

PIAO PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

2025-2027



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Sommario

EXECUTIVE SUMMARY	3
1. PREMESSA.....	9
2. SCHEDA DESCRITTIVA DELL'AZIENDA	13
2.1 CHI SIAMO	13
2.2 COME OPERIAMO	16
2.3 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	20
2.4 I DATI DI ATTIVITA'	28
2.5 I DATI ECONOMICI	30
2.6 IL PERSONALE	34
3. GLI IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE....	37
3.1 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELL'UTENTE	41
3.1.3. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEGLI ESITI	84
3.2 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI.....	87
3.2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLA STRUTTURA E DELL'OFFERTA DELLA PRODUZIONE	87
3.2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI	136
3.2.4 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLE DOTAZIONI DI PERSONALE ...	152
3.2.5 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI E DELLA TRASPARENZA	153
3.3 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO	157
3.3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA	157
3.3.2. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO...	166
3.4 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITÀ... 171	171
3.4.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEGLI INVESTIMENTI	187
3.4.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLA SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE ED ENERGETICA	196
4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE	203
5. INDICATORI DI VALORE PUBBLICO E	206
PERFORMANCE	206

Allegato A) Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027

Allegato B) Piano organizzativo del lavoro agile - POLA 2025-2027

Allegato C) Piano per l'eguaglianza di genere e delle azioni positive 2025-2027

EXECUTIVE SUMMARY

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (**PIAO**), previsto dall'articolo 6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 113 del 6 agosto 2021, è il documento di programmazione triennale integrata, contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione dei risultati aziendali, rendicontati annualmente mediante la Relazione sulla performance.

Nella logica di semplificazione voluta dal Legislatore, il PIAO riunisce i principali atti di programmazione in un documento unico, caratterizzato da una visione unitaria e da un approccio integrato, orientati alla creazione di valore pubblico. Esso assorbe gli atti di pianificazione delle attività previsti dalla normativa precedente relativi a performance, fabbisogni di personale, formazione, lavoro agile, prevenzione della corruzione e trasparenza e quindi ricomprende:

- il Piano della performance;
- il Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza,
- il Piano organizzativo del lavoro agile;
- il Piano delle azioni positive
- il Piano dei fabbisogni del Personale

sviluppendoli in chiave sistemica e tenendo conto delle strategie e della programmazione finanziaria.

Attraverso il PIAO l'IRCCS, da un lato, fornisce un quadro strategico di riferimento chiaro e realmente orientato al medio-lungo periodo definendo le linee strategiche in applicazione di obiettivi fissi e pluriennali e, dall'altro, rinvia la definizione degli obiettivi annuali al sistema di budget che rappresenta lo strumento strutturato per la definizione e il controllo degli obiettivi annuali.

Con l'adozione del PIAO (dei suoi eventuali aggiornamenti periodici), dei documenti attuativi e delle Relazioni annuali, l'Azienda si propone quindi di consolidare un percorso di orientamento ai risultati in linea con il mandato istituzionale, con gli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale annuale, dalle progettualità locali e aziendali, integrati con le azioni di sviluppo delle Linee di Ricerca negli ambiti di riconoscimento ad IRCCS da parte del Ministero della Salute, dotandosi di strumenti idonei a fornire ai portatori di interessi informazioni precise e quantificabili sulle linee strategiche e sugli aspetti rilevanti delle attività svolte e garantendo un miglior livello di semplificazione ed integrazione al sistema di programmazione, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione.

Il PIAO costituisce uno strumento dotato da un lato di rilevante valenza strategica, dall'altro di un forte valore comunicativo, attraverso il

quale l'Azienda comunica alla collettività gli obiettivi e le azioni mediante le quali vengono esercitate le funzioni pubbliche e i risultati che si vogliono ottenere rispetto alle esigenze di valore pubblico da soddisfare che, come detto, trova evidenza a consuntivo nella relazione sulla performance.

In linea con quanto specificato nelle "Linee guida per la predisposizione del PIAO nelle Aziende ed Enti del SSR" adottate con DGR n.990 del 19/06/2023, come confermate dalla DGR n. 973 del 23/6/2025, il PIAO dell'IRCCS è quindi un documento:

- *fortemente correlato con gli obiettivi strategici e di mandato* assegnati dalla Regione alla Direzione Generale dell'IRCCS che traducono a livello aziendale e in una prospettiva di medio periodo le priorità strategiche che devono essere perseguite. A questi si aggiungono gli obiettivi connessi all'attività di ricerca negli ambiti di riconoscimento dell'IRCCS;

- *con validità triennale e stabile*, non a scorrimento (a meno che non si verifichino significativi cambiamenti organizzativi o di contesto);

- *con eventuali aggiornamenti annuali*, nel corso del triennio di riferimento, che consentano qualora necessario di aggiornarne aspetti specifici, e con *atti/documenti attuativi*, da predisporre quando necessario, che consentano di dare attuazione alla programmazione strategica mediante la definizione di obiettivi o azioni operativi;

- *rivolto sia verso l'esterno*, al fine di rappresentare i principali obiettivi strategici e le modalità di loro monitoraggio e rendicontazione, *sia verso l'interno dell'Azienda*, per fornire una cornice di riferimento strategica per l'azione gestionale e per la programmazione annuale (che come detto si sviluppa principalmente mediante il budget e gli strumenti correlati);

- *che integra tutti gli strumenti di pianificazione e programmazione già presenti in Azienda*, e superati singolarmente, fornendo una *visione di sintesi integrata*;

- *con una struttura e contenuti omogenei* tra le Aziende, coerenti con le Linee guida per la predisposizione del PIAO nelle Aziende ed Enti del SSR, con la possibilità di indicare aspetti di specifico interesse locale ma all'interno di un quadro complessivo coerente e sistemico.

La struttura è la seguente:

Executive summary: sintesi dei contenuti del PIAO, con particolare attenzione ai più rilevanti obiettivi strategici aziendali e al significato della programmazione integrata;

1. Premessa: significato del PIAO triennale quale strumento di pianificazione strategica aziendale e di dialogo con l'ambiente in cui operano l'azienda ed i suoi portatori di interesse, con contestuale richiamo al sistema di Programmazione e controllo presente nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna;

2. Scheda descrittiva dell'Azienda: identità dell'Azienda con la descrizione dell'assetto organizzativo e dei principi di riferimento, del contesto in cui opera

e i dati principali relativi ai volumi di attività, i dati economici e quelli relativi al personale operante in azienda;

3. **Sezioni e sottosezioni di programmazione:** impegni strategici per valore pubblico e performance che la Direzione dell'IRCCS intende perseguire nel triennio 2025/2027 in coerenza con gli obiettivi strategici e di mandato ricevuti, con evidenza degli aspetti ritenuti più rilevanti, descritti secondo le Sezioni/Sottosezioni di programmazione. In tutte le Sezioni/Sottosezioni viene privilegiata una prospettiva strategica di medio-lungo periodo, con rinvio per gli aspetti specifici ad eventuali allegati e/o documenti attuativi/applicativi da approvare annualmente nell'ambito del processo di budget o quando se ne ravveda la necessità;
4. **Sistema di misurazione e valutazione del valore pubblico e della performance:** descrizione del sistema di misurazione e valutazione della performance, con particolare riferimento alla performance organizzativa ed individuale; descrizione delle modalità organizzative e operative adottate in Azienda per il monitoraggio periodico e la verifica dei risultati conseguiti rispetto agli impegni strategici descritti;
5. **Indicatori di valore pubblico e performance:** rappresentano il collegamento fra le aree della performance e gli indicatori individuati e misurati in modo oggettivo sulla base dei sistemi informativi del Servizio Sanitario Regionale, al fine di garantire la confrontabilità e la trasparenza del sistema di misurazione all'interno del Servizio Sanitario Regionale.

Con riguardo alla programmazione per il periodo **2025/2027**, che viene sviluppata nel presente documento, si riporta di seguito una **sintesi delle principali azioni e strategie** che l'Azienda intende realizzare nel triennio in relazione agli **obiettivi di mandato di cui alla DGR n.1516 del 11/09/2023 di nomina del Direttore Generale**, che verranno poi ripresi ed ampliati nell'ambito della programmazione annuale e monitorati attraverso indicatori di risultato, identificati per sezione e sottosezione di valore pubblico e performance, così come definiti in modo omogeneo per tutte le aziende sanitarie regionali.

Tale programmazione tiene conto del **contesto in cui l'IRCCS opera e del ruolo centrale svolto nell'area metropolitana e nella Regione Emilia Romagna** per la realizzazione di un sistema sanitario regionale orientato al cittadino.

L'IRCCS, infatti, per le sue diverse e molteplici aree di eccellenza (vogliamo indicare quali) costituisce struttura di riferimento e importante polo di attrazione non solo per l'area bolognese ma anche per il livello regionale e nazionale, contribuendo a garantire il raggiungimento di un più elevato livello di risposta alla domanda e ai bisogni di salute della popolazione.

Assumono quindi particolare rilievo anche gli obiettivi di salute ed assistenziali e gli obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi da realizzare **con il rafforzamento**

dei processi di integrazione con le altre aziende sanitarie dell'area metropolitana, in una logica di continuità con il triennio 2023/2025, in considerazione dei nuovi obiettivi assegnati alle Direzioni Generali delle altre aziende metropolitane, nominate a gennaio 2025, che pongono al centro la volontà di favorire l'attività di prevenzione e promozione della salute attraverso modelli organizzativi integrati da attuarsi mediante:

- la definizione di percorsi innovativi che indirizzino sui pazienti l'apporto assistenziale, scientifico e di ricerca della complessa area metropolitana con le tre IRCCS e tre Aziende sanitarie e con una forte presenza universitaria;
- Il miglioramento all'accesso alle prestazioni e la messa in campo di azioni finalizzate al rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni di primo accesso entro gli standard definiti dal livello nazionale e regionale.

L'IRCCS, inoltre, realizza **l'integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca**, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi assistenziali del SSR e favorendo il raggiungimento degli obiettivi di didattica e ricerca.

Le linee strategiche che verranno illustrate nel documento includono, quindi, in modo inscindibile anche:

- **la ricerca clinica e traslazionale** che, in quanto fortemente integrata all'assistenza, è orientata a migliorare le possibilità di diagnosi e cura nonché a garantire l'erogazione di prestazioni altamente qualificate anche mediante la partecipazione a reti di ricerca nazionali ed internazionali e a studi clinici nonché attraverso la gestione dei processi di ricerca. L'obiettivo è quello di raggiungere livelli di integrazione tra ricerca ed assistenza sempre più elevati al fine di poter dare sempre maggiore evidenza agli effetti della ricerca sulle capacità assistenziali;

- **la ricerca nei campi dell'organizzazione dei servizi sanitari, dell'innovazione di modelli di assistenza e di trasferimento di conoscenze** che contribuiscono ad elevare la qualità dell'assistenza e quindi a migliorare la qualità delle cure;

- **la didattica** che si sviluppa e caratterizza per la **forte sinergia ed integrazione con l'Università degli Studi di Bologna**, anche in considerazione del fatto che l'IRCCS è riferimento del polo didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia e sede dei corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Ateneo Bolognese e dei Corsi di Laurea triennali e magistrali delle professioni sanitarie e delle Scuole di specializzazione di ambito medico.

In tale prospettiva, la strategia dell'IRCCS orientata alla massima **creazione di valore pubblico**, inteso come il miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi, si incentra prioritariamente sulle seguenti dimensioni che verranno sviluppate nelle diverse sottosezioni del presente documento:

- **consolidare e sviluppare i propri ambiti di vocazione** (con particolare riferimento quindi agli ambiti di riconoscimento ad IRCCS nelle discipline di

- “assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico” e “gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche”) al fine di erogare prestazioni di alta ed altissima complessità, garantendo il rispetto delle indicazioni nazionali e regionali in tema di corretti volumi erogativi associati ai migliori esiti dell’assistenza e ponendosi a riferimento per la rete assistenziale; **contribuire alla riorganizzazione della rete metropolitana negli altri ambiti di concerto con le Aziende sanitarie dell’area metropolitana e l’Ateneo Bolognese;**
- **consolidare e sviluppare il ruolo di riferimento della funzione di Centro HUB** nella rete regionale negli ambiti riconosciuti al fine di migliorare e coordinare la qualità assistenziale nell’erogazione dei servizi assicurando la presa in carico globale dell’assistito, equità di accesso equità di accesso, l’efficienza operativa e l’efficacia complessiva degli esiti sulla salute;
 - **perseguire un miglioramento continuo della qualità dell’assistenza sanitaria:**
 - garantendo il **governo delle liste di attesa** per l’accesso alle prestazioni ambulatoriali, di ricovero programmato e i **tempi** di accesso in coerenza con le indicazioni regionali, presidiando l’**equità** di accesso alle prestazioni e l’**omogenea qualità** per i cittadini della regione;
 - garantendo l’**accesso in emergenza-urgenza** anche mediante interventi volti a **ridurre i tempi di permanenza** dei pazienti in Pronto Soccorso, **promuovendone l’accesso appropriato;**
 - mediante l’integrazione del percorso ospedaliero-territoriale alla luce del DM 77/2022;
 - favorendo la **continuità dei percorsi assistenziali e diagnostici** anche mediante l’integrazione delle liste di attesa delle procedure a medio-bassa diffusione;
 - contribuendo alla **riorganizzazione del Programma regionale trapianti** e sviluppando il **coordinamento nell’ambito di attività ad alto contenuto tecnologico e innovativo (chirurgia robotica)** anche mediante l’ottimizzazione delle dotazioni organiche sfruttando le sinergie della rete chirurgica e formativa metropolitana;
 - ricercando l’**appropriatezza erogativa** (uso corretto e sicuro dei farmaci e aderenza terapeutica) e **prescrittiva**, anche attraverso il coinvolgimento e la formazione dei professionisti e la realizzazione di strategie di costo efficacia in maniera integrata con le aziende dell’Area Vasta;
 - mettere in essere tutte le azioni possibili per la **sicurezza delle cure** con sviluppo di politiche proattive sulla tipologia di rischio specifico;
 - sviluppare interventi a **tutela della salute e della sicurezza degli operatori e utenti;**
 - **promuovere e sostenere le linee di ricerca dell’IRCCS e partecipare in modo proattivo alle reti nazionali negli ambiti di riconoscimento** per uno sviluppo dell’eccellenza nella ricerca e nell’assistenza in tali ambiti confermandosi a punto

di riferimento per il sistema sanitario regionale e puntando a diventare punto di riferimento in ambito nazionale;

- perseguire la **sostenibilità economica** mediante il rispetto **dell'equilibrio finanziario** e della **programmazione degli acquisti** con adesione alle convenzioni dell'Agenzia Intercent-ER ed **ottimizzando i servizi sanitari e tecnico-amministrativi anche mediante lo sviluppo di processi di integrazione**;
- dare rilievo e potenziare lo **sviluppo delle infrastrutture ICT** per migliorare l'efficienza, semplificare e digitalizzare l'accesso ai servizi e la gestione delle informazioni sanitarie anche mediante l'utilizzo di telemedicina e lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0;
- proseguire nell'attività di riqualificazione del patrimonio edilizio impiantistico e tecnologico mediante l'attuazione del **Piano Direttore 2021/2035**, approvato con Deliberazione n. 216 del 24/7/2023;
- **valorizzare il capitale umano** attraverso l'integrazione della ricerca e della **formazione**, mediante la valorizzazione del ruolo dei professionisti, il **miglioramento dei sistemi di valutazione** delle competenze e del sistema premiante e la promozione dello sviluppo del sistema di reclutamento del personale della ricerca.

Costituiscono parte integrante del presente PIAO 2025-2027 gli allegati piani attuativi di seguito indicati:

- A. Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027**, nella quale vengono rappresentati gli impegni strategici dell'IRRCS per mantenere promuovere e sostenere le migliori pratiche per la trasparenza dell'azione amministrativa e le migliori prassi di attuazione delle disposizioni in materia di contrasto ai fenomeni corruttivi;
- B. Piano organizzativo del lavoro agile - POLA 2025-2027** che sviluppa le linee strategiche aziendali per l'attuazione e lo sviluppo del lavoro agile;
- C. Piano per l'eguaglianza di genere e delle azioni positive 2025-2027** risultato del lavoro del gruppo interaziendale - composto da referenti aziendali designati da IRCCS Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola, IRCCS Azienda USL di Bologna ed IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli.

1. PREMESSA

Il PIAO, Piano Integrato di Attività e Organizzazione, è stato introdotto dall'art. 6 del D.L. n.80 del 9 giugno 2021 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 e si inserisce tra le misure operative previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per accompagnare la riforma della Pubblica Amministrazione.

Tale quadro normativo è stato completato dal:

- DPR n. 81/2022 che individua gli adempimenti assorbiti dal PIAO: piano dei fabbisogni di personale; piano della performance; piano di prevenzione della corruzione; piano organizzativo del lavoro agile; piani di azioni positive;
- DM 30 giugno 2022 che definisce il contenuto del PIAO e fornisce lo schema di "piano-tipo" per le Amministrazioni pubbliche, con la guida alla compilazione allegata al decreto;
- D.L. n. 36/2022 convertito in legge 29 giugno 2022 n. 79 che ha introdotto la competenza delle regioni in materia per quanto riguarda le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna hanno consolidato da molti anni sistemi strutturati di pianificazione e programmazione delle proprie attività, oltre che di controllo e rendicontazione dei risultati, con una proiezione sia esterna, rivolta cioè ai numerosi "portatori di interessi" istituzionali e non, sia interna, rivolta cioè alle strutture e ai professionisti che vi operano.

Con la Legge Regionale n. 3/2023, la Regione Emilia Romagna ha aggiornato il proprio ordinamento (cfr. Legge Regionale n. 9/2018) con riferimento ai sistemi di programmazione e controllo delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale, introducendo in modo strutturale il PIAO quale documento programmatico triennale e la Relazione sulla Performance quale strumento di rendicontazione annuale degli obiettivi e dei risultati raggiunti indicati nel PIAO, da adottare in conformità alle indicazioni regionali.

Inoltre, già con la DGR 819/2021, recante "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR", la Giunta Regionale, al termine di un percorso che ha visto coinvolte le Aziende e l'Organismo Indipendente di Valutazione per il SSR, ha dato sistematicità al sistema di misurazione e di valutazione della performance, con l'individuazione degli indicatori ritenuti maggiormente significativi per il sistema di valutazione delle performance

delle Aziende sanitarie regionali, allo scopo di garantirne un'applicazione coordinata ed omogenea, assicurando quindi una migliore leggibilità delle strategie e dei risultati conseguiti dalle Aziende.

Infine, la valutazione complessiva dei risultati delle Aziende viene effettuata anche da vari soggetti istituzionalmente competenti, con finalità e secondo modalità e tempi previsti da specifiche normative, ad esempio: dalla Giunta Regionale (cui competono anche le valutazioni annuali dei DDGG sugli obiettivi specifici di programmazione annuale), dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), dal Comitato LEA/Ministero della Salute anche attraverso l'AGENAS (Nuovo sistema di Garanzia, Piano Nazionale Esiti, ecc.), ecc. Tale pluralità di punti di vista assicura già oggi una notevole e consolidata ricchezza informativa circa gli obiettivi ed i risultati delle Aziende sanitarie, consentendo ai vari portatori di interessi di attuare un monitoraggio puntuale e costante.

In questo quadro di riferimento, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), come chiarito nelle Linee Guida regionali di cui alla DGR n. 990/2023, costituisce il documento unico di programmazione triennale integrata (stabile e non a scorrimento) dell'IRCCS AOU di Bologna contenete gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione dei risultati aziendali, rendicontati annualmente mediante la Relazione sulla performance.

Nella definizione delle linee strategiche e degli obiettivi inseriti nel PIAO, l'Azienda ha come riferimento principale gli obiettivi strategici e di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Generale: in tal modo il Piano traduce i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, ecc. in strategie, obiettivi e impegni pluriennali, individuando anche le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare i loro raggiungimento.

Inoltre, il PIAO rappresenta la cornice di riferimento per orientare gli obiettivi di budget annuali: deve quindi valorizzare e contestualizzare in un'ottica strategica e di medio periodo il processo di budget, nel quale devono/possono essere riportati a sintesi per i diversi livelli di responsabilità gli obiettivi operativi e trasversali assegnati per l'anno.

Gli strumenti di budget annuali consentono di declinare gli obiettivi per ciascun anno di riferimento e vengono adeguati ed integrati per rendere più stringente la correlazione fra il sistema di programmazione e controllo e il successivo sistema di misurazione e valutazione delle performance. Il budget, quale atto di incontro tra i differenti livelli di responsabilità, ha valore di impegno bilaterale e postula un programma operativo attivo e richiama l'impegno dinamico verso il miglioramento organizzativo, il governo gestionale, la responsabilizzazione diffusa e partecipata, la comunicazione aziendale.

Attraverso il processo annuale di budget, ciascuna unità organizzativa viene coinvolta nel conseguimento degli obiettivi strategico-direzionali tradotti in obiettivi operativi specifici per ciascuna struttura, misurati attraverso indicatori e aventi uno specifico peso per soddisfare i requisiti che si riferiscono a tipologia, volume di prestazioni e qualità dei servizi offerti.

Gli obiettivi assegnati alle Strutture organizzative sono riportati nella Scheda di budget annuale, nella quale ad ogni obiettivo è associato un indicatore, un target e un peso.

Gli obiettivi sono monitorati in corso d'anno, per fornire un'indicazione sull'andamento gestionale, e a fine anno, per determinare la percentuale di raggiungimento degli stessi (valutazione performance organizzativa e valutazione performance individuale), correlata alla distribuzione degli incentivi.

Con il PIAO l'Azienda **comunica i propri impegni, le priorità strategiche, modalità e strumenti per valutare e misurare i risultati in una duplice ottica:**

- **interna** per l'attività gestionale delle strutture e dei professionisti dell'IRCCS fornendo la cornice di riferimento, definendo e coordinando gli obiettivi e le responsabilità nel perseguire le fondamentali priorità strategiche definite dalla Regione e declinati ai vari livelli dell'organizzazione;
- **esterna** verso i diversi portatori di interesse (stakeholder quali cittadini, associazioni, istituzioni), per rappresentare le priorità strategiche individuate e la conseguente assunzione di responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi definiti e nella loro rendicontazione (accountability).

L'Azienda attua diverse misure volte a garantire una piena informazione verso utenti e stakeholders, allo scopo di favorire forme diffuse di informazione e controllo. Tutti i documenti aziendali formalizzati, tra cui i documenti di programmazione e di rendicontazione, in attuazione del principio della trasparenza della Pubblica Amministrazione, sono infatti disponibili in Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale.

Il presente PIAO ha validità 2025-2027, è redatto in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia e si sviluppa secondo la struttura e con i contenuti sinteticamente indicati per ciascuna sezione e sottosezione nella predetta DGR n. 990/2023, come aggiornata dalla DGR. 973 del 23/6/2025, che ha sostituito l'Allegato A1 "Collegamento tra obiettivi strategici e di mandato dei Direttori Generali e sezioni/sottosezioni di programmazione 2025/2027 (impegni strategici per valore pubblico e performance)" e l'allegato A2 "Indicatori di valore pubblico e performance".

Il Gruppo di lavoro regionale a supporto del percorso di definizione del PIAO e della sua introduzione nel sistema di programmazione delle aziende sanitarie, costituito con determinazione regionale n. 19095 del 11/10/2022, nella nuova

composizione definita con determinazione regionale n. 8835 del 12/05/2025, ha infatti ritenuto di aggiornare l'Allegato A1) "Collegamento tra Obiettivi strategici e di mandato dei Direttori Generali e Sezioni/sottosezioni di programmazione (Impegni strategici per valore pubblico e performance)", in considerazione degli obiettivi di mandato assegnati ai Direttori Generali, in coerenza con quanto definito nel mandato della nuova Giunta regionale.

Per il triennio 2025-2027, l'Allegato A1 individua per ogni obiettivo strategico/di mandato la Sezione/Sottosezione di programmazione di riferimento PRINCIPALE e quelle che, invece, presentano un impatto INDIRETTO. Tale approccio consente di dare contenuti concreti e omogenei ad ogni Sezione/Sottosezione di programmazione, assicurando così al PIAO il significato e il ruolo di traduzione aziendale degli obiettivi strategici ricevuti dalla Regione.

Inoltre, ha revisionato l'Allegato A2) Indicatori di valore pubblico e performance che individua per ciascuna Sezione/Sottosezione indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende sanitarie, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema, assicurando la valorizzazione dei sistemi e delle banche dati esistenti a livello regionale e la standardizzazione nella loro elaborazione.

La scelta di tale insieme di indicatori è stata effettuata mediante l'introduzione di nuovi indicatori inerenti il DM 77/2022 e altri ambiti nonché con semplificazione di quelli esistenti ed utilizzati nel triennio precedente, salvaguardando gli elementi più significativi di valore pubblico e performance di riferimento regionale, in modo da garantire la coerenza con la programmazione regionale e nazionale.

La base di riferimento è sempre costituita dal sistema InSiDER implementato a livello regionale e reso disponibile a tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale; ciò garantisce una piena valorizzazione dei flussi informativi e delle banche dati esistenti a livello regionale, assicurando anche la dovuta standardizzazione nella loro elaborazione e una piena trasparenza e confrontabilità dei risultati tra Aziende e, all'interno della stessa azienda, in un arco di tempo pluriennale. L'utilizzo di InSiDER consente inoltre un monitoraggio costante sugli andamenti registrati, a livello aziendale e regionale, anche grazie ad un confronto immediato dei dati di tutte le Aziende, rendendo realmente efficace il monitoraggio stesso.

2. SCHEDA DESCRITTIVA DELL'AZIENDA

2.1 CHI SIAMO

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola è istituita dalla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 ed è disciplinata dai seguenti atti di indirizzo o di intesa aventi carattere generale e speciale:

- a) Deliberazione della Giunta Regionale n. 318 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "Disciplina delle Aziende ospedaliero-universitarie" ai sensi dell'art. 9, comma 6, della L.R. n. 29/2004;
- b) Deliberazione della Giunta Regionale n. 1207 del 29 luglio 2016 ad oggetto "Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena e Parma, per la collaborazione in ambito sanitario in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004 n. 29";

Nel corso del 2020 l'Azienda è stata riconosciuta Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) a rilevanza nazionale, con Decreto del 19 settembre 2020 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Ministeriale N. 266 del 26 ottobre 2020 nelle discipline di *"assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico"* e *"gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche"*.

L'Azienda ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia gestionale ed è definita dai seguenti elementi fondanti:

- costituisce per l'Università degli Studi di Bologna, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università di Bologna;
- in qualità di IRCCS nelle discipline di *"assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico"* e *"gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche"*, rappresenta un ente di rilevanza nazionale che persegue finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura ad alta specialità;
- garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali, didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Nazionale, Regionale e dall'Università;
- opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni degli IRCCS e fra questi e le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

La descrizione dell'assetto istituzionale, degli organi, degli organismi e delle strutture organizzative orizzontali e verticali che sono a supporto dell'azione di governo della Direzione è stata definita nell'Atto Aziendale e nel successivo regolamento di organizzazione aziendale (ROA).

La mission aziendale

L'IRCCS AOU di Bologna è un'organizzazione integrata nel sistema nazionale, regionale e locale per la salute e la ricerca scientifica, con la finalità principale di **garantire risposta ai bisogni di salute**:

- mediante l'erogazione di prestazioni di ricovero e cura di alta specialità;
- attraverso lo sviluppo di progetti di ricerca clinica e traslazionale orientati al miglioramento dello stato di salute della popolazione;
- garantendo una risposta clinica e assistenziale, costruita attorno ai bisogni della persona e allo sviluppo della sua funzione di ricerca.

L'Azienda esplica la propria leadership:

- sviluppando la **capacità di soddisfare i bisogni di salute delle persone**, al massimo livello qualitativo, in modo efficace, appropriato ed efficiente, secondo le migliori esperienze nazionali ed internazionali;
- **promuovendo l'alta specializzazione e l'eccellenza nell'assistenza e nella ricerca**, con particolare riferimento alle gravi insufficienze d'organo e trapianto e al trattamento medico/chirurgico delle patologie oncologiche;
- **valorizzando la ricerca clinica e traslazionale** in campo biomedico e nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, anche mediante la collaborazione con l'Università e la partecipazione a reti nazionali e internazionali;
- **realizzando la piena integrazione con l'Università**, favorendo percorsi che consentano l'attuazione di processi di formazione e di didattica di elevata qualità e perseguendo lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali di elevata specializzazione;
- potenziando e innovando il proprio **patrimonio tecnologico** e il **trasferimento tecnologico**;
- promuovendo la **cultura della qualità e della sicurezza** del paziente e degli operatori, secondo sistemi di valutazione uniformati a standard internazionali.

La vision aziendale

L'IRCCS AOU di Bologna si propone come un **luogo di cura centrato sulla persona e sulle sue esigenze**, dove l'assistenza si sviluppa sempre più in stretta correlazione con la cultura scientifica e l'innovazione tecnologica e dove lo sviluppo della ricerca, della didattica e della formazione sono orientate a favorire il trasferimento nell'attività assistenziale delle conoscenze acquisite.

Nella sua veste di IRCCS a carattere nazionale, inserito nel Sistema Sanitario Regionale, si pone come punto di riferimento a livello regionale, nazionale e internazionale nel trattamento medico e chirurgico di alta specialità relativamente alle patologie oncologiche, alle gravi insufficienze d'organo e ai trapianti, anche mediante lo sviluppo della ricerca quale parte integrante ed elemento distintivo dell'Azienda.

Obiettivi prioritari dell'IRCCS AOU di Bologna sono:

- la messa a punto di **strumenti e modelli innovativi** attraverso cui sostenere un sistema sempre più orientato all'alta complessità, all'innovazione, alla persona ed al suo percorso di cura;
- lo sviluppo della **ricerca clinica e traslazionale** mediante la realizzazione di una solida infrastruttura di supporto e di trasferimento dei risultati raggiunti;
- lo sviluppo di **servizi integrati** che considerino la continuità del percorso di cura e la globalità della persona superando attività settoriali;
- lo sviluppo delle **competenze professionali** e della **motivazione** degli operatori;
- la **qualità delle cure e la sicurezza** dei pazienti e degli operatori.

L'Azienda, per la realizzazione della propria *mission* e per lo sviluppo della *vision*, assume quali principi guida:

L'Azienda, per la realizzazione della propria *mission* e per lo sviluppo della *vision*, assume quali principi guida:

Principi dell'Azienda:

- il rispetto della persona e la sua centralità;
- la competenza clinico-professionale;
- la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- la legalità, l'integrità e l'etica dei comportamenti dei propri professionisti;
- la trasparenza e la corretta gestione delle risorse pubbliche;
- l'innovazione delle tecnologie, dei processi e delle competenze;
- l'integrazione con l'Università di Bologna, con gli altri IRCCS, con le aziende sanitarie dell'area metropolitana bolognese e della complessiva Regione Emilia-Romagna;
- l'ascolto e il coinvolgimento dei pazienti, dei cittadini, dei professionisti.

2.2 COME OPERIAMO

L'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è rappresentata nelle sue funzioni dalla Direzione Aziendale, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Assistenziale, che opera collegialmente al fine di perseguire gli indirizzi di politica sanitaria del Ministero della Salute, della Regione e della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana.

Alla Direzione Aziendale compete l'esercizio delle funzioni strategiche di indirizzo politico-amministrativo, la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, le verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati, nonché l'adozione degli atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni.

La Direzione Aziendale è inoltre il luogo in cui si esercita il coordinamento delle attività del Direttore Generale e quelle del Direttore Scientifico al fine di assicurare l'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con l'attività di ricerca per potenziarne l'efficacia nelle aree tematiche di afferenza.

Oltre alla direzione aziendale, che vede al suo interno il Direttore Generale e il Direttore Scientifico, concorrono alla pianificazione strategica e al governo dell'azienda il Collegio di Direzione, il Consiglio di Indirizzo e Verifica e il Collegio Sindacale.

La Direzione Aziendale, a supporto delle proprie funzioni strategiche e per sviluppare e sostenere alcune delle più importanti esigenze di coordinamento e di standardizzazione dei processi, si avvale di strutture in staff e in line, che sono parte integrante dell'organizzazione aziendale oltre che dei Dipartimenti tecnico-amministrativi e dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) attraverso i quali si realizza e sviluppa l'attività assistenziale e di ricerca dell'IRCCS.

Le scelte relative all'assetto organizzativo definito all'interno dell'Istituto si ispirano alla necessità di:

- soddisfare la mission dell'IRCCS AOU orientata a garantire risposta ai bisogni di salute mediante l'erogazione di prestazioni di ricovero e cura di alta specialità e il contestuale sviluppo di progetti di ricerca clinica e traslazionale;
- rivedere le funzioni e le afferenze in relazione all'attività di ricerca e al ruolo del direttore scientifico;
- sviluppare funzioni che finalizzino la realizzazione di progetti innovativi legati ad assistenza e ricerca in relazione alla mission dell'IRCCS;
- potenziare gli strumenti di gestione della risorsa di sala operatoria e posto letto con la finalità di ottimizzare i flussi e la gestione delle attività assistenziali;

- dare risposta ai percorsi di integrazione e di sviluppo delle reti di ricerca e assistenza in ambito nazionale, regionale e metropolitano.

In relazione alle necessità sopra rappresentate l'assetto organizzativo ha previsto la realizzazione di:

a) Dipartimenti ad Attività Integrata che, ove possibile, privilegiassero l'integrazione dell'area medica con quello chirurgica, funzionale all'ottimale gestione del percorso del paziente, oppure l'elevata complessità delle patologie trattate e la conseguente funzionalità di riunire professionisti di aree affini con l'obiettivo di aumentare le competenze e le opportunità di ricerca.

Tale assetto vede la presenza di N. 9 Dipartimenti ad Attività Integrata organizzati per patologia o per disciplina e di N. 4 Dipartimenti a valenza interaziendale.

DAI aziendali

1. DAI Malattie cardio-toraco-vascolari;
2. DAI Sperimentale chirurgie generali e specialistiche oncologiche IRCCS presso Ospedale Maggiore;
3. DAI Medico-chirurgico delle malattie digestive, epatiche ed endocrino-metaboliche;
4. DAI Malattie nefro-urologiche;
5. DAI Malattie del distretto testa-collo;
6. DAI Malattie oncologiche ed ematologiche;
7. DAI Ospedale della donna e del bambino;
8. DAI della continuità e dell'integrazione;
9. DAI delle radiologie.

DAI a valenza interaziendale

1. Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica (DIAP);
2. Dipartimento Farmaceutico Interaziendale;
3. Dipartimento interaziendale per la gestione integrata del rischio infettivo (DIGIRI);
4. Dipartimento di Emergenza Interaziendale (DEI).

b) Dipartimenti tecnico amministrativi finalizzati ad implementare un approccio per processi che prevede: l'integrazione delle attività di professionisti operanti in settori diversi e recanti culture fortemente specialistiche; la razionalizzazione dell'impegno delle risorse; la creazione di una struttura di governance intermedia, volta a cogliere i problemi nonché una più rapida, condivisa ed efficiente risposta; il miglioramento della qualità dei procedimentitecnico-amministrativi e dei conseguenti processi erogati anche in ottica di approccio proattivo al rischio.

Sono stati istituiti 3 dipartimenti tecnico-amministrativi:

- Dipartimento Giuridico-Amministrativo;
- Dipartimento Infrastrutture e Acquisti;
- Dipartimento delle Tecnologie e dell'Informazione.

c) Tecnostruttura integrata e afferente alla Direzione Strategica. Al fine di garantire la dinamicità, la massima funzionalità e integrazione, l'assetto della tecnostruttura prevede che tutte le strutture e funzioni afferiscano alla Direzione Strategica, incentivando in tal modo la forte collaborazione e intersezione con la finalità di massimizzare i risultati e il supporto all'area clinica e di ricerca. Per garantire comunque l'ottimale funzionalità e operatività delle funzioni e dei servizi è stata individuata, per ciascuna struttura, un'afferenza prevalente ad una delle 4 Direzioni.

Si riportano di seguito gli organigrammi che rappresentano l'assetto organizzativo dipartimentale e della tecnostruttura:

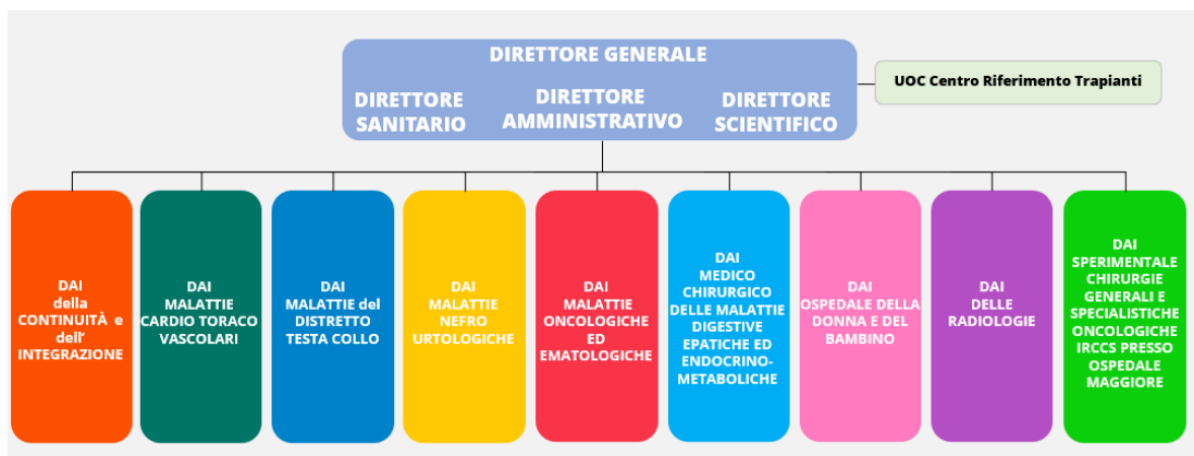


Figura 1: assetto dei DAI aziendali

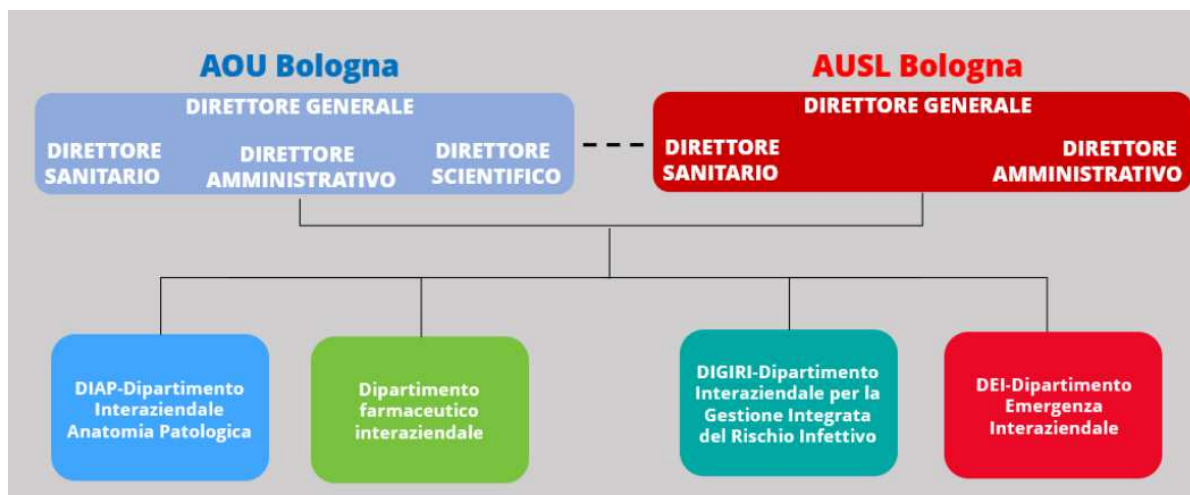


Figura 2: assetto dei Dipartimenti a valenza interaziendale

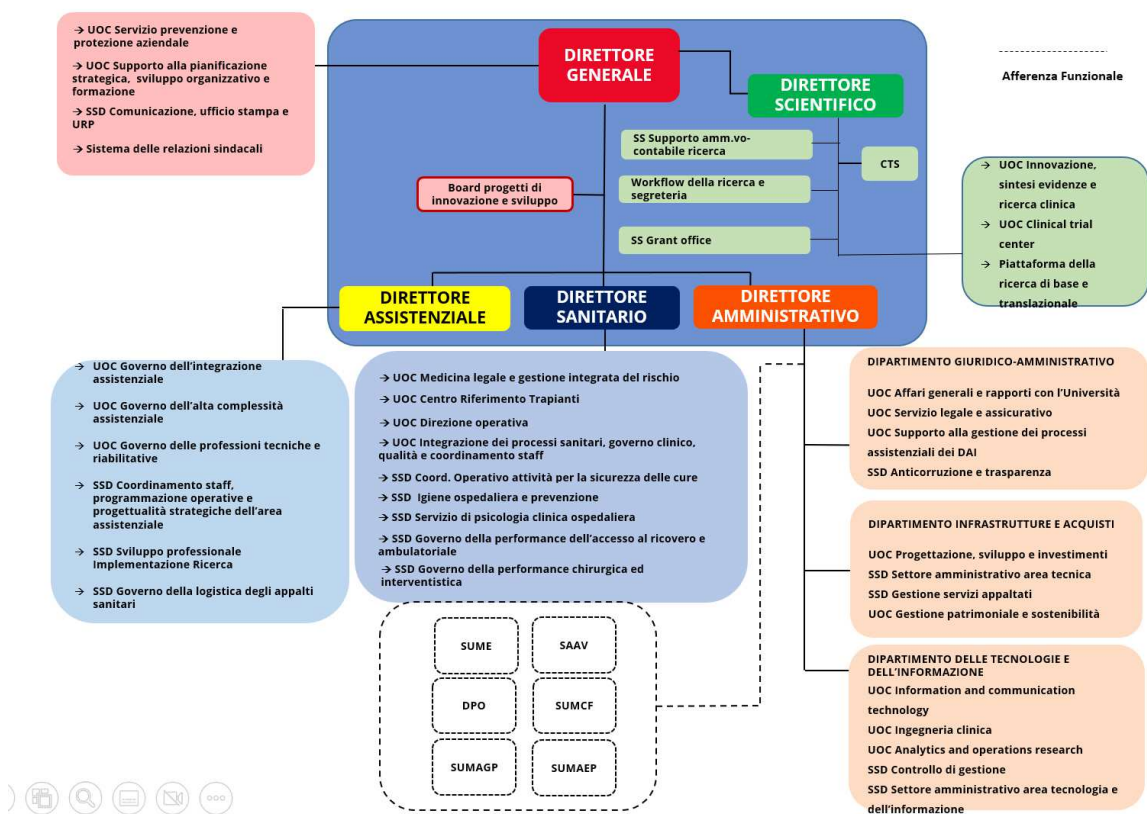
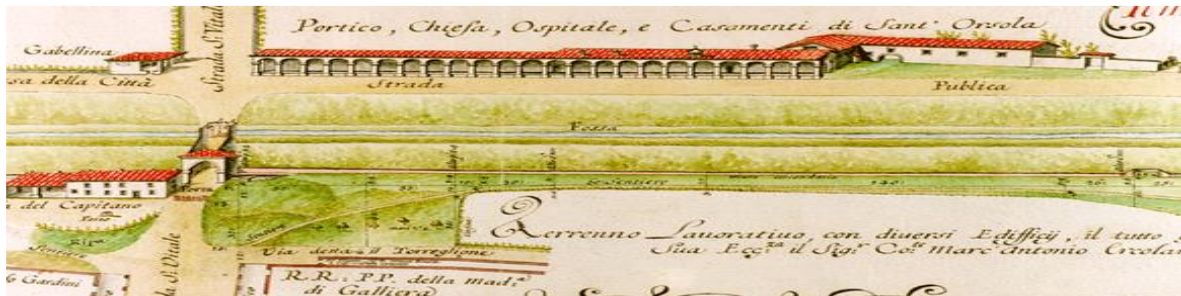


Figura 3: assetto della tecnostruttura

2.3 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

LA STRUTTURA

La fondazione dell'Ospedale Sant'Orsola risale al 1592: il primo nucleo dell'ospedale risale al 1592 quando un'area esterna alla cinta muraria fu adibita all'accoglienza degli emarginati e, successivamente, degli incurabili, anche mediante la realizzazione, nel 1630, di un nuovo lazzaretto.



Nel 1800 l'ospedale acquistò un'importanza crescente per l'attività assistenziale e accademica divenendone, negli anni che precedono l'unità d'Italia, la principale struttura di supporto assistenziale.

Il progressivo aumento delle specialità e degli insegnamenti, oltre alla crescita dell'attività sanitaria, portarono nei primi anni del secolo scorso alla definizione di un nuovo assetto edilizio basato su un impianto a padiglioni immersi nel verde, esteso su un'area ormai divenuta centrale rispetto al tessuto urbano.

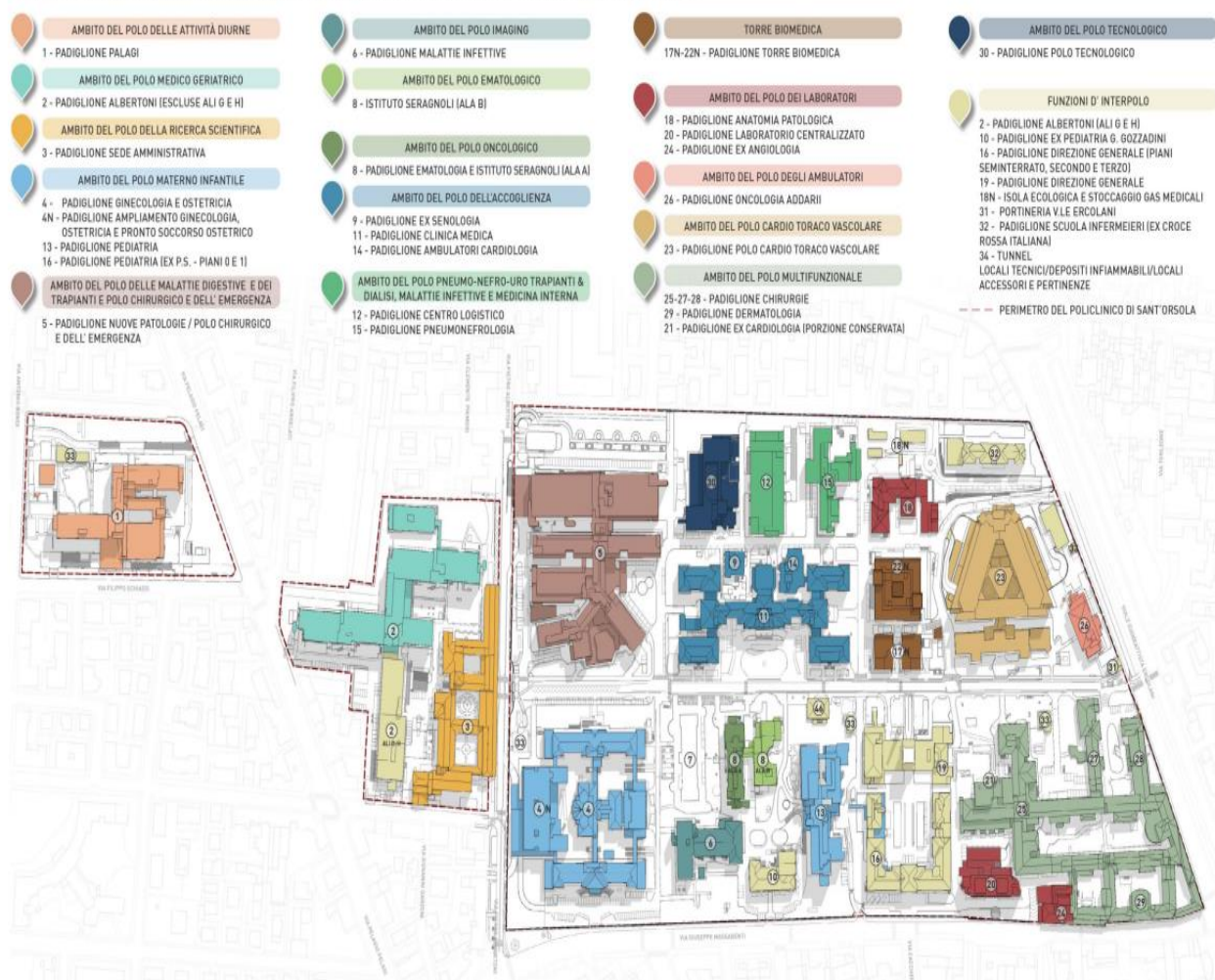


Dal 1978, per effetto della riforma del S.S.N., le due aree ospedaliere adiacenti, il Policlinico S. Orsola e l'Ospedale Malpighi, struttura specialistica sorta nei primi anni del 1970 su un'area limitrofa, sono stati unificati. Il complesso ospedaliero nella sua configurazione attuale ha una superficie costruita di circa 380.000 mq.

La conformazione architettonica del Policlinico rappresenta in maniera evidente la sua storia, con la presenza di edifici di epoche storiche molto differenti. Negli ultimi anni importanti investimenti hanno consentito di attivare nuove strutture con elevati standard tecnologici, di qualità, sicurezza, vivibilità e comfort:

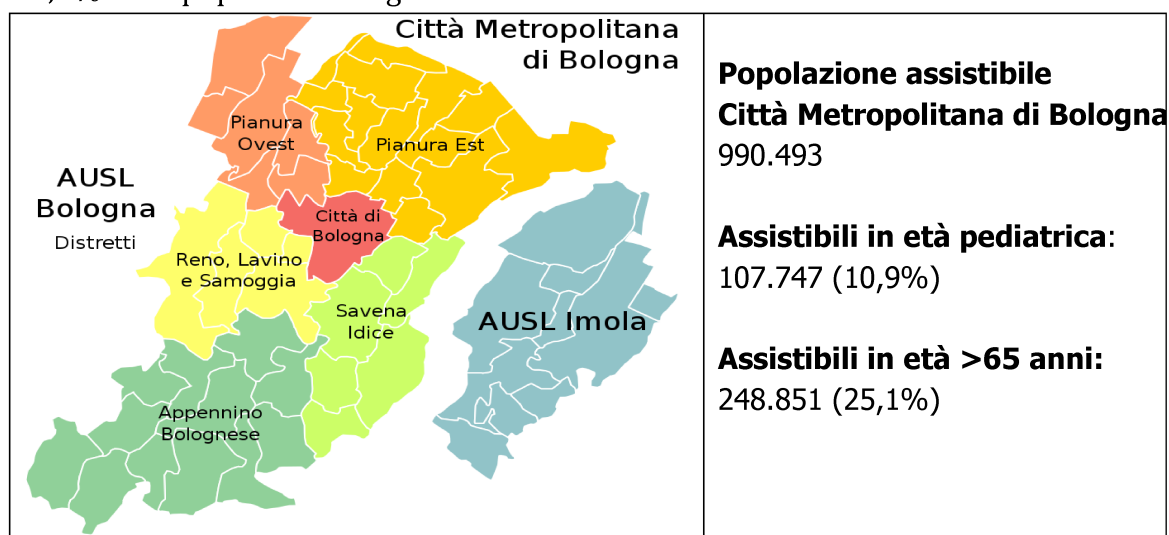
- il Polo Chirurgico (2010-2011);
- il Polo Cardio-Toraco-Vascolare (2015);
- la centrale termica di cogenerazione (2016), che si inserisce nell'ambito di un processo di rinnovamento tecnologico finalizzato alla sostenibilità ambientale ed economica;
- il Polo Materno Infantile con attivazione del nuovo Padiglione 4N e la riqualificazione dell'Ala C del Padiglione 4 (2024);
- il Polo chirurgico, delle malattie digestive, trapianti e emergenze dell'IRCCS Policlinico di Sant'Orsola con la riqualificazione delle ali A e B del Padiglione 5.

PLANIMETRIA GENERALE CON INDICAZIONE DEGLI AMBITI INSEDIATIVI DEI POLI - TRASFORMAZIONI IN CORSO



POPOLAZIONE SERVITA E ANALISI DEL SISTEMA DELL'OFFERTA

L'Azienda opera sul territorio della Regione Emilia-Romagna, nell'ambito del quale la popolazione assistibile complessivamente è pari a 4.314.782, e all'interno dell'area della Città Metropolitana di Bologna, in cui la popolazione rappresenta il 22,9% della popolazione regionale.



Indice di attrattività dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna			
	2022	2023	2024
Città Metropolitana di Bologna	75%	74%	74%
Regione Emilia-Romagna	11%	11%	12%
Extraregione	14%	15%	14%

Nell'ambito del territorio regionale operano aziende sanitarie pubbliche e del settore privato accreditato. Nel 2024 il 78% dei ricoveri e il 94% delle prestazioni ambulatoriali per residenti in Emilia-Romagna sono stati gestiti da strutture pubbliche. Nella tabella a seguire si rappresenta il dettaglio per Azienda.

Azienda	N. Ricoveri				N. Prestazioni ambulatoriali			
	Stutture pubbliche	Stutture private	Totale	% Pubblico/ Totale	Stutture pubbliche	Stutture private	Totale	% Pubblico/ Totale
PIACENZA	30.082	8.216	38.298	79%	5.328.582	181.978	5.510.560	97%
PARMA	13.459	20.977	34.436	39%	4.264.447	391.879	4.656.326	92%
REGGIO EMILIA	54.603	6.358	60.961	90%	8.061.481	614.644	8.676.125	93%
MODENA	42.283	12.248	54.531	78%	10.207.702	487.226	10.694.928	95%
BOLOGNA	56.615	37.046	93.661	60%	12.229.464	774.459	13.003.923	94%
IMOLA	15.632		15.632		1.760.989	99.100	1.860.089	95%
FERRARA	11.530	6.646	18.176	63%	4.754.927	177.533	4.932.460	96%
ROMAGNA	143.677	53.646	197.323	73%	16.474.570	1.465.093	17.939.663	92%
AOSPU PARMA	42.530		42.530		2.005.722		2.005.722	
AOSPU MODENA	53.914		53.914		2.156.219		2.156.219	
IRCCS S. ORSOLA	56.977		56.977		3.863.992		3.863.992	
AOSPU FERRARA	29.743		29.743		1.424.590		1.424.590	
I.O.R.	18.785		18.785		252.518		252.518	
ALTRE REGIONI	17.627	22.580	40.207	44%	1.042.440	519.294	1.561.734	67%
TOTALE	587.457	167.717	755.174	78%	73.827.643	4.711.206	78.538.849	94%

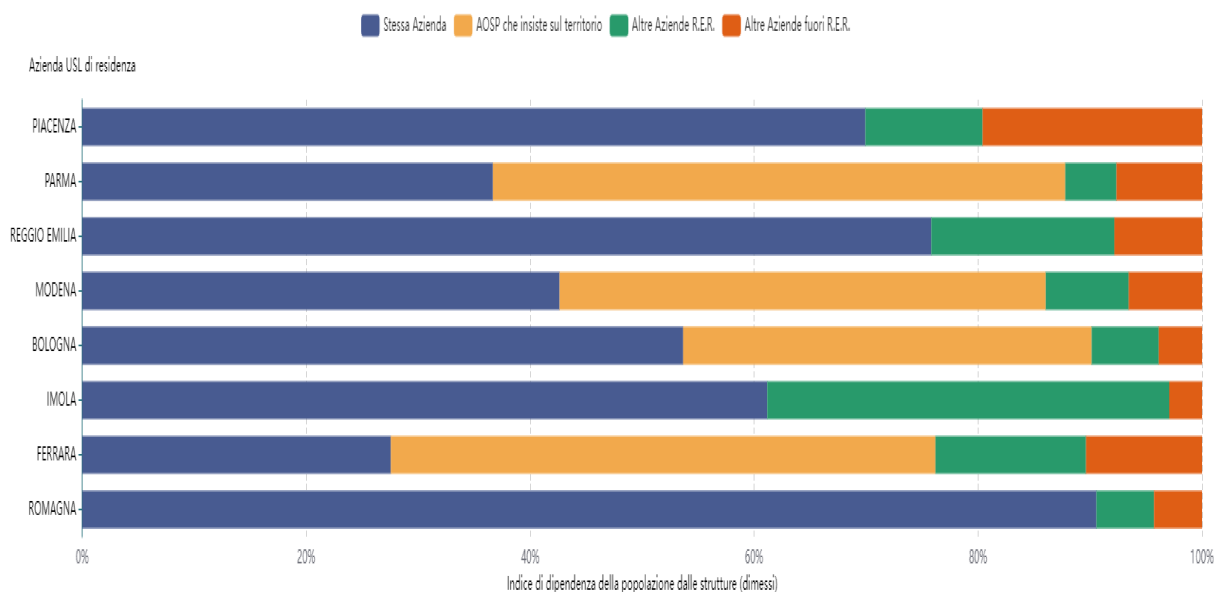
Numero di prestazioni di ricovero e ambulatoriali a carico del SSR anno 2024 erogate da strutture pubbliche e private accreditate (Fonte dati Banca dati RER).

Di seguito si rappresenta l'offerta di ricovero regionale, misurata dal numero medio di ricoveri per popolazione residente in Regione, standardizzato per età (tasso di ospedalizzazione standardizzato), con evidenza di una costante ripresa negli anni rispetto al 2022, anno ancora influenzato dagli effetti pandemici dovuti al coronavirus Sars-Cov-2.

Azienda USL di residenza	2022	2023	2024
PIACENZA	123,9	126	130,8
PARMA	127,1	127,8	131,6
REGGIO EMILIA	120,2	120,3	122,5
MODENA	125,4	128,4	129,3
BOLOGNA	120,2	120	122,1
IMOLA	128	131	129,9
FERRARA	123,9	127,8	127,6
ROMAGNA	128,2	131,5	134
TOTALE	124,5	126,4	128,5

Tasso standardizzato di ospedalizzazione per Azienda USL di residenza e anno di dimissione (Fonte dati banca dati RER).

Nell'ambito dei singoli territori provinciali insistono strutture ospedaliere delle aziende territoriali e Aziende ospedaliero-universitarie. Nella tabella di seguito riportata viene rappresentato l'indicatore di dipendenza della popolazione residente dalle strutture sanitarie presenti sul territorio.

