telefonici 0521(Parma), 0522(Reggio), 0523 (Piacenza), 0524 (Fidenza), 0525 (Fornovo), e 0536 (Sassuolo solo area Castellarano)
- L'area Vasta Centro procede a definire il percorso di centralizzazione del punto di consegna delle chiamate nella centrale di Bologna per i distretti 051 (Bologna), 0532 (Ferrara) 0533 (Comacchio)., 0534 (Porretta Terme), 0535 (Mirandola), 0536 (Sassuolo esclusa area Castellarano), 059 (Modena), 0542 (Imola). L'AVEC coinvolge in tale percorso l'Azienda Usl di Modena. che gestisce la centrale 118 di Modena.
- Il supporto tecnico ai gruppi di lavoro è garantito dal Gruppo Regionale di Coordinamento delle Centrali Operative 118.

L'azienda Usl di Bologna, incaricata di gestire la rete telefonica e i sistemi informatici del 118 provvede, attraverso l'UO "Centro regionale 118", a redigere, in stretto coordinamento con le Aree Vaste, il progetto di riorganizzazione dei sistemi tecnologici in funzione del nuovo schema organizzativo basato su 3 centrali indicando anche le opzioni di raccordo e localizzazione degli impianti NUE 112.

Obiettivi e fasi procedurali

Il percorso di realizzazione della Centrale Operativa di area omogenea Emilia Est (Bologna, Ferrara e Modena) è iniziato su indicazione regionale con un incontro tenutosi presso l'Assessorato alle Politiche Sociali il 10 gennaio 2013. In quella sede si sono definite le linee d'indirizzo, procedere sul processo di riorganizzazione e la tempistica. I lavori, svolti e sulla base delle indicazioni regionali, hanno previsto tre incontri di verifica il 22/2/13, il 15/3/ 13 e il 19/4/13 ai quali il gruppo di lavoro di area omogenea ha sempre dato riscontri precisi. Nella tempistica prevista il documento di progetto doveva essere trasmesso in Regione entro il 31/5/13 e per quella data il gruppo di lavoro ha completamente assolto il mandato ricevuto avendo completato il progetto operativo corredato da un'ipotesi di tempistica per la sua realizzazione. Proprio in un'ottica di rigore procedurale e di riscontro al percorso concordato con la Regione, il Comitato dei Direttori AVEC ha approvato il progetto nell'incontro del 22/5/13 e inviato alla Regione in data 6/6/13.

Il progetto è stato inoltre sottoposto, con esito positivo, all'esame delle CTSS di Bologna, Ferrara Modena e del Nuovo Circondario Imolese nel corso del mese di luglio 2013.



Da quella data il gruppo di progetto è diventato gruppo operativo per dare avvio effettivo alla realizzazione della Centrale Operativa del 118 di Area Omogenea Emilia Est rispettando la tempistica presentata ed approvata dalla Regione che prevedeva la realizzazione della prima fase dell'accorpamento con il trasferimento delle chiamate della Centrale Operativa 118 di Ferrara alla fine del 2013 ed il trasferimento delle chiamate verso la Centrale Operativa 118 di Modena nel maggio 2014.

In termini sintetici il percorso propedeutico alla realizzazione della Centrale unica 118 si è concluso con l'accordo sindacale del 19/12/13 con il quale si sancivano gli aspetti legati al contributo ed all'impiego del personale delle Centrali Operative di Ferrara, a partire dal gennaio 2014, e di Modena, a partire da febbraio 2014 ai fini dell'avvio del progetto di realizzazione della Centrale Operativa Area Omogenea Emilia Est nel rispetto dei tempi previsti di concentrazione delle chiamate del territorio ferrarese entro il mese di gennaio 2014 e del territorio modenese entro maggio 2014.

Il percorso è già stato avviato con successo e segue la tempistica definita.

Dal 17 gennaio 2014 è operativamente attivata la Centrale Operativa Unica a Bologna, integrata dal personale (12 unità) della Provincia di Ferrara così come recepito dall'accordo sindacale aziendale.

Il progetto è inserito in allegato 2.

3.3. Integrazione Servizi Trasfusionale

Razionale:

Il progetto per l'unificazione del Servizio di Medicina Trasfusionale e di Immunoematologia (SIMT) a livello metropolitano e di Area Vasta Emilia Centrale (AVEC) si colloca in un contesto regionale di grande rinnovamento: il 18 giugno 2013, infatti, l'Assemblea Legislativa ha approvato con deliberazione n 121 il Piano Sangue e Plasma Regionale per gli anni 2013-2015 che prevede un importante riordino della rete delle strutture trasfusionali e pone obiettivi di grande rilevanza dal punto di vista della sicurezza e delle appropriatezza della terapia trasfusionale, di sviluppo dei settori professionali della disciplina della Medicina Trasfusionale, di miglioramento della rete della raccolta di emocomponenti in collaborazione con le Associazioni e Federazione del volontariato.

È inoltre il caso di ricordare che il 31 dicembre 2014 è il termine ultimo previsto dalla legislazione nazionale per l'adeguamento delle strutture trasfusionali ai requisiti di accreditamento previsti dalla normativa europea.

Per gli elementi sopra ricordati l'esperienza di unificazione del Servizio Trasfusionale dell'Area Metropolitana Bolognese e di Area Vasta Emilia Centro (AVEC) costituisce un modello di riorganizzazione e di sviluppo di tutti gli aspetti della Medicina Trasfusionale anche per altre realtà regionali e nazionali.

L'AVEC comprende circa 1.3 milioni di abitanti, 6 Aziende sanitarie (AUSL, S. Orsola, IOR, Imola, AUSL Ferrara, AOSP Ferrara) per circa 5.000 posti letto pubblici e circa 1.500 privati accreditati o non accreditati.

Sono presenti 4 Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale - SIMT (AUSL Ospedale Maggiore - Bellaria, AO S. Orsola, IOR e AOSP Ferrara) e una struttura semplice dipartimentale a Imola afferente dal punto di vista tecnico al SIMT dell'OM sulla base di un rapporto di convenzione.

L'AUSL è sede del Centro Regionale Sangue (CRS) e il SIMT dell'Ospedale Maggiore è la Struttura Trasfusionale di riferimento per il CRS.

Deve inoltre essere considerato quanto previsto nel Piano Sangue e Plasma della Regione Emilia Romagna che, come si ricordava, identifica il SIMT dell'OM quale sede di Polo di validazione e lavorazione per l'intera Area Vasta Centro e per l'AO di Modena.

Nell'area metropolitana bolognese sono attivi circa 50.000 donatori di sangue ed emocomponenti organizzati in 2 associazioni, AVIS e FIDAS ADVS. La raccolta del sangue e degli emocomponenti si articola sulla 4 sedi ospedaliere principali (OM, Bellaria, S. Orsola e Imola) e in 34 sedi territoriali, per l'area metropolitana bolognese, e in 36 sedi gestite dall'AVIS nella provincia di Ferrara.

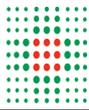
Complessivamente vengono raccolte circa 58.000 unità di emocomponenti nelle sedi che fanno capo all'Ospedale Maggiore e 16.500 presso l'Ospedale S. Orsola e 23.000 nelle sedi che fanno capo al SIMT di Ferrara. È in corso una profonda revisione dell'organizzazione della raccolta di emocomponenti, anche in considerazione del percorso di accreditamento,

Dai dati regionali emerge come la realtà metropolitana bolognese costituisca circa il 25% circa delle attività trasfusionali della Regione e l'Area Vasta che su di essa insisterà ne costituisca quasi il 50%.

Obiettivi e fasi progettuali:

L'integrazione dei Servizi Trasfusionali dell'Area Metropolitana Bolognese e della AVEC in unico Servizio si pone i seguenti obiettivi:

- a) mantenimento delle attuali attività assistenziali e di ricerca e loro potenziamento tramite una articolata disponibilità del Servizio in loco;
- b) concentrazione delle attività routinarie specifiche in una sola sede scelta sulla base delle attitudini professionali, delle funzioni e delle condizioni logistiche valorizzando le conseguenti economie di scala;
- c) valorizzazione delle professionalità specifiche e delle eccellenze ponendole al servizio anche delle altre sedi operative in ambito metropolitano e regionale;



- d) omogeneizzazione degli interventi volti a migliorare tutti gli aspetti inerenti alla gestione del rischio clinico, alla sicurezza della terapia trasfusionale, alla gestione univoca e prospettica della appropriatezza della terapia trasfusionale.
- e) gestione in rete di tutte le strutture ospedaliere presso le quali viene condotta terapia trasfusionale;
- f) riordino della rete della raccolta di sangue ed emocomponenti sulla base di rispondenza alle necessità terapeutiche, ai programmi specifici in ambito regionale, ai criteri di efficienza e di sicurezza;
- g) valorizzazione e coinvolgimento delle due associazioni dei donatori di sangue in un unico progetto volto a sviluppare le opportunità di donazione, al miglioramento delle condizioni organizzative e di confort delle sedi di donazione alla migliore finalizzazione dei progetti di Area Vasta e della RER;
- h) conseguimento degli obiettivi di accreditamento specifico per le attività trasfusionali ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010.
- i) Costituzione di un forte polo di capacità professionali, tecnologiche e organizzative e di casistica utile alla promozione di progetti di ricerca e di sviluppo in ambito di Medicina Trasfusionale a valenza regionale, nazionale e internazionale.

Per la realizzazione degli obiettivi del progetto è necessario che alcuni strumenti di base siano sviluppati in modo trasversale.

In particolare:

- 1) Integrazione dei sistemi informatici con condivisione degli archivi di pazienti, donatori esami;
- 2) Organizzazione di una efficace rete di trasporti tra le sedi del Servizio Trasfusionale e dalle sedi di raccolta;
- 3) Integrazione dei sistemi di gestione della qualità in un unico sistema;
- 4) Rilevazione delle risorse umane attualmente attive e definizione delle regole di gestione del personale su base metropolitana;
- 5) Inventario dei beni e delle apparecchiature e unificazione dei contratti di fornitura di materiali e apparecchiature (in parte operativa già a livello di area vasta).
- 6) Ricollocazione del SIMT Ospedale Maggiore negli spazi già previsti al 3 piano, edificio H, ala lunga dell'OM, attigui a quelli della UO Validazione Biologica degli Emocomponenti.
- 7) Definizione dei meccanismi di controllo dei costi emergenti e dei costi cessanti.

A seguito del mandato ricevuto dalle Direzioni Generali Aziendali e del Comitato Tecnico AVEC – Area Sanitaria nel mese di settembre 2013 è stato designato un gruppo di staff, coordinato dal Responsabile del progetto con il supporto della direzione Operativa di AVEC, costituito da referenti di tutte le Aziende sanitarie. A supporto del Responsabile del progetto agisce anche, per le funzioni che gli sono state assegnate dal Piano Regionale Sangue, il Comitato Sangue AVEC.

Per ogni punto delle realizzazioni di sistema è stato costituito un gruppo di lavoro e ne è stato aggiunto un ottavo costituito dai Direttori delle strutture trasfusionali al fine di indicare le priorità di contenuto professionale anche agli altri gruppi.

Alcuni dei gruppi hanno già conseguito gli obiettivi posti (ad es. il gruppo n 1 allineamento della Infrastruttura Informatica ha già realizzato l'unificazione dei software gestionali dei 3 SIMT di Bologna (AUSL, AOSP e IOR). Altri gruppi hanno predisposto il materiale necessario a predisporre piani operativi.

Il 16/1/2014 il progetto è stato posto all'attenzione delle Direzioni aziendali in AVEC che lo hanno approvato.

Il 28/1/2014 la Direzione di AVEC ha formalmente incaricato il Responsabile di progetto di procedere alla fase operativa.

Dal 1/2/2014 la Direzione delle Strutture trasfusionali AUSL e AOSP è unificata.

Il progetto è inserito nell'allegato 3.

4. Progetti Area Tecnico Amministrativa

4.1. Integrazione logistica

Razionale:

Da diversi anni gli indirizzi regionali alle Aziende sanitarie sottolineano l'esigenza di sviluppare possibili forme di collaborazione, sia a livello provinciale sia di area vasta; queste azioni negli anni hanno coinvolto sia aspetti sanitari/produttivi, sia i cosiddetti "servizi di supporto".

Per il 2013 tali indicazioni per i servizi tecnico-amministrativi risultano ancor più forti, anche per effetto delle note difficoltà di ordine economico-finanziario che stanno caratterizzando il SSN. Le linee di indirizzo 2013 della Regione Emilia Romagna, infatti, per quanto attiene alla centralizzazione dei magazzini farmaceutici ed economici, specificano che *"La realizzazione delle Aree Vaste, le gare di acquisizione e la riorganizzazione delle funzioni dei servizi amministrativi, tecnici e professionali favoriscono la messa in comune dei beni farmaceutici ed economici; due aree vaste devono portare a termine i processi di integrazione strutturale di centralizzazione di tali attività e la terza avviarli"* (ossia, AVEC).

Per questo motivo, dai primi mesi dell'anno le Direzioni delle Aziende di AVEC hanno avviato, tra le varie iniziative intraprese in attuazione degli indirizzi regionali, anche uno specifico lavoro di analisi e progettazione in ambito logistico per conseguire una progressiva integrazione ed unificazione strutturale secondo quanto indicato dagli obiettivi regionali.

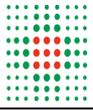
I primi risultati di tale lavoro sono stati oggetto dell'Assemblea dei DDGG AVEC del 19 aprile 2013, che, oltre a fare il punto delle esperienze già presenti, ha consentito di delineare le linee di indirizzo per il progetto da predisporre. In particolare, è stato condiviso di predisporre un progetto di Area Vasta che garantisca maggiori livelli di efficienza rispetto all'assetto attuale ed affronti le criticità oggi presenti, attraverso:

- la gestione unificata dei vari punti logistici disponibili, anche attraverso l'adozione di applicativi informatici unici che consentano la modularità e piena integrazione dei processi di logistica operativa (unificazione degli ordini, ottimizzazione delle scorte, ecc.);
- l'individuazione di un percorso che nel tempo assicuri la progressiva riduzione del numero dei magazzini e che tenga conto dei vincoli esistenti con fasi successive che ne consentano il superamento.

Il percorso attuato per elaborare il presente progetto di integrazione logistica si è basato quindi sulla costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale che ha analizzato gli studi già elaborati in passato in AVEC per una possibile integrazione in ambito logistico (ma che evidentemente non hanno ancora portato a risultati concreti in termini di sinergie interaziendali), ma soprattutto la situazione dei magazzini e dei processi logistici dei beni attualmente presente nelle Aziende di AVEC, in modo da offrire ai Direttori Generali un quadro aggiornato sul quale impostare un nuovo percorso realmente integrato a livello interaziendale.

Obiettivi e fasi progettuali

Il progetto definitivo, elaborato sulla base delle linee guida prima richiamate, è stato inviato alla Direzione Generale Sanità della Regione a fine agosto. Esso prevede fasi successive secondo il Gantt sotto riportato:



- la prima definizione di allineamento codifiche e descrizioni anagrafiche dei prodotti da gestire
- la gestione della loro evoluzione nel tempo

Parallelamente, sono state approfondite anche altre esperienze di processi di integrazione già attuate tra Aziende sanitarie, in particolare su AVEN che risulta per molti aspetti sovrapponibile alla realtà di AVEC (per le dimensioni, per il mantenimento delle autonomie aziendali, ecc.).

Ad inizio 2014 si avvia una fase di verifica puntuale sulla sostenibilità economica del progetto. In allegato 4 alla presente relazione viene inserito il progetto approvato dai Direttori Generali nel corso del 2013.

4.2. Integrazioni funzioni tecnico amministrative

Razionale:

Premesso che, per quanto attiene all'unificazione dei servizi amministrativi, la scelta delle direzioni ha preso atto che i percorsi di integrazione a Bologna e Ferrara nei servizi tecnico-amministrativi, si sono sviluppati con finalità analoghe (ottimizzazione e miglior specializzazione delle risorse, adozione di processi operativi omogenei, ecc.), seppur con modalità operative differenti, e consentono ulteriori sviluppi molto significativi. Rispetto a tale percorso appare non opportuno ricercare in questa fase livelli di integrazione di area vasta, in quanto risulta preferibile proseguire con un ulteriore consolidamento delle esperienze già avviate, in modo da sviluppare a pieno i possibili benefici al fine di convergere successivamente nelle progettualità comuni di Area Vasta.

