

PIANO PROGRAMMATICO 2013 E OBIETTIVI REGIONALI: AREE DI INTERVENTO

(Come da linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2013 del 17 Dicembre 2012).

Il Quadro Economico e la Sostenibilità del Sistema dei Servizi Sanitari e Sociali Integrati

1- Il Quadro Economico

- Le ricadute delle manovre di Governo
- La Legge Finanziaria Regionale per il 2013
- Le risorse a disposizione del SSR
- Il finanziamento delle Aziende.

2- Il Governo Delle Risorse

- Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle Aziende Sanitarie
- Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio
- La programmazione pluriennale
- Assicurazioni
- Fondo Regionale per la Non Autosufficienza
- Il governo delle risorse umane
- Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi
- Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica
- Revisione del sistema tariffario
- Azioni per la sostenibilità nelle cure primarie
- Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico
- Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale
- Azioni di razionalizzazione in ambito ICT
- Obiettivi dell'assistenza Ospedaliera.

Obiettivi Salute e Azioni di Garanzia dei LEA 2012 *(Suscettibili di possibili variazioni a seguito di indicazioni regionali)*.

1- Dignità della Persona

- Qualità della comunicazione nella relazione di cura
- Consolidare i processi di cure palliative e di terapia del dolore
- Garantire l'ascolto, l'accoglienza, il supporto diagnostico e la presa in carico delle persone vittime di maltrattamento e abuso
- Garantire il diritto alla salute delle persone detenute.

2- Accessibilità, Qualità, Sicurezza, Continuità delle Cure

- Le politiche per la sicurezza delle cure ed il risarcimento dei danni
- Sviluppo dei processi di cura territoriali
- I percorsi per la presa in carico
- Erogazione prestazioni specialistiche ambulatoriali appropriate, in tempi adeguati e con percorsi chiari e definiti
- Assistenza alla gravidanza
- Riduzione del taglio cesareo
- Assistenza neonatale
- Assistenza protesica
- Assistenza farmaceutica
- Attività di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera
- Indirizzi per il riordino delle funzioni chirurgiche
- Sistema delle cure in ortopedia

- Miglioramento dei processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa
- Programma stroke care
- Programma epilessia
- Rete e percorsi oncologici
- Rete e percorsi cardiologici
- Sistema delle cure in area critica
- Rete malattie rare
- Donazione e trapianto di organi e tessuti
- Piano Sangue Regionale
- Pronto soccorso
- Garanzie per l'accesso e la continuità assistenziale per bambini e ragazzi con disabilità neuropsico-motorie e per le persone con sofferenza psichica o dipendenze patologiche
- Valutazione multidimensionale socio-sanitaria per la presa in carico integrata di anziani con patologie psichiatriche e minori con patologie psichiatriche o disabilità
- Accreditamento dei servizi sociosanitari
- Continuità e presidio processi di cura, prevenzione e sostegno per adolescenti e giovani.

3- Valorizzazione delle Competenze ed Empowerment degli Operatori

- Integrazione multi professionale nei processi di cura
- Sviluppo dei processi di accreditamento e delle attività di audit nelle cure socio-sanitarie integrate
- Sviluppo delle abilità di comunicazione e counselling dei professionisti nell'ambito del percorso Nascita.

4- Promozione della Salute, Prevenzione delle Malattie e del Disagio

- Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili
- Sicurezza alimentare, nutrizionale e sanità pubblica veterinaria
- Promozione della salute, stili di vita salutari, nonché prescrizione dell'attività fisica a persone con fragilità o malattie
- Promuovere il benessere nella terza età
- Programma di screening oncologici
- Promozione della salute e prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro
- Funzione di sorveglianza epidemiologica e sviluppo del sistema informativo dei Dipartimenti di sanità pubblica.

5- Sviluppo delle Funzioni ed Attività di Ricerca ed Innovazione nelle Aziende Sanitarie

- Le politiche per la ricerca ed innovazione
- Le infrastrutture aziendali a sostegno della ricerca e del governo dell'innovazione
- La tracciabilità dell'attività di ricerca
- L'innovazione tecnologica
- Le innovazioni clinico-organizzative
- La formazione.

LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2013

In continuità anche con le precedenti considerazioni si riportano in maniera sintetica gli aspetti relativi alle Linee di Programmazione e finanziamento della Aziende sanitarie per il 2013.

Il quadro economico risente delle ricadute relative alle manovre del governo.

La manovra economica del luglio 2011 (D.L. n. 98/2011 convertito nella Legge n. 111/2011) ha definito il livello di finanziamento del triennio 2012-2014.

La c.d. Spending Review (D.L. n. 95/2012 convertito nella Legge n. 135/2012) ha ridotto il precedente livello di finanziamento, rideterminandolo per il triennio 2012-2014.

La Legge di stabilità 2013 è intervenuta nuovamente sul livello di finanziamento disponendo restrizioni aggiuntive sulla spesa.

Le linee di indirizzo per il 2013 confermano che nonostante i tagli, che hanno interessato il livello regionale, determinando una consistente riduzione delle risorse disponibili, anche per il 2013 verrà sostenuto il sistema del Welfare.

La programmazione economica pluriennale deve essere formulata in un quadro di grande incertezza sulla disponibilità delle risorse destinate al finanziamento del S.S.N. per gli anni 2014 e 2015, condizionata:

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

Nonostante il perdurare del mancato finanziamento del **Fondo Nazionale della Non Autosufficienza**, anche nel 2013 la Regione ha integrato il Fondo Regionale della Non Autosufficienza per compensare, almeno parzialmente, il mancato finanziamento nazionale. Grazie a tale impegno nel 2013 saranno assegnate complessivamente risorse per 430,6 milioni.

Rispetto al **governo delle risorse umane**, le linee di indirizzo regionali, sempre in riferimento all'attuale contesto economico-finanziario, raccomanda una gestione rigorosa ed oculata degli organici volta a garantire il contenimento del turnover ed a limitare nuove assunzioni.

Le indicazioni prevedono, tra l'altro, di migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo.

Le integrazioni dovranno essere perseguite o su scala di Area Vasta o su scala provinciale, si dovrà 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.

In tema di **governo dei processi di acquisto dei beni e servizi**, nel 2013 è ancora più pressante l'impegno ad ottimizzare tutti gli strumenti che possono condurre a risultati vantaggiosi in termini di costo/qualità e ad un recupero di risorse, complessivamente intese, nei processi d'acquisto dei beni e servizi necessari alle Aziende Sanitarie.

Le Aziende dovranno estendere le unioni d'acquisto con l'obiettivo di raggiungere entro il 2014 una percentuale di procedure di approvvigionamento in autonomia non superiore al 15% del totale dei beni e dei servizi acquisiti mediante procedura di gara.

Nel corso del 2013 tutte le Aziende saranno impegnate nella rideterminazione dei contratti di fornitura perseguendo gli obiettivi di riduzione della spesa previsti dalla Legge 135/2012 e dal ddl di stabilità per il 2013, tramite una rinegoziazione dei prezzi e/o, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA, rivedendo in riduzione i volumi dei beni e dei servizi acquisiti o le modalità di erogazione degli stessi.

Rispetto alle **Politiche del farmaco e governo della spesa farmaceutica**, nel 2012 la spesa per assistenza farmaceutica convenzionata nella Regione Emilia-Romagna è stata di circa 600 milioni, con un decremento del 10% sull'anno precedente.

Il significativo contenimento è avvenuto soprattutto a seguito delle scadenze di brevetto intervenute nel corso dell'anno, tale circostanza si verificherà nel 2013 in modo più contenuto, pertanto per il 2013 si stima una spesa sostanzialmente sul livello del 2012.

La spesa per erogazione diretta fascia A è stata di circa 230 milioni.

La spesa farmaceutica ospedaliera 2012, comprensiva dei farmaci H erogati direttamente, è stata di circa 414 milioni con un incremento del 3%. Ancorché per il 2013 si preveda l'immissione in commercio di nuovi farmaci ad elevato costo, in considerazione dei limiti economici imposti dal finanziamento del SSR, la spesa per acquisti ospedalieri non dovrà incrementare oltre il 6%.

Per il 2013 rispetto all'Assistenza farmaceutica ospedaliera l'attenzione è rivolta a:

- Appropriatelyzza d'uso di farmaci specialistici da parte di Centri autorizzati e monitoraggio
- Uso razionale e sicuro dei farmaci
- Rete delle farmacie oncologiche
- Centralizzazione dei magazzini farmaceutici ed economici.