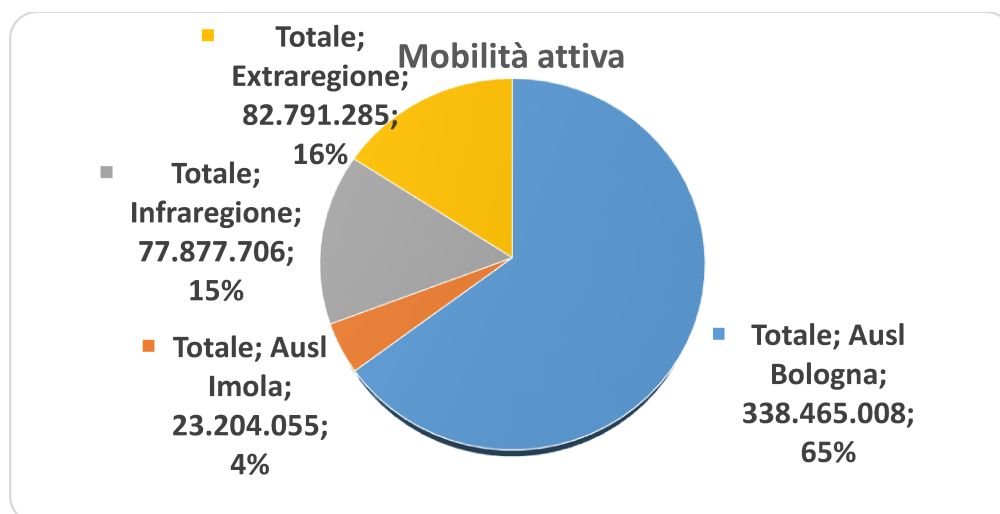


Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture per Ausl di residenza anno 2024
(Fonte dati banca dati RER)

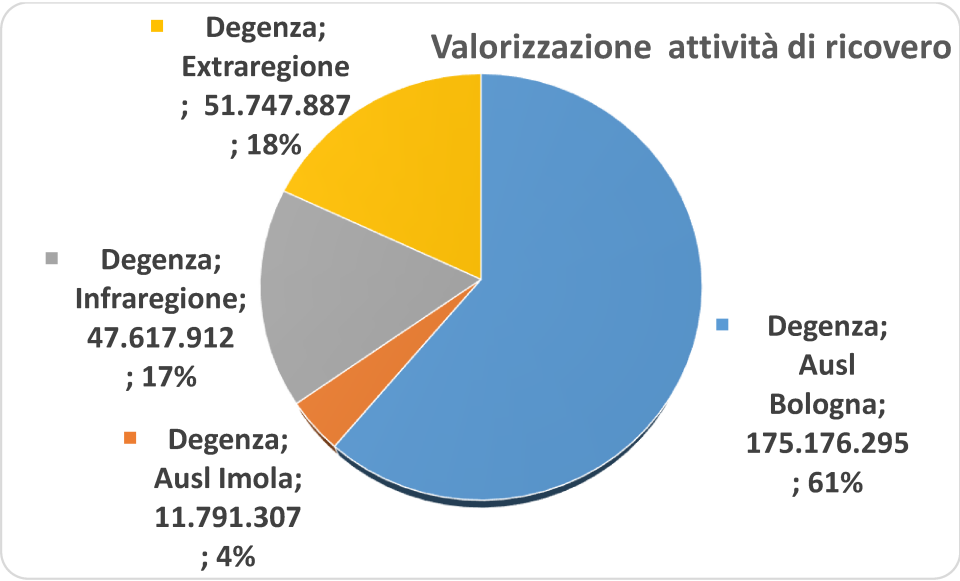
In questo contesto l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha un rilevante ruolo all'interno del contesto provinciale e regionale in termini di volumi di attività ma è altresì centro di attrazione di pazienti provenienti dal territorio nazionale.

I dati 2024 evidenziano che il 15% del valore economico delle prestazioni sanitarie dell'Azienda Ospedaliera è per pazienti residenti fuori provincia di Bologna e un ulteriore 16% è per pazienti extraregionali.

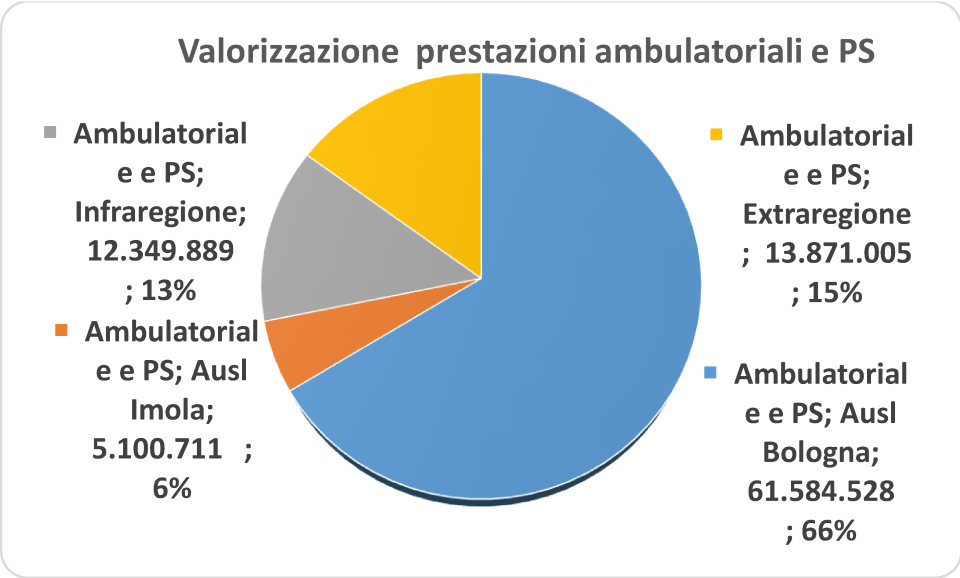
I principali dati relativi alla capacità attrattiva dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (AOU BO) per l'anno 2024 evidenziano i volumi riportati nei grafici a seguire.



IRCCS AOU Bologna: attività di ricovero, ambulatoriale, somministrazione farmaci per provenienza dei pazienti anno 2024 (Fonte dati: Banca dati aziendale)



IRCCS AOU Bologna: attività di ricovero per provenienza dei pazienti anno 2024
(Fonte dati: Banca dati aziendale)



IRCCS AOU Bologna: attività di ricovero e ambulatoriale per provenienza dei pazienti anno 2024 (Fonte dati: Banca dati aziendale)

La mobilità attiva extraregionale proveniente da regioni confinanti, considerata fisiologica, rappresenta il 32% dei valori complessivi per l'attività di ricovero e il 37% per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

	Ricoveri			Ambulatoriale	
	N.	Importo	% Inc./ Tot	Importo	% Inc./ Tot

Mobilità regioni di confine	2.599	16.742.673 €	32%	5.398.086 €	37%
Mobilità altre regioni	5.519	35.095.052 €	68%	9.332.066 €	63%
Totale	8.118	51.837.725 €	100%	14.730.152 €	100%

IRCCS AOU Bologna: composizione dell'attrazione extraregionale anno 2024, ticket compreso (Fonte dati Banca dati aziendale)

La quota rilevante (68%) di mobilità attiva da regioni non confinanti è correlata agli alti livelli di qualità delle cure e alla presenza di funzioni di alta specialità di rilievo nazionale e regionale.

All'interno dell'Azienda sono infatti presenti quasi tutte le discipline specialistiche, fatta eccezione esclusivamente per il centro grandi ustionati, la neurochirurgia e il sistema 118. Per quanto riguarda la neurochirurgia pediatrica la Regione Emilia-Romagna ha approvato con DGR n. 2199/2019 la costituzione del Centro Regionale Interaziendale di Neurochirurgia pediatrica che attualmente opera su due sedi integrate (l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche dell'Azienda Usl di Bologna e l'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna) con l'obiettivo di realizzare una presa in carico precoce del paziente pediatrico attraverso il consolidamento del percorso integrato tra attività chirurgica d'eccellenza all'interno di un contesto pediatrico di alta specializzazione. Anche per le discipline di Neurologia e Neuropsichiatria infantile è attivo un modello integrato di attività fra l'IRCCS ISBN e l'Azienda Ospedaliera per la conduzione in forma unificata delle attività in ambito ospedaliero con l'obiettivo di realizzare una rete clinico-assistenziale integrata in area metropolitana, secondo percorsi di cura, definendo modalità e strumenti di integrazione, sviluppando così sul piano del governo clinico e dell'appropriatezza le attività. Il Policlinico di Sant'Orsola è inoltre centro di riferimento nazionale ed internazionale per numerose funzioni, tra le quali Cardiochirurgia e cardiologia interventistica per l'età adulta e pediatrica, Trapianto di organi (cuore adulti e pediatrico, polmone, rene adulti e pediatrico, fegato, intestino isolato e multiviscerale) e di midollo adulti e pediatrico, sede del Centro di riferimento regionale per i trapianti, Banca del Donatore e la Banca degli Innesti Cardiovascolari, del Sangue Cordonale e dei Gameti, Malattie rare in età evolutiva, Screening neonatale, Centro per l'utilizzo delle terapie avanzate CAR-T, Centro Hub medico e chirurgico per i Tumori Stromali Gastrointestinali (GIST) e ai Sarcomi viscerali, Centro di riferimento per le emergenze microbiologiche, Centro per il trattamento della neoplasia ovarica, Centro per l'insufficienza intestinale cronica benigna, Centro di riferimento regionale per la diagnosi e trattamento delle malattie croniche intestinali.

ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E CONTESTO DEI BISOGNI DI SALUTE

L'Azienda è un'organizzazione sanitaria pubblica del Sistema Sanitario Nazionale, inserita nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale; è inoltre, in quanto

sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna, l'azienda di riferimento per lo svolgimento delle attività assistenziali essenziali alle funzioni di didattica e di ricerca istituzionali della stessa Università di Bologna, in integrazione con le attività assistenziali, didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

L'Azienda partecipa alla risposta dei bisogni di salute della popolazione del territorio bolognese in ragione e nella misura di quanto richiesto, concordato e definito negli accordi di Fornitura condivisi con le Aziende USL di Bologna e di Imola, Enti a cui spetta la programmazione dell'offerta dei servizi adeguata a soddisfare la domanda espressa dalla propria popolazione residente e la realizzazione delle condizioni per l'autosufficienza territoriale, in rapporto ai livelli essenziali di assistenza da assicurare, e pertanto Enti titolari della "committenza" pubblica, ovvero della espressione della "Domanda" di salute.

L'"Accordo di Fornitura", realizzato in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, regola le tipologie, i volumi ed il valore economico anche delle prestazioni sanitarie LEA da erogarsi a favore dei cittadini residenti dell'Area Metropolitana di Bologna e di cui la "Committenza" pubblica ritiene di doversi avvalere, in termini di produzione da parte di questa Azienda Ospedaliera, per assolvere agli obiettivi di assistenza sanitaria di cui essa è investita per il ruolo istituzionale pubblico che ricopre nell'ambito del SSR.

Questa Azienda Ospedaliera – IRCCS assolve a detto mandato di integrazione della produzione ed erogazione di prestazioni sanitarie a livello locale e promuovendo, quale struttura sanitaria pubblica a valenza nazionale, la risposta alla domanda di prestazioni ed assistenza sanitaria proveniente dai cittadini delle altre provincie della Regione Emilia-Romagna e dalle altre regioni d'Italia in particolare nell'ambito delle funzioni per le quali è stata individuata centro di riferimento regionale nazionale.

ANALISI DELLE PRIORITÀ ISTITUZIONALI IN CAPO ALL'AZIENDA

L'accordo attuativo Azienda-Università, approvato con deliberazione 275/2018, definisce i principi generali e le finalità, diretti - nell'ambito delle rispettive autonomie - a coordinare la programmazione e le attività di comune interesse, con riferimento alle forme di integrazione tra attività assistenziale, didattico-formativa e di ricerca.

In questa cornice e tenuto conto del riconoscimento dell'Azienda ad IRCCS, le due istituzioni hanno avviato ulteriori forme di collaborazione dirette alla progressiva revisione dei percorsi comuni, in un'ottica di crescente integrazione e razionalizzazione. In questo contesto va avanti il dialogo con l'Università di Bologna per il nuovo Accordo Attuativo necessario per adeguarsi al nuovo stato di IRCCS della

precedente Azienda Ospedaliero-Universitaria e per numerosi aspetti legati alla ricerca (sperimentazioni cliniche, grant office e progettazione, biblioteca scientifica, formazione e altro).

Infine si prevede di confermare la modalità del confronto attraverso gruppi di lavoro tecnici misti o Tavoli di lavoro permanenti anche su temi trasversali, quali la sicurezza dei lavoratori, l'utilizzo di spazi ed attrezzature per lo svolgimento delle rispettive attività istituzionali e di quelle congiunte e la gestione del dato e della compliance rispetto alla normativa privacy.

1.4 I DATI DI ATTIVITA'

Si riportano a seguire i principali dati di attività relativi al triennio 2022-2023-2024.

ATTIVITA' DI RICOVERO		2022	2023	2024
DEGENZA ORDINARIA	Numero Posti Letto Medi	1219,2	1234,7	1249,9
	Giornate di degenza	368.006	376.100	374.858
	Durata media della degenza	8,36	8,41	8,26
	OM%	84,10%	84,43%	83,01%
	Ammessi	44021	44687	45448
	<i>Bologna e provincia</i>	32729	32659	33215
		74,35%	73,08%	73,08%
	<i>Fuori Provincia</i>	4599	4878	5244
		10,45%	10,92%	11,54%
	<i>Fuori Regione</i>	6067	6586	6423
		13,78%	14,74%	14,13%
	<i>Stranieri</i>	626	564	566
		1,42%	1,26%	1,25%
	Età media	54,5	54,4	53,9
	Dimessi	44020	44708	45393
	<i>Dimessi Medici</i>	23.838	24.109	24.487
	<i>Dimessi Chirurgici</i>	20180	20599	20906
	Peso Medio DRG Dimessi	1,566	1,571	1,541
DAY HOSPITAL	Numero Posti Letto Medi	71,4	72,3	72,6
	Giornate in Day Hospital	35.535	33.930	35.809
	Giornate medie in Day Hospital	3,29	3	2,89
	Ammessi	10799	11322	12377
	<i>Bologna e provincia</i>	7858	8231	9047
		72,77%	72,70%	73,10%
	<i>Fuori Provincia</i>	1363	1392	1496
		12,62%	12,29%	12,09%
	<i>Fuori Regione</i>	1432	1574	1702
		13,26%	13,90%	13,75%
	<i>Stranieri e Sconosciuti</i>	146	125	132
		1,35%	1,10%	1,07%
	Dimessi	10799	11322	12377
	<i>Dimessi Medici</i>	4013	3860	3863
	<i>Dimessi Chirurgici</i>	6786	7462	8513
	Peso Medio DRG Dimessi	0,883	0,897	0,895

ATTIVITA' CHIRURGICA		2022	2023	2024
ATTIVITA' CHIRURGICA	Numero complessivo di interventi	36475	40150	41848
	Ore di sala operatoria	78.299	82.536	86.135
	DM preoperatoria casi programmati	1,18	1,24	1,29
ATTIVITA' DI TRAPIANTO		2022	2023	2024
TRAPIANTI	TRAPIANTO CUORE	29	50	30
	TRAPIANTO CUORE RENE	1	0	0
	TRAPIANTO FEGATO	116	120	104
	TRAPIANTO FEGATO RENE	4	11	5
	TRAPIANTO POLMONE	10	12	5
	TRAPIANTO RENE	112	121	119
	TRAPIANTO MIDOLLO ALLOGENICO	66	74	77
	TRAPIANTO MIDOLLO AUTOLOGO	137	153	67
	TRAPIANTO CORNEA	256	315	338
ATTIVITA' AMBULATORIALE		2022	2023	2024
ATTIVITA' AMBULATORIALE	Num Prest per Esterni	4.064.060	4.116.843	4.555.773
ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO		2022	2023	2024
PRONTO SOCCORSO	Num Accessi PS di cui	135.511	138.740	136.382
	PS Generale	69.438	68.985	68.213
	PS Oculistico	20.837	23.817	23.611
	PS Ortopedico	11.153	11.573	10.938
	PS Ostetrico Ginecologico	9.751	9.782	10.052
	PS Pediatrico	24.332	24.583	23.568

ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE ESTERNI

Raggruppamento delle Prestazioni	2022		2023		2024	
	QTA	IMPORTO	QTA	IMPORTO	QTA	IMPORTO
Visite	514.216	11.396.635	529.607	11.705.695	567.889	12.616.909
Diagnostica	394.054	35.703.140	399.559	36.703.623	422.804	38.326.806
Laboratorio	2.916.414	27.378.050	2.939.908	29.072.173	3.312.467	32.205.287
Riabilitazione	5.296	84.443	8.383	118.360	8.789	131.173
Terapeutica	234.269	21.279.273	239.898	22.437.100	243.828	26.175.475
Totali	4.064.249	95.841.540	4.117.355	100.036.952	4.555.777	109.455.651

1.5 I DATI ECONOMICI

Si riportano le principali dimensioni del bilancio di esercizio 2024 e alcuni indicatori di composizione del conto economico, confrontato con gli anni precedenti:

- valore della produzione: 865,366 milioni di euro;
- costo del personale dipendente: 310,875 milioni di euro (IRAP compresa);
- acquisto beni e servizi: 460,819 milioni di euro;
- differenza fra valore e costi della produzione: +7,154 milioni di euro;
- risultato di esercizio: -706.546 euro, ripianato con DGR n. 818 del 26/05/2025;
- investimenti realizzati: 32,649 milioni di euro;
- uscita di cassa media mensile per pagamenti: 78,068 milioni di euro;
- l'indice di tempestività dei pagamenti è di -9,33 giorni.

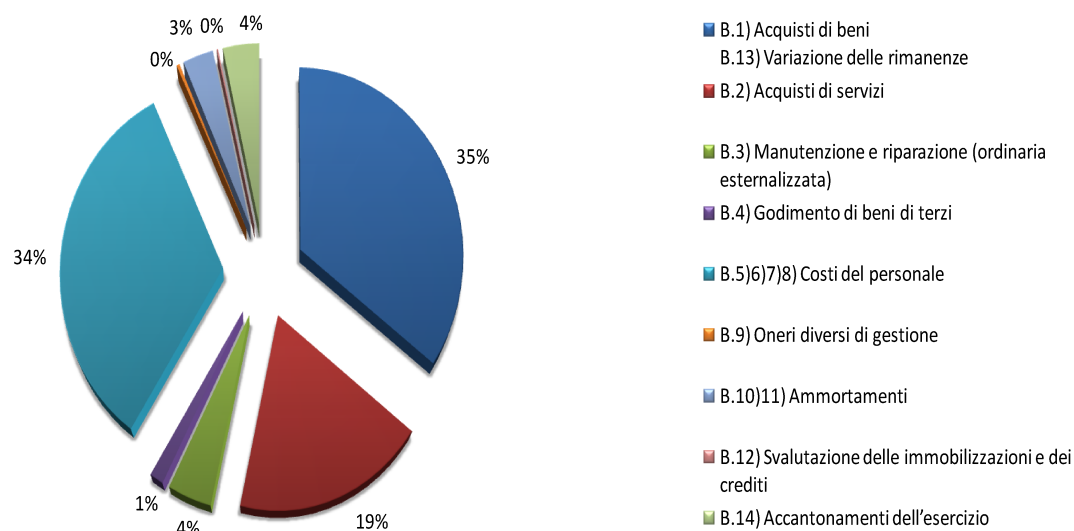


Grafico di composizione dei costi della produzione anno 2024

Per la completa descrizione delle dinamiche economiche aziendali si rimanda al Bilancio di Esercizio e relativa nota integrativa (delibera 130 del 30 aprile 2025). A seguire si riporta lo schema di conto economico (ex D.lgs. 118/2011) anni 2024-2023-2022 e il piano degli investimenti 2025-2027.

CONTO ECONOMICO 2024 - 2023 - 2022

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Consuntivo 2024	Consuntivo 2023	Consuntivo 2022	Variazione 2024/Consuntivo 2023	
				Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE					
A.1) Contributi in c/esercizio	231.902.343	221.395.100	223.851.104	10.507.243	4,7%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.476.859	-6.935.862	-1.661.800	5.459.003	-78,7%
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	11.245.511	7.505.146	7.157.995	3.740.365	49,8%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	561.311.158	529.395.704	514.759.525	31.915.453	6,0%
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	26.757.481	24.227.904	45.003.556	2.529.577	10,4%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	7.974.178	7.132.597	6.405.581	841.582	11,8%
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	22.202.774	22.604.551	20.979.157	-401.776	-1,8%
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	22.258	-	9.553	22.258	0,0%
A.9) Altri ricavi e proventi	5.427.204	4.263.991	1.923.063	1.163.213	27,3%
Totale A)	865.366.049	809.589.131	818.427.733	55.776.918	6,9%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE					
B.1) Acquisti di beni	300.353.724	274.129.101	258.103.618	26.224.623	9,6%
B.2) Acquisti di servizi sanitari	92.603.043	88.550.102	93.881.545	4.052.941	4,6%
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	67.862.409	82.385.230	91.200.416	-14.522.822	-17,6%
B.4) Manutenzione e riparazione	36.824.618	24.636.182	23.185.229	12.188.436	49,5%
B.5) Godimento di beni di terzi	11.678.522	10.022.731	9.637.215	1.655.791	16,5%
B.6) Costi del personale	292.124.926	280.225.593	279.416.097	11.899.334	4,2%
B.7) Oneri diversi di gestione	2.679.207	2.606.646	3.108.455	72.560	2,8%
B.8) Ammortamenti	27.215.929	27.034.433	26.176.505	181.497	0,7%
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.212.343	29.837	139.267	1.182.506	3963,2%
B.10) Variazione delle rimanenze	-6.656.607	-1.797.085	1.417.266	-4.859.522	270,4%
B.11) Accantonamenti	32.313.909	31.556.169	22.954.609	757.739	2,4%
Totale B)	858.212.023	819.378.939	809.220.221	38.833.085	4,7%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	7.154.025	-9.789.808	9.207.513	16.943.833	-173,1%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI					
	-1.673.633	-1.472.895	-265.945	-200.738	13,6%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE					
	-	-	-	-	0,0%

E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	14.203.066	32.162.149	3.138.595	-17.959.083	-55,8%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	19.683.458	20.899.446	12.080.163	-1.215.988	-5,8%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	20.390.004	20.869.363	20.141.386	-479.359	-2,3%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	- 706.546	30.083	-8.061.223	-736.629	-2448,6%

PIANO DEGLI INVESTIMENTI

<u>IMPIEGHI</u>					
	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare nel 2026 (€)	Investimento da realizzare nel 2027 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)	TOTALE
Interventi con progettazione a base di gara approvata dall'Azienda o con lavori in corso di realizzazione. Interventi con Piano di fornitura approvato o in corso di installazione	22.272.819 €	36.831.839 €	25.000.000 €	4.000.000 €	88.104.658 €
Lavori	19.436.451 €	36.831.839 €	25.000.000 €	4.000.000 €	85.268.290 €
Tecnologie_biomediche	2.769.897 €	- €	- €	- €	2.769.897 €
Tecnologie_informatiche	66.471 €	- €	- €	- €	66.471 €
Interventi in corso di progettazione con copertura finanziaria	4.370.000 €	1.850.000 €	210.888 €	- €	6.430.888 €
Lavori	4.370.000 €	1.300.000 €	210.888 €	- €	5.880.888 €
Tecnologie_biomediche	- €	550.000 €	- €	- €	550.000 €
Interventi che l'Azienda intende realizzare non ricompresi in Scheda 1 e 2 , in attesa di copertura finanziaria	- €	- €	- €	- €	- €
Lavori	- €	- €	- €	- €	- €
TOTALE	26.642.819 €	38.681.839 €	25.210.888 €	4.000.000 €	94.535.546 €
<u>FONTI DI FINANZIAMENTO</u>					
FINANZIAMENTO INVESTIMENTI IN CORSO DI REALIZZAZIONE E DI PROGETTAZIONE	LAVORI IN CORSO DI REALIZZAZIONE	ATTREZZATURE, INFORMATICA, ARREDI IN CORSO DI REALIZZAZIONE	LAVORI IN CORSO DI PROGETTAZIONE	ATTREZZATURE, INFORMATICA, ARREDI IN CORSO DI PROGETTAZIONE	TOTALE
contributi in conto capitale	78.733.962	2.769.897		550.000	82.053.859
mutui	0		4.370.000		4.370.000
contributi in conto esercizio		66.471			66.471
altre forme di finanziamento	6.234.328				6.234.328
donazioni e contributi da altri soggetti	300.000				300.000
Alienazioni			1.510.888		1.510.888
TOTALE INVESTIMENTI IN CORSO DI REALIZZAZIONE E DI PROGETTAZIONE	85.268.290	2.836.368	5.880.888	550.000	94.535.546

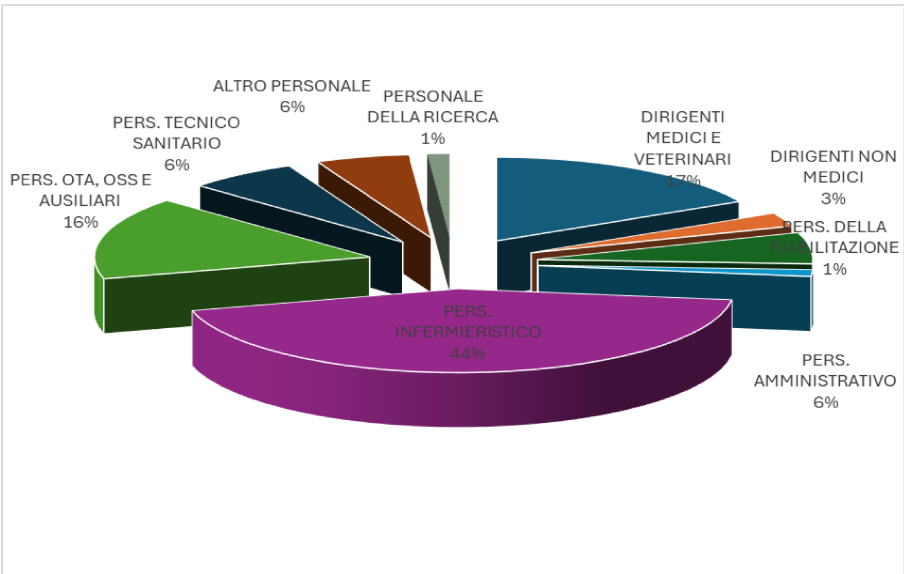
1.6 IL PERSONALE

Il personale presente all'interno dell'IRCCS AOU di Bologna al 31.12.2024 è di 5.970 unità di cui 226 unità di personale universitario.

Tipologia contrattuale: il personale, dipendente e universitario in convenzione, viene mostrato per macroprofilo di appartenenza e per tipologia di status giuridico nella tabella e grafico di seguito riportati.

macroprofilo	A TEMPO DETERMINATO			A TEMPO INDETERMINATO			Totale complessivo
	DIPENDENTE	UNIVERSITARIO	TOTALE	DIPENDENTE	UNIVERSITARIO	TOTALE	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	94	37	131	760	138	898	1029
DIRIGENTI NON MEDICI	12	3	15	141	8	149	164
PERS. AMMINISTRATIVO	8	0	8	367	18	385	393
PERS. DELLA RIABILITAZIONE	3	0	3	74	0	74	77
PERS. INFERMIERISTICO-ALTRO	0	0	0	9	0	9	9
PERS. INFERMIERISTICO-IP	0	0	0	2474	1	2475	2475
PERS. INFERMIERISTICO-OST	3	0	3	85	1	86	89
PERS. OTA, OSSE E AUSILIARI	0	0	0	955	0	955	955
PERS. TECNICO SANITARIO	0	0	0	70	2	72	72
PERS. TECNICO SANITARIO-LAB	0	0	0	123	11	134	134
PERS. TECNICO SANITARIO-RAD	0	0	0	161	5	166	166
PERSONALE DELLA RICERCA	78	0	78	0	0	0	78
ALTRO PERSONALE	18	0	18	309	2	311	329
Totale complessivo	216	40	256	5528	186	5714	5970

Composizione del personale dipendente e universitario integrato al 31.12.2024



Composizione di genere e fasce di età: la rappresentazione del personale dipendente al 31/12/2024, distinto per genere e classi di età, viene evidenziata nella tabella seguente:

PERSONALE DIPENDENTE PER FASCIA DI ETÀ AL 31.12.2024							
	fascia di età						
SESSO	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	Totale complessivo	% DI GENERE SUL TOTALE
F	961	972	1028	1072	69	4102	78,99
M	290	473	403	409	67	1642	31,62
Totale	1251	1445	1431	1481	136	5744	100,00
% CLASSI DI Età SUL TOTALE	21,78	25,16	24,91	25,78	2,37	100,00	

Dall'analisi della tabella si conferma una maggiore percentuale del genere femminile: 78,99%. Si registra un incremento, rispetto agli anni precedenti dei dipendenti con meno di 35 anni, con incrementi omogenei per genere.

Leggeri incrementi si rilevano anche nelle fasce 35-44 e 55-64, in quest'ultima, soprattutto nel genere femminile. Si registra invece un decremento del personale afferente alla fascia di età 45-54.

La prevalenza dei contratti di smart working è stato attivato da personale del genere femminile (80,67%).

Personale con contratto di smart working	Fascia età	N.
Femmine	<30	5
	>60	10
	31-40	22
	41-50	30
	51-60	29
Totale Femmine		96
Maschi	>60	3
	31-40	6
	41-50	8

	51-60	6
Totale Maschi		23
Totale complessivo		119

L'elaborazione e la rappresentazione dei dati relativi alla composizione di genere del personale dipendente è divenuto uno strumento fondamentale per la rilevazione dei bisogni e delle esigenze diversificate per donne e uomini nell'alveo delle più ampie politiche di contrasto ai fenomeni della segregazione, delle discriminazioni, delle molestie e, più in generale, al fine di promuovere la parità di genere.

Per questo motivo, anche nel 2025, i Comitati Unici di Garanzia (CUG) delle tre aziende sanitarie bolognesi (IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli e Ausl Bologna) hanno promosso la redazione della seconda edizione del Bilancio di Genere ritenendo che offrire a tutti gli stakeholders una lettura unitaria e comparata sull'impiego delle risorse, le prestazioni erogate e le politiche sul personale, lette attraverso la lente del genere, possa costituire uno strumento utile per promuovere parità, benessere organizzativo e contrasto ad ogni forma di discriminazione.

La redazione del Bilancio di genere si conferma tra gli obiettivi presenti nel Piano per l'Uguaglianza di Genere e Azioni positive 2025 – 2027 confermando dunque l'attenzione del management ai temi legati alla parità di genere e al benessere dei lavoratori e delle lavoratrici.

3. GLI IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Un ente genera Valore Pubblico quando impatta complessivamente in modo migliorativo sulle diverse prospettive di benessere rispetto alla loro baseline e quando, coinvolgendo e motivando il proprio personale, ottimizza le risorse e migliora le performance di efficienza ed efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti. Si crea Valore Pubblico altresì, quando si riescono a gestire, secondo economicità, le risorse che si hanno a disposizione e si soddisfano le esigenze degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

L'IRCCS persegue la creazione e la crescita del valore pubblico, inteso come "l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo" attraverso la realizzazione dei suoi scopi istituzionali, mediante la programmazione di obiettivi strategici e operativi improntati a criteri di efficacia quanti-qualitativa, economico finanziaria, gestionale, di efficienza e ai principi di semplificazione, digitalizzazione, piena accessibilità e pari opportunità nonché mediante la pianificazione di misure di gestione del rischio corruttivo e della trasparenza e azioni di miglioramento della salute organizzativa e professionale.

Le finalità istituzionali dell'IRCCS e la normativa nazionale e regionale che disciplina il processo di programmazione sanitaria sono quindi intrinsecamente connessi al miglioramento dello stato di salute della popolazione del territorio di riferimento e allo sviluppo della ricerca e della didattica in campo sanitario.

Nella presente dimensione vengono descritti gli impegni strategici dell'IRCCS nel triennio 2025/2027 e le principali dimensioni di performance, prendendo a riferimento:

- la DGR n. 1516 del 11/09/2023 di designazione del Direttore Generale dell'IRCCS AOU di Bologna, che individua gli obiettivi di mandato che costituiscono le indicazioni di carattere generale strategico, valevoli per l'intero arco temporale dell'incarico;
- le "Linee Guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR" di cui alla DGR n. 990/2023, come confermata e aggiornata dalla DGR n. 973/2025, per struttura e indicatori di performance.

L'ultimo triennio è stato caratterizzato da un difficile contesto organizzativo e gestionale improntato all'aumento della offerta di prestazioni per il recupero delle liste di attesa.

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19 ha infatti modificato in modo sensibile il contesto di riferimento e le abitudini di accesso dei cittadini ai servizi sanitari, condizionando l'erogazione dell'assistenza e determinando la necessità di adeguare le modalità organizzative per garantire risposte appropriate ai bisogni di cura.

La strategia pluriennale messa in campo nel triennio 2023/2025 ha gradualmente consentito di realizzare **importanti risultati nella riduzione dei tempi di attesa** in tutte le discipline e ambiti monitorati **e nel recupero delle prestazioni non erogate**, garantendo al contempo prestazioni di alta qualità ed elevate competenze. L'azienda, in attuazione delle indicazioni regionali, è stata progressivamente impegnata nell'**implementazione di strategie di contenimento e programmazione efficiente delle liste di attesa**, sia con riferimento alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e ai ricoveri chirurgici programmati in adesione ed applicazione dei Piani operativi per il recupero delle liste di attesa chirurgiche, ambulatoriali.

In tale contesto, si è rilevato fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi, l'impegno, **l'elevata competenza e la capacità di lavorare in rete dei professionisti** del Policlinico coinvolti in importanti processi di riorganizzazione, che hanno orientato sempre più l'Azienda verso una **gestione integrata dei percorsi di cura in un contesto di risorse scarse**.

In un momento in cui il sistema sanitario è caratterizzato da:

- una carenza di risorse non solo finanziarie ma anche professionali soprattutto in alcune discipline specialistiche della medicina e anche delle professioni sanitarie e dalla scarsa attrazione della sanità pubblica;
- un forte aumento della domanda di prestazioni sanitarie e da disomogeneità territoriali tanto nella domanda quanto nell'offerta di prestazioni;
- cambiamenti demografici come il progressivo invecchiamento della popolazione e il calo di natalità, e cambiamenti del contesto sociale con l'aumento di persone sole e di situazioni di fragilità;

la Direzione strategica dell'IRCCS (e con essa i Dipartimenti aziendali e interaziendali) sarà impegnata, anche nel prossimo triennio, ad **individuare ed attuare azioni di miglioramento per superare il permanere di criticità sui tempi di attesa per una parte delle prestazioni di visita e di diagnostica e di difficoltà nella fase di prenotazione**, relativamente alla **piena fruibilità dei sistemi di accesso o alla presa in carico** per controlli e approfondimenti.

Inoltre, il fenomeno dell'inappropriatezza (prescrittiva, erogativa ed organizzativa) continua a rappresentare un elemento che incide notevolmente sulla capacità del sistema di garantire equità nell'offerta delle prestazioni.

Anche in tale ambito, dovranno essere ricercati ed introdotti strumenti di miglioramento che consentano di governare la domanda e ridurre il fenomeno e favorire il confronto tra i professionisti, al fine di rendere ai pazienti un **servizio di qualità**

anche rispetto ai tempi di attesa e di garantire l'**universalismo** e l'**equità di accesso alle prestazioni attraverso l'aderenza del medico prescrittore alle regole prescrittive** (classe di priorità, tipologia di accesso, quesito diagnostico), ai profili prescrittivi e ai PDTA definiti a livello regionale. Ciò nell'obiettivo di ridurre il ricorso a prestazioni non necessarie, di utilizzare le risorse per gli effettivi bisogni di salute, contribuendo alla **sostenibilità economica del sistema e sfruttando anche le opportunità e potenzialità offerte dalle nuove tecnologie**.

Nel triennio l'azienda sarà impegnata a proseguire i percorsi avviati in adesione alla programmazione aziendale e locale, per la realizzazione di una **rete integrata orientata al cittadino**, tenuto conto degli elementi di contesto nazionale e regionale. Costituiscono quindi base di riferimento per la definizione degli impegni strategici del triennio anche:

1. Le "Linee di programmazione e di finanziamento della Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale" che definiscono annualmente nel dettaglio le azioni che le Aziende del Servizio Sanitario Regionale devono attivare per raggiungere gli obiettivi, in una logica che ottimizzi le risorse disponibili con il fine di garantire ai cittadini dell'Emilia-Romagna un accesso universalistico, equo e sicuro alle cure;
2. Il piano di adeguamento della rete ospedaliera sulla base delle linee guida di riorganizzazione della rete di concerto con le aziende dell'area metropolitana e AVEC. I gruppi di lavoro costituiti, Unità Tecnica di Missione e del Nucleo Tecnico di Progetto, progettano modelli di integrazione e di sviluppo finalizzati ad una maggiore caratterizzazione ed integrazione delle vocazioni delle strutture ospedaliere, alla razionalizzazione delle reti e al miglioramento della continuità fra ospedale e territorio;
3. I contenuti definiti negli accordi di fornitura con le AUSL del territorio di riferimento Bologna e Imola;
4. Il Piano straordinario di produzione chirurgico e ambulatoriale con AUSL BO, in attuazione della DGR 620 del 15/04/2024 e successivi eventuali aggiornamenti.

Il riconoscimento ad Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), intervenuto con Decreto del Ministero della Salute del 19 settembre 2020 e confermato con DM del 20 giugno 2024, ha ulteriormente valorizzato l'eccellenza del Policlinico nell'ambito della ricerca e dell'applicazione delle scoperte e nuove terapie alla cura dei pazienti con importante impatto nell'ambito assistenziale.

Nel prossimo triennio la Direzione Generale e la Direzione Scientifica saranno impegnate a predisporre e realizzare il **Piano Strategico Triennale della Ricerca 2025-2027**, adottato con Deliberazione n. 209 del 17/07/2025.

Il prossimo triennio sarà inoltre caratterizzato dal **rinnovamento tecnologico e organizzativo** connesso alla realizzazione di un programma organico di interventi di

adeguamento delle strutture edilizie, degli impianti e delle attrezzature sanitarie finalizzati a:

- a) sviluppare percorsi assistenziali integrati fra azienda, territorio e università;
- b) completare la configurazione dell'offerta sanitaria ed assistenziale per poli di eccellenza;
- c) promuovere l'innovazione assistenziale e l'appropriatezza clinica e organizzativa;
- d) innovare il sistema di accoglienza, dell'interazione e dell'informazione nei confronti dell'utenza;
- e) migliorare l'accessibilità, sosta e mobilità di tutti gli utenti ed operatori;
- f) ricercare la sostenibilità in termini ambientali, sociali ed economico-finanziaria.

A seguire si riporta il piano strategico di impegni ed azioni che la Direzione intende perseguire in coerenza con gli obiettivi di mandato ricevuti, evidenziando gli aspetti ritenuti rilevanti. L'articolazione segue l'albero della performance che è strutturato su due livelli "sezione" e "sottosezione":

Impegni strategici per valore pubblico e performance

-  Sezione di programmazione dimensione dell'utente
 - Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda;
 - Sottosezione di programmazione dell'integrazione;
 - Sottosezione di programmazione degli esiti.
-  Sezione di programmazione dell'organizzazione e dei processi interni
 - Sottosezione di programmazione dell'offerta e della produzione;
 - Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio sanitario;
 - Sottosezione di programmazione dell'organizzazione;
 - Sottosezione di programmazione della dotazione di personale;
 - Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza.
-  Sezione di programmazione dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo
 - Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica;
 - Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo.
-  Dimensione di programmazione della sostenibilità
 - Sottosezione di programmazione economico finanziaria;
 - Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR;
 - Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica.

3.1 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELL'UTENTE

Tale dimensione è di fondamentale importanza per l'IRCCS riguardando performance relative ad ambiti di diretto impatto e valutabilità da parte degli utenti dei servizi, articolati secondo le seguenti sottosezioni:

- **Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda:** afferiscono a questa sottosezione obiettivi con impatto diretto sulle modalità di accesso degli utenti alle prestazioni e ai servizi;
- **Sottosezione di programmazione dell'integrazione:** afferiscono a questa sottosezione obiettivi relativi all'integrazione di prestazioni e servizi tra i diversi livelli assistenziali con impatto diretto sugli utenti;
- **Sottosezione di programmazione degli esiti:** afferiscono a questa sottosezione obiettivi relativi agli esiti delle prestazioni e dei servizi per gli utenti degli stessi.

3.1.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA

Fanno riferimento a questa sottosezione i seguenti obiettivi di mandato:

- Governo delle liste di attesa;
- Garanzia all'accesso in emergenza-urgenza;
- Accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- Tema dell'inclusione e accessibilità D.Lgs. 222/2023;
- Azioni a supporto dell'equità e della parità di genere.

GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Il presente piano integrato di attività e organizzazione individua per la sotto sezione di programmazione dell'accesso e della domanda i principali obiettivi definiti dal piano regionale per il governo delle liste di attesa.

La DGR 272/2017 e la DGR 603/2019 hanno fissato obiettivi finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna. Con la DGR 404/2020 la Giunta Regionale ha disposto il graduale riavvio delle attività sanitarie sospese a causa dell'emergenza sanitaria, conclusosi durante lo scorso triennio. L'Azienda nei prossimi anni sarà impegnata a dare applicazione alle disposizioni normative ed in particolare dovranno essere garantiti:

1. il rispetto dei **criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali** ed armonizzazione nei criteri di attribuzione delle classi di priorità negli ospedali dell'area metropolitana. Laddove sia possibile, tale obiettivo sarà perseguito anche grazie al sostegno di algoritmi di schedulazione delle sale operatorie sulla base dei criteri di priorità per l'accesso coerentemente con il miglior utilizzo delle risorse di sala e di posto letto, soprattutto per le patologie di medio-bassa complessità;
2. il **controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale**: intensificare i controlli rispetto alle percentuali di pazienti inseriti in lista dal circuito della libera professione ed in particolare la valutazione dello scostamento del tempo di attesa tra i pazienti inseriti in lista da attività istituzionale e quello della libera professione;
3. la **gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione**: tutte le agende di prenotazione dei pazienti chirurgici sono informatizzate ed eventuali ulteriori percorsi seguiranno tali modalità operative, come per esempio la sistematizzazione delle agende di prenotazione dell'area medica e specialistica, laddove non ancora totalmente adeguate;
4. un'**adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini**: si persegue l'obiettivo di migliorare ulteriormente la chiarezza delle informazioni da fornire all'utenza sia su supporto cartaceo che su supporto web. Attraverso la creazione di una Centrale di Gestione delle Liste di Attesa aziendale, è stata uniformata la modalità di contatto dei pazienti e cittadini, e si è garantito un presidio telefonico attivo nei giorni feriali con un orario più esteso;
5. il **governo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati**: in seguito alla diffusione di un'istruzione operativa aziendale che indica specificatamente quali sono i criteri per la manutenzione delle liste di attesa e per il governo delle sospensioni e rinvi, l'attività è monitorata costantemente al fine di valutare i volumi della casistica ed agire di conseguenza. Per la maggior parte delle discipline non si rilevano particolari criticità, mentre per quelle per le quali si rilevano scostamenti significativi, viene mantenuta una diretta e frequente interlocuzione con i responsabili della disciplina che consente di individuare per ciascuna criticità le possibili azioni correttive;
6. la **finalizzazione delle risorse**: attraverso lo sviluppo di sinergie di rete tra aziende pubbliche dell'area metropolitana e il privato accreditato realizzando un progetto metropolitano che, a fronte di una valutazione approfondita delle consistenze di lista, identifichi quale casistica possa essere presa in carico da strutture private accreditate. Tale attività sarà mantenuta per il triennio, in modo da supportare lo smaltimento delle liste di attesa;
7. le **sinergie di rete fra le aziende pubbliche dell'area metropolitana**: la rimodulazione delle attività secondo modelli per intensità di cura, con l'allargamento ad ulteriori piattaforme metropolitane per lo svolgimento dell'attività chirurgica di medio-bassa complessità, sul modello già implementato

con l'Ospedale di Budrio, potrà consentire di ridurre i tempi di attesa della casistica in classe C e D. Nel prossimo triennio proseguirà inoltre l'esternalizzazione delle attività chirurgiche in strutture private presenti sul territorio per consentire all'azienda di garantire attività per patologie gravate dalle liste di attesa nel periodo in cui sono previsti lavori per adeguamenti strutturali connessi alla realizzazione del piano investimenti;

8. **corretta alimentazione del flusso informativo SIGLA e invio dei codici ICD9CM di diagnosi e procedura**

Dovrà essere garantita la completa **alimentazione del flusso informativo** del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa – SIGLA.

Rispetto dei piani di produzione annuali definiti con la Direzione Strategica e finalizzati all'incremento dell'attività chirurgica attraverso l'utilizzo efficiente delle piattaforme produttive aziendali.

A seguire si riporta il trend atteso nel prossimo triennio 2025-2027 rispetto agli indicatori di performance sui tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate.

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Trend atteso nel triennio 2025 - 2027	Commento
Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati: % casi entro i tempi di classe di priorità			56,53	72,91	61,23	75,71	miglioramento	
Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati			85,47	82,97	85,39	85,01	mantenimento	
Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente			66,25	75,88	68,51	76,22	miglioramento	

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2024

ACCESSO APPROPRIATO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'Azienda Ospedaliera IRCCS di Bologna, parte integrante del Sistema Sanitario Pubblico Nazionale e Regionale ed inserita nell'ambito dell'Area metropolitana di Bologna, collabora continuativamente, per la propria quota parte, con l'AUSL di Bologna per il raggiungimento degli obiettivi specifici Regionali posti per l'attività di specialistica ambulatoriale. Partecipa al "tavolo interaziendale della Specialistica Ambulatoriale"

finalizzato al governo sinergico delle criticità in ambito di accessibilità, di appropriatezza, delle modalità di applicazione degli accordi di fornitura (in aderenza alla DGR 1056/2015), dei Tempi di Attesa e della valutazione, revisione e implementazione dei percorsi specialistici ambulatoriali metropolitani. Questi temi sono anche oggetto della DGR 603/2019 ("PRGLA 2019/21"), a loro volta declinati per il livello locale nel relativo atto di recepimento della DGR, ovvero il "Programma Attuativo per il Governo delle Liste di attesa della Città Metropolitana di Bologna _ 1^ sezione - Specialistica Ambulatoriale - 2019/21" del giugno 2019, la cui validità perdura a tutt'oggi e la cui implementazione è tutt'ora e nel tempo oggetto degli interventi e delle azioni aziendali, quale documento di riferimento nella programmazione delle politiche aziendali in materia ambulatoriale.

Inoltre, il policlinico opera in coerenza con le normative in materia con particolare riferimento all'applicazione del piano di produzione ambulatoriale presentato congiuntamente ad Ausl di Bologna, come previsto dalla DGR n.620/2024 validata dalla Regione Emilia Romagna con delibera dirigenziale n.11172 del 31.05.2024.

Pertanto questo Policlinico, nell'ambito delle proprie specificità e competenze e seguendo le normative vigenti e di eventuale futura emanazione regionale, si prefigge, pur per la propria quota parte di attività, di impegnarsi a perfezionare o sviluppare ed, ove necessario e quando possibile, potenziare, in particolare, le seguenti aree di intervento.

1. **Tempi di attesa:** nel corso del 2024 è stata complessivamente rivista la struttura delle agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (sia di primo accesso - primo livello - Cup Metropolitano) sia di presa in carico diretta e interna - secondo livello specialistico - Agende riservate interne - ARI). aderendo completamente alle indicazioni di livello nazionale e regionale. Tale revisione, eseguita in collaborazione con AUSL di Bologna, ha consentito di contribuire al raggiungimento in ambito metropolitano degli obiettivi regionali posti sui tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo livello di primo accesso (offerta in CUP metropolitano) monitorate in ambito regionale (indice di performance target al $\geq 90\%$ calcolato, come da regole Regionali, unitariamente su base metropolitana). A tal fine, ove e quando possibile, si potrà considerare di poter fare ricorso anche agli strumenti economici consentiti dalle normative vigenti, in presenza dei fondi eventualmente disponibili e finalizzati al settore in argomento (per il recupero di eventuali liste di attesa). A questa azione, particolarmente significativa nel 2024, ne seguiranno altre che dovranno garantire negli anni a venire il mantenimento ed il miglioramento continuo del sistema finora realizzato, per consentire di assicurare il raggiungimento degli obiettivi regionali assegnati senza dimenticare la vocazione dell'IRCCS che vede, tra i propri utenti, anche pazienti provenienti da altre regioni.
2. **Regolamento aziendale gestione agende ambulatoriali:** definizione e codificazione di un documento aziendale per la regolamentazione delle attività di programmazione, manutenzione e gestione, corrente e straordinaria, delle agende di prenotazione

informatizzate sia di primo accesso (primo livello - Cup Metropolitano) sia di presa in carico diretta e interna (secondo livello specialistico - Agende riservate interne - ARI). Tale metodologia organizzativa prevede l'applicazione di standard temporali predefiniti e di criteri specifici di riferimento per la programmazione dei calendari delle agende: l'obiettivo è quello di rendere maggiormente efficiente il percorso interno della gestione delle agende e quindi della relativa programmazione dell'offerta, consentendo così anche un miglioramento della tempistica di accessibilità alle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Tale revisione, che proseguirà anche nei prossimi anni, ha portato ~~anche~~ al momento alla ridefinizione di una parte delle regole per consentire un miglioramento del governo dell'offerta attraverso un monitoraggio ed una gestione a livello centrale e la definizione di regole temporali ed operative più precise per la gestione delle attività di apertura e chiusura delle agende di prenotazione. L'azione di revisione sarà continua per assicurare la congruenza con le azioni organizzative via via attuate.

3. **"Reti" di integrazione interaziendale:** collaborare al potenziamento ed allo sviluppo delle "reti" ambulatoriali integrate Ospedale - Territorio. Tale modello prevede da un lato la istituzione ed organizzazione di ambulatori di erogazione, con offerta prenotabile Cup Metropolitano, distribuiti sul territorio della ASL di Bologna dedicati ai primi accessi (ambulatori territoriali di primo livello specialistico) e dall'altro lato la presenza di ambulatori di secondo livello specialistico negli ospedali, con disponibilità dedicata e prenotabile dai punti territoriali (con agende specificamente dedicate dette Gesi-A), per la presa in carico dei casi di maggiore complessità clinica e necessitanti di approfondimenti specialistici propri del livello ospedaliero (a parità di disciplina). Successivamente i pazienti, dopo la gestione ospedaliera di approfondimento e trattamento ed a seguito della stabilizzazione della malattia o della risoluzione del problema clinico, vengono poi rinviati ai punti territoriali di primo livello per la conclusione della presa in carico e monitoraggio nel tempo se necessario (con agende specificamente dedicate dette Gesi-R) o direttamente al proprio curante nei casi di risoluzione della problematica clinica. Tale modello che è già stato sperimentato con successo in alcuni ambiti specialistici, quale per esempio la Dermatologia , ha l'obiettivo di integrare meglio i percorsi di accesso ambulatoriali secondo il principio della "prossimità" al cittadino del primo livello di intervento e della appropriatezza della intensità di cura per il secondo livello specialistico di intervento, salvaguardando la possibilità della presa in carico presso il secondo livello specialistico ed a supporto della Medicina Territoriale. In particolare, nei prossimi anni sarà sviluppato tale modello a supporto della rete ematologica per la quale il Policlinico risulta essere l'unico erogatore nell'area metropolitana di Bologna.
4. **Presa in carico specialistica prescrittiva e prenotativa:** in applicazione delle disposizioni regionali e delle normative nazionali in materia di semplificazione dell'accesso e di presa in carico prescrittiva e prenotativa, l'Azienda intende proseguire

nell'impegno e nel rafforzamento delle modalità operative, già condivise con la AUSL di Bologna e già poste in essere, a garanzia della continuità assistenziale e per la presa in carico specialistica, dopo il primo accesso; ovvero la prescrizione dei controlli/approfondimenti diagnostici successivi di secondo livello specialistico da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente e delle relative prenotazioni dirette all'interno delle strutture afferenti al sistema aziendale. Il modello informatico definito ed implementato a livello aziendale permette, da parte dello specialista, al termine della visita, l'emissione diretta della prescrizione de-materializzata e la eventuale prenotazione di visite di controllo e di prestazioni diagnostiche successive tramite utilizzo di un sistema facilitato al fine di evitare il rinvio al MMG per la sola prescrizione con l'obiettivo di semplificare all'utenza l'accessibilità alle prestazioni prescritte come approfondimento specialistico. Qualora al momento dell'emissione dell'impegnativa il professionista non dovesse essere in grado di prenotare direttamente la prestazione, lo sviluppo di questo modello nei prossimi anni prevedrà anche la possibilità di inserire il paziente in una prelista su agenda interna, evitando quindi al cittadino anche l'onere di recarsi allo sportello polifunzionale.

Sul versante del supporto amministrativo alla prenotazione, l'Azienda, completata la fase di revisione del supporto amministrativo ai professionisti già prevista nel piano precedente con l'introduzione del nuovo modello di "sportello polifunzionale" (sportelli di accettazione, prenotazione, gestione del caso ambulatoriale), intende da una parte, rendere gli sportelli polifunzionali punti di riferimento completamente intercambiabili per la gestione della prenotazione e dei servizi per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale (visite e diagnostica), semplificando di conseguenza il percorso per gli utenti, dall'altra parte, rafforzare il modello organizzativo con l'obiettivo di evitare al cittadino il contatto ripetuto con la struttura per il medesimo accesso. L'azione si inserisce in una più ampia revisione del modello di accoglienza presso il Policlinico (vedi punto Miglioramento dell'accoglienza e dell'accesso). Inoltre, nel corso del 2024, all'organizzazione degli sportelli polifunzionali sono stati affiancati specifici team di presa in carico (dapprima nell'area della radiologia e, successivamente con azioni tutt'ora in corso di implementazione dal 2025, della specialistica). Tali team hanno, ancora una volta, l'obiettivo di semplificare il percorso di accesso degli utenti che, in caso di non disponibilità immediata della prestazione potranno essere inseriti in preliste dedicate e ricontattati gestendo il caso in maniera personalizzata. In considerazione della necessità di garantire il mantenimento continuo dell'offerta di specialistica, l'obiettivo dell'azienda nei prossimi anni è anche quello di rinforzare l'attività di back office a supporto della prenotazione e della sua gestione attraverso l'istituzione di specifici servizi che possano garantire la continuità di utilizzo dell'offerta disponibile.

Informatizzazione: l'Azienda ha completato come da programma l'opera di riorganizzazione e sistematizzazione dell'offerta di specialistica ambulatoriale attraverso il completamento dell'inserimento degli strumenti informatici per la

prenotazione. In questo ambito è ora impegnata in azioni di miglioramento della prescrizione dematerializzata e sul miglioramento dei flussi di rendicontazione dell'attività. Parallelamente intende proseguire nell'opera di diffusione dei sistemi informatizzati per la gestione dei percorsi di accettazione (totem check-in, riscuotitori automatici e sistemi di chiamata), con l'obiettivo di integrarli con altri sistemi informatici per il miglioramento dell'orientamento che si intendono inserire nell'organizzazione al fine di facilitare l'orientamento del cittadino nel campus ospedaliero. In considerazione delle indicazioni regionali relative alla riduzione delle liste d'attesa, nel corso del 2024 sono stati effettuati incontri a livello metropolitano finalizzati alla discussione e ~~progettazione~~ modifica del ~~dei~~-software di prenotazione (ISES) per consentire la corretta gestione del percorso di prenotazione, inserendo i cambiamenti necessari conseguenti all'emissione della normativa regionale e nazionale (ad esempio preliste di prenotazione). Quanto progettato sarà realizzato nel corso del 2025. Nel corso del 2024 è stato implementato negli applicativi aziendali il nuovo catalogo (prestazioni e tariffe) delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, curando anche l'allineamento nelle codifiche tra le prestazioni di specialista ambulatoriale erogate in attività istituzionale ed in libera professione.

5. **Percorso Interaziendale Urgenze (PIU) metropolitano:** questa Azienda continua nell'applicazione dei percorsi codificati per l'accesso e la presa in carico delle richieste urgenti (U e B) secondo le modalità a suo tempo codificate e condivise con la AUSL di Bologna e nel rispetto del quadro normativo nazionale e regionale. In particolare si era già dato seguito all'applicazione integrale degli standard temporali previsti per le "priorità" ambulatoriali dall'Accordo Stato Regioni del febbraio 2019 e recepiti con la DGR 603/2019 (priorità "U" H 72 e priorità "B" brevi 10gg), in tutti i canali di accesso e prenotazione informatizzata. Rispetto ai percorsi locali metropolitani si intende proporre all'AUSL di Bologna una manutenzione del sistema dei percorsi locali: operativi, gestionali, informativi e prenotativi in essere per migliorare ulteriormente la presa in carico dei casi secondo il principio sia della migliore "prossimità territoriale" della residenza del paziente ai luoghi di cura, sia quello di "appropriatezza prescrittiva" rispetto alla corrispondenza tra priorità richiesta e quesito diagnostico clinico prioritario, così come previsto anche dalle indicazioni regionali; nonché di "livello specialistico" (cosa prescrivere in prima battuta per avviare una successiva presa in carico adeguata).
6. **Cup Web:** questa Azienda, d'intesa con l'AUSL di Bologna, è impegnata nelle azioni necessarie per mantenere il piano della prenotabilità della maggioranza delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso e di primo livello sul canale WEB del CUP metropolitano. Infatti l'ampliamento del catalogo delle prestazioni prenotabili richiede particolare cura nella selezione delle prestazioni e la rimozione di alcuni vincoli tecnici prenotativi all'accesso (per esempio l'eliminazione del quesito diagnostico) quale requisito necessario per accedere alle agende nel sistema di prenotazione CUP

attraverso più canali, senza compromettere il funzionamento del sistema complessivo e garantire l'efficacia della prenotazione elettronica on line.

7. Controllo sulle relazioni fra attività libero professionale ed attività istituzionale:

ai fini della corretta gestione delle prenotazioni e dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in regime di libera professione, l'Azienda intende proseguire nelle attività di monitoraggio dei volumi di prestazioni erogate in libera professione e nel confronto tra questi volumi e l'erogazione delle relative tipologie di prestazioni in regime istituzionale. Adempie, inoltre, come da programmazione regionale e ministeriale, al monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime di libera professione. Infine, l'attivazione di specifiche agende di prenotazione e gestione delle attività in libera professione consente di monitorare tutto il processo dalla fase di prenotazione a quella di pagamento e rendicontazione favorendo l'informatizzazione dell'attività di controllo. Per quanto riguarda i processi interni proseguono le azioni finalizzate allo snellimento dei processi amministrativi, introducendo modalità digitali, per contrarne i tempi di espletamento e porre particolare attenzione alle attività di controllo e di rendicontazione. Nel 2025 è stato nominato il nuovo Osservatorio aziendale per l'attività libero professionale che ha tra i propri obiettivi la revisione del documento "Atto aziendale per l'erogazione della libera professione" e il monitoraggio continuo delle attività erogate in libera professione. Tra gli obiettivi assegnati alle articolazioni aziendali che presidiano il processo di erogazione della libera professione anche la rivalutazione dei determinanti di costo per le prestazioni erogate in tale regime di erogazione e il miglioramento del presidio per il governo economico delle attività. E', infine, in corso di costruzione un cruscotto di indicatori in grado di rappresentare l'efficienza e la qualità del servizio fornito, attraverso l'implementazione di un sistema di Business Intelligence aziendale che consentirà di interrogare agevolmente i tariffari ambulatoriali e di ricovero, potendo applicare filtri specifici sulle varie componenti di costo, e poter monitorare l'andamento delle tariffe.

A seguire si riportano gli indicatori di monitoraggio della performance e il trend atteso per il triennio 2025-2027. Si precisa che gli indicatori relativi alle performance della specialistica ambulatoriale sono misurati su ambito del territorio di riferimento, nel caso specifico sono stati inseriti i valori dell'AUSL di Bologna rispetto ai quali l'Azienda contribuisce in termini di volumi di offerta e di attività.

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Trend atteso nel triennio 2025 - 2027	Commento
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg (AUSL BO)	86,92	84,31	83,41	89,71	89,35	85,61		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg (AUSL BO)	92,31	92,45	89,86	93,91	96,05	94,09		
Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg (AUSL BO)	99,87	88,71	99,84	89,37	99,89	89,74		
% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D (tipo accesso = 1 - SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe D - NSG (AUSL BO)					84,22	76,08		
% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B (tipo accesso = 1 - SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe B - NSG (AUSL BO)			95,63	75,35	97	80,21		
% del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2) - AUSL BO					37,84	37,49		
% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte (AUSL BO)	98,32	98,23	98,51	98,41	98,65	98,79	Mantenimento	

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2024

GARANZIA DELL'ACCESSO IN EMERGENZA URGENZA

OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI ALL'INTERNO DEL PERCORSO DI PRONTO SOCCORSO

L'Azienda, in ragione dei notevoli cambiamenti organizzativi che si sono stati svolti per le azioni contenute nel Piano Direttore e un conseguente riassetto complessivo

dell'area medica, nei prossimi tre anni contribuirà a migliorare ed uniformare il flusso informativo di Pronto Soccorso (EMUR) oltre che le modalità operative interne.