Attuazione del progetto in area bolognese

Le funzioni amministrative centrali sono tradizionalmente in capo ad ogni singola Azienda (AUSL, AOU e IOR), che le gestiscono in modo autonomo.

A metà del 2011 è stata avviata la prima concreta esperienza di unificazione di alcuni servizi amministrativi in ambito metropolitano, ed in particolare:

- "Servizio acquisti", con sede presso l'AUSL;
- "Settore previdenza", con sede presso lo IOR;

In attuazione delle specifiche indicazioni regionali, le tre Aziende intendono ora avviare un processo di ulteriore fusione che coinvolga sostanzialmente tutte le funzioni amministrative centrali, in modo da conseguire importanti economie di scala e di scopo; si intende infatti coinvolgere:

- Bilancio, acquisti, economato e gestione logistica, personale, affari generali e legali, gestione del patrimonio, gestione dei servizi alberghieri, sistemi informativi, libera professione, relazioni sindacali, gestione della ricerca

L'analisi sarà estesa anche ai servizi tecnici, valutando in particolare i reali benefici ottenibili tenuto conto della peculiarità delle attività svolte (necessariamente caratterizzate da una forte dispersione nelle varie sedi aziendali).

Il progetto è concepito e verrà attuato per step successivi, puntando a conseguire in tempi rapidi forti sinergie ed economie operative; il personale coinvolto sarà valorizzato nell'ambito del progetto grazie alla possibilità di sviluppare i livelli di professionalità e specializzazione su ambiti più ampi rispetto alla situazione attuale.

Obiettivi e fasi progettuali

- Fusione delle funzioni amministrative centrali delle 3 Aziende con creazione di uffici centrali unici ad unica direzione e concentrati nella stessa sede fisica.
- Adozione di strumenti informativi unici, quali supporti operativi di una profonda revisione ed omogeneizzazione dei processi.
- Significativa riduzione del personale impiegato (30%.) a seguito delle economie di specializzazione conseguibili dall'unificazione dei servizi.
- Riduzione delle strutture complesse UOC.
- Maggiore omogeneità nelle procedure e nelle interpretazioni normative.
- Possibilità di un maggior livello di professionalizzazione e specializzazione del personale.
- Significativi risparmi non facilmente quantificabili in modo rigoroso in questa fase, ma stimabili in 4,5-5 milioni di euro annui.

Entro il 2013 è stato definito il macro modello organizzativo (con individuazione delle funzioni che dovranno comunque restare autonome presso le diverse aziende, per consentire l'esercizio di funzioni strategiche o legate a specifiche responsabilità) e identificazione successiva dei nuovi responsabili unici, affidando loro obiettivi precisi sui risultati da conseguire mediante la fusione dei servizi. Entro giugno/settembre 2014 è in programma il trasferimento nella sede unica (Sede AUSL di via Gramsci, 12) del personale dei servizi unificati. La sede di via Gramsci, di proprietà dell'AUSL, è un edificio di circa 9500 mq di cui circa 8000 idonei ad ospitare uffici per circa 400 operatori. Entro giugno 2015 si prevede l'attivazione del sistema



informatico unico per le aree del personale, dei flussi documentali e della sistema amministrativo-contabile (anche sulla base di specifici progetti regionali). L'anno 2016 dovrà rappresentare il primo anno a regime del nuovo assetto.

Attuazione del progetto in area ferrarese

La situazione attuale si inquadra nel progetto di Area Vasta Emilia Centro e presenta il seguente stato di realizzazione: Dipartimenti formalmente costituiti al 31.12.2012:

- Acquisti ed Economato
- Farmaceutico
- Personale
- ICT
- Tecnico Patrimoniale
- Ingegneria Clinica

Il totale degli operatori coinvolti, è circa 150. Nell'ultimo triennio il turn over non sostituito ha consentito il recupero di circa 25 unità inoltre sono state soppresse due unità operative complesse e attribuito un solo incarico di unità semplice.

Come da Piano Strategico 2013, si è conclusa l'unificazione dei Dipartimenti su un'unica sede fisica, presso l'Anello del S. Anna e non è stata attribuita alcuna maggiorazione stipendiale a personale del comparto, né a dirigenti, per gli spostamenti o per nuove funzioni.

Sono state definite d'accordo con le OO.SS. del comparto l'unificazione di alcuni importanti voci contrattuali quali fasce stipendiali e retribuzione di risultato. Attualmente è in corso una trattativa con le OO.SS. del comparto su alcuni principi generali riguardanti;

- Unificazione delle retribuzioni di posizione;
- Attuazione del piano di revisione e di attribuzione delle posizioni organizzative.

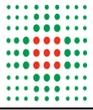
Dal 2014 è stata concordata con le OO.SS. della dirigenza SPTA lo stesso percorso:

- Unificazione delle retribuzioni di posizione;
- Revisione degli incarichi di Dipartimento.

Obiettivi e fasi progettuali

Sui Dipartimenti esistenti – Completamento revisione procedure omogenee per singola macroattività tecnico-amministrativa. A tale riguardo si evidenzia che il Dipartimento acquisti ha già sviluppato una prima omogeneizzazione degli uffici, secondo la naturale suddivisione per tipologie di acquisti: beni sanitari, appalti, servizi vari e attrezzature. In tal senso i risultati ottenuti sono un sostanziale azzeramento degli acquisti in economia, un passaggio quasi totale alle gare di Area Vasta o Intercenter (nel 2013 è stata svolta la gara di Global service da Intercenter per conto dell'Azienda USL, con un risparmio sulla spesa storica di -2,5 milioni di euro su base annua). Vi sono ancora margini di manovra, soprattutto sui settori dei beni sanitari, sui quali le Aziende stanno lavorando.

- Perseguimento dell'analisi contestuale delle funzioni di routine e di quelle strategiche, con riferimento ad ogni macroarea di attività, secondo quanto previsto dal progetto di Area Vasta
- Aggiornamento regolamenti dipartimentali, strutturati secondo il punto precedente e attuazione degli organigrammi
- Governo costante del turn over, con stima recupero risorse pari a 10 unità
- Le procedure unificate, inoltre, consentiranno il recupero di altre 8 unità, da destinare alle attività di sportello e back office, in possibile sostituzione degli operatori CUP.
- La certificazione delle procedure di Magazzino, obbligo normativo dal 2014, rendono cogente per la provincia di Ferrara, il superamento della situazione di estrema criticità, rappresentata dai Magazzini Farmaceutici ed Economali; secondo quanto previsto dal Progetto Magazzino Unico di Area Vasta, il gruppo di lavoro ha individuato un elenco di potenziali strutture, da attrezzare, superando l'attuale eccessiva dispersione dei magazzini ferraresi (8 punti sul territorio) con conseguenti recuperabili costi di gestione e



di risorse umane. In questo contesto si ritiene importante il supporto di un facilitatore esterno.

Attivazione nuovi Servizi unificati interaziendali:

- Costituzione Servizio Legale interaziendale.
- Servizio Assicurativo Interaziendale: anche in questo caso la struttura sarà in grado di gestire sia l'attuale fase del contratto assicurativo, sia in un prossimo futuro l'ingresso nella Autoassicurazione, con gestione interna del contenzioso.

Il progetto è inserito nell'allegato 5.

5. Altre integrazioni

5.1. Comitato Etico Area Vasta Centro

Sulla base delle indicazioni dell'Assessorato relative alla riorganizzazione dei Comitati Etici nella Regione Emilia – Romagna, le Aziende USL di Bologna, Imola, Ferrara e l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara hanno provveduto alla costituzione del Comitato Etico di Area Vasta Centro che vede, inoltre, la partecipazione dell'Università di Ferrara. La tematica è stata discussa negli incontri del Comitato dei Direttori AVEC dell'8 luglio e del 24 luglio 2013 a seguito dei quali si è definita la composizione del Comitato e si è provveduto alla sottoscrizione dell'atto istitutivo del medesimo. In data 04.09.2013 è avvenuto l'incontro di insediamento del Comitato e successivamente le Aziende hanno deliberato la costituzione del Comitato Etico di Area Vasta Centro.

5.2. Commissione del Farmaco AVEC

Nel corso del 2013 le attività della CF AVEC e della sua Segreteria si sono articolate nei seguenti ambiti attraverso riunioni della Commissione e della sua Segreteria Scientifica:

1. Valutazioni e recepimenti per inserimento di farmaci e documenti in PT AVEC;
2. Gruppi di Lavoro;
3. Valutazioni farmaci;
4. Sito www.cfavec.it;
5. Valutazioni richieste singoli casi.

Le attività suddette sono meglio dettagliate nell'Allegato 6.

5.3. Adozione Test HPV

Per dare corso alle indicazioni regionali previste nella delibera di giunta n. 703 del 3 giugno 2013 relativa alla proroga al 31 dicembre 2013 del Piano regionale della Prevenzione 2010 – 2012 in merito alla modifica del programma screening per la prevenzione e diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero con l'utilizzo del DNA HPV test, il Collegio Tecnico dei Direttori Sanitari dell'AVEC ha individuato un gruppo di lavoro con il mandato di valutare il modello organizzativo e i risultati ottenuti dallo screening.

Il gruppo è stato insediato il 18 novembre 2013 e i lavori si sono conclusi il 27 novembre.

Lo studio di fattibilità prodotto si suddivide in tre parti: nella prima vengono valutati i carichi di lavoro attesi con il nuovo programma di screening; nella seconda parte dello studio vengono analizzate le situazioni attuali dei laboratori di citologia per il Pap test e HR_HPV DNA test in merito alla disponibilità di spazi, attrezzature, sistemi informatici, personale. Per ognuno di questi punti è stata valutata la ricaduta del nuovo carico di lavoro previsto. La terza parte definisce un'ipotesi d'assetto laboratoristico AVEC per la realizzazione del nuovo programma di screening.

L'analisi comparativa dei vari punti consente di verificare che in tutti e quattro i punti dove attualmente vengono eseguiti i test per lo screening del tumore del collo dell'utero vi sono significativi livelli di competenza tecnica e importanti potenzialità di riconversione sulle nuove procedure adottate dalla regione. Il lavoro d'analisi è stato completato con il recepimento delle osservazioni fatte dalle Direzioni Sanitarie e con l'approfondimento sui costi effettuato dai controlli di gestione in particolare dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliera di Bologna.

Sono a questo punto estremamente interessanti le valutazioni da fare sulle due realtà laboratoristiche quella dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara e quella dell'Azienda Ospedaliera di Bologna. Il documento è stato esaminato nella seduta del comitato dei Direttori AVEC del 16/1/14.

6. Attività trasversali

6.1. Applicazione normativa prevenzione corruzione e trasparenza

Su sollecitazione di diverse Direzioni Aziendali dell'Area Vasta, visto il notevole impatto delle novità normative nazionali (L.190/2012, D.Lgs.33/2013, D.Lgs.39/2013) e delle delibere applicative ANAC in tema di prevenzione della corruzione e di trasparenza, il Direttore Operativo ANAC con nota del 4/12/2013 ha attivato un Tavolo permanente di confronto e coordinamento AVEC su tale materia, coinvolgendo tutti i Responsabili Aziendali per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

Il coordinamento del Tavolo è stato affidato all'ing. Raul Ragazzoni, collaboratore di AVEC e Presidente/Componente di alcuni Organismi di valutazione aziendali / Nuclei di Valutazione anche in altre Regioni, con una fattiva partecipazione ai lavori da parte di tutti i Responsabili aziendali coinvolti. Un ruolo propositivo è stato svolto in particolare dalle Aziende della provincia di Ferrara, che sull'argomento avevano già sviluppato una progettazione in ambito provinciale.

Gli ambiti di confronto da sviluppare (eventualmente ampliabili in futuro) sono i seguenti:

- contenuti del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, del Programma Triennale per la Trasparenza e per l'Integrità e del Codice di comportamento;
- contenuti della sezione "Amministrazione trasparente" dei siti istituzionali;
- monitoraggio delle azioni e delle ricadute dei documenti predisposti;
- promozione di attività formative ed informative in forma congiunta.

In vista delle impegnative scadenze già previste per il 31/1/2014 (principalmente, attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza ed adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e del Codice di comportamento), il lavoro svolto si è concentrato da subito sul primo dei punti richiamati, mediante la condivisione delle impostazioni adottate nelle diverse Aziende e lo scambio di documenti e di informazioni. Tale attività si è sviluppata in modo molto intenso tra dicembre 2013 e gennaio 2014, fornendo ai Responsabili indicazioni ed occasioni strutturate di confronto con tutti i colleghi dell'Area Vasta, in un periodo di particolare difficoltà per effetto della novità delle materie, della coincidenza temporale di numerose scadenze, della complessità della normativa e delle delibere attuative dell'ANAC, e della necessità di darne un'applicazione il più possibile coerente in ambito sanitario.

6.2. Applicazione normativa Privacy

La realizzazione del progetto denominato "Laboratorio Unico di Area Vasta Emilia Centrale" ha comportato l'esigenza dell'allineamento della gestione dei dati sensibili e la tutela della riservatezza dei soggetti interessati che entrano in contatto con l'istituendo sistema laboratoristico interessando pertanto le Aziende sanitarie appartenenti all'AVEC sui delicati aspetti in tema di "diritto alla riservatezza".

Allo scopo, nel dicembre 2012, è stato costituito un Gruppo di lavoro con le professionalità esperte in materia di "privacy" delle diverse Aziende: le problematiche emerse – che sono stato oggetto di particolare approfondimento nel corso dell'anno 2013 - hanno orientato gli esperti a prendere in considerazione due istituti che potrebbero (in alternativa) risolvere eventuali conflitti in materia e più precisamente:

- 1) l'istituto della "contitolarità" dei trattamenti fra i diversi Titolari interessati;
- 2) l'istituto della nomina di "Responsabile esterno del trattamento dei dati" che ciascun Titolare del trattamento sarebbe tenuto a garantire.

Le conclusioni del Gruppo di lavoro sono state presentate e condivise al Collegio Tecnico AVEC – Area Sanitaria in data **31/10/2013** e, come da indicazione dei Direttori Sanitari, è stato deciso che il Gruppo di lavoro in materia di privacy sarà integrato da altre professionalità (in particolare figure di medici di direzione) indicate dalle aziende, mentre dallo stesso saranno tolte le professionalità direttamente legate alla gestione del Laboratorio (oggetto di analisi iniziale del gruppo) in quanto il Gruppo di nuova concezione dovrà occuparsi del tema con riferimento a tutte le banche dati oggetto di trattamento e non limitarsi al solo progetto di Laboratorio Analisi Unificato.



Successivamente all'incontro con i Direttori sanitari il Gruppo di lavoro si è nuovamente riunito in data **22/11/2013** evidenziando, con vari distinguo, la soluzione della contitolarità dei trattamenti come la più idonea e garantista rispetto alle esigenze delle Aziende AVEC, con particolare riferimento agli innumerevoli trattamenti congiunti che sono già in corso o che sono programmati per i prossimi anni.

In considerazione delle diverse criticità e difficoltà operative emerse per affrontare correttamente tale percorso, i Componenti del Gruppo di lavoro hanno concordato di richiedere il contributo di un esperto che analizzi in maniera tecnica ed operativa le soluzioni prospettate.

6.3. Progetti ICT

Come previsto dal piano strategico ICT AVEC, presentato sia alla Direzione Operativa AVEC sia, in diverse forme, alle Direzioni Aziendali, nell'anno 2013 sono stati portati avanti diversi progetti che hanno avuto origine negli anni precedenti. Tra questi il più rilevante è il progetto di adozione di un'Anagrafe Unica di Area Vasta che a oggi vede collegati l'AUSL e l'AOSP di Bologna, lo IOR, mentre sono in fase di attivazione l'AUSL di Imola e le Aziende AUSL e AOSP di Ferrara. Segue il progetto di un sistema unico AVEC di Anatomia Patologica che ha visto una sua concreta realizzazione nel 2013 con l'avvio dell'Azienda USL di Bologna e di Imola e che prevede nel 2014 il completamento dell'AUSL BO (Ospedale Bellaria) e l'estensione all'AOSP di Bologna, previa condivisione delle configurazioni che si prevedono uniche per l'AVEC.