OBIETTIVI RIGUARDANTI I FARMACI ANTIBIOTICI

1) Il consumo di antibiotici sistemici in ospedale è in aumento se si considera l'intero ambito regionale mentre sono stati osservati trend in riduzione in alcune aziende. In base ai dati disponibili, l'uso degli antibiotici in ospedale risulta in molti casi inappropriato in termini di indicazione, dosaggio e modalità di somministrazione. L'uso inappropriato degli antibiotici è, a sua volta, un fattore promuovente la diffusione, tra i batteri, di resistenze agli antibiotici. L'obiettivo è quindi di migliorare l'appropriatezza prescrittiva di questa classe di farmaci nelle singole aziende; tale miglioramento avrebbe, tra gli altri, il risultato di ridurre il consumo complessivo di antibiotici sistemici.

Indicatore: Riduzione del tasso di consumo di antibiotici sistemici (classe ATC J01) in ospedale rispetto agli anni precedenti. Il tasso di consumo viene calcolato come DDD (dose definita giornaliera) per 100 giornate di degenza ordinaria.

2) Il consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale è stato in progressivo aumento fino al 2009. Nei due anni successivi si è osservata una inversione di tendenza, caratterizzata da trend variabili in base all'azienda, alla classe di antibiotici e ai gruppi di età considerati. Cionondimeno, il consumo di antibiotici sistemici appare in Emilia-Romagna, come nella maggior parte delle regioni italiane, significativamente superiore a quello osservato in altri contesti (es. paesi nordeuropei). Ciò è dovuto ad un uso in parte inappropriato di questi farmaci in Emilia-Romagna. Tra i motivi frequenti di utilizzo inappropriato di antibiotici nell'adulto vi è il trattamento delle batteriurie asintomatiche (per le quali non è di routine necessario alcun trattamento antibiotico) o delle infezioni non complicate delle vie urinarie con fluorochinoloni. Per questo tipo di infezioni sono state messe a punto dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e pubblicate nel 2010 specifiche linee guida.

I Responsabili dei Dipartimenti delle cure primarie hanno il compito di stimolare e di contribuire alla diffusione e implementazione delle linee guida regionali sul trattamento delle infezioni delle vie urinarie favorendo un confronto con gli specialisti ospedalieri o ambulatoriali. Queste attività consentirebbero una riduzione dell'uso inappropriato degli antibiotici e, in particolare, dei fluorochinoloni.

Indicatore: Riduzione del tasso di consumo di fluorochinoloni (classe ATC J01MA) in ambito territoriale rispetto agli anni precedenti. Il tasso di consumo viene calcolato come DDD (dose definita giornaliera) per 1000 abitanti-die.

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

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

GOVERNO DEI DISPOSITIVI MEDICI (DM)

La rete regionale delle Commissioni Aziendali DM, coordinata dalla Commissione Regionale DM dovrà monitorare i consumi e la spesa dei DM innovativi e di costo elevato, migliorare l'appropriatezza d'uso e sviluppare la vigilanza. Presso le Aziende sanitarie devono essere aggiornati i Repertori locali con le anagrafiche di tutti i prodotti complete delle informazioni relative alla Classificazione nazionale Dispositivi Medici (CND) e al codice attribuito ai dispositivi dalla Banca dati/Repertorio Nazionale del Ministero della Salute, laddove previsto. I documenti di indirizzo elaborati a livello regionale dovranno essere recepiti dalle Commissioni aziendali e implementati presso le strutture assistenziali del territorio di competenza; le attività svolte a livello periferico saranno oggetto di periodiche relazioni strutturate secondo le modalità definite ed inviate alla Commissione regionale. Le Aziende dovranno garantire completezza e qualità agli specifici flussi relativi alla rilevazione dei consumi e dei contratti per l'acquisizione dei dispositivi medici, flussi come implementati a livello regionale. Per prodotti di bassa complessità tecnologica e di largo consumo, nell'ambito delle singole Commissioni aziendali si dovrà procedere alla revisione dell'utilizzo, al fine di garantire un uso ottimale; dalla messa in atto degli strumenti citati per i dispositivi sotto indicati è atteso, per ogni categoria, un risparmio economico del 10-20%.