Nel prossimo triennio particolare attenzione sarà essere posta all'obiettivo di miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'utilizzo della risorsa posto letto, anche al fine di sostenere adeguatamente i piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronto Soccorso. A tal fine, in collaborazione con l'equipe medica ed infermieristica, sarà sviluppato un progetto di miglioramento che comprenderà sia la ridefinizione del ruolo del medico d'area che dell'infermiere "flussista" con la definizione di procedure operative interne di collaborazione con i bed manager.

Per migliorare i tempi di boarding e i tempi interni al pronto soccorso verrà sviluppato e continuerà ad operare un gruppo di lavoro con il fine di individuare degli indicatori utili alla gestione e monitoraggio. È inoltre in fase di avvio un tavolo di lavoro interaziendale con AUSL per il monitoraggio dei flussi di accesso ai Pronto Soccorso e per l'implementazione di strategie condivise di bed management.

È stato sperimentato inoltre, e verrà perseguita, la progettualità di dotare l'Azienda di una Admission Room finalizzata ridurre i tempi di boarding così come il coinvolgimento del servizio trasporti interno e della COU118.

In collaborazione con i servizi territoriali, e coerentemente con le progettualità di AUSL, saranno potenziati percorsi alternativi al ricovero che consentano la presa in carico dei pazienti con condizioni di fragilità sanitaria (pazienti cronici e/o polipatologici) o sociale, con il coinvolgimento delle UO internistiche e geriatriche del policlinico.

Come ulteriore azione, finalizzata principalmente al paziente anziano e fragile, si consoliderà il percorso dedicato al paziente fragile con il coinvolgimento della equipe del PS Generale e dei geriatri. Il progetto ha lo scopo di individuare precocemente il paziente con caratteristiche di fragilità per poter essere assistito un pl dedicati sia in OBI che nei reparti di degenza dopo aver goduto di una valutazione multidisciplinare e multiprofessionale che ha indaghi sia i domini clinici che sociali e cognitivi. Tale progetto attivato in via sperimentale sarà valutato nella riorganizzazione del Dipartimento dell'integrazione interaziendale che si propone di avviare già nel corso del 2025.

Sempre per rendere più veloci i tempi di permanenze in PS è stata sperimentato e già valutato congiuntamente alla Direzione Servizi Ospedalieri un progetto che permetta di anticipare la richiesta di esami fin dal triage per patologie specifiche e su protocolli clinici proceduralizzati senza attendere la visita medica. Questa soluzione ha permesso al paziente di risparmiare tempo in modo da avere gli esami di laboratorio standard già refertati nel momento della presa in carico medica.

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Trend atteso nel triennio 2025 - 2027	Commento
% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	64,81	73,96	63,91	75,87	63,21	72,34	Miglioramento	
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG (AUSL BO)	114,23	120,19	113,8	121,86	116,67	124,25		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2024

SVILUPPO DI MODELLI DI PRESA IN CARICO DELLE CASISTICHE DI MINOR GRAVITÀ CLINICA TRAMITE AMBULATORI DI BASSA COMPLESSITÀ

Con delibera 1206/2023 recante “Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia Romagna” la RER ha redatto un piano di riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza, con l'intenzione di trasferire gli accessi potenzialmente inappropriati, verso strutture per la gestione di urgenze differibili e non urgenze, definendo la tipologia di casistica, i requisiti delle strutture e la tipologia di servizi erogati. Tali strutture vi sono i Centri di Assistenza Urgenza (CAU), che hanno il compito di migliorare la tempestività di presa in carico dei cittadini con problematica a bassa complessità contribuendo al, migliorando il tempo di attesa per la risposta alle necessità più impellenti. Presso IRCCS è stato attivato un CAU nel maggio 2024 e in collaborazione con il Dipartimento di Cure primarie si svilupperanno progettualità per incrementare la quota di popolazione che potrà rivolgersi al CAU invece che al PS anche tramite lo sviluppo delle centrali 11611.

Si sottolinea che rispetto al 2022 nel corso del 2024 si è registrato a livello Aziendale sommando gli accessi del PS Generale e dei PS specialistici una riduzione del 7,5% di accessi per casi di minore gravità (bianchi e verdi). Approfondendo sul PS Generale la riduzione è stata del 21,3%.

PROMOZIONE DELLA PARTECIPAZIONE E DELLA RESPONSABILIZZAZIONE DEI CITTADINI ATTRAVERSO STRUMENTI E MODELLI CHE CONSENTANO ANCHE DI RIDURRE DISTANZE E DISEGUAGLIANZE: AZIONI FINALIZZATE ALLA INCLUSIONE E ACCESSIBILITÀ EX D.LGS. N. 222/2023

La riduzione delle diseguaglianze all'interno della Pubblica amministrazione passa attraverso il tema dell'inclusione sociale e dell'accessibilità delle persone con disabilità.

In data 13 dicembre 2023 è stato approvato il Decreto Legislativo 13 dicembre 2023, n. 222 avente ad oggetto "Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227".

Per accessibilità si intende "l'accesso e la fruibilità, su base di eguaglianza con gli altri, dell'ambiente fisico, dei servizi pubblici, compresi i servizi elettronici e di emergenza, dell'informazione e della comunicazione, ivi inclusi i sistemi informatici e le tecnologie di informazione in caratteri Braille e in formati facilmente leggibili e comprensibili, anche mediante l'adozione di misure specifiche per le varie disabilità ovvero di meccanismi di assistenza o predisposizione di accomodamenti ragionevoli" (art. 1, comma 2).

Il decreto modifica la disciplina del PIAO e introduce disposizioni finalizzate a garantire l'accessibilità alle pubbliche amministrazioni da parte delle persone con disabilità o ultrasessantacinquenni e l'uniformità della tutela dei lavoratori con disabilità presso le pubbliche amministrazioni sul territorio nazionale al fine della loro piena inclusione, nel rispetto del diritto europeo e internazionale in materia. In particolare, prevede che: le pubbliche amministrazioni, nell'ambito del personale in servizio, individuino un dirigente amministrativo ovvero un altro dipendente ad esso equiparato, che abbia esperienza sui temi dell'inclusione sociale e dell'accessibilità delle persone con disabilità anche comprovata da specifica formazione.

Tale incaricato è chiamato a programmare gli strumenti per consentire concretamente ai cittadini affetti da disabilità la piena fruizione dei servizi, sia pianificando quanto occorre per consentire un agevole e sicuro accesso ai locali, sia per rendere semplice il dialogo online. È chiamato a definire nel PIAO gli obiettivi di performance finalizzati alla corretta gestione del rapporto di lavoro con i lavoratori disabili, in base ad obiettivi formativi annuali e pluriennali.

Inoltre, l'art.4 del Dlgs 222/2023 modifica il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 per i seguenti aspetti:

- nel valutare la performance individuale e organizzativa si tiene conto del raggiungimento o meno degli obiettivi per l'effettiva inclusione sociale e la possibilità di accesso alle persone con disabilità;

- gli obiettivi, anche nell'ottica di una corretta allocazione delle risorse, assicurano l'effettiva inclusione sociale e le possibilità di accesso delle persone con disabilità.

L'Azienda si propone di assicurare l'effettiva inclusione sociale e le possibilità di accesso delle persone con disabilità e delle persone ultrasessantacinquenni dando piena attuazione al predetto D.Lgs. n. 222/2023:

- mediante specifiche azioni che verranno attuate nel triennio 2025/2027 per realizzare la piena accessibilità fisica e digitale;
- definendo nelle schede di budget i relativi obiettivi specifici.

In quanto Azienda Sanitaria è da sempre attenta alla semplificazione dell'accesso ai servizi da parte dei cittadini in condizione di fragilità e ha da tempo messo in campo azioni per la progettazione di modelli operativi che migliorino la fruibilità dei servizi sanitari e amministrativi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie, con riferimento all'accoglienza in senso lato, all'umanizzazione delle cure, all'inclusività, all'accessibilità e alla sostenibilità ambientale. Tra le progettualità correlate a tale tematica si evidenziano:

- la definizione del Piano Direttore 2021-2035, strumento di pianificazione strategica e modello di sviluppo edilizio, impiantistico e tecnologico con un focus dedicato ai temi dell'accessibilità e miglioramento dell'accoglienza, sicurezza dei luoghi di cura, miglioramento degli spazi e dei servizi di supporto;
- la collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2020-2021), nell'ambito della quale il Policlinico si è configurato come caso studio finalizzato ad indagare modalità di sviluppo e implementazione di standard e procedure - tecniche e organizzative- utili al potenziamento di una realtà sempre più efficiente, innovativa e resiliente, con un particolare focus sui temi di Wayfinding e accoglienza dell'utente;
- la collaborazione con professionisti specializzati incaricati di produrre uno studio degli aspetti di orientamento e accessibilità del contesto ospedaliero e le conseguenti linee di indirizzo per la successiva progettazione esecutiva;
- l'accordo operativo ex art. 15 l. 241/90 con l'Alma Mater Studiorum-Università di Bologna-Dipartimento di Architettura per lo sviluppo di un approccio multidisciplinare alla rigenerazione urbana dell'IRCCS AOU BO, anche tramite la strutturazione di una risposta strategica legata ai temi dell'Accoglienza;
- l'aggiornamento e la rimodulazione degli obiettivi del gruppo di lavoro aziendale "Wayfinding e Service Design", che prevedono il supporto all'implementazione del concept utile a riorganizzare il sistema di comunicazione relativo a orientamento e accessibilità del contesto ospedaliero;
- l'individuazione di task force per il coordinamento e sviluppo delle attività congiuntamente con i professionisti esterni e con il personale individuato da UNIBO, per lo sviluppo di attività dedicate al supporto di utenti con disabilità motoria, per una migliore fruizione degli spazi esterni del Policlinico, per il

potenziamento di strumenti di accesso alle prestazioni (es. promemoria di appuntamento).

La Direzione ha individuato come prioritarie le attività/progettazioni volte a dare una risposta al tema della mobilità nell'area policlinico delle persone con difficoltà motorie nonché a ridefinire tutto il sistema dell'orientamento in area esterna e facilitare percorsi di accoglienza e l'accesso alle prestazioni.

Si riportano di seguito le principali azioni per il triennio 2025-2027 in materia di accessibilità fisica e digitale.

MIGLIORAMENTO DELL'ACCOGLIENZA E DELL'ACCESSO

L'Azienda è impegnata in un percorso articolato di miglioramento delle attività di accoglienza ed accesso con l'obiettivo di rendere più semplice la fase di accesso ed accompagnare completamente il cittadino nel percorso di cura.

Le fasi di accoglienza ed accesso sono, infatti, i momenti iniziali del percorso di cura e sono importanti perché proprio in questo momento si gettano le basi per la costruzione di una relazione con l'utente basata sul concetto di presa in carico e di aiuto nell'orientamento e nel facilitare l'accesso ai servizi. Si tratta di una interazione complessa influenzata da diversi elementi: informativi, di relazione interpersonale, di "comfort" ambientale, di organizzazione del lavoro, e, se gestito con efficacia, contribuisce a migliorare la qualità dell'assistenza.

Per questo motivo la progettazione del sistema di accoglienza ed accesso deve essere unitaria e deve prevedere azioni che si articolano sia su processi ed attività "esterne" ovvero verso i cittadini che frequentano a vario titolo l'ospedale, sia su processi ed attività "interne" che devono essere ripensate per riprogettarle nella logica della completa presa in carico dei bisogni degli utenti e dei pazienti.

Nel percorso di riprogettazione dell'accoglienza e dell'accesso l'Azienda ha ritenuto di istituire una struttura che nella sua "mission" deve occuparsi in maniera integrata dei due temi ed ha individuato un gruppo di lavoro aziendale "Wayfinding e Service Design" per la sperimentazione di nuove modalità di analisi dei processi anche attraverso strumenti e pratiche di Service Design.

In questi ambiti l'Azienda è impegnata nel:

1. **Miglioramento del wayfinding con particolare attenzione alle aree esterne:** nel corso del 2024 è stato attivato un progetto finalizzato a migliorare l'accessibilità e l'umanizzazione del contesto ospedaliero, favorendo l'orientamento di pazienti, familiari e visitatori, con particolare attenzione alle persone con disabilità. Il progetto ipotizza numerosi interventi, quali ad esempio la suddivisione dell'area in quartieri contraddistinti da un codice colore per favorire l'orientamento e alcune

azioni sulle aree esterne per aumentare la fruibilità degli spazi verdi. Tra le azioni individuate anche un chiosco informativo posizionato in un punto strategico come evidenziato da un'analisi basata sullo studio dei flussi degli utenti. Con l'attivazione di uno specifico gruppo "segnaletica" sono state poste le basi di una nuova segnaletica aziendale con l'obiettivo di consentire un migliore orientamento dell'utente in un campus complesso.

Le azioni del gruppo "Wayfinding e Service Design" proseguiranno nel corso dei prossimi anni con l'obiettivo di facilitare l'orientamento dell'utente in una struttura "complessa" come quella dell'IRCCS individuando via via aree e ambiti di azione.

2. **Revisione del ruolo del personale addetto all'accoglienza e all'accesso:** nei prossimi anni continueranno le azioni formative attraverso l'organizzazione di iniziative formative dedicate al personale dei punti informativi (che dovranno evolvere verso "punti di accoglienza") e degli sportelli polifunzionali e dei team di presa in carico. Le iniziative formative, eseguite sia come formazione sul campo sia attraverso veri e propri momenti di formazione in aula, riguarderanno specifici temi collegati al concetto di "presa in carico" dell'utente con tutte le sue esigenze informative e di accoglienza, cercando di stimolare questo personale verso un ruolo più attivo e favorirne la capacità di lavorare come gruppo e non come insieme di singoli soggetti.
3. **Ridefinizione dell'assetto degli attuali "punti informativi":** nel corso del 2024 è stato dato corso a quanto definito per l'assetto dei punti informativi. In particolare è stato potenziato il servizio in fascia oraria diurna ed è stato ridotto quello in fascia oraria notturna in considerazione della scelta di fare evolvere i punti nei padiglioni verso punti di accoglienza ed in coerenza con le valutazioni relative al numero di pazienti che accedono alla struttura. Sono proseguite anche le azioni di monitoraggio dei flussi di utenti e di contatti per consentire di adattare via via il servizio alle necessità emergenti anche considerando i numerosi lavori edili che sono in corso all'interno della struttura. L'assetto dei punti informativi è in costante revisione in considerazione dei monitoraggi dei dati e delle necessità organizzative emergenti.
4. **Ridefinizione delle attività e della mission della centrale telefonica:** il servizio della centrale telefonica deve essere profondamente rivisto e deve essere favorita la sua evoluzione verso un call center aziendale in grado di gestire, attraverso strumenti adeguati, come ad esempio un CRM, i bisogni informativi e (in previsione) prenotativi degli utenti. Anche in questo caso le azioni dedicate al miglioramento degli strumenti operativi (che sono necessarie per progettare un miglioramento del servizio erogato) dovranno essere accompagnate da specifiche iniziative formative volte a favorire, anche per questo personale, il cambiamento verso la presa in carico dell'utente con i suoi bisogni informativi/prenotativi e la capacità di migliorare il lavoro in team. Tra gli strumenti necessari si potranno anche sperimentare iniziative di applicazione di strumenti di intelligenza artificiale.
5. **Introduzione di strumenti innovativi:** su questo versante nei prossimi anni proseguiranno le attività per l'implementazione delle funzioni dell'app easy hospital

e per il mantenimento delle informazioni per garantirne il costante aggiornamento (con il coordinamento di ICT), mentre proseguirà la sperimentazione per l'introduzione dell'avatar di intelligenza artificiale "Emilia".

Nell'ottica del miglioramento dell'accoglienza e dell'accesso si inserisce anche il percorso per l'accoglienza dei pazienti affetti da grave disabilità intellettiva e motoria (DAMA) presso il Pronto Soccorso Generale. Il percorso consiste in una presa in carico prioritaria permettendo di ridurre al minimo il disagio e i tempi di attesa. Il paziente, infatti, viene sottoposto a visita medica il prima possibile e ha la precedenza su tutti gli altri pazienti con medesimo codice colore. E' garantita inoltre la possibilità per i familiari e i care-giver, identificabili tramite apposito tesserino, di essere presenti durante la maggior parte delle fasi dell'iter diagnostico-terapeutico, oltre a essere aggiornati regolarmente dal personale sanitario sulle condizioni di salute del paziente. Il modello adottato rafforza quindi la definizione di percorsi dedicati e facilitati di accesso e di assistenza secondo dei criteri condivisi con le principali realtà associative del territorio.

Inoltre, sono state applicate altre misure per favorire l'accessibilità o fisica e digitale:

- installazione di un servizio di presa in carico e rilascio carrozzine innovativo in quanto automatizzato, interconnesso e di semplice utilizzo in tre aree del Policlinico;
- attivazione del servizio di interpretariato nella Lingua dei Segni Italiana (LIS), o, a necessità, in LIST o Labiolettura, per migliorare l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari da parte dei cittadini con sordità o sordocecità favorendone la relazione/comunicazione con gli operatori sanitari;
- attraverso il proprio sito istituzionale, è stata favorita l'accessibilità digitale dei cittadini, in particolare degli ultra sessantacinquenni o di coloro che presentano disabilità motoria, sensoriale o disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD).

L'ascolto e il coinvolgimento delle Associazioni sono fondamentali anche per l'attuazione delle azioni che il Policlinico intende promuovere per l'inclusione e l'accessibilità. Tale coinvolgimento avverrà nell'ambito del Comitato Consultivo Misto aziendale, composto da rappresentanti delle Associazioni di Volontariato impegnate in ambito sanitario, da Associazioni di Tutela e difesa dei diritti degli utenti iscritte al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore che operano attivamente in campo sanitario e sociosanitario e da rappresentanti aziendali designati dall'Azienda.

AZIONI A SUPPORTO DELL'EQUITÀ E DELLA PARITÀ DI GENERE

L'Azienda IRCCS AOUBO si impegna a redigere un Piano di Equità Metropolitano che nasce da un percorso congiunto condotto dai referenti per l'equità delle aziende sanitarie della città metropolitana di Bologna, collettori delle istanze e delle azioni delle rispettive organizzazioni e dei territori di riferimento. Già incaricati all'interno delle rispettive aziende, i referenti assumono anche un ruolo attivo nel Board Equità Regionale – istituito

con determinazione regionale n.28136 del 23 dicembre 2024 “Costituzione del gruppo di coordinamento regionale equità ai sensi dell’art. 40, comma 1, lett. M della legge regionale n. 43/2001”. Il tutto si inserisce in un contesto regionale coordinato dal settore di Innovazione nei servizi sanitari e sociali della Regione Emilia-Romagna - Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

Il Piano equità Metropolitano la cui stesura finale è prevista entro dicembre 2025 - primi mesi del 2026 si pone l’obiettivo di rafforzare l’integrazione con altri sistemi e assetti organizzativi aziendali che, pur differenti nella loro configurazione all’interno delle quattro aziende sanitarie coinvolte, risultano strettamente collegati al lavoro del board. Tra questi si evidenziano i sistemi aziendali dedicati all’inclusione, all’accessibilità, al disability e al diversity management, nonché i Comitati Unici di Garanzia.

Seguirà entro la fine del 2025 la rivalutazione dei componenti del Board Equità locale e la definizione del Piano equità aziendale 2026/2028. Si specifica che il Piano di Equità dell’IRCCS AOUBO 2023-2025 prevede obiettivi inseriti anche in ambito interaziendale e che stanno tutt’ora proseguendo con l’AUSL e che verosimilmente saranno ripresi anche nel Piano Aziendale Equità 2026- 2028 per valutare l’efficacia delle azioni. Tra questi si menzionano:

- assistenza in acuto in caso di violenza di genere;
- assistenza in acuto alla donna vittima di violenza sessuale;
- assistenza in acuto ai minori vittime di violenza sessuale;
- assistenza in acuto all’ uomo e transgender vittime di violenza sessuale;

Le macro-aree strategiche che fanno sviluppare all’interno del Piano di Equità Aziendale 2026-2028, sono state individuate da confronti interaziendali durante gli incontri con la Regione all’interno del gruppo di coordinamento regionale equità:

- Promozione della cultura dell’equità: agire sul sistema interno per renderlo consapevole, accogliente e orientato a valorizzare le differenze, attraverso percorsi di formazione, sensibilizzazione e ri-orientamento dei processi;
- Accesso, continuità e prossimità: questo ambito si concentra sul rafforzamento dei percorsi di cura rendendoli più accessibili, comprensibili e inclusivi. Contrastare le barriere digitali, linguistiche, culturali e fisiche che ancora oggi limitano l’equità nell’accesso ai servizi;
- Valutazione delle dimensioni equity nell’ambito della telemedicina per la migliore fruizione del servizio da parte dell’utenza;
- Diversity management: adozione di politiche e pratiche che riconoscano e valorizzino la diversità all’interno delle organizzazioni sanitarie, promuovano il benessere del personale e contrastino ogni forma di discriminazione. Particolare rilevanza assume, anche in questo contesto, la collaborazione

strutturata con i Comitati Unici di Garanzia e con le figure di coordinamento delle politiche di inclusione:

- Interventi in ottica di genere: coinvolgimento partecipativo delle funzioni aziendali all'evento formativo "Il benessere delle persone LGBTQIA+ nel sistema dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari della RER" (inizio ottobre 2025). IRCCS AOU BO ha già provveduto ad identificare e comunicare alla Regione i partecipanti dell'Azienda stessa;
- Health Literacy: migliorare la comprensione e l'utilizzo delle informazioni sanitarie, rendendo i materiali informativi e i percorsi comunicativi più chiari, accessibili, inclusivi e culturalmente sensibili.

3.1.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELL'INTEGRAZIONE

La sottosezione di programmazione dell'integrazione sviluppa le azioni che sono state realizzate con i principali interlocutori istituzionali dell'Azienda, la Regione Emilia-Romagna, l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, la Conferenza Socio-Sanitaria Territoriale Metropolitana e le Aziende sanitarie dell'area metropolitana bolognese, per la realizzazione dei seguenti obiettivi strategici, formalizzati nell'accordo di programma:

1. procedere congiuntamente a razionalizzare le reti ospedaliere in pieno coordinamento con la revisione dei modelli organizzativi dell'assistenza distrettuale, al fine di realizzare una più **efficace integrazione dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali**, funzionali a miglioramenti in termini di efficienza complessiva, continuità assistenziale, sicurezza e qualità;

2. caratterizzare maggiormente e integrare tra loro le **vocazioni delle strutture ospedaliere** nell'intera Area metropolitana, anche per perseguirne la piena valorizzazione rispetto alle funzioni previste dalla programmazione regionale e nazionale, con particolare riferimento a quelle che possono candidarsi - anche sulla base di impegni di lungo termine da parte della Regione - a divenire punti di riferimento per le reti assistenziali di interesse regionale, nazionale ed europeo;

3. adottare modelli organizzativi in grado di contemperare al meglio gli obiettivi assistenziali sopra richiamati con le funzioni proprie dell'Università, in coerenza con gli obiettivi di rafforzata **collaborazione istituzionale nelle attività di ricerca e didattica**, così come definiti dal recente Protocollo d'intesa Regione-Università;

4. **integrare più efficacemente le attività assistenziali degli Irccs all'interno delle reti cliniche dell'Area metropolitana**, nonché favorire la loro capacità di trasferire in tempi rapidi i risultati delle proprie attività di ricerca istituzionale sul piano assistenziale.

RAFFORZAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CURA NELL'AMBITO DI SALUTE DELLA DONNA, INFANZIA, ADOLESCENZA E PERCORSO NASCITA

Nell'ambito Materno Infantile e Pediatrico in coerenza con gli obiettivi di mandato assegnati e con gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale si propongono i seguenti obiettivi:

- Redazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della sindrome delle apnee ostruttive del sonno in età pediatrica. Il documento è concluso, in attesa della validazione da parte di tutti gli attori coinvolti per procedere con la successiva pubblicazione. Sono iniziati gli incontri con gruppo di lavoro aziendale, si prevede di completare il documento entro fine 2025;
- Redazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale (AUSL e IRCCS AOUBO) per pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) dell'Età Evolutiva. Il PDTAI è stato concluso e pubblicato nelle rispettive intranet delle due aziende coinvolte. Nel mese di giugno 2025 è stato effettuato il primo audit interaziendale degli indicatori del percorso. Nel 2026 è previsto l'aggiornamento del PDTAI e successivi AUDIT annuali degli indicatori;
- Sono in corso gli incontri con il gruppo interaziendale per la stesura del documento;
- Audit degli indicatori del PDTAI del paziente pediatrico con diabete entro fine 2025, per il 2026 è previsto l'aggiornamento del PDTAI e successivi AUDIT annuali;
- Redazione della Procedura Interaziendale sulla circoncisione rituale/culturale in applicazione della DGR 1228 del 2-8-2021. La procedura è stata conclusa e pubblicata;
- Effettuato il primo incontro con il gruppo di lavoro interaziendale;
- Revisione del PDTAI sulla Labiopalatoschisi entro fine 2025;
- Revisione e sviluppo in ambito interaziendale con AUSL BO del PDTA per la presa in carico della paziente con Endometriosi. Il PDTAI è stato concluso e pubblicato nelle rispettive intranet delle due aziende coinvolte. Nel 2025 è programmato il primo audit interaziendale degli indicatori del percorso.
- Redazione in ambito interaziendale con AUSL BO del PDTA per la presa in carico della paziente con ipertensione pediatrica. Il PDTAI è stato concluso e pubblicato nelle rispettive intranet delle due aziende coinvolte. Nel 2026 è programmato l'AUDIT degli indicatori.
- Audit per il mantenimento dei requisiti CNT/CNS per la PMA;
- Audit per il mantenimento dei requisiti CNT/CNS per il Programma Trapianto-Pediatrico di CSE;
- Revisione del PDTA Trapianto di cuore e trattamento dello scompenso cardiaco avanzato nel paziente pediatrico e adulto con cardiopatia congenita (e rinnovo autorizzazione regionale del Centro Trapianto).

Obiettivi strategici 2025-2027

In coerenza con gli obiettivi di mandato e con la programmazione sanitaria regionale, le linee di sviluppo per il prossimo triennio sono articolate nelle seguenti aree:

1. **Formazione e sviluppo professionale**

La Rete CPP si configura come un sistema in continua evoluzione che richiede formazione continua e specialistica per tutti i professionisti coinvolti.

- *Formazione di base:* Obiettivo di coinvolgere almeno l'80% dei professionisti delle Unità Operative pediatriche attraverso il corso FAD "Cure Palliative Pediatriche: cosa sono e come attivarle", disponibile sulla piattaforma e-laber e costantemente aggiornato dal Coordinatore di Processo.
- *Formazione intermedia/specialistica:* Almeno il 15% dei medici e infermieri dovrà accedere a master, corsi CAF e percorsi residenziali specialistici per approfondire competenze specifiche.
- Estensione della formazione a tutte le figure professionali coinvolte nei percorsi di CPP: fisioterapisti, logopedisti, psicologi e assistenti sociali, al fine di consolidare l'approccio multidisciplinare.

2. **Percorsi ambulatoriali integrati:** Implementazione di attività ambulatoriali multidisciplinari e integrate per facilitare il confronto in équipe e con le famiglie, promuovendo percorsi di cura personalizzati e coerenti con le esigenze del bambino.

3. **Miglioramento della pratica clinica**

- Revisione sistematica delle procedure esistenti e introduzione di protocolli condivisi per la gestione di pazienti pediatrici complessi, quali portatori di presidi (tracheostomia, catetere venoso centrale a permanenza, gastrostomia).
- Sviluppo di un progetto comune per l'educazione terapeutica dei caregiver, in collaborazione con i servizi territoriali e il gruppo regionale di Coordinamento della Rete CPP, al fine di migliorare la qualità della presa in carico e l'empowerment familiare.

4. **Ricerca e innovazione:** Avvio di un progetto di ricerca autorizzato dal Comitato Etico, con l'obiettivo di promuovere programmi di ricerca multicentrici e interaziendali. Le attività di ricerca avranno carattere qualitativo e osservazionale, focalizzandosi sull'analisi retrospettiva e prospettica dei fenomeni assistenziali, nonché sull'ottimizzazione dei modelli organizzativi di gestione e presa in carico. Incontri periodici di progettazione e aggiornamento garantiranno il coinvolgimento attivo di tutte le realtà della rete.

Dall'istituzione della figura del Coordinatore di Processo per le CPP (deliberazione n. 324, del 18.11.2021), si è avviato lo sviluppo della **Rete Regionale delle Cure Palliative Pediatriche** all'interno del nodo Ospedale S. Orsola, come definito dalla DGR

n.857/2019. Dal 01/12/2022 sono stati presi in carico dal Coordinatore di Processo (CdP) 227 pazienti, di cui 205 ancora in carico ad oggi e si evidenziano i seguenti aspetti:

- età media: 9 anni
- n. medio di servizi ospedalieri che hanno in carico il paziente: 3
- complessità assistenziale (ACCAPED):
 - bassa: 18%
 - media: 34%
 - alta: 48%

In coerenza con gli obiettivi di mandato assegnati e con gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale si propongono i seguenti obiettivi divisi per area:

Formazione: costituisce parte attiva di una Rete di CPP in costante aggiornamento ed evoluzione. Nella Rete Regionale vengono garantiti programmi di formazione continua e specialistica in CPP rivolti a tutti i professionisti che operano sul territorio regionale.

Per questo motivo si pone come obiettivo la formazione in CPP:

- livello base: almeno 80% dei professionisti afferenti alle U.O. pediatriche (tab1) - attraverso il corso FAD "Cure Palliative Pediatriche: cosa sono e come attivarle" disponibile sulla piattaforma e-laber, ideato e realizzato dal Coordinatore di Processo per le CPP. Il corso è realizzato per i professionisti dell'IRCSS S.Orsola e verrà mantenuto aggiornato in modo da fornire informazioni sempre aggiornate sui percorsi intra ed extra aziendali.
- livello intermedio/specialistico: almeno il 15% dei medici e infermieri in ogni U.O. pediatrica attraverso Master/CAF e corsi residenziali.

Si sottolinea altresì l'importanza della formazione di tutte le altre professioni coinvolte nei percorsi di CPP: fisioterapisti, logopedisti, psicologi e assistenti sociali afferenti alle U.O. pediatriche.

Percorsi ambulatoriali integrati: programma di attivazione di un ambulatorio integrato – day service - day hospital, in cui il paziente possa essere visitato da tutti gli specialisti che lo hanno in cura, e che questi possano confrontarsi stabilmente in equipe e con la famiglia sul percorso di cura più adeguato al bambino. A questo ambulatorio possono afferire tutti gli specialisti dei servizi pediatrici e in consulenza anche gli specialisti degli altri servizi.

Azioni di miglioramento della pratica clinica: programma di revisione delle procedure in uso e l'introduzione di nuove procedure condivise per la gestione del bambino

complesso, ad es. portatore di presidi come la tracheostomia, il CVC a permanenza, la gastrostomia. Sviluppo di un progetto comune a tutte le U.O. per l'educazione terapeutica dei caregiver, in collaborazione con i servizi territoriali di afferenza e il gruppo regionale di Coordinamento della Rete CPP.

Comunicazione e coordinamento rete regionale CPP: progetto di realizzazione di una pagina intranet/internet dedicata alle CPP, con informazioni utili per la cittadinanza e per il professionista, risorse, link e contatti. Sviluppo della partecipazione dei referenti aziendali ai meeting del "Gruppo di Coordinamento Regionale" programmati.

Attività di ricerca: verrà promosso l'avvio di programmi di ricerca multicentrici e interaziendali grazie ad incontri periodici dedicati di progettazione e aggiornamento. Le attività di ricerca condotte avranno carattere puramente qualitativo ed osservazionale, concentrandosi sull'osservazione dei fenomeni in ottica retrospettiva e prospettica nonché sui modelli organizzativi di gestione e presa in carico.

ASSISTENZA TERRITORIALE E APPLICAZIONE DEL D.M. 77/2022

ADESIONE ALLE LINEE DI INDIRIZZO DECLINATE NELLA DGR 2316/2022 RETE ONCOLOGICA E RETE ONCOEMATOLOGICA

La DGR 2316/2022 prevede come obiettivi principali **lo sviluppo della Rete locale oncologica ed emato-oncologica** a garanzia del raccordo tra i livelli ospedaliero e territoriale, la **realizzazione del Dipartimento oncologico ed emato-oncologico metropolitano** e **lo sviluppo della ricerca di settore**. Al fine di ottemperare alle linee di indirizzo declinate nella citata DGR le Direzioni Strategiche IRCCS AOU e AUSL di Bologna hanno concordato un piano di azione per lo sviluppo degli obiettivi sopracitati.

Nel corso del 2024 è stato trasmesso in bozza all'Assessorato alle politiche per la salute il documento relativo al modello di realizzazione della rete oncologica ed emato-oncologica e del relativo dipartimento in area metropolitana bolognese.

Con Determinazione del Direttore Generale settore assistenza ospedaliera Direzione generale cura della persona, salute e welfare n.19376 del 20 settembre 2024 sono stati costituiti i Gruppi di lavoro ed i Coordinamenti delle Reti nell'ambito della Rete Oncologica ed Emato-oncologica. I gruppi di lavoro appena citati hanno avviato i lavori nel corso degli ultimi mesi del 2024. Il termine dei lavori è previsto per il 30 giugno 2026.

PERCORSI DI CURA, INTEGRAZIONE DEL PERCORSO OSPEDALIERO-TERRITORIALE E CONSOLIDAMENTO DELLA PRESA IN CARICO E DEI PERCORSI DI CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO

L'Azienda nel triennio 2025-2027 sarà impegnata a mantenere e consolidare l'integrazione della rete ospedale territorio nell'ambito del percorso nascita, del contrasto alla violenza, delle cure palliative in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale (DGR 977/2019).

In particolare verranno sviluppate ulteriormente le articolazioni organizzative interaziendali con il mandato di avviare il Dipartimento Interaziendale della Continuità e quello della riabilitazione con l'obiettivo di armonizzare i percorsi ospedale-territorio.

Nel contesto territoriale metropolitano sono previste le seguenti azioni:

- promozione dell'integrazione fra AOU e AUSL di Bologna per la presa in carico dei pazienti con l'istituzione di **percorsi specialistici in ambito pediatrico**;
- sviluppo della **rete nefrologica metropolitana** attraverso una distribuzione precisa di competenze di I, II e III livello: il I livello è quello territoriale, il II livello effettua la gestione coordinata ed appropriata delle problematiche nefrologiche complesse trattabili senza ambito assistenziale dedicato, il III livello è identificato come sede qualificata in grado di applicare omogeneità diagnostico-terapeutica a condizioni complesse. La sede del III livello è ambito esclusivo del Policlinico S. Orsola che assolve con strutture dedicate e competenza clinica selezionata (trapianto di rene, malattie rare, onco-nefrologia, assistenza al paziente acuto e assistenza presso le Terapie Intensive e Rianimazioni). Sempre in ambito nefrologico è previsto il potenziamento della dialisi peritoneale anche con forme di dialisi assistita a domicilio o presso sedi decentrate sul territorio e lo sviluppo dell'emodialisi domiciliare con forme di approccio territoriale standard o assistito, entrambe le tipologie di dialisi con il supporto della telemedicina;
- sviluppo della **rete andrologica metropolitana** attraverso la razionalizzazione delle reti ospedaliere in stretta correlazione con la revisione dei modelli organizzativi dell'assistenza distrettuale, attraverso il rafforzamento del rapporto ospedale-territorio e una maggiore efficienza complessiva del sistema;
- **rete dermatologica**: approvazione del progetto di riorganizzazione della rete metropolitana dermatologica;
- **in ambito urologico mantenimento del percorso clinico-organizzativo ambulatoriale** presso il territorio assicurando l'offerta di prestazioni diagnostiche, prenotazioni fatte dal medico prima e dopo il ricovero e presa in carico del paziente dopo la dimissione. I professionisti dell'Urologia del Policlinico effettuano attività ambulatoriale quotidiana presso i poliambulatori e le Case della Salute di San Lazzaro, Ozzano, Budrio, Castenaso e Loiano;

- **Dimissioni difficili:** configurazione di un modello di riferimento interaziendale che faciliti la continuità assistenziale e supporti i percorsi di cura dei soggetti che richiedono cure di lunga durata rafforzando e sviluppando le iniziative e gli strumenti organizzativi. Sviluppo della rete di continuità delle cure attraverso il coinvolgimento delle équipe multiprofessionali all'aggiornamento della procedura sulle dimissioni protette/difficili. Adesione al progetto di AUSL con l'implementazione presso il Policlinico del team di cure intermedie per supportare le UO a identificare percorsi di dimissione protetta adeguati ai bisogni dei pazienti o identificare setting assistenziali territoriali.
- **transitional care:** implementazione di un modello organizzativo multidimensionale di cure intermedie contribuendo alla pianificazione precoce della dimissione del paziente fragile e miglioramento del percorso di dimissione protetta. Aderendo al progetto di modifica della gestione della continuità deliberato da AUSL nel marzo 2023 si svilupperà un progetto dedicato al paziente fragile o a rischio di dimissione difficile che garantisca al paziente un percorso clinico e riabilitativo coerente con i propri bisogni di salute. Il paziente verrà identificato in accesso al Pronto Soccorso e con valutazione di una équipe formata da un geriatra, un infermiere formato e l'assistente sociale si sceglierà il setting di ricovero più adeguato.
- progetto per la gestione della riabilitazione post frattura di femore per pazienti candidati alla riabilitazione domiciliare (terapista di comunità). L'**integrazione tra riabilitazione ospedaliera e territoriale** sviluppata nel triennio precedente tramite l'istituzione di percorsi specifici (es. fast femore e continuità fisioterapica) proseguirà in collaborazione con l'Azienda territoriale;
- in ambito ortopedico si continuerà il progetto della **rete traumatologica metropolitana** per soddisfare i bisogni di assistenza riducendo i trasferimenti tra gli ospedali e favorendo la massimizzazione delle competenze;
- **offerta metropolitana di prestazioni di radioterapia** a seguito della recente acquisizione di tecnologie innovative (acceleratori, radioterapia 4D-cone-beam-CT, radioterapia pelvica ecoguidata, radioterapia total body con dosimetria in vivo): pianificazione ed erogazione dei trattamenti in modo integrato a livello metropolitano con l'elaborazione di piani di trattamento condivisi.
- **Piano della di riorganizzazione della rete emergenza urgenza:** adesione al Piano di riorganizzazione Emergenza-Urgenza Regionale che prevedrà l'istituzione dei CAU (Centri di Assistenza Urgenza). I CAU saranno strutture territoriali, afferenti organizzativamente all'Assistenza Primaria, collocati presso le Case della Comunità o altre strutture territoriali e presso gli Ospedali territoriali di prossimità sprovvisti di DEA di I e II livello e avranno l'obiettivo di concentrare la casistica di bassa complessità in accesso inappropriato ai DEA di II livello.

Medicina di genere

L'implementazione della **medicina di genere** all'interno dell'Azienda IRCCS AOUBO rappresenta un obiettivo strategico del prossimo triennio. Tale disciplina è definita dallo studio dell'influenza delle **differenze biologiche**, correlate al sesso, e delle **differenze socioeconomiche e culturali**, correlate al concetto di genere, sullo stato di salute e di malattia dell'individuo.

In tale contesto, la medicina di genere emerge quale **approccio metodologico innovativo e trasversale**. Essa focalizza l'attenzione sulle suddette differenze, considerandole rilevanti non solo nell'eziopatogenesi, nella fisiopatologia e nella sintomatologia delle patologie – con impatti significativi sulla prevenzione, sulla diagnosi e sulla risposta ai trattamenti – ma anche sull'appropriatezza, sulla sicurezza e sull'accesso alle cure. Questa prospettiva coinvolge attivamente tutti i professionisti sanitari e gli operatori a vario titolo impegnati nel percorso di cura.

In conformità con le **indicazioni normative** derivanti dalla **Legge 3/2018**, dalla **Legge Regionale 6/2014**, dal **Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-2019** (DGR 120/2017), dalle relative **schede attuative** (DGR 1423/2017) – con particolare riferimento alla scheda n. 9 "Medicina di genere ed equità" – e dagli **obiettivi strategici delle Direzioni Generali** (DGR 977/2019), si è proceduto a integrare l'approccio della medicina di genere a livello degli obiettivi aziendali.

A tal fine, il **Coordinamento Regionale Medicina di Genere ed Equità**, istituito con determinazione n. 20820 dell'11/12/2018, si è impegnato a promuovere e consolidare l'uso di strumenti "gender e equity oriented" nei servizi regionali e nel sistema dei servizi locali/territoriali. Per raggiungere questo scopo, ha istituito un ciclo di **laboratori regionali** dedicati all'approfondimento e alla sensibilizzazione su tematiche specifiche inerenti la medicina di genere e l'equità (PG 0021577).

All'interno dell'Azienda IRCCS AOUBO tali laboratori regionali sono stati impostati per creare spazi di riflessione organizzativa sulla medicina di genere e l'equità. In particolare, facendo emergere aspetti legati alla cultura di genere e ai diversi ruoli nell'approccio ai servizi sanitari, e affrontando il tema della salute dal punto di vista delle relazioni sociali intersezionali. I temi di sfondo individuati per il ciclo di laboratori sono:

- a) Prevenzione cardiovascolare e stroke;
- b) Diabete;
- c) Patologia epatica;
- d) Stili di vita e salute riproduttiva

Hanno partecipato i seguenti servizi:

- Ambulatorio polispecialistico dislipidemie e aterosclerosi;

- Ambulatorio polispecialistico centro ipertensione/cardiologia;
- Ambulatorio polispecialistico elevato rischio cardiovascolare;
- Ambulatorio polispecialistico studio e cura dell'insufficienza cardiaca;
- Ambulatorio prevenzione e cura del diabete.

Un ulteriore obiettivo strategico che l'Azienda IRCCS AOUBO si pone, recependo le linee di indirizzo generali del Piano *formativo nazionale per la medicina di genere*, riguarda la formazione in termini di medicina di genere.

In quest'ottica appare evidente l'importanza e la necessità di formare su tutte queste tematiche operatori sanitari e decisori, per poter superare ogni possibile discriminazione di genere e assicurare la medesima possibilità di accesso a cure appropriate a tutte le persone, evitare errori derivanti dalla mancata considerazione delle differenze fra uomini e donne nelle patologie e nella risposta alle cure, nonché disegnare strategie ottimali di prevenzione per la tutela della salute. L'Azienda IRCCS AOUBO è determinata a pianificare l'implementazione di tali obiettivi formativi per i dipendenti mediante diversi strumenti quali seminari in presenza, corsi di formazione a distanza (FAD) o incentivando esperienze cliniche dirette.

Infine, in un'ottica di continuo sviluppo e miglioramento, l'Azienda IRCCS AOUBO si prefigge come ulteriore obiettivo strategico previsto nel prossimo triennio l'integrazione dei concetti della medicina di genere nel contesto della stesura dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). In particolare, in riferimento alle patologie che colpiscono entrambi i sessi, ma che presentano importanti differenze di sesso e genere riguardo all'esposizione a fattori di rischio, alle modalità di esordio, alla sintomatologia, alla risposta ai trattamenti e agli effetti collaterali dei farmaci, si procederà a integrare tali specificità nel contesto del percorso.

FUNZIONI NAZIONALI E REGIONALI: SVILUPPO DI UNA PRESA IN CARICO DELLA CONTINUITÀ DELLA CURA DEI PAZIENTI

Nell'ambito delle funzioni regionali viene garantita la piena integrazione con i centri spoke e lo sviluppo delle interazioni polispecialistiche favorenti processi multidisciplinari e multiprofessionali, in modo da valorizzare tutte le competenze presenti.

Per il triennio 2025 - 2027 l'Azienda è impegnata a mantenere gli assetti e la completa operatività dei propri centri, di seguito richiamati, nella logica prevista dalle indicazioni regionali. L'impegno dell'Azienda è finalizzato a:

- implementare le funzioni previste per i centri di riferimento regionali;
- mantenere i requisiti previsti per le autorizzazioni Regionali e Ministeriali per i Centri Trapianto (Cuore adulto e pediatrico, Polmone, Rene, Fegato).

- implementare e monitorare le reti ed i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali definiti a livello regionale per la diagnosi e la cura dell'endometriosi (DGR 2307/2019);
- qualificare e sviluppare ulteriori ambiti di riconoscimento di ruolo di riferimento regionale, in particolare negli ambiti di riconoscimento di IRCCS a livello nazionale.

CARDIOLOGIA E CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA

L'attività di Cardiocirurgia e cardiologia Pediatrica e dell'Età Evolutiva dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna costituisce l'unico centro di terzo livello a livello regionale per la cura delle cardiopatie congenite. Vengono effettuate diagnosi prenatale ed il trattamento di tutte le cardiopatie congenite dall'epoca neonatale, con interventi eseguiti anche in pazienti prematuri e di basso peso. Lo stesso centro, uno dei pochi in Italia, è altamente specializzato nella cura e nel trattamento chirurgico di pazienti adulti portatori di cardiopatie congenite (GUCH), il cui numero è in continuo aumento.

Oltre all'attività chirurgica convenzionale la struttura rappresenta il centro di riferimento regionale per i trapianti cardiaci e per le assistenze cardiocircolatorie sia in età pediatrica che nei pazienti congeniti adulti e rappresenta il primo centro in Italia per numero di trapianti nei pazienti congeniti adulti. Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad un notevole miglioramento dei risultati chirurgici in termini di sopravvivenza e qualità di vita del paziente anche nel trattamento di cardiopatie congenite molto complesse; tuttavia il rischio di scompenso cardiaco rimane elevato. Nell'ultimo decennio, il numero di pazienti pediatrici e congeniti adulti che presentano quadri clinici di scompenso refrattario alla terapia medica è aumentato significativamente, determinando un incremento dei ricoveri e soprattutto la richiesta di competenze altamente specifiche per la gestione clinica e chirurgica. L'unica opzione terapeutica, in questi casi di end stage heart-failure, è rappresentata dal trapianto cardiaco o dall'impianto di sistemi di supporto cardio-circolatori meccanici (VAD) sia come bridge al trapianto sia come destination therapy (LVAD - BiVAD-TAH).

SINDROME DI MARFAN

L'area cardiologica-cardiocirurgica ha al suo interno il Centro hub regionale per la Sindrome di Marfan che opera mediante l'attività di un team multidisciplinare, che si avvale delle funzioni di alta specializzazione presenti nel Policlinico, in particolare, la Cardiologia e Cardiocirurgia adulti e Pediatrica e dell'età evolutiva, l'imaging cardiovascolare e la competenza pediatrica e antropometrica-dismorfologica. Il Centro costituisce il punto di coordinamento di programmi di interventi personalizzati ed il successivo follow-up, in accordo con i punti di riferimento territoriali più prossimi al paziente.

La diagnosi ed il trattamento della sindrome di Marfan (MFS) in Emilia-Romagna sono infatti assicurati da una rete Hub & Spoke. Esercitano funzione di centro spoke le strutture di Cardiologia delle Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia, Imola e delle Aziende Ospedaliere di Parma, Modena e Ferrara.

La rete gestisce complessivamente più di 1100 pazienti, di cui il 40% provenienti da altre regioni d'Italia ed anche da paesi esteri. La rete prende in carico tutti i pazienti inviati con il sospetto diagnostico di patologia del connettivo al fine di eseguire valutazioni cliniche e strumentali volte ad inquadrare correttamente il paziente ed esegue anche lo screening familiare dei pazienti affetti.

MALATTIE RARE IN ETÀ EVOLUTIVA

Le malattie rare rappresentano un eterogeneo gruppo di patologie umane definite tali per la loro bassa diffusione nella popolazione (colpiscono non oltre 5 individui ogni 10.000 abitanti), ma che nel loro insieme costituiscono un problema sanitario importante e coinvolgono milioni di persone in tutto il mondo. L'IRCCS AOU di Bologna è impegnato a garantire la presa in carico efficace dei pazienti con malattie rare, predisponendo percorsi che assicurino la continuità assistenziale anche in presenza di situazioni di emergenza. Nell'ambito di tali patologie, l'Azienda ha 26 centri di riferimento accreditati dalla Regione e partecipa alle reti di riferimento europee (ERN), reti virtuali che coinvolgono prestatori di assistenza sanitaria in tutta Europa, il cui compito è favorire la discussione sulle condizioni e malattie rare o complesse, che richiedono cure altamente specializzate e conoscenze e risorse concentrate. In particolare, l'IRCCS AOU BO è riconosciuto come unità partecipante a 12 reti ERN costituendo così l'Azienda con più ERN attribuiti in Regione Emilia-Romagna.

Nel periodo 2025-2027 il gruppo di coordinamento e supporto alle attività previste dalle reti si è posto i seguenti obiettivi a cui continua a lavorare collaborando con i vari servizi:

1. pubblicizzare e diffondere le attività dei centri ERN del Policlinico;
2. sviluppo di un sistema efficace per l'identificazione dei pazienti affetti da malattie rare;
3. applicazione degli strumenti di telemedicina.

Al fine di rispondere alle richieste di rendicontazione sui numeri di pazienti e di prestazioni da parte dei coordinatori ERN e di altri enti (es. coordinamento regionale malattie rare), i Sistemi Informativi hanno avviato l'implementazione di un sistema automatico per l'estrazione dei dati relativi ai pazienti affetti da malattie rare.

SCREENING NEONATALE

Mantenimento delle attività del centro di screening neonatale perseguendo un

progetto di ampliamento al fine di offrire a tutti i neonati in Regione Emilia-Romagna un pannello ampliato delle malattie rare diagnosticate in ottemperanza alle nuove indicazioni ministeriali e in relazione all'evoluzione scientifica e alle opportunità terapeutiche.

Nel prossimo triennio gli obiettivi sono:

- prosecuzione del progetto di ampliamento del pannello delle malattie da sottoporre a screening neonatale comprese le malattie per le quali lo screening è su base genetica, in particolare le immunodeficienze e le malattie lisosomiali
- collaborazione con i nuovi Centri Clinici identificati per le nuove patologie inserite nello screening (SMA, Immunodeficienze e Malattie Lisosomiali).

GENETICA MEDICA

Il servizio di Genetica Medica svolge attività di consulenza e diagnosi genetica per pazienti affetti da condizioni cliniche di possibile natura ereditaria e per i familiari potenzialmente a rischio. Il servizio si articola in **Ambulatorio di Genetica Medica** e **Laboratorio di Genetica Medica**.

Gran parte dell'attività ambulatoriale è rivolta a pazienti inseriti in percorsi multidisciplinari consolidati, in cui criteri e modalità di accesso alla valutazione genetica sono esplicitamente stabiliti.

Per i pazienti non inseriti in tali percorsi, viene effettuato un triage preliminare per valutare l'utilità e l'appropriatezza della valutazione genetica.

L'ambulatorio offre consulenza in diversi ambiti:

- *Genetica Prenatale*: per la diagnosi prenatale di malattie gravi e invalidanti in un nascituro (per presenza di una malattia ereditaria nella famiglia o per anomalie riscontrate alle indagini prenatali convenzionali);
- *Genetica Preconcezionale*: per valutare il rischio di ricorrenza di una malattia ereditaria per cui sussiste un rischio nella progenie per una coppia che pianifica una gravidanza;
- *Genetica Postnatale*: per la diagnosi o la precisazione diagnostica di un disordine genetico nel bambino o nell'adulto;
- *Genetica Oncologica*: per la valutazione del rischio eredo-familiare di tumori in una famiglia in cui vi sia ricorrenza dello stesso tipo di tumore o di tumori noti per essere geneticamente correlati (es. tumori della mammella e dell'ovaio, tumori dell'intestino e del corpo dell'utero, melanomi, feocromocitomi etc.);

Il laboratorio offre diagnosi citogenetica e molecolare di numerose malattie genetiche utilizzando un'ampia gamma di metodiche diagnostiche avanzate, alcune delle quali ad elevato contenuto tecnologico (cariotipo, arrayCGH, analisi di frammenti, sequenziamento mediante Sanger and NGS-targeted su piattaforme Ion Torrent e Illumina, analisi di delezioni/duplicazioni mediante tecnologia MLPA o RealTime-PCR, analisi di esomi).

Si prosegue nella predisposizione della transizione dei test molecolari, attualmente basati su NGS-targeted, ad esoma (WES) tramite analisi di pannelli *in silico* ed esoma clinico.

Il laboratorio di Genetica Medica, insieme ai servizi di Patologia Molecolare e Laboratorio di Ematologia, è coinvolto nella costruzione della piattaforma NGS metropolitana certificata (da noi denominata Laboratorio MeGA - Laboratorio Metropolitano di Genomica Avanzata) che vedrà la condivisione della strumentazione per NGS già presente all'interno dell'IRCCS, la dotazione di nuova strumentazione certificata CE-IVD e di un sistema di automazione delle analisi nonché di un software gestionale condiviso.

La UO di Genetica Medica dell'IRCCS Policlinico di S.Orsola è inserita nel Piano Regionale Hub & Spoke per la Genetica Medica, in particolare è Centro di Riferimento Regionale (Hub) per le attività di "Genetica Oncologica" e "Laboratorio di Genetica Medica".

CENTRO PER IL SERVIZIO SPECIALISTICO REGIONALE DI CONSULENZA IN AMBITO VACCINALE E CONSULENZA INFETTIVOLOGICA AI MIGRANTI

Presso l' IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è attivo dal 2018, il Vax-consilium: servizio altamente specialistico, a valenza regionale, finalizzato alla gestione delle problematiche complesse legate alle vaccinazioni. Tale servizio, voluto dalla RER con indirizzo prevalentemente pediatrico, durante la pandemia COVID-19 ha avuto uno straordinario picco di attività correlato alle vaccinazioni per SARS-CoV2 nella popolazione adulta. Terminata la fase emergenziale pandemica, il Vax-consilium è tornato a svolgere il consueto ruolo di riferimento nelle problematiche vaccinali di alta complessità. Le indicazioni fornite nei referti del Vax-consilium, di fatto, rappresentano una vera e propria perizia sul singolo paziente dettagliate in base alle specificità del singolo caso, con espressione di un parere favorevole o contrario a una o più vaccinazioni.

Negli anni post-pandemia il Vax-consilium ha consolidato la propria funzione con un trend in aumento rispetto al 2023 (21 richieste nel 2024 rispetto vs 13 richieste nel 2023). A tale attività, inoltre, si è affiancata l'apertura del servizio "Ospedale che vaccina", avviata a maggio 2023. Tale servizio è allineato alla mission dell'IRCCS di assistenza e ricerca sui trapianti e si propone di offrire una valutazione individualizzata del rischio infettivo (nonché la somministrazione di tutti i vaccini necessari) ai pazienti candidati a forte immunodepressione (trapianto di organo solido e midollo osseo, ematologici, HIV e reumatologici). I dati dell'attività ambulatoriale del 2024 confermano la strategicità di tale iniziativa, con 316 visite nel corso del 2024, più del doppio rispetto all'anno precedente.

In un'ottica di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare a supporto del soggetto vulnerabile, è stata recentemente formalizzata la partecipazione della SSD al gruppo di lavoro "Macroequipe vulnerabilità e migranti". Questo gruppo, composto da professionisti di diversi settori e dipartimenti impegnati nell'ambito delle cure primarie,

servizi territoriali, e specialisti ospedalieri, ha l'obiettivo di individuare, consolidare e formalizzare i percorsi assistenziali già in essere e di costruirne di nuovi ove si individuino aree di necessità, al fine di garantire la presa in carico olistica dei soggetti vulnerabili. Il gruppo ha inoltre l'obiettivo di condividere casi clinici complessi e/o ad alta criticità, al fine di elaborare strategie di intervento multidisciplinari e multidimensionali. Il gruppo si riunisce a cadenza mensile ed organizza incontri ad hoc qualora necessario.

CENTRO RIFERIMENTO DI IMMUNOGENETICA

Il Programma Dipartimentale di Immunogenetica e Biologia dei Trapianti è Centro Regionale di Riferimento per la tipizzazione del Sistema di Istocompatibilità, è accreditato dalla Fondazione Europea di Immunogenetica (EFI) dal 1997 ed è sede del Registro Regionale Donatori di Midollo Osseo. Tra le attività che verranno svolte nel triennio 2025-2027 si annoverano:

- la tipizzazione HLA e lo studio anticorpale (ricerca e identificazione delle specificità anticorpali HLA di classe I e II) dei pazienti candidati a trapianto d'organo, dei potenziali donatori viventi ed il monitoraggio post-trapianto;
- l'attività e la consulenza immunogenetica a supporto del trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE), sia per la definizione del miglior grado di compatibilità tra paziente e potenziale donatore sia per lo studio del chimerismo post-trapianto;
- la gestione del Registro Regionale dei Donatori di Midollo Osseo (IBMDR) e Centro Donatori di Midollo Osseo di Bologna dove convergono tutti i campioni biologici (sangue periferico e saliva) degli aspiranti donatori reclutati in Regione per la tipizzazione HLA in alta risoluzione, eseguita mediante Next Generation Sequencing (NGS).

CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LE EMERGENZE MICROBIOLOGICHE

Il Centro di Riferimento Regionale per le Emergenze Microbiologiche (CRREM), afferisce all'Unità Operativa di Microbiologia del Policlinico di Sant'Orsola e conduce attività di studio e diagnosi di infezione di microrganismi che causano o possono causare problemi di sanità pubblica, con particolare riguardo alle infezioni emergenti e ri-emergenti.

Alla base dell'attività del CRREM vi è il continuo monitoraggio delle infezioni emergenti, al fine di implementare e aggiornare le metodologie diagnostiche e rispondere alle nuove emergenze microbiologiche.

Impegnato nel corso del periodo pandemico da SARS-CoV-2, a garantire un'intensa attività diagnostica e di sorveglianza su tutta l'area metropolitana di Bologna mediante l'uso di test molecolari, antigenici, isolamenti virali diretti, test siero-immunologici virus-specifici e infine saggi NGS per il sequenziamento di SARS-CoV-2, ora il laboratorio CRREM risulta maggiormente coinvolto nei piani di sorveglianza nazionale e regionale delle

Arbovirosi (piano sorveglianza Dengue/Chikungunya/Zika/Toscana virus/Usutu virus/TBE/Virus della Febbre Gialla e piano sorveglianza integrato West Nile Virus) e garantisce le attività specialistiche per la ricerca di Micobatteri Non Tubercolari (MNT) ambientali su campioni ambientali (quali ad esempio l'acqua sanitaria) provenienti da apparecchiature mediche (ad es. sistemi di perfusione, macchine per emodialisi, lavaendoscopi, ecc). Questa attività è svolta nell'ambito di un Piano di Sorveglianza Regionale.

Il laboratorio CRREM è uno dei due Centri di Riferimento Regionale per la diagnosi molecolare di infezione da Monkeypox virus (MPXV).

NEFROLOGIA PEDIATRICA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Il Centro Regionale di Nefrologia Pediatrica si impegna a consolidare e sviluppare ulteriormente le attività di diagnosi, cura e monitoraggio delle nefropatie congenite e acquisite in età pediatrica, con l'obiettivo di rallentarne la progressione e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

Nel dettaglio, gli obiettivi principali per il prossimo triennio sono:

- Potenziare il trattamento conservativo dell'insufficienza renale acuta e cronica, attraverso l'ottimizzazione delle terapie dietetiche, farmacologiche ed ormonali;
- Rafforzare il trattamento sostitutivo, con particolare attenzione alla dialisi pediatrica e alla gestione integrata dei casi complessi con trapianto renale, in sinergia con il Centro Trapianti dell'Azienda;
- Promuovere e sviluppare ulteriormente la rete nefrologica regionale secondo il modello HUB&SPOKE, per garantire un'assistenza capillare anche ai casi di minore complessità;
- Costituire e consolidare una rete di supporto dedicata alle pediatrie ospedaliere e ai centri di analisi prenatale, per migliorare la continuità assistenziale e l'appropriatezza degli interventi.