Altro progetto previsto negli anni precedenti, ma temporaneamente accantonato per un problema di costi, che ha preso un nuovo impulso nel 2013, è il progetto di unificazione logica dei sistemi PACS (o PACS federato), che prevede, in una prima fase, l'unificazione del sistema in area metropolitana. A oggi siamo allo stato di studio di fattibilità in attesa di alcune scelte strategiche in merito alla opportunità di unificare il sistema RIS migrando al sistema Polaris l'AOSP BO e lo IOR.

Sempre in continuazione dagli anni precedenti si situano i progetti regionali, cui si cerca in ambito del gruppo ICT AVEC di dare una risposta il più possibile uniforme, compatibilmente con le diverse strategie aziendali.

Progetti che hanno invece una loro peculiare collocazione nell'anno 2013 sono: il nuovo progetto di laboratorio analisi per il quale è stata definita una prima fase che prevede l'avvio del nuovo sistema per l'area bolognese, pur adottando le nuove configurazioni AVR per tutte le aziende AVEC; il progetto di un sistema trasfusionale unico per l'area metropolitana, con estensione in una seconda fase all'area ferrarese, che vede allo stato attuale l'avvenuta unificazione in un unico database dei sistemi delle aziende della provincia bolognese, mentre è in fase di analisi la migrazione del Trasfusionale di Ferrara allo stesso sistema software (Eliot).

Altra attività significativa svolta nel 2013 è l'analisi preliminare, condotta da qualificato gruppo di lavoro, in merito alla soluzione dei problemi privacy associati, in primo luogo all'unificazione del Laboratorio Analisi, ma poi estesa ai progetti di unificazione di cui si è detto e di quelli via via aggiunti nel tempo, tra cui l'area amministrativa.

Sempre nel 2013, infine, è stata condotta con successo la definizione di specifiche congiunte per la realizzazione della gara per il nuovo servizio di help desk, manutenzione e assistenza delle stazioni di lavoro, che si è definitivamente uniformato in area vasta e per cui è imminente la pubblicazione del relativo bando.

Ulteriori specifiche di dettaglio sono riportate di seguito.

1. Anagrafe unica AVEC (UNXMPI)

Obiettivo: installazione e configurazione dell'anagrafe unica dei pazienti per le aziende dell'area vasta, con attivazione degli uffici anagrafici e collegamento diretto alla nuova anagrafe dei sistemi condivisi.

A oggi sono stati collegati a UNXMPI:

- l'anagrafe aziendale XMPI per l'AUSL di Bologna;
- l'anagrafe aziendale XMPI-IOR per l'Istituto Ortopedico Rizzoli;
- l'anagrafe aziendale APC per il S.Orsola-Malpighi;

e i sistemi dipartimentali:

1. Eliot (Trasfusionale) per Ausl , Aosp,Rizzoli e Imola;
2. Athena (Anatomia Patologica) per Ausl , Imola.

Sono in fase di attivazione:



- l'integrazione con l'anagrafe Regionale;
- l'ingresso di Imola e Ferrara (per le quali è stata completata la fase di integrazione)

2. Sistema Trasfusionale

Obiettivo: unificazione del sistema informativo di Area Vasta e realizzazione di un'Unica Anagrafe Donatori, collegamento del sistema a UNXMPI. A oggi lavorano su un sistema unificato: AUSL e AOSP BO, IOR, Imola. Sono in fase di programmazione i primi incontri per l'integrazione di Ferrara.

3. Anatomia Patologica

Obiettivo: realizzare un unico sistema informativo centralizzato che condivida unica anagrafe, unica configurazione e uniformazione dei format dei referti secondo le indicazioni regionali (check list).

A oggi sono state completate le seguenti attività:

- attivazione del sistema presso l'anatomia patologica del maggiore con contestuale integrazione anagrafica UnXmpi (giugno 2013)
- attivazione integrazione screening (1° livello pap-test dell'anatomia) da metà ottobre 2014
- attivazione del sistema presso l'anatomia patologica della Ausl di Imola (novembre 2013)

Sono in fase di attivazione (AUSL):

- Anatomia Patologica OB (completata la configurazione e la formazione attivazione prevista per il 3/2/2014)
- Order entry informatizzato dell'anatomia patologica presso le sale operatorie OM e OB

Inoltre il 22/01/2014 si è svolta la prima riunione per il modello condiviso delle checklist regionali con i referenti di tutti i laboratori di anatomia del progetto AVEC (elaborata proposta di realizzazione in data 30/1/2014 in attesa di validazione). Siamo in attesa per procedere della nomina del nuovo gruppo di lavoro AVEC.

4. Laboratorio Analisi unico AVEC

Obiettivo: realizzare un unico sistema informativo centralizzato che condivida un'unica anagrafe, un'unica configurazione e l'uniformazione delle metodiche di lavoro nelle aziende AVEC.

Lo stato di avanzamento è noto da altre relazioni. Previsto l'avvio del nuovo sistema in una prima fase per l'area bolognese entro la fornitura delle nuove linee di produzione core (orientativamente luglio). Le attività del 2013 sono relative alla stesura dei capitolati (fornitore software e specifiche sw per i fornitori hardware) e sulla definizione del progetto da parte del gruppo di lavoro informatico.

5. PACS federato

Obiettivo: realizzare un sistema semplificato di condivisione delle immagini radiologiche tra le diverse strutture delle Aziende AVEC. In fase di analisi preliminare della fattibilità.

6. Privacy

Vedi relazione gruppo privacy

7. Gara help desk

Definite specifiche per la nuova gara congiunta AVEC con l'obiettivo di una condivisione delle risorse e di una riduzione per ciascuna azienda di almeno il 10% dei costi attuali. Capitolato pronto, bando imminente.

8. Progetti ICT regionali

Definizione di linee guida e di modalità attuative dei vari progetti il più possibile congiunte, con sinergia sulle commissioni alle ditte, in particolare sui progetti di dematerializzazione ricetta, evoluzione tecnologica delle integrazioni e revisione dei sistemi di anagrafe sanitaria. Presentato un piano congiunto per la gestione dei referti online in area metropolitana bolognese (in fase di aggiornamento e revisione con proposta di estensione alle altre aziende).

6.4. Attività formativa

Nel corso dell'anno 2013 il Tavolo Tecnico della Formazione ha prodotto:

- Primo PAF AVEC;
- Prime due edizioni regionali del Corso di Abilitazione alla direzione di struttura complessa per 56 direttori;
- 28 eventi formativi condivisi;



- Il primo avviso di reclutamento unico per le docenze dei corsi di Laurea delle professioni sanitarie UNIBO;
- Primo progetto di sviluppo della formazione dei caregiver di minori con patologia cronica da assistere a domicilio (Progetto Chirone) che coinvolge AOUBO, IOR, AUSL BO;
- 8 incontri per trovare elementi di integrazione nelle modalità di progettare eventi formativi, nella costruzione dei documenti per l'accreditamento degli eventi, per la documentazione della funzione Provider (sponsorizzazioni, attribuzioni crediti ECM, ...);
- Creazione del sito AVEC - Formazione utilizzato da dicembre 2013 per la pubblicizzazione degli eventi formativi e la gestione delle iscrizioni on line.

Eventi già conclusi:

- Seminario su: Approfondimenti sul Codice di Amministrazione Digitale;
- Il Piano delle performance e la valutazione sui risultati raggiunti. Riflessi economici;
- Il Decreto Legge 189/2012 – il c.d. Decreto Balduzzi.

Eventi da concludere:

- La sostenibilità dell'OPEN ACCESS: quale scenario per il futuro?;
- Un nuovo farmaco: l'esercizio fisico;
- Avere cura delle persone delle aziende sanitarie.

Prospettive 2014:

- PAF AVEC 2014 tutto sul sito AVEC Formazione. La proposta del Tavolo è di non suddividere più la formazione in area amministrativa e area sanitaria, ma di considerare la formazione AVEC trasversale a tutti gli effetti. In particolare vorremmo sperimentare la formazione trasversale sui professionisti che operano all'interno di un PDTA interaziendale (anche provincia-specifico).

Ad oggi le proposte pervenute sono solo dell'AUSL Ferrara: prevenzione della corruzione/trasparenza amministrativa e politiche/orientamenti sulle assicurazioni; AUSL Bologna: la formazione per i formatori sulla sicurezza negli ambienti di lavoro ex DLgs 81/2008

Alcune proposte:

- Formazione per gli uffici Formazione sulla valutazione della ricaduta (requisito per la funzione di governo e di provider)
- Costruzione di un repertorio di competenze di sistema o generali che possano essere condivise dalle aziende AVEC, per descrivere le competenze da sviluppare nei PAF e dossier AVEC
- Integrare i docenti in aree critiche o carenti (es. health literacy) per potenziare l'offerta formativa
- Sperimentare l'integrazione eventualmente anche ex post dei dossier di aree omogenee per tecnologie e competenze necessarie (es. Laboratori analisi, servizi trasfusionali)

Alcuni temi in sospeso:

- 1) Criteri generali per la formazione in AVEC (albo docenti unico e tariffe uniche di AVEC?)

7. Altre attività Area Sanitaria

7.1. Procedura taglio cesareo

Sulla base di quanto indicato nelle Linee Guida sul taglio cesareo prodotte dall'Istituto Superiore di Sanità (ISN) e del documento elaborato dalla Commissione Nascita della Regione Emilia Romagna (sottogruppo "Taglio Cesareo"), il gruppo di lavoro sul Percorso Nascita" dell'AVEC si è posto l'obiettivo di:

- valutare e definire le indicazioni assolute e relative al taglio cesareo elettivo;
- identificare, per l'intera Area Vasta, un modello organizzativo omogeneo e integrato per il percorso clinico-assistenziale della paziente che richiede di sottoporsi a tale intervento. Nel corso del 2013 il Gruppo di Lavoro, integrato da appositi consulenti ortopedici ed oculistici, ha pertanto predisposto il documento "Organizzazione del percorso clinico assistenziale del taglio cesareo elettivo" per l'applicazione uniforme di una procedura interaziendale presso le strutture ospedaliere e alle strutture consultoriali che afferiscono all'Area Vasta Emilia Centrale. Il documento è stato approvato dal Collegio Tecnico dei Direttori Sanitari dell'AVEC in data 11.09.2013 ed è stato successivamente trasmesso agli organismi regionali in data 14.11.2013 (Allegato 7).

7.2. Disturbi comportamento alimentare

In accordo a quanto indicato nella DGR 1016 del 2004 e nella DGR 1298 del 2009 e sulla base del mandato attribuito dal Collegio Tecnico dei Direttori Sanitari consistente nel rendere esplicita e monitorare la rete DCA al fine di strutturare nel modo più efficiente l'offerta di servizi già presente nel territorio AVEC, evitando ridondanze e garantendo la effettiva presa in carico dei pazienti, il Gruppo di Lavoro di Area Vasta ha elaborato il documento "Programma Disturbi del comportamento alimentare AVEC" soffermandosi in particolare sui seguenti aspetti:

- o esaminare l'offerta esistente,
- o raccogliere i dati di attività degli ultimi anni,
- o analizzare l'epidemiologia dei casi attesi,
- o predisporre la proposta di rete DCA di AVEC.

Il documento è stato approvato dal Collegio Tecnico dei Direttori Sanitari AVEC in data 11.09.2013 ed inviato agli organismi regionali in data 14.11.2013 (Allegato 8).

7.3. Riduzione posti letto DH medici

In risposta alle indicazioni regionali, le Aziende Sanitarie dell'AVEC hanno provveduto alla riduzione dei posti letto di DH medici al 31.12.2013 rispetto ai posti letto deliberati nel flusso regionale dall' 1.1.2013 come di seguito riportato:

- Azienda USL di Bologna: 47 (aggiornati a 95);
- Azienda USL di Ferrara: 20;
- Azienda USL di Imola: 8;
- Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna: 18;
- Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara: 31.
- Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna: 0.

I dati suddetti sono stati comunicati dalle Direzioni Sanitarie nell'incontro del Collegio Tecnico AVEC di Area Sanitaria del 12 giugno 2013 e il Comitato dei Direttori AVEC ne ha preso atto nell'incontro dell'8 luglio 2013. Queste riduzioni hanno trovato riscontro nei flussi informatici regionali – HSP.

7.4. Progetto di Comunità

In risposta al bando regionale per "Guadagnare salute " in contesti di Comunità, i Dipartimenti di Salute Pubblica delle Aziende USL dell'AVEC hanno prodotto il progetto "Alla Salute! I cittadini imprenditori di qualità della vita".

Il progetto si ispira all'"Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016", un piano che individua le strategie di prevenzione e di controllo delle malattie croniche; in tal senso intende valorizzare il



tema dell'eguaglianza, del rafforzamento dei sistemi sanitari, della salute in tutte le politiche, attraverso azioni sostenibili e di ampio respiro che rafforzino l'azione della comunità per migliorare la cultura della salute. Il progetto, inoltre, intende bilanciare gli interventi tra la popolazione generale e il singolo individuo, secondo programmi integrati e con strategie di intervento in grado di ottenere benefici maggiori rispetto a interventi esclusivamente individuali. Il progetto è stato inviato in Assessorato in data 25.09.2013 e, a seguito del percorso di valutazione regionale, è stato approvato ed ammesso al finanziamento in data del 30.10.2013 (Allegato 9)

8. Altre attività Area Tecnico Amministrativa

8.1. Attività Libero Professionale

A seguito della nota del Direttore Operativo AVEC, datata 10/10/2012, si è costituito un apposito gruppo di lavoro per la realizzazione di azioni condivise in materia di amministrazione e gestione dell'attività libero professionale, formato dai responsabili delle gestioni aziendali della LP che, nel corso del 2013, ha effettuato le attività di seguito indicate.

1. Con l'entrata in vigore del c.d. "decreto Balduzzi" (D.L. 158/2012), si è operato per l'adozione di strumenti interpretativi comuni e l'individuazione di univoche modalità operative per l'effettuazione della ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'attività LP intramuraria all'interno delle strutture aziendali e dei volumi delle prestazioni rese in regime di LP;
2. Analisi e individuazione di criteri comuni per i sistemi di autorizzazione alla LP dei dirigenti medici e sanitari;
3. Identificazione di criteri contabili unici per tutte le aziende dell'AVEC in ordine alla trattenuta del 5% sugli onorari medici delle prestazioni LP, prevista dal c.d. "Decreto Balduzzi" e individuazione azioni uniche conseguenti alla nota del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali R.E.R. n.PG-2012-220589 del 19 settembre 2012 ("ulteriore decurtazione compensi ALP dell'11,95%");
4. definizione di proposte comuni all'Osservatorio Regionale LP in ordine ai criteri per le Linee Guida Regionali in tema di LP
5. interpretazione e applicazione comune delle Linee Guida regionali in materia di LP (D.G.R. n. 1131 del 2 agosto 2013) in particolar modo:
 - a) sulla disciplina dell'utilizzo di spazi esterni e studi privati per l'esercizio di LP;
 - b) sugli strumenti di accesso e pagamento delle prestazioni LP e, conseguentemente, sulle caratteristiche tecniche della infrastruttura di rete

8.2. Convenzione attuativa strumenti di supporto Direzione Operativa

Facendo seguito a quanto previsto dall'Accordo Quadro AVEC, i Direttori Generali dell'AVEC, nella seduta dell'8 luglio 2013, hanno approvato e sottoscritto la Convenzione attuativa per gli strumenti di supporto della Direzione Operativa e l'allegato regolamento per l'individuazione ed il conferimento dell'incarico di Direttore Operativo.

8.3. Settore acquisti

La programmazione acquisti 2013 è stata per la prima volta presentata come programmazione unica di AVEC, dal momento che è ormai prassi consolidata il confronto tra le sei Aziende, anche laddove l'acquisizione sia prevista per una sola di esse. Si riportano pertanto in sintesi i dati relativi alla programmazione suddetta e, a seguire, per continuità con i dati raccolti negli anni passati, i dati relativi a tutte le procedure che hanno visto la presenza di almeno due Aziende dell'AVEC.

Sono state complessivamente programmate per una o più delle Aziende AVEC n. 202 procedure di acquisizioni così suddivise:

- n. 79 relative a beni sanitari,
- n. 16 relative a beni e servizi informatici,
- n. 59 relative a beni e servizi economici,
- n. 33 relative a service/noleggi,
- n. 13 relative a manutenzioni attrezzature sanitarie e tecnico economici,
- n. 2 relative a servizi sociali.