Guanti monouso non chirurgici (CND T0102): valutare le tipologie adottate e verificare l'uso di prodotti sterili rispetto a quelli non sterili; Medicazioni avanzate per il trattamento di ferite, piaghe ulcere acute e croniche (CND M0404): adottare il documento della Commissione regionale; Terapia a pressione negativa di ulcere e ferite: procedere ad acquisti almeno di Area Vasta, applicare le linee di indirizzo della Commissione regionale e procedere ad audit locali per la verifica degli esiti dei trattamenti; Suture meccaniche (CND H02) sia per la chirurgia aperta che per video chirurgia: stilare procedure per la razionalizzazione dell'uso.

Per i raggruppamenti di cui sopra si dovrà procedere a definire criteri condivisi, nell'ambito delle Aree vaste, per le fasi di acquisizione e per l'uso.

Le Aziende dovranno attivare un registro dei dispositivi medici ricevuti come campioni gratuiti.

La **Revisione del sistema tariffario** per la remunerazione dell'attività di assistenza ospedaliera, comporta per le Aziende sanitarie, in attesa delle indicazioni regionali, modifiche nella valorizzazione degli scambi tra le Aziende sanitarie; la nuova matrice di mobilità infraregionale sarà oggetto di valutazione al fine di evitare che si generino squilibri di bilancio per il solo effetto del nuovo di regime tariffario.

Le **Azioni per la sostenibilità nelle cure primarie** dovranno essere orientate ad un significativo miglioramento dell'appropriatezza clinico-organizzativa.

Sono considerati gli aspetti relativi:

- Assistenza Specialistica ambulatoriale, con Valutazione della produzione e revisione dei contratti di fornitura e Azioni di qualificazione e promozione dell'appropriatezza.
- Medicina generale, Pediatria di libera scelta, Continuità assistenziale, Specialisti ambulatoriali, con Revisione del sistema incentivante, Revisione organizzativa dei punti di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) e Accordi locali.

Le Aziende USL sono inoltre tenute a sospendere, dal 1° gennaio 2013, sia per i MMG che per i PLS:

- il riconoscimento economico di qualsiasi nuova forma associativa
- il riconoscimento economico di nuovi collaboratori di studio e collaboratori infermieristici.

Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico prevedono interventi relativi al Piano di investimenti, Gestione del Patrimonio immobiliare e tecnologico, nonché

azioni nelle politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale e di razionalizzazione in ambito ICT.

Obiettivi dell'Assistenza Ospedaliera

1. **Centrali Operative – 118 con partecipazione al gruppo di progetto** sulla concentrazione delle centrali 118 a Bologna per Bologna, Modena e Ferrara, e nella realizzazione della centralizzazione effettiva entro la fine del 2013.
2. **Centralizzazione emergenze con revisione dei criteri** di centralizzazione dell'emergenza territoriale relativamente all'emergenza chirurgica ed ortopedica (non politrauma per il quale si ribadiscono i criteri di centralizzazione già richiamati negli obiettivi delle passate programmazioni) centralizzandola il più possibile a livello delle attuali province, e sfruttando le conseguenti opportunità di revisione degli assetti di guardia delle relative discipline.
3. **Servizi intermedi, con revisione dell'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), secondo quanto previsto nel Piano Sangue e Plasma in via di approvazione.
4. **Accordo di Alta Specialità, esercitare** attivamente la committenza nei confronti delle strutture private aderenti all'accordo di Alta Specialità in via di stipula, secondo le linee definite nel corso della trattativa e che prevedono che una quota del valore economico complessivo stimato sia sottoposta a contrattazione locale e di area vasta in relazione all'effettivo fabbisogno di prestazioni localmente determinato.
5. **Accordi di fornitura tra le Aziende pubbliche, in considerazione che il sistema** degli accordi di fornitura, previsto dal D.Lgs. 502/1992 e segg. costituisce lo strumento normativamente previsto per orientare la produzione dei fornitori alle esigenze sanitarie la cui determinazione in forma di committenza è responsabilità delle Aziende Sanitarie. Per tali accordi possono essere utilizzate le linee guida proposte lo scorso anno dalle Aziende ospedaliere, ovvero convenire di adottare altre modalità di regolazione, controllo e compensazione derivanti dalla negoziazione. In caso di mancato accordo, il riconoscimento della produzione non potrà superare il valore economico dell'anno 2011, ad eccezione delle prestazioni di alta specialità e di bassa diffusione, per le quali non c'è evidentemente tetto economico.
6. **Day-hospital, revisione della** dotazione dei posti letto di day hospital medico procedendo alla loro disattivazione qualora in essi non si svolgano processi assistenziali che richiedano irrinunciabilmente la condizione di ricovero (cosa che si assume per i day-hospital oncologici e di riabilitazione).
7. **Riconfigurazione del processo assistenziale ospedaliero**
In continuità con gli obiettivi posti negli ultimi anni, sulla base dell'analisi della funzione di lungodegenza, dei dati disponibili sull'uso dei posti letto per acuti da parte di pazienti cronici polipatologici, le aziende possono procedere alla riconversione in strutture intermedie di stabilimenti ospedalieri con service mix non complesso, qualora tale riconversione sia coerente con la programmazione.
Tali strutture, come si evidenzia nella letteratura internazionale:
 - sono destinate a persone che, altrimenti, sarebbero state ospedalizzate in modo inappropriato e prolungato in un setting per acuti, nell'assistenza residenziale a lungo termine o in assistenza continua fornita dal SSR;