Dal 2010 il Centro ha avviato e sviluppato programmi completi di gestione per bambini con insufficienza renale acuta e cronica, portatori di trapianto e in dialisi, con un percorso dedicato al trapianto pediatrico da donatore vivente e da cadavere. Ad oggi sono stati effettuati 15 trapianti di rene in età pediatrica, di cui 9 da vivente e 6 da cadavere, oltre a numerosi pazienti seguiti che hanno ricevuto trapianti in Centri extraregionali.

Nel 2024 sono stati realizzati due trapianti e 10 pazienti sono stati inseriti in lista trapianto. Attualmente sono in follow-up post-trapianto 14 bambini, mentre 110 pazienti pediatrici con insufficienza renale cronica sono seguiti in ambito ambulatoriale.

Per il triennio 2025-27, le prospettive sono di mantenere e incrementare l'attività assistenziale sia per le patologie renali rare e complesse sia per le malattie renali acute e croniche, coinvolgendo l'intera Regione. È prevista l'attivazione del trapianto per alcuni pazienti attualmente in lista e l'inserimento di ulteriori casi.

Un importante obiettivo strategico sarà ridurre la necessità di invio di pazienti a Centri extraregionali, favorendo così la gestione locale del percorso trapiantologico. Inoltre, è in programma l'avvio di un programma di emodialisi cronica pediatrica presso il nostro Centro, che rappresenterà un significativo passo avanti nell'offerta terapeutica regionale, garantendo cure più vicine e personalizzate ai piccoli pazienti e alle loro famiglie.

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER L'INSUFFICIENZA CRONICA BENIGNA (IICB)

La Struttura Semplice Dipartimentale di Nutrizione Clinica e Metabolismo – Centro Regionale di Riferimento per l'Insufficienza Cronica Benigna (Centro regionale IICB) è una struttura con competenze specialistiche dedicate alla prevenzione, alla diagnosi e alla terapia delle patologie in ambito nutrizionale e metabolico, secondo quanto previsto dalla DGR 2200 del 2019, e della insufficienza intestinale e della malnutrizione, secondo quanto previsto dalla DGR 2076/2000.

L'attività della SSD è dedicata sia agli utenti esterni sia alle UU.OO/Servizi del Policlinico e viene svolta in regime ambulatoriale, in convenzione con il SSN, in regime di day-hospital, in regime di degenza ordinaria e come consulenza al letto del paziente ricoverato.

In particolare, le Linee Assistenziali del settore si riferiscono all'insufficienza intestinale acuta e cronica, ai deficit di funzione intestinale e malnutrizione associate a malattie dell'apparato digerente, fegato e pancreas, alla terapia nutrizionale peri-operatoria, alla terapia nutrizionale nel paziente oncologico e alla malnutrizione per difetto di qualsiasi origine e nutrizione artificiale domiciliare.

Nel 2024 è iniziato l'aggiornamento del PDTA della persona con Insufficienza Intestinale Cronica Benigna IICB, che ha visto la collaborazione dei referenti delle strutture coinvolte. Il documento è concluso, in attesa della validazione da parte di tutti gli attori coinvolti per procedere con la successiva pubblicazione della pagina intranet aziendale.

CENTRO HUB INTRAZIENDALE PER LE NEUROFIBROMATOSI

L'attività del Centro è orientata a garantire ai pazienti in età evolutiva affetti da neurofibromatosi un accesso tempestivo e facilitato ai servizi, un counseling efficace e una presa in carico multidisciplinare integrata e personalizzata.

Attualmente, il Centro segue circa 350 pazienti, per i quali il case-manager assicura la programmazione del percorso diagnostico e terapeutico, organizzando le prenotazioni per le visite specialistiche sia nella fase diagnostica sia nel follow-up, attraverso posti dedicati, con l'obiettivo di garantire il rispetto dei tempi clinici previsti.

Le valutazioni neuropsicologiche vengono svolte presso il Centro Regionale per le Disabilità Linguistiche e Cognitive dell'AUSL di Bologna, mentre il counseling genetico è riservato a casi selezionati. Il prelievo per le analisi genetiche viene effettuato direttamente dal personale dell'Ambulatorio NF1, con l'esame di MLPA sul gene NF1 svolto presso il Laboratorio di Genetica Medica del Policlinico.

Nei prossimi tre anni il Centro si impegna a consolidare l'applicazione delle terapie di precisione, introdotte recentemente, ampliandone l'uso e integrandole con i protocolli clinici esistenti. Per favorire una maggiore integrazione con l'ambito oncologico pediatrico, è in fase di sviluppo un programma di meeting multidisciplinari mensili con il reparto di Onco-ematologia pediatrica, finalizzati a una gestione condivisa e sinergica dei casi complessi.

Parallelamente, sono in corso studi per valutare l'efficacia delle terapie innovative e il loro impatto sulla qualità di vita dei pazienti, con l'obiettivo di orientare le scelte terapeutiche future su dati concreti e clinicamente rilevanti.

Un ulteriore sviluppo innovativo riguarda la collaborazione con il Servizio di Ingegneria Clinica per la sperimentazione di metodiche diagnostiche avanzate, mirate a un'intercettazione precoce delle problematiche cliniche, con l'intento di migliorare ulteriormente la gestione e il monitoraggio dei pazienti.

Questi ambiziosi obiettivi guideranno l'evoluzione del Centro, confermandolo come punto di riferimento nella presa in carico globale e personalizzata dei pazienti con neurofibromatosi.

CENTRO PER IL TRATTAMENTO DELLA NEOPLASIA OVARICA

La neoplasia ovarica, pur essendo una patologia relativamente rara, rappresenta la principale causa di mortalità per tumori ginecologici nei paesi industrializzati. In Emilia-Romagna si stimano circa 350-400 nuovi casi l'anno, con una prognosi complessiva che rimane critica a causa della sintomatologia tardiva e non specifica, traducendosi in una sopravvivenza a 5 anni di circa il 40%.

Presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è stato individuato il Centro di riferimento regionale per il trattamento chirurgico del tumore ovarico (DGR 2113/2017). Il Centro si occupa di tutte le fasi della gestione della patologia: diagnosi, trattamento chirurgico, decisione terapeutica, follow-up e controllo delle recidive. Questa

struttura accoglie pazienti con malattia avanzata o recidive provenienti da tutta la Regione Emilia-Romagna e da altre regioni italiane, confermandosi come un punto di riferimento nazionale. Infatti, dati AGENAS (2021) attestano che il nostro Centro rappresenta il primo centro pubblico nazionale per volume di interventi in questo ambito.

Con la DGR n. 2242/2019 è stata formalizzata la rete regionale per il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale della neoplasia ovarica, articolata su tre livelli di complessità. Il Centro di III livello, individuato presso la Ginecologia Oncologica del Policlinico di Sant'Orsola, svolge un ruolo di coordinamento clinico e gestionale dei centri di I e II livello, garantendo attività di formazione, audit clinico, presa in carico integrale della patologia e promozione della ricerca.

Prospettive triennali (2025-2027):

- Consolidamento e potenziamento del modello di rete regionale: L'obiettivo è rafforzare l'integrazione tra il Centro di riferimento e i centri di I e II livello, per assicurare alle pazienti un percorso assistenziale integrato, uniforme e di elevata qualità, in linea con i più recenti standard scientifici. Particolare attenzione sarà posta al collegamento ospedale-territorio, tramite una collaborazione sempre più stretta con le unità operative di oncologia presenti in tutta la Regione Emilia-Romagna, per garantire continuità assistenziale e un'efficace gestione multidisciplinare.
- Sviluppo e diffusione di protocolli clinici innovativi: Si intende promuovere l'adozione diffusa di linee guida basate sulle evidenze scientifiche più aggiornate, con focus sull'ottimizzazione del trattamento chirurgico, farmacologico e di follow-up. La formazione continua del personale sanitario e l'implementazione di audit clinici saranno strumenti chiave per migliorare gli outcome clinici e ridurre la variabilità degli standard di cura.
- Implementazione di attività di ricerca clinica e traslazionale: È in fase di sviluppo un progetto di ricerca finalizzato alla valutazione dell'impatto prognostico della centralizzazione della casistica presso il centro di III livello, che rappresenta un elemento di grande interesse per la comunità scientifica nazionale e internazionale. Questo studio potrà generare risultati pubblicabili su riviste di alto profilo, contribuendo a rafforzare la reputazione scientifica del Centro e dell'Azienda.

Nel 2024 è iniziato l'aggiornamento del PDTA interaziendale della donna affetta da tumore dell'ovaio. L'aggiornamento ha visto il coinvolgimento del gruppo di lavoro interaziendale (AUSL-IRCCS) Il documento sarà completato entro il 2025.

CENTRO DI III LIVELLO PER LA GESTIONE DELLA PAZIENTE AFFETTA DA ENDOMETRIOSI

L'endometriosi rappresenta una vera e propria malattia sociale, che colpisce una quota significativa di donne in età fertile, con una diffusione stimata di almeno 3 milioni di casi in Italia. Per rispondere adeguatamente a questa complessa patologia, nel 2019 la Regione Emilia-Romagna ha approvato con la delibera n. 2307 il Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale per l'endometriosi, definendo un modello di rete clinica strutturato per garantire:

- l'applicazione coerente e uniforme delle linee guida cliniche;
- la standardizzazione delle attività diagnostico-terapeutiche;
- l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale;
- la continuità e la presa in carico integrata della paziente;
- la formazione e l'aggiornamento costante degli operatori sanitari;
- equità e trasparenza nell'accesso alle prestazioni su tutto il territorio regionale.

Il PDTA promuove un modello assistenziale orientato a un approccio preventivo e problem-oriented, attraverso un percorso integrato e coordinato tra ospedale e territorio. In questo contesto, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è stata riconosciuta come centro di terzo livello, con funzioni di coordinamento all'interno della rete regionale.

Per favorire la condivisione di competenze e il confronto su casi complessi, sono stati istituiti meeting multidisciplinari regionali periodici. A livello metropolitano è stata inoltre attivata la piattaforma "health meeting" interaziendale, che consente discussioni cliniche settimanali, con presa in carico diretta delle pazienti e invio digitale dei verbali tramite fascicolo sanitario elettronico.

Obiettivi e prospettive 2025-2027:

- Consolidamento del percorso regionale attraverso il rafforzamento ulteriore del modello di rete clinica e il PDTA, garantendo la piena integrazione tra i diversi livelli assistenziali e la continuità della cura su tutto il territorio regionale.
 - Valutazione di efficacia e qualità del percorso metropolitano implementando sistemi di monitoraggio e valutazione per misurare l'efficacia degli interventi e la soddisfazione delle pazienti, al fine di migliorare continuamente la qualità dell'assistenza.
 - Potenziare l'attività multidisciplinare e multi professionale promuovendo la collaborazione tra specialisti di diverse discipline, rafforzando le competenze trasversali e l'approccio centrato sulla persona ad esempio con un modello integrato con Fisioterapisti e psicologi.
 - Rafforzamento delle tecniche operatorie mininvasive e robotiche attraverso l'applicazione di tecniche chirurgiche innovative, quali la chirurgia mininvasiva e

robotica, per migliorare gli esiti clinici, ridurre l'impatto invasivo sugli organi e accorciare i tempi di recupero delle pazienti.

- Estensione e implementazione delle tecnologie digitali: completare la messa in opera della piattaforma regionale "health meeting" per facilitare la comunicazione e la condivisione di informazioni tra centri, migliorando la tempestività e la qualità della presa in carico.

Per la presa in carico della donna affetta da endometriosi nel 2024 è stato aggiornato in ottica interaziendale (IRCCS –AUSL) il PDTA della donna affetta da endometriosi. L'aggiornamento ha visto il coinvolgimento del gruppo interaziendale delle strutture di afferenza della donna affetta dalla patologia. Il documento è stato completato nel 2024 e nel 2025 è previsto l'audit degli indicatori del PDTAI.

CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ NEI PAZIENTI ONCOLOGICI

L'Accordo Stato-Regioni rep. Atti n. 27/CSR del 21 febbraio 2019, in materia di tutela della fertilità dei pazienti oncologici e volto alla definizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dedicato ai pazienti oncologici che desiderino preservare la fertilità, ha posto le basi normative per lo sviluppo del nostro centro di riferimento. A questo si affiancano oggi anche le Linee Guida Ministeriali sulla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) pubblicate nel 2024, che hanno ribadito la necessità di percorsi integrati e personalizzati per la tutela della fertilità nei pazienti oncologici e in quelli affetti da patologie a rischio di compromissione della funzione riproduttiva, offrendo un ulteriore quadro di riferimento clinico-scientifico a sostegno dell'attività dei centri pubblici e accreditati.

Le attuali terapie di cura, come chemioterapia, radioterapia e trattamenti biologici, hanno migliorato significativamente la sopravvivenza dei pazienti oncologici; tuttavia, la possibile comparsa di sterilità o infertilità secondaria ai trattamenti e il correlato disagio psicosociale rappresentano un tema di crescente rilevanza, specie considerando il miglioramento della prognosi nei pazienti in età pediatrica e giovanile e lo spostamento in avanti dell'età della prima gravidanza.

La preservazione della fertilità è oggi riconosciuta come uno degli ambiti di maggiore crescita e rilevanza della medicina riproduttiva, con implicazioni cliniche, psicologiche e sociali sempre più significative. Il nostro centro si propone di offrire a ogni paziente percorsi individualizzati e soluzioni all'avanguardia per tutelare il potenziale riproduttivo, anche in condizioni di fragilità clinica.

Nel periodo 2025–2027 il centro consoliderà la propria funzione attraverso la redazione e condivisione di un PDTA specificatamente dedicato alla preservazione della

fertilità e a protocolli clinici personalizzati in base alla tipologia di paziente e patologia, con l'obiettivo di preservare la funzione riproduttiva senza compromettere la prognosi.

Il percorso prevede counselling specialistico, valutazione multidisciplinare, possibilità di crioconservazione degli ovociti, del liquido seminale e del tessuto ovarico e un follow-up endocrino-riproduttivo a lungo termine.

CENTRO MALATTIE EMORRAGICHE CONGENITE (MEC)

Il centro prosegue l'attività di presa in carico e assistenza multidisciplinare dei pazienti con MEC dell'Area Vasta Emilia Centro. Si occupa inoltre della valutazione dei soggetti con sospetta diatesi emorragica per la definizione diagnostica e svolge attività di consulenza di supporto al laboratorio per eseguire i test di coagulazione funzionali alla diagnosi, terapia e follow-up dei pazienti e quelli deputati alla gestione dell'emergenza. Prosegue inoltre nell'organizzazione di attività di formazione destinate a medici, infermieri e specialisti dell'Area AVEC e di incontri periodici con la Farmacia Ospedaliera e territoriale per la corretta gestione delle terapie. Mantiene la collaborazione con il Settore Coagulazione dopo l'integrazione con il Laboratorio Unico Metropolitano per quanto concerne la parte laboratoristica.

E' attivo un servizio di consulenza telefonica specialistica per i Pronto Soccorso per le aziende sanitarie della regione con l'obiettivo di conseguire e assicurare un'assistenza sanitaria sempre più competente e qualificata anche nel contesto delle patologie rare. Infatti grazie a questo progetto i medici di PS possono richiedere una consulenza telefonica per un paziente affetto da MEC o con sospetta MEC che accede in Emergenza-Urgenza attraverso la chiamata ad un numero di telefono dedicato, cui risponde lo specialista di turno del Centro MEC di riferimento. A completamento dell'attività di consulenza telefonica ai PS regionali, lo specialista MEC reperibile può richiedere l'esecuzione di esami di coagulazione specialistica di 2° livello H24 ai laboratori di riferimento dei 3 centri MEC.

Nel corso del 2024 ha collaborato con la UOC di Genetica Medica per la procedura interservizi finalizzata alla tipizzazione genotipica dei pazienti con MEC.

Nel corso del 2025 il Centro si propone di collaborare con le UU00 Ostetricia e Medicina dell'età prenatale e Ginecologia e Fisiopatologia della riproduzione umana al fine di rendere operativo un percorso integrato di presa in carico multidisciplinare della paziente ostetrico/ginecologica con sospetta patologia emorragica congenita.

Nel 2025, inoltre, è iniziata la collaborazione con lo IOR, per la revisione del PDTAI del paziente con MEC. Il PDTAI ha l'obiettivo di promuovere un modello assistenziale per la gestione dell'artropatia nelle malattie emorragiche congenite finalizzato a un approccio preventivo e problem-oriented mediante l'applicazione di un modello di cura basato su un approccio integrato, multidisciplinare e multiprofessionale in coerenza con le linee

guida disponibili e con quanto definito dalla programmazione della Regione Emilia Romagna per la Rete MEC.

Il percorso è dedicato alle persone con diagnosi accertata di artropatia o ad alto rischio di svilupparla per la presa in carico assistenziale multidisciplinare da parte degli specialisti del Centro MEC dell'IRCCS AOU di Bologna e delle strutture di Chirurgia Ortopedica Ricostruttiva e Tecniche Innovative e di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (IOR). Il completamento della revisione è prevista per la fine del 2025.

CHIRURGIA ENDOSCOPICA DELL'ORECCHIO

La chirurgia endoscopica dell'orecchio è una tecnica chirurgica mini-invasiva, ormai riconosciuta come sicura ed efficace a livello mondiale, che permette di trattare patologie dell'orecchio medio, interno e della base cranica laterale, utilizzando il corridoio naturale del condotto uditivo esterno. Questo accesso permette di evitare o ridurre la necessità di ricorrere ai classici accessi più invasivi utilizzati con la chirurgia microscopica. I vantaggi principali di questa tecnica chirurgica sono quelli di ridurre la morbidità post-operatoria e di gestire con maggiore precisione chirurgica aree difficilmente esplorabili con la tradizionale chirurgia microscopica, aumentando così le possibilità di controllo di malattia e di corretta ricostruzione delle strutture dell'orecchio. I maggiori benefici della tecnica chirurgica endoscopica sono riconosciuti nel trattamento del colesteatoma dell'orecchio medio, patologia distruttiva che può causare complicanze gravi, e nella patologia otologica pediatrica, dove la riduzione dell'invasività, del dolore post-operatorio e dei tempi di degenza sono di particolare rilievo.

L'utilizzo dell'endoscopio è fondamentale anche come supporto negli approcci tradizionali microscopici, sia per l'orecchio medio che per il basicranio laterale. Alcune delle fasi più delicate di controllo della malattia vengono infatti eseguite intraoperatoriamente sotto visione endoscopica.

L'introduzione della chirurgia endoscopica dell'orecchio presso IRCCS Policlinico S. Orsola è avvenuta nel 2021, l'Azienda presenta la professionalità specifica con esperienza in tale ambito tra le maggiori a livello internazionale; il finanziamento riconosciuto è pari a 200.000 € in continuità con gli anni precedenti. Tale tecnica viene utilizzata anche dall'equipe del Policlinico presso Ospedale di Imola (2 sedute al mese di chirurgia otologica).

Nel 2024 sono stati effettuati dalla nostra equipe circa 112 interventi di chirurgia dell'orecchio medio e 10 di chirurgia del basicranio laterale nell'adulto, di cui circa la metà con tecnica endoscopica esclusiva. In ambito pediatrico, invece, sono stati eseguiti 45 interventi di chirurgia dell'orecchio medio, di cui la maggiore parte (28/45) con tecnica endoscopica esclusiva.

Ci si propone per il 2025 di proseguire l'attività consolidando i dati riportati nel 2024.

CENTRO INTERAZIENDALE DI NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA

La Neurochirurgia Pediatrica, struttura interaziendale operante su due sedi – l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna e l'IRCCS Policlinico di Sant'Orsola – rappresenta il centro di riferimento regionale per la diagnosi, la terapia chirurgica e il follow-up delle patologie del Sistema Nervoso Centrale in età pediatrica, come formalizzato con la DGR n. 2199/2019.

La collaborazione integrata con le unità operative pediatriche – tra cui Neuropsichiatria Infantile, Terapia Intensiva Neonatale, Rianimazione Pediatrica e Oncologia Pediatrica – consente di gestire efficacemente l'intera fascia d'età, dal grave prematuro fino al giovane adulto, anche in presenza di patologie complesse associate. Ciò garantisce l'accesso ai trattamenti più innovativi, assicurando risultati ottimali in termini di sopravvivenza e qualità di vita.

Il riconoscimento regionale ha consolidato e rafforzato il percorso di collaborazione tra le due Aziende coinvolte, favorendo lo sviluppo di un'attività chirurgica d'eccellenza in un contesto pediatrico altamente specializzato. Il centro è stato riorganizzato e potenziato nella sua sede principale presso l'IRCCS AOUBO, con un'attenzione crescente all'innovazione e alla multidisciplinarietà.

Obiettivi e prospettive per il triennio 2025-2027:

- Rafforzamento e ampliamento del centro interaziendale: Incrementare il ruolo del centro, ampliando l'attività ambulatoriale anche presso altri ospedali regionali. Ciò permetterà di convogliare in tempi rapidi i pazienti che necessitano di interventi neurochirurgici pediatrici, ottimizzando l'accesso alle cure.
- Implementazione di attività diagnostico-terapeutiche multidisciplinari: Sviluppare e qualificare ulteriormente la risposta assistenziale attraverso la definizione di percorsi integrati di collaborazione con altre équipe chirurgiche specialistiche metropolitane, quali ortopedia, chirurgia maxillo-facciale e otorinolaringoiatria (ORL).
- Miglioramento continuo della qualità assistenziale favorendo adozione di protocolli condivisi e innovativi, con particolare attenzione all'integrazione tra le diverse discipline e al coinvolgimento attivo delle famiglie nel percorso di cura.
- Formazione e ricerca: Promuovere programmi di formazione specialistica e l'attività di ricerca clinica, per mantenere il centro all'avanguardia nelle tecniche neurochirurgiche pediatriche e nei trattamenti innovativi

CENTRO HUB MEDICO E CHIRURGICO PER I TUMORI GASTROINTESTINALI (GIST) E I SARCOMI VISCERALI

Il centro hub per i GIST e sarcomi viscerali dell'IRCSS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha la funzione di garantire l'assistenza clinica ai pazienti affetti da questi tumori rari in modo specialistico e mirato secondo modello hub and spoke della Regione Emilia-Romagna (DGR 1430/2019).

Ad occuparsi della chirurgia di queste patologie è l'Unità Operativa di Chirurgia Epatobiliare e dei Trapianti del Policlinico. Vengono eseguiti circa 20 interventi chirurgici ogni anno nell'ambito di circa 50 visite chirurgiche di pazienti riferiti dall'UO Oncologia Medica dell'IRCCS e da altre Aziende.

Per la gestione oncologica e chirurgica dei tumori rari, l'IRCCS risulta essere un centro di riferimento nazionale, nodo della rete nazionale tumori rari, e centro di riferimento europeo della rete ERN EURACAN per i tumori viscerali.

CENTRO HUB PER L'UTILIZZO DELLE TERAPIE AVANZATE CAR-T

La Regione Emilia-Romagna ha individuato l'UOC di Ematologia dell'IRCCS AOU di Bologna quale Centro Hub per l'utilizzo delle terapie avanzate CAR-T per i pazienti dell'Emilia-Romagna, assegnando al centro l'obiettivo di definire un protocollo di selezione e presa in carico dei pazienti candidati alle terapie avanzate, concordato con le altre Unità di Ematologia (DGR n.1134/2019).

La gestione della terapia con cellule CAR-T prevede una organizzazione complessa e trasversale che coinvolge oltre all'ematologo-trapiantologo altre figure come il neurologo, l'intensivista, il farmacista ospedaliero, l'infettivologo, il medico nucleare e l'anatomopatologo. Il percorso, dal prelievo al processo di ingegnerizzazione presso la "cell factory" fino all'infusione nel paziente, richiede alta competenza e specializzazione degli operatori assieme ad uno stretto coordinamento di tutti gli attori coinvolti, agreements quali-quantitativi e puntuale valutazione di indicatori di efficacia, sicurezza e di processo secondo standard internazionalmente riconosciuti.

La somministrazione delle cellule CAR-T commerciali è indipendente e svincolata dalla fase di produzione delle stesse. A livello nazionale, un programma di sviluppo per la produzione di prodotti di terapia cellulare avanzata prevede l'istituzione di 6 officine sull'intero territorio italiano. L'Emilia-Romagna ha presentato la propria candidatura, nella sede individuata dell'IRCCS AOU di Bologna, in considerazione dell'esperienza maturata in questi anni nell'ambito del trattamento con cellule CAR-T.

Si stima che la progettualità dell'officina potrà essere operativa dagli ultimi mesi del 2025. I vantaggi del progetto italiano di sviluppo di siti di produzione di Advanced Therapies Medicinal Products sono numerosi tra cui la possibilità di sviluppare CAR-T di

nuova generazione, anche per malattie più rare e orfane di farmaci, di contenere i costi di produzione e, in particolare, di creare know-how ed expertise in un ambito innovativo, complesso e cruciale per il futuro della medicina.

La realizzazione, insieme all'Università di Bologna, di un laboratorio di immunobiologia cellulare, dotato dei più moderni strumenti tecnici di analisi, e di un gruppo di professionisti specializzati, getta effettivamente le basi per una ricerca rigorosa, propedeutica allo sviluppo della produzione delle CAR-T in-house. L'obiettivo che l'Azienda si prefigge nei prossimi anni è di fare in modo che l'ematologia di Bologna rimanga un punto di riferimento per la ricerca scientifica, oltre che per il trattamento di un sempre maggiore numero di pazienti affetti da malattie oncoematologiche incurabili, grazie alle terapie cellulari avanzate. Lo sviluppo della ricerca infatti è fondamentale al fine di identificare sistemi predittivi delle potenziali gravi tossicità che possono manifestarsi dopo l'infusione del prodotto cellulare e soprattutto, di risposta precoce ai trattamenti eseguiti con l'obiettivo di selezionare al meglio le varie tipologie di trattamento da offrire al singolo paziente.

CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE TRAPIANTI (CRT)

Il Centro di Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna (CRT-ER) è **una Unità Operativa che pur avendo** sede presso il **Policlinico di Sant'Orsola presenta delle** competenze di operatività organizzativo-gestionali a carattere regionale. Il compito principale è coordinare i percorsi di donazione e trapianto di organi e tessuti creando processi fluidi che ne permettano l'attuazione a livello regionale garantendone qualità e sicurezza. Come da indicazioni del Centro Nazionale Trapianti (CNT) è stata creata una Rete di strutture afferenti a suddetti percorsi di cui il CRT-ER rappresenta il punto di Riferimento: Terapie Intensive sedi dei potenziali donatori (sedi donative della RER), Centri Trapianto, Banche dei Tessuti e cellule, UO specialistiche come anatomia patologica, microbiologia/virologia, immunogenetica, laboratori analisi, 118, i COP (Coordinamenti di Procurement).

In accordo con la Rete Nazionale Trapianti gli obiettivi di ogni Centro Regionale (CRT) sono di:

- mantenere stabile il n. segnalazioni di potenziali donatori d'organo (DBD e DCD) in RER rispetto all' anno precedente (+/- 10%)
- garantire le donazioni di cornee e tessuti in RER (+/- 10%)
- mantenimento livello di opposizione alla donazione organi sotto la media nazionale.

Per i prossimi due anni (2025-2027) le attività da sviluppare per garantire i suddetti risultati sono:

- *rafforzare la collaborazione con le sedi donative.* Nei prossimi mesi in molti Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP) delle sedi donative in RER vi saranno dei cambiamenti (pensionamenti, Turn over personale) e si renderanno necessarie delle riorganizzazioni al fine di mantenere il numero delle segnalazioni dei potenziali donatori
- *Digitalizzazione e informatizzazione dei percorsi di donazione multiorgano e tessuti Regionali*
- La % di opposizione alla donazione in Italia sta avendo una brusca impennata, facendo registrare tassi di opposizione in vita anche del 40% in alcuni contesti (la nostra regione ha sempre vantato % sui 23-25%). Vien da sé come nei prossimi anni sia fondamentale dare ampio spazio a *progetti/iniziative volti a incrementare sensibilizzazione al tema Donazioni-Trapianto in tutta la Regione Emilia-Romagna* (Utenza civile, operatori socio-sanitari, associazioni volontariato).
- *sviluppare attività di Comunicazione digitale* (estensione a livello RER e Nazionale) sempre con la medesima finalità del punto precedente
- *implementare la risposta alla domanda formativa della Rete donazioni-trapianto* (Corsi a valenza Regionale)
- implementare l'attività trapiantologica da donatori DCD e *rimodulare l'aspetto organizzativo di questi percorsi* a livello regionale al fine di innalzare il livello di qualità degli stessi
- implementare la collaborazione con i Centri Trapianto RER.

Dal punto di vista strutturale interno al CRT ER:

- proseguire con l'applicazione del nuovo modello organizzativo e gestionale regionale dei processi di donazione organi e tessuti iniziato nel 2024 (team misto (medico + infermieri) nella gestione dei processi di donazione di organi e tessuti Regionali);
- costruire un nuovo modello organizzativo dirigenziale che favorisca il Coordinamento attività/progetti di ricerca Regionali (sedi donative-Centri Trapianto) in collaborazione con Piattaforma IRCCS AOU BO.

Il Centro fa anche riferimento al ministero della Salute (Centro Nazionale Trapianti). Il centro definisce e supporta la Regione nell'approvazione del **programma degli interventi** concordati con le Aziende sanitarie per il potenziamento e il coordinamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti e il contestuale impegno finanziario della Regione a favore della rete. Il CRT è **destinatario dei finanziamenti** e provvede alla distribuzione alle Ausl e agli Irccs Istituto Ortopedico Rizzoli e Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola sulla base delle attività rendicontate.

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Trend atteso nel triennio 2025 - 2027	Commento
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG (AUSL BO)	256,57	280,17	229,45	260,25	230,17	242,85		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG (AUSL BO)	60,13	93,63	35,58	78,8	41,7	82,48		
Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	29,03	29,4	27,49	30,99	29,46	30,51		
Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - NSG (AUSL BO)	64,38	72,14	68,13	77,39	72,0	70,41		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	17,49	10,93	20,34	11,46	15,86	10,13		
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG (AUSL BO)	100,00	98,28	98,63	100,00	97,65	100,00		
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG (AUSL BO)	32,55	26,82	32,32	25,65	29,61	25,35		
% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni (AUSL BO)	60,13	93,63	35,58	78,8	41,7	82,48		

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2024

3.1.3. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEGLI ESITI

Presso l'Azienda viene effettuato il monitoraggio sistematico degli indicatori sui volumi ed esiti pubblicati ogni anno dal Piano Nazionale Esiti, degli indicatori previsti dai sistemi di rilevazione regionali, riportati nel data base regionale ReportER-SIVER.

I risultati per l'anno 2024 degli indicatori presenti nella sezione Volumi ed Esiti definiti nel sistema regionale di monitoraggio (SIVER), riportati nella tabella sottostante, evidenziano mediamente una buona performance aziendale, con alcune aree nelle quali è opportuno intraprendere azioni di miglioramento.

Le aree in cui sono stati ottenuti buoni risultati (cioè, entro i valori di riferimento posti dalla Regione e con una performance migliore rispetto al dato medio regionale), sia per il 2024 che per gli anni precedenti, riguardano l'ambito cardiocirurgico, cardiologico, ostetrico e di chirurgia vascolare e senologica.

Un recente audit con conseguente revisione del processo organizzativo ha riportato gli indicatori relativi all'emodinamica (Indicatori 947 e 1014) a rientrare negli standard regionali previsti.

Anche la proporzione di parti cesarei primari ha raggiunto nel 2024 il target atteso in miglioramento rispetto agli anni precedenti. Va anche ricordato che presso il Policlinico sussistono un centro di terapia intensiva neonatale di terzo livello e i centri di fisiopatologia neonatale e di procreazione assistita, che rendono ragione della complessità della casistica trattata che avvalora ulteriormente il buon risultato raggiunto. Analogamente gli indicatori che riguardano le complicanze di parto, non essendo tassi standardizzati per complessità della casistica, riportano valori oltre la soglia prevista a causa della tipologia di casi trattati.

Gli indicatori relativi ai MACCE ed alla mortalità ad un anno di IMA e Ictus riportano valori oltre lo standard regionale in quanto fortemente influenzati, da un lato dalla buona qualità della codifica delle SDO aziendale e soprattutto dalla tipologia della casistica trattata (per l'ictus l'azienda tratta solo casi non deputati ad un trattamento trombolitico mentre per l'IMA essendo l'azienda hub della rete cardiologica regionale tratta casistica mediamente più complessa del resto della regione). A testimonianza di ciò, indicatori analoghi nel PNE riportano una riduzione tra tasso standardizzato e grezzo di circa il 40%.

Nel triennio 2025-2027 proseguiranno le azioni di miglioramento (già intraprese nel corso del 2024) riguardo:

- gli interventi di colecistectomia laparoscopica, ambito per il quale è stata effettuata una riorganizzazione delle chirurgie generali mirata alla concentrazione di tale attività;
- la tempistica dell'intervento per frattura del femore, il cui percorso è in corso di revisione nello specifico PDTA aziendale.

Nella tabella sottostante sono riportati gli indicatori di Volumi - Esito regionali

Indicatore	IRCCS S. ORSOLA 2023	IRCCS S. ORSOLA 2024	Target atteso
<u>H02Z</u> - Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con attività > 150 casi	100%	100%	≥90%
<u>IND0379</u> - Colectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	65,55%	75,11%	≥95%
<u>IND0770</u> - Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75)	85,9%	96,68%	≥95%
<u>IND1014</u> % Pazienti con STEMI trattati con angioplastica primaria entro <= 90 min	63,77%	63,5%	≥65%
<u>IND0947</u> - % pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in emodinamica (fast track)	66,85%	73,12%	≥70%
<u>H03C</u> - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	2,99%	2,58%	≤2,22%
<u>H05Z</u> - Proporzione colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	85,62%	83,08%	≥90%
<u>IND1013</u> - % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario - Indicatore NSG: H13C	29,39%	61,07%	≥80%
<u>H18C</u> - % di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	23,78%	25,0%	≤25% _{suff} ≤20% _{max}
<u>IND0402</u> - Parti naturali: % complicanze durante il parto e il puerperio	1,37%	1,2%	≤ 0,7%
<u>IND0403</u> - Parti cesarei: % complicanze durante il parto e il puerperio	1,51%	1,54%	≤ 1,2%
<u>D01C</u> - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	21,56%	20,28%	≤14,39%
<u>D02C</u> - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	17,06%	17,54%	≤13,95%
<u>H23C</u> - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	11,30%	15,05%	≤13,60%

Fonte dati: SIVER- Regione Emilia-Romagna

3.2 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI

Si tratta di una dimensione che analizza aspetti non sempre immediatamente percepibili o percepiti dagli utenti delle prestazioni e dei servizi delle Aziende, ma fondamentali per garantire il loro effettivo svolgimento in modo efficiente, efficace e sicuro, articolati secondo le seguenti Sottosezioni:

- Area di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione;
- Area di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio sanitario;
- Area di programmazione dell'organizzazione;
- Area di programmazione delle dotazioni di personale;
- Area di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza.

3.2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLA STRUTTURA E DELL'OFFERTA DELLA PRODUZIONE

Afferiscono a questa sottosezione gli obiettivi quali-quantitativi delle prestazioni e dei servizi forniti dall'Azienda

RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA, DELLE ATTIVITÀ AD ALTA COMPLESSITÀ E A CONSUMO DI ELEVATE RISORSE E POTENZIAMENTO DELLE RETI CLINICHE

STRUTTURA DELL'OFFERTA E DELLA PRODUZIONE

La sezione della produzione focalizza l'attenzione sull'andamento dei ricavi e dei principali indicatori di performance dell'attività, di ricovero, ambulatoriale e pronto soccorso, rispetto alle principali linee strategiche aziendali e rispetto al benchmarking con le altre aziende presenti sul territorio regionale e nazionale.

Le classi di analisi sono articolate in funzione del sistema degli obiettivi aziendali e in funzione della verifica del rispetto del vincolo della sostenibilità economica dell'Azienda:

- **l'attività svolta a favore di pazienti residenti in provincia di Bologna:** il valore complessivo in termini di volumi e contenuti viene definito negli accordi di fornitura con le aziende territoriali di riferimento: Bologna ed Imola. Gli obiettivi relativi ai volumi di attività riguardano principalmente il recupero della mobilità passiva extraprovinciale per alcune tipologie di interventi definiti; la necessità di individuare azioni congiunte di respiro poliennale mirate a massimizzare i livelli di integrazione, il miglioramento della

performance delle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio e l'impegno volto al contenimento delle liste di attesa chirurgiche, sia per le patologie a medio/bassa complessità, che per quelle ad alta complessità, così come le azioni in collaborazione con Ausl Bologna per il recupero delle liste di attesa ambulatoriali, in un'ottica di integrazione funzionale e organizzativa continuativa e sempre più strutturata, come previsto dalla DGR 620/2024.

- l'attività a favore di pazienti residenti nelle altre province (mobilità attiva infraregionale) **e per residenti in altre regioni:** l'obiettivo è sviluppare le attività di eccellenza, confermando il ruolo centrale in ambito regionale e nazionale per attività ad alta complessità ad elevato contenuto di professionalità e tecnologico.

L'azione strategica è di sviluppare e qualificare ulteriormente i centri di riferimento riconosciuti e accreditati a livello regionale e nazionale, finalizzati alla cura e alla ricerca scientifica, all'implementazione di assetti tecnologici d'avanguardia, a creare le condizioni per il potenziamento della casistica e delle competenze dei professionisti che lavorano in equipe multidisciplinari.

E' obiettivo di mandato della Direzione Aziendale lo sviluppo e il potenziamento di linee di attività strategiche per l'Azienda, che saranno implementate anche in coerenza con quanto definito nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale e dal protocollo d'intesa Regione Università oltre che nello sviluppo della mission in quanto IRCCS.

A seguire si riportano alcune specifiche linee di azione individuate per il triennio 2025-2027, in coerenza anche gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale.

RIAVVIO DELL'ATTIVITÀ SANITARIA ORDINARIA GARANTENDO LE CONDIZIONI DI SICUREZZA

Al fine di mantenere il controllo e **contenimento del rischio infettivo** proseguono le attività volte alla sorveglianza epidemiologica, in modo conforme alle indicazioni normative e alle disposizioni ministeriali e regionali.

Parimenti sono state espletate, coerentemente agli obiettivi definiti dal PNRR e verranno ulteriormente promosse, iniziative formative estensive, finalizzate all'attuazione corretta e sistematica delle precauzioni standard e delle precauzioni per modalità di trasmissione.

Per il futuro ci si propone di voler sviluppare ancora di più l'informatizzazione dei processi connessi al governo del rischio infettivo in relazione ai referti microbiologici clinici, ambientali e alla segnalazione di malattie infettive. Ulteriormente ci si proporrà di voler mettere in relazione i dati disponibili per identificare gli ambiti da sottoporre ad audit e in cui realizzare interventi specifici per ogni singola UUOO/contesto assistenziale.

Nell'ambito di queste iniziative è confermato il particolare focus sulle modalità ottimali per la collocazione del paziente con condizione diffusiva, rispetto al quale sarà

mantenuto l'attuale approccio che coniuga la sicurezza alla ottimizzazione della risorsa posto letto. A seguito del compimento della definizione condivisa ed ufficiale delle condizioni cliniche che impongono l'isolamento protettivo del paziente immunocompromesso, è attualmente in fase di progettazione uno studio clinico e organizzativo per la definizione del corretto rapporto infermiere paziente in terapia intensiva, che ha importanti implicazioni sulla risorsa del posto letto in questi contesti assistenziali.

Nell'ambito delle attività volte alla prevenzione e controllo del rischio infettivo si conferma l'attenzione anche alle attività realizzate dal personale delle ditte in appalto che hanno ricadute sugli aspetti igienico-sanitari (es pulizie, movimentazione dei rifiuti, sterilizzazione). In questo senso sono stati sviluppati sistemi di tracciabilità di processo con strumenti di alert rispetto alle non conformità rilevanti. Ulteriormente si vuole sviluppare, ove possibile, un sistema di order entry per il presidio delle attività connesse all'igiene degli ambienti.

Per quanto attiene al rischio biologico l'Azienda continuerà a rendere disponibili i DPI necessari, le procedure di corretto utilizzo e l'addestramento necessario, come previsto nel piano pandemico. Saranno prodotti corsi di formazione a distanza per i lavoratori sul tema specifico pandemico e sul rischio biologico.

UTILIZZO EFFICIENTE DEI POSTI LETTO

In relazione alle necessità aziendali di rendere maggiormente efficiente il percorso di ricovero in urgenza ottimizzando la gestione della risorsa posto letto e a supporto del nuovo modello di Bed Management, sarà completata l'istituzione dei Team Ricoveri e Dimissioni (TRD) a livello aziendale.

Tali Team, consolidati nella maggior parte delle UUOO aziendali, costituiscono un organismo di facilitazione del percorso del paziente in ingresso e in uscita, presenti in ogni UUOO di area internistica e geriatrica e saranno composti da:

- Medico referente
- Coordinatore infermieristico
- Case Manager e/o Infermiere facilitatore di percorso

Il Team Ricoveri e Dimissioni (TRD) dell'Unità Operativa, si occupano della sorveglianza delle varie fasi strategiche del percorso del paziente e della gestione e risoluzione di problemi relativi a ritardi nel percorso del paziente anche tramite il monitoraggio dei cruscotti di ciascuna area aziendale, che viene condiviso giornalmente con le singole UUOO.

I TRD fungono da facilitatori all'interno di ogni singola UUOO in stretta collaborazione con le funzioni di Bed Management aziendali e si inseriscono all'interno di progettualità già esistenti come il "progetto fragilità" interno all'AOSP e il progetto di continuità assistenziale diffuso dall'AUSL di Bologna, per i quali vengono richieste in ogni UUOO delle figure (un medico referente e il Case Manager/infermiere) di facilitazione dei percorsi di dimissione e della presa in carico del percorso del paziente.

Nel triennio verrà completata l'implementazione del nuovo modello organizzativo del servizio di Bed Management, che prevede un nucleo centrale di bed manager dedicato ai flussi dei pazienti urgenti provenienti da Pronto Soccorso e tre presidi di coordinamento dei flussi, interpretati da tre figure di Bed Management di riferimento, presenti in modo capillare, uno sulle aree internistiche e due sulle aree chirurgiche.

In particolar modo il Bed Manager di riferimento dell'area internistico-geriatrica, già attivo dall'anno 2024 si occupa, in collaborazione con i case manager di reparto della presa in carico del percorso del paziente e di seguirne tutte le fasi a livello organizzativo, con particolare attenzione alla fase di dimissione, per agevolare i percorsi in uscita.

Per l'area chirurgica invece, la principale attività del Bed Manager di riferimento, anch'essa attiva dal 2024, è quella di coordinare i flussi delle due linee principali di produzione, ovvero la linea di produzione chirurgica in elezione e la linea dell'urgenza. Questo presidio ha l'obiettivo di garantire l'allineamento della produzione chirurgica con la disponibilità dei posti letto e valutare eventuali criticità logistico-organizzative di pazienti ricoverati, per evitare modifiche al programma operatorio.

Nei prossimi anni, sarà completato il presidio dell'attività di ricovero sull'intero policlinico attraverso l'implementazione di un bed manager sull'area specialistica ed uno sull'area materno-infantile.

MIGLIORAMENTO DEL PERCORSO DI PRERICOVERO IN TELEMEDICINA PER I FUORI REGIONE

La normativa regionale, con la DGR 272/2017 e la Circolare 5/2018 "Linee di indirizzo per il governo e standardizzazione dei percorsi preoperatori e di gestione peri-operatoria delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna" ha dato indicazione di adottare profili standard di prestazioni pre-operatorie, condivisi fra professionisti e omogenei, orientati alla valutazione anestesiológica. L'Azienda ha adottato tali criteri in ottica di appropriatezza clinica, ma ha anche l'obiettivo di riorganizzare il percorso di pre-ricovero riducendo gli accessi dei pazienti e il tempo che intercorre tra l'accettazione del paziente e la dichiarazione di idoneità anestesiológica.

In questo contesto, l'Azienda intende individuare specifici percorsi per i pazienti residenti fuori regione, così da ridurre gli spostamenti a loro carico, attraverso l'adozione della piattaforma di telemedicina. L'obiettivo è di rendere possibile la parziale valutazione del paziente da casa, il quale dovrebbe concludere la visita anestesiológica solo il giorno prima dell'intervento, essendo però già stato inquadrato precedentemente a distanza.

Indicatore	Obiettivo	Commento
Attivazione di percorsi preoperatori in telemedicina per specifiche chirurgie	Almeno 3 percorsi attivi	Per le discipline chirurgiche che maggiormente risentono della presenza di pazienti extra regione nelle liste di attesa

Nei prossimi anni saranno implementati percorsi di prericovero per l'area medica (volti alla riduzione della degenza media pre-operatoria) e rivista l'organizzazione attuale dei prericoveri interni all'azienda con il fine di ridurre i tempi di permanenza dei pazienti.

VOLUMI PRESTAZIONI PER CHIRURGIA ROBOTICA (>250 INTERVENTI)

La chirurgia laparoscopica robotica rappresenta un'evoluzione tecnologica estremamente sofisticata della tecnica chirurgica tradizionale laparoscopica.

Nel corso degli ultimi anni l'Azienda USL di Bologna e l'IRCCS dell' AOU hanno riorganizzato i percorsi chirurgici in un'ottica di rete metropolitana basata sul principio HUB & Spoke. La nuova organizzazione conferita al complessivo sistema chirurgico aziendale ha permesso di incrementare la casistica trattata sia in termini di complessità che di volumi assoluti.

La nuova organizzazione conferita al complessivo sistema chirurgico aziendale ha permesso di incrementare la casistica trattata sia in termini di complessità che di volumi assoluti.

In prima istanza il sistema di chirurgia robotica vede l'utilizzo da parte delle equipe di chirurgia generale e ad indirizzo epato-bilio-pancreatico, di chirurgia toracica e chirurgia urologica in quanto sono oggi già presenti professionisti adeguatamente formati per l'utilizzo di tale metodologia, che come noto ha bisogno di uno specifico training iniziale.

L'IRCCS AOU BO dispone presso la sua sede di tre piattaforme robotiche:

- 1 Intuitive Surgical - Da Vinci: chirurgia urologica e chirurgia ginecologica
- 2 Medtronic - Hugo: chirurgia generale, chirurgia urologica e chirurgia ginecologica.

I professionisti dell'IRCCS AOU BO dispongono inoltre di una piattaforma robotica Intuitive Surgical - Da Vinci presso l'Ospedale Maggiore AUSL BO per l'esecuzione di chirurgia generale (fegato, pancreas e tubo digerente) e chirurgia toracica (timectomia e lobectomie).

A seguito di queste considerazioni, si è realizzata la piattaforma robotica metropolitana volta alla gestione condivisa di Chirurgia urologica, Chirurgia generale, Chirurgia toracica e Chirurgia ginecologica. La chirurgia urologica viene suddivisa sulle due piattaforme, mentre la chirurgia generale si è concentrata sull'Ospedale Maggiore (fegato, pancreas e tubo digerente) fino all'introduzione dell'ulteriore piattaforma robotica nell'anno 2023 presso l'IRCCS Policlinico S. Orsola; la chirurgia toracica (timectomia e lobectomie) mantiene l'attività robotica presso il presidio dell'Ospedale Maggiore. La chirurgia ginecologica viene svolta esclusivamente sull'IRCCS Policlinico S. Orsola Malpighi.

La costituzione di una piattaforma robotica di area metropolitana ha consentito di raggiungere l'obiettivo di garantire equità nell'accesso a prestazioni altamente qualificate e con supporti tecnologici innovativi per tutti i cittadini, indipendentemente che si riferissero all'Ausl di Bologna o all'IRCCS AOU BO.

Con il riconoscimento ad IRCCS dell'Azienda si sono instaurate collaborazioni con altri IRCCS che vedranno il loro compimento in termini di ricerca, sviluppo di nuove tecnologie e miglioramento dell'assistenza nei prossimi anni. Infatti, a partire dai primi mesi del 2023, è stata avviata una collaborazione con l'azienda AUSL di Imola per l'implementazione dell'attività robotica per l'urologia e la ginecologia per un incremento di produzione di circa 50 ore mensili (circa 8 pazienti al mese).

Tale organizzazione ha permesso e permetterà nei prossimi anni il raggiungimento dei volumi di produzione annuali previsti a livello regionale.

A livello aziendale, è stato costituito un gruppo di lavoro che, in coerenza con le linee guida regionali, effettuerà periodicamente delle valutazioni di appropriatezza riguardo agli interventi effettuati in chirurgia robotica.

CONCENTRAZIONE DELLE TECNOLOGIE E DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI PER AMBITI COMPLESSI AD ALTA EVOLUTIVITÀ TECNOLOGICA

NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS)

La profilazione genomica dei pazienti affetti da neoplasia rappresenta una delle innovazioni più importanti degli ultimi anni e assume un ruolo fondamentale nella gestione clinica personalizzata dei malati oncologici. L'evoluzione tecnologica permette di passare dall'analisi di un singolo gene/alterazione molecolare (Single Gene Testing) a una profilazione molecolare estesa mediante pannelli Next Generation Sequencing (NGS).

In considerazione dei progressi tecnologici e dell'ampliamento delle analisi cliniche, la DGR n. 2316 del 27/12/2022 individua, nell'ambito della rete dei laboratori, i laboratori di biologia molecolare avanzata in grado di offrire adeguate competenze specialistiche con soglia di efficienza di almeno 5.000 campioni analizzati con tecnologia NGS per singolo laboratorio, effettuati per qualsiasi patologia. Per l'Area Vasta Emilia Centro, è stata individuata la piattaforma "Laboratorio Unico di Patologia Molecolare Metropolitano" con sede presso l'IRCCS Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna. Al fine di migliorare qualità ed efficienza dei processi, come accessibilità e tempistica di erogazione, e stimolare ricerca e innovazione, si è provveduto a mettere in atto le indicazioni della DGR 2140 del 12/12/2023 costituendo la piattaforma aziendale "Core Lab NGS" che dovrà essere ulteriormente sviluppata integrando tutte le attività NGS dell'IRCCS e centralizzando quelle provenienti dalle Aziende di AVEC.

Inoltre, fra le future progettualità del triennio 2025-2027, rientrano la profilazione epigenetica (Analisi del Metiloma), analisi genomica massiva (Comprehensive genomic profilig), implementazione in pratica clinica del NGS su fluidi biologici (Biopsia liquida).

A seguire si riportano gli indicatori di performance relativamente alla sezione della produzione:

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	Commento
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	61,68	77,85	59,60	77,36	60,46	77,78	Mantenimento	
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	19,06	9,31	20,42	9,68	20,58	9,6	Mantenimento/ Incremento	
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	19,27	12,85	19,98	12,97	18,95	12,62	Mantenimento/ Incremento	
Indice di case mix degenza ordinaria	1,24		1,24		1,21		Mantenimento	
Indice comparativo di performance	1,1		1,14		1,14		Miglioramento	

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità-Edizione 2024

INTEGRAZIONE METROPOLITANA E RIORDINO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il tema delle integrazioni tra le Aziende Sanitarie che insistono nell'area metropolitana di Bologna ha rivestito, nel corso dell'ultimo decennio, un ruolo centrale nelle agende del management avvicendatosi alla guida. In particolare, a partire dall'anno 2015 (complice anche l'introduzione del DM 70/2015 e della successiva DGR 2040/2015), tale tema è stato particolarmente enfatizzato anche nell'ambito degli obiettivi di incarico assegnati dal livello regionale alle Direzioni delle Aziende metropolitane.

In considerazione del crescente numero di integrazioni che venivano avanti a partire dagli anni 2015 e 2016, le allora Direzioni Generali ritennero fondamentale procedere all'istituzione, in accordo con la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana, di un luogo comune per facilitare la condivisione delle strategie aziendali

nelle aree in cui fossero in corso processi di integrazione interaziendale o comunque nuove iniziative da parte di singole aziende che potessero avere un impatto importante sulle altre aziende che operavano nel medesimo ambito provinciale/metropolitano. È così, dunque, che nella seduta della CTSSM del 27/02/2017 nasce l'Unità Tecnica di Missione, un organismo di coordinamento interaziendale per conseguire un più efficace coordinamento della realizzazione di iniziative di collaborazione o integrazione in ambito metropolitano. L'Unità Tecnica di Missione (UTM) era composta dalle 4 direzioni Aziendali (DG, DS e DA dell'AUSL BO, AUSL Imola, AOU BO e IOR), si riuniva bisettimanalmente secondo un calendario predefinito, i contenuti e le decisioni assunte in ciascun incontro venivano così verbalizzate.

La complessità delle dinamiche caratterizzanti l'area metropolitana di Bologna ha orientato la RER in accordo con Università di Bologna e CTSSM ad istituire (con DGR 743/2017 e 841/2017), sempre nel 2017, il Nucleo Tecnico di Progetto per lo sviluppo della piena integrazione dei servizi tra le Aziende Sanitarie dell'area metropolitana di Bologna che restituisce nel mese di giugno 2018 il documento "forme di integrazione nell'area metropolitana di Bologna: rapporto conclusivo".

Nel mese di aprile dell'anno 2022 è stato avviato un ulteriore gruppo di lavoro nominato dalla CTSSM sul tema dell'integrazione e innovazione e nella gestione delle reti ospedaliere e della assistenza territoriale "NTdP Città IIOGREAT" che ha restituito nel mese di giugno del 2023 un documento sulle possibili forme di integrazione tra gli IRCCS dell'area metropolitana bolognese (IRCCS AOUBO, IRCCS IOR, IRCCS ISNB) e tra le aziende territoriali (Ausl Bologna e Ausl Imola).

A partire dal 2015, quindi, in una prospettiva di applicazione delle disposizioni contenute all'interno del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015, le Aziende Sanitarie dell'area metropolitana di Bologna hanno sviluppato molteplici integrazioni lungo i tre principali ambiti di attività che caratterizzano i processi delle Aziende: a) attività amministrative, tecniche e professionali; b) attività di diagnostica e/o di supporto; c) attività cliniche mediche e chirurgiche - mediante la costituzione di vere e proprie reti cliniche integrate.

Da un punto di vista organizzativo le integrazioni sono riconducibili fondamentalmente a 5 modelli.

a) Creazione, ex-novo, di unità operative (complesse o semplici) di natura interaziendale. Tale modello è caratterizzato da:

- UO incardinate presso un'azienda capofila, con assegnazione temporanea (ai sensi dell'art. 22 ter della Legge Regionale 43 del 26/11/2001, introdotto dall'art. 5 della Legge Regionale n. 26 del 20/12/2013) presso l'unica struttura di tutto il personale che, nelle aziende aderenti al progetto, svolgeva prevalentemente le

funzioni oggetto di unificazione/integrazione (cd. Criterio di prevalenza e/o adibizione alle attività oggetto di unificazione);

- delega allo svolgimento di funzioni per conto di tutte le aziende aderenti al progetto.

b) Identificazione di unità operative (per lo più complesse) già esistenti presso una delle Aziende aderenti al progetto ed alle quali viene:

- delegata, in forza di uno specifico e temporaneo accordo sottoscritto tra le parti, la gestione in forma unificata ovvero si legittima la struttura a governare e svolgere le attività in tutte le sedi aziendali presso le quali le prestazioni vengono erogate;
- assegnato temporaneamente (ai sensi dell'art. 22 ter della Legge Regionale 43 del 26/11/2001, introdotto dall'art. 5 della Legge Regionale n. 26 del 20/12/2013) alla struttura unica tutto il personale che, nelle aziende aderenti al progetto, svolgeva prevalentemente le funzioni oggetto di unificazione/integrazione (cd. Criterio di prevalenza e/o adibizione alle attività oggetto di unificazione).

In questi 2 modelli non si è in presenza di un mutamento della titolarità datoriale, bensì di un utilizzo temporaneo (per la durata dell'accordo) derivante dalla dissociazione tra titolarità del rapporto di lavoro ed esercizio dei poteri di gestione del rapporto di lavoro (questi trasferiti in capo all'amministrazione cui vengono delegate le funzioni, nel concreto al direttore della UO cui vengono assegnati i dipendenti). In forza degli specifici accordi vengono, dunque, qualificate le unità operative in strutture a valenza interaziendale e pertanto come tali rigraduate nella posizione ed adeguate nel trattamento economico corrisposto al dirigente direttore della struttura (remunerazione dell'aumentata complessità).

c) Identificazione di unità operative (per lo più complesse) già esistenti presso una delle Aziende aderenti al progetto ed alle quali viene "trasferita" a titolo definitivo tutta l'attività da svolgere. Questa fattispecie, anche nota come "cessione ramo d'azienda", può essere adottata solo nel caso si tratti di attività chiaramente distinguibili nel perimetro di una organizzazione e dotate del carattere di "autonomia organizzativa". Il modello è stato, infatti, adottato nella creazione del laboratorio unico metropolitano di patologia clinica, nella creazione del servizio di immunoematologia e trasfusionale unico metropolitano (AUSL BO, IOR e IRCCS AOUBO) e nella creazione del servizio di medicina nucleare (IRCCS AOUBO e AUSLBO). Trattasi, dunque, di un modello caratterizzato dalla definitiva cessione della titolarità dei servizi (fattispecie regolata dall'art. 31 del d. lgs. n. 165/2001 (passaggio di dipendenti per effetto di trasferimento di attività), con mutamento datoriale ed applicazione delle garanzie previste dalla normativa civilistica dell'art. 2112.

d) Creazione di dipartimenti interaziendali (mediante sottoscrizione di specifico accordo tra le Aziende aderenti al progetto e Università di Bologna nel caso dei Dipartimenti

ad Attività Integrata), quali unici contenitori organizzativi, che raccolgono unità operative/programmi afferenti alle diverse aziende che decidono di aderire al progetto, aggregate/i sulla base di specifici driver individuati (es. affinità disciplinare, complementarietà nell'offerta del servizio, momento di cura, etc.). Sebbene il dipartimento sia interaziendale viene comunque, sempre, identificata un'azienda capofila. Vale la pena specificare, tuttavia, che se un contenitore è interaziendale non in automatico tutte le strutture inserite nell'ambito del suddetto contenitore sono qualificate tali: resta ferma, dunque, la necessità di sottoscrivere specifici accordi per rendere interaziendale una struttura complessa o semplice (punti "a" e "b").

- e) Affitto di piattaforme logistiche (sale operatorie e degenze) ad altra Azienda: è il caso del programma week surgery Budrio o dell'ortopedia Bentivoglio che prevedono un affitto, da parte dell'AUSL Bologna, di sale operatorie e degenze (ivi compreso personale di supporto medico e assistenziale) all'IRCCS AOUBO per svolgimento di attività chirurgica di medio bassa complessità (modello Budrio) o allo IOR per svolgimento di attività ortopedica (presso ospedale di Bentivoglio), in particolar modo a favore dei cittadini del distretto della Pianura EST.

Nella realizzazione dei modelli sopra declinati i principi e le direttive che hanno guidato negli anni la realizzazione dei servizi a valenza interaziendale sono i seguenti:

- attenzione alla centralità del paziente;
- sviluppo percorsi di cura;
- forte sinergia e collaborazione tra le Direzioni delle Aziende di Area Metropolitana;
- logica di lavoro «bottom up» che parte dai professionisti;
- attenzione alla razionalizzazione delle risorse e ricerca del percorso più appropriato per il paziente;
- cultura del dato e dell'Evidence Based Medicine.

La realizzazione dei progetti interaziendali prevede i seguenti step:

1. confronto e pianificazione tra le direzioni dell'area metropolitana dei possibili sviluppi a livello interaziendale;
2. richiesta del parere del Magnifico Rettore, se l'UO è a direzione universitaria;
3. formalizzazione di un gruppo di lavoro multi-disciplinare/professionale, con l'individuazione di un team leader che coordina il gruppo e la definizione della scadenza dei lavori;
4. presentazione progetto alle Direzioni committenti entro la scadenza prevista;
5. approvazione del progetto da parte delle Direzioni e successiva presentazione in CTSS;

6. definizione del modello giuridico da adottare e stesura della convenzione tra enti e dell'accordo con l'Università, nel caso in cui l'UO sia a direzione universitaria;
7. informativa alle OO.SS. e al CUG;
8. sottoscrizione convenzione tra Aziende aderenti;
9. avvio fase sperimentale.