Di queste ne sono state aggiudicate n. 127, pari al 62%, per un importo totale annuo con IVA di €. 58,82 mln. Delle 75 procedure non aggiudicate, pari al 38%, 9 sono confluite in altre procedure e 11 non si sono più rivelate necessarie, le rimanenti 55 sono in corso di completamento.

Senza tenere conto degli acquisti diretti attraverso ordini in economia, ai fini di omogeneità nella rilevazione, sono state inoltre espletate, ad integrazione della programmazione, n. 142

procedure: 18 da parte del Dipartimento Acquisti di Ferrara (12 procedure negoziate, 3 cottimi fiduciari, 2 rinnovi, 1 procedura ristretta) per un importo annuo con IVA di €. 5,14 mln. e 124 da parte del Servizio acquisti Metropolitan di Bologna (91 procedure negoziate, 28 cottimi fiduciari, 3 procedure aperte, 2 procedure ristrette) per un importo annuo con IVA di €. 25,74 mln. L'importo totale di AVEC delle gare aggiudicate fuori programmazione è quindi di €. 30,88 mln. I dati suddetti sono riportati nell'allegato 10.

8.4. Assicurazioni: predisposizione gare per coperture assicurative

L'attività svolta dal Gruppo degli Uffici Assicurativi di AVEC (con la sola eccezione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria facente parte delle Aziende sperimentatrici del progetto regionale per la gestione diretta dei sinistri e del contenzioso da responsabilità medica di cui alla L.R. n. 13/2012 avviato dal 01/01/13) ha avuto nuovo impulso in vista delle scadenze contrattuali al 31/12/13 della polizza RCT/RCO in essere con AM TRUST (31/12/13) e del servizio di Brokeraggio assicurativo in essere con l'ATI Marsh-Willis-Uniconsult (31/12/13).

Per quanto riguarda il servizio di Brokeraggio, il Gruppo, formato dai referenti degli Uffici Assicurativi coordinati dalla sottoscritta, dal dr. Massimo Mingozi, designato dal Coordinamento dei Direttori Amministrativi, e dalla dr.a Rosanna Campa, Direttore Servizio Acquisti Metropolitan, ha proposto alle Direzioni aziendali la proroga tecnica del contratto per mesi sei, rinviando al 2014 i lavori per la predisposizione degli atti di gara.

Analogamente sono state rinviate all'anno 2014 le procedure per l'allestimento della gara per l'affidamento delle coperture assicurative RCAuto, Kasko, Infortuni, All risks beni immobili e All risks beni artistici in scadenza al 30/6/14.

L'attività preponderante del Gruppo è stata svolta per l'avvio delle azioni propedeutiche all'affidamento del servizio assicurativo della responsabilità civile verso terzi e operatori (polizza RCT/RCO).

Al Tavolo Tecnico, all'uopo convocato nei diversi incontri, ha partecipato una rappresentanza dell'ATI Marsh-Willis-Uniconsult che ha fornito il supporto per:

- individuazione delle problematiche emerse nel corso del contratto in scadenza;
- analisi della sinistrosità e delle riserve apposte dalla Compagnia;
- predisposizione dei questionari di rilevazione di rischio;
- predisposizione del capitolato, di un protocollo di gestione sinistri e del disciplinare di gara.

L'indicazione delle Direzioni Aziendali, rappresentata coerentemente dagli Uffici assicurativi, era di ottenere una quotazione per tutte le Aziende appaltanti non considerando la possibilità di presentarsi in lotti separati con il rischio di non aggiudicazione per una o più Aziende dell'AVEC. La gara, indetta nelle forme della procedura aperta ai sensi e per gli effetti dell'art. 55 del D.lgs. n. 163/2006 e s.m.i., alle medesime condizioni contrattuali (franchigia € 50.000,00 a sinistro con un massimo aggregato annuo) ed economiche del servizio attualmente affidato ad Am Trust, è andata deserta non essendo pervenute alla scadenza offerte da valutare.

Il Tavolo Tecnico, nuovamente riunito, ha esaminato alcune soluzioni prospettate dal Broker per l'impostazione di un'ulteriore gara, soluzioni che postulano consistenti incrementi degli attuali premi e altrettanto significativi sia della franchigia a sinistro che dell'aggregato annuo.

Dal confronto con il Coordinamento dei Direttori Amministrativi e degli stessi con il Direttore Generale alla Sanità della Regione, è emersa l'indicazione di procedere con nuova procedura di gara con parametri di franchigia frontale analoga alla fascia economica prevista dal progetto sperimentale regionale per la gestione diretta dei sinistri.

Attualmente, il Tavolo Tecnico è impegnato in nuovi incontri per rispettare la futura scadenza (fine febbraio 2014) in vista della pubblicazione del bando.

Allegati:

- 1. Progetto Laboratorio Unico**
- 2. Progetto Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Est**
- 3. Progetto Servizio Trasfusionale**
- 4. Progetto Integrazione logistica**
- 5. Progetto Integrazione Servizi Tecnico Amministrativi**
- 6. Report Commissione del Farmaco 2013**
- 7. Procedura taglio cesareo**
- 8. Programma Disturbi Comportamento Alimentare**
- 9. Progetto “Alla Salute!”**
- 10. Rendicontazione Acquisti 2013**

4. Obiettivi aziendali realizzati nel 2013

4.1 Proseguono le attività in coerenza con quanto previsto dal Piano della Prevenzione 2013. Nello specifico durante il 2013 hanno avuto continuità le attività relative a:

Nel 2013 la programmazione del lavoro ha riconosciuto come input:

- i LEA declinati dalle norme nazionali e regionali, i Regolamenti CE, il Piano della Prevenzione della Regione Emilia Romagna, gli Obiettivi annuali assegnati dalla Regione alle Aziende USL, i Manuali della Qualità, le procedure e istruzioni operative aziendali e dipartimentali, ove presenti.
- i report di attività anno 2012.

Durante le riunioni del Comitato di Dipartimento sono avvenute la comunicazione, la condivisione e la discussione degli obiettivi dipartimentali, aziendali e regionali con i Direttori di Unità Operativa, al fine di coinvolgere tutti gli operatori interessati. Trimestralmente è stato effettuato il monitoraggio degli indicatori che ha sempre dato esito positivo.

Nello specifico durante il 2013 hanno avuto continuità le attività relative a:

- *I programmi di vaccinazione*

Coperture vaccinali: in corso di realizzazione con inviti/offerte attive. Sono in corso di definizione i percorsi per l'individuazione delle donne suscettibili alla rosolia: è stato attivato l'invio dei dati dal parte del laboratorio. E' stata realizzata l'indagine sulla qualità percepita negli ambulatori vaccinali con invio del materiale in Regione.

- *Miglioramento dei sistemi informativi delle malattie infettive e delle vaccinazioni*

SMI: Il programma SMI è stato integrato con due schede di sorveglianza:

-Malattia da Virus Toscana

-Malattia da Virus West Nile con inserimento di quattro codici relativi alla tipologia dei casi accertati.

- *Controllo delle malattie socialmente rilevanti*

TB; MIB; MTA: Ai casi accertati o sospetti si applicano i sistemi di sorveglianza attualmente in uso.

- *Sorveglianza e controllo delle malattie trasmesse da vettori*

I programmi di controllo sono effettuati sia sul versante di controllo dei vettori (comunicazioni ai e dai Comuni sui piani di intervento) sorveglianza di situazioni di antigienicità specifiche, potenzialmente correlate ad aumento degli infestanti), che sul controllo dei sospetti di malattia e sui casi accertati. Nel corso del 2013 non si sono verificate segnalazioni di Dengue o di Chikungunya, ancorchè sospette. Sono stati segnalati 26 casi sospetti di WND, per i quali è stato attivato il sistema di sorveglianza.

- *Sicurezza Nutrizionale*

Nella ristorazione pubblica e collettiva sono stati effettuati i controlli programmati. E' stato organizzato l'incontro con le Associazioni di categoria per programmare corsi di formazione/informazione per i panificatori in merito alla riduzione di sale nel pane e sono stati organizzati 8 corsi per gli OSA che producono alimenti senza glutine.

- *Promozione di corrette abitudini alimentari*

Sono stati effettuati gli interventi programmati per la verifica degli standard nutrizionali nella ristorazione scolastica ed in particolare nei distributori automatici di alimenti

- *La prescrizione dell'attività fisica (EFA)*

Proseguito percorso "La prescrizione dell'esercizio fisico e dell'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia". L'attività svolta ha riguardato il trattamento di soggetti cardiopatici e diabetici. Il mantenimento del percorso EFA si è realizzato

attraverso la prescrizione dell'esercizio fisico adattato su 65 pazienti che nel corso del 2013 sono stati presi in carico mediante 2024 prestazioni effettuate. Tale dato si presenta in incremento rispetto agli anni precedenti.

- *Regolamento REACH – Prevenzione delle patologie da esposizione ad agenti chimici nei prodotti immessi sul mercato, commercializzati ed in uso*

Sono stati effettuati gli interventi programmati ed organizzati i corsi ECM per gli operatori.

- *Effetti sulla salute dell'inquinamento atmosferico* – in attesa del protocollo di valutazione/esposizione da parte della RER
- *Miglioramento della salute e sicurezza nel comparto agricoltura e silvicoltura* – Sono stati effettuati tutti gli interventi programmati
- *Tutela della salute e prevenzione degli infortuni nel comparto delle costruzioni* – sono stati controllati, nel corso del 2013, 678 cantieri

Prevenzione delle patologie muscolo scheletriche correlate al lavoro- Sono stati effettuati gli interventi programmati ed organizzate 10 iniziative di formazione.

- *Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno di origine professionale* – nel corso del 2013 sono state controllate n. 23 unità locali
- *Formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro* – Riguardo la formazione, sono state controllate n. 65 aziende e si sono riscontrate 3 violazioni.
- *Prevenzione degli infortuni derivanti dalle attrezzature di lavoro e dagli impianti soggetti a verifica periodica*
- *Promozione stili di vita salutari L'A.USL di Ferrara ha partecipato al bando con due progetti di AVEC, uno dei quali è stato ammesso al finanziamento*
- *Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali e Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico.* E' stata progettata e realizzata una cartolina informativa di cui sono state stampate 3000 copie, in distribuzione nei primi mesi del 2014.
- *Screening per la diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del collo dell'utero* Coinvolge le donne della fascia di età 25-64 anni. Nell'anno 2013, 28354 donne sono state invitate, tramite lettera, con appuntamento personalizzato, ad eseguire il pap test con un'estensione all'invito del 96%. La percentuale di risposta è stata del 65%.
- *La valutazione del rischio eredo-familiare nello screening dei tumori del colon-retto e della Mammella* Nel corso del 2012, nell'ambito del programma di screening del tumore della mammella, è stato aperto l'ambulatorio spoke provinciale, per la gestione del rischio eredo-familiare. Dal 1/6/2012 al 31/12/2013 sono state invitate al centro spoke 2673 donne, di queste 338 hanno riposto e 107 sono state inviate al centro hub
- *Screening per la diagnosi precoce e prevenzione dei tumori della mammella* Nell'anno 2013 è proseguita l'offerta del test di screening (mammografia) alle donne dai 45 ai 74 anni secondo le modalità procedurali: Sono state invitate 45124 donne con un'estensione all'invito del 98,7% e con percentuale di risposta superiore al 75%
- *Screening per la diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del colon-retto* Estensione effettiva inviti 78%. La popolazione invitata, mediante lettera, è composta da uomini e donne tra i 50 e i 69 anni di età. La consegna del kit per il test di primo livello, agli utenti, è affidata alle farmacie. La percentuale di risposta allo screening, ad oggi, è circa del 50%
- *Sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano: Prevenzione dei traumi dell'anziano* Sono stati arruolati 15 pazienti.
- *Nella stesura dei piani di lavoro, utilizzare tutti gli elementi necessari a razionalizzare l'uso delle risorse e omogeneizzare le modalità del controllo*

L'obiettivo è stato raggiunto con emissione del Piano di lavoro dell'UOAV (PG n. 13219 del 25/02/13).

5) *Costruzione di un sistema di supervisione* con nota PG n. 12075 del 19/02/13 avente per

oggetto "Pianificazione e programmazione attività di supervisione - anno 2013" e con nota PG n. 12345 del 20/02/2013 avente per oggetto "Analisi di contesto - Progetto miglioramento attività di supervisione - anno 2013".

6) *Sicurezza alimentare: Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano.* Il piano di campionamento prevedeva, per l'UOAV, l'esecuzione di 213 campioni: ne sono stati eseguiti 208. Per i 4 mancanti non è stato possibile rintracciare la matrice richiesta. Per l'UOIAN era prevista l'esecuzione di 401 campioni di alimenti e 675 campioni di acqua: ne sono stati eseguiti rispettivamente 417 e 675

IGIENE PUBBLICA

L'U.O. Igiene Pubblica collabora alla tutela della salute della popolazione attraverso interventi di prevenzione primaria rivolti sia agli individui sia alle collettività. Negli anni passati il legislatore ha affidato a questa UO una ampia gamma di interventi del più vario tenore, molto spesso in assenza di prove di efficacia. Fortunatamente questi compiti si stanno riducendo alla luce di un approccio EBPM e questo consente una promozione sempre più mirata all'effettiva tutela del rischio.

Le attività che hanno composto il piano di lavoro 2013 sono state progettate avendo a mente i problemi ambientali e di salute percepiti come più importanti (come descritti annualmente nel bilancio di missione dell'Azienda USL) e l'analisi delle risorse interne. Inoltre si sono utilizzati i risultati forniti dalle statistiche di attività dell'anno precedente, confluiti nella reportistica regionale annuale.

I criteri seguiti sono stati i seguenti:

- attività di controllo in tutti i comparti che presentano un rischio per la salute per la collettività;
- controlli aggiuntivi laddove siano state evidenziate in passato situazioni problematiche;
- verifica, secondo priorità codificata, di una parte di segnalazioni certificate di inizio attività, escludendo le attività a esclusiva caratterizzazione commerciale.

IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE

L'U.O. IAN, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, coerentemente con gli obiettivi del Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) ha garantito, nel corso del 2013:

- il controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali
- il campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande;
- il controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro
- il controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia
- la prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare
- la verifica degli effetti sulla salute dalla qualità delle acque destinate al consumo umano



- l'informazione di prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande
- la prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi meglio declinati nei sotto riportati punti:
- il controllo ufficiale, ai sensi del Regolamento CE 882/04, sulla produzione, preparazione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, compresi i prodotti dietetici, gli alimenti per la prima infanzia e le acque minerali;
- il controllo ufficiale delle imprese che producono e/o somministrano alimenti non confezionati preparati con prodotti privi di glutine destinati direttamente al consumatore finale (dgr 16963 del 29/12/2011);
- il prelievo di campioni di alimenti per controllarne la regolarità e sorvegliare i rischi microbiologici, chimici, fisici emergenti a tutela della salute pubblica;
- il controllo ufficiale e la sorveglianza sul deposito, commercio, vendita e utilizzo di prodotti fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari; il prelievo di campioni di formulati per la verifica della rispondenza all'etichetta; la vidimazione dei registri di vendita; l'effettuazione del controllo dei registri dei trattamenti, la raccolta e la trasmissione alla Regione dei flussi di vendita dei prodotti fitosanitari;
- la gestione e l'aggiornamento dell'anagrafe degli stabilimenti del settore alimentare (OSA) divisa per tipologia e attività di rischio ai sensi del Regolamento CE 852/04;
- la gestione degli stati di allerta alimenti destinati al consumo umano come da reg 178/02 ce mediante vigilanza, prescrizioni e report informativi;
- l'intervento, per gli aspetti di competenza, in occasione di intossicazioni e inconvenienti igienico-sanitari correlati agli alimenti e bevande;
- la sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano mediante mappatura fonti, impianti di approvvigionamento e reti di distribuzione degli acquedotti pubblici, vigilanza su impianti di potabilizzazione e aree di rispetto e campionamenti e controlli analitici per la verifica di potabilità;
- la gestione e l'aggiornamento del portale acque potabili Regione Emilia Romagna;
- l'erogazione dei corsi di formazione degli alimentaristi, l'accreditamento di corsi organizzati da associazioni/strutture esterne, il rilascio delle certificazioni agli aventi diritto;
- il rilascio di certificazioni/riconoscimenti delle specie fungine ai fini della commestibilità;
- il rilascio di certificazioni per l'esportazione di alimenti di origine non animale;
- l'erogazione di attività ambulatoriale mirata alla prevenzione/controllo del sovrappeso, dell'obesità nonché delle malattie cronico degenerative a essi correlate;
- la sorveglianza nutrizionale su base locale mediante rilevazioni antropometriche e dei consumi alimentari;
- l'esecuzione di iniziative di sensibilizzazione a una corretta alimentazione nelle comunità scolastiche;
- la partecipazione alla predisposizione delle tabelle dietetiche e alla verifica e controllo delle stesse nelle comunità infantili e nelle strutture per anziani.
- la promozione della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare scolastica, attraverso la verifica e valutazione dell'applicazione degli standard nutrizionali nella ristorazione scolastica e nei distributori automatici delle scuole, come previsto nella DGR 418/12.