- la decisione di ammissione è assunta sulla base di una valutazione individuale che dà luogo a un piano assistenziale che integra terapia e riabilitazione;
- la permanenza è fornita per una durata limitata, di sei settimane al più, e frequentemente da una a due settimane.

In queste strutture l'assistenza è prevalentemente infermieristica, sono integrate dal punto di vista del disegno organizzativo nel dipartimento delle Cure Primarie, e hanno uno stretto collegamento con i Nuclei delle Cure Primarie e vie facilitate di accesso alla diagnostica per immagini e di laboratorio, potendo anche costituire, qualora opportuno, la sede di Casa della Salute ospitando anche specialistica autonomamente organizzata ovvero utilizzando risorse professionali ospedaliere.

LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALE 2013

I principi che definiscono la vision aziendale sono riferiti a:

- **SICUREZZA:** messa in sicurezza dei pazienti e degli operatori costituisce il cardine attorno al quale la Direzione sviluppa le strategie per il prossimo triennio
- **COMPLETEZZA** dei percorsi diagnostico-terapeutici a garanzia della sicurezza, della centralità del paziente e della sua vera presa in carico nel servizio sanitario pubblico
- **SOSTENIBILITA'** nelle sue diverse accezioni: politica, a salvaguardia del sistema sanitario pubblico, in questo periodo storico di "inusitata durezza"; professionale, ovvero giustificato ed accettabile, ed infine economica, a garanzia della realizzabilità e fattibilità dei progetti.

Proposta di Strategia Aziendale per il 2013

Deve contemplare misure immediate, equamente distribuite su tutti i Dipartimenti/Distretti, capaci di produrre risultati tangibili già dal 2013 e misure di riorganizzazione finalizzate al miglioramento della qualità e della sostenibilità economica complessiva.

Il divario di 26 milioni di euro determina la necessità di elaborare un piano di rientro triennale; stante l'obbligo di assicurare il recupero dei costi secondo le linee sopra descritte, l'Azienda deve necessariamente predisporre azioni che per il 2013 potrebbero consistere in:

- Beni di consumo, presidi (per realizzare i volumi previsti a livello nazionale, è necessario incidere sui livelli di produzione oltre che sui prezzi)
- Farmaci in mobilità
- Farmaceutica convenzionata
- Revisione accordo di Fornitura con Azienda Ospedaliera
- Revisioni, Accordi locali, Convenzioni nazionali
- Riorganizzazioni Dipartimenti Interaziendali.

Le Diretrici della Programmazione Aziendale 2013:

1. Area ospedaliera
2. Area Territoriale
3. Accordi di fornitura
4. Area tecnico-amministrativa.

1. **Area Ospedaliera.**

Per il momento accantonamento revisione Posti Letto, in attesa delle indicazioni regionali. Riclassificazione regionale al netto della Spending review (fascia a, b, c).