La struttura documentale che accompagna e fornisce garanzia rispetto agli obiettivi e ai risultati da conseguire è costituita dalla convenzione sottoscritta tra le aziende e dal progetto allegato alla stessa. All'interno di tali documenti è presente un'analisi dello stato dell'arte, la valutazione di eventuali criticità, la proposta di riorganizzazione ipotizzata, gli obiettivi, gli standard di prodotto, la regolazione degli scambi economici tra le aziende, la gestione del personale e le tempistiche previste di realizzazione.

Relativamente al monitoraggio sull'andamento dei servizi interaziendali vi sono diversi momenti di verifica:

- incontri di budget congiunti tra le aziende coinvolte per i servizi interaziendali con la realizzazione di schede di budget integrate;
- incontri periodici dei Controlli di Gestione per valutare l'andamento e i volumi di attività;
- revisione delle job description dei Direttori delle strutture a valenza interaziendale con inserimento degli obiettivi relativi alla realizzazione del progetto di integrazione in ambito interaziendale;
- verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti in relazione alla proroga dell'accordo.

Si riporta di seguito l'elenco dei servizi e dei dipartimenti a valenza interaziendale:

Servizi Amministrativi			
Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale	proroga Del.	284 del	23/08/2024
Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale	proroga Del.	284 del	23/08/2024
Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza	proroga Del.	284 del	23/08/2024
Servizio Acquisti Area Vasta	accordo Del.	53 del	15/02/2024
Servizio Unico Metropolitano Economato	proroga Del.	284 del	23/08/2024
Data Protection Officer	accordo Del.	167 del	09/06/2021
Cessioni di ramo d'azienda			

Trasfusionale Unico Metropolitano	cessione del. 253 del 31/08/2022
Laboratorio Unico Metropolitano	cessione Del. 391 del 25/08/2015
Medicina nucleare	cessione Del. 356 del 13/12/2021
Microbiologia unica metropolitana	
Unità operative cliniche a valenza interaziendale	
Pneumologia interventistica	proroga Del. 221 del 22/07/2021
Dermatologia	accordo Del. 243 del 10/07/2024
Chirurgia vascolare	proroga Del. 5 del 07/01/2025
Rete infettivologica	accordo Del. 175 del 05/06/2023
Allestimenti citologici	proroga Del. 258 del 31/08/2022
Riscontri diagnostici	
Chirurgia senologica	proroga Del. 354 del 14/12/2023
Neuromet	proroga Del. 6 del 07/01/2025
Neurochirurgia pediatrica	proroga Del. 261 del 24/07/2024
Neuropsichiatria dell'età infantile	accordo Del. 7 del 7/01/2025
Chirurgia metabolica e dell'obesità	proroga Del. 395 del 27/11/2024
Neuroradiologia	proroga Del. 276 del 08/08/2024
Reumatologia	accordo Del. 96 del 31/03/2022
Dipartimenti a valenza interaziendale	
Dipartimento farmaceutico interaziendale	istituzione Del. 132 del 29/05/2020
Dipartimento di emergenza interaziendale	istituzione Del. 246 del 19/08/2021
Dipartimento interaziendale di Anatomia Patologica (DIAP)	istituzione Del. 92 del 18/03/2022

Dipartimento interaziendale per la gestione integrata del rischio infettivo (DIGIRI)	istituzione Del. 227 del 20/07/2022
--	-------------------------------------

L'Azienda intende ottimizzare e rivedere l'assetto complessivo delle interaziendalità presenti in area metropolitana, valorizzando l'alta complessità e la continuità ospedale-territorio, nello specifico si prevede:

- l'avvio dei lavori per la realizzazione di un dipartimento interaziendale della continuità e dell'integrazione e di un dipartimento interaziendale della riabilitazione, al fine di rafforzare i modelli di integrazione tra ospedale e territorio;
- la revisione del modello organizzativo del dipartimento farmaceutico interaziendale
- la prosecuzione dei lavori per la realizzazione del dipartimento e della rete oncologica ed emato-oncologica dell'area metropolitana bolognese;
- la riorganizzazione del servizio di diagnostica senologica;
- la riorganizzazione della chirurgia vascolare interaziendale mediante una maggiore caratterizzazione dei percorsi e delle attività in relazione alla vocazione dei diversi presidi ospedalieri su cui insiste l'attività;
- la revisione dei modelli organizzativi dei servizi unici amministrativi metropolitani (Sumagp, sumaep, sumcf) oltre che la definizione di specifiche sinergie e percorsi integrati tra i servizi informativi, di ingegneria clinica e acquisto di area metropolitana;
- l'istituzione di un board farmaceutico metropolitano per il governo dell'appropriatezza su farmaci e dispositivi, per l'introduzione di linee guida e protocolli e la loro disseminazione oltre che la valutazione dell'innovazione in ambito terapeutico, chirurgico e interventistico;
- la realizzazione di un piano direttore che declina la programmazione di nuove edificazioni/ristrutturazioni di area metropolitana.

Per garantire che le Aziende che insistono sull'area metropolitana di Bologna esercitino in modo congiunto le funzioni di programmazione e gestione, limitatamente ai servizi e alle attività definite di interesse comune a valenza interaziendale, si sta lavorando congiuntamente alla Regione, all'Università di Bologna e alla CTSSM per la definizione di un modello organizzativo di coordinamento che formuli proposte di programmazione in area metropolitana sulla base degli indirizzi definiti a livello regionale e metropolitano e che monitori l'implementazione e l'andamento dei processi e dei servizi di interesse comune garantendo l'appropriatezza, l'efficientamento e le qualificazione dei percorsi di assistenza, ricerca e didattica.

ATTIVITÀ DI DONAZIONE ORGANI, TESSUTI E CELLULE

Negli ultimi anni l'attività di donazioni multiorgano e tessuti ha avuto una notevole crescita all'interno dell'IRCCS AOU di Bologna - Policlinico di Sant'Orsola. Ottimi sono i risultati raggiunti grazie al lavoro svolto da parte di tutti i professionisti coinvolti nel percorso di procurement e dell'azione di supporto e coordinamento. L'Azienda è infatti divenuta nel 2022 la quinta sede donativa dell'Emilia-Romagna fornendo ben 30 organi per le attività di trapianto alla Rete Regionale e Nazionale. In riferimento alla programmazione e pianificazione delle attività richieste per il prossimo triennio 2025-2027 e tenuto conto del recente audit svolto dal Centro Nazionale Trapianti e dal Centro Regionale Trapianti alla nostra Azienda, si esplicitano di seguito gli obiettivi annuali richiesti dalla Regione all'AOU Policlinico di Sant'Orsola e alcune azioni di miglioramento proposte nell'ottica del consolidamento dei percorsi di procurement e di un rinnovamento della rete del procurement. L'obiettivo resta l'incremento delle segnalazioni di potenziali donatori nell'ottica di dare una risposta di cura ai pazienti in lista di attesa di trapianto.

Obiettivi Regionali annuali assegnati all'AOU Policlinico di Sant'Orsola IRCCS:

- 1) "Garantire, anche in corso di ulteriore ondata pandemia, la piena operatività, in termini di personale e di ore dedicate, degli Uffici di Coordinamento Ospedaliero di Procurement di organi e tessuti così come definito nella DGR 665/2017";
- 2) Rendere pienamente operativi i Coordinamenti locali Ospedalieri di Procurement (COP) con assegnazione di personale medico e infermieristico adeguato alle potenzialità donative specifiche dell'Azienda e garantendo ad entrambe le figure ore dedicate al procurement al di fuori delle ore di assistenza (DGR 665/2017);
- 3) A supporto del Coordinatore Ospedaliero e dell'attività donativa, trasversale a tutto l'Ospedale, prevedere inoltre l'istituzione di un Comitato Aziendale Ospedaliero alla donazione, che includa i responsabili delle diverse unità operative e servizi sanitari di supporto;
- 4) "Garantire l'attività donativo-trapiantologica con la creazione di percorsi "puliti" che ne consentano la continuità sia la disponibilità costante di un posto letto in Terapia Intensiva per l'accoglienza di un potenziale donatore."

Obiettivi comuni a TUTTE le UUOO afferenti al Procurement (area critica e non critica)

Al raggiungimento degli obiettivi seguenti contribuiscono tutte le UUOO nelle quali è attivo il percorso di Procurement:

- 1) Prelievo di cornee e tessuti da potenziali donatori con età compresa tra i 2 e gli 80 anni e 3 e 78 anni rispettivamente, come da indicazioni del CRT-ER;
- 2) Qualità Prelievo di Cornee;

Obiettivi regionali validi solo per le UUOO di Area Critica.

Al raggiungimento degli obiettivi seguenti contribuiscono le Terapie Intensive e le Rianimazioni (adulte e pediatriche):

- 1) **OBIETTIVI Regionali di AREA CRITICA (Programma Regionale Donor Action)**
 - **Index 1** (numero dei decessi in TI con patologia cerebrale/numero dei decessi totali) compreso tra il 15 e il 30%; **PROC 2** (segnalazioni di morte encefalica/numero dei decessi con lesione encefalica acuta; **PROC 1** (Donatori Effettivi/Decessi con patologia cerebrale); **INDEX 3** (livello di opposizione alla donazione degli organi /richieste di donazione) <33%
- 2) **Donatori a Cuore Fermo (cDCD).** L'obiettivo regionale richiesto è che il numero delle segnalazioni da donatori di organi a cuore fermo rispetto al numero di segnalazioni di donatori a cuore battente sia superiore al 15%.

Obiettivi Aziendali annuali dati dalla Direzione Sanitaria alle UUOO che afferiscono al Procurement

Identificazione del paziente con grave patologia cerebrale a potenziale donativo attraverso il monitoraggio di pazienti con grave patologia cerebrale*/totale pazienti:

- Ricoveri di pazienti con patologia cerebrale (Codice Neurologico ICD9) e/o con GCS ≤8;
- Decessi di pazienti con patologia cerebrale (DACL) con < 3 giorni di ricovero e GCS ≤8;

*(Codici ICD 9) per patologia cerebrale e/o GCS ≤8 e segni radiologici di patologia cerebrale

Azioni innovative e di miglioramento

- ◆ Creare una informatizzazione dei processi di Procurement dando maggior visibilità attraverso la pagina Web Aziendale e facilitando l'accesso informatico ai percorsi di donazione per i professionisti della rete.
- ◆ Implementare l'attività e il coinvolgimento del Comitato Aziendale delle Donazioni di Organi e Tessuti nella condivisione degli obiettivi con le UUOO di appartenenza dei singoli membri del Comitato e nella diffusione trasversale dei processi di Procurement. Inserimento nel Comitato Aziendale anche di referenti infermieristici delle TI e SO e proposta di inserimento di referenti di Risk Management, Qualità, Formazione e Comunicazione.

- ◆ Potenziare e riorganizzare la Rete di Procurement all'interno dell'AUO secondo le indicazioni regionali individuando le figure del Medico /Infermiere Esperto in Procurement (MEP e IEP) all'interno delle Terapie Intensive e delle degenze afferenti ai percorsi di donazione.
- ◆ Con la medesima finalità, procedere all'individuazione e formazione della figura del "Facilitatore di SO" per migliorare l'aspetto organizzativo durante i prelievi multiorgano-multitessuto (sia per donatori DBD che cDCD) e i rapporti con il CRT e la rete donazioni-trapianti.
- ◆ Ri-modulare l'assetto organizzativo del Coordinamento Ospedaliero di Procurement (COP).
- ◆ Cercare di informatizzare il più possibile l'identificazione e la segnalazione dei Potenziali donatori di organi e tessuti.
- ◆ Seguire il completamento e l'applicazione della procedura aziendale sulla tematica "End of Life" nelle Terapie Intensive e nelle aree non critiche dell'AUO.
- ◆ Formazione mirata e trasversale sui percorsi di "Fine Vita" e delle modalità di attuazione secondo le linee guida attuali vigenti e la letteratura.
- ◆ Per quanto riguarda la donazione da donatore a cuore fermo controllato (cDCD), nella nostra Azienda il percorso negli ultimi anni è stato ben definito e integrato nell'organizzazione clinico-gestionale delle terapie intensive ove si svolge il processo. Nell'ottica del miglioramento va organizzato un "registro di potenziali donatori DCD", così come richiesto a livello regionale, ossia vanno tracciati tutti quei pazienti con devastanti lesioni cerebrali o quadri di gravissima insufficienza cardio-circolatoria o neuromuscolare per i quali, dopo aver assicurato la miglior cura possibile, i medici escludono qualsiasi altra forma terapeutica (medica o chirurgica) in grado di modificarne la prognosi infausta. La loro valutazione, individuazione e segnalazione quali potenziali donatori di organi e/o tessuti è il punto cruciale del processo di procurement.
- ◆ Definire un Percorso "Sicurezza del Potenziale Donatore" a valenza Inter-aziendale.
- ◆ "Gestione del paziente neuroleso" che rappresenta nell'ottica di identificare un paziente potenziale donatore di organi e tessuti.
- ◆ Definizione di procedure aziendali o istruzioni operative relative ai percorsi di procurement all'interno dell'Azienda.
- ◆ Aggiornamento continuo dei Registri Regionali "Donor Action" (DA) e Registro "Potenziali DCD" (collaborazione del Comitato Donazioni e Terapie Intensive) con relativa trasmissione dei relativi dati in Regione.

3.2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLA QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

I temi della qualità, della sicurezza e la gestione del rischio nonché l'appropriatezza delle cure sono obiettivi prioritari delle aziende del servizio sanitario. L'interazione delle molteplici componenti che agiscono nel sistema deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico che consentano di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

Rafforzare le competenze dei professionisti è infatti un valore essenziale, così come la formazione costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.

In questo capitolo si sviluppano le azioni che l'Azienda intende realizzare nel triennio 2025/2027, in materia di **qualità, appropriatezza e sicurezza** e si analizzano gli aspetti della **qualità percepita dall'utente** sulla base delle rilevazioni effettuate dall'ufficio relazioni con il pubblico.

AREA GOVERNO CLINICO

L'area GC supporta la Direzione Aziendale nella promozione e nello sviluppo degli strumenti di clinical governance, promuovendo la partecipazione dei professionisti e fornendo supporto tecnico-elaborativo a progetti e obiettivi aziendali volti al miglioramento continuo e alla qualificazione dei percorsi di cura in termini di appropriatezza, efficacia, sicurezza e qualità dei servizi.

Il concetto di governo clinico attiene quindi sia alla valutazione sistematica della qualità dell'assistenza sia alla responsabilizzazione dei diversi livelli dell'organizzazione su gestione e governo delle risorse e dei processi assistenziali. L'obiettivo principale dei programmi di Governo clinico è quello di assicurare servizi di qualità e prestazioni appropriate e sicure attraverso il migliore utilizzo delle risorse disponibili. La realizzazione di tali programmi necessita di due condizioni fra loro complementari: l'uso delle metodologie e degli strumenti disponibili per il miglioramento della qualità dell'assistenza come parte integrante della pratica clinica e la strutturazione di un sistema di relazioni che consentano la partecipazione attiva e la responsabilizzazione dei professionisti a garanzia della qualità dell'assistenza. Fra le metodologie e gli strumenti propri del GC da sviluppare per promuovere il miglioramento: il trasferimento nella pratica clinica delle conoscenze scientifiche, l'implementazione di linee-guida nella costruzione di appropriati percorsi di cura, la valutazione della pratica assistenziale e l'utilizzo di indicatori di performance clinica, la valutazione delle nuove tecnologie sanitarie.

A supporto dei Dipartimenti è attivata la rete dei Referenti per il Governo Clinico, che costituiscono l'interfaccia tra le attività aziendali in capo al servizio "Governo Clinico e Qualità" e il Dipartimento nelle sue varie articolazioni. I Referenti dipartimentali per il Governo Clinico supportano, per gli aspetti clinici e assistenziali, il Dipartimento nella definizione, nella realizzazione, nel monitoraggio e nella valutazione dei progetti di sviluppo del Governo Clinico, coinvolgendo altri professionisti ai principi e alla metodologia dell'Evidence-Based Practice (EBP), ad esempio: definizione e stesura di PDTA, programmazione ed esecuzione di audit clinico-organizzativi, implementazioni di raccomandazioni di linee guida sviluppo di procedure e azioni di miglioramento.

I PDTA/I attivi all'interno dell'Azienda per la presa in carico di pazienti con specifiche patologie prevedono la valutazione multidisciplinare della casistica attraverso l'utilizzo della piattaforma informatica Healthmeeting che consente la discussione dei casi clinici tramite la condivisione di informazioni sanitarie e la gestione, anche a distanza, dei team multidisciplinari.

Seguendo la programmazione regionale e tenuto conto dell'esito degli audit clinici che vengono effettuati indicativamente tutti gli anni, saranno aggiornati e sviluppati i relativi percorsi.

In fase sperimentale su alcuni PDTA è effettuata la rilevazione della soddisfazione del paziente inserito nel PDTA tramite questionario validato.

I Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziale possono essere aziendali o interaziendali, condivisi quindi con l'AUSL di Bologna o con altre aziende a seconda dello sviluppo e delle caratteristiche del percorso.

Attualmente sono attivi i seguenti percorsi:

- PDTAI del bambino iperteso;
- PDTAI per la persona affetta da endometriosi;
- PDTAI per pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) dell'Età Evolutiva e dell'Adulto;
- PDTA per la gestione del paziente con patologia surrenalica oncologica e da insufficienza d'organo;
- PDTA per la gestione del paziente con neoplasia neuroendocrina del tratto gastro-entero-pancreatico e del polmone;
- PDTAI per la Gestione dell'Attacco Ischemico Transitorio;
- PDTAI per le persone con ictus cerebrale;
- PDTA per il paziente affetto da tumore della prostata;
- PDTA Trapianto di rene nel paziente adulto da donatore cadavere e vivente;

- PDTA Trapianto di polmone;
- PDTA Gestione del paziente adulto con scompenso cardiaco avanzato: trapianto di cuore e assistenza meccanica al circolo;
- PDTA Gestione del paziente candidato al trapianto di fegato da donatore cadavere;
- PDTA per la incongruenza di genere nella persona adulta;
- PDTA del paziente adulto con malattia celiaca;
- PDTA per i pazienti con tumore del distretto testa-collo;
- PDTA per la gestione del paziente con sindromi digestive associate a disordini della mobilità gastrointestinale;
- PDTA per il trapianto di cellule staminali emopoietiche nel paziente pediatrico oncoematologici;
- PDTA Trapianto di cuore e trattamento dello scompenso cardiaco avanzato nel paziente pediatrico e adulto con cardiopatia congenita;
- DTA per la gestione del paziente cardiopatico congenito adulto (GUCH);
- PDTA della paziente con tumore della mammella;
- PDTAI per la gestione del paziente pediatrico affetto da diabete (in revisione);
- PDTAI del paziente affetto da fibrosi polmonare idiopatica (in revisione);
- PDTA La gestione della trombosi venosa profonda. Percorso ambulatoriale in urgenza (in revisione);
- PDTA La gestione del paziente con insufficienza intestinale cronica benigna (in revisione);
- PDTAI del paziente affetto da demenza (in revisione);
- PDTAI del paziente con melanoma cutaneo (in revisione);
- PDTAI del paziente reumatologico adulto (in revisione);
- PDTAI del paziente adulto con cefalea non traumatica (in revisione);
- PDTAI per le persone con MEC (Malattia Emorragica Congenita) e artropatia (in revisione);
- PDTAI del paziente chirurgico bariatrico (in revisione);
- PDTAI per le persone adulte con diabete mellito (in revisione);
- PDTAI della paziente con tumore della cervice (in revisione);
- PDTAI della paziente con neoplasia ovarica (in revisione);
- PDTAI del Paziente affetto da Labiopalatoschisi (in revisione);
- PDTAI per le persone con Broncopneumopatia cronica ostruttiva (in revisione);
- Percorso di cura per l'assistenza integrata alle persone con frattura del femore e ultrasettantacinquenne (in revisione);
- PDTA per la gestione del paziente con stenosi valvolare aortica (in revisione);

- PDTA per la gestione del paziente affetto da neoplasie del pancreas (in revisione);
- PDTA: per la gestione del paziente anziano con delirium o sintomi psichici e comportamentali della demenza (BPSD) ricoverato in ospedale (in revisione);
- PDTA La gestione del paziente con neoplasia del colon e retto;
- PDTA La gestione del paziente con malattie autoimmuni del fegato e delle vie biliari;
- PDTA Tumori Stromali Gastrointestinali (GIST) e Sarcomi Addominali;
- Percorso del paziente con scompenso cardiaco dall'accesso urgente alla dimissione da reparto di area medico-geriatrica;
- PDTA del paziente con tumore del polmone;
- PDTAI del paziente adulto con trauma cranico lieve-moderato;
- Percorso di cura multidisciplinare del paziente con epatocarcinoma;
- Percorso per lo studio e la gestione della calcolosi renale.

I seguenti PDTA/I sono, invece, di nuova redazione:

- PDTA per la persona affetta da neoplasia del rene;
- PDTA per la persona affetta da neoplasia della vescia e alte vie escrettrici;
- PDTA per la gestione del paziente con patologia pleurica;
- PDTA per la persona affetta da patologia nodulare della tiroide;
- PDTAI per la gestione del paziente adulto affetto da epilessia;
- PDTAI per la gestione dell'obesità in età pediatrica;
- PDTAI della paziente con tumore della mammella.

AREA QUALITA' E ACCREDITAMENTO

L'Azienda ha conseguito il rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale nell'anno 2020 (DGR n. 21954 del 04/12/2020). Il prosieguo del percorso di Accreditamento prevede sia meccanismi di sorveglianza interni, sia processi di verifica esterna da parte della Regione Emilia-Romagna su specifiche unità operative, programmi, processi, sulla base delle strategie e dei criteri definiti a livello regionale, anche sulla base dei dati di performance rilevati attraverso i diversi sistemi informativi. La periodicità di tale attività di verifica esterna è definita a livello regionale. Per alcune strutture (Servizio Immunoematologia e Trasfusionale e PMA) le scadenze di rinnovo sono biennali. Il processo di accreditamento prevede l'implementazione dei requisiti anche nelle nuove strutture a garanzia di un rinnovo, previsto nel 2025-2026, che possa prevedere anche l'integrazione delle nuove strutture come i laboratori dell'ematologia, il settore NGS dell'Anatomia Patologica e la Farmacologia Clinica oltre che l'integrazione delle strutture interaziendali a capo dell'IRCCS come la Chirurgia Oncologica.

Al tempo stesso sono attivi in Azienda i seguenti sistemi di autorizzazione e accreditamenti di eccellenza che prevedono, anch'essi, attività di verifica, sorveglianza interna ed esterna ai fini del mantenimento del rispetto dei requisiti e del miglioramento continuo:

- Eusoma Breast Centre Certification (rinnovo annuale, previsto nel 2026);
- Certificazione Jacie Trapianto Autologo e Allogeneico di midollo nel paziente adulto (rinnovo 2025);
- Autorizzazione CNT/CNS dei Centri di Raccolta, Processazione, Conservazione e Distribuzione cellule staminali emopoietiche (CSE) - paziente adulto (rinnovo biennale, previsto 2025);
- Certificazione Jacie dei Centri di Raccolta, Processazione, Conservazione e Distribuzione cellule staminali emopoietiche (CSE) - paziente pediatrico (certificazione prevista 2027);
- Autorizzazione CNT/CNS dei Centri di Raccolta, Processazione, Conservazione e Distribuzione cellule staminali emopoietiche (CSE) - paziente pediatrico (rinnovo biennale, previsto 2025 per cambio della facility processing);
- Autorizzazione CNT della Banca Regionale dei Tessuti Cardiovascolari Regione Emilia-Romagna per la Raccolta, Processazione, Conservazione e Distribuzione dei Tessuti Cardiovascolari e del tessuto Paratoroideo Autologo (rinnovo 2025);
- Autorizzazione CNT/CNS della Banca Regionale del Sangue Cordonale (rinnovo 2025);
- Certificazione ISO 9001:2015 della Banca Regionale del Sangue Cordonale (rinnovo annuale, 2025);
- Accredimento FACT della ERCB (Emilia Romagna Cord Blood Bank) raccolta, conservazione e distribuzione cellule staminali da sangue cordonale ombelicale (rinnovato 2025);
- Autorizzazione AIFA Sperimentazione di Fase 1 (rinnovo annuale di tutte le 4 Unità);
- Certificazione EFI Immunogenetica (rinnovo annuale);
- Autorizzazione CNT Trapianto Microbiota Fecale (rinnovo 2026);
- Autorizzazione CNT/CNS e Regionale PMA (rinnovo 2025/26);
- certificazione ABIO-SIP "Ospedale all'altezza dei bambini" nel Dipartimento Salute della Donna e del Bambino;
- Certificazione ISO9001/2015 Centro Compounding;

Nel triennio 2025-2027 l'Azienda dovrà rinnovare l'Accreditamento Regionale e realizzare, attraverso anche le funzioni della rete (rappresentanti della qualità di Dipartimento e UO – RDQ) le attività di supporto e di sorveglianza ai fini dello sviluppo e del mantenimento dei requisiti dell'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e dei requisiti per la certificazioni di eccellenza e Autorizzazioni nazionali, mediante l'applicazione di tutti gli strumenti di pianificazione, formazione e verifica utili al

miglioramento continuo dei processi. Tali attività si realizzeranno essenzialmente attraverso i seguenti progetti, rendicontati e previsti anche nel Piano Programma Qualità:

- **Sviluppo e mantenimento della rete dei rappresentanti della Direzione per la qualità** con un ruolo di **supporto informativo, formativo e di consulenza** all'interno delle Direzioni, dei Dipartimenti e delle Unità Operative in merito al mantenimento e sviluppo sui principali processi del sistema qualità (gestione della documentazione, riesame della direzione, gestione delle aree di criticità e miglioramento, gestione non conformità e gestione audit). A garanzia del mantenimento dei requisiti formativi del ruolo, vengono programmati annualmente corsi sugli strumenti richiesti dai requisiti generali di accreditamento per la formazione dei nuovi RDQ e su un processo che si vuole rinnovare per garantire il mantenimento delle competenze degli RDQ già formati. La tipologia dei corsi è accreditata sempre come blended, perché l'obiettivo è garantire lo sviluppo di strumenti applicati.
Continua dal 2023 il lavoro di coordinamento della rete da parte dell'RDQ Aziendale per garantire una sempre maggiore comunicazione tra le Direzioni trasversali e i Dipartimenti clinici e garantire un processo di interscambio per il raggiungimento di obiettivi comuni. I momenti di confronto sono sistematizzati in incontri mensili oltre che negli incontri dei singoli Dipartimenti dove sono coinvolti anche gli RDQ di Programmi legati a certificazioni di eccellenza.
- Coordinamento di progetti innovativi accompagnati da certificazioni di eccellenza. Nel 2025 è prevista la Certificazione ISO9001/2015 del Centro Compounding nell'ambito dell'allestimento dei Farmaci antiblastici e della Nutrizione parenterale. C'è in fase di valutazione anche l'ampliamento delle Autorizzazioni delle Unità di fase 1.
- **Integrazione dei sistemi di gestione di riferimento a garanzia di un'applicazione trasversale a vantaggio dell'organizzazione.** Nella valutazione degli standard richiesti dai requisiti dei riconoscimenti aziendali attivi, l'Azienda valuta annualmente la possibilità di implementare processi innovativi di "nicchia" ad un livello aziendale trasversale per garantire e rendere disponibili strumenti utili a tutti i livelli dell'organizzazione, dalla Direzione Aziendale a quella delle singole UUOO. Nel 2025 l'impegno è applicare in maniera sistematica il processo del Change Controll (gestione del Cambiamento) con l'obiettivo di definire gruppi di lavoro multi professionali per la gestione controllata del cambiamento sotto tutti gli aspetti. Ulteriore elemento che si vuole sviluppare è la competenza trasversale di strumenti specifici di alcuni standard internazionali come il Disaster Plan, la Business continuity e la Validazione dei Processi di cui possiamo essere promotori a livello aziendale.

- **Identificazione di azioni di miglioramento integrate nel processo di budget** rispetto a criticità rilevate attraverso la registrazione di non conformità, di necessità di adeguamento ai requisiti di Accredитamento sia generali che specifici-trasversali e Certificazione di eccellenza. Nel 2025 è stata attivata un'azione di miglioramento aziendale sulla gestione del Day Service Ambulatoriale per migliorare l'efficacia e l'efficienza del processo e garantire una sempre maggiore presa in carico del paziente.

Nel 2025 sono stati attivati ulteriori progetti di miglioramento, sempre grazie alle NC aziendali, come:

- la gestione della tempistica della risoluzione dei guasti alle apparecchiature rinforzando il processo di gestione della manutenzione preventiva con coinvolgimento dei colleghi dell'Ingegneria clinica negli audit di sistema e nei corsi dell'Area Qualità per fornirgli strumenti utili a darne evidenza;
- La gestione dei dati informatici che ha visto la revisione della PA63 gestione dell'emergenza informatica e la definizione di 2 processi aziendali per garantire il Disaster recovery dei dati stessi;
- La gestione dei fornitori come processo maggiormente presidiato e definito anche attraverso la funzione del RUP e soprattutto del DEC per la responsabilità di verifica attribuita.

Continua ad essere un impegno dell'area qualità la rintracciabilità dei dati del riesame attraverso la collaborazione della rete degli RDQ per garantire un controllo dei dati forniti e la corretta valutazione da parte delle UU00. La PA01 rivista praticamente annualmente si è assestata su un processo trasversale a tutti i Dipartimenti e nel 2025 ha coinvolto anche la Direzione Aziendale.

Nel budget delle UU00 l'area qualità ha richiesto l'integrazione nel riesame del monitoraggio degli indicatori presenti nei requisiti specifici di accredитamento attribuendo, anche alle direzioni trasversali di competenza, il supporto ad un'elaborazione informatica. Il 2025 vede l'attivazione di questo progetto aziendale sugli indicatori dei requisiti specifici di accredитamento per tutte le aree cliniche, nonché lo sviluppo di un cruscotto per gli indicatori previsti nelle certificazioni di eccellenza dal 2026.

- **Audit interni/autovalutazioni:** la sorveglianza sul mantenimento e lo sviluppo dei requisiti generali e specifici dell'Accredитamento Istituzionale e dei requisiti dei diversi modelli per la certificazione di eccellenza implementati presso l'IRCCS AOU di Bologna sarà garantita attraverso la realizzazione di audit sul campo o di autovalutazioni, dove previste le check-list dei requisiti. Nella pianificazione degli audit quelli previsti annualmente sono la certificazione Jacie e l'autorizzazione

del CNT che richiedono la definizione e l'attuazione di un programma di audit annuale sulle singole facility. L'area Qualità esegue anche audit interni in riferimento alla norma ISO9001/2015 che garantiscono una visione sistemica alla base dei riferimenti regionali e nazionali applicati nel contesto aziendale. È inoltre definita una programmazione specifica di verifiche interne per le Unità Cliniche di Fase 1 autorizzate a garanzia del mantenimento dei requisiti della Determina AIFA 809/2015. Anche per queste verifiche si persegue l'obiettivo dell'integrazione con altre strutture, per la verifica puntuale di altri requisiti, in particolare quelli impiantistici, strutturali e tecnologici.

L'area Qualità attiva annualmente corsi di formazione che riguardano anche la gestione degli audit, finalizzati alla formazione di professionisti interni come valutatori di sistema e esperti tecnici dell'area di loro competenza. Nel triennio precedente i valutatori formati sono 35 professionisti sia di UUOO cliniche che di Direzioni trasversali.

- **Emissione, riesame, revisione dei documenti del sistema gestione qualità (SGQ) e sviluppo e potenziamento del repository documentale** per la gestione e la diffusione informatizzata dei documenti del sistema qualità. Nel 2025 è stato implementato il nuovo repository documentale volto a semplificare la gestione dei documenti di sistema a tutti i livelli: l'implementazione del nuovo strumento è stata accompagnata alla realizzazione di eventi formativi al fine di garantire la piena fruibilità e conoscenza di questo strumento. Anche in questo caso è stata molto importante la gestione del cambiamento eseguito in collaborazione con ICT in quanto il cambiamento di fonte informativa può essere fonte di errore.
- Partecipazione a progetti coordinati a livello regionale sui temi dell'**Equità, Health Literacy, Umanizzazione** e implementazione di attività interne all'Azienda coerenti con le indicazioni regionali;
- **Proseguimento dei rapporti istituzionali con l'Agenzia Socio Sanitaria Regionale** per il recepimento delle nuove normative e nel processo di verifica presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate ai fini del rilascio e del rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale.

AREA QUALITÀ PERCEPITA DAL CITTADINO

L'Azienda si impegna a mantenere il ruolo di interlocutore primario al cittadino, proseguendo nella promozione alla partecipazione attiva, alla valutazione della qualità dei servizi e alla tutela dei diritti degli utenti. In particolare, l'Azienda riconosce il valore e la funzione sociale degli Enti del Terzo Settore (ETS), dell'associazionismo, dell'attività di volontariato e della cultura e pratica del dono quali espressione di partecipazione,

solidarietà e pluralismo e ne promuove lo sviluppo, salvaguardandone la spontaneità ed autonomia e favorendone l'apporto originale per il perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale. L'Azienda intende ulteriormente sviluppare le relazioni istituzionali, consolidate negli anni con gli Enti del Terzo Settore, per il perseguimento di importanti obiettivi legati al soddisfacimento dei bisogni sociali e sanitari dei cittadini, favorendo l'attivazione di rapporti di collaborazione e riconoscendone valore e merito nei progetti rivolti all'utenza.

Nell'anno 2025 è entrato in vigore il nuovo Regolamento in materia di rapporti tra l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna e gli Enti del Terzo Settore (ETS). Tale regolamento ha recepito i principi e le disposizioni del D.Lgs 117/2017, integrando nell'applicazione aziendale gli istituti della co-programmazione e co-progettazione, in coerenza con quanto disciplinato e previsto dagli artt. 55 e ss. del medesimo decreto. Nell'anno 2025 è stato approvato l'Elenco degli ETS idonei e qualificati a collaborare per lo sviluppo degli istituti precedentemente citati e si è dato avvio ai primi avvisi di co-progettazione con lo scopo di offrire a pazienti e familiari supporto e accoglienza, sostegno psicologico, attività di intrattenimento, ecc.

La co-programmazione e la co-progettazione tra ETS e Azienda rappresentano strumenti strategici per costruire una maggiore aderenza ai bisogni reali dei cittadini, un percorso di fiducia ed alleanza che sono elementi centrali del processo di cura e promozione della salute.

Inoltre, per acquisire le informazioni utili per identificare azioni di miglioramento dei servizi rivolti all'utenza e dell'assistenza fornita, è stata implementata l'indagine di customer satisfaction attraverso la somministrazione di questionari dedicati alla rilevazione della qualità percepita dei degenti, con l'obiettivo di estendere l'indagine a tutti i reparti dell'Azienda entro la fine del 2025.

Attraverso il Comitato Consultivo Misto aziendale - che rappresenta uno strumento di partecipazione civica volto a favorire il dialogo tra cittadini, pazienti, organizzazioni del terzo settore e Azienda - sono state ulteriormente implementate le attività di valutazione della qualità dei servizi offerti nonché di identificazione delle eventuali azioni di miglioramento, anche attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro ad hoc, con il compito di analizzare i reclami pervenuti dai cittadini.

Al fine di promuovere attivamente l'empowerment dell'utenza straniera, particolare attenzione sarà rivolta ai *servizi di mediazione linguistico-culturale ed interpretariato telefonico*, già attivi da anni nel Policlinico.

AREA APPROPRIATEZZA

CONSOLIDAMENTO DELLA COMPLESSITÀ DELLA CASISTICA E MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DEI SETTING ASSISTENZIALI

L'Azienda ha sempre perseguito nel tempo una politica per raggiungere l'appropriatezza organizzativa del ricovero, intesa come la capacità di prestare ciascun trattamento nel corretto setting assistenziale (ambulatoriale, day hospital, ricovero ordinario).

Annualmente viene definito un piano per l'appropriatezza mirato al controllo e alla riduzione dell'attività inappropriata in degenza ordinaria e day hospital.

Nel triennio 2025-2027 le aree che verranno maggiormente interessate alle azioni di miglioramento saranno in continuità con quando già messo in essere degli ultimi anni; in particolare quelle chirurgiche (generali e specialistiche) con particolare riguardo alla casistica oggetto di monitoraggio negli adempimenti LEA (DRG ad alto rischio di inappropriata), con l'obiettivo di trasferire, dove possibile, la piccola chirurgia in regime ambulatoriale e, dove ciò non fosse previsto dai nomenclatori regionali e nazionali, in day hospital e di ridurre la degenza preoperatoria, in particolare nei ricoveri brevi.

Per quanto riguarda i ricoveri medici in degenza ordinaria (ad oggi per lo più provenienti da pronto soccorso) l'obiettivo è quello di cercare la piena integrazione con il territorio al fine di ridurre da un lato l'accesso urgente, dall'altro facilitare la dimissione protetta. Le azioni riguarderanno anche la trasformazione al setting di day hospital di ricoveri diagnostici brevi e terapeutici.

Parimenti per quanto riguarda il day hospital l'obiettivo è quello di ridurre i ricoveri diagnostici o comunque di bassa complessità e trattare tali pazienti in regime ambulatoriale per esterni.

La tabella sottostante riporta il valore 2024 dell'indicatore regionale e nazionale presente nel NSG (Ind.Core H04Z): *“Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario”*, che rappresenta l'indicatore sintetico più usato per monitorare il fenomeno (il cui target è 0,15).

L'anno 2024, in miglioramento rispetto all'anno precedente (0,15), vede il l'IRCCS S. Orsola come l'azienda con la migliore performance tra le aziende ospedaliere e nettamente inferiore al valore medio regionale.

Azienda	Anno 2024
AOSPU PARMA	0,17
AOSPU MODENA	0,15
IRCCS S. ORSOLA	0,13
AOSPU FERRARA	0,14
I.O.R.	0,39
EMILIA-ROMAGNA	0,16

Fonte dati: SIVER – Regione Emilia-Romagna

AREA APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA E DI UTILIZZO DEI DISPOSITIVI MEDICI

GOVERNANCE DELLA SPESA E USO APPROPRIATO DEI FARMACI DELLE TECNOLOGIE ASSOCIATE E DEI DISPOSITIVI MEDICI

BOARD STRATEGICO METROPOLITANO PER IL GOVERNO DI FARMACI, VACCINI, DISPOSITIVI MEDICI E TECNOLOGIE

Da febbraio 2025 viene istituito il Board metropolitano (Aziende USL Bologna, Imola, IRCCS S'Orsola, IOR) per il governo di appropriatezza e spesa di farmaci e vaccini, diagnostici, devices e tecnologie, che si costituisce come luogo integrato di valutazione e confronto del valore dei farmaci e delle diverse tecnologie al fine di definire usi ottimali e dosi/durate di trattamento nonché definire priorità e ambiti di intervento al fine di privilegiare i farmaci e gli interventi più efficaci e supportare scelte di costo-opportunità basate sulle migliori evidenze disponibili.

L'integrazione delle varie competenze e risorse presenti sul territorio è fondamentale per affrontare le sfide emergenti nel campo della sanità. In questo contesto, il Board metropolitano rappresenterà per il prossimo triennio un punto di riferimento cruciale. La collaborazione tra le diverse istituzioni sanitarie, nonché la presenza di consulenti esperti, contribuiranno a ottimizzare la gestione delle risorse e a migliorare la qualità dell'assistenza offerta ai cittadini. Inoltre, il Board avrà il compito di definire le priorità e gli ambiti di intervento, con l'obiettivo di privilegiare i farmaci e gli interventi più efficaci. Questo sarà reso possibile attraverso l'analisi comparativa e la valutazione del valore delle diverse tecnologie sanitarie, comprendendo farmaci, vaccini, diagnostici e devices.

Le macro aree di intervento definite dal Board sono:

- cardio-pneumo-internistica;
- coagulazione;
- antimicrobial stewardship;
- diabetologia;

- derma-reuma-gastro-otorinolaringoiatria;
- oncologia e ematologia;
- neurologia;
- immunologia-infettivologia-oftalmologia;
- dispositivi medici e tecnologie (cardiologia, cardiocirurgia, vascolare, senologia, endoscopia digestiva, gare).

Nelle singole Aziende verranno annualmente declinati gli obiettivi strategici più relativi indicatori, in linea con le raccomandazioni prodotte dal Board e sottogruppi di lavoro correlati, da inserire nelle schede di Budget annuali dei singoli Dipartimenti.

GOVERNO DEI FARMACI

Un'efficiente governance dei beni sanitari di consumo richiede una sistematica revisione dell'agenda programmatica aziendale, coerente con le linee d'indirizzo regionali e volta a stimolare in ogni momento i più elevati standard di cura attraverso un accesso appropriato all'innovazione terapeutica, l'implementazione di strumenti di analisi Health Technology Assessment (HTA), maggiore convergenza fra obiettivi economici e risultati clinici.

Il perimetro d'azione entro il quale muoversi nel triennio 2025-27 continuerà a trarre massima ispirazione dai seguenti principi cardine:

- equità, qualità e sicurezza nell'accesso alle cure;
- appropriatezza prescrittiva;
- orientamento a percorsi multidisciplinari e multiprofessionali per la continuità H-T;
- innovazione e ricerca.

La vocazione altamente specialistica dell'IRCCS-Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna richiede forte impegno ed attenzione verso alcune aree cliniche ad elevato grado di complessità.

Per tale ragione le azioni di governo, progressivamente messe in campo in questi ambiti, assumeranno in prospettiva un significato strategico di particolare rilevanza. Le aree principalmente coinvolte sono nel dettaglio:

- Oncologia ed ematologia;
- Malattie Infiammatorie croniche intestinali;
- Reumatologia;
- Epatologia;
- Malattie Rare;

- Cardiologia e cardiocirurgia;
- Chirurgia specialistica e interventistica;
- Trapianti e paziente critico.

Al contempo, la crescente esigenza di nuovi modelli organizzativi, sempre più orientati all'integrazione e ad una visione metropolitana, richiede una profonda rilettura del ruolo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria e dei suoi clinici calati sempre più nel contesto della comunità professionale metropolitana bolognese, in qualità di *opinion leader* per la medicina generale e specialistica territoriale in tema di approccio diagnostico terapeutico e, pertanto, di orientamento prescrittivo.

Con tale consapevolezza proseguiranno, anche nel triennio 2025-27, azioni mirate a valorizzare l'appropriatezza prescrittiva ed un approccio *evidence based* su aree terapeutiche a prevalente vocazione territoriale ed un forte impatto economico sulla farmaceutica convenzionata.

OBIETTIVI PER IL GOVERNO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA

Le azioni messe in campo per il governo dell'assistenza farmaceutica, negli specifici ambiti di intervento, saranno declinate tenendo conto annualmente delle Linee programmatiche regionali e orientate in via prioritaria su:

1. promozione dell'appropriatezza prescrittiva, in ambito ospedaliero e di continuità ospedale-territorio, in collaborazione con le Aziende USL di Bologna, USL di Imola e IOR Rizzoli;
2. adesione alle raccomandazioni/linee di indirizzo sull'uso di farmaci prodotte a livello regionale da appositi gruppi di lavoro multidisciplinari;
3. gestione dei registri di monitoraggio AIFA e recupero dei rimborsi previsti dagli accordi negoziali AIFA-Aziende Farmaceutiche;
4. efficientamento d'impiego della risorsa 'farmaco', tramite la promozione d'uso dei medicinali biosimilari e reinvestimento in innovazione;
5. audit clinici finalizzati alla valutazione dell'uso appropriato di farmaci innovativi nell'ambito delle specifiche aree d'impiego ed alla individuazione di possibili aree di criticità, meritevoli di azioni di miglioramento;
6. sensibilizzazione e sviluppo di interventi in materia di farmacovigilanza e rischio clinico.

Nel merito, gli obiettivi saranno oggetto di interventi programmatici specifici per le seguenti aree terapeutiche:

a. Farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica territoriale

La programmazione sanitaria per il triennio 2025-27 si connoterà con la forte esigenza di garantire l'equilibrio economico rispetto alle risorse finanziarie assegnate,

realizzando obiettivi sempre più sfidanti su farmaci e dispositivi medici in termini di appropriatezza e sostenibilità delle cure, in uno scenario socio economico sempre complesso a risorse limitate.

Risulta quindi indispensabile rivedere, con cadenza annuale, temi ed azioni di appropriatezza in funzione delle linee strategiche definite nell'ambito del Board metropolitano e dei nuovi obiettivi regionali assegnati nelle Linee di programmazione e del reale valore strategico degli interventi finora realizzati.

In particolare, nell'ambito dell'assistenza farmaceutica, le quattro Aziende Sanitarie bolognesi (AUSL BO, AUSL IM, AOU, IOR), si impegneranno già dal 2025 con azioni mirate d'interesse trasversale, con ricadute dirette sulla farmaceutica territoriale metropolitana.

Di seguito le macroaree territoriali interessate:

- Biosimilari e equivalenti: adesione alle raccomandazioni d'uso e schemi terapeutici elaborati dalla Commissione Regionale Farmaco, con uso prevalente delle molecole biosimilari e/o a miglior profilo costo-opportunità. Promozione d'uso dei farmaci equivalenti in tutti i setting di cura.
- Diabete: governo della prescrizione dei farmaci ipoglicemizzanti in linea con i contenuti della Nota AIFA 100, con azioni focalizzate sull'utilizzo delle gliflozine vs GLP-1a e GIP/GLP1a, nonché sull'introduzione dell'insulina settimanale vs basali.
- Cardiovascolare: governo della prescrizione SSN dei ipolipemizzanti orali e sottocute, in linea con Nota AIFA 13 e documenti di appropriatezza CF AVEC, con azioni focalizzate sull'utilizzo di statine di 2° livello associante/meno ezetimibe, acido bempedoico, omega 3, icosapent, iPCSK-9.
- Gastroprotezione: governo della prescrizione ospedaliera e territoriale dei farmaci PPI in linea con Note AIFA 1-48, attraverso l'adozione di strumenti informatizzati di supporto decisionale all'uso corretto dei PPI, nonché interventi di deprescribing in condizioni di assenza di evidenze.
- Vitamina D: governo della prescrizione di colecalciferolo e calcifediolo in linea con Nota AIFA 96, attraverso l'adozione di strumenti informatizzati di supporto decisionale all'uso corretto di vitamina D, nonché interventi di deprescribing in condizioni di assenza di evidenze.
- BPCO: uso appropriato di farmaci respiratori R03 in linea con la Nota AIFA 99 e documento CF AVEC, con presa in carico ED dei pazienti in duplice / triplice terapia.
- Stewardship Antimicrobica: impiego razionale di antibiotici e lotta alle resistenze in ambito ospedaliero e territoriale, attraverso programmi formativi mirati sulle diverse discipline, l'applicazione buone pratiche di *infection prevention and control*, teleconsulenza infettivologica, reporting mensile.
- SNC: corretto impiego dei farmaci antidepressivi N06 e promozione delle molecole a miglior profilo costo-opportunità;

- Medication review: sistematizzazione del processo di ricognizione-riconciliazione terapeutica nei diversi setting di cura (dimissione, visita specialistica, CRA, domicilio, ADI), dando massima priorità alla coorte dei pazienti anziani con multi-morbilità ed in regime di polifarmacoterapia.
- Presà in carico: potenziamento dell'attività di erogazione diretta a favore dei pazienti a medio alto livello di complessità assistenziale e di spesa farmaceutica, con priorità per i pazienti cronici con BPCO, diabete, scompenso.

Le singole aree tematiche di cui sopra potranno subire modifiche/aggiornamenti annuali, in funzione sia della continua evoluzione del panorama farmaceutico nazionale e dei suoi assetti regolatori, sia dei nuovi paradigmi organizzativi regionali/locali in materia di assistenza farmaceutica.

b. Farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica ospedaliera

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, il governo clinico dei farmaci deve essere presidiato mediante un approccio di sistema per assicurarne un corretto ed appropriato utilizzo, ancor di più oggi che si affacciano sul mercato tecnologie innovative ad altissimo costo.

Le raccomandazioni regionali, prodotte dai vari gruppi multidisciplinari con metodologia evidence-based, rappresentano - ove disponibili - lo strumento di riferimento per definire i criteri di appropriatezza professionale e in alcuni casi anche organizzativa. In linea con i contenuti delle Linee di programmazione annuali della Regione, le azioni si concentreranno prevalentemente su alcune aree di intervento ritenute particolarmente strategiche e critiche per l'Azienda.

Ambito Oncologico

L'oncologia e l'ematologia oncologica continuano a rappresentare le aree terapeutiche in cui si assiste ad uno sviluppo continuo della ricerca clinica e traslazionale e dell'innovazione terapeutica con una disponibilità in forte incremento di terapie sempre più selettive e mirate a target specifici, grazie anche ai progressi di una diagnostica integrata basata sull'identificazione di alterazioni biologiche e molecolari specifiche (oncologia di precisione). L'ambito è complesso anche ai fini dell'ottimizzazione terapeutica e assorbe un rilevante impiego di risorse, l'accesso e l'impatto dell'innovazione pone serie criticità sulla sostenibilità del sistema, è necessario mantenere un elevato livello della qualità dell'assistenza garantendo un'attenta governance con la collaborazione e il coinvolgimento multidisciplinare di tutti i professionisti interessati.

In relazione agli specifici ambiti della mission dell'IRCCS-AOUBO (nei trapianti e nel paziente oncologico e oncoematologico) e alla riorganizzazione delle attività farmaceutiche all'interno del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale (DFI) volta a

creare sinergie, ottimizzazione delle attività e potenziamento delle competenze e specificità.

L'UOC "Farmacia Clinica Produzione e Ricerca" è particolarmente orientata a sostenere l'implementazione e il coordinamento di attività specialistiche di forte impatto clinico. Tra queste sono da segnalare la produzione di medicinali non reperibili in commercio e terapie particolari e complesse come terapie parenterali personalizzate (antineoplastiche, nutrizionali, antiinfettive, ecc), formulazioni ad uso pediatrico, off-label e farmaci orfani, nonché l'allestimento e gestione di medicinali sperimentali per studi profit e no profit, di farmaci ad uso compassionevole e terapie avanzate. Tale attività risulta rilevante non solo per UUOO interne all'Azienda ma anche per la soddisfazione di richieste specifiche di altre strutture ospedaliere pubbliche e private e pazienti esterni, in particolare pediatrici.

In linea con le raccomandazioni e le normative specifiche in materia, per garantire l'applicazione e lo sviluppo di un sistema di controllo di qualità del prodotto e dei processi di produzione, l'UOC Farmacia Clinica ha intrapreso un percorso di valutazione dei rischi e aggiornamento delle procedure.

Tale percorso ha portato all'implementazione del SGQ e all'ottenimento a marzo 2025 della certificazione ISO 9001-2015 in particolare per l'attività di produzione di terapie personalizzate sterili, anche ai fini di richieste per convenzioni esterne. Il percorso intrapreso sarà sottoposto ad aggiornamento e valutazione annuale ai fini del mantenimento dei requisiti previsti dalla Norma ISO 9001.

Dato il progressivo e significativo incremento, del carico di lavoro collegato alle sperimentazioni (+11% anno 2024 vs 2023) che richiedono il coinvolgimento del Centro Compounding per la gestione e allestimento di farmaci sperimentali e considerato l'allestimento con tecnica manuale che richiede la presenza del doppio operatore nel rispetto delle norme di qualità e sicurezza di riferimento, si è resa sempre più necessaria la valutazione di ampliamenti e investimenti organizzativi e di risorse.

Con riferimento alle linee di indirizzo della RER Delibera n. 316 del 27/12/2022 "Istituzione della Rete Oncologica ed Emato-oncologica della RER" e Delibera n. 1563 del 08/07/2024, è in corso la predisposizione del **percorso di ipercentralizzazione dei laboratori di allestimento di farmaci oncologici (Unità farmaci Antiblastici) della Regione**, che incentivano la centralizzazione delle UFA in una dimensione geografica più ampia es. per singola Area vasta, al fine di assicurare standard elevati di sicurezza per pazienti e operatori sanitari nelle diverse fasi di prescrizione, allestimento e somministrazione e di ottimizzare la spesa per la produzione.

Per l'area bolognese nell'ambito delle attività e della progettualità del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale (DFI), è stato formulato un progetto di ipercentralizzazione dei laboratori di produzione per la realizzazione di un unico Centro Compounding per la Città Metropolitana di Bologna (CCM), per l'allestimento di terapie oncologiche ed oncoematologiche ed eventualmente di altre terapie sterili in dose personalizzata (es. miscele per nutrizione parenterale) per le UFA AOSP e UFA AUSL BO e per le rispettive aziende in convenzione esterna (IRCCS RIZZOLI, AUSL IMOLA, e altre convenzioni).

E' stata effettuata una prima analisi quali-quantitativa ed economica dell'attività di produzione, delle esigenze organizzative e delle relative risorse, con un'attenzione particolare all'efficienza dei percorsi, all'ottimizzazione degli interventi necessari per l'adeguamento dei laboratori ai requisiti previsti dall'aggiornamento delle normative vigenti, nonché all'implementazione di tecnologie innovative e sistemi automatici.

Nel 2025 sono state condivise con le Direzioni aziendali interessate le valutazioni per la definizione degli aspetti logistico-organizzativi ed è stato elaborato dal DFI un progetto di fattibilità contenente le indicazioni di massima su requisiti tecnici dei laboratori ed esigenze strutturali, flussi dei materiali e personale, da presentare ai rispettivi Uffici tecnici e di competenza per la definizione della sede e dei successivi iter procedurali e autorizzativi.

In aggiunta, la figura del farmacista, in considerazione dell'esperienza maturata in questi anni per le specifiche competenze nella gestione delle terapie CAR-T, potrebbe collaborare e supportare l'IRCCS Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna nel progetto di sede di officina *cell factory* per la produzione di terapie cellulari avanzate e ingegnerizzate e in progetti di ricerca finanziati dal Ministero della Salute (DM 11 marzo 2019) con prodotti non commerciali e non *company sponsored*.

Parallelamente all'attività di produzione devono essere presidiate azioni di promozione dell'appropriatezza d'uso e di gestione del rischio in particolare per le terapie innovative con criticità di impiego in termini di sicurezza, elevato costo, rischio di inappropriata.

Le Raccomandazioni prodotte dal *Gruppo Regionale Farmaci Oncologici* (GreFO), rappresentano lo standard di riferimento per le prescrizioni e le successive valutazioni condotte attraverso lo svolgimento di specifici audit clinici e valutazioni di costo opportunità nell'uso prevalente per la stessa patologia a parità di forza e verso delle raccomandazioni. Deve proseguire ed essere rafforzata, altresì, la collaborazione e il confronto con i clinici, il Governo Clinico e il nuovo gruppo specifico del Board Strategico Metropolitano per il governo dell'appropriatezza e della spesa dei farmaci per individuare obiettivi, indicatori di verifica e standard di riferimento per implementare valutazioni sugli esiti dei trattamenti farmacologici nelle diverse fasi di malattia, in particolare avanzata, e negli usi off label, e altri progetti ad esempio su riduzione/personalizzazione delle dosi di trattamento in collaborazione con la Farmacologia Clinica.

Altri strumenti da presidiare e implementare per un corretto governo clinico, oltre alla corretta compilazione dei registri di monitoraggio AIFA, all'utilizzo della prescrizione informatizzata e compilazione di database DBO, sono lo sviluppo di un confronto e il coinvolgimento in team/gruppi di lavoro e percorsi multi professionali quali ad esempio: sotto gruppi specifici nell'ambito della Rete oncologica ed emato-oncologica regionale, la Rete regionale delle Farmacie Oncologiche (ROFO), il Molecular Tumor Board, il CART-Team per la gestione delle CAR T e più in generale delle terapie avanzate, i Gruppi Oncologici/Emato-oncologici multidisciplinari (GOM), che devono essere presenti in

tutti i PDTA delle patologie oncologiche ed emato-oncologiche, che devono includere il farmacista ospedaliero quale professionista che opera in rete con le altre figure sanitarie a supporto dell'uso corretto e sicuro dei farmaci e quale snodo di rilievo nella continuità delle cure tra ospedale e territorio.

Ambito della ricerca clinica

Nell'ambito del riassetto delle attività di sperimentazione e ricerca dell'IRCCS, l'UOC "Produzione e Ricerca" supporta il processo di riorganizzazione aziendale in collaborazione con tutte le strutture correlate (Comitato tecnico scientifico, UOC Ricerca e Innovazione, Ufficio trial clinici, ecc.). In particolare collabora nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e degli usi compassionevoli approvati dal Comitato Etico di area vasta, alla gestione delle attività previste dalle GCP, a garanzia della tracciabilità, della corretta conservazione e allestimento dei farmaci sperimentali e di altre specifiche attività farmaceutiche nell'ambito dei protocolli di studio, dalla partecipazione alle visite di inizio studio, di monitoraggio, audit e ispezioni AIFA anche per l'accreditamento per la Fase 1, alla partecipazione al gruppo multidisciplinare "Clinical Trial Quality Team" (CTQT), alla gestione della Farmacovigilanza e delle sospette reazioni avverse gravi e inattese, anche attraverso le figure del Responsible Person (RP) e della Qualified Person for Pharmacovigilance (QPPV) per la gestione della farmacovigilanza e dei prodotti medicinali in Eudravigilance per studi no profit con promotore l'azienda ospedaliera.

E' in corso di definizione un progetto di riorganizzazione della gestione dei farmaci sperimentali orali e farmaci ausiliari a livello aziendale, che prevede il governo da parte del farmacista dell'intero processo con l'implementazione di un sistema strutturato che assicuri la tracciabilità informatica di tutte le fasi del ciclo di vita del farmaco (fase di carico ed etichettatura del farmaco al ricevimento, fase di inserimento e validazione dello schema terapeutico, prescrizione e dispensazione personalizzata informatizzata, tracciamento di contabilità studio-specifica e paziente-specifica e gestione dell'eventuale reso e scaduto). Ciò contribuirà a garantire un elevato standard di sicurezza e qualità, migliorando l'efficienza della sperimentazione clinica e la tutela dei pazienti coinvolti.

Farmaci biosimilari

Nelle aree di impiego di farmaci biologici, continuerà ad essere promosso l'aumento del ricorso ai biosimilari, laddove presenti nelle aggiudicazioni delle gare regionali, per perseguire il governo della spesa farmaceutica, ricorrendo al loro utilizzo sia nei pazienti di nuova diagnosi, sia in fase di rivalutazione, con superamento delle criticità dello *shift* da originator a biosimilare nelle terapie croniche.

La disponibilità sempre maggiore di terapie con farmaci biologici sempre più costosi per il trattamento di patologie infiammatorie (dermatite atopica grave, rinosinusite

cronica grave associata a poliposi nasale) rende necessaria un'azione di governo per definire il posto in terapia, nell'uso prevalente dei pazienti e che, in assenza di specifiche motivazioni cliniche, privilegi i farmaci con il miglior rapporto costo/opportunità.

Farmaci per malattie rare

Un'area in continua evoluzione come numero di specialità medicinali a disposizione e conseguente incremento della spesa è quella per la cura delle malattie rare, ivi compresa l'emofilia.

Spesso queste terapie, all'inizio della loro commercializzazione, godono del requisito dell'innovatività (tafamidis, lumasiran, vosorotide etc) pertanto è necessario monitorarne attentamente l'utilizzo soprattutto allo scadere di questo requisito e conseguente uscita dal fondo economico dedicato per evitare ricadute negative sull'acquisto ospedaliero.