Calcolo indicatore anno 2013-(fonte Avelco)

INDICATORI DI VERIFICA		
Rispetto quantitativo ispezioni programmate	$\frac{3213}{3049} \times 100$	105%
Rispetto quantitativo ispezioni programmate nella ristorazione collettiva	$\frac{245}{204} \times 100$	120%
Rispetto quantitativo ispezioni programmate per i comparti ad alto rischio	$\frac{335}{249} \times 100$	134%
Rispetto quantitativo audit programmati	$\frac{n^\circ 15}{n^\circ 17} \times 100$ *	88 %
Utilizzo/compilazione delle schede di controllo ufficiale/non conformità	$\frac{n^\circ 3213}{n^\circ 3213} \times 100$	100%

Fonte AVELCO: per il numeratore vedi REPORT RER, per il denominatore vedi PIANO 2013

*Audit non eseguiti causa richieste di posticipo da parte dell'OSA

VETERINARIA

Emergenza HPAI 2013.

Il 14/08/2013 è pervenuta la comunicazione della presenza del virus dell'Influenza aviaria ad alta patogenicità presso un allevamento di galline ovaiole di Ostellato di 127.442 capi. In data 23/08/14 perveniva la conferma di un ulteriore focolaio della medesima malattia in un allevamento di 19.640 tacchini da carne, in Comune di Portomaggiore. In data 28/8/13, la Regione Emilia Romagna decideva l'abbattimento preventivo di 64.795 tacchini da carne presso un altro allevamento di Portomaggiore, sospetti di contaminazione. In seguito, il 04/9/13, sono intervenuti un focolaio in un piccolo allevamento rurale di Bondeno (3 galline) ed un sospetto, in data 07/9/13, successivamente non confermato, in altro rurale di Iolanda di Savoia, con abbattimento di 101 avicoli misti.

Per la gestione dei focolai, che ha richiesto l'abbattimento dei capi infetti, la distruzione di carcasse, uova e mangime, e la disinfezione dei ricoveri e delle attrezzature, l'Azienda USL di Ferrara si è avvalsa dell'operatività della Cooperative del Bidente di Cusercoli (FC) sulla base di una convenzione stipulata dalla Regione Emilia Romagna per le emergenze epidemiche veterinarie.

Nel corso dell'emergenza si è reso necessario programmare, con carattere di assoluta urgenza, fin dal 14 agosto, turni di presenze in servizio h 24 (3 turni nelle 24 ore) di Veterinari, integrative alla pronta disponibilità, per garantire la vigilanza presso gli allevamenti focolaio della malattia infettiva, anche in orario festivo e notturno, nonché per dare attuazione al piano di sorveglianza in emergenza sulla generalità dei 52 allevamenti avicoli industriali del territorio. In tali attività sul campo sono state impiegate circa 500 ore di Veterinari e 40 ore di Tecnici della prevenzione, sono stati percorsi km 6500 sul territorio aziendale ed extra aziendale, anche per la consegna dei campioni ai laboratori; il materiale di consumo utilizzato è stato di circa 4000 provette, 4000 tamponi, 50 tute in tyvec e 70 mascherine FFP3, acquisiti dall'Economato aziendale con procedure di emergenza. Durante le operazioni presso gli allevamenti il Personale dell'AUSL ha operato con dotazione di DPI specifici (autorespiratori), trattandosi di una zoonosi potenzialmente grave. L'impegno del Personale interno, che ha dato immediato riscontro ad ogni richiesta della Direzione dell'UO, ha consentito di non ricorrere a Personale di altre AUSL a supporto.

La vigilanza presso i focolai ha riguardato la correttezza delle operazioni di abbattimento, nel rispetto della protezione degli animali, il controllo sulle regole di biosicurezza, la verifica sui quantitativi dei materiali da smaltire, il corretto uso dei DPI da parte del Personale della Cooperativa. Nessun caso di malattia umana si è verificato.

Nella gestione dei complessi provvedimenti e misure sanitarie emanate dalla Comunità europea, dal Ministero della Salute e dalla Regione Emilia Romagna (blocco della vendita ambulante degli avicoli, censimento degli allevamenti rurali, divieto di spostamento e utilizzo della pollina, ecc.) l'UOAV ha ottenuto, grazie all'attivo coinvolgimento della Prefettura di Ferrara, la collaborazione dei vari Corpi di Polizia.

La gestione dei focolai ha comportato costi complessivi di € 1.059.784,21, IVA esclusa, corrisposti alla Cooperativa del Bidente, sulla base di fatture verificate nel dettaglio e vistate dal Direttore UOAV (nota PG n. 70812 del 18/11/13). In particolare, sono stati verificati puntualmente i resoconti relativi alle ore del Personale operante nei focolai, ai quantitativi di materiali distrutti (animali, uova, mangimi), in raffronto ai contenuti del disciplinare regionale. In tal modo si è ottenuto un risparmio di circa il 3,8% del totale inizialmente richiesto. Le spese, anticipate dall'Azienda USL di Ferrara, sono state in seguito ripianate dalla Regione Emilia Romagna.

Gli indennizzi agli allevatori, pari a € 2.408.452, sono stati corrisposti dalla Regione Emilia Romagna sulla base di pratiche tempestivamente predisposte e verificate dall'UOAV, entro le scadenze previste dalla normativa comunitaria.

PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

L'Unità Operativa di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (U.O.P.S.A.L.) ha come compito istituzionale la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori in ambito lavorativo. Tale compito si esplica attraverso l'attuazione di attività di controllo, vigilanza, formazione, informazione e assistenza, coinvolgendo figure tecniche e sanitarie che, in modo sinergico, contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi.

In particolare l'attività si è basata sui presupposti contenuti nel D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (e sue modifiche) e sui Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) disciplinati nel D.P.C.M. 29/11/2001 e ha previsto il controllo e la vigilanza sull'applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, la rimozione dei fattori di nocività, il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza e la promozione della salute e stili di vita adeguati. Lo strumento principale utilizzato dagli operatori è stato l'emanazione di prescrizioni e disposizioni nei confronti dei soggetti inadempienti sotto il profilo giuridico allo scopo di eliminare le carenze riscontrate durante l'attività di vigilanza e controllo.

Altra importante attività è consistita nell'esecuzione di inchieste per infortuni e per malattie di origine professionale, trasmesse all'Autorità Giudiziaria (A.G.) per competenza.

Per lo svolgimento di questa attività la quasi totalità degli operatori dell'U.O. ha acquisito la nomina prefettizia a Ufficiale di Polizia Giudiziaria (U.P.G.) ed il suo espletamento prevede un costante rapporto con la Procura della Repubblica per la definizione degli atti conseguenti alle inadempienze riscontrate.

IMPIANTISTICA ANTINFORTUNISTICA

L'Unità Operativa svolge azioni di prevenzione degli infortuni negli ambienti di vita e di lavoro, mediante attività ispettiva su macchine ed impianti.

Oggetto delle verifiche ispettive sono:

✓ **Ambienti di Lavoro** - attrezzature e impianti elencati in allegato VII del D.lgs 81/08

Scale aeree, ponti mobili sviluppabili, apparecchi di sollevamento materiali, idroestrattori a forza centrifuga, piattaforme di lavoro autosollevanti su colonne, carrelli semoventi a braccio telescopico, carri raccoglifrutta, ascensori e montacarichi da cantiere, attrezzature e insiemi a pressione, impianti di riscaldamento, generatori di vapore.

Impianti elettrici di terra, impianti di protezione contro le scariche atmosferiche, impianti elettrici con pericolo di esplosione e incendio.

- ✓ **Ambienti di vita** - Verifiche periodiche e straordinarie di ascensori e montacarichi, verifiche periodiche di impianti di riscaldamento con potenza maggiore di 116 kw, apparecchi a pressione (serbatoi GPL, montaliquidi).

Inoltre, provvede al rilascio dei libretti di tirocinio per i conduttori dei generatori di vapore, fornisce informazione tecnico normativa all'utenza, effettua attività di vigilanza nei cantieri edili per la parte relativa all'impiantistica elettrica.

Va sottolineato che per le attività sopra enunciate per le quali l'Azienda USL opera in regime di libero mercato, si è potuto constatare che l'Ente Pubblico viene preferito agli organismi privati; le motivazioni sono dettate dalla professionalità e competenza degli operatori dell'UOIA, dalle tariffe più congrue rispetto a quelle praticate dai privati e non ultimo la garanzia di terzietà.

Si ritiene opportuno evidenziare che, l'UOIA oltre ai compiti di istituto, ha effettuato controlli su impianti termici installati nelle abitazioni civili in forza della convenzione stipulata con l'Amministrazione del Comune di Ferrara.

MEDICINA DELLO SPORT

Il Modulo Organizzativo Dipartimentale "Medicina dello Sport Territoriale", diretto dal Dr. Marco Cristofori, garantisce interamente lo svolgimento dell'attività territoriale provinciale di Medicina dello Sport della AUSL di Ferrara dal punto di vista gestionale-organizzativo, risultando presente in diverse sedi di valenza distrettuale.

Al completamento dell'attività erogata concorrono anche il Modulo Organizzativo Dipartimentale "Traumatologia dello Sport e Riabilitazione" diretto dal Dr. Marcello Cellini, il "Programma attività motoria per soggetti con dismetabolismi" diretto dal Dr. Gianni Mazzoni e il "Programma attività motoria per soggetti con cardiopatie pregresse" diretto dal Dr. Giovanni Grazi.

L'attività istituzionale di Medicina dello Sport viene prestata attraverso la gestione di una rete territoriale di erogazione così rappresentata:

- ✓ Ferrara, Centro di Medicina dello Sport 2° livello, Motovelodromo "F.Coppi", Via G.Bianchi 4.
- ✓ Ferrara "Centro Studi Biomedici applicati allo Sport", Via Gramiccia 35.
- ✓ Ospedale di Cento "Sant.ma Annunziata", Via Cremonino 18.
- ✓ Ospedale di Comacchio "S.Camillo", Via R. Felletti 2.
- ✓ Ospedale di Copparo "S. Giuseppe", Via Roma 18.
- ✓ Presidio Socio-Sanitario Portomaggiore (ex Ospedale), Via E. De Amicis 22.

Le prestazioni erogate sono le seguenti:

- ✓ Visita di idoneità agonistica e non agonistica.
- ✓ Attività di Cardiagnostica dello Sport di II livello (Ecocardiogramma; ECG da sforzo; Holter ECG).
- ✓ Visita di traumatologia dello Sport.
- ✓ Attività terapeutica e riabilitativa per soggetti con traumi da sport.
- ✓ Valutazione funzionale ai fini della prescrizione dell'attività fisica in soggetti con dismetabolismi.
- ✓ Valutazione funzionale ai fini della prescrizione dell'attività fisica in soggetti con pregresso evento cardiovascolare acuto.

Tutte le attività erogate dalla rete territoriale di Medicina dello Sport, comprese quelle non istituzionali, risultano registrate analiticamente su appositi raccoglitori o database informatici.

I dati vengono raccolti sia informaticamente, con particolare riferimento alle prestazioni programmate da CUP, che manualmente al fine di poterle verificare la corrispondenza in forma dinamica ed in tempo reale. Un ulteriore flusso informativo,

che avviene anch'esso attraverso un formato predefinito, è in atto con cadenza trimestrale nei confronti della Regione; tale flusso istituzionale mira a garantire il monitoraggio continuo e il confronto del raggiungimento di alcuni importanti standard. In tale ambito riveste particolare rilievo il confronto tra le diverse province della regione in merito alla fidelizzazione delle strutture pubbliche da parte dei minori di 18 anni e dei disabili; nel territorio della provincia di Ferrara quest'ultima si realizza in maniera pressochè totale (98,5%), venendo a rappresentare insieme a Forlì la best performance regionale (solo 69 minori di 18 aa si sono rivolti a centri privati).

FUNZIONI AMMINISTRATIVE

L'Unità Operativa Funzioni Amministrative del Dipartimento di Sanità Pubblica svolge attività amministrative proprie e trasversali di supporto, collegamento, integrazione e coordinamento con la Direzione del Dipartimento, con le Unità Operative ed i Moduli Organizzativi della macrostruttura, nonché con le altre strutture aziendali, con la Direzione Strategica, con le Istituzioni Pubbliche, con le Ditte/imprese ed i privati.

Assicura una gestione del personale amministrativo afferente all'U.O. coerente con gli obiettivi economici e organizzativi dell'Azienda, nonché con quelli nazionali e regionali, nel rispetto dei requisiti di efficacia, efficienza, trasparenza ed economicità.

All'Unità Operativa Funzioni Amm.ve afferisce tutto il personale amministrativo, indipendentemente dalla sede e dalla articolazione del Dipartimento presso il quale presta l'attività.

Nell'anno 2013, si è costantemente tenuta monitorata l'attività effettivamente svolta dai 5 medici fiscali, attraverso il controllo dei referti e dell'attività ispettiva giornaliera svolta dai medesimi.

Sono stati emessi 60 mandati di liquidazione degli emolumenti mensili dei medici fiscali, corredati dei prospetti riepilogativi indicanti i dati economici e sono stati redatti, con cadenza mensile, schede riepilogative contenenti dati statistici riferiti all'attività, indicanti:

- ✓ n. delle richieste pervenute,
- ✓ n. delle visite in evase,
- ✓ n. delle visite eseguite pro-capite e per territorio
- ✓ tabella sinottica degli emolumenti corrisposti ai medici in qualità di Libera Professione
- ✓ movimento entrate/uscite relative a crediti nei confronti delle aziende, sia pubbliche che private, "paganti", computando gli oneri a loro carico e l'ammontare del credito avanzato nei confronti degli istituti scolastici che sono stati esentati al rimborso degli oneri a loro carico.

Nel corso del 2013 è stato raggiunto l'obiettivo di azzeramento delle fatture relative agli anni precedenti ed è stata garantita l'emissione delle fatture dell'anno senza alcun arretrato.

Nel 2013, in attuazione della L. 98/2013, è stata istituita una apposita casella di posta elettronica condivisa dai medici fiscali e dall'U.O. Funzioni amministrative, dedicata al ricevimento delle richieste di accertamenti medico fiscali da parte di pubblico e privati, al fine di garantire una maggiore tempestività ed efficienza del procedimento visite fiscali.

Nell'anno 2013 sono state emesse n. 82 Ordinanze (25 in più rispetto al 2012 - di cui 7 di archiviazione e 2 di annullamento), contro le 90/100 preventivate, sono state iscritte a ruolo nr. 91 posizioni riferite ad anni pregressi (34 in più rispetto all'anno precedente) per un importo complessivo di € 91.462,61, inoltre sono state azzerate tutte le richieste di audizione delle pratiche perfezionate ai sensi di legge, convocando gli interessati entro fine anno.

Nessuna pratica è andata in prescrizione per decorrenza dei termini o per cause dipendenti da mancati adempimenti dell'ufficio contenzioso.

Nell'anno 2013 sono stati emanati 446 provvedimenti di interdizione anticipata dal lavoro per gravi complicanze della gravidanza ex art. 17 del D.Lgs n. 151/2001 lett. a) e s.m.i e 2 provvedimenti di revoca, esitando pertanto il 100% delle domande presentate dalle interessate.