AREA CARDIOLOGICA

- Superamento Attività Interventistica Complessa (angiografica e aritmologica)
- Integrazione Attività Intensivistica (terapia intensiva – Utic)
- Integrazione Ospedale Territorio (ambulatoriale e diagnostica unica equipe osp./distrettuale).

AREA CHIRURGICA

Ospedale per Intensità Di Cura (Osp. riorganizzato per aree di degenza, multispecialistiche ch/uro/orto, graduate rispetto all'intensità di cura).

AREA MEDICA, LD, RIABILITATIVA

Integrazione e Sviluppo di Area di Degenza Integrate (equipes integrate).

AREA MATERNO INFANTILE

Pronto Soccorso Pediatrico Hub Provinciale (guardia attiva h24 osp. Cona).

AREA DELL'EMERGENZA

Superamento PPS (Copparo, Bondeno, Comacchio)
Progressivo Sviluppo Automediche
Accorpamento Centrali 118 (Centrale unica di AVEC a Bologna. province Bo, Fe, Mo).

AREA LABORATORISTICA

Laboratorio Unico di AVEC (Hub di Cona e Ospedale Maggiore, Spoke e Poct Osp. Ausl Fe)
Centralizzazione nell'HUB di CONA (Esami tao in ematologia e screening oncologici in Lab.).

AREA DI RADIODIAGNOSTICA

Centrale Unica Provinciale di Telerefertazione (Guardia attiva h 24 Ospedale del Delta).

2. Area Territoriale

- RINEGOZIAZIONE REGIONALE DEGLI ACCORDI LOCALI DEI MMG (riduzione dei compensi aggiuntivi)
- RINEGOZIAZIONE BUDGET PRODUZIONE SPECIALISTICA (riduzione dei compensi aggiuntivi)
- RIORDINO DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA (riduzione s.c.; integrazione e accorpamento ambulatori vaccinazioni; servizi e progetti di AVEC). Accorpamento di sedi.
- RIORDINO DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIP.PAT. (riduzione s.c.; contenimento delle spese sociali). Accorpamento di sedi.

3. Accordi Di Fornitura

- RINEGOZIAZIONE SU DISPOSIZIONE REGIONALE DEGLI ACCORDI CON I PRIVATI (riduzione del tetto assegnato e rideterminazione dei volumi di produzione)
- RINEGOZIAZIONE ACCORDO DI FORNITURA AOU (riduzione del tetto assegnato)
- RINEGOZIAZIONE ACCORDO FARMACIE CONVENZIONATE: revisione distribuzione per conto e riorganizzazione Dipartimento.

4. Area Tecnico-Amministrativa

- SVILUPPO SERVIZI INTERAZIENDALI E DI AVEC (accorpamenti e centralizzazioni)
- APPLICAZIONE D.Lgs 118/2011 verso la Certificabilità dei Bilanci
- INFORMATIZZAZIONE E "AGENDA DIGITALE"
- Sviluppare processi di informatizzazione documentale, in ogni ambito di attività amministrativa.
- Realizzazione della "scrivania virtuale".

Azioni Specifiche a livello Distrettuale 2013

Si propone la declinazione delle azioni sopra descritte secondo una lettura per area territoriale ed organizzativa e per ambito di intervento: Distretto, Stabilimento ospedaliero o Struttura sanitaria, progetti aziendali e progetti interaziendale, provinciali o di Area Vasta.

Le azioni sviluppate, legate agli specifici fattori clinico-organizzativi, valutano in primo luogo i nuovi bisogni socio-sanitari, necessariamente articolati per Distretto, caratterizzato da una specifica situazione demografica, epidemiologica e socio-economica, che oggi richiedono di:

- Orientare l'offerta assistenziale verso risposte per la cronicità
- Valorizzare il sistema delle cure primarie
- Organizzare la degenza in regime di ricovero coerente al sistema ospedaliero provinciale
- Attenzione al fabbisogno riabilitativo e nelle situazioni di post-acuzie
- Difficoltà a garantire i tempi di attesa
- Difficoltà a governare la domanda sanitaria
- Superare l'eccessiva parcellizzazione dei punti di erogazione con conseguente frammentazione di risorse

- Sviluppare realmente ed in modo diffuso i percorsi diagnostico terapeutici e di presa in carico.