Anche nell'ambito delle malattie rare l'arrivo dei biosimilari ha permesso nell'ultimo anno notevoli risparmi, come nel caso dell'eculizumab per la SeuA e l'EPN, tuttavia bisogna continuare a lavorare per trovare nuove strategie di ottimizzazione delle risorse soprattutto in settori come quello delle malattie emorragiche congenite per il quale nel 2024 si è spesa l'importo di circa 7,8 milioni di euro.

Albumina e Immunoglobuline

Il razionale ed appropriato utilizzo dei farmaci plasma derivati, in particolare per i prodotti driver in conto lavorazione, oltre che valorizzare dal punto di vista etico la donazione di sangue su base volontaria, rappresenta un'importante fonte di risparmio economico. Nel corso degli ultimi anni si sono resi disponibili nuovi prodotti quali il Plitate R 1000UI (fattore VIII/Fattore di Von Willebrand), Plitalfa R (alfa 1 antitripsina) e Keycute R sc (immunoglobuline sc).

In questo ambito nei prossimi anni sarà necessario lavorare in collaborazione con il Centro Trasfusionale sulla appropriatezza e contenimento dei consumi di albumina e di immunoglobuline ev il cui utilizzo risulta particolarmente critico a livello aziendale e regionale.

Terapia antiretrovirale per HIV

Nell'ambito delle terapie antiretrovirali per HIV continua la collaborazione attiva e il supporto della Farmacia Clinica nell'ambito delle attività del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale con i clinici della UO Malattie Infettive attraverso l'ambulatorio dedicato su l'intera area metropolitana, che è un riferimento per l'erogazione dei farmaci antiretrovirali per il trattamento e la profilassi (PrEPe PEP). Particolare attenzione viene rivolta alla cronicità con specifici progetti sul monitoraggio dell'aderenza e del deprescribing.

Questa organizzazione permette un monitoraggio continuo dei costi legati all'acquisto e al consumo dei farmaci antiretrovirali con una particolare attenzione a promuovere la scelta terapeutica con il miglior costo-opportunità.

Farmaci antiVEGF per uso intravitreale

Un'area che continua ad essere presidiata, è quella dei farmaci per la **DMLE** prescrivibili secondo i criteri nella nota Aifa 98, per cui si raccomanda per l'uso prevalente di privilegiare la scelta del trattamento che a parità di indicazione terapeutica, efficacia e sicurezza presenta il miglior rapporto costo/opportunità.

Consumo ospedaliero di antibiotici

Le attività pianificate in questo ambito sono finalizzate all'adozione di strategie di politica prescrittiva degli antimicrobici attraverso il programma di Stewardship antimicrobica aziendale messo in campo già da alcuni anni, sia in ambito terapeutico che nella profilassi chirurgica.

Tale programma ha la finalità di preservare l'efficacia terapeutica degli antibiotici e contenere l'induzione di resistenze attraverso un costante controllo e monitoraggio della loro prescrizione. Le attività rientrano nel programma di gestione del rischio infettivo in ambito assistenziale previste dalla Regione Emilia-Romagna.

In seguito all'istituzione dell'U.O. di Stewardship antimicrobica interaziendale prosegue l'attività del gruppo multidisciplinare che si riunisce periodicamente con la finalità di discutere e confrontarsi su eventuali problematiche legate all'utilizzo, la sorveglianza, i consumi ed i costi della classe degli antimicrobici. E' disponibile una reportistica interna che consente di verificare e monitorare l'utilizzo delle molecole utilizzate nel trattamento di infezioni nosocomiali da germi multiresistenti, che sono compresi nella lista di farmaci "Watch" e "Reserve" della classificazione AWaRe dell'OMS.

ADOZIONE DI STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO

L'adozione degli strumenti per il governo clinico rappresenta la base di attività per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva. Pertanto, si proseguiranno le azioni già in essere da diversi anni, finalizzate a promuovere e implementare:

- la compilazione, da parte dei medici prescrittori, dei registri di monitoraggio disponibili sulla piattaforma SOLE (per il governo dell'appropriatezza nell'uso) e sulla piattaforma AIFA (corretta compilazione dei Piani Terapeutici AIFA con particolare attenzione a quelli relativi ai farmaci innovativi e con innovatività condizionata, oncologici e non oncologici, corretta registrazione delle schede di dispensazione e tempestiva chiusura delle schede al termine dei trattamenti per la gestione rimborsi di condivisione del rischio, es. payment by results, costsharing...);

- collaborazione con la CFAVEC per il governo delle eccezioni prescrittive che prevede la valutazione e la tracciabilità dell'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e farmaci extra PTR, utilizzando l'apposito data base regionale, con registrazione anche della valorizzazione economica dei trattamenti e delle relazioni d'esito;
- in ambito oncologico, la prescrizione informatizzata delle terapie oncologiche orali, al fine di una corretta e completa alimentazione del data base oncologico regionale anche per questa casistica. Inoltre, in linea con le indicazioni regionali, sarà necessaria la completa compilazione di tutti i campi previsti dal tracciato, ad esempio istotipo e markers specifici, anche ai fini della valutazione dell'appropriatezza e rimborsabilità dei test genomici;
- garantire la partecipazione alle attività delle commissioni del farmaco di Area Vasta e del coordinamento regionale quali strumenti per promuovere la diffusione e l'applicazione delle raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario Terapeutico Regionale;
- indirizzare gli specialisti ospedalieri alla prescrizione per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale), esclusivamente di principi attivi presenti nel Prontuario di Area Vasta al fine di contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale;
- l'aggiornamento e l'implementazione a livello aziendale dello strumento della cartella clinica elettronica (CCE) con il coinvolgimento del farmacista, che potrà in maniera autonoma inserire e aggiornare con il criterio delle catene di equivalenza la banca dati dei farmaci propedeutica alla corretta prescrizione e somministrazione della terapia ai pazienti degenti.
- collaborazione con il gruppo aziendale del Governo Clinico in attività quali stesura/aggiornamento di PDTA, conduzione di audit e partecipazione a corsi di aggiornamento professionale,
- partecipazione alle attività del nuovo Board Strategico Metropolitano per il governo dell'appropriatezza e della spesa di farmaci, vaccini, dispositivi medici e nuove tecnologie e collaborazione al raggiungimento di specifici obiettivi.

FARMACOVIGILANZA E VIGILANZA SUI DISPOSITIVI MEDICI

Nell'ambito della sicurezza delle cure verranno garantite tutte le attività di Farmacovigilanza (FV) al fine di assicurare un favorevole rapporto beneficio/rischio dei farmaci nella popolazione, attraverso: la segnalazione spontanea di sospette reazioni avverse a farmaci e vaccini tramite la nuova Rete Nazionale di Farmacovigilanza AIFA, la trasmissione di recall per motivi di sicurezza e le segnalazioni di non conformità da parte degli utilizzatori. Inoltre verranno promossi progetti di FV attiva regionali e multi-regionali, soprattutto nelle aree critiche di assistenza, quale strumento utile per contrastare il fenomeno dell'under-reporting. Verrà proseguita l'attività di informazione, attraverso la diffusione di NII (Note Informative Importanti) AIFA via mail a tutti, e di formazione degli operatori sanitari in tema di sicurezza.

Nell'ambito di iniziative promosse in tema di 'sicurezza nell'uso dei farmaci' nel gennaio 2025 è stato avviato da parte dell'UOC Farmacia Clinica, Produzione e Ricerca un progetto di FV attiva dal titolo "Supporto all'uso appropriato dei medicinali nei pazienti cronici ambulatoriali dell'IRCCS - Policlinico di Sant'Orsola".

Gli obiettivi del progetto sono:

- promuovere l'inserimento e la collaborazione del farmacista clinico in specifici;
- setting per garantire l'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico dei pazienti politrattati;
- supportare alla corretta ricognizione, riconciliazione terapeutica e deprescribing tramite un diretto raccordo tra i professionisti sanitari;
- sensibilizzare alla farmacovigilanza e alle segnalazioni di ADRs;
- assicurare il coinvolgimento del paziente e/o del caregiver per la gestione corretta della terapia domiciliare.

L'avvio di questo progetto valorizza la figura del farmacista clinico che, attraverso la definizione di un processo di *medication review e deprescribing* strutturato nell'ambulatorio nefrologico post-trapianto, collabora con i clinici alle attività di ricognizione e riconciliazione farmacologica finalizzate all'ottimizzazione terapeutica e al miglioramento dell'outcome di cura del paziente. E' previsto lo sviluppo anche in altri setting in cui è presente la figura del farmacista ambulatoriale quali i pz HIV e pz oncologici.

Nell'ambito della **Vigilanza sui Dispositivi Medici (DM)**, continueranno le azioni finalizzate alla sensibilizzazione degli operatori sanitari alla sicurezza di impiego, al rafforzamento del sistema di vigilanza e sorveglianza del mercato, agli obblighi di segnalazione degli incidenti, al processo di rintracciabilità del prodotto e allo svolgimento delle indagini cliniche.

Verrà garantita la completa applicazione di quanto indicato dai Regolamenti UE 2017/745 (MDR) e UE 2017/746 (IVDR) che hanno modificato le norme relative al sistema dei dispositivi medici e dei dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD), tenendo conto degli sviluppi del settore negli ultimi vent'anni, con l'obiettivo di garantire un quadro normativo solido, sostenibile, con procedure trasparenti e idoneo a mantenere un elevato livello di sicurezza, favorendo allo stesso tempo l'innovazione.

Il nuovo quadro normativo aumenta di fatto il livello di sicurezza dei dispositivi medici (DM), ridisegnando i compiti e le responsabilità degli operatori economici, che devono svolgere un ruolo proattivo nel corso dell'intera vita del dispositivo. La diffusione della cultura della segnalazione e dell'attenzione all'impiego dei DM, è quindi uno degli aspetti fondamentali della governance finalizzata ad incrementare la qualità e la sicurezza degli stessi anche con il contributo attivo della Referenti Dispositivo Vigilanza facenti parte della rete regionale.

In relazione ad iniziative promosse in tema di sicurezza d'impiego dei dispositivi medici e rafforzamento del sistema di vigilanza è stato realizzato e reso disponibile su piattaforma Self, a partire da aprile 2025, il corso regionale FAD dal titolo: "Dispositivo-Vigilanza: normativa e gestione delle segnalazioni sui dispositivi medici e diagnostici in vitro".

Il corso è rivolto a tutti gli operatori sanitari operanti in RER, con l'obiettivo di acquisire competenze in merito alla normativa correlata alla dispositivivigilanza ed alle segnalazioni degli eventi con dispositivi medici e diagnostici in vitro.

Per l'anno 2025 l'obiettivo è quello di sensibilizzare alla partecipazione al corso gli operatori afferenti alle seguenti discipline:

Codice disciplina	Nome disciplina
006	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA
007	CARDIOCHIRURGIA
050	UNITA' CORONARICA
054	EMODIALISI
100	LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE
101	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA

GOVERNO DEI DISPOSITIVI MEDICI

Il governo dei dispositivi medici (DM) all'interno del Policlinico risulta di assoluta rilevanza sia per gli aspetti economici correlati all'impatto dell'innovazione sia per quelli di appropriatezza d'impiego, vista la complessità chirurgica generale, specialistica ed interventistica con particolare riferimento alla chirurgia bariatrica, robotica, toracica e cardiovascolare.

L'introduzione e la disponibilità sul mercato di DM sempre più all'avanguardia e ad elevato costo, a fronte di una complessità della normativa in cui il SSN opera, impongono lo sviluppo di specifiche competenze e di processi decisionali fondati su EBM ed HTA avvalendosi anche di organismi strutturati come la Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta Emilia Centro (CDM- AVEC).

La CDM-AVEC, la cui Segreteria Scientifica è in capo alla Farmacia Clinica della nostra Azienda, garantisce il governo dei DM individuando i metodi operativi di funzionamento e i criteri decisionali in relazione alle procedure di introduzione, gestione e monitoraggio dei DM in maniera armonica all'interno dell'Area Vasta Centrale. In ottemperanza alle Linee regionali di governo, utilizza modalità di gestione delle richieste di acquisizione e valutazione dei nuovi DM avvalendosi di apposito applicativo web che consente la condivisione a diversi livelli istituzionali delle informazioni relative alle richieste valutate, ai pareri espressi e alle relative motivazioni, nonché la valutazione HTA da parte della Commissione Regionale per alcune tecnologie di prodotti. Il metodo

valutativo maturato dovrà essere ulteriormente perfezionato e consolidato investendo anche sulla formazione dei professionisti coinvolti, ponendo particolare attenzione alle tempistiche di analisi in considerazione delle esigenze cliniche.

Saranno oggetto di implementazione gli importanti progetti di informatizzazione dei processi di tracciabilità dei DM avviati nel 2024, soprattutto a livello dei comparti operatori, avvalendosi anche di tecnologie specifiche come la *Radio-Frequency Identification* (RFID), finalizzate al miglioramento della qualità del controllo delle scorte e dei consumi, con conseguente abbattimento del capitale immobilizzato e tracciabilità fino al paziente di ogni singolo DM, con garanzia di rintracciabilità dello stesso qualora si ravvisino segnalazioni sulla sicurezza nell'ambito del sistema di Vigilanza dei Dispositivi medici. Si procederà, inoltre, alla completa sostituzione del software gestionale di sala operatoria in tutti i comparti aziendali ivi comprese le sale interventistiche.

La completa informatizzazione dei processi legati alle attività chirurgiche permetterà di poter disporre di una banca dati aziendale che contiene un'elevata quantità di informazioni utili alla pianificazione sanitaria, all'identificazione puntuale dei costi per prestazione, raffronti di efficacia, ovvero supporto al governo clinico e al contempo garantire la sicurezza del paziente avendo a disposizione immediata tutte le informazioni utili alla rintracciabilità dei DM all'interno di provvedimenti di vigilanza.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEGLI ESAMI DIAGNOSTICI

In collaborazione con il Laboratorio Unico Metropolitano è in corso la revisione dei profili degli esami di laboratorio, al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva.

In ambito radiologico, per facilitare l'accesso appropriato alle prestazioni diagnostiche e per favorire gli aspetti legati alla qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico, si seguiranno le indicazioni della Nota regionale del 21/03/2022 "*Assistenza specialistica ambulatoriale. Definizione di protocolli di appropriatezza prescrittiva. Indicazioni alle Aziende sanitarie*" per garantire l'offerta ai pazienti ricoverati al fine di favorire il processo della dimissione e quella legata a percorsi dedicati per patologie (PDTA), associando l'offerta alle competenze dei professionisti e assicurando le attività secondo qualità.

AREA SICUREZZA E GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO

SICUREZZA DEI LAVORATORI E SORVEGLIANZA SANITARIA

L'Azienda ha fra i suoi obiettivi la massima attenzione alla tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro che persegue attraverso:

- l'aggiornamento della valutazione di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori;
- l'individuazione delle misure di tutela della salute e sicurezza;

- il monitoraggio delle sostanze e miscele volatili, con particolare attenzione agli anestetici, agli antiblastici ed ai composti organici volatili;
- il monitoraggio dell'esposizione ad agenti cancerogeni e mutageni.

Tra gli interventi di valutazione dei rischi lavorativi si segnalano in particolare:

- la valutazione dello stress lavoro correlato, utilizzando il sistema di valutazione proposto dall'INAIL specifico per la sanità;
- la valutazione del rischio violenza verso operatori, anche tramite l'implementazione il nuovo sistema di segnalazione regionale Segnal-ER;
- la valutazione del rischio biologico;
- la valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico tramite la creazione di una rete aziendale di facilitazione alla movimentazione con ausili, la formazione di alcuni ergo formatori e la realizzazione di un gruppo permanente aziendale multidisciplinare sia per l'analisi dell'introduzione di ausili adeguati ed innovativi, sia per la analisi degli aspetti ergonomici (arredi, ecc...) negli ambienti di lavoro;
- la valutazione del rischio chimico e da esposizione ad agenti cancerogeni e mutageni;
- la collaborazione costante con ufficio tecnico al fine della stesura, aggiornamento e diffusione del piano di emergenza incendio;
- la valutazione e l'adeguamento della sorveglianza fisica dei lavoratori esposti al rischio da radiazioni ionizzanti sulla base di quanto previsto dal recente D.Lgs. 101/2020 e con la collaborazione permanente tra SPP e esperti di radioprotezione;
- la realizzazione del piano di formazione sulla sicurezza e salute ai sensi del D.Lgs. 81/08 e D.Lgs. 101/20 e la predisposizione di materiale informativo sui rischi lavorativi;
- l'individuazione e la verifica di idoneità dei dispositivi di protezione individuale e l'aggiornamento dei cataloghi di distribuzione.

Si porrà particolare attenzione al rapporto con le imprese esterne attraverso la stesura dei relativi documenti unici di valutazione dei rischi interferenti (DUVRI) e la cooperazione costante e continua mediante le riunioni di coordinamento periodiche.

In merito alla sorveglianza sanitaria, l'Azienda intende realizzare le azioni descritte di seguito:

1. prosecuzione dell'attività di sorveglianza e valutazione del rischio biologico, in particolare in riferimento all'allegato alla Delibera Regionale 351/2018;
2. recupero del programma di sorveglianza sanitaria (parzialmente sospeso nel periodo di maggior incidenza della pandemia);

3. prosecuzione del periodico aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi, in particolare per quanto riguarda la valutazione del rischio da movimentazione manuale dei carichi e pazienti tenendo conto degli elementi emersi dalle valutazioni;
4. mantenimento dell'offerta vaccinale per il personale, dando attuazione alla Deliberazione della Giunta Regionale numero 351/2018;
5. sulla base delle indicazioni del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025: prosecuzione della conduzione e della collaborazione alle prossime campagne vaccinali antinfluenzale e anti COVID-19 e prosecuzione dell'offerta vaccinale sulla base di eventuali necessità cliniche dei singoli dipendenti, indipendentemente dall'esposizione a fattori di rischio professionali;
6. azioni specifiche riguardanti gli aspetti di maggior rilievo relativi alle patologie possibilmente incidenti nel personale quali postumi di Covid-19, patologie ritenute legate al lavoro notturno, patologie muscoloscheletriche e polmonari;
7. mantenimento dell'offerta di supporto psicologico per condizioni di disagio psicologico;
8. mantenimento del servizio ambulatoriale di Valutazione e Recupero della Capacità Lavorativa rivolto al personale affetto da disturbi muscolo-scheletrici in fase subacuta e cronica.

Prosegue il programma di revisione e aggiornamento della cartella informatizzata unica per le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Nell'ambito di questo programma è compresa la reportistica sui giudizi di idoneità e la possibilità di passare alla programmazione della sorveglianza sanitaria su base individuale (compresa la gestione delle agende appuntamenti per la sorveglianza sanitaria rivolta a Studenti e Specializzandi).

Prosegue il supporto e il coordinamento alla realizzazione dei progetti di interesse regionale collegati alla sorveglianza sanitaria e finanziati dalla DGR n. 2181 del 18/12/2022, ad oggetto: "Assegnazione e concessione di finanziamenti alle aziende sanitarie e agli IRCCS in attuazione della propria delibera n. 1350/2010 per il potenziamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro per l'anno 2023 in attuazione del d.lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii., artt. 13 e 14. CUP E49I23000900007".

Attivazione del programma di intervento per la promozione della salute psicofisica degli operatori dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.

SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO

L'IRCCS AOU di Bologna Policlinico di Sant'Orsola è un centro di riferimento nazionale e internazionale ad alta complessità e la gestione del rischio sanitario

rappresenta una priorità strategica per garantire qualità, appropriatezza e sicurezza degli interventi e delle prestazioni.

Con particolare riferimento alla pianificazione e alla programmazione delle attività per il prossimo triennio 2025-2027, tenuto anche conto della necessaria rimodulazione delle attività previste nel triennio precedente, è stato elaborato il Piano programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio con declinazione annuale a partire dal 2023, alla luce del Decreto ministeriale del 19 dicembre 2022 “Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie” e delle relative indicazioni regionali.

Il recente “Programma Strategico Regionale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio Sanitario. Pianificazione delle attività 2025-2026” (Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare, dicembre 2024), elaborato in conformità al “Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care” (World Health Organization), consente di orientare gli interventi di rinforzo della patient safety nel triennio 2025-2027 con focus specifico sui seguenti ambiti:

1. Sviluppo di politiche per eliminare i danni evitabili: includere la sicurezza del/la paziente come priorità nelle politiche sanitarie globali.
2. Costruzione di sistemi ad alta affidabilità: migliorare i sistemi sanitari per ridurre i rischi e aumentare l'affidabilità.
3. Costruzione di processi clinici sicuri: promuovere pratiche cliniche sicure per evitare errori e complicazioni durante il trattamento.
4. Coinvolgimento dei/delle pazienti e delle loro famiglie: rafforzare la partecipazione dei pazienti e delle loro famiglie nella gestione della sicurezza.
5. Formazione, competenza e sicurezza degli operatori sanitari: investire nella formazione continua degli operatori sanitari per migliorarne le competenze e garantire la sicurezza.
6. Informazione, ricerca e gestione del rischio: utilizzare la ricerca, la gestione del rischio e la condivisione delle informazioni per prevenire danni.
7. Sviluppo di sinergie, partnership e solidarietà: promuovere la collaborazione tra i vari attori (governi, istituzioni sanitarie, organizzazioni internazionali) per affrontare le problematiche comuni.

Nel perseguimento della cultura della sicurezza delle cure, basata su trasparenza, apertura e atteggiamento non colpevolizzante e sulla rilevanza dell'utilizzo dei sistemi di segnalazione degli eventi significativi, sarà ulteriormente consolidato l'utilizzo della piattaforma regionale SegnalER, introdotta presso l'IRCCS AOU di Bologna nel maggio 2024, per la raccolta delle segnalazioni di eventi collegati alla sicurezza delle cure, delle

segnalazioni dei cittadini (quella dei sinistri, il modulo C, è ancora in fase di elaborazione regionale per poi procedere alla sperimentazione, ma si è partecipato attivamente alla sua messa a punto), anche nell'ottica di integrazione delle diverse fonti informative.

Ciò si pone in linea con i requisiti generali previsti dal modello di accreditamento istituzionale delle organizzazioni sanitarie che prevedono - per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate - che sia presente e in uso un sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, near miss, eventi sentinella) comprensivo dei dati raccolti attraverso i relativi debiti informativi nazionali (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, SIMES), che siano definite e applicate le modalità di restituzione a tutti i Professionisti operanti in struttura e stakeholder e che siano predisposte e monitorate eventuali azioni di miglioramento.

L'implementazione della piattaforma SegnalER a livello aziendale, avvenuta a seguito di una sistematica attività di divulgazione, ha richiesto, al fine di garantire un'efficace fruizione dell'applicativo, un attento e complesso monitoraggio sia in termini di funzionalità sia di configurazione dello strumento rispetto ai diversi setting aziendali. Si prevede di mantenere costante l'attività di sensibilizzazione e supporto dei Professionisti al fine di favorire l'utilizzo della piattaforma. Sarà, altresì, promossa l'adesione all'attività formativa regionale e aziendale volta ad approfondire i fondamenti e le funzionalità della piattaforma SegnalER.

Nel prossimo triennio è prevista la continuità dell'attività del Board aziendale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio (istituito con Deliberazione aziendale n. 341 del 29/10/2024), tavolo multidisciplinare e multiprofessionale a finalità strategica, coordinato dal Risk Manager, la cui composizione stabile è costituita dalle professionalità di riferimento delle aree di integrazione e interazione con l'ambito sicurezza delle cure e con possibilità di estensione della partecipazione a Professionisti clinici, nonché a tutte le competenze necessarie alla trattazione degli ambiti di volta in volta previsti per gli specifici incontri.

Il Board aziendale per la sicurezza delle cure si raccorda operativamente con i tavoli operativi aziendali e ha la facoltà di attivare ulteriori gruppi di lavoro operativi in base alle esigenze e agli ambiti ritenuti prioritari per le attività aziendali.

Si raccorda, inoltre, con l'ambito clinico aziendale attraverso la rete dei Facilitatori per la sicurezza delle cure, referenti di ogni Unità Operativa Complessa, Struttura Semplice e Struttura Semplice Dipartimentale.

Si manterrà costante il rafforzamento, attraverso incontri formativi e di integrazione, della rete dei Facilitatori per la Sicurezza delle cure, nonché la loro collaborazione con il

Risk Manager aziendale alla promozione della cultura della sicurezza nell'organizzazione e fra gli operatori.

Saranno garantite, a livello aziendale, le attività di costante ricezione e presa in carico delle segnalazioni significative in ambito di sicurezza delle cure inserite nella piattaforma regionale SegnalER, nonché le ulteriori attività correlate agli adempimenti previsti dal Flusso SIMES per quanto concerne gli eventi sentinella.

Di tutti gli eventi sentinella e degli eventi avversi/near miss ritenuti significativi sarà effettuata un'analisi strutturata tramite lo strumento SEA (Significant Event Audit), volta all'individuazione di possibili azioni di miglioramento.

Particolare rilievo sarà attribuito alle seguenti macrocategorie di eventi avversi:

1. eventi ostetrico-neonatali;
2. episodi di errata identificazione paziente-procedura;
3. eventi correlati al percorso chirurgico (tra questi, infezioni della ferita chirurgica, sepsi ed eventi trombo-embolici postoperatori, vie aeree difficili impreviste);
4. eventi legati alla gestione di campioni biologici;
5. episodi di allontanamento di paziente;
6. eventi di caduta di paziente con deficit cognitivo, episodi di contenzione e lesioni da pressione con esposizione del paziente a rischi elevati;
7. eventi correlati alla gestione della terapia trasfusionale;
8. eventi correlati alla gestione di dispositivi medici e ad errori nella gestione del farmaco;
9. episodi di violenza nei confronti degli operatori.

In relazione alla gestione delle segnalazioni di episodi di violenza nei confronti degli operatori, è previsto il mantenimento della collaborazione tra Risk Management e Servizio Prevenzione e Protezione aziendale, sia per quanto concerne la sensibilizzazione dei professionisti alla segnalazione e alla formazione, sia nello svolgimento di colloqui individuali e di sopralluoghi, nonché di analisi dei casi volte all'individuazione di azioni di miglioramento.

Gli scopi dei suddetti colloqui, effettuati da personale appartenente al Risk Management, sono:

- approfondire la dinamica dell'evento;
- effettuare, in collaborazione con il segnalante, una prima valutazione delle possibili azioni di miglioramento attuabili;
- eseguire counseling riguardo ai percorsi per la tutela del lavoratore presenti in ambito aziendale (Servizio legale e assicurativo, servizio di supporto psicologico presso la Sorveglianza sanitaria).

Si manterrà, altresì, attiva la collaborazione del Risk Management con l'Ufficio Relazioni col Pubblico per quanto concerne le segnalazioni di interesse per la sicurezza delle cure. Ciò, in particolare, alla luce di criteri condivisi per uniformare la valutazione delle segnalazioni dei cittadini ai fini dell'individuazione di quelle di interesse per la sicurezza delle cure.

Saranno garantiti, come di consueto, gli adempimenti legati alla pubblicazione della relazione annuale ex art. 2, comma 5, Legge n. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco), nonché la messa a disposizione a livello aziendale, attraverso la pagina Intranet, di reportistica (con periodicità almeno annuale), relativa a incident reporting, segnalazioni di episodi di violenza nei confronti degli operatori, segnalazioni di episodi di caduta di paziente/visitatore.

In linea con le indicazioni regionali di estendere/adattare i metodi e gli strumenti di Risk Management alle strutture territoriali nei setting territoriali sanitari e sociosanitari e alle cure intermedie, con particolare attenzione alle transizioni di cura e ai cambiamenti di setting assistenziale ospedale-territorio, saranno applicati gli strumenti di valutazione proattiva dei rischi (es. FMEA/FMECA e Safety walk around) connessi all'erogazione di prestazioni e servizi sanitari e sociosanitari già esistenti o nuovi, erogati anche mediante le tecnologie innovative nel campo ICT (es. Intelligenza Artificiale, telemedicina e telemonitoraggio). Le analisi proattive saranno finalizzate a evidenziare possibili rischi presenti nei setting considerati ed a individuare le relative misure di contenimento e prevenzione, nonché le azioni di miglioramento a fronte di possibili criticità.

Relativamente alle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle cure, sarà garantita la puntuale adesione dell'IRCCS AOU di Bologna al monitoraggio curato annualmente da AGENAS circa l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali, mediante la compilazione dello specifico questionario entro i termini previsti e l'inserimento/aggiornamento della relativa documentazione che attesta l'implementazione a livello aziendale delle Raccomandazioni Ministeriali ed i relativi aggiornamenti. In proposito, anche con il supporto della SS Governo clinico e Qualità, saranno monitorate le procedure meritevoli di ulteriori aggiornamenti, sulle quali effettuare l'attività di revisione.

Sarà, altresì, garantita la partecipazione annuale alla *Call for good practice* dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla Sicurezza in Sanità e alla Giornata mondiale della sicurezza dei/delle pazienti, il 17 settembre, con iniziative e progettualità in linea con la tematica divulgata annualmente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Per quanto riguarda l'ambito chirurgico e le attività di sala operatoria, proseguiranno le attività volte al miglioramento e rafforzamento della sicurezza in

chirurgia mediante l'applicazione della checklist per la sicurezza in sala operatoria (SSCL - progetto SOS-Net) per tutte le procedure chirurgiche e di taglio cesareo, nonché l'esecuzione di osservazioni dirette in sala operatoria dell'adesione alla corretta applicazione della checklist, anche al fine di sensibilizzazione all'opportuna registrazione delle deviazioni dallo standard. Si procederà, altresì, alla diffusione dell'applicazione della checklist ambulatoriale, nonché all'attivazione del flusso specifico in collaborazione con l'ICT.

Proseguiranno le attività di formazione a livello aziendale, sia sui fondamenti della sicurezza delle cure, l'utilizzo degli strumenti di segnalazione e analisi sia nell'ambito della sicurezza in chirurgia, nell'uso del farmaco e per il miglioramento delle abilità non tecniche (soft skills o non-technical skills) di tipo cognitivo, sociale e personale che completano le abilità tecniche dei Professionisti sanitari, anche attraverso tecniche di simulazione.

Saranno, inoltre, perseguiti progetti di ricerca relativi a tematiche proprie del Risk Management.

La funzione di Risk Management garantirà, come di norma, l'adesione alle attività regionali e la partecipazione al Coordinamento regionale dei Risk Manager per la sicurezza delle cure.

Il Risk Manager, inoltre, parteciperà alla rete HPH (Health Promoting Hospitals) con il coordinamento e supporto del Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica regionale.

La funzione di Risk Management garantirà pure la sistematica partecipazione ai seguenti tavoli:

- Comitato di Valutazione dei Sinistri, al fine di contribuire all'identificazione degli ambiti passibili di azioni correttive finalizzate al miglioramento;
- Gruppo Privacy Aziendale per la condivisione e trattazione delle tematiche di interesse per la sicurezza delle cure;
- Tavolo tecnico aziendale "OLTRE" relativo al benessere organizzativo che comprende la trattazione delle tematiche inerenti la violenza nei confronti degli operatori;
- Comitato Buon Uso del Sangue (COBUS).

Nell'ambito del vasto capitolo della prevenzione e gestione del rischio infettivo, come obiettivo generale, è previsto per il prossimo triennio il mantenimento dell'attività di integrazione sinergica con la SSD Igiene Ospedaliera e Prevenzione, anche tramite la partecipazione della funzione di Risk Management al Nucleo operativo infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Alla maggior parte delle suddette attività partecipa anche l'Unità Operativa di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, come alle attività di Sicurezza IRCCS coordinata da Agenas. Tale UOC partecipa altresì al Collegio di Direzione, al Nucleo Strategico Aziendale, al Comitato Consultivo Misto, alla Sub Area gestione del rischio e

sicurezza delle cure nazionale della Commissione Salute, all'Osservatorio Regionale Sicurezza delle Cure, al Nucleo Regionale di Valutazione Sinistri, al Board Regionale di Formazione su Prevenzione degli eventi avversi e gestione diretta dei sinistri, alla Commissione Nascita, alla Commissione Regionale Dispositivi Medici e Dispositivi su misura dell'Emilia-Romagna.

CONTRASTO INFETTIVO ASSOCIATO ALL'ASSISTENZA

Registrazione della sorveglianza dell'infezione del sito chirurgico (SICHER): nel triennio 2023-2025 proseguirà il monitoraggio dell'adesione a SICHER mediante elaborazione dei dati estratti a livello locale con frequenza semestrale. In relazione ad un aumento della compliance alla compilazione è stato introdotto, a gennaio del 2025, un blocco informatico alla chiusura della cartella vincolato alla compilazione dei debiti SICHER.

Il blocco si svilupperà progressivamente all'implementazione della cartella ibrida. Inoltre, al fine di supportare le buone pratiche sono stati attivati, all'interno del Nucleo Operativo per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (DGR 318 del 2013):

- il gruppo di lavoro per la produzione di un documento aziendale per la prevenzione dell'infezione del sito chirurgico. In esso verranno definiti gli indicatori da monitorare, anche mediante osservazione diretta, per verificarne l'applicazione.
- Il gruppo di lavoro per la revisione dei flussi SICHER trasmessi per la valutazione delle infezioni probabili (il gruppo di attiverà anche conseguentemente al miglioramento dell'adesione alla compilazione del flusso SICHER)

Consumo del gel idroalcolico (target internazionale 20L/gdd): l'obiettivo è di consolidare i livelli di consumo raggiunti mediante l'identificazione di target differenziati per area specialistica (30 L per area medica, 45 L per area chirurgica e infine 70 L per area intensiva). La valutazione della compliance all'igiene delle mani sarà realizzata mediante l'adozione sistematica dell'applicativo MAppER, che per il 2025 prevede il reclutamento di ulteriori 21 unità operative oltre alle 10 già coinvolte nel 2024.

Attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi: l'obiettivo nel corso del triennio 2023-2025 è la riduzione del trend, rinforzando le attività di supporto alle unità operative, la formazione sul campo, i sopralluoghi. Particolare attenzione verrà data soprattutto all'area pediatrica, in funzione della presenza di forme emergenti di resistenza delle enterobatteriacee (VIM, OXA-48). Saranno inoltre ridefiniti gli standard in merito alla gestione assistenziale dei pazienti con infezione da Multirrug Resistent Organisms (MDRO). Al fine di favorire il monitoraggio epidemiologico, nell'ambito della CCE sono stati implementati sistemi di notifica e alert microbiologico, in modo da aumentare l'efficienza delle comunicazioni tra Microbiologia, Malattie Infettive, Igiene Ospedaliera e Prevenzione e le Unità Operative. Tali nuovi strumenti, operativi da maggio 2025 su tutte le UUOO del Policlinico che hanno in utilizzo

CCE, consentono l'attivazione tempestiva di tutti gli accorgimenti finalizzati a contenere la trasmissione delle condizioni diffuse. Attualmente in corso l'attività di revisione del documento aziendale relativo alla prevenzione della trasmissione degli Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi, alla luce dell'emissione della nuova versione del documento regionale avvenuta a marzo 2025.

E' inoltre stato attivato un gruppo di lavoro per l'implementazione delle Linee Guida Regionali per il campionamento degli endoscopi flessibili, che riconosce anche questi microrganismi tra quelli target per le misure di prevenzione.

A seguire si riportano gli indicatori di performance 2025/2027

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	Commento
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - NSG	0,14	0,16	0,15	0,17	0,13	0,16	Mantenimento	
Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG (AUSL BO)	1,83	2,27	1,7	2,33	1,77	2,38		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG (AUSL BO)	22,88	26,51	22,83	26,65	22,99	25,51		
Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio (AUSL BO)	815,0	826,64	893,13	872,39	931,96	924,98		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio (AUSL BO)	705,46	722,9	667,68	739,97	649,67	719,92		
Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG	79,81	76,45	70,93	74,56	61,4	75,16		

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2024

3.2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI

La sottosezione organizzativa intesa come l'insieme strutturato di persone, tecnologie, strumenti e know how è un'importante chiave nel processo di cambiamento attualmente in corso. I significativi processi di riorganizzazione che si prospettano per il sistema sanitario e il nuovo ruolo di centro di riferimento nazionale nell'ambito della cura e della ricerca riconosciuto in quanto IRCCS, impegnano l'Azienda nell'avvio di profondi processi di riorganizzazione, nell'ottica di mettere sempre più in luce la centralità degli aspetti organizzativi nel cambiamento del sistema.

PIANO DI ORGANIZZAZIONE

Il prossimo triennio l'Azienda approfondirà gli aspetti connessi alla dimensione organizzativa, in modo da assicurare la coerenza tra gli orientamenti e gli obiettivi strategici e la struttura, tenendo conto delle variabili umane, professionali e sociali (relazioni che si stabiliscono tra le persone all'interno dell'organizzazione) e le variabili di tipo tecnico, relativamente alle tecnologie utilizzate nell'organizzazione. Le attività programmate riguardano:

- Revisione dell'atto aziendale e del regolamento di organizzazione aziendale tenendo conto dei nuovi modelli interaziendali e del piano strategico della ricerca e degli obiettivi strategici che dovranno essere perseguiti nel triennio;
- Reingegnerizzazione dei processi aziendali, con particolare attenzione alla gestione degli elementi di criticità;
- Sviluppo della pianificazione strategica e di indicatori di performance per la misurazione di risultati;
- Gestione del flusso delle informazioni e la comunicazione interna ed esterna, anche in una logica metropolitana;
- Creazione delle condizioni per l'innovazione tecnologica e organizzativa attraverso la formazione e la valorizzazione delle diverse figure professionali.

GRUPPI DI LAVORO CORRELATI AL PROGETTO THE HOSPITAL OF TOMORROW (PG 37038/2022)

Nell'ambito della collaborazione avviata a settembre 2020 con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'IRCCS AOU si è configurato come esperienza pilota e caso studio di *The hospital of tomorrow*, progetto finalizzato a pianificare, gestire ed innovare le strutture ospedaliere durante la pandemia di COVID-19 tramite l'utilizzo di un metodo olistico e partecipativo, con un focus specifico sui modelli di lavoro, sui processi comunicativi e sulle competenze coinvolte. Il caso studio ha indagato e orientato modalità

di sviluppo e implementazione di standard e procedure -tecniche e organizzative- utili al potenziamento di una realtà sempre più efficiente, innovativa e resiliente.

(<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352020/WER9707-eng-fre.pdf>
https://www.ijhpm.com/article_4399.html)

A partire da ottobre 2021, sulla base dei risultati ottenuti, delle prime implementazioni progettuali e delle metodologie di lavoro innescate, si è ritenuto strategico proseguire sul percorso intrapreso e rendere il caso studio *The hospital of tomorrow* un processo interamente aziendale ed integrato nell'organizzazione.

A partire da ottobre 2022, si è ritenuto di concentrare le attività sulle aree strategiche individuate a partire dalla progettualità di *The hospital of tomorrow* e con PG 37038/2022 sono stati istituiti tre gruppi aziendali: Wayfinding e Service Design, Spazi e Ambiente, Board aziendale di Telemedicina.

Al fine di favorire il monitoraggio e l'approfondimento delle proposte progettuali dei gruppi, nonché la loro armonizzazione con le linee di sviluppo aziendali, i gruppi di lavoro hanno rendicontato bimestralmente lo stato di avanzamento delle attività alla Direzione aziendale.

Rimodulati nella composizione e negli obiettivi con PG 22628/2024 e PG 21951/2025, per il triennio 2025-2027 i gruppi di lavoro sono incaricati dello sviluppo di strategie e obiettivi come di seguito rappresentato:

Wayfinding e Service Design

Nell'ottica di un continuo miglioramento della risposta ai bisogni dei pazienti e del proprio staff, l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola si è impegnato nell'elaborazione di un piano progettuale e strategico che, partendo da un quadro esigenziale articolato, definisca gli obiettivi di sviluppo, sia nel breve che nel lungo periodo, correlati all'umanizzazione delle cure e all'inclusività. Sulla base degli studi condotti, delle necessità emerse e delle progettazioni in essere, l'IRCCS AOU ha intrapreso un percorso orientato alla definizione di specifiche competenze e strumenti che includano i suddetti temi nella propria linea di sviluppo.

Per queste ragioni, il gruppo di lavoro appositamente istituito ha come obiettivi specifici:

- a) supporto all'implementazione del concept utile a riorganizzare il sistema di comunicazione relativo a orientamento e accessibilità del contesto ospedaliero Es: individuazione barriere architettoniche e relative indicazioni per il loro superamento (PEBA), indicazioni per ubicazione Punti Informativi, modalità studio cartellonistica e relativa iconografia, ecc.

- b) sperimentazione di nuove modalità di analisi dei processi legati a temi di Accoglienza attraverso strumenti e pratiche di Service Design Es: facilitazione delle modalità di fruizione delle prestazioni, gestione e facilitazione degli accessi, ecc.
- c) implementazione di un sistema di comunicazione relativo alla segnaletica efficiente, chiaro e conforme alle vigenti norme e linee guida nazionali/internazionali e i più recenti orientamenti in materia;
- d) mappatura di criticità e decoro nel contesto ospedaliero e predisposizione di azioni di miglioramento.
Esempio: ottimizzazione supporti esistenti/informative/comunicazioni.

Sostenibilità ambientale

Il gruppo di lavoro operativo è incaricato dello sviluppo delle seguenti attività:

- a) potenziamento e monitoraggio di progetti e politiche di sostenibilità ambientale in linea con gli indirizzi forniti dal Comitato di Indirizzo Sostenibilità e Piano Ambientale istituito con deliberazione n. 175 del 23 maggio 2024, con il Piano strategico di Sostenibilità ambientale approvato con deliberazione n. 155 del 21 maggio 2025 e con il Portafoglio di azioni per il Contratto Climatico per Bologna, città neutrale per il clima al 2030 approvato con deliberazione n. 24 del 17 gennaio 2024.
- b) promozione di iniziative di formazione, informazione, sensibilizzazione del personale di IRCCS AOU-BO rispetto a temi di sostenibilità ambientale. Es: smaltimento dei rifiuti, risparmio energetico, mobilità sostenibile, riduzione degli sprechi, ecc.

Board aziendale di Telemedicina

Istituito con deliberazione 382 del 29.12.2022, il gruppo aziendale è incaricato di facilitare l'implementazione dei progetti attraverso l'interfaccia con i servizi coinvolti e perseguire i seguenti obiettivi:

- a) garantire modalità di raccolta strutturata delle nuove proposte di implementazione
- b) valutarne gli elementi di fattibilità, coerenza con la strategia aziendale e con le progettualità regionali;
- c) proporre alla direzione strategica le progettualità raccolte e vagliate e monitorarle le fasi di implementazione;
- d) valutare e implementare progetti di collaborazione in ambito metropolitano per la messa a fattor comune di competenze coinvolte in fase di attivazione dei progetti (privacy) o per adozione applicazioni innovative su dominio specifico in stretta relazione con il tavolo Telemedicina dell'Azienda USL di Bologna;
- e) monitorare progettualità già introdotte e in fase di introduzione e attivazione gruppo di studio per sistematizzazione accesso a dati raccolti in seno alle progettualità di Telemedicina per ricongiunzione con dati raccolti su altri applicativi SIO.

Per una descrizione più approfondita delle attività previste, si rimanda alla sezione specifica sulle attività di Telemedicina.

I PROCESSI DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVI, TECNICI E LOGISTICI

Il prossimo triennio vedrà la continuità dei processi di integrazione dei servizi di supporto amministrativi in particolare:

SERVIZIO UNICO METROPOLITANO CONTABILITÀ E FINANZA

Nel prossimo triennio il SUMCF proseguirà nelle azioni necessarie a garantire il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR in conformità alle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, (pagamenti entro i 60gg).

L'impegno sarà orientato a mantenere un utilizzo efficiente della liquidità disponibile senza ricorrere all'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria), assicurando i tempi di pagamento in linea con quelli previsti dalla normativa vigente.

Sarà altresì garantito il presidio della corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) per mantenere tempi amministrativi certi per la liquidazione delle fatture dei fornitori.

In continuità con gli anni precedenti, il SUMCF si impegnerà a:

- coordinare le attività di monitoraggio dell'intero ciclo passivo, con particolare riferimento al rispetto delle tempistiche di liquidazione fatture, ed al rispetto delle scadenze di pagamento previste contrattualmente, anche attraverso il corretto utilizzo delle sospensioni fatture, in caso di non conformità nella fornitura di beni o erogazione di servizi;
- effettuare una sistematica programmazione delle disponibilità finanziarie volte a ottimizzarne l'utilizzo, valutando la propria situazione debitoria di breve e medio periodo, anche attraverso azioni di recupero crediti;
- promuovere lo "Sportello fornitori" GAAC quale canale di principale di comunicazione con i fornitori delle informazioni di tipo finanziario.

Il SUMCF proseguirà nel percorso di applicazione delle linee guida regionali, nella revisione ed aggiornamento delle procedure amministrativo contabili e nel perfezionamento degli strumenti di controllo interno, a garanzia dell'omogeneità, confrontabilità e aggregabilità dei bilanci delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale attraverso:

- l'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);

- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP e LA e CP, garantendo, per quest'ultimo, l'equilibrio della gestione dei presidi ospedalieri.

SERVIZIO UNICO METROPOLITANO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE

Nell'ambito dei processi di integrazione dei servizi di supporto amministrativi il Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale ha consolidato il proprio assetto in due distinte strutture complesse, una dedicata all'Amministrazione Giuridica del Personale (**SUMAGP**), l'altra dedicata all'amministrazione Economica del personale (**SUMAEP**).

Il **SUMAEP** ha perfezionato la propria organizzazione interna strutturandosi in settori presidiati da un Dirigente Amministrativo con incarico di alta professionalità e da incarichi di funzione corrispondenti a ciascuno dei macro processi gestiti:

- Gestione delle retribuzioni
- Gestione dei fondi contrattuali
- Gestione delle scritture contabili e relazioni con GAAC
- Monitoraggio costo del personale, flussi informativi e scambi
- Denunce contributive
- Gestione pratiche previdenziali (attualmente vacante, per il supporto alle attività previste ci si avvale di un referente)
- Integrazione procedure informatiche (attualmente vacante)
- Accertamenti contributivi.

Inoltre, nell'ambito della Struttura Complessa SUMAEP è prevista, per la gestione delle attività connesse alle denunce contributive e alle pratiche previdenziali, la struttura semplice "Unità Operativa Gestione Previdenziale", attualmente vacante.

Il SUMEP assicura il presidio dei macro processi indicati ed il coordinamento di tutte le attività finalizzate all'elaborazione degli stipendi e dei contributi del personale nonché la gestione dei correlati adempimenti fiscali.

Assicura inoltre l'assolvimento degli obblighi di denuncia dei contributi previdenziali e INAIL, garantendo l'appropriatezza dei contenuti delle informazioni nelle banche dati, negli applicativi in uso e nei portali di propria competenza.

Il SUMAEP garantisce inoltre le interrelazioni con i settori delle Aziende deputati alle relazioni sindacali, la predisposizione delle Relazioni Tecnico Finanziarie agli accordi

aziendali da sottoporre ai Collegi Sindacali delle rispettive Aziende nonché l'applicazione di tali accordi per tutti i contenuti a carattere economico.

Il Servizio si relaziona con le Direzioni aziendali e con i servizi preposti al controllo di gestione delle quattro aziende per tutto quanto concerne il governo della spesa del personale.

Il **SUMAGP** ha recentemente perfezionato la propria organizzazione interna strutturandosi in tre ambiti (Staff, Accesso agli Impieghi e Rapporto di lavoro del Personale), ulteriormente suddivisi in settori riferiti ai corrispondenti ambiti di attività e per i quali sono stati previsti i relativi incarichi di funzione.

Il SUMAGP, inoltre, dovrà garantire:

- una rivalutazione dei processi e dei percorsi connessi alla gestione del personale con particolare riguardo alla gestione integrata tra le Aziende aderenti
- l'individuazione dei processi a maggior rilevanza in quanto connessi alla dimensione strategica di ciascuna Azienda
- la revisione del modello organizzativo interno a SUMAGP e SUMAEP al fine di garantire una maggiore integrazione e funzionalità nel processo di gestione della risorsa umana.

Tra gli altri aspetti dovrà essere posta particolare attenzione alla gestione del personale di ricerca afferente ai tre IRCCS.

SERVIZIO ACQUISTI AREA VASTA EMILIA CENTRALE

Il **SAAV**, costituitosi con decorrenza primo luglio 2022 e ridisciplinatosi con modifiche e integrazioni alla fine del mese di gennaio 2024, assicurerà, in ossequio agli orientamenti operativi, l'acquisto dei beni e dei servizi necessari ai diversi settori (sanitari, tecnici e di supporto), per l'espletamento delle attività istituzionali di tutte le Aziende aderenti, con l'obiettivo di uniformare le procedure ed assicurare economia di scala.

Nell'ambito della propria attività il SAAV esplicherà le proprie azioni in un contesto a:

- valenza locale Area Vasta Emilia Centrale: espletamento procedure di gara, come da convenzione attuativa;
- valenza regionale: rapporti con l'Agenzia Regionale Intercent-Er e gli altri provveditori delle Aziende Area Vasta Emilia Nord (AVEN) e dell'Ausl della Romagna per:

- a) programmazione triennale riportata nel Masterplan regionale coordinato dalla Agenzia Regionale, come da obbligo normativamente previsto in quanto concorre alla formulazione della programmazione dei Soggetti Aggregatori;
 - b) adesione alle convenzioni regionali e attività di supporto per lo svolgimento delle procedure di gara ritenute strategiche e trasversali;
 - c) espletamento delle procedure di gara, su delega delle Aziende AVEN e Ausl della Romagna, previo accordo con i rispettivi provveditori e Intercent- ER.
- livello nazionale:
 - rapporti con CONSIP per adesioni alle convenzioni nazionali per conto delle Aziende Sanitarie afferenti al SAAV.

SERVIZIO UNICO METROPOLITANO ECONOMATO

Nel corso del 2024 l'implementazione del processo di integrazione del SUME nella realtà dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna ha visto la sua conclusione.

Tale integrazione ha visto la piena condivisione dei processi amministrativi in capo al Servizio Unificato che, nel rispetto delle peculiarità organizzative dell'Azienda, garantisce una omogenizzazione dell'agire amministrativo a livello di Area metropolitana.

Anche il progetto aziendale di riorganizzazione della logistica operativa, la cui esecuzione contrattuale è stata avviata nel 2022 a seguito di apposita procedura di gara (come da tabella sotto riportata), è giunto a regime.

E' stato effettuato il trasferimento presso la sede operativa definita dal Fornitore (polo logistico Interporto di Bologna), della totalità dei farmaci, dispositivi medici e beni economici.

E' stata, di conseguenza, definita e resa operativa la relativa gestione, assicurando la piena operatività dell'attività dalla sede esternalizzata.

	Lotto 1	Lotto 2	Lotto 3
Articoli gestiti	Farmaci	Farmaci, Dispositivi medici e beni economali	Beni Economali
Locali	Magazzino AUSL BO Ospedale Maggiore	Magazzino fornito da Aggiudicatario	Magazzini AUSLBO Casalecchio e Osp. Bellaria
Servizio di magazzino	Ricevimento, stoccaggio ed allestimento	Ricevimento, stoccaggio ed allestimento	Ricevimento, stoccaggio ed allestimento
Servizio trasporto	Consegna unità operative AUSLBO Farmacia	Consegne unità operative AOSPBO; navettaggio verso Lotto 1 e Lotto 3	Consegna unità operative AUSLBO Economale

DATA PROTECTION OFFICER

La funzione di Data Protection Officer Interaziendale permette una conduzione unificata in ambito metropolitano delle funzioni di informazione, consultazione, controllo, sorveglianza dell'osservanza della normativa in materia di dati personali.

Il modello, con l'obiettivo di potenziare le sinergie già esistenti secondo linee sempre più omogenee e coerenti tra le Aziende Sanitarie coinvolte, ha permesso di uniformarne azioni e comportamenti (informative/regolamenti/linee guida) e favorirà, nell'ottica di prosecuzione e consolidamento, l'integrazione e il coordinamento delle attività e degli ambiti comuni.

SVILUPPO DELL'INFRASTRUTTURA ICT A SUPPORTO DELLA SEMPLIFICAZIONE ED AL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DEI SERVIZI

Il triennio 2025-2027 sarà caratterizzato dal completamento dei progetti ICT finanziati con fondi PNRR e che toccheranno la quasi totalità dei diversi moduli del sistema informativo ospedaliero ed in particolare:

I Sistemi informatici di nuova acquisizione sono i seguenti:

- ADT;
- Gestione Lista di Attesa;
- Cartella Clinica Ambulatoriale da utilizzare, in particolare, nella gestione della cronicità e nei percorsi interaziendali;
- Gestione Sale Operatorie;
- Refertazione e gestione imaging in ambito Ostetricia e Ginecologia.

Nella fase di implementazione, particolare attenzione sarà riservata alla qualità del dato raccolto che sarà reso disponibile ai sistemi informativi sia per permettere di monitorare la corretta implementazione del sistema, sia per avere i dati clinici provenienti dalla pratica quotidiana ai fini di supporto alla governance e alla ricerca clinica. Per garantire questo obiettivo l'azienda ha attivato un processo di rinnovamento della Data Platform aziendale al fine di coprire i fabbisogni analitici descrittivi e di sviluppare sperimentazioni in ambito predittivo e prescrittivo.

In coerenza con lo sviluppo del sistema informativo ospedaliero e con il supporto delle progettualità PNC che vedono coinvolto l'IRCCS, si prevede lo sviluppo di una data platform aziendale per la gestione integrata dei dati per finalità cliniche, assistenziali, organizzative e di ricerca. La piattaforma sarà costituita da un rinnovato sistema di gestione integrata dei dati secondo un paradigma di data lakehouse cui si integrerà un portale di Business Intelligence per l'analisi retrospettiva dei processi organizzativi, clinici e di ricerca individuati come prioritari. Prime aree di sviluppo includeranno le filiere chirurgiche elettive, di area medica ed ematologica, di pronto soccorso, di chirurgia robotica oltre alle attività erogate per sperimentazioni. In via sperimentale saranno integrate nel sistema di Business Intelligence alcune componenti prospettiche per la valutazione di impatto a partire dall'area chirurgica elettiva.

SVILUPPO DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO - INCREMENTO DEL LIVELLO DI ALIMENTAZIONE E DIGITALIZZAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0) ha l'obiettivo di garantire la diffusione e l'accessibilità dei servizi di sanità digitale in modo omogeneo e capillare su tutto il territorio nazionale e di conseguenza a livello regionale a favore dei cittadini e degli operatori sanitari delle strutture pubbliche, private accreditate e private.

La verifica formale e semantica della corretta implementazione e strutturazione dei documenti secondo gli standard ha lo scopo di assicurare omogeneità a livello nazionale e regionale per i servizi del FSE 2.0 disponibili ai cittadini e ai professionisti della Sanità.

La Direzione Generale provvederà ad attuare tutti gli interventi di adeguamento dei sistemi produttori dei documenti sanitari, atti ad alimentare il FSE, supportati anche attraverso la formazione e comunicazione verso gli operatori sanitari al fine di superare le criticità legate alle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario, innalzandone significativamente il livello per un utilizzo pieno ed efficace del FSE 2.0, attraverso anche il monitoraggio degli indicatori mensili e trimestrali, secondo quanto previsto dalle Linee Guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

In particolare nell'anno 2025 e 2026 sarà adeguato il sistema gestionale di Anatomia Patologica secondo le ultime specifiche nazionali ed alle indicazioni regionali attese a breve.

Nel triennio 2025 - 2027 saranno mantenuti i sistemi aziendali nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali.

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	commento
% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti					76,92	63,41	Miglioramento	
% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0					79,88	88,09	Miglioramento	
% dei consensi alla consultazione espressi per gli assistiti regionali rispetto al totale degli assistiti regionali (AUSL BO)						90,78		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana

CARTELLA CLINICA ELETTRONICA

L'ultimo triennio ha visto il completamento del sistema di cartella clinica elettronica e di prescrizione e somministrazione dei farmaci in tutte le unità operative di ambito medico e chirurgico dell'IRCCS AOU BO. Il prossimo triennio 2025-2027 ne vedrà il consolidamento anche nell'ambito ambulatoriale e nell'estensione della cartella clinica nel post-dimissione.

Particolare attenzione è stata e sarà ancora posta sulla qualità dei dati raccolti per garantire la completezza della documentazione sanitaria, nonché allo scopo di poterla utilizzare a supporto della ricerca clinica.

La collaborazione fra gli attori coinvolti nel progetto permetterà l'evoluzione del sistema in modo da supportare sempre meglio la pratica clinica nelle tre Aziende Sanitarie di Bologna.

Il triennio 2025-2027 vedrà il consolidamento della cosiddetta Cartella Ibrida (unione tra cartella nativa digitale e digitalizzazione del residuo cartaceo) in tutto le UO rimanenti e questo porterà ad un'importante riduzione della documentazione cartacea

che, nel frattempo, sarà archiviata presso il Polo Archivistico Regionale (PARER), limitando conseguentemente lo stoccaggio della carta presso il magazzino di Minerbio.

TELEMEDICINA E TELECONSULTO ATTRAVERSO LA PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA REGIONALE

L'introduzione della telemedicina a livello aziendale richiede una serie di attività coordinate attraverso l'azione integrata e la partecipazione attiva dei servizi che fanno parte del Board Aziendale Telemedicina (BAT), istituito nel 2022 e rimodulato nel 2025.

Nel triennio 2025-2027, al fine di facilitare l'implementazione dei progetti attraverso l'interfaccia con i servizi coinvolti, il BAT perseguirà i seguenti obiettivi:

- garantire modalità di raccolta strutturata delle nuove proposte di implementazione;
- valutarne gli elementi di fattibilità, coerenza con la strategia aziendale e con le progettualità regionali;
- proporre alla direzione strategica le progettualità raccolte e vagliate e monitorarle le fasi di implementazione;
- valutare e implementare progetti di collaborazione in ambito metropolitano per la messa a fattor comune di competenze coinvolte in fase di attivazione dei progetti (privacy) o per adozione applicazioni innovative su dominio specifico in stretta relazione con il tavolo Telemedicina dell'Azienda USL di Bologna;
- monitorare progettualità già introdotte e in fase di introduzione e attivazione gruppo di studio per sistematizzazione accesso a dati raccolti in seno alle progettualità di Telemedicina per ricongiunzione con dati raccolti su altri applicativi SIO;

Inoltre il BAT continuerà a promuovere e diffondere l'utilizzo della telemedicina a livello aziendale per erogare prestazioni in televisita, allargando di conseguenza il bacino di utenza dei pazienti che potranno beneficiare di questo tipo di setting.

Si prevede di integrare l'utilizzo della telemedicina nelle sue varie forme per i pazienti seguiti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, un metodo già collaudato e applicato nel PDTA Interaziendale del paziente affetto da demenza (con AUSL BO) e nel PDTA Interaziendale del paziente affetto da diabete (con AUSL BO).

Le professioni sanitarie dell'IRCCS AOU, sono sempre più impegnate nell'erogazione della teleassistenza, raggiungendo ottimi risultati in termini di soddisfazione dell'utenza che riesce a beneficiare degli interventi educativi o assistenziali senza spostarsi dal domicilio. Ne sono un esempio le ostetriche che supportano le mamme nel post-parto, le infermiere enterostomiste che seguono i pazienti con una recente enterostomia, o le

logopediste che offrono trattamenti a pazienti con paralisi del nervo facciale e a quelli con impianti cocleari.

Contestualmente è in corso l'implementazione di un sistema di rendicontazione puntuale, efficace per registrare correttamente tutte le prestazioni effettuate a distanza ed è per questo motivo che sono state proposte delle migliorie al programma informatico ambulatoriale in modo da poter distinguere e attribuire correttamente i dati di produzione a posteriori.

In parallelo procede la diffusione nell'utilizzo del programma informatico per la discussione collegiale dei casi clinici in Team multidisciplinari per patologia. All'inizio del 2025 risultano attivi 36 gruppi con una diffusione che si discosta dall'area oncologica per il quale era stato principalmente pensato, estendendosi a specialità quali la pneumologia, la nefrologia, la cardiologia, la medicina interna, la dialisi peritoneale a domicilio.