I provvedimenti sono stati adottati nel rispetto dei termini di legge, ossia entro 7 giorni dal ricevimento dell'istanza ovvero dal giorno successivo a quello di ricezione della documentazione perfezionata ai sensi di legge.

Inoltre, in attuazione alle vigenti norma in materia di dematerializzazione, nell'ottica di una maggiore efficienza e tempestività delle comunicazioni, i provvedimenti di astensione anticipata sono stati trasmessi all' INPS tramite PEC

SCREENING ONCOLOGICI

Il Centro Screening è la struttura centralizzata che garantisce le attività organizzative necessarie per l'espletamento dei tre programmi di screening oncologico della Provincia di Ferrara (carcinomi della cervice uterina, mammella femminile, colon-retto).

Il cancro della cervice uterina, il cancro della mammella e il cancro del colon retto sono tre dei principali tumori che colpiscono la popolazione italiana. La loro storia naturale, però, a differenza di quanto succede con altri tumori, può essere modificata da uno screening. In alcuni casi lo screening riesce a evitare l'insorgenza del tumore, in altri può salvare la vita. Quando questo non è possibile, la diagnosi precoce consente comunque di effettuare interventi poco invasivi e non distruttivi. Gli screening oncologici sono dunque un complesso (e costoso) investimento per la salute, che ha come risultato una riduzione della mortalità. Il controllo di qualità degli screening è fatto periodicamente e costituisce uno dei punti di forza che fanno la differenza con gli accertamenti preventivi fatti su iniziativa individuale. Nel 2013 è stata garantita l'attività di front-office telefonico per la popolazione di tutta la Provincia di Ferrara per modifica appuntamenti, informazioni ecc.. riguardanti i tre screening oncologici .

E' stata gestita la fase della spedizione dei file di inviti e solleciti dei tre screening a Selecta (ditta che provvede alla spedizione delle lettere).

In tempo reale sono state fornite le risposte alle richieste degli utenti inviate tramite e-mail e l'estrazione ed invio lettere ai follow-up per lo screening del colon-retto.

Sono stati gestiti gli appuntamenti telefonici di secondo livello ai pazienti positivi ed ai follow-up dello screening del colon-retto ed alle pazienti di follow-up dello screening del collo dell'utero

Sono stati stampati in tempo reale i referti con esito negativo ed imbustati prontamente i referti dei tre screening, al fine di evitare ansie agli utenti in attesa della risposta.

Sono stati tenuti i rapporti con le farmacie della provincia per l'approvvigionamento dei kit di primo livello per il colon-retto con la preparazione ed invio dei kit alle stesse tramite UNICO.

La riduzione del numero degli inviti nello screening CCU nel 2013 è conseguente all'elevato numero di donne invitate nel 2012. Nell'arco dei 3 anni di round è stato invitato il 100% della popolazione femminile in screening.

La diminuzione dell'attività del Dipartimento Sanità Pubblica nel 2013 rispetto al 2012 in alcuni comparti è dovuta, principalmente alla situazione di crisi delle aziende a livello nazionale. Ciò, infatti, ha provocato, nel nostro territorio, numerose chiusure di attività industriali, artigianali e commerciali, con la conseguente e proporzionale riduzione di richieste di prestazioni, numero di ispezioni, controlli, pareri etc. La

riduzione del numero degli inviti nello screening CCU nel 2013 è conseguente all'elevato numero di donne invitate nel 2012. Nell'arco dei 3 anni di round è stato invitato il 100% della popolazione femminile in screening. All'interno dell' Area Sanità Pubblica Veterinaria viene registrato un aumento delle prestazioni pari al 74,1% legate all' emergenza influenza aviaria che ha colpito il territorio ferrarese.

AREA DIPARTIMENTALE IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
ATTIVITÀ DI STAFF DIPARTIMENTALI

Attività motoria per soggetti con dismetabolismo	Tot. Azienda		Δ% 2013 vs 2012
	2012	2013	
numero visite effettuate	341	297	-12,9
numero accessi palestra	1.765	2.196	24,4

Attività motoria per soggetti con cardiopatia pregressa	Tot. Azienda		Δ% 2013 vs 2012
	2012	2013	
numero accessi	2.938	2.306	-21,5

Medicina dello Sport	Distretto Ovest		Distretto C-N		Distretto S-E		Tot. Azienda		Δ% 2013 vs 2012
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	
idoneità agonistica e non agonistica	2.064	2.063	4.243	4.223	1.291	1.179	7.599	7.465	-1,8
cardiagnostica di 2° livello			779	632			779	632	-18,9
traumatologia dello sport			312	347			312	347	11,2
fisioterapia dello sport			1.471	1.288			1.471	1.288	-12,4

Epidemiologia	Tot. Azienda		Δ% 2013 vs 2012
	2012	2013	
numero di interviste PASSI effettuate	235	276	17,4

Screening Oncologici		Tot. Azienda		Δ% 2013 vs 2012
		2012	2013	
numero inviti effettuati per ogni screening	Collo dell'utero	36.254	28.354	-21,8
	Colon-retto	47.892	48.876	2,1
	Mammella	45.969	45.124	-1,8

Igiene Pubblica	Distretto Ovest		Distretto C-N		Distretto S-E		Tot. Azienda		Δ% 2013 vs 2012
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	
numero TOTALE di vaccinazioni, elencare:	2.233	1.761	8.135	7.969	3.964	3.052	14.322	12.782	-10,8
antinfluenzale		254		1.003		143		1.400	
Difto tetano		932		4.101		2.022		7.055	
HPV (18 ai 25 anni)		45		233		104		382	
.....									
numero TOTALE di visite monocratiche, elencare:	1.367	1.805	6.405	5.661	1.766	2.327	9.538	9.793	2,7
patenti		431		1.617		811		2.859	
visite fiscali		1.052		3.112		684		4.848	
.....									
numero di sopralluoghi (es. antigienicità, esposti, ecc.)	163	437	717	931	890	1.085	1.770	2.453	38,6
numero di pareri (es. Nuovi Insediamenti Produttivi - NIP, sanità ambientale, ecc.)	94	119	456	422	171	118	721	659	-8,6

Igiene Alimenti e Nutrizione	Distretto Ovest		Distretto C-N		Distretto S-E		Tot. Azienda		Δ% 2013 vs 2012
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	
numero delle ispezioni effettuate per il controllo ufficiale	265	351	715	1.134	684	969	1.711	2.454	43,4
numero delle ispezioni effettuate nella ristorazione collettiva	37	38	97	94	66	73	200	205	2,5
numero dei campioni effettuati	82	60	207	233	198	176	487	469	-3,7
numero dei campioni di acqua destinata al consumo umano effettuati	153	165	408	431	253	257	814	853	4,8

(*) Trattasi delle sole ispezioni effettuate su programma. Non sono comprese le ispezioni effettuate su notifica, follow up, ritorno, segnalazione

AREA DIPARTIMENTALE TUTELA DELLA SALUTE IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO

Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	Distretto Ovest		Distretto C-N		Distretto S-E		Tot. Azienda		Δ% 2013 vs 2012
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	
numero attività locali controllate	335	319	788	776	430	361	1.553	1.456	-6,2
numero verbali di contravv./prescriz, disposizione, sanz. Amministrative, sequestri redatti	36	49	318	374	72	63	426	486	14,1
numero visite mediche collegiali effettuate	78	99	517	418	245	231	840	748	-11,0
numero inchieste per infortunio e malattia professionale eseguite	15	10	48	52	14	21	77	83	7,8

Impiantistica e Antinfortunistica Ambienti di Vita e Lavoro	Tot. Azienda		Δ% 2013 vs 2012
	2012	2013	
numero verifiche effettuate	4.804	4.551	-5,3

AREA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

Direzione Attività Veterinarie	Distretto Ovest		Distretto C-N		Distretto S-E		Tot. Azienda		Δ% 2013 vs 2012
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	
numero controlli ufficiali di sanità animale (accertamenti diagnostici da piani di sorveglianza)	1.328	940	4.956	5.959	7.813	17.634	14.094	24.533	74,1
n. controlli ufficiali in allevamenti e altre strutture compresa l'igiene urbana veterinaria (anagrafe, alimentazione animale, biosicurezza, benessere animale, farmacovigilanza, igiene delle produzioni, animali sinantropi, morsicatori, esposti, segnalazioni)	904	778	2.761	2.086	3.474	2.816	7.139	5.480	-23,2
-numero controlli ufficiali di alimenti di origine animale (stabilimenti riconosciuti o registrati di produzione, commercializzazione, trasporto di alimenti OA)	1.890	1.719	5.223	5.875	7.921	7.579	15.034	15.173	0,9

COMMENTO: nel confronto 2012-2013 si evidenzia un aumento del 74% delle prestazioni di sanità animale (1° indicatore) dovuto all'emergenza Influenza aviaria, ed il conseguente calo delle prestazioni dell'Igiene Allevamenti (2° indicatore) del solo 23%. Le prestazioni di Igiene alimenti (3° indicatore) sono pressoché costanti.

4.2 La sostenibilità nelle cure primarie ha previsto per il 2013 le seguenti azioni:

- *Innovazione nei processi di cura*
- *Attività connesse agli obiettivi di salute della programmazione regionale. Dignità della persona*
- *Caffè Alzheimer*
- *Consolidare i processi di cure palliative e di terapia del dolore*

Prosegue la sperimentazione dell'equipe delle cure palliative nel distretto Sud Est e prosegue il Tavolo interaziendale sulle cure palliative e l'attivazione degli ambulatori di Cure Palliative.

- *Ascolto, accoglienza, supporto diagnostico e la presa in carico delle persone vittime di maltrattamento e abuso*
- *Garantire il diritto alla salute delle persone detenute*
- *Accessibilità, qualità, sicurezza e continuità delle cure*
- *I percorsi per la presa in carico*
- *Assistenza alla gravidanza*
- *Assistenza protesica*
- *Rete malattie rare*
- *Valorizzazione delle competenze ed empowerment degli operatori*

Sviluppo delle abilità di comunicazione e di counselling dei professionisti nell'ambito del percorso nascita.

Nel 2013 sono stati organizzati i seguenti corsi per sviluppare le abilità di comunicazione e di counselling dei professionisti nell'ambito del percorso nascita:

- 1) "Percorsi appropriati nella rete integrata per la presa in carico di donne con disturbi emotivi in gravidanza e nel post-parto" corso sulla comunicazione e counselling organizzato a livello aziendale.
- 2) "La comunicazione nel percorso nascita" corso sulla comunicazione e counselling organizzato in Area Vasta.
- 3) "L'Assistenza ostetrica-specifica in ospedale e sul territorio" corso teorico esperienziale e di counselling organizzato in Area Vasta.

Lo sviluppo del ruolo di infermiere Care Manager rappresenta una innovazione organizzativa e gestionale, funzionale a perseguire obiettivi di costo-efficienza nella gestione della patologia cronica nel rispetto delle competenze specifiche di ciascuno degli attori coinvolti nel processo di cura.

Questa figura ha come modello di riferimento il case management con i seguenti obiettivi: promuovere l'autocura dei pazienti, ridurre la frammentazione delle cure, fornire continuità alle cure ed attraverso la continuità, migliorare la qualità di vita della persona.

Le case della salute di Portomaggiore Ostellato e di Copparo sedi, tra l'altro, del Nucleo di Cure Primarie sono individuate come realtà ideali per sperimentare la gestione integrata dei pazienti con scompenso cardiaco cronico, con diabete mellito di tipo 2 e con BPCO, adottando i modelli di gestione e di monitoraggio attivo dei pazienti con patologia cronica che fanno riferimento alla medicina d'iniziativa e al chronic care model.

L'infermiere care manager in stretta integrazione con i MMG e lo specialista agisce:

- nel poliambulatorio con un ruolo prevalente di natura organizzativa e di indirizzo per tutti gli assistiti, in modo indistinto, che necessitano di una presa in carico per approfondimento diagnostico e/o per follow up e si interfaccia con gli altri nodi della rete (territoriali e ospedalieri);
- nel nucleo di cure primarie con un ruolo prevalente di natura clinico assistenziale con funzioni di monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente attraverso contatti telefonici, interventi ambulatoriali e domiciliari, eseguendo interventi di educazione sanitaria e terapeutica per migliorare la capacità di gestione della malattia da parte del paziente e dei care giver.

La sperimentazione che è stata avviata si è avvalsa anche delle linee di indirizzo regionali (scompenso cardiaco) che, danno indicazioni importanti per la realizzazione della gestione integrata della patologia cronica:

- indicano, nei diversi stadi della malattia, le competenze dei diversi professionisti: mmg, infermiere, specialista cardiologo;
- individuano come setting di cura appropriato per la gestione integrata di buona parte dei pazienti con scompenso cardiaco cronico l'assistenza primaria.

La introduzione del care manager nel poliambulatorio e nei NCP rende più fluidi i processi di cura passando da un setting assistenziale all'altro.

La presenza di un infermiere che si prende cura dei pazienti e del nucleo familiare, che periodicamente effettua il monitoraggio telefonico dei bisogni e delle condizioni di salute degli assistiti e che effettua interventi di educazione sanitaria e terapeutica in stretto contatto col medico di famiglia e lo specialista, favorisce una miglior gestione della malattia, ancora limitata è la sperimentazione per dimostrare l'impatto sulla evoluzione della malattia e sull'utilizzo dei servizi.

Case della Salute

Sono stati sviluppati i Servizi all'interno delle Case della Salute, e in particolare un potenziamento dell'offerta sanitaria con il trasferimento del Dipartimento Sanità Pubblica e Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche all'interno della Casa della Salute Terra e Fiumi.

Realizzata la riorganizzazione e il trasferimento dei servizi sanitari del Dipartimento Cure Primarie all'interno del Casa della Salute S. Anna con sviluppo dell'ambulatorio infermieristico e attivazione delle Medicine di Gruppo oltre che dell'attività cardiologica correlata ai MMG.

Progetto per l'attivazione OSCO in Casa della Salute Copparo.

L'OsCo é una struttura di degenza territoriale, inserita nella rete dei servizi distrettuali, a forte gestione infermieristica, che prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari 24 ore su 24, con assistenza medica garantita dai Medici di Medicina Generale e dai Medici della Continuità assistenziale, con il supporto degli specialisti della Casa della salute.

Gli OsCo sono finalizzati al raggiungimento di specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione.

Criteri e Protocolli di ammissibilità:

Da un punto di vista generale la popolazione target della degenza in OsCo é rappresentata da

A) pazienti, prevalentemente anziani, provenienti da struttura ospedaliera (UO Acuti o LpA), clinicamente dimissibili dall'ospedale, ma non in grado di poter essere adeguatamente assistiti a domicilio;

B) pazienti fragili e/o affetti da patologia cronico-degenerativa, provenienti dal domicilio o dalle CRA, caratterizzati da condizioni cliniche e/o sociali tali da renderli non adeguatamente assistibili a domicilio;

C) Pazienti che necessitano:

- a) di assistenza infermieristica nella somministrazione dei farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio,
- b) di monitoraggio infermieristico che richieda sorveglianza continua o quasi continua, anche se non di tipo intensivo;
- c) di formazione/educazione/addestramento del paziente e del care-giver prima del rientro / a domicilio.

In ogni caso si tratta di persone caratterizzate da relativa stabilità clinica e da necessità assistenziali medio-elevate, comportanti monitoraggio permanente in regime residenziale (ad esempio modificazione della terapia, fasi di scompenso non grave, fase post-dimissione in assenza di possibilità temporanea di adeguato supporto terapeutico o assistenziale domiciliare).

Possono avere 1 caratteri della ammissibilità al ricovero in OsCo anche le seguenti condizioni:

- percorsi diagnostici in pazienti non autosufficienti che non dispongono del necessario supporto familiare;
- pazienti con patologie croniche dimessi precocemente che necessitano di una ulteriore fase di monitoraggio terapeutico;
- malati con compromissione generale per patologia di tipo evolutivo in attesa di ricovero in struttura adeguata per supporto nutrizionale;
- pazienti dimessi in fase di proseguimento di terapia medica o riabilitativa da effettuarsi sotto il controllo sanitario.