Si propongono azioni, che mettono al centro il paziente, articolate nelle diverse determinanti:

- Migliorare l'integrazione Ospedale/Territorio
- Razionalizzare i punti di erogazione per un più efficiente utilizzo delle risorse
- Migliorare la qualità e completezza dei servizi offerti:
 - Percorsi diagnostici completi
 - Presa in carico del paziente.

DISTRETTO OVEST

OSPEDALE DI CENTO

- A) Ristrutturazione Presidio Ospedaliero (Piano lavori 2013 - 2014)
- B) Progettazione PS nuovo
- C) Riorganizzazione attività:
 - Superamento Cardiologia interventistica. Mantenimento impianto Pace-Maker. Integrazione con il territorio.
 - Potenziamento Area Medica integrata con lungodegenza
 - Area Chirurgica unica organizzata per intensità di cura
 - Revisione attività urologica in ottica provinciale
 - Unificazione terapia intensiva ed intensiva cardiologica
 - Mantenimento funzione ginecologica – ostetrica con servizio pediatrico. Punto nascita di primo livello
 - Riorganizzazione Laboratorio Analisi secondo il progetto provinciale e di Area Vasta (Poct di notte)
 - Istituzione di guardia radiologica provinciale unica notturna e festiva unica al Delta. (Telerefertazione)
 - Potenziamento endoscopia digestiva
 - Proposta di progetto di riorganizzazione 118 secondo progetto provinciale con sostituzione ambulanze medicalizzate con auto medica. Chiusura definitiva PPS Bondeno
 - Trasferimento all'Ospedale di Cento da ex Ospedale S. Anna di oculistica.

SERVIZI TERRITORIALI

- A) Progetto Casa della salute Bondeno
- B) Completamento riorganizzazione attività specialistica secondo progetto 2012 (Com. CTSS 27/2/2012)
- C) Ricollocazione attività amministrative/sanitarie dopo trasferimento post-terremoto e ristrutturazione Ospedale di Cento
- D) Completamento progetto di integrazione tra DSP e Salute Infanzia per vaccinazioni ed educazione sanitaria
- E) Progetto di integrazione operativa tra Dipartimento Cure Primarie e SMRIA per problematiche infantili (Logopedia – Fisiatria , etc..) in ottica provinciale
- F) Progetto di razionalizzazione operativa in ottica provinciale del DSM – SERT (ambulatori – ricoveri in strutture, etc..)
- G) Riorganizzazione Cure Primarie, revisione delle progettualità dei m.m.g. e p.ls (specialistica convenzionata, medicina in rete, spesa farmaceutica, diabete, etc,) anche secondo indicazioni regionali. Revisione offerta Salute Donna, Infanzia, Anziani, etc.

DISTRETTO SUD - EST

OSPEDALE DEL DELTA

- A) Ristrutturazione Pronto Soccorso con potenziamento OBI
- B) Unificazione terapia intensiva ed intensiva cardiologica
- C) Riorganizzazione:

- Superamento della Emodinamica. Mantenimento impianto Pace Maker. Integrazione con il territorio
- Mantenimento della U.O. di Pediatria con integrazione con P.S. Pediatrico di Cona
- Mantenimento ginecologia – ostetricia – Punto nascita 1° livello. Ginecologia per interventi maggiori
- Hub aziendale di guardia radiologica nuova risonanza magnetica
- Mantenimento dell'Urologia con revisione organizzativa in un'ottica provinciale
- Progetto potenziamento ed integrazione area internistica
- Area Chirurgica integrata con potenziamento D.S.
- Emergenza urgenza: adeguamento al progetto provinciale con superamento autoambulanza medicalizzata con inserimento automedica
- Laboratorio Analisi: adeguamento al progetto Laboratorio Unico di Area Vasta con accentramento a Cona di screening del colon, specialistici e routine per interni e TAO. Urgenze notturne con POCT dall'1/1/2014.