Alcuni degli ambiti di sviluppo futuro della telemedicina e teleconsulto riguardano:

- l'area della diagnostica di radiologia anche durante i meeting multidisciplinari che consentirà il passaggio agile ed efficace delle informazioni fra i professionisti;
- l'area della continuità assistenziale con la possibilità di implementare il teleconsulto nei confronti dei MMG e dei medici delle cure primarie e CRA;
- in ambito nefrologico è previsto lo sviluppo della telemedicina in campo ambulatoriale e dialitico finalizzato a favorire la crescita dei pazienti selezionati per la metodica dialitica domiciliare;
- l'implementazione della Rete delle Cure Palliative Pediatriche attraverso l'utilizzo degli strumenti di telemedicina.

ADEMPIMENTI AGLI OBBLIGHI PER LA CORRETTA GESTIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI

Il triennio 2025-2027 sarà caratterizzato dalla reingegnerizzazione dei principali flussi informativi aziendali come conseguenza della sostituzione dei principali applicativi di registrazione del dato e da esigenze di razionalizzazione e miglioramento delle procedure di lavoro. Oltre al progetto di implementazione della nuova Data Platform Aziendale l'Azienda si impegnerà e rinnovare il sistema di Business Intelligence aziendale a consolidare i concentratori dato attualmente in dotazione per la produzione dei flussi informativi e ad aggiornarli rispetto alle evolutive previste (Nuova ASA, Flusso SIRER) oltre a garantire piena implementazione e maturità dei sistemi di nuova installazione (Flow Manager SDO).

Costituisce obiettivo prioritario il mantenimento e l'alimentazione tempestiva del patrimonio informativo e sono prioritarie le attività eseguite e finalizzate alla tempestività, completezza e la qualità nella rilevazione di tutti i flussi informativi.

Verrà garantito l'adeguamento e la revisione delle specifiche funzionali e tracciati per i flussi informativi definiti a livello regionale e nazionale. Le priorità sono garantire l'adeguamento e la completezza del flusso SDO alla nuova delibera delle tariffe, la gestione del flusso ASA e le ricette dematerializzate, la copertura del flusso DBO su ASA, il nuovo flusso PS con l'aggiornamento delle informazioni per il calcolo del NEDOCS, la completezza del flusso FED, DIME e verrà implementato il flusso FARPRE. Gli obiettivi saranno poi declinati annualmente negli obiettivi di budget, in coerenza con le priorità che verranno definite dalla normativa nazionale e regionale.

PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), ora assorbito all'interno del PIAO, è lo strumento di programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo, adottato in coerenza con le linee di indirizzo "Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance", del Ministro per la pubblica amministrazione.

Individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno una percentuale dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. Definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.

Sulla base di tali premesse l'IRCCS AOU di Bologna ha adottato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2021-2023, quale specifica sezione del piano della Performance, dedicata ai necessari processi di innovazione amministrativa da mettere in atto ai fini della programmazione e della gestione del lavoro agile.

In applicazione della logica di scorrimento programmatico si è, poi, provveduto all'aggiornamento annuale del Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2022-2024 che ne conferma impostazione, principi e azioni, fornendo evidenza dell'avvenuta transizione della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria in linea con il quadro normativo vigente.

Tale strumento è orientato a favorire un cambiamento culturale all'interno dell'organizzazione. I tre pilastri strategici sui quali si fonda il programma di attuazione del Lavoro Agile sono stati individuati nelle seguenti dimensioni: cultura organizzativa, tecnologie digitali, logica di "change management" ossia di gestione del cambiamento

organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie, e performance.

L'IRCCS AOU BO si è anche dotato di un "Regolamento per la disciplina del lavoro agile e telelavoro per il personale del comparto e delle aree dirigenziali".

Si precisa infine che si ritiene opportuno mantenere lo standard precedentemente definito per consolidare il livello di utilizzo dell'istituto raggiunto al fine di poter valutare gli effetti della stabilizzazione dell'utilizzo dello stesso, al di fuori della fase emergenziale, in una effettiva logica di "change management".

Indicatore	Valore Aziendale 2024	Trend atteso nel triennio 2025-2027
% Lavoratori agili effettivi/ Totale lavoratori	3,16%	"mantenimento" del precedente standard per consolidare il livello di utilizzo dell'istituto raggiunto al fine di poter valutare gli effetti della stabilizzazione dell'utilizzo dello stesso al di fuori della fase emergenziale, in una effettiva logica di logica di "change management"
% Lavoratori agili effettivi/ Totale lavoratori agili potenziali	32,44	Monitoraggio
% Giornate lavoro agile/Giornate lavorative totali	17,06 %	Monitoraggio

Fonte dati GRU

Quanto alla pianificazione triennale degli obiettivi che si intendono perseguire nell'ambito dell'organizzazione aziendale tramite l'utilizzo dello Smart-Working si rimanda a quanto previsto nel POLA 2025-2027, parte integrante della presente Sezione, che nella logica di scorrimento programmatico sarà oggetto di aggiornamento annuale.

Eventuali Piani Attuativi annuali verranno formalizzati secondo quanto specificato dalla normativa di settore e, nell'arco temporale di riferimento, potrà essere anche pianificata la previsione di un incremento di standard.

PIANO DI EGUAGLIANZA DI GENERE E AZIONI POSITIVE

Anche per il triennio 2025 - 2027 è stato predisposto di concerto dai Comitati Unici di Garanzia e dal Gender Equality Plan Team dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, di Azienda USL di Bologna – IRCCS delle Scienze Neurologiche ed IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli il nuovo "**Piano per l'Uguaglianza di genere e Azioni Positive**" (nel seguito GEP) – allegato C.

Nell'ambito delle attività di promozione della parità, delle pari opportunità e del benessere organizzativo, questo strumento nasce dalla volontà, in linea con la filosofia

dello stesso PIAO, di unire ed integrare due diversi strumenti di pianificazione che impattano sui temi dell'efficienza, del benessere, del contrasto alle molestie e alle discriminazioni sul lavoro: il Piano delle Azioni Positive - previsto dall'art. 48 del d.lgs. 198/2006 quale strumento di pianificazione finalizzato ad assicurare «la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne» - ed il Gender Equality Plan (GEP), introdotto con il programma quadro per la ricerca e l'innovazione 2021-2027 della Comunità Europea "Horizon Europe" quale requisito indispensabile per l'accesso ai finanziamenti europei dedicati alla ricerca al fine di rafforzare l'equità di genere nelle organizzazioni UE.

Parallelamente, e in analogia con Horizon Europe, anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) condiziona l'accesso ai finanziamenti per tutte le organizzazioni pubbliche e private all'adozione del Bilancio di Genere e del GEP (Linee Guida MUR).

Inserire il GEP all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione rappresenta una scelta strategica che consente di generare sinergie concrete tra le diverse aree funzionali: tra gestione delle risorse umane e promozione del benessere, tra lavoro agile e conciliazione vita-lavoro, tra performance e valorizzazione delle diversità.

L'integrazione nel PIAO consente inoltre un monitoraggio più efficace, attraverso indicatori condivisi e unificati, e rafforza la responsabilità diffusa, favorendo l'adozione della prospettiva di genere in tutte le fasi decisionali. In ultima analisi, si tratta di una leva culturale e organizzativa che permette di radicare i principi dell'equità in modo strutturale, sostenibile e misurabile.

Il Piano per l'Uguaglianza di Genere e Azioni Positive risponde ai requisiti previsti dalla Commissione Europea e dal D.Lgs. 198/2006 e indica le aree di intervento, le azioni e gli obiettivi che l'Azienda perseguirà nel prossimo triennio per promuovere la parità di genere, il contrasto delle molestie e delle discriminazioni sul lavoro e la promozione del benessere lavorativo.

Le sei aree di intervento delineate all'interno del Piano sono:

1. **conciliazione** tra **vita e lavoro** e cultura organizzativa;
2. **equilibrio di genere** nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali;
3. **eguaglianza** di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera;
4. integrazione della **dimensione di genere nella ricerca** e nei programmi degli insegnamenti;
5. misure di prevenzione e **contrasto alle molestie e violenza**, anche di genere, sul lavoro;
6. promuovere **salute, sicurezza e benessere** lavorativo.

Per ogni area sono stati formulati obiettivi e specifiche azioni, individuando le strutture responsabili per l'implementazione di ogni azione proposta, destinatari diretti ed indiretti, risorse necessarie e indicatori.

Gli aspetti di maggior dettaglio del Piano di Eguaglianza di genere e delle Azioni Positive contenuti nella nuova delibera sono consultabili nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale: <https://www.aosp.bo.it/it/content/documenti-di-programmazione-strategico-gestionale>

3.2.4 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLE DOTAZIONI DI PERSONALE

Fa riferimento con impatto diretto a questa sottosezione l'obiettivo di mandato "Governo delle risorse umane".

La sotto-sezione rappresenta i principali ambiti di intervento in materia di risorse umane. La programmazione aziendale è significativamente condizionata dalle azioni da implementare per la realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria e contestualmente garantire il contributo al piano di sostenibilità regionale, declinato per questa azienda con significativi obiettivi specifici di contenimento del costo delle risorse umane.

Le azioni di governo delle risorse umane che questa Azienda intende perseguire in continuità con gli anni precedenti, in coerenza con le direttive della Regione-Emilia-Romagna e nel rispetto delle previsioni annuali di costo per le risorse umane, si svilupperanno in conformità con il piano triennale dei fabbisogni del personale.

Il documento Piano triennale dei fabbisogni (PTFP) descrive dal punto di vista qualitativo e quantitativo i fabbisogni di personale nell'ottica di coniugare l'ottimale impiego delle risorse e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e contestualmente di assicurare il perseguimento della mission istituzionale e il rispetto degli obiettivi di bilancio. In allegato si formalizza la proposta del piano triennale dei fabbisogni di personale 2025-2027 e la relativa relazione esplicativa. L'Azienda ha garantito la preventiva informazione sindacale secondo le previsioni e i modelli relazionali previsti dai vigenti contratti collettivi e provvederà ad aggiornare la programmazione dei fabbisogni del personale annualmente, in coerenza con la normativa nazionale e regionale di riferimento.

Nelle more dell'adozione del Piano Triennale dei Fabbisogni 2025-2027 che avverrà a seguito dell'approvazione regionale, in linea generale l'Azienda si impegna, nel rispetto delle indicazioni della Regione-Emilia-Romagna ed in coerenza sia con le funzioni esercitate come hub regionale, sia con le funzioni di coordinamento di ambito metropolitano, tanto per la dirigenza quanto per il comparto:

- a mirare al contenimento delle spese del personale dipendente ed atipico, tenendo conto del numero delle cessazioni nel corso di ciascun anno;
- ad utilizzare le risorse acquisite tanto per fronteggiare il turnover, quanto per stabilizzare progressivamente rapporti precari (tempi determinati o contratti di lavoro atipico quali somministrazione lavoro e contratti libero-professionali);

- agli adeguamenti necessari all'applicazione degli istituti giuridici ed economici sottoscritti nei contratti collettivi nazionali di lavoro;
- a proseguire i percorsi di stabilizzazione del personale del comparto e della dirigenza, ai sensi dell'articolo 20, comma 2 del Decreto Legislativo 75/2017 e dell'art. 1, comma 268 Legge 234/2021;
- a definire - al fine di adempiere agli obblighi di legge in materia di assunzioni di personale disabile - la ricognizione del personale dipendente divenuto disabile in costanza di rapporto di lavoro o già disabile e assunto al di fuori delle procedure per il collocamento obbligatorio.

Inoltre, tenuto conto del riconoscimento ad IRCCS del Policlinico di Sant'Orsola per le due discipline "Assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico" e "Gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche", la programmazione delle risorse terrà conto della necessità di potenziare le linee di produzione oggetto di riconoscimento e di rafforzare l'infrastruttura della ricerca. A tale fine l'Azienda terrà conto delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), della programmazione IRCCS 2025-2027, nonché di quanto previsto nel DPCM 21 aprile 2021 *"Definizione dei requisiti, dei titoli e delle procedure concorsuali per le assunzioni di personale per lo svolgimento delle attività di ricerca e di supporto alla ricerca presso gli IRCCS pubblici e gli Istituti zooprofilattici sperimentali."*

L'Azienda continuerà poi ad avvalersi anche della possibilità di indire procedure concorsuali unificate dirette al reclutamento di specifici profili professionali.

La cornice finanziaria presa a riferimento per il 2025 è rappresentata dagli obiettivi di programmazione sanitaria ed economico-finanziari definiti a livello regionale in sede di concertazione. Per il successivo biennio 2026-2027, in considerazione di scenari evolutivi oggi non pienamente prevedibili, la programmazione dei fabbisogni e il relativo impegno economico saranno suscettibili di adeguamento.

L'Azienda procederà al monitoraggio delle gestioni con la finalità di verificare i costi sostenuti in relazione agli obiettivi assegnati e intervenire con azioni e misure correttive a fronte di eventuali scostamenti, per garantire la sostenibilità del SSR.

3.2.5 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI E DELLA TRASPARENZA

AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

La Legge n. 190/2012, contenente disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, all'art. 1, comma 8,

prevede l'adozione da parte dell'organo di indirizzo del Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

A seguito dell'entrata in vigore del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge 6 agosto 2021, n. 113, che ha previsto, all'art. 6, l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), la pianificazione relativa alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza ne è divenuta parte integrante, insieme agli altri strumenti pianificatori espressamente indicati.

In tale modo, gli obiettivi di prevenzione della corruzione risultano maggiormente integrati e connessi con gli obiettivi delle altre sottosezioni, prime fra tutte quella della performance, in vista della realizzazione degli obiettivi di valore pubblico.

La Sottosezione costituisce quindi il documento strategico adottato dall'Azienda contenente la programmazione per il triennio 2025/2027 in materia di prevenzione della corruzione e per la trasparenza a protezione del valore pubblico, fondato su principi e obiettivi strategici definiti dall'organo di indirizzo, condiviso ai vari livelli di responsabilità interna.

La programmazione è stata effettuata in continuità con gli anni passati, tenendo conto della normativa di settore, del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e di quanto previsto negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 in materia di trasparenza. Inoltre, sono stati considerati gli esiti dei monitoraggi, i risultati conseguiti e le criticità riscontrate nelle precedenti annualità, tutti elementi imprescindibili per il miglioramento del sistema di gestione del rischio.

L'obiettivo è quello di creare un contesto orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di cambiamento culturale che porti a considerare tali valori parte integrante di ogni decisione amministrativa e delle relazioni con gli utenti/cittadini.

Lo scopo è quello di delineare il corretto percorso per l'individuazione dei potenziali rischi di corruzione, di cattiva amministrazione o di conflitto di interessi e, conseguentemente, di prevedere le misure di prevenzione, organizzative e procedurali, al fine di ridurre l'insorgere di fenomeni corruttivi e, più in generale, di c.d. *maladministration*, rafforzando le misure volte alla prevenzione della corruzione e perseguendo il miglioramento continuo del processo di gestione del rischio. Ampio spazio è dedicato anche alle misure organizzative per l'adempimento degli obblighi di trasparenza amministrativa.

Per il triennio 2025/2027, la Direzione strategica, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), ha ritenuto importante

indirizzare le strategie di prevenzione della corruzione e della trasparenza nei termini indicati **nell'Allegato A) Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 2025/2027**, a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Si riportano di seguito gli obiettivi strategici delineati nella Sottosezione da realizzare mediante specifiche misure di prevenzione, ritenute funzionali alle strategie di creazione di valore pubblico:

- a) mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra obiettivi anticorruzione/trasparenza e la sezione della performance, al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi strategici, organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti;
- b) favorire un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica e ridurre le opportunità che si verifichino casi di corruzione, attraverso:
 - lo sviluppo delle risorse umane (in termini di accrescimento delle conoscenze e delle competenze) mediante specifici percorsi formativi, che affrontino anche contenuti in materia di etica, integrità e rischio corruttivo;
 - l'applicazione del Codice di Comportamento/Codice per l'integrità della ricerca e il continuo aggiornamento della regolamentazione interna anche in relazione alla disciplina del conflitto di interessi ai fini della promozione del valore pubblico;
 - la semplificazione dell'accesso ai servizi e dei processi tramite la loro reingegnerizzazione, informatizzazioni e dematerializzazione misure considerate di fondamentale importanza ai fini di un concreto miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e della economicità dell'azione amministrativa e rispondenti all'esigenza di migliorare la trasparenza della gestione delle attività e dei processi;
 - la tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing);
- c) garantire la massima trasparenza, dando puntuale e tempestiva applicazione ai principi contenuti nel D.Lgs. n. 33/2013 e promuovere al contempo il contenimento del diritto alla riservatezza dei dati personali (inteso come diretto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona) e il diritto di libero accesso da parte dei cittadini ai dati e alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni mediante stabili interlocuzioni con il DPO e le funzioni privacy aziendali;
- d) favorire la partecipazione degli uffici tramite un flusso continuo di dati al RPCT (informazioni, documenti, meccanismi di controllo) al fine di consentire le dovute verifiche sull'operato degli stessi in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- e) incrementare l'efficacia dell'azione di verifica e monitoraggio in materia di anticorruzione e trasparenza in modo tale da far emergere e contrastare eventuali fenomeni patologici;
- f) mantenere un'integrazione consolidata tra sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno, anche alla luce del documento di Recepimento delle Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale" approvate con DGR 18471 del 10/09/2024;

- g) rafforzare l'analisi dei rischi e la definizione delle misure di prevenzione mediante la mappatura delle altre aree di rischio, oltre a quelle già individuate, con il coinvolgimento delle Strutture interessate, allo scopo di individuare gradualmente tutti i processi a rischio di eventi corruttivi e conseguentemente le azioni preventive, eventualmente migliorando le misure già in atto, rendendole più adeguate, concrete e verificabili.

L'Allegato A) Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 2025/2027 è consultabile nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale al link <https://www.aosp.bo.it/it/content/piano-triennale-la-prevenzione-della-corrruzione-e-della-trasparenza> dove sono pubblicati anche i documenti che la integrano

- Analisi del contesto
- Mappa dei processi
- Registro dei rischi

FUNZIONE DI AUDIT INTERNO AZIENDALE

La funzione di audit interno aziendale rappresenta un utile strumento di miglioramento organizzativo perché titolare di una funzione indipendente e obiettiva e in possesso di competenze e conoscenze trasversali indispensabili non solo per il corretto svolgimento delle attività correlate all'analisi del rischio, ma anche per tutte le attività legate all'analisi dei processi, al loro disegno ed alla loro mappatura.

Nel 2024 l'Azienda, in applicazione delle Linee Guida regionali in materia di Sistema di Controllo Interno (Determinazione del Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare, n. 18471/2024), con Deliberazione n. 435 del 23/12/2024 ha adottato apposito atto nel quale risultano descritte le caratteristiche e le modalità di funzionamento a livello aziendale del Sistema di Controllo Interno, che si prevede di sviluppare ulteriormente nel prossimo triennio.

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	Commento
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100%	100%	99,7 %	99,42 %	100%	100%	Mantenimento	
% di centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	51,87	63,30	51,78	62,23	66,30	67,93	Miglioramento	

3.3 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

Questa dimensione è strategica per l'IRCCS in quanto definisce gli obiettivi e gli impegni per assicurare l'aggiornamento dei professionisti ed aumentarne le competenze e l'expertise nonché per perseguire il miglioramento delle prestazioni e dei servizi erogati e lo sviluppo dell'organizzazione.

La sezione è articolata in due Sottosezioni:

- Area di programmazione della ricerca e della didattica
- Area di programmazione dello sviluppo organizzativo e della formazione

3.3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA

In questa area afferiscono gli obiettivi relativi all'innovazione scientifica e allo sviluppo e attuazione di attività legate alla ricerca e alla didattica ritenuti strategici per l'Ente che in quanto Azienda Ospedaliera e IRCCS **promuove e sostiene l'integrazione tra assistenza, ricerca e formazione come parte integrante della propria mission.**

Si espongono di seguito le linee di azione che si intende sviluppare nel prossimo triennio per la realizzazione degli obiettivi di mandato, comprese le azioni di sviluppo delle Linee di Ricerca negli ambiti di riconoscimento ad IRCCS da parte del Ministero della Salute.

PIANO STRATEGICO IRCCS

Il Piano Strategico è lo strumento di programmazione strategica integrata triennale nel cui ambito trovano spazio i principi, gli obiettivi e le azioni di sostegno della ricerca clinica e traslazionale e dei ricercatori dell'IRCCS a cura della Direzione Scientifica

In questa area afferiscono gli obiettivi relativi all'innovazione scientifica e allo sviluppo e attuazione di attività legate alla ricerca e alla didattica ritenuti strategici per l'Ente che in quanto Azienda Ospedaliera e IRCCS promuove e sostiene l'integrazione tra assistenza, ricerca e formazione come parte integrante della propria mission.

Si espongono di seguito le linee di azione che si intende sviluppare nel prossimo triennio per la realizzazione degli obiettivi di mandato, comprese le azioni di sviluppo delle Linee di Ricerca negli ambiti di riconoscimento ad IRCCS da parte del Ministero della Salute.

Nel corso del precedente triennio si è ultimato il processo di riorganizzazione della Infrastruttura della Ricerca che ha visto alla definizione di una solida infrastruttura tecnico-amministrativa capace di offrire al singolo ricercatore la possibilità di sviluppare la sua ricerca in modo completo e competitivo. Il percorso si è concluso con il potenziamento della precedente UO Ricerca e Innovazione, mediante riorganizzazione della stessa in due UUOO con differenti funzioni, ma operanti in stretta integrazione: una UO “Clinical Trial Center”, focalizzata sulla progettazione, disegno, conduzione, rendicontazione e analisi degli studi clinici e una UO “Innovazione, sintesi evidenze e ricerca clinica”, focalizzata sull’introdurre l’innovazione correlata all’attività di ricerca in sanità pubblica e ad identificare i gap di conoscenza esistenti al fine di identificare priorità di ricerca.

La UO “Innovazione, sintesi evidenze e ricerca clinica” avrà inoltre le funzioni di biostatistica ed epidemiologia e una sezione correlata al trasferimento tecnologico. Rispetto a tale ultimo aspetto, nel corso del triennio, grazie anche all’acquisizione di nuovo personale, altamente qualificato, l’Azienda potenzierà l’impegno a valorizzare i prodotti della ricerca svolta, garantendo ai ricercatori il necessario supporto tecnico e professionale, allo scopo di favorire l’inserimento dell’innovazione nell’assistenza sanitaria, creando valore aggiunto e generando un beneficio per l’intera collettività. La volontà di promuovere e incentivare la partecipazione del ricercatore all’attività di ricerca anche in termini di valorizzazione dei risultati attesi, favorisce in maniera significativa l’integrazione tra attività di ricerca e attività clinica.

Non è ancora invece completamente ultimato il processo di riorganizzazione e istituzione delle Piattaforme di Ricerca. Nel corso del triennio vista la definizione delle attività delle singole Piattaforme e dei relativi obiettivi di risultato, nonché l’attribuzione di specifiche risorse anche strumentali, si ipotizza un incremento delle attività delle stesse, anche in termini di coinvolgimento in attività di ricerca svolte dai ricercatori dell’IRCCS.

I responsabili delle Piattaforme di Ricerca saranno dunque coinvolti in prima persona nella programmazione delle attività scientifiche allo scopo di garantire lo sviluppo delle operazioni che seguono:

- istituzione di core facilities necessarie, affinché i differenti gruppi di ricerca all’interno dell’IRCCS AOUBO possano svolgere e programmare le loro attività di ricerca;
- analisi della strumentazione a disposizione delle differenti piattaforme, azioni di condivisione delle stesse, censimento dei fabbisogni e programmazione di implementazione di nuove tecnologie e strumentazioni;
- implementazione e messa a punto di nuove tecniche di laboratorio per aumentare le possibilità di svolgere parti di un progetto di ricerca all’interno dell’IRCCS;
- integrazione delle attività di ricerca delle differenti piattaforme per lo sviluppo di progetti trasversali cofinanziati dalla quota 5X1000 raccolta dall’IRCCS.

Nell'ambito delle Piattaforme di ricerca, in continuità temporale con il precedente triennio, si conferma la collaborazione tra ricercatori dell'IRCCS e ricercatori universitari, in conformità all'Addendum all'Accordo attuativo locale, che disciplina lo svolgimento di programmi congiunti di ricerca (IRCCS-UNIBO) per il tramite di Piattaforme di Ricerca dedicate.

In tale contesto è stata prevista un'attività di formazione rivolta a tutti i ricercatori dell'IRCCS, promossa dalle singole Piattaforme, mirata a dare evidenza delle attività di ricerca svolte da ciascuna Piattaforma, in una logica di condivisione delle competenze disponibili e degli strumenti aziendali che possono essere condivisi per lo sviluppo di nuove reti e collaborazioni di ricerca, capaci anche di generare nuove idee progettuali.

L'attività formativa della direzione scientifica è infatti indirizzata a tutti i professionisti sanitari dell'IRCCS impegnati in attività di ricerca a vari livelli e secondo le specificità dei diversi ambiti. In accordo con l'implementazione delle Piattaforme, la programmazione è stata arricchita prevedendo: l'organizzazione di seminari periodici che rispondono agli obiettivi del piano strategico; un Retreat della ricerca a cadenza annuale per condividere le conoscenze e i risultati delle attività interne all'istituto; l'ottimizzazione ed erogazione di eventi formativi su tematiche trasversali a tutti gli studi (osservazionali e interventistici), oltre che utilizzo di strumenti, procedure e facilities aziendali, allo scopo di incentivare le collaborazioni interdisciplinari nei diversi ambiti di ricerca.

In ambito formazione continuerà anche la collaborazione e supporto alla progettazione e messa in opera di un percorso formativo regionale sulla ricerca clinica al fine di promuovere la creazione di una comunità di ricerca a livello regionale.

In tale cornice organizzativa si inserisce il Piano Strategico triennale della Ricerca 2025-2027, predisposto dal Direttore Scientifico dell'IRCCS, in coerenza alla nuova Programmazione Triennale 2025-2027 del Ministero della Salute in tema di Ricerca Corrente, e alle nuove 8 linee di ricerca approvate dallo stesso Ministero della Salute come parte integrante della nuova Programmazione.

Le linee che connoteranno dunque l'attività di ricerca per il triennio e che sono alla base anche del Piano strategico passano da 7 a 8, come di seguito rappresentato:

AREA	n. linea	Titolo
TRAPIANTI	1	Approcci traslazionali e clinici per la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze nel trapianto d'organo solido, di tessuti e di cellule staminali emopoietiche.
	2	Ottimizzazione del ricorso al trapianto attraverso la prevenzione, diagnosi, terapia e l'analisi di fattori di rischio delle gravi insufficienze d'organo.

	3	Ricerca di strategie per il ricondizionamento e rigenerazione di cellule, tessuti ed organi e per l'ottimizzazione delle risorse donative.
	4	Sviluppo di approcci multidisciplinari e di tecnologie dirette alla personalizzazione delle strategie terapeutiche nei pazienti con insufficienza d'organo e trapianto.
ONCOLOGIA	5	Ricerca di marcatori diagnostici, prognostici e predittivi mediante la caratterizzazione avanzata delle neoplasie solide ed ematologiche e del relativo microambiente, attraverso l'impiego di tecniche "omiche" e AI.
	6	Sviluppo di terapie avanzate e ad alta complessità su base molecolare e immunologica nei tumori solidi ed ematologici, incluso la conduzione di trials clinici di fase 1/2.
	7	Sviluppo clinico di terapie per patologie neoplastiche solide ed ematologiche di rara osservazione e/o in pazienti ad alta complessità anche attraverso approcci multidisciplinari.
	8	CART journey: dalla produzione di nuovi costrutti allo sviluppo di sistemi di predizione di outcome e complicanze dopo l'infusione.

Anche attraverso il Piano strategico, viene confermata l'importanza della figura del Responsabile scientifico di linea, che dovrà nell'ambito della propria attività di ricerca:

- indirizzare lo sviluppo dell'innovazione nell'attività di ricerca e monitorare l'andamento delle attività e degli obiettivi inseriti nella programmazione triennale;
- supportare la Direzione Scientifica nell'attività di rendicontazione periodica annuale della Ricerca Corrente;
- incentivare i professionisti dell'IRCCS alla promozione dell'attività di ricerca in risposta a Bandi interni, ma anche nazionali ed internazionali e alla partecipazione ad iniziative delle reti tra IRCCS.

Per quanto riguarda la dimensione della ricerca nel triennio 2025-2027, l'obiettivo principale sarà quello di avviare tutte le attività di ricerca in ambito IRCCS proprie del piano strategico triennale in coerenza ai 5 principi fondanti:

- **Innovazione:** sviluppare strumenti e modelli innovativi attraverso cui sostenere un sistema sempre più orientato all'alta complessità e all'innovazione, nella produzione e nell'analisi dei dati e nel percorso di cura dei pazienti (implementazione tecnologica e di competenze in ambito di trasferimento tecnologico, utilizzo dell'Intelligenza Artificiale (AI) in ambito Health e innovazione organizzativa).
- **Ricerca:** favorire una ricerca clinica e traslazionale mediante l'utilizzazione di infrastrutture di supporto, favorendo la partecipazione a reti e collaborazioni nazionali ed internazionali, facilitando lo sviluppo delle linee di ricerca proprie dell'IRCCS ed il trasferimento dei risultati.

- **Cura:** introdurre strategie terapeutiche personalizzate innovative e ad alta complessità per garantire la qualità delle cure, la sicurezza dei pazienti e degli operatori e la continuità ai percorsi di cura considerando la persona nella sua globalità (approcci terapeutici strategici, sviluppo di strumenti e modelli innovativi nella cura dei pazienti ad alta complessità, qualità delle cure e valutazione degli outcome).
- **Conoscenza:** aumentare le conoscenze tramite percorsi formativi atti a creare un curriculum specifico per un professionista ricercatore IRCCS, tramite una formazione continua, il confronto con ricercatori nazionali ed internazionali e grazie all'approfondimento delle tematiche di ricerca interne all'IRCCS (organizzazione di eventi scientifici formative come i seminari della ricerca, promossi della Direzione Scientifica e il Retreat della Ricerca).
- **Solidarietà:** incrementare la cultura e l'esperienza del porre il paziente al centro dei percorsi di cura grazie ad un'attenzione specifica nei riguardi dei suoi bisogni che consenta di realizzare quella transizione dalla cura in quanto tale al prendersi cura del paziente e sviluppare quei percorsi di solidarietà che tramite il consolidamento di collaborazioni con associazioni di pazienti, ONLUS, ONG, mirino all'alta qualità delle cure nei confronti anche di quei pazienti critici complessi che purtroppo non riescono ad accedervi (ricerca etica).

Quanto sopra sarà finalizzato a creare un ambiente favorevole alla conduzione di attività di ricerca e di studi clinici di elevata qualità, capaci di innalzare ulteriormente il livello qualitativo della ricerca promossa e condotta presso il nostro IRCCS.

Tale sviluppo e futuro andamento porrà anche le basi per un eventuale ampliamento dell'area di ricerca di eccellenza del nostro Istituto in nuove aree tematiche, sfruttando l'adesione a nuove reti, per le quali la nostra Istituzione ha presentato richiesta di adesione, quali la rete IDEA che riunisce tutti gli IRCCS ad indirizzo pediatrico e la rete cardiologica, che mette assieme gli IRCCS con area tematica Cardiologia.

In tale contesto generale di riferimento continuerà ad essere valorizzata e supportata la partecipazione alle 12 reti "European Reference Networks" a cui aderisce il nostro IRCCS, nonché l'incentivazione allo sviluppo di progetti in collaborazione e in rete con gli altri IRCCS regionali e nazionali, e con enti e istituzioni internazionali.

Segno evidente della centralità della ricerca promossa e sviluppata dal nostro Irccs, è la presenza del Comitato Etico Area Vasta Emilia Centro (CE-AVEC) che trova presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna la propria sede operativa; grazie alla Segreteria Centrale del CEAVEC, anch'essa collocata presso Irccs, viene garantito al Comitato il necessario supporto per l'esercizio delle proprie funzioni, declinate nel relativo Regolamento (DGR Num. 1029 del 19/06/2023). Come declinato nelle procedure operative la Segreteria del CEAVEC, nelle sue varie articolazioni periferiche,

svolge l'attività di gestione delle pratiche sottomesse alla valutazione del Comitato stesso in termini di istruttoria, validazione, formulazione e invio dei pareri, archiviazione della documentazione. In particolare, l'articolazione locale della Segreteria situata presso Irccs opera in stretta integrazione con l'UO "Clinical Trial Center" al fine di garantire adeguato supporto al processo di sottomissione degli studi promossi dallo stesso IRCCS.

Nell'ambito relazionale con la Regione Emilia - Romagna, prosegue la collaborazione con il Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali in relazione al progetto per la condivisione degli strumenti in uso presso le Segreterie dei CET (elenchi documentali e modulistica) al fine di armonizzare gli approcci in uso, previa approvazione da parte del CER sezione A. La prima fase ha visto la produzione di checklist della documentazione per la sottomissione delle richieste di parere al CE, suddivise per tipologia di studio. Nella seconda fase è previsto il censimento e l'eventuale armonizzazione della modulistica utile ai fini della sottomissione.

In merito alla gestione degli studi clinici inoltre, considerando la dismissione del precedente sistema informativo SIRER, continuerà ad essere garantita la trasmissione dei dati relativi agli studi clinici alla Regione Emilia-Romagna tramite il flusso informativo generato dal portale aziendale RINO. RINO opera tramite la Piattaforma RedCap che svolge per il nostro IRCCS un ruolo fondamentale nel censimento e nella raccolta di tutti i dati relativi agli studi clinici. RINO viene alimentato e aggiornato in tempo reale con tutti i dati degli studi clinici condotti presso IRCCS. È il cuore dell'anagrafica degli studi clinici, la quale, da RINO, viene inviata agli applicativi sanitari per garantire la tracciabilità delle prestazioni svolte in ambito di ricerca. Inoltre, tali dati sono trasmessi al nuovo applicativo informatico EnrollmentLog, che ospita l'anagrafica dei pazienti coinvolti negli studi clinici e lo stato di avanzamento del protocollo in termini di arruolamento, al fine di garantire un monitoraggio puntuale delle attività di ricerca presso IRCCS.

In tale contesto di rendicontazione dell'attività di ricerca scientifica lo strumento di cui sopra risulta efficace anche per misurare la ricerca del nostro IRCCS nei termini descritti dagli indicatori oggetto di monitoraggio per il prossimo triennio, di seguito riportati:

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	Commento
Impact Factor Normalizzato ***	2,60		2,60		1,37		Mantenimento/incremento	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - IRCCS - a rilevanza nazionale,
N. Medio di pubblicazione per ricercatore ***	2.979,05		2.900,46		3.502,25		Mantenimento/incremento	

N. Trial clinici approvati dal Comitato Etico **	204		209		224		Mantenimento/incremento	con Decreto del 19 settembre 2020 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Ministeriale N. 266 del 26 ottobre 2020 nelle discipline di "assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico" e "gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche".
N. Studi osservazionali approvati dal Comitato Etico **	182		196		210		Mantenimento/incremento	
N. Trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione) **	2,60		2,60		1,37		Mantenimento/incremento	
N. Studi osservazionali attivi sul totale degli studi attivi (a 5 anni dall'attivazione) **	2.979,05		2.900,46		3.502,25		Mantenimento/incremento	

fonte dei dati: **banca dati aziendale ***workflow della ricerca del ministero della salute

INTEGRAZIONE E RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ

I rapporti tra l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e l'Alma Mater Studiorum di Bologna sono disciplinati in coerenza con il vigente accordo attuativo; in esso sono definiti i principi generali e le finalità, diretti - nell'ambito delle rispettive autonomie - a coordinare la programmazione e le attività di comune interesse, con riferimento alle forme di integrazione tra attività assistenziale, didattico-formativa e di ricerca.

A seguito del riconoscimento dell'Azienda ad IRCCS, le due istituzioni hanno rafforzato le forme di collaborazione dirette alla progressiva revisione dei percorsi comuni, in un'ottica di crescente integrazione e razionalizzazione.

Nello specifico, è attiva una concreta collaborazione con il Service di Area Medica (SAM) di Unibo per la programmazione e gestione dei percorsi funzionali allo svolgimento di attività assistenziali da parte di personale universitario, con particolare riferimento:

- allo sviluppo dei percorsi di *inserimento in assistenza dei Medici in Formazione Specialistica* dell'Università di Bologna, in particolare alla luce dell'approvazione del protocollo d'intesa sulla formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia, formalizzata con deliberazione della Giunta Regionale n° 1406 del 1° Luglio 2024;

- b) alla predisposizione di percorsi congiunti per lo *svolgimento di attività assistenziali da parte di dottorandi o assegnisti di ricerca*, ove funzionale allo svolgimento dell'attività progettuale assegnata;
- c) all'armonizzazione dei rispettivi regolamenti in materia di incarichi extraistituzionali, con l'obiettivo di favorire quanto più possibile - attraverso una coerente applicazione delle disposizioni normative in materia - l'allineamento tra le relative discipline. Sul tema è insediato uno specifico tavolo di lavoro col coinvolgimento dei settori competenti delle due istituzioni;
- d) alla promozione congiunta di attività rivolte allo sviluppo di competenze formative del personale SSN ed il corretto riconoscimento delle attività didattico-formative rese.

Con specifico riferimento al punto a) si evidenzia come - nell'ambito del cd "*tavolo della didattica*" IRCCS/UniBo - si sia insediato, nel corso del 2025, un sottogruppo specificamente dedicato all'implementazione congiunta dei percorsi di inserimento e di sviluppo professionale riguardanti i medici in formazione specialistica. Gli ambiti di lavoro del sottogruppo sono i seguenti:

- accreditamento delle reti formative;
- configurazione delle reti formative e definizione dei criteri di rotazione dei medici in formazione specialistica nell'ambito delle strutture (sedi, collegate, complementari) che le compongono;
- livelli di autonomia dei medici in formazione specialistica;
- attribuzione di contratti ex "decreto Calabria" o di contratti libero-professionali.

Ricerca

Fra gli strumenti di coordinamento tra IRCCS e Università occorre ricordare, inoltre, l'istituzione, a partire dall'anno 2022, di un *tavolo congiunto* dedicato alla *programmazione delle attività di ricerca*. Al fine di integrare in modo costruttivo le attività delle due istituzioni (anche in coerenza con il "Piano strategico triennale della ricerca 2025-2027") e con l'intento di rendere efficiente il sistema, non creare sovrapposizioni tra attività specifiche e, soprattutto, offrire ai ricercatori le migliori opportunità per svolgere la propria attività di ricerca, il tavolo di lavoro si riunisce con cadenza mensile, con l'obiettivo di governare l'integrazione tra le due istituzioni. Tale collaborazione è finalizzata a favorire la programmazione congiunta delle attività di ricerca, con lo scopo di potenziare la stessa attraverso:

- lo sviluppo di studi clinici anche in regime di co-promozione;
- la partecipazione a bandi competitivi nazionali e internazionali;
- la gestione di infrastrutture di ricerca operanti in sinergia.

L'obiettivo del triennio 2025-2027 è quello di intensificare ulteriormente le attività di collaborazione di cui sopra, dando attuazione concreta agli strumenti di coordinamento e programmazione congiunta sviluppati a partire dall'anno 2022 (accordo attuativo in materia di sperimentazioni cliniche profit con PI universitario, addendum all'Accordo Attuativo Locale, accordo quadro di collaborazione in materia di ricerca no-profit, linee guida in materia di ricerca istituzionale, etc.).

Ampio spazio sarà dato alle attività di ricerca generate nell'ambito delle piattaforme istituite ai sensi dell'addendum all'Accordo Attuativo Locale sopra richiamato, con particolare attenzione anche ai temi della sostenibilità economica, degli spazi e dell'utilizzo di attrezzature e tecnologie all'avanguardia.

Edilizia

Il Policlinico è interessato da numerosi interventi sul patrimonio edilizio, anche realizzati direttamente da Unibo (realizzazione "Torre biomedica" e riqualificazione del Padiglione 10 "Gozzadini") che stanno dando concreta attuazione al "Piano Direttore 2021 - 2035".

Il principale strumento di coordinamento tra Università e IRCCS è rappresentato dal cd "*Tavolo edilizia*", dedicato alla programmazione e coordinamento dei progetti di sviluppo edilizio e tecnologico all'interno del Policlinico, sviluppo che deve procedere in maniera armonica e coordinata, per rispondere contestualmente alle esigenze delle attività cliniche e di ricerca.

La collaborazione IRCCS/UniBo sulle questioni concernenti gli interventi edilizi si attua anche attraverso gruppi di lavoro specifici, quali:

- a) *Gruppo di lavoro per l'edilizia - grandi opere*, con l'obiettivo di:
 - monitorare lo stato di avanzamento dei grandi cantieri in corso all'interno del Policlinico e aggiornare il "Tavolo edilizia" in merito allo stato di avanzamento delle attività;
 - definire proposte inerenti le modalità di gestione di impianti, utenze e manutenzioni, relativamente all'attivazione della "Torre biomedica";
 - gestire le eventuali integrazioni impiantistiche tra padiglioni, in relazione a lavori di ristrutturazione/nuova edificazione, al fine di garantire efficientamento e ottimizzazione d'uso.
- b) *Gruppo di lavoro per l'edilizia - manutenzioni e gestione operativa infrastrutture e tecnologie*, con l'obiettivo di:

- analizzare, anche con sopralluoghi, le criticità impiantistiche/edili, tecnologiche e informatiche, SPP sia relativamente ai locali IRCCS in aree UniBo fuori dal perimetro Sant'Orsola, sia relativamente ai locali UniBo in area Sant'Orsola;
- presentare al "Tavolo edilizia" l'elenco delle criticità, delle proposte di azioni correttive da introdurre, l'attribuzione della responsabilità dell'attuazione, la previsione dei tempi di risoluzione;
- aggiornare il "Tavolo edilizia" circa lo stato di avanzamento delle attività

In considerazione della scadenza al 31 dicembre 2025 dell'accordo tra IRCCS – Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna e l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna per la gestione degli spazi all'interno del Policlinico, il "Tavolo edilizia" ha, inoltre, l'obiettivo di definire una proposta di accordo da sottoporre all'approvazione degli organi competenti.

L'obiettivo del triennio 2025-2027 è quello di intensificare ulteriormente le attività di collaborazione di cui sopra, dando attuazione concreta agli strumenti di coordinamento e programmazione sopra individuate.

3.3.2. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Afferiscono a questa sottosezione gli obiettivi riferiti allo sviluppo dell'organizzazione e del personale, con particolare riferimento agli strumenti e alle metodologie utilizzati in tali ambiti nonché gli obiettivi strategici di riferimento per l'attività formativa aziendale, che vengono poi declinati nel Piano Annuale della Formazione ed attuati all'interno del processo di budget.

PIANO AZIENDALE DI FORMAZIONE

Il piano aziendale di formazione (PAF) viene costruito annualmente e deliberato entro il 31/05 dell'anno di riferimento, in conformità con le indicazioni regionali in materia. E' redatto effettuando un'accurata analisi dei fabbisogni formativi all'interno delle Unità Operative e dei servizi di Dipartimenti e tecnostruttura rispetto alle competenze di carattere tecnico-professionale, organizzativo-gestionale e comunicativo-relazionale, in coerenza con la realizzazione degli obiettivi della programmazione regionale, degli obiettivi di mandato della Direzione, del piano strategico della ricerca e delle esigenze formative e degli obiettivi specifici declinati a livello delle strutture di staff e line e dei Dipartimenti.

Si prevede nel prossimo triennio di implementare sistemi di monitoraggio e coordinamento delle progettualità formative con l'obiettivo di migliorarne l'efficienza e la coerenza rispetto alla programmazione.

Negli ultimi anni il PAF ha subito una profonda revisione ed un contestuale arricchimento attraverso l'utilizzo di specifici allegati in aggiunta alla parte introduttiva e alla formazione trasversale, dove trovano la loro collocazione aree tematiche di estrema rilevanza strategica, quali:

- *formazione della ricerca*: nel triennio 2023-2025 ha avuto grande impulso la formazione sul tema della ricerca sin dalla nomina del Direttore Scientifico, è stata infatti offerta ampia progettazione di attività seminariali con relatori di rilevanza nazionale e internazionale, specialmente negli ambiti propri del riconoscimento IRCCS e sono stati indetti momenti di confronto e diffusione delle principali attività di ricerca condotte in azienda, è stata inoltre programmata attività specifica sugli strumenti utili al ricercatore per qualificare e rafforzare le propria attività di ricerca (sottomissione di progetti, costruzione di studi clinici, pubblicazioni scientifiche, etc...).

La progettazione proseguirà nel triennio 2025-2027 mantenendo le linee di sviluppo sopra rappresentate, con ulteriori proposte rispetto alle attività emergenti e con un coinvolgimento sempre più incisivo e multidisciplinare dei ricercatori, valorizzando e diffondendo le competenze presenti in una logica orientata alla qualificazione dell'attività di ricerca.

- *formazione sulla sicurezza dei lavoratori*: a partire dal 2022 la programmazione della formazione sulla sicurezza dei lavoratori è stata demandata al Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione aziendale. Quanto costruito negli anni permetterà di continuare a presidiare maggiormente la formazione obbligatoria per legge ai sensi dei D.lgs. 81/08 e 101/20 ed introdurre contestualmente nuovi temi e metodologie innovative che mirino a tutelare sempre più il lavoratore nell'espletamento delle attività di pratica clinica quotidiana;
- *formazione dipartimentale*: il suo inserimento, a partire dall'anno 2023, ha permesso di dare contezza del grande sforzo complessivo compiuto dai professionisti afferenti ai dipartimenti per produrre contenuti formativi di qualità e di interesse. Il supporto sempre più fattivo del personale della SS Formazione, sia nella fase di progettazione che di realizzazione, permetterà di qualificare ulteriormente quanto proposto e di avvalersi di un costante monitoraggio ed una costante valutazione durante il triennio 2025/2027. All'interno di questa progettualità troveranno ora collocazione anche le progettualità formative dei Dipartimenti tecnico-amministrativi istituiti nel 2024, che vedranno il supporto della SS Formazione nelle fasi di sviluppo. La logica di rilevazione del fabbisogno seguirà la stessa metodologia dei dipartimenti clinici,

nonostante la particolare attenzione che verrà mantenuta sulle iniziative di carattere trasversale;

- *formazione in simulazione*: ampio risalto e ampia progettualità sarà dedicata nel triennio 2025-2027 all'acquisizione di competenze tecniche e relazionali attraverso la metodologia della simulazione ad alta fedeltà che permetterà di rendere più rapida la curva di apprendimento e creare standard di riferimento misurabili così da certificare il raggiungimento di specifiche competenze.

Per quanto riguarda la formazione trasversale si prevede di proseguire ed implementare ulteriormente la formazione in aree strategiche come la sicurezza e la qualità delle cure e gestione del rischio e delle pratiche clinico assistenziali per la prevenzione del rischio biologico e del rischio infettivo, da strutturare in collaborazione con i rispettivi direttori e responsabili e indispensabile per mantenere elevati standard dell'assistenza erogata, anche in linea con quanto definito dagli obiettivi PNRR descritti nel dettaglio nel paragrafo successivo. Continuerà ad essere oggetto di particolare attenzione la formazione, in collaborazione con AUSL di Bologna, sulla transizione del paziente dal setting ospedaliero a quello territoriale, che si prevede di condurre e sviluppare di pari passo con le riorganizzazioni che stanno interessando i servizi di ricezione territoriale: questa formazione risulterà necessaria al fine di favorire i percorsi di presa in carico dei pazienti, con specifico focus su quelli definiti "fragili" e quindi di contestuale ottimizzazione delle risorse "posti letto" all'interno di IRCCS AOU.

Grande attenzione sarà rivolta a garantire la fidelizzazione e la valorizzazione del personale sanitario attraverso strategie formative mirate, finalizzate a migliorare il benessere organizzativo, lo sviluppo professionale e la qualità dell'assistenza

Saranno strutturati specifici progetti formativi mirati a favorire l'inserimento del professionista neo-assunto per accompagnarlo al meglio nel percorso all'interno del nuovo contesto lavorativo, associati a corsi appositamente strutturati per i differenti setting operativi e volti ad implementare le abilità tecniche e non tecniche del personale che vi opera anche attraverso metodologie didattiche innovative.

Sarà prestata poi grande attenzione allo shift delle competenze tra professionisti, che rappresenta un processo chiave per garantire una risposta efficace e sostenibile ai bisogni emergenti.

Sarà rinforzata ulteriormente la costruzione di eventi con metodologia blended e sempre più ricercato e affinato il processo di valutazione di trasferibilità degli apprendimenti al contesto lavorativo e di impatto sull'efficienza ed efficacia dei processi; l'offerta formativa è inoltre potenzialmente soggetta alla valutazione della Regione attraverso l'Osservatorio Regionale per la Formazione Continua in Sanità (ORFoCS), organismo tecnico previsto dalla normativa ECM che ha l'obiettivo di favorire il

miglioramento della formazione continua attraverso l'osservazione di alcuni eventi realizzati selezionati a campione tra quelli programmati.

PNRR ATTIVITA' FORMATIVA

Il triennio 2025-2027 sarà contraddistinto dalla necessità di raggiungimento degli obiettivi previsti dalla Missione 6 Salute del PNRR con scadenza Giugno 2026.

Le progettualità formative avranno precisi obiettivi legati all'acquisizione di competenze specifiche in ambito manageriale, competenze digitali e competenze e comportamenti legati al contrasto delle infezioni ospedaliere.

Per quanto riguarda la formazione manageriale, l'obiettivo sarà quello di rispondere a quanto previsto dal PNRR - M6C2 – Sub intervento 2.2 (c) “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario”, che riguarda i manager e middle manager delle Aziende e degli Enti del SSR, per consentire loro di acquisire le competenze e abilità manageriali e digitali necessarie per affrontare le sfide attuali e future in un'ottica sostenibile, innovativa, flessibile e orientata al risultato.

Sul tema delle competenze digitali, invece, assumerà estrema rilevanza la formazione all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico, legato all'obiettivo M6C1 1.3.1 “Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)”. La formazione sarà legata al corretto utilizzo, a livello aziendale, dello strumento del Fascicolo Sanitario Elettronico ed orientata sulle specifiche necessità dei diversi professionisti.

Rispetto al tema del contrasto alle infezioni ospedaliere, inoltre, con riferimento all'obiettivo previsto Missione 6 Componente 2.2b, e con particolare attenzione all'Allegato 5 Action Plan M6C2.2b, proseguirà la collaborazione con il servizio Igiene ospedaliera nell'erogazione di percorsi formativi che permetteranno di raggiungere il target previsto di circa 2350 professionisti formati.

Verrà quindi garantita la fruizione sia della FAD asincrona regionale disponibile su piattaforma SELF, sia il percorso complementare in presenza e sul campo che mirano a garantire il completamento del debito formativo per ciascun professionista su temi specifici trasversali all'azienda o peculiari di particolari setting operativi.

VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO

L'IRCCS AOU promuove ad ogni livello funzionale la valorizzazione delle risorse umane e professionali mediante la partecipazione organizzativa, lo sviluppo professionale, la valutazione, incentivazione e la formazione finalizzata allo sviluppo delle competenze.

Per quanto concerne lo sviluppo professionale, l'Azienda adotta politiche di articolazione delle responsabilità e ridisegno dei processi finalizzati prioritariamente allo sviluppo delle competenze. A tal fine viene attribuita autonomia e responsabilità al proprio personale conferendo incarichi e funzioni e sviluppando le clinical competence. Parallelamente sviluppa i sistemi di valutazione dei risultati riferiti agli obiettivi assegnati annualmente e degli incarichi e funzioni conferiti.

L'Azienda sta investendo sulle tematiche relative alla valorizzazione del capitale umano attraverso:

1. la revisione e l'aggiornamento della documentazione correlata all'attribuzione e graduazione degli incarichi della dirigenza, del comparto e della ricerca sulla base dei CC.CC.NN.LL. vigenti;
2. la programmazione e attribuzione di incarichi organizzativi e professionali per l'area del comparto e di incarichi di alta specializzazione, altissima professionalità e struttura semplice per la dirigenza;
3. la formazione sui temi della valutazione del personale e sulla mappatura delle clinical competence;
4. Il miglioramento dei sistemi di valutazione delle competenze orientando i sistemi premianti (economici e non economici) nonché i profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione

3.4 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITÀ

Questa dimensione riporta gli obiettivi di performance riguardanti il corretto utilizzo delle risorse disponibili, con riferimento sia ai costi/ricavi di esercizio, sia agli investimenti, articolati secondo le seguenti Sottosezioni:

- Sottosezione di programmazione economico-finanziaria;
- Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR;
- Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica.

3.4.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Afferiscono a questa sottosezione gli obiettivi relativi alla sostenibilità economico-finanziaria dell'Azienda declinati nell'obiettivo di mandato inerente **il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario** che si concretizzano nelle azioni necessarie ad assicurare **il rispetto della programmazione sanitaria regionale** in sede di definizione annuale delle linee di programmazione e finanziamento e a mantenere, nel periodo di riferimento, **la gestione aziendale in linea il vincolo di bilancio** annualmente assegnato, concorrendo all'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale.

PIANO DI SOSTENIBILITÀ

Il contesto economico nazionale e regionale è contrassegnato dalla limitazione delle risorse disponibili, anche in relazione alla situazione economico-finanziaria del paese e del livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale che non riconosce adeguata copertura dei costi sostenuti per l'emergenza sanitaria e l'incremento degli oneri per le fonti energetiche. L'inadeguato livello di finanziamento rappresenta in chiave prospettica un elemento di criticità nella sostenibilità del sistema considerata la necessità di soddisfare in modo adeguato i bisogni di salute, in un contesto caratterizzato dall'incremento dei fabbisogni di cura dovuto all'invecchiamento della popolazione, al trend di crescita dell'incidenza delle patologie croniche e dell'esigenza di rafforzare i servizi per recuperare le liste di attesa.

In continuità con gli anni precedenti, l'Azienda è impegnata nella realizzazione di un significativo **programma di potenziamento delle attività chirurgiche** finalizzato allo smaltimento delle liste di attesa chirurgiche che, a seguito della pandemia, hanno subito un aumento importante.

La programmazione aziendale è significativamente condizionata dalle azioni da implementare per la realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria e contestualmente garantire il contributo al **piano di sostenibilità regionale**, declinato

per questa azienda con obiettivi specifici di contenimento del costo delle risorse umane e di rispetto dei budget assegnati per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici.

IRCCS AOU BO ha necessità di garantire il proprio ruolo come centro hub regionale o coordinatore di area metropolitana bolognese in svariate aree cliniche e percorsi terapeutici; oltre a questo si registrano proprie progettualità strategiche e linee di produzione che comportano l'effettuazione di continue valutazioni, e talvolta incrementi del personale presente.

Stante il quadro economico complessivo a livello regionale e i conseguenti obiettivi legati al piano di sostenibilità aziendale di norma l'Azienda mira in primis a gestire le progettualità specifiche attraverso rimodulazioni e riorganizzazioni del personale disponibile e solo quando questo non si rende possibile e/o risulta essere insufficiente si valuta il ricorso all'acquisizione di unità aggiuntive.

Sia dal lato della dirigenza sanitaria che del comparto il razionale del piano assunzioni poggia su alcuni elementi cardine mirati alla salvaguardia delle funzioni hub, di ricerca e delle funzioni proprie dell'IRCCS, oltre che alla necessità di supportare il Piano Direttore Aziendale.

Nel corso del 2025 è stata fatta una valutazione del fabbisogno attribuibile a funzioni hub aziendali ed è stato definito il timing delle assunzioni nel periodo di riferimento del piano. In questo contesto sono state inseriti l'ambito neonatologico e pediatrico (malattie rare, nefrologia pediatrica, pneumologia, screening neonatale, immunologia clinica), l'ambito cardiologico e cardiocirurgico pediatrico, la neurochirurgia pediatrica, l'ambito dello scompenso cardiaco grave ed il trapianto cardiaco, la chirurgia vascolare di alta complessità, le CAR-T e la procreazione medicalmente assistita. Inoltre. A fronte della necessità di garantire l'aumento dei volumi e della complessità assistenziale è stata effettuata una proposta per l'incremento del finanziamento a funzione riferibile all'ambito neurochirurgico pediatrico.

Altro elemento cardine è stata l'analisi per la definizione del fabbisogno di personale connesso allo sviluppo del Piano direttore dell'Azienda, ovvero delle necessità ulteriori dovute all'assetto logistico ed organizzativo, quali ad esempio la separazione e collocazione temporanea di funzioni in padiglioni diversi, elemento che riduce la possibilità di operare secondo economie di scala.

A ciò si è aggiunta la valutazione dell'impatto della stima delle gravidanze e lunghe assenze previste e la pianificazione delle sostituzioni possibili a fronte del numero delle stesse sul totale della dotazione organica di ciascuna UO, a tutela delle situazioni più critiche.

Sempre in merito al governo delle risorse umane, l'Azienda prosegue con le azioni per realizzare un piano di reinquadramento del personale inidoneo all'attività assistenziale su altre funzioni di supporto, finalizzato a ridurre l'impatto organizzativo derivante dal turnover nell'area del personale tecnico e amministrativo. A seguito della ricostituzione nel dicembre 2022 della commissione aziendale, a composizione multidisciplinare, incaricata, in applicazione di specifica procedura aziendale, di esaminare le posizioni dei dipendenti giudicati inidonei alle mansioni della qualifica, in via permanente o temporanea, l'attenzione si è concentrata in particolare sul personale sanitario o addetto al supporto assistenziale al fine di individuare una più proficua collocazione nell'area tecnica o amministrativa in mansioni compatibili con lo stato di salute del lavoratore e coerenti con le esigenze organizzative.

Nel caso specifico della dirigenza sanitaria è stata infine effettuata la valutazione di fabbisogno di forme contrattuali alternative, tra le quali si considerano i contratti territoriali per l'assistenza specialistica ambulatoriale (di concerto con AUSL BO, finalizzati alla riduzione delle liste di attesa ambulatoriali), i contratti libero-professionali rivolti ai medici specialisti in formazione ai sensi della recente normativa, la valorizzazione del ruolo dei borsisti e dottorandi, nonché la valorizzazione delle attività, anche autonome, del medico specialista in formazione, a garanzia della continuità assistenziale nei diversi setting organizzativi dell'Azienda.

Per il successivo biennio 2026-2027, in considerazione di scenari evolutivi oggi non pienamente prevedibili, l'Azienda procederà al monitoraggio delle gestioni con la finalità di verificare i costi sostenuti in relazione agli obiettivi assegnati e intervenire con azioni e misure correttive a fronte di eventuali scostamenti, per garantire la sostenibilità del SSR.

Dal lato del governo del farmaco e dei dispositivi l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna con nota prot. n. 10192 del 4/03/2025 ha proposto alle Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana (Azienda USL di Bologna, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli e Azienda USL di Imola) la costituzione di un Board metropolitano per il governo della spesa di farmaci, vaccini, devices e dispositivi e tecnologie, che definisca già a partire dal 2025, in maniera strutturata e integrata un programma per aumentare l'appropriatezza nella gestione dei farmaci e dei dispositivi medici, anche in un'ottica di efficientamento della spesa.

Il Board nello svolgimento delle proprie funzioni, oltre a svolgere una funzione di supporto alle strategie aziendali, si propone come un luogo integrato di valutazione e di confronto sulle priorità e sul valore dei farmaci e delle diverse tecnologie al fine di definire priorità di intervento, raccomandazioni di usi ottimali e dosi /durate di trattamento nonché definire modalità di approccio più efficaci e supportare scelte anche di costo-opportunità basate sulle migliori evidenze disponibili, mira inoltre a migliorare l'appropriatezza dell'uso dei farmaci attraverso formulazione di raccomandazioni evidence-based e programmi e incontri di formazione, nonché la stesura di

raccomandazioni (linee guida, protocolli e PDTA) basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, al fine di garantire una pratica clinica sempre più efficace e sicura.