La persona accolta nella struttura deve essere dimessa entro il 21° giorno, tale periodo é da ritenersi normalmente congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a valutare le condizioni cliniche o di rischio della persona

interessata e a risolvere i problemi che hanno determinato il ricovero, consentendo il rientro al proprio domicilio, inserendo il paziente in un percorso ADI o prevedendo il suo accoglimento in strutture residenziali.

4.3 Obiettivo frattura femore, i primi dati sono i seguenti: le percentuali per le tre sedi di Argenta Cento e Delta del quarto quadrimestre sono Argenta 48% di fratture operate entro le 48 ore, Cento 61% di fratture operate entro le 48 ore, Delta 63% di fratture operate entro le 48 ore, dati desunti dalle schede SDO. Le percentuali ricalcano i primi tre trimestri.

4.4 Miglioramento dei processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa

Nel 2013 si è provveduto alla riorganizzazione dei Centri di erogazione di Riabilitazione.

I moduli di Riabilitazione hanno continuato il percorso atto a prevedere modalità di trattamento comuni per le principali patologie. Si è provveduto alla organizzazione in rete anche di coperture per eventi prevedibili e non di carenza di personale con sostituzione non solo locali e continuità dell'erogazione dei servizi.

Sono stati aperti letti dedicati alla riabilitazione nei reparti di Lungodegenza post-acuzie (LPA) con una nuova organizzazione interna ad intensità di cure in particolare ad Argenta a cui seguirà man mano tutta la provincia. E' stato aperto il DH riabilitativo ad Argenta.

E' stato organizzato un Modulo di Riabilitazione per le Case della Salute ed un Coordinamento provinciale di Riabilitazione. Continua la collaborazione nel percorso GRACER. Continua la riabilitazione precoce nei pazienti con ictus cerebrali ed operati ortopedici. Sta per essere concluso un percorso di controllo provinciale comune all'Azienda ospedaliera-universitaria di Ferrara (AOSPFE) sulle dimissioni nei reparti di Medicina ed LPA.

4.5 Programma Stroke care

Si è dato completo avvio alla collaborazione con (AOSPFE) per la terapia trombolitica provinciale dell'ictus cerebrale ischemico con un nuovo protocollo che comprende anche l'eventuale soluzione chirurgica o di radiologia interventistica. Rimane attiva una collaborazione con l'AOSPFE per i pazienti colpiti da ictus emorragico con consulto in telemedicina con la U.O. di Neurochirurgia e con la Chirurgia vascolare per gli opportuni interventi in elezione ed urgenza.

E' attivato, in tutti gli Ospedali dell'AUSL di Ferrara per i pazienti colpiti da ictus cerebrale disfagici, un apposito percorso dietetico. Sono in implementazione i percorsi ospedalieri di riabilitazione precoce del paziente con ictus cerebrali e le opportune scale di valutazione anche di esito.

4.6 Programma Epilessia

L'assistenza a pazienti sofferenti di epilessia si avvale di 6 punti di consulenza neurologica provinciale per l'AUSL di Ferrara oltre a quelli dell'AOSPFE cittadino a cui afferiscono i pazienti del Comune di Ferrara.

In 3 di questi 6 Centri è disponibile anche l'erogazione di esami Elettroencefalografici, in uno di questi anche di video EEG e Holter EEG (Ospedale del Delta).

Tutti i Centri hanno percorsi interni per la diagnostica neurofisiologica ed erogano prestazioni in elezione, in urgenza differita ambulatoriali, prevedono la presa in carico del paziente per i controlli e possono erogare prestazioni anche urgenti a pazienti ricoverati e di Pronto Soccorso negli orari di presenza medica diversificata nei diversi presidi ospedalieri.

E' attivo un percorso di Neuropediatria all'Ospedale del Delta dove L'U.O. di Neurofisiologia, il Modulo di Pediatria erogano in collaborazione le suddette prestazioni e percorsi di diagnostica anche strumentale e cura dei pazienti in età pediatrica, compresi i lattanti sofferenti di epilessia.

4.7 Reti e percorsi oncologici

Per quanto riguarda l'AUSL di Ferrara, l'assistenza a pazienti oncologici viene garantita da appositi Day Hospital negli Ospedali di Cento, Lagosanto ed Argenta, tutti in rete fra loro ed in rete con il Centro oncologico dell'AOSPFE.

Questi Centri erogano prestazioni di tipo diagnostico, di presa in carico del paziente con percorsi preordinati e di cura compresa l'erogazione di farmaci ad alto costo.

Per tutto il percorso di cura vengono eseguiti annualmente Audit di appropriatezza inviati ai Centri di controllo regionali.

E' attiva la collaborazione con il Centro oncologico di Ferrara, con l'Anatomia patologica di Ferrara e con i Centri di erogazione di Radioterapia. Tutti i Centri dell'AUSL di Ferrara sono stati accreditati nella struttura di appartenenza di Medicina interna dalle Commissioni regionali apposite.

Tali Day Hospital condividono in casi di carenza, in emergenza e non, il personale per non creare disagi alla popolazione. Per una maggiore attenzione alla Medicina di genere, questi Centri si avvalgono anche per l'oncologia femminile di una specifica competenza ginecologica e oncologica afferente al Day Hospital oncologici di Medicina interna.

I Centri, avvalendosi anche di una specifica formazione tutt'ora in corso, sono attivamente impegnati nei percorsi per una corretta informazione ai pazienti ed ai percorsi di terapia del dolore attivati a livello regionale.

E' attiva con protocolli e percorsi la collaborazione per le cure palliative con l'Hospice di Codigoro e con l'ADI.

E' in corso l'organizzazione di una U.O. interaziendale di Oncologia. Si sta concludendo un percorso provinciale unico per la preparazione di farmaci oncologici.

4.8 Percorsi cardiologici

Per una migliore fruizione dei servizi, si è modificato il percorso di confluenza della Cardiologia territoriale in capo al Dipartimento medico nel Dipartimento delle Cure primarie con condivisione di personale medico ed infermieristico, mantenendo un raccordo e una supervisione funzionale delle U.O. di Cardiologia ospedaliera per i casi acuti e per i percorsi di livello superiore. Si è concluso un percorso all'Ospedale di Cento di collaborazione tra Anestesia e Rianimazione ed Unità coronarica per la gestione integrata di pazienti critici. Si è provveduto alla chiusura del Centro di Emodinamica all'Ospedale del Delta.

La diagnostica cardiologica emodinamica è condivisa con percorsi e protocolli con l'AOSPFE.

Con questa sono pertanto attivi i protocolli per la terapia coronarica attraverso angioplastica e posizionamento di stent. E' continuato il percorso perché anche all'Ospedale del Delta vengano impiantati i pace maker non solo in emergenza. E' continuata la diagnostica non invasiva per screening del forame ovale pervio.

4.9 Sistema delle Cure in Area critica

Per quanto riguarda il Dipartimento medico è attivo il monitoraggio delle patologie infettive da batteri particolarmente resistenti e le procedure per le infezioni da Clostridium, nonché il monitoraggio delle infezioni nosocomiali.

4.10 Sistema di comunità e sistema di valutazione multidimensionale in area psichiatrica

E' stata progettata ed attuata ad una attività di ri-valutazione (attualmente in itinere) di utenti psichiatrici ultrasessantacinquenni ricoverati in strutture socio-sanitarie, al fine di determinarne l'appropriata collocazione e presa in carico.

Si sono effettuate le rivalutazioni degli utenti psichiatrici ricoverati in diverse strutture socio-sanitarie a cura dei professionisti del DSM e dell'U.O. Anziani.

4.11 Controlli prestazioni sanitarie

I controlli sanitari, in particolare sulle cartelle cliniche di ricovero previsti dal DM 10/12/2009 e conseguentemente dalle DDGGRR n. 1171/2009, n. 1890/2010 e n. 1920/2011 sono sviluppati secondo quanto definito dalla DGR n. 354/2012 "Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna".

In sede di controllo vengono effettuati anche i monitoraggi previsti dalle DDGGRR n. 38/2010 e n. 967/2011, inerenti la terapia e il controllo del dolore.

Complessivamente sono state verificate dall'U.O. Sistema Informativo 8.184 cartelle cliniche riferite a ricoveri effettuati nell'anno 2013 da residenti ferraresi nelle strutture pubbliche e private del territorio di Ferrara. Il numero dei controlli effettuati è superiore al valore percentuale minimo richiesto dalla specifica normativa (parametro del 10%).

4.12 Aderenza alla Programmazione OBJ RER 2013 con particolare riferimento al rischio clinico

Garantita la partecipazione ad iniziative progettuali coordinate a livello regionale.

L'Ausl di Ferrara nel corso del 2013 ha garantito, in modo continuativo, la propria partecipazione a tutte le iniziative progettuali coordinate dal livello regionale ed ha realizzato pienamente gli obiettivi della programmazione regionale afferenti alle aree del Rischio Clinico, del Rischio Infettivo correlato all'assistenza, della Ricerca e Innovazione e del Piano attuativo di certificabilità previsto dalla DGR n. 865/2013.

A titolo esemplificativo si citano le seguenti azioni:

- Implementazione e revisione delle procedure previste dalla DGR 1706/2009 e specificatamente richieste dalla RER nel corso del 2013:

- Elaborazione della Procedura Generale (P.G.) "Gestione degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)";
- Revisione P.G. Gestione dei casi di allontanamento dei pazienti ricoverati nelle U.O. di degenza";
- Revisione della P.G. "La gestione clinica dei farmaci";
- Elaborazione della P.G. "Prevenzione del suicidio in ospedale";
- Revisione della P.G. "Prevenzione, segnalazione e gestione delle cadute accidentali di pazienti in regime di degenza";
- Elaborazione della P.G. "Sorveglianza mortalità materna";
- Attivazione del gruppo di lavoro per la revisione della P.G. "Gestione degli eventi clinici maggiori";
- Elaborazione dei Piani Programma di "Gestione del Rischio Clinico" e di "Gestione del Rischio Infettivo correlato all'assistenza";

- Partecipazione attiva al coordinamento regionale dei referenti del rischio clinico e alle attività proposte del coordinatore regionale;

- Segnalazione delle buone pratiche all'osservatorio nazionale AGENAS);

- Realizzazione delle iniziative e degli obiettivi previsti dal progetto regionale "Gestione del rischio Clinico negli Istituti penitenziari (PRISK)" che vede la partecipazione di 9 aziende e la responsabilità del progetto in capo all'Ausl di Ferrara;
- Avvio dei 4 progetti di modernizzazione bando 2010-2012 approvati e finanziati dalla RER E-R:
 - "Appropriatezza in Diagnostica di Laboratorio: management delle logiche organizzative e diagnostiche"
 - "Verso una comunità di pratica virtuale"
 - "La gestione integrata dei pazienti con patologia cronica nella Casa della salute: le responsabilità cliniche e organizzative dell'infermiere care manager"
 - "Gestione del rischio Clinico negli Istituti penitenziari (PRISK)"
 - Adesione al progetto di Ricerca Corrente 2012 "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" (capofila Agena.s) che prevede l'effettuazione di una indagine di qualità percepita da realizzarsi nel 2014;
- Realizzazione all'indagine regionale "Analisi della qualità delle cure dal lato degli utenti nei servizi dedicati alla interruzione volontaria di gravidanza delle aziende sanitarie della RER";
- Adesione al progetto regionale Health Literacy che ha visto la partecipazione di tre operatori dell'azienda;
- Partecipazione al coordinamento regionale dei responsabili Qualità aziendali e adesione ai gruppi di lavoro regionali attivati;
- Partecipazione al coordinamento regionale per l'accreditamento del LUAV (laboratorio Unico di Area vasta).
- Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali per l'attuazione del Piano attuativo di certificabilità previsto dalla DGR n. 865 del 24 giugno 2013.

4.13 Azioni 2013 in materia di Trasparenza e prevenzione della corruzione

Al fine di ottemperare alla normativa in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione, con delibera n. 39 del 15/03/2013 ad oggetto "Nomina del Responsabile della Trasparenza dell'Azienda USL Ferrara ai sensi della legge n. 150/2009 e della delibera CIVIT n.120/2010" è stato nominato il Responsabile della Trasparenza e dell'Integrità (d'ora in poi RTI) e con successiva delibera n. 195 del 5/08/2013 ad oggetto: "Nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'Azienda USL Ferrara a seguito di rinuncia all'incarico precedentemente attribuito con deliberazione n. 29/2013", come previsto dalla legge 190/2012. In Azienda USL Ferrara dunque le figure del RPC e RTI coincidono come peraltro auspicato dalla normativa nazionale ed inoltre richiesto dalla Regione Emilia Romagna con nota PG 2013 - 0158950 del 2/07/2013.

I principali compiti attribuiti al Responsabile della Prevenzione della Corruzione possono essere così riassunti (Art. 1, co. 10 della L. 190/12):

- redazione della proposta del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e dell'Illegalità da sottoporre alla Direzione strategica aziendale per la sua approvazione;
- definizione di procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- attività di vigilanza sul funzionamento e sull'attuazione del Piano;
- propone, di concerto con i dirigenti apicali, modifiche al piano in relazione a cambiamenti normativi e/o organizzativi;
- propone forme di integrazione e coordinamento con il Piano della Trasparenza e il Piano degli Obiettivi dell'Azienda USL Ferrara.

I principali compiti attribuiti al Responsabile della Trasparenza possono essere così riassunti (art. 43 D. Lgs 33/2013):

- attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando:
- all'organo di indirizzo politico;
- all'Organismo indipendente di valutazione (per l'Azienda Usl di Ferrara "Organismo Valutazione Aziendale" (O.V.A.);
- all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Il Responsabile provvede all'aggiornamento del "Programma triennale", all'interno del quale sono previste specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza in rapporto con il Piano della Prevenzione della Corruzione (per l'Azienda Usl di Ferrara da emanare).

Altro precipuo compito spettante al "Responsabile" di cui trattasi è quello di controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico ex art. 5 del D. Lgs 33/2013.

Tutte le sezioni censite in "Amministrazione Trasparente" sono state rese attive dal RPC e RTI che ha provveduto fin dall'Agosto 2013 ad un monitoraggio mensile sullo stato di pubblicazione dei contenuti nelle stesse.

Il report viene inviato via e-mail ai Direttori individuati quali Responsabili della pubblicazione oltre che alla rete degli Editor e Validatori della notizia.

Viene inoltre pubblicato in una sezione INTRANET denominata "Costruiamo la trasparenza".

raccoglie l'elenco:

- di tutte le note protocollate inviate ai Direttori individuati quali Responsabili della pubblicazione;
- di tutte le "Guide operative" che intendono essere strumenti di facilitazione per la attività di pubblicazione da parte degli Editor e Validatori della notizia;
- delle procedure interne per richiedere l'attivazione dei ruoli di Editor e Validatori della notizia da parte dei Direttori Responsabili;
- Link utili (CIVIT, AVCO, DFP);
- dei principali provvedimenti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione prelevati dai siti

istituzionali di

- CIVIT (ora ANAC);
- Dipartimento Funzione Pubblica
- AVCP
- delle note della Regione Emilia Romagna inviate alle Aziende sanitarie.

Per quanto più strettamente richiesto dalla normativa in materia della prevenzione della corruzione, sono stati attivati, tra gli altri, i seguenti percorsi che si ritengono particolarmente significativi:

Adempimenti di cui all'art. 1, comma 32 della legge n. 190/2012 e dell'art. 3 della delibera AVCP (Autorità Vigilanza Contratti Pubblici) n. 26/2013.

L'art. 1, comma 32 della stessa legge e la successiva delibera n. 26/2013 dell'Autorità Vigilanza Contratti Pubblici prevedono inoltre l'obbligo per le stazioni appaltanti di pubblicare, sui propri siti web istituzionali, con riferimento ai procedimenti di cui al comma 16, lettera b), le seguenti informazioni che riguardano tutti i contratti/acquisti/acquisizioni (per i quali comunque scatta un obbligo di tracciabilità con la richiesta del CIG):

- CIG (Codice identificativo gara)
- struttura proponente;
- oggetto del bando;
- procedura di scelta del contraente;
- elenco degli operatori invitati a presentare offerte/N. di offerenti che hanno partecipato al procedimento;
- aggiudicatario;
- importo di aggiudicazione;
- tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura;
- importo delle somme liquidate.