STRUTTURA SANITARIA S.CAMILLO

- A) Area Internistica post acuzie lungodegenziale unica.
- B) Progetto PPS estivo, ambulanza non medicalizzata; attivazione in zona auto medica
- C) Attivazione di Medicina di Gruppo e Pediatria di gruppo con specialisti ed infermieri nella Casa della Salute
- D) Ricollocazione del Servizio di Sanità Pubblica all'interno del S. Camillo etc..
- E) Presentazione Progetto Ospedale di Comunità.

OSPEDALE ARGENTA

- A) Piano ristrutturazione 2012 - 2013
- B) Riorganizzazione:
 - Consolidamento Area unica di degenza chirurgica (Ortopedia, Chirurgia Generale) per interventi prevalentemente di elezione. Superamento reperibilità notturna chirurgica blocco operatorio
 - Sviluppo plurispecialistico D.S. – Ambulatorio chirurgico (Chirurgia, Ortopedia, Ginecologia, Chirurgia Plastica, etc..) anche in integrazione con Azienda Ospedaliera
 - Integrazione Area Medica Internistica (TAO lungodegenza, territorio, ecc)
 - Progetto di diversa modalità di assistenza post-chirurgica: da DEA a Recovery Room
 - Potenziamento Radiologia con R.M.N.
 - Potenziamento Area Riabilitativa con attivazione D.H. riabilitativo
 - Riorganizzazione Laboratorio come da progetto provinciale e Area vasta con presenza di POCT in orario notturno e festivo
 - Trasferimento Medicina di Gruppo nella palazzina (ex Poliambulatorio) ed attivazione percorso Casa della Salute.

SERVIZI TERRITORIALI

- Completamento programmazione 2012 come da Conferenza 27/2/2012
- Progettazione Casa Salute S. Camillo
- Attivazione riorganizzazione DSP ed integrazione con Salute Infanzia; Medicina Legale; revisione sedi
- Integrazione SMRIA e Salute Infanzia: revisione sedi
- Completamento Casa Salute di Portomaggiore
- Riorganizzazione DSM – Dipendenze Patologiche. Concentrazione di sedi.

DISTRETTO CENTRO NORD

STRUTTURA SANITARIA S. GIUSEPPE DI COPPARO

- A) Ristrutturazione secondo programma 2012-2013
- B) Area degenziale Unica Post Acuzie lungodegenziale a vocazione riabilitativa.
- C) Progetto Ospedale di Comunità a gestione distrettuale

- D) Completamento Casa della Salute con inserimento continuità assistenziale
E) Progetto integrazione servizi territoriali all'interno Casa della salute con superamento sede via Carducci.

- 1) Progetto Casa della Salute S. Anna
- 2) Progetto Casa Salute Pontelagoscuro
- 3) Completamento Riorganizzazione Dipartimento Sanità Pubblica; Salute Infanzia; Medicina Legale; Sedi Medicina Dello Sport
- 4) Completamento Riorganizzazione Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche; Revisione Delle Sedi
- 5) Progetto Riorganizzazione Salute Infanzia ed Handicap Adulto (S. Martino; Tresigallo, etc.)
- 6) Progetto Riorganizzazione Odontoiatria di Via Montebello.

Progetti Aziendali 2013

- 1) FARMACEUTICA
 - Revisione Accordo Farmacie DPC
 - Progetto di revisione del Dipartimento farmaceutico.
- 2) REVISIONE PROGETTI INCENTIVANTI MMG, PLS, SPEC. E CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- 3) PROGETTI INTERAZIENDALI (AMMINISTRATIVI E SANITARI)
 - Ingegneria Clinica
 - Dip. Tecnico
 - Medicina Legale ed Assicurazioni
 - Cardiologico
 - Laboratorio
 - Nefrologia – Dialisi
 - Pediatria – Neonatologia
 - Traumatologia
 - Acquisti
 - Personale
 - Urologia.

Si ricorda che nella formulazione del budget sarà necessario attenersi alle opportunità ed ai vincoli nazionali, regionali ed aziendali, in termini di progettualità e di risorse, sopra illustrati. Tra questi, l'applicazione delle norme del Decreto legislativo 118/2011, il rispetto dei vincoli economici, la diffusione e la condivisione degli obiettivi agli operatori, nonché la sperimentazione del modello di valutazione sulla performance individuale costituiscono linee trasversali declinate per l'intera organizzazione.