L'art. 1, comma 32 della legge n. 190/2012, specifica che entro il 31 gennaio di ciascun anno, le informazioni sopra indicate, relative all'anno precedente, debbano essere pubblicate in tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto che consenta di analizzare e rielaborare, anche a fini statistici, i dati informatici.

Alla luce del suddetto comunicato si ritiene entro il 31 gennaio 2014 dovranno essere rese disponibili dall'Azienda USL di Ferrara e comunicate all'Autorità tutte le procedure indette dall'1/12/2012 al 31/12/2013. Per procedura indetta si intende:

- una procedura avviata con atto di indizione;
- l'acquisizione di un CIG.

L'Azienda USL Ferrara, con notevoli sforzi organizzativi ha garantito la pubblicazione delle informazioni in formato tabellare entro la data del 15/06/2013 relativa all'anno

2012 rispettando in tal modo i termini imposti dalla Circolare e tale report è attualmente rinvenibile nella sezione di II livello denominata "Informazioni sulle singole procedure (art.1, comma 32 L. 190/2012 e Comunicato Presidente AVCP 22/05/2013" della sezione di I livello "Bandi di gara e contratti" all'interno di "Amministrazione Trasparente").

Monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali effettuato

L'Azienda USL Ferrara ha provveduto, in ossequio al disposto di cui alla legge 190/12 e D. Lgs 33/13, al primo monitoraggio periodico del rispetto dei termini procedurali con cadenza semestrale 1/05/2013 - 31/10/2013 per mezzo della compilazione di un prospetto ove vengono indicati il numero complessivo di procedimenti afferenti alla Struttura aziendale di competenza e l'indicazione se il termine è stato o meno rispettato: tali rilevazioni sono reperibili all'indirizzo:

<http://www.ausl.fe.it/azienda/organizzazione/amministrazione-trasparente/monitoraggio-tempi-procedimentali>.

Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali presso le pubbliche amministrazioni

Sono stati predisposti, in collaborazione con il Dipartimento Interaziendale Amministrazione del Personale, i modelli di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativi alla dichiarazione di cause di inconferibilità e incompatibilità.

Codice di Comportamento dei Dipendenti e Collaboratori dell'Azienda USL Ferrara

In data 4 giugno 2013 è stato pubblicato in G.U.R.I. il "Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici" adottato con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, in vigore dal 19 giugno 2013. Il documento di cui trattasi è stato già diffuso tramite mailing list (utenti posta) a tutto il personale dell'Azienda USL Ferrara in data 30/09/2013 ed è stato pubblicato sul sito istituzionale nel portale "Amministrazione Trasparente" alla sezione "Disposizioni generali", sotto la sezione "Atti generali" ed è reperibile all'indirizzo <http://intranet.ausi.fe.it/azienda/organizzazione/amministrazione-trasparente/codicecomportamento.pdf>

La proposta del "Codice aziendale" è stata inviata via email a diversi Stakeholders condividendoli con l'Azienda Ospedaliera di Ferrara.

Partecipazione ad incontri in AVEC ed in Regione Emilia Romagna e Organizzazione di Corsi di formazione

L'Azienda Usl di Ferrara ha partecipato alle riunioni ed agli incontri in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione svolti in Area Vasta Emilia Centro ed in Regione Emilia Romagna. Inoltre, al fine di approfondire e portare all'attenzione degli Stakeholders interni materie quali la trasparenza e la prevenzione della corruzione che presuppongono notevoli sforzi organizzativi da parte delle Strutture aziendali sono stati organizzati diversi corsi di formazione e uno "Workshop interaziendale sulla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione".

I Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed Integrità delle Aziende sanitarie ferraresi hanno attivato un forte coordinamento sulle materie citate per omogeneizzare modalità comuni di pubblicazione nei rispettivi siti istituzionali e che, anche in sede AVEC, è stato attivato un Tavolo di confronto sulla materie in argomento.

L'Azienda ha predisposto le bozze del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2014-2016 ed il Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità

2014-2016 che saranno inviati in visione ai Direttori aziendali per garantire la massima condivisione dei documenti di cui trattasi al fine di consentire alla Direzione Strategica aziendale di provvedere alla loro adozione entro la data prefissata dal legislatore (31/1/2014).

L'Azienda Usl di Ferrara ha avuto la positiva certificazione dell'Organo di Valutazione interna entro il 30 Settembre e risulta essere nella prima posizione della graduatoria elaborata dalla "Bussola della Trasparenza" che è lo strumento del Dipartimento di Funzione Pubblica che consente alle PPAA e ai cittadini di utilizzare strumenti per l'analisi ed il monitoraggio dei siti web.

Nel dicembre 2013 inoltre l'Azienda USL Ferrara è stata invitata alla giornata della trasparenza della Regione Umbria poiché considerata quale "Ente virtuoso in materia" ed ha partecipato ad un confronto pubblico con altri Enti considerati particolarmente competenti quali la Provincia di Livorno ed il Comune di Ascoli Piceno: un riconoscimento che l'Ente ha considerato particolarmente prestigioso proprio perché proveniente da una Regione che ha saputo fare della trasparenza un obiettivo prioritario delle proprie azioni.

Un'amministrazione accessibile e trasparente potrà certamente contribuire a far crescere la fiducia dei cittadini quale elemento indispensabile per il maggiore coinvolgimento della società civile: allo stesso tempo però non è possibile non sottolineare come i problemi organizzativi e le difficoltà di attuazione di materie così delicate e complesse quali la trasparenza e la prevenzione della corruzione siano inevitabili nelle fasi iniziali di ogni processo di cambiamento epocale della pubblica amministrazione.

E' opportuno evidenziare che i primi passi di questo processo di attuazione rappresentano certamente il punto di partenza che l'Ente ha affrontato per assicurare il percorso di adeguamento ai principi della legge, con l'obiettivo della piena e completa applicazione della normativa: si tratta però indubbiamente di un processo dinamico che, alla luce dell'esperienza maturata in questa prima fase di avvio e delle inevitabili difficoltà, va orientato nella direzione del miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione pubblica.

La sfida che l'Azienda USL Ferrara ha saputo cogliere in questo primo anno di applicazione si è trasfusa dunque in un risultato indubbiamente positivo (anche grazie alle attestazioni esterne ricevute): per il futuro si renderà necessario consolidare i positivi risultati ottenuti con il pieno ed attivo coinvolgimento di tutti coloro (Dirigenti, Dipendenti, Collaboratori ecc.) che a diverso titolo contribuiranno all'aggiornamento dei dati e delle informazioni, al miglioramento dei processi ed all'applicazione delle norme e delle regole previste dal legislatore.

4.14 Formazione

Il Piano Pluriennale della Formazione - Triennio 2013/2015

Nel 2013 è stato avviato il Piano Pluriennale della Formazione, documento di pianificazione elaborato ogni triennio dall'Ufficio Formazione e approvato dal Collegio di Direzione, che dà evidenza delle linee strategiche aziendali/dipartimentali e degli obiettivi formativi di respiro pluriennale, nel quadro della programmazione strategica triennale e degli obiettivi regionali di riferimento.

Le aree strategiche definite sono:

- ***L'appropriatezza*** - rivisitazione dei processi clinico-assistenziali; valutazione dell'appropriatezza dei processi diagnostico-terapeutici; utilizzo degli strumenti dell'audit clinico e delle linee-guida per la valutazione dell'efficacia e di esito.
- ***La cultura e la pratica del miglioramento continuo della qualità*** - supporto dei percorsi di Accreditamento Istituzionale e Certificazione ISO; omogeneizzazione dei processi; sviluppo degli audit interni per la qualità; implementazione degli standard di prodotto; utilizzo degli strumenti per lo sviluppo delle azioni di miglioramento.
- ***La gestione del rischio clinico e del controllo delle infezioni sanitarie*** - azioni mirate alla diffusione della cultura della sicurezza delle cure e a garantire il corretto utilizzo degli strumenti per la gestione del rischio clinico, in correlazione con lo sviluppo dell'appropriatezza e della qualità.
- ***L'integrazione organizzativa e professionale*** - azioni volte a favorire e sostenere la collaborazione e l'integrazione professionale ed organizzativa, all'interno dell'Azienda, a livello interaziendale e di Area Vasta; promozione di percorsi formativi interaziendali ed interistituzionali.
- ***I Percorsi Diagnostico-Terapeutici*** - diffusione di principi, strumenti e procedure finalizzati a favorire le buone pratiche professionali, in particolare linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, percorsi assistenziali; promozione di percorsi integrati in un'ottica interaziendale e di Area Vasta.
- ***La relazione con l'utenza e l'umanizzazione delle cure*** - azioni finalizzate a sviluppare le competenze relazionali dei professionisti nel rapporto con l'utente e la famiglia, l'umanizzazione dei luoghi, dei processi e delle relazioni di cura, in un'ottica di centralità del cittadino-utente.
- ***Le competenze di management gestionale*** - azioni mirate al rafforzamento delle competenze manageriali, a garantire una diffusa consapevolezza del ruolo e alla conoscenza e condivisione dei diversi livelli di responsabilità.
- ***La funzione di programmazione e controllo, misurazione e valutazione della performance*** - azioni volte al miglioramento delle capacità di valutazione e verifica dei risultati, in un'ottica anche di valorizzazione delle risorse umane e sviluppo delle responsabilità e autonomia professionale.
- ***Le competenze di comunicazione efficace*** - azioni mirate allo sviluppo delle capacità comunicative e relazionali nei contesti organizzativi ed al miglioramento della comunicazione interna.
- ***La motivazione dei professionisti*** - azioni volte a rafforzare il coinvolgimento, il senso di appartenenza e il benessere del personale.
- ***I processi di innovazione e ricerca.*** - azioni volte a favorire l'implementazione delle innovazioni tecnico-scientifiche ed organizzativo-gestionali; rafforzamento delle capacità di sviluppo di progetti di ricerca, anche finalizzati all'accesso a finanziamenti istituzionali.
- ***La funzione didattica e tutoriale*** - valorizzazione del ruolo di docente, tutor didattico e clinico, nelle sue varie forme relative ai corsi e ai master per le

professionisti, alle scuole di specializzazione medica, alla formazione continua degli operatori e dei MMG.

Le tematiche trasversali individuate sono:

- **Formazione sulla sicurezza prevista dal Decreto Legislativo 81/08**
- **Risk Management**
- **Emergenza sanitaria (BLSD, PBLSD)**
- **Equità e pari opportunità**
- **Prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza sulle donne e minori**

Il Piano Annuale della Formazione

Il Collegio di Direzione, nella seduta del 14 settembre 2012, ha avviato il processo di Pianificazione della Formazione per l'anno 2013 con l'approvazione del Documento di indirizzo del Piano Pluriennale della Formazione relativo al periodo 2013-2015, elaborato dalla Commissione Formazione/Comitato Scientifico ECM.

Il Piano della Formazione rappresenta per i Dipartimenti uno strumento di fondamentale valenza programmatica ed operativa, sintesi di una diffusa e condivisa analisi dei bisogni in ambito organizzativo e professionale, rappresenta inoltre uno strumento per il raggiungimento dei propri obiettivi e per la risoluzione delle criticità rilevate con i diversi sistemi di monitoraggio, quali: i report URP, i report sulle Non Conformità rilevati attraverso gli audit interni, l'Incident Reporting, gli scostamenti rispetto agli standard programmati, la valutazione delle competenze e delle prestazioni dei professionisti.

Nell'elaborazione del Piano Aziendale della Formazione, è stata presidiata:

- la coerenza con gli obiettivi formativi definiti a livello nazionale e regionale, riconducibili alle attività sanitarie e socio-sanitarie collegate ai Livelli Essenziali di Assistenza e finalizzati a garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza ai servizi prestati;
- la coerenza con gli obiettivi aziendali, il rispetto dei requisiti previsti dal Sistema ECM, l'efficacia complessiva dell'attività formativa aziendale, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse destinate alla formazione;
- la coerenza con i bisogni formativi rilevati, la partecipazione di tutti i profili alle attività formative e l'acquisizione dei crediti ECM al personale sanitario, la realizzazione di percorsi formativi efficaci in termini di realizzazione degli obiettivi e di acquisizione di competenze.

A tal fine, sono state promosse diverse azioni finalizzate al miglioramento del sistema di governo della formazione, con particolare riferimento a:

- sviluppo della Rete Aziendale della Formazione (Responsabili e Referenti Dipartimentali, Referenti Amministrativi, Responsabili dei Corsi), in modo da renderla in grado, all'interno delle attività che rientrano nelle proprie specifiche funzioni, di attivare e governare i relativi processi in autonomia, utilizzando in queste fasi l'Ufficio Formazione più come consulente che come responsabile del processo;
- miglioramento della qualità delle iniziative formative interne, rafforzando l'efficacia della progettazione finalizzata all'erogazione di attività formative sempre maggiormente ritagliata sui bisogni formativi rilevati e sugli obiettivi definiti;
- valorizzazione delle risorse interne all'Azienda in termini di docenza e rafforzamento delle competenze metodologiche.

Il Budget

Nel 2013 è stata confermata la somma resa disponibile per l'anno 2012, pari a € 200.000,00, ai quali è stato aggiunto il budget di € 40.000 destinato alla formazione continua dei Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale e Pediatri di

Libera Scelta. Sono state previste, inoltre, diverse iniziative finanziate con specifici Fondi Vincolati.

Per far fronte alla necessità di rendere compatibile il finanziamento assegnato con il fabbisogno formativo dei professionisti e con i crediti ECM da garantire al personale sanitario, è stato ulteriormente rafforzato l'utilizzo della formazione sul campo ed il ricorso alla docenza interna.

La realizzazione del Piano Formativo 2013

Analisi dei dati di realizzazione dei corsi

I corsi realizzati nel 2013, tutti interni, sono stati 326 su 397 corsi programmati, vale a dire l'82% dei corsi previsti. Il costante miglioramento della percentuale di realizzazione dei corsi pianificati è la conseguenza della crescita e dello sviluppo della Rete Aziendale della Formazione e dell'impegno dei Dipartimenti nel sostenere la formazione del proprio personale.

La partecipazione ai corsi

I partecipanti ai corsi interni sono stati complessivamente 15.044, ovvero 2.981 in più rispetto al 2012.

	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
Partecipanti ai corsi interni	10.803	12.155	12.784	13.259	11.241	12.063	15.044

I dati ECM

Gli eventi accreditati sono stati 313 ovvero il 96% dei corsi realizzati in Azienda, in aumento rispetto all'anno precedente. Le edizioni accreditate sono state 799, 80 in più rispetto al 2012.

Nell'ambito della Formazione sul Campo (FSC) sono state realizzate 97 edizioni, con un numero di partecipanti ancora superiore all'anno 2012, anno di maggiore sviluppo della FSC.

L'offerta aziendale ha garantito ai professionisti una copertura dell'obbligo di acquisizione dei crediti formativi superiore al 90%. Tutti i dipendenti appartenenti ai profili sanitari sono stati coinvolti nella pianificazione delle iniziative formative, assieme al personale convenzionato: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici Specialisti Ambulatoriali e Medici di Continuità Assistenziale.

La valutazione e la verifica della qualità e dell'efficacia della formazione

Per la valutazione e la verifica dell'efficacia e della qualità delle iniziative formative realizzate, sono elaborati i dati rilevati nei questionari di gradimento compilati dai partecipanti e le valutazioni dei Responsabili dei corsi.

Il giudizio sulle iniziative formative

I pareri espressi dai responsabili dei corsi, anche per il 2013, sono altamente positivi. Queste valutazioni, inoltre, risultano coerenti con l'opinione espressa dai partecipanti ai corsi e rafforzano pertanto il giudizio globale estremamente positivo sulle attività formative realizzate.

Si conferma un quadro complessivo più che positivo del giudizio sui corsi, relativamente al gradimento delle iniziative formative, al raggiungimento degli obiettivi ed al gradimento della docenza espresso dai partecipanti.

La valutazione dei docenti

I dati di gradimento e di valutazione dei docenti, espressi sia dai partecipanti che dal Responsabile del corso, confermano il buon livello di professionalità e di preparazione dei docenti, garanzia di una buona qualità della formazione realizzata in azienda.

Tutti i docenti, infatti, hanno ottenuto una percentuale complessiva di gradimento superiore alla soglia minima del 70% e sono stati inseriti nell'Elenco dei Docenti Qualificati.