GOVERNO DEI PROCESSI DI ACQUISTO FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Nell'ambito delle azioni previste per la realizzazione del **piano di sostenibilità** sono previste infine azioni specifiche di governo della spesa ospedaliera per farmaci e dei dispositivi medici. La programmazione regionale ha definito formalmente i budget di spesa 2025 186.903.618 euro, con un incremento di spesa di 12.102.215 euro (+6,9%) rispetto al consuntivo 2024, desunto dai flussi amministrativi consolidati 2024 della farmaceutica pari a 174.801.403 euro.

Nella definizione dei budget è stata considerata la spesa dovuta a farmaci con scadenza del requisito di innovatività nel 2024 o nel corso del 2025 e pertanto che vengono esclusi dagli specifici fondi, nonché l'incremento dei consumi per i gruppi terapeutici a maggior impatto di spesa (oncologici, immunosoppressori, antidiabetici, farmaci per la sclerosi multipla, per le malattie rare, ecc.) a seguito di ampliamento dei casi arruolati, l'estensione di indicazioni terapeutiche e l'immissione in commercio di nuovi prodotti. Sono stati quantificati i risparmi che derivano dal ricorso al farmaco economicamente più vantaggioso, a parità di altre condizioni, e dall'adesione alle gare medicinali aggiudicate.

L'obiettivo regionale per il 2025 per la spesa relativa ai Dispositivi Medici è stato fissato in un limite di incremento rispetto al 2024 pari a 13.431.752 euro. Questa stima si basa sull'analisi storica dei consumi registrati nel periodo 2021-2024 per ciascuna azienda, ricalibrata in funzione del massimo incremento sostenibile, fissato al +1,9% in linea con l'aumento del Fondo Sanitario nazionale. Per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna che, al IV trimestre 2024, ha presentato una spesa per dispositivi medici pari a 80.124.435 euro, è stato previsto un incremento di 1.633.031 euro (pari al +2,04%) che determina un obiettivo di budget di 81.757.466 euro

L'incremento programmato della spesa è finalizzato al recupero dell'attività chirurgica pari ai volumi 2019, all'impatto dell'adeguamento ISTAT dei prezzi, e la previsione assorbimento attività chirurgica svolta presso strutture private accreditate. Anche per l'area dei dispositivi medici è richiesta la massima adesione alle gare regionali e di Area Vasta.

Gli acquisti devono basarsi su criteri di qualità, sostenibilità e innovazione. È essenziale prevedere la piena adesione alle gare regionali sia in termini qualitativi che quantitativi. Eventuali acquisti fuori contratto dovranno essere rigorosamente giustificati da contingenze di mercato, come interruzioni produttive o indisponibilità temporanee.

Per garantire un utilizzo appropriato delle risorse, dovranno essere applicati criteri stringenti per la definizione dell'esclusività e dell'infungibilità.

GOVERNO DEI PROCESSI DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI NON SANITARI

In ottemperanza all'art.37 del D.Lgs.n.36/2023 (Codice Appalti) l'Azienda elabora e pubblica sulla piattaforma SITAR la programmazione triennale e relativi aggiornamenti successivi per gli acquisti di beni e servizi, secondo le modalità del Codice Appalti.

Tale programmazione viene regolarmente inviata all'Agenzia Regionale Intercent-ER per la formulazione del Masterplan regionale. L'Agenzia predispone così la propria programmazione e la sottopone per l'approvazione ai competenti organi regionali.

Richiamata la normativa sui Soggetti Aggregatori e le materie a questi riservate, le Stazioni appaltanti possono continuare, come da indicazioni del MEF, non modificate dalla pubblicazione del D.P.C.M. 24 dicembre 2015 avvenuta il 9 febbraio 2016, a stipulare "contratti ponte" laddove non sia presente una convenzione di Soggetto aggregatore cui aderire. Conseguentemente, soprattutto per garantire la disponibilità di farmaci (beni per i quali si registra una continua immissione in commercio per quelli innovativi o per i quali è scaduto il brand) che saranno compresi in successive procedure di gara dell'Agenzia Intercent-ER, si procede con "contratti ponte" e relativa clausola di risoluzione anticipata al momento dell'attivazione delle nuove convenzioni regionali.

Si registra comunque una piena e puntuale adesione alle convenzioni che vengono rese disponibili da Intercent per i beni/servizi di interesse: sicuramente l'adesione alle convenzioni relative ai farmaci, ai dispositivi medici, a servizi comuni quali per es. la vigilanza, portierato, la raccolta e smaltimento rifiuti, consentono di registrare un'elevata percentuale di spesa sulle convenzioni, cui si aggiungono tutte le procedure in unione d'acquisto in ambito di area vasta espletate dal Servizio Acquisti Area Vasta Emilia Centrale dell'AUSL di Bologna (SAAV).

La modalità di integrazione degli acquisti, avviata dalla Regione Emilia-Romagna, tra le tre aree regionali (AVEN, AVEC e AUSL Romagna) diventa sempre più strutturata; la delega a ognuna di esse dell'acquisto di beni per conto anche delle altre due è il modello ordinario da prediligere per conseguire unioni d'acquisto sempre più rilevanti e consistenti.

ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI

Per mezzo di accordi/convenzioni stipulati tra pubbliche amministrazioni, ma anche tra soggetti privati, si procederà ad un aggiornamento degli schemi tipo di convenzioni attive/passive per attività relative a prestazioni e/o servizi sanitari svolti da professionisti esperti nella specialità oggetto del rapporto convenzionale in un'ottica di integrazione.

Particolare attenzione sarà posta al tema degli accordi/convenzioni stipulati con soggetti terzi con l'obiettivo di:

- attuare comuni progetti di ricerca, praticare comuni protocolli di assistenza, operare la circolazione delle conoscenze e del personale, per garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate nonché le ricerche pertinenti (art. 8 D.Lgs 288/2003 s.m.i.);

- regolare le attività di ricerca, di consulenza e di servizio commissionate da soggetti Terzi (anche privati), allo scopo di reperire risorse integrative e ulteriori rispetto a quelle ordinarie da destinare in misura prevalente alle attività di ricerca e di qualificazione del personale (art. 9 D. Lgs. 288/2003 s.m.i.);

- disciplinare lo svolgimento di attività didattico-formative e/o di percorsi di formazione erogati a vantaggio di soggetti terzi (anche privati), finalizzati all'innalzamento degli standard di qualità nell'erogazione dei servizi in ambito sanitario e, più in generale, al miglioramento della cultura scientifica.

ACQUISTO DI SERVIZI E SERVIZI DI SUPPORTO ALLA PERSONA

Servizi Appaltati

Gestione integrata dei servizi di supporto alla persona: A luglio 2022 è subentrato un nuovo aggiudicatario nell'appalto che comprende:

- pulizia, sanificazione, disinfezione ambientale e attività correlate di rifacimento letti ospiti / locande / unità paziente, attività anti-icing e sgombero neve, raccolta interna dei rifiuti e gestione, compresa la fornitura, di materiale igienico di consumo;
- noleggio e ricondizionamento divise, biancheria piana e confezionata comprensivo di materasserie e gestione, compresa la fornitura, di monouso sterile e non sterile;
- attività logistiche di movimentazione interna di "cose": prodotti della Farmacia Clinica, materiale del Centro Logistico (es: cancelleria, dispositivi, farmaci, ecc.), strumentario chirurgico, materiale biologico (provette, emocomponenti, ecc.), materiale sanitario vario (attrezzature, prodotti per dialisi, ecc.) e altri materiali o documenti;
- accompagnamento e trasporto interno di utenti (pazienti, accompagnatori, ecc.);
- altri servizi: lavaggio stoviglie, carrelli e accessori specifici della ristorazione; attività, con continuità di servizio, trasversale a supporto delle UU.OO. (attività integrate di pulizia, logistica, ecc.); gestione, compresa la fornitura, di filtri antibatterici monouso per l'acqua.

Nella prima fase le direttrici di sviluppo si sono concentrate su alcuni strumenti specifici per la gestione operativa e la digitalizzazione dei processi:

- a. allineamento di data base aziendali con data base gestione Progetto Sintesi delle “anagrafiche aziendali” per una gestione di master data aziendali.
- b. conseguente miglioramento della rendicontazione dei servizi erogati attraverso il Portale Unico a disposizione di RUP, DEC, Assistenti al DEC ed utilizzatori finali, relativa creazione di reportistica dedicata.
- c. produzione di un processo di rendicontazione economica informatizzata mirata alla interfaccia informatica con il software ERP aziendale (ERP univoco regionale EzGAAC) per la fase di ordine dematerializzato formato Peppol.
- d. realizzazione di un processo di attivazione di “Non conformità di servizio”, anche in seno al Portale Unico, collegato in modo informatico e storicizzato alle missioni di ripristino del livello di servizio (prima risposta risolutiva al problema) e agli ulteriori step del processo (controdeduzioni, gestione mensile delle pratiche di non conformità e applicazione del listino penali previsto).
- e. creazione di un processo dematerializzato e digitalizzato di esecuzione di controlli di qualità, integrato con il software di gestione delle non conformità di servizio, che preveda, in caso di esito negativo, l’apertura informatica ed automatica di una non conformità e del relativo follow-up.
- f. introduzione di tecnologie di tracciatura evolute (RFiD passivi, RFiD tag Attivi BLE) per la tracciatura dei servizi. Ad esempio, in correlazione agli sviluppi del sistema “Hands Free” che si basa sulla rete di antenne aziendali e-beacon, già installate, e sulla piattaforma informatica aziendale di gestione delle letture RFiD per la tracciatura di asset aziendali/fornitori, servizi e/o beni all’interno del campus del Policlinico. E’ stato implementato l’utilizzo del badge aziendale, già in uso ai dipendenti dell’azienda, per attestare la effettuazione di servizi, consegne di beni, ecc..

Si sono costruiti gli strumenti di Project Management utili al follow-up quali: gruppi multidisciplinari aziendali, individuazione di specifici indicatori di performance con relativi report/dashboard ed un piano di formazione dedicato.

Le applicazioni descritte, tra l’altro, mirano ad incentivare e rafforzare l’utilizzo dei master data aziendali, a garantire l’ownership aziendale dei dati relativi ai servizi/beni/attrezzature, ad implementare una gestione strategica della digitalizzazione dei processi aziendali ed eseguiti dai fornitori dell’Azienda.

Attualmente tutti i servizi previsti nell’appalto sono governati e gestiti con gli strumenti suddetti.

Servizio di trasporto pazienti: nel corso del 2024 si è definito e condiviso il MANUALE AZIENDALE PER IL TRASPORTO DEI PAZIENTI che tiene in debita considerazione l’uso dell’Order Entry, collegato alla Cartella Clinica Elettronica (CCE), per la gestione delle prenotazioni dei trasporti diretti sia alla Centrale Operativa Unica di

Bologna, sia all'appaltatore Progetto Sintesi (attività ipogeo e interna ai Padiglioni). Sono state definite regole di ingaggio e di funzionamento che prevedono alcuni *fundamentals*: l'utilizzo delle codifiche aziendali per definire i richiedenti, i vani di presa e di destino dei pazienti, la definizione puntuale dei processi di confine tra gli esecutori e la gestione informatica integrata dei master data.

La gestione informatizzata delle prenotazioni di trasporto via ambulanza permette da un lato di migliorare la gestione dei flussi da reparto e dall'altro la tracciabilità completa del servizio, il monitoraggio ed il miglioramento della performance. Ciò è frutto dei gruppi di lavoro congiunti con AUSL Bologna e con l'aggiudicatario della gara per la Gestione Integrata dei servizi e ha comportato la condivisione della base dati e delle estrazioni relative ai principali driver di processo ed indicatori di performance.

Acquisti centralizzati: su richiesta della centrale telematica di acquisto regionale IntercentER prosegue l'attività di rilevazione e di comunicazione dei fabbisogni aziendali in ordine all'approvvigionamento di servizi a livello centralizzato; parimenti, è costantemente aggiornata la programmazione dei fabbisogni (Masterplan) con riferimento ai servizi di importo stimato pari o superiore € 40.000,00 per i quali il SAAV è deputato a svolgere la gara per conto dell'Azienda. Restano a carico dell'Azienda le procedure d'acquisto per i servizi di importo stimato al di sotto del predetto valore.

Gestione della sterilizzazione dei dispositivi medici e strumentario chirurgico: Il servizio prosegue con l'attuale fornitore. E' attualmente in corso la Procedura Aperta per l'affidamento temporaneo del servizio di gestione della sterilizzazione dei dispositivi medici e dello strumentario chirurgico e della relativa logistica, in considerazione del fatto che le Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana hanno attivato un confronto con le imprese del settore per un Partenariato Pubblico Privato (PPP).

Ristorazione aziendale: continua l'azione quotidiana secondo i seguenti indirizzi:

- a) valorizzare il cibo ed il momento del pasto come elementi di buona e sana alimentazione in supporto alla cura, facendone occasioni di miglioramento della qualità della vita, in ospedale e non solo;
- b) realizzare una gestione efficace ed efficiente della cucina e delle mense aziendali, qualificando le competenze e la motivazione del personale;
- c) mettere a sistema i servizi di ristorazione aziendale (gestiti internamente) e commerciale (gestiti in concessione esterna);
- d) porsi come riferimento nazionale ed internazionale sulla tematica specifica, valorizzando il network di relazioni di carattere tecnico-scientifico e lanciando progetti finalizzati in collaborazione con altre Aziende sanitarie e/o altri partner.

A fine 2024 si è concluso l'intervento di ristrutturazione dei locali dedicati alla produzione della ristorazione aziendale. Tale ristrutturazione è stata realizzata mantenendo il processo di produzione interno all'azienda, garantendo la qualità del cibo (che è propria del servizio) e contestualmente evitando i sovra-costi derivanti da una gestione esternalizzata della produzione di pietanze in multi-porzione.

E' proseguita l'implementazione del software Dietetico e relativa App per la gestione della ristorazione dedicata alla degenza. Allo scopo di rafforzare il livello di servizio percepito dai pazienti, fornire una flessibilità che agevoli il recupero della salute grazie ad una maggiore personalizzazione dei menu e, nel contempo, aumentare la sostenibilità del processo di produzione presso la Ristorazione.

Si rafforza l'identità del progetto sulla ristorazione e la cucina interna con la consapevolezza del ruolo di forte sostegno che il cibo rappresenta per la cura e per la persona nei momenti di fragilità (concetto enfatizzato nella fase di emergenza pandemica), soprattutto per i pazienti, ma anche per il personale sanitario e tutti gli utenti dei servizi, anche con ruolo educativo e funzionale alla prevenzione.

Sono stati ulteriormente allargati i servizi interni per la distribuzione di "Bag" per il pranzo e la cena e per la mensa della sede distaccata in Via Giambologna 18 attraverso l'implementazione di un software dedicato alla prenotazione con specifiche regole di ingaggio, integrato con l'utilizzo del badge aziendale RFID per le attestazioni e relativi addebiti di costo in busta paga.

Inoltre, in sinergia con l'introduzione della piattaforma di localizzazione degli asset aziendali e conseguentemente alla ulteriore copertura del piano ipogeo con antenne e-beacon, la tracciatura della distribuzione dei pasti ai degenti effettuerà un ulteriore passo in avanti nel garantire localizzazioni e tempistiche di messa a disposizione dei carrelli utilizzati nella distribuzione interna.

Per quanto attiene ai servizi commerciali, i nuovi scenari dettati dall'applicazione del Piano Direttore inerente le demolizioni, ricostruzioni e ristrutturazioni di interni padiglioni fanno da sfondo al completamento dei punti bar previsti che si sono concretizzati con l'apertura di un nuovo punto presso il padiglione 23 per supplire alla demolizione del padiglione 17 e del relativo "bar centrale", alla modulazione continua dei distributori di bevande calde/fredde e snack previsti presso il campus aziendale nei diversi padiglioni e alla gestione degli spazi pubblicitari che hanno visto l'introduzione di soluzioni più sostenibili (rotor pubblicitari che hanno consentito una sensibile riduzione della carta). Si stanno attivando i gruppi di lavoro per la nuova gara da espletare entro il 2027.

PROGRAMMA REGIONALE GESTIONE DIRETTA DEI SINISTRI

Con deliberazione della Giunta regionale n. 1350 del 17 settembre 2012 è stato approvato formalmente il "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi

e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie", cui hanno aderito tutte le aziende sanitarie della Regione, con conseguente avvio della gestione diretta dei sinistri in luogo della precedente gestione tramite istituti assicurativi. Pertanto le Aziende hanno adeguato la propria organizzazione, adottando altresì procedure e modalità operative in linea con le indicazioni regionali, anche al fine di rendere omogenea la modalità di gestione delle richieste di risarcimento.

Con l'entrata in vigore della **L. n. 24 del 08/03/2017** "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (c.d. legge Gelli), che ha introdotto numerosi adempimenti e debiti informativi a carico delle strutture sanitarie, la Regione ha fornito alle Aziende indicazioni operative per la sua applicazione e, non da ultimo, la circolare n. 12 del 28/11/2019 della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare – RER, riferita in particolare all'applicazione dell'art. 13 della citata legge recante *"obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità e degli artt.4 e 10, comma 4 circa gli obblighi di pubblicità in capo alle strutture sanitarie pubbliche"* (PG. 32492/2019).

L'Azienda intende proseguire anche nel prossimo triennio nell'azione di revisione delle modalità comunicative con i professionisti in modo da renderle più facilmente comprensibili alla luce dell'esperienza man mano maturata e al fine di garantire un maggior coinvolgimento del personale fin dai primi momenti della gestione del sinistro per una corretta valutazione del caso. In particolare, rispetto alle comunicazioni ex art.13 della Legge 24/2017 continuerà l'azione di coinvolgimento dei professionisti interessati anche mediante l'invito a partecipare alle sedute del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) o a presentare anche osservazioni integrative.

Si prosegue, altresì, con la sensibilizzazione del personale affinché si doti di indirizzo PEC, in modo da velocizzare in linea con la legge le comunicazioni formali e ottenere un risparmio delle spese di spedizione postale con raccomandata. L'obiettivo nel triennio sarà anche di estendere l'utilizzo della pec alla totalità degli interessati (neoassunti, copertura turnover, ecc.).

Si manterrà l'utilizzo di modalità telematiche per la partecipazione agli incontri del Comitato Valutazione Sinistri (CVS), modalità che si è dimostrata maggiormente idonea ad agevolare il coinvolgimento dei difensori dell'Azienda e/o dei dipendenti e/o referenti aziendali nelle rispettive materie di competenza, senza compromettere l'agibilità delle sedute.

Ciascuna fase di gestione dei sinistri (apertura, istruttoria, decisione e definizione) aperti nell'anno è orientata in modo che entro 6 mesi dalla data della richiesta di risarcimento sia conclusa la fase decisoria interna al CVS aziendale, compresi i sinistri di

seconda fascia, con conseguente trasmissione al Nucleo Regionale di Valutazione sinistri della documentazione completa.

Alla luce dell'entrata in vigore del **d.p.r. 13/01/2025 n. 12** (pubblicato sul Suppl. Ord. n. 4 alla Gazz. Uff. 18/2/2025 n. 40) che ha approvato la Tabella unica nazionale per la liquidazione del danno biologico e di quello morale causati da sinistri stradali, consistiti in postumi permanenti pari o superiori al 10% della complessiva validità dell'individuo, si procederà a monitorare le pronunce giurisprudenziali utili alla approvazione dei nuovi criteri così da adeguare i parametri di valutazione del CVS alla normativa vigente a livello nazionale.

Si procederà alla valorizzazione delle **riserve** di ciascun sinistro, normalmente formalizzate all'ultimo CVS dell'anno di riferimento, aggiornando coerentemente la banca dati regionale, poiché anche detta attività costituisce idoneo adempimento alla gestione del sinistro con valutazione medico legale.

Sarà inoltre implementato il sistema di **reportistica** aziendale (database) relativo all'intero percorso di gestione dei sinistri, costantemente alimentato fino a raggiungere un grado di completezza del 100% al 31 dicembre di ogni anno.

Sarà ulteriormente implementata la già esistente e ben strutturata attività d'inserimento dei dati nel **database regionale** "contenzioso legale" (richiesta di risarcimento – istanza di mediazione- atto giudiziale civile di varia natura - procedimento penale con indagati - procedimento penale senza indagati /segnalazione cautelativa) e, nell'ambito medico-legale, sarà compilata la parte inerente alla valutazione del sinistro: modalità di accadimento dell'evento, procedure diagnostiche, valutazione del danno, quantificazione del danno biologico e rischio sanitario, nel rispetto dei tempi previsti (inserimento del sinistro entro 15 giorni dall'apertura), con conseguente completezza del database del 100% al 31 gennaio di ogni anno per i casi aperti nell'anno precedente, con gli accorgimenti di cui sopra circa i sinistri riservati.

Alla luce dell'entrata in vigore del **D.M. n. 232/2023**, in data 16 marzo 2024, concernente i requisiti minimi delle polizze assicurative della RC sanitaria e le condizioni di operatività delle "analoghe misure" di copertura del rischio, la Regione al fine di dare applicazione dello stesso in coerenza con il Programma regionale di gestione diretta, sta lavorando alla redazione di linee di indirizzo per un'applicazione omogenea delle novità introdotte rispetto alla costituzione del Fondo rischi e del Fondo riserva sinistri.

Pertanto, in attesa di indicazioni operative diverse, si proseguirà con il monitoraggio bimestrale degli accantonamenti al fondo gestione diretta in applicazione dei criteri regionali ed aziendali ai fini di garantire una maggiore sostenibilità del SSR e ad un'appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza e, al contempo di garantire prudentemente all'azienda la condizione di far fronte all'eventuale liquidazione delle richieste risarcitorie. Inoltre si continuerà a collaborare con la Regione attraverso la

condivisione dei dati relativi ai sinistri e al loro aggiornamento al fine di supportare la citata attività regionale sul punto. A tal proposito, anche ai fini dell'accantonamento al bilancio del fondo autoassicurazioni, si procederà alla valutazione di tutti i sinistri aperti in Gestione diretta il cui livello di rischio verrà riclassificato alla luce del seguente schema:

PROBABILI PENDENTI	POSSIBILI PENDENTI	REMOTI PENDENTI	CHIUSI
Sinistri Aperti con responsabilità con ultima richiesta entro 5 anni(2019); contenzioso pendente; Sinistri in attesa d'istruttoria	Sinistri Rigettati entro 5 anni; silenti con responsabilità dopo 5 anni; Sentenze favorevoli entro passaggio in giudicato (dopo chiusi)	Sinistri Rigettati e rimasti silenti da più di 5 anni; Sinistri solo Penali; CTU rese in ATP favorevoli da più di tre mesi senza che sia seguito contenzioso	Sinistri Pagati; prescritti; Sentenza favorevole passata in giudicato

Tale riclassificazione costituirà altresì una base di calcolo per la predisposizione del fondo riserva sinistri di cui all'art. 11 del DM 232/23 che comprende l'ammontare complessivo delle somme necessarie per far fronte alle richieste di risarcimento presentate nel corso dell'esercizio o precedenti per sinistri denunciati e non ancora pagati e relativi a spese di liquidazione.

Rispetto all'applicativo **SegnalER** (piattaforma unica per la gestione delle segnalazioni degli eventi avversi nell'ambito della sicurezza delle cure e degli operatori), in attesa della definizione del terzo modulo *Richieste di risarcimento*, si continuerà a partecipare alle iniziative formative utili all'alimentazione della piattaforma in coerenza con le indicazioni contenute nella nota del 22/06/2022, in atti al prot. n. 23036, trasmesse dalla Regione rispetto all'applicativo stesso.

Saranno attuate le azioni finalizzate alla tempestiva e completa istruttoria dei **casi di competenza aziendale e del NRV**, nel rispetto delle corrette modalità di relazione tra le Aziende ed il NRV definite nel documento "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione" (Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014 e successive precisazioni con note PG/2019/159500 del 13/2/2019 e PG/2020/0462697 del 24/6/2020), così da assicurare il regolare funzionamento del NRV (come da Determina dirigenziale n. 18797 del 12/10/2021).

Per garantire un'efficace e tempestiva cogestione dei sinistri tra Aziende e NRV, prosegue l'attuazione delle *"Direttive per la cogestione del sinistro su offerte transattive, acquiescenza o impugnazione di decisioni della Autorità giudiziaria"* (fornite con nota prot. 1165981 del 17/12/2021), in relazione a ciascuna delle fattispecie ivi delineate.

In ordine alle proposte meramente economiche avanzate dai CC.TT.UU., non supportate da valutazioni tecniche circa la sussistenza in termini di *an* della responsabilità medico-sanitaria, al fine di assicurare una corretta gestione dei sinistri, l'Azienda si impegna a dare applicazione alle indicazioni definite dalla Regione Emilia-

Romagna (*“Programma regionale gestione diretta dei sinistri in sanità. Cogestione del sinistro su proposte di conciliazione in seno ai procedimenti ex art. 696-bis c.p.c. che nel corso del giudizio di merito. Indicazioni”* - PG 10278 del 17/03/2023 - e *“Rimborso degli oneri sostenuti dalle Aziende e dagli Enti del SSR inerenti il Programma regionale di gestione diretta dei sinistri – Trasmissione Semestrale”* - PG 12223 del 31/03/2023).

Prosegue l'**attività formativa** mediante partecipazione al corso organizzato a livello regionale nell'ambito del PAF, di cui alla determinazione regionale 22501/2022 trasmessa con nota regionale prot. n. 41502 del 25/11/2022 *“La gestione dei sinistri e la prevenzione del rischio clinico e del contenzioso in materia di responsabilità civile sanitaria nell'ambito del Programma regionale di gestione diretta dei sinistri”*.

La Medicina Legale e Gestione integrata del rischio continua a partecipare al Board Regionale di Formazione Sinistri.

Terminata la fase di sperimentazione del Protocollo interaziendale per la gestione dei sinistri (approvato con deliberazione n. 78 del 06/03/2024) che al paragrafo 19 prevede che *“In esito al periodo sperimentale le Aziende adotteranno una procedura interaziendale e di gestione dei sinistri, formulata tenendo conto dei principi espressi nel presente protocollo e dell'andamento della gestione nel periodo sperimentale”*, proseguirà il confronto in sede interaziendale fra i Servizi legali ed Assicurativi e tra le UU.OO. di Medicina legale dell'Area Metropolitana di Bologna per la gestione omogenea e condivisa dei **sinistri** relativi ad articolazioni organizzative **interaziendali**, per la stesura di una procedura interaziendale di gestione dei sinistri.

Proseguirà anche la partecipazione al Tavolo metropolitano dei servizi legali per la soluzione di tematiche di interesse comune, la predisposizione di procedure e protocolli interaziendali in genere.

Sulla scorta dell'Istruzione operativa Interservizi “Pretese risarcitorie per prestazioni rese in ALP” – IO195, approvata in data 02.01.2024, proseguirà la collaborazione con **l'Ufficio ALP** nell'ambito delle controversie vertenti su recupero crediti derivante da prestazioni rese in libera professione, a fronte di richieste risarcitorie per danni derivanti dalla prestazione stessa.

Considerato che è in corso la revisione delle tariffe ALP si è provveduto alla valutazione dei sinistri riservati, accantonati e pagati aventi ad oggetto prestazioni erogate in regime ALP, ai fini di determinare la base di calcolo dei costi sostenuti dall'Ente per i relativi risarcimenti e tenere così indenne l'Azienda.

Con riguardo alla **tutela legale dei professionisti**, si procederà ad armonizzare la procedura interaziendale “Tutela legale” – P-INT 54, emessa in data 28/10/2021, alla disciplina di cui all'ipotesi di Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale

del Comparto Sanità per il triennio 2022-2024 sottoscritto in data 18/06/2025 che all'art. 55, rubricato, "*Patrocinio legale in caso di aggressioni*" prevede che: "1. L'Azienda e Ente è tenuta a garantire la sicurezza del lavoratore nel luogo di lavoro attuando tutte le iniziative più opportune per la tutela dello stesso. 2. L'Azienda e Ente nell'ipotesi di aggressione nei confronti del personale dipendente ad opera di terzi, assume ogni onere di difesa per tutti i gradi del giudizio - ivi inclusi gli oneri relativi ai consulenti tecnici e alle fasi preliminari, ove propedeutiche e necessarie per le successive fasi del giudizio - facendo assistere il dipendente da un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso. Il dipendente può individuare un legale o un consulente tecnico diversi, proponendoli all'azienda o ente, che decide in merito. 3. L'Azienda, nei casi previsti al comma 2, può costituirsi parte civile. 4. Nell'ipotesi di aggressione l'Azienda prevede per il personale dipendente un supporto psicologico ove richiesto dal dipendente. 5. L'Azienda o Ente per l'applicazione del presente articolo può prevedere la copertura del rischio mediante specifica polizza assicurativa o altre analoghe misure".

Si procederà inoltre all'avvio della procedura comparativa mediante avviso pubblico per il **rinnovo dell'elenco di avvocati** per l'affidamento di incarichi di difesa e rappresentanza in giudizio dell'Azienda e/o del personale aziendale ai sensi dei CCNNLL di rispettiva afferenza, stante l'imminente scadenza dell'elenco in corso di validità.

Proseguirà l'applicazione e il monitoraggio della Procedura aziendale **PA137 Conferimento di incarichi professionali a legali** approvata con Deliberazione del 22/02/2024 che disciplina in modo organico le modalità, i criteri e le attività per l'affidamento di incarichi difensivi e consulenze legali in favore dell'Azienda, definendo i ruoli e le responsabilità del relativo percorso.

Continuerà la condivisione con i Servizi coinvolti e il personale del posto di Polizia ubicato presso l'Azienda rispetto ad azioni di miglioramento in vista della revisione dell'Istruzione Operativa Aziendale **IOA65 Gestione degli effetti personali del paziente** - approvata in data 28/02/2023, quale azione di miglioramento in un'ottica di prevenzione dei sinistri aventi ad oggetto danni a cose/smarrimenti/furti. In particolare si valuterà l'eventuale approvazione di un regolamento per la disciplina la gestione dei suddetti beni.

Si parteciperà al gruppo di lavoro per la revisione della procedura aziendale **PA110 - Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori**, in collaborazione il Servizio Coordinamento operativo delle Attività per la Sicurezza delle Cure, per favorire l'integrazione anche nella gestione degli episodi di violenza da parte di pazienti.

In ambito assicurativo, proseguirà l'attività di **supporto** e consulenza rispetto alla redazione di clausole assicurative nell'ambito degli **accordi convenzionali** stipulati da

altri Servizi aziendali con approfondimento circa le diverse aree di competenza anche in riferimento ai rapporti con strutture private.

La collaborazione attiva con servizi diversi dell'Azienda proseguirà anche per la parte giuridica in riferimento ai lavori di revisione della regolamentazione delle modalità di accesso alla documentazione aziendale sempre più frequentemente azionata anche rispetto all'ambito dei sinistri in materia di responsabilità professionale. In particolare, continuerà la partecipazione per i profili di competenza agli incontri finalizzati alla redazione del nuovo **regolamento aziendale in tema di accesso agli atti e trasparenza**.

Con riferimento ai sinistri in copertura assicurativa (aperti entro il 31/12/2012), considerata la **cessione del portafoglio da parte della Compagnia QBE INSURANCE (EUROPE) LTD a Reliance National Insurance Company (Europe) Ltd**, relativamente alla polizza RCT/O QBE n. 011974012007/1, proseguono le trattative con l'Azienda in ordine alla proposta di accordo della citata Compagnia - *Scheme of arrangement* - che preveda la risoluzione definitiva di tutti i sinistri, nonché di eventuali diritti, obblighi, doveri e/o passività che possono essere sorte dai suddetti contratti di assicurazione o che possono sorgere in futuro, garantendo la protezione dei terzi danneggiati, con il versamento della somma riservata al netto della franchigia in favore dell'Azienda.

Alla luce della rivalutazione della compagnia, l'Azienda ha proposto voto favorevole allo *Scheme* (in data 13/02/2025 PG 6740/2025). È stata inoltre espletata assemblea il 24/02/2025, e, in data 19/03/2025, si è svolta l'udienza davanti al Giudice inglese per l'omologazione dello *Scheme of Arrangement* che è stato approvato dallo stesso. Di conseguenza, lo *Scheme* è efficace dal 21 marzo 2025 e il termine ultimo per la presentazione dei sinistri è stato fissato per il 22/09/2025.

Pertanto, proseguiranno le attività volte allo smaltimento dei sinistri assicurativi relativamente alla polizza RCT/O QBE mediante le trattative con *Reliance National Insurance Company (Europe) Ltd* nell'ambito dello *Scheme*.

MANUTENZIONE

L'Azienda provvede costantemente alla **gestione tecnica e patrimoniale delle infrastrutture** e del patrimonio aziendale (strutture, impianti e tecnologie di competenza), garantendo lo svolgimento delle funzioni strumentali e di supporto inerenti lo sviluppo e la gestione del patrimonio immobiliare. Viene garantita la funzionalità delle strutture sanitarie aziendali mediante interventi di manutenzione (ordinaria e straordinaria) e la trasformazione del patrimonio immobiliare per lo sviluppo edilizio, compresa la relativa programmazione, progettazione e realizzazione.

Nelle strategie della manutenzione del patrimonio aziendale è compresa sia la manutenzione preventiva, sia la manutenzione correttiva (per interventi su guasti, introducendo le necessarie misure per evitare interruzioni di servizio e/o guasti).

L'*asset management* della manutenzione del patrimonio immobiliare aziendale, permette di verificare sia il rilevamento e la valutazione dello stato del bene, sia l'introduzione delle misure appropriate per eliminare o prevenire inefficienze attraverso i "piani di manutenzione" dei beni (strutture e impianti) costruiti in base alle analisi dei rischi, alle normative vigenti e costantemente aggiornati.

Sono in continua evoluzione e approfondimento i processi di dematerializzazione delle richieste per la gestione e la manutenzione del patrimonio immobiliare, la sicurezza, l'efficienza energetica e l'adeguamento di strutture e impianti.

Viene garantita la gestione del "Sistema di gestione della sicurezza antincendio – SGSA" finalizzato all'adeguamento antincendio delle strutture aziendali (DM 19 marzo 2015).

Allo scopo di mantenere in efficienza il **parco tecnologico di attrezzature biomedicali** in uso presso l'Azienda sono definite delle politiche di gestione che si adattano alle differenti tipologie e criticità d'uso. Le attrezzature più complesse o il cui utilizzo è strategico per determinati percorsi assistenziali sono incluse in contratti di tipo *full risk* in cui sono comprese tutte le attività di manutenzione preventiva e di manutenzione correttiva, incluse le parti di ricambio. Le attività manutentive sulle altre attrezzature vengono gestite a chiamata. Oltre alle attività di manutenzione correttiva sono stati sviluppati piani di manutenzione preventiva programmata e piani di verifica di sicurezza elettrica e funzionale.

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	Commento
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-9,55		-8,01		-9,33		Mantenimento	
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (AUSL BO)	189,96	185,5	198,83	192,00	215,83	206,92		
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	88,37	93,16	97,04	95,77	95,74	95,59	Mantenimento	Contributo alla realizzazione degli obiettivi di area metropolitana
Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	31,09	17,96	33,53	18,63	33,86	19,32	Monitoraggio	
Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	7,43	29,54	6,86	29,66	6,46	29,79	Monitoraggio	
Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	16,15	12,65	15,50	11,67	14,28	11,86	Monitoraggio	
Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	43,01	38,67	43,78	38,36	40,65	37,06	Monitoraggio	

3.4.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEGLI INVESTIMENTI

Afferiscono a questa Sottosezione gli obiettivi relativi al governo degli investimenti infrastrutturali e tecnologici per una riqualificazione del patrimonio edilizio impiantistico e tecnologico aziendale al fine di mantenere e valorizzare l'offerta clinica, sanitaria e assistenziale, con un focus particolare sui progetti legati al PNRR/PNC che l'azienda si impegna a realizzare garantendo il rispetto dei milestones e target.

PIANO TRIENNALE INVESTIMENTI

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna favorisce la modernizzazione del sistema sanitario attraverso un costante processo di ammodernamento e ottimizzazione degli asset tecnologici in dotazione e delle strutture al fine di perfezionare l'esperienza di cura del paziente.

Tale visione trova concreto compimento all'interno del Piano Direttore 2021-2035, approvato in ultima modifica con Deliberazione n. 216 del 24 luglio 2023.

Il Piano Direttore rappresenta un piano strategico di ammodernamento edilizio e tecnologico funzionale che si configura come uno strumento con una visione strategica che prevede la trasformazione degli ambiti insediativi e la concentrazione delle attività assistenziali in poli edilizi, coerenti con l'organizzazione sanitaria aziendale e favorisce l'inquadramento del rinnovamento dell'assetto dell'area Sant'Orsola e dell'area Malpighi in relazione ad un piano di investimenti con l'obiettivo di dare coerenza alle azioni di realizzazione e ristrutturazione degli edifici e di riqualificazione degli spazi al fine, tra gli altri, di restituire alla fruibilità dei cittadini alcuni spazi esterni e di renderli fortemente interconnessi al percorso di cura dei pazienti.

A fronte delle linee di programmazione nazionali e regionali, del profilo di salute e delle dinamiche della popolazione che insistono sul territorio bolognese, del contesto organizzativo in cui è inserito il Policlinico di Sant'Orsola e del contesto universitario legato alle attività di formazione, didattica e ricerca che insistono all'interno del Policlinico, saranno intraprese una serie di azioni finalizzate a definire dei poli di eccellenza incentivando conseguentemente una riorganizzazione delle funzioni clinico-sanitarie.

Il sistema di gestione mediante l'individuazione di poli d'attività confida nell'aggregazione di funzioni clinico assistenziali e sanitarie che comportano necessariamente la presenza di utenza. In quest'ottica l'utenza è da intendere sia come paziente che accede alle strutture in forma elettiva piuttosto che in urgenza ma nel contempo anche la popolazione studentesca che accede alle strutture per lo svolgimento dell'attività didattica.

Per contro le Funzioni d'Interpolo raccolgono tutte le funzioni sia di tipo direzionale-amministrativo che funzioni di supporto, quali ad esempio i servizi ospedalieri centralizzati, in grado di consentire il normale svolgimento delle attività del Policlinico. L'insieme dei servizi risultano anch'essi aggregati in spazi, nei quali sono raccolte funzioni affini ma che per la loro particolarità non prevedono la presenza di utenza, così come definita per i Poli di Eccellenza, ma bensì di personale, dipendente o derivante da servizi assegnati in appalto.

Il Piano prevede la trasformazione degli attuali ambiti insediativi e la concentrazione delle attività assistenziali in poli edilizi, coerenti con l'organizzazione sanitaria aziendale:

- Polo delle attività sanitarie diurne e ambulatoriali multidisciplinare (Padiglioni 1, 26N)
- Polo Medico-Geriatrico (Padiglione 2)
- Polo della Ricerca Scientifica (Padiglione 3)
- Polo Materno-Infantile (Padiglioni 4, 10, 13, 16)
- Polo Chirurgico e dell'Emergenza – Polo delle Malattie digestive e dei trapianti (Padiglione 5)
- Polo Diagnostica per Immagini (padiglione 6N)
- Polo Ematologico (Padiglione 7N)
- Polo Oncologico (Padiglione 8)
- Polo dell'Accoglienza (Padiglione 11)
- Polo Medico Specialistico (Padiglioni 12-15N)
- Torre Biomedica (Padiglione 17N)
- Polo dei Laboratori (Padiglioni 18, 20, 24)
- Polo Cardio-Toraco-Vascolare (Padiglione 23)
- Polo Multifunzionale (Padiglioni 21, 25, 27, 28, 29)
- Polo tecnologico (Padiglione 30).

Gli obiettivi di tale sviluppo edilizio, impiantistico e tecnologico del Policlinico sono finalizzati a concentrare negli edifici di nuova costruzione le funzioni assistenziali ad alta valenza tecnologica, prevedendo la riorganizzazione funzionale e l'adeguamento normativo degli edifici esistenti prevalentemente per funzioni ambulatoriali e di degenza.

Inoltre tali obiettivi si andranno ad integrare in area metropolitana di Bologna nella formazione di un Piano Direttore Interaziendale (PDI), in grado di delineare le strategie di sviluppo dei plessi ospedalieri di riferimento e della relativa offerta sanitaria, assistenziale, clinica e scientifica, al fine di disporre di uno strumento strategico di programmazione e coordinamento degli investimenti in grado di garantire una visione integrata, sistemica e interaziendale, al fine di efficientare l'impiego delle risorse economiche, gestionali e infrastrutturali per rispondere all'evoluzione del quadro dei bisogni delle comunità di riferimento e di assumere processi decisionali informati all'analisi costi/benefici e correlata sensitività e alla valutazione dei rischi. Inoltre il PDI

consente di acquisire un quadro integrato di linee programmatiche e di indirizzo in ambito sanitario, assistenziale e scientifico - rapportato sia alla scala di polo sanitario sia interaziendale/metropolitana - per orientare le strategie di adeguamento/potenziamento dell'offerta ospedaliera e territoriale e dei servizi complementari.

Gli interventi da realizzare sono finalizzati alla necessità di garantire il raggiungimento di condizioni strutturali adeguate allo svolgimento delle attività sanitarie del Policlinico e, in particolare:

- la continuità delle attività e dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e realizzare condizioni di sicurezza strutturale e impiantistica delle infrastrutture al fine di permettere la corretta erogazione delle attività istituzionali;
- la necessità di ricollocare attività assistenziali per rendere coerenti gli spazi ai nuovi standard assistenziali previsti dalla normativa nazionale e regionale;
- l'adeguamento delle strutture alle normative vigenti (D.Lgs. 81/2008, impianti elettrici, impianti meccanici e tecnologici, prevenzione incendi, prevenzione sismica, ecc.) e il miglioramento degli aspetti alberghieri e dell'accoglienza, indispensabili per mantenere in esercizio il patrimonio edilizio ed impiantistico del Policlinico;
- garantendo, nel contempo, le finalità generali di sviluppare percorsi assistenziali integrati all'interno dell'azienda e fra ospedale e territorio, adeguare la struttura dell'offerta assistenziale alla programmazione sanitaria sovraziendale e regionale, promuovere le aree di eccellenza clinica rivolte anche all'utenza extra - provinciale ed extra - regionale.

Gli interventi di adeguamento, riqualificazione e nuova costruzione sono improntati all'utilizzo di fonti di energia rinnovabile, all'efficientamento energetico e sismico, alla flessibilità strutturale per l'adeguamento ai nuovi modelli organizzativi e alle esigenze tecnologiche in continua evoluzione e rinnovamento, in linea con gli obiettivi e le strategie comunitari e nazionali, confermati anche nell'ambito del PNRR.

La realizzazione degli interventi previsti dal Piano Direttore si articola secondo tre differenti orizzonti temporali:

- situazione attuale - interventi già in corso di realizzazione;
- primo step - Interventi già inseriti anche nella programmazione economico-finanziaria oltre che in quella sanitaria, il cui percorso progettuale e realizzativo è già stato avviato;
- secondo step - interventi la cui definizione verrà avviata in una fase successiva.

Nel triennio 2026-2028 sono previsti i seguenti avanzamenti:

- prosecuzione della I fase dei lavori di riordino e riqualificazione delle strutture dell'Area Pediatrica nell'ambito del Polo Materno-Infantile;

- progettazione e avvio, compatibilmente con i tempi previsti per i finanziamenti ex art 20 L.67/88 VII fase, della II fase dei lavori riordino e riqualificazione delle strutture dell'Area Pediatrica nell'ambito del Polo Materno-Infantile (Pad.13);
- progettazione e avvio lavori, compatibilmente con i tempi previsti per i finanziamenti ex art 20 L.67/88 VII fase, di interventi al Pad.2 di adeguamento alla normativa di prevenzione e sicurezza antincendio – I° fase,
- completamento della cell factory Pad.13 destinata alla produzione di CART
- progettazione e avvio dei lavori, compatibilmente con i tempi previsti per i finanziamenti ex art 20 L.67/88 VII fase, dell'intervento "2° stralcio - Riqualificazione funzionale - architettonica, strutturale e impiantistico - prestazionale delle ali A e B del padiglione 5";
- completamento degli interventi compresi nel programma nazionale dei miglioramento/adeguamento sismico delle strutture ospedaliere; per il Policlinico tale programma si declina in due interventi:
 - demolizione e ricostruzione del padiglione 26;
 - interventi di adeguamento/miglioramento sismico nel padiglione 3;
- avvio degli interventi di realizzazione dei Poli funzionali (Polo Medico Specialistico e Polo Oncologico);
- progettazione e avvio della realizzazione della Casa dell'accoglienza
- riorganizzazione dei sistemi di raccolta e smaltimento rifiuti e materiali vari;
- ampliamento della Banca del Sangue Cordonale.

Si ricorda inoltre che in ordine alla realizzazione del Polo Ematologico "Lorenzo e Ariosto Seragnoli" (nuova edificazione, sul sedime del padiglione 7), in data 27.07.2021 è stato sottoscritto l'Accordo fra Regione Emilia-Romagna, Università di Bologna, IRCSS Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola e Fondazione Hospice Mariateresa Chiantore Seragnoli.

A questi interventi di maggiore impatto, inseriti nella programmazione aziendale degli investimenti edili e impiantistici, si aggiunge l'esecuzione di lavori urgenti e imprevedibili, manutenzioni e di lavori per adeguamenti e piccoli spostamenti di attività sanitarie, finalizzati alla gestione ordinaria del patrimonio immobiliare e alle manutenzioni e ripristino conservativo, all'efficienza energetica e alla sicurezza delle strutture.

Tale articolazione degli investimenti nel triennio 2026-2028 è coerente con le risorse già disponibili per gli interventi in corso di esecuzione e per quelle attualmente programmate per gli interventi la cui progettazione deve essere avviata e potrà essere integrata a seguito dell'assegnazione di ulteriori risorse per l'avvio e la realizzazione di altri interventi sui Poli edilizi sopra elencati nell'ambito del Piano Direttore.

Infine, sono da citare le opere gestite direttamente dall'Università degli Studi di Bologna, per le quali l'Azienda garantisce supporto, anche attraverso la realizzazione di lavori propedeutici o complementari:

- Torre Biomedica (nuova edificazione, sul sedime dei padiglioni 17 e 22), in corso di realizzazione e della quale è prevista la fine lavori nel 2028;
- Padiglione 10 Gozzadini, per il quale sono in corso i lavori di riqualificazione e adeguamento normativo, con fine lavori prevista nel 2026.

Attrezzature sanitarie e non sanitarie e informatica medica

Gli investimenti in attrezzature, sanitarie e non, previsti per il triennio 2025-2027, seguiranno l'ammodernamento sistematico del parco attrezzature/arredi attraverso sostituzioni per obsolescenza e completamento delle dotazioni di attrezzature esistenti, nonché le sostituzioni volte a garantire la sicurezza degli operatori e dei pazienti (D.Lgs. 81/08).

Le voci più rilevanti relative all'impegno economico prevedibili riguardano:

1. sostituzioni attrezzature urgenti a seguito di guasti e sostituzione di apparecchiature tecnologicamente obsolete con lo scopo di incrementare la qualità diagnostica e l'attivazione di percorsi di cura innovativi;
2. acquisto beni economici urgenti per sostituzione beni obsoleti e non più idonei a garantire la sicurezza per operatori e utenti;
3. sostituzione/adeguamento per obsolescenza attrezzature da laboratorio;
4. sostituzioni per obsolescenza di apparecchiature radiologiche, quali portatili di radiografia e radioscopia;
5. sostituzioni per obsolescenza di apparecchiature per ecotomografia;
6. acquisto apparecchi di anestesia per diversi comparti operatori.

Attività per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione Salute

<i>Titolo Intervento</i>	<i>CUP</i>	<i>FINANZIAMENTO COMPLESSIVO</i>	<i>TO INTERVENTO</i>
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione TC 001	F39J22001110006	366.277,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione - Tomografi a Risonanza Magnetica 1,5 Tesla	F39J22001120006	1.124.840,00	INTERVENTO IN CORSO

Titolo Intervento	CUP	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO	TO INTERVENTO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 001	F39J22001130006	2.295.480,47	INTERVENTO IN CORSO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 002	F39J22001140006	2.351.474,16	INTERVENTO IN CORSO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 001	F39J22001150006	171.715,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 002	F39J22001160006	200.128,80	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 001	F39J22001170006	618.738,00	INTERVENTO IN CORSO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 002	F39J22001180006	662.414,00	INTERVENTO IN CORSO
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 001	F39J22001190006	22.323,00	INTERVENTO IN CORSO
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 002	F39J22001200006	22.323,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Radiologico 001	F34E22000490006	789.462,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024

INVESTIMENTO 1.1: AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO

Nell'ambito del Piano Nazionale Complementare al PNRR (M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario - 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero) si rappresentano di seguito gli interventi relativi.

<i>Titolo Intervento</i>	<i>CUP</i>	<i>FINANZIAMENTO COMPLESSIVO</i>	<i>STATO INTERVENTO</i>
Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima”, Linea di investimento: “Rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA a livello nazionale, regionale e locale, migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata”	I83C22000640005	4.034.338,00	INSTALLAZIONE ATTREZZATURE

INVESTIMENTO 1.2: VERSO UN NUOVO OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE (FONDI PNC)

Nell’ambito del Piano Nazionale Complementare al PNRR (Missione 6 Salute - M6.C2 – 1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile) questa Azienda è beneficiaria di un importo pari a 14,2 milioni di € per la realizzazione di due interventi di adeguamento/miglioramento sismico, a cui si aggiungono circa 2,4 milioni di € finanziati mediante il fondo MIMS ex articolo 26 del DL 50/2022 per la compensazione degli aumenti dei costi dei materiali da costruzione:

- Padiglione 3 – Polo della Ricerca Scientifica (5,2 milioni di € complessivi): L’intervento si inquadra come miglioramento sismico del fabbricato storico esistente padiglione 3, con contestuale rifunzionalizzazione degli ambienti. In particolare l’intervento ha lo scopo di migliorare sismicamente due unità strutturali; la destinazione d’uso dei locali è uffici e sale riunioni e, in caso di necessità, centro di gestione di emergenze;

La progettazione esecutiva dell’intervento è stata verificata e approvata nel rispetto delle rispettive milestones ed i lavori, avviati a dicembre 2023, procedono regolarmente.

- Demolizione e ricostruzione del padiglione 26 - Realizzazione di palazzina ambulatori (11,4 milioni di € complessivi). L’intervento riguarda l’adeguamento/miglioramento sismico della rete ospedaliera e prevede la demolizione e ricostruzione del padiglione 26 per realizzare una palazzina di ambulatori a supporto del Polo Cardio-Toraco-Vascolare, dell’Endocrinologia e della Diabetologia.

La progettazione esecutiva dell’intervento è stata verificata e approvata nel rispetto delle rispettive milestones ed i lavori, avviati a dicembre 2023, hanno registrato un ritardo di tre mesi legato a ritrovamenti archeologici al di sotto dell’edificio esistente; tuttavia il cronogramma dei lavori è allineato con le scadenze previste (termine opere strutturali al 31.12.2025 e fine lavori entro il 30.06.2026).

Si precisa che la Regione Emilia-Romagna, in coerenza con le indicazioni del Ministero della Salute, ha modificato le fonti di finanziamento: l'intervento al Pad.3 Polo della Ricerca Scientifica è finanziato ex art.20 L.67/88 e l'intervento Demolizione e ricostruzione del padiglione 26 con fondi PNRR.

SCHEDA 1

id intervento	Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare nel 2026 (€)	Investimento da realizzare nel 2027 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
2016/1	Lavori	Riqualificazione padiglione 4 - Ostetricia e Ginecologia - stralcio funzionale		2.000.000,00	3.000.000,00	
2016/1	Lavori	Riordino delle strutture dell'area pediatrica - primo stralcio funzionale	1.350.683,54			
2016/1	Lavori	Riordino e riqualificazione delle strutture dell'Area Pediatrica nell'ambito del Polo Materno-Infantile (Padiglioni 4,10,13,16) - Secondo stralcio funzionale.	1.438.284,21	2.000.000,00		
2020/21	Tecnologie_biomediche	Sostituzione/ammodernamento tecnologie sanitarie per il Polo Materno-Infantile - Area Ostetrico - Ginecologica e Neonatale	1.353.671,87			
2020/22	Tecnologie_biomediche	Sostituzione/ammodernamento tecnologie sanitarie per il Polo Materno- Infantile - Area Pediatrica	1.410.203,75			
2020/24	Tecnologie_biomediche	Sostituzione/ammodernamento tecnologie biomedicali - aree chirurgica emergenza diagnostica e degenza (APC30)	6.021,54			
2020/120	Lavori	Riqualificazione del Polo delle Medicine e dei poli funzionali presso il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi	10.000.000,00	28.847.722,45	20.000.000,00	4.000.000,00
2019/1	Lavori	Riqualificazione degli ambulatori (padiglione 5 Ala E piano primo) per la creazione del nuovo centro di riferimento regionale per le Malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)	207.625,79			
2024/8	Lavori	Intervento di manutenzione straordinaria. Banca gameti, via Albertoni 15, adeguamento di alcuni locali per idonea conservazione di gameti	700.000,00			
2020/36	Lavori	Realizzazione isole e ecologiche e sistemi per raccolta rifiuti Policlinico Sant'Orsola	1.000.000,00	1.150.000,00		
2020/128	Lavori	Adeguamento PS Ostetrico ginecologico nuovo Polo Materno Infantile	307.945,21			
2021/41	Lavori	Padiglione 3 - Polo della ricerca scientifica	3.039.646,45	688.000,00		
2019/39	Lavori	Scheda 207 "Padiglione 03 - Amministrazione di via Albertoni del Policlinico di Sant'Orsola"	600.000,00	2.146.117,16	2.000.000,00	
2019/42	Lavori	Adeguamenti antincendio (depositi, tanks, impianti ecc...) DM 19 marzo 2015 - primo stralcio	209.546,02			
2023/73	Tecnologie_informatiche	GAAC 2023	727,02			
2023/74	Tecnologie_informatiche	RSEGNALER 2023 - Acq. Serv . prog. Svil. imp e gest. piattaf. SegnalER	16.080,23			
2024/41	Tecnologie_informatiche	RSEGNALER 2024 - Acq. Serv . prog. Svil. imp e gest. piattaf. SegnalER	33.049,78			
2024/138	Lavori	Riqualificazione e adeguamento normativo DH e Ambulatori Oncologia Pad.2	300.000,00			
2025/87	Tecnologie_informatiche	GAAC 2025	4.517,86			
2025/88	Tecnologie_informatiche	RSEGNALER 2025 - Acq. Serv . prog. Svil. imp e gest. piattaf. SegnalER	33.049,78			
2024/108	Lavori	Sostituzione ascensore montalettighe presso padiglione 13 Pediatria	132.000,00			
2023/99	Lavori	Riqualificazione del pavimento e del rivestimento delle pareti della cucina aziendale- ulteriori interventi imprevisi	150.719,94			

SCHEDA 2

id intervento	Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare nel 2026 (€)	Investimento da realizzare nel 2027 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
2023/65	Tecnologie_biomediche	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica		550.000,00		
2020/48	Lavori	Riqualificazione del Polo Materno Infantile - II fase				
2023/76	Lavori	2° stralcio - Riqualificazione funzionale-architettonica, strutturale e impiantistico-prestazionale delle ali A e B del padiglione 5				
2023/77	Lavori	Interventi di adeguamento alla normativa di prevenzione e sicurezza antincendio - I° fase				
2024/30	Lavori	Acq. terreno Casa di accoglienza (INAIL)	2.500.000,00			
2023/75	Lavori	Spese di progett Casa di accoglienza(INAIL)	1.870.000,00			
2024/42	Lavori	Riqualificazione e adeguamento normativo degenza Geriatria Pad.2		1.300.000,00	210.888,00	

SCHEDA 3

id intervento	Macroarea (*)	Titolo Intervento	Importo da Q.E. da destinare a LAVORI (€)	Importo da Q.E. da destinare a TECNOLOGIE BIOMEDICHE (€)	Importo da Q.E. da destinare a TECNOLOGIE INFORMATICHE (€)	Importo da Q.E. da destinare ad ALTRO (€)	Quadro Economico complessivo (€)	Note
2024/44	Lavori	Interventi di adeguamento alla normativa di prevenzione e sicurezza antincendio - 2° fase	32.150.000,00			13.850.000,00	46.000.000,00	Adeguamento alla regola tecnica di prev incendi fino al 3° step (scadenza aprile 2026)
2024/45	Lavori	Interventi di adeguamento funzionale e normativo al Pad.32 - Scuola Infermieri	7.700.000,00			2.800.000,00	10.500.000,00	
2024/46	Lavori	Realizzazione nuovo Blocco Endoscopico al Pad.5	3.750.000,00			1.370.000,00	5.120.000,00	Miglioramento sismico non necessario in quanto trattasi di porzione di edificio collaudata
2025/113	Lavori	Adeguamento alla normativa sismica Pad. 1 e 2	116.000.000,00					

Indicatore	Valore Aziendal e 2022	Valore Regional e 2022	Valore Aziendal e 2023	Valore Regional e 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027
% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	73,53	59,02	72,22	63,82	75,0	70,19	MIGLIORAMENTO

3.4.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLA SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE ED ENERGETICA

Afferiscono a questa sottosezione le azioni programmate in relazione agli obiettivi di mandato in materia di sviluppo sostenibile

AZIONI PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE

Il contesto

In continuità con il triennio precedente, il Piano delle azioni per lo sviluppo sostenibile si inquadra, per il triennio 2025-2027, nell'orizzonte più vasto che vede le Aziende Sanitarie che fanno riferimento alla Città Metropolitana di Bologna impegnate, su mandato della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana, nella Missione Europea per "Bologna città neutrale per il clima entro il 2030".

Approvando il proprio Portafoglio di azioni per la neutralità climatica con deliberazione n. 24 del 17/01/2024, l'IRCCS AOUBO ha contribuito alla stesura di un Piano delle azioni unitario redatto congiuntamente alla Lettera d'impegno sottoscritta dai partner IRCCS AOU di Bologna, AUSL di Bologna, IOR e AUSL di Imola (prot. PG 10276 IRCCS AOUBO del 7 marzo 2024), nell'ambito del Patto di Collaborazione Climate City Contract, promosso dal Comune di Bologna.

Seguendo le indicazioni della piattaforma europea NetZeroCities, le azioni sono suddivise in "settori/ambiti di applicazione". Sulla base dei dati raccolti per ogni azione, si andranno a quantificare le emissioni di gas climalteranti (GHG) ridotte grazie all'azione, secondo specifici indicatori di ambito per la misura della neutralità climatica. Nel corso del triennio 2025-2027, si procederà, per tutte le Aziende Sanitarie:

- per tutte le azioni previste dal Piano: al monitoraggio e alla rendicontazione sia ai fini del PIAO che del Climate City Contract;
- all'integrazione e all'ampliamento del piano delle azioni, sulla base della estensione degli ambiti/settori di sviluppo che, mano a mano, verranno implementati a livello aziendale e metropolitano.

Sono stati definiti i seguenti ambiti prioritari d'azione (per ciascuna azienda sanitaria):

- EDIFICI/ENERGIA;
- TRASPORTI/MOBILITA' ;
- PROCESSI/PRODOTTI .

AZIONI NELL'AMBITO ENERGIA/EDIFICI

Per quanto riguarda le politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale le azioni messe in atto dall'Azienda sono e saranno in linea con il programma regionale sia nella gestione ordinaria delle attività, sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) in coerenza con i Criteri Ambientali Minimi approvati con DM 11/10/2017 aggiornati con Decreto Ministeriale del 23 giugno 2022 "*Criteri Ambientali Minimi per l'affidamento del servizio di progettazione di interventi edilizi, per l'affidamento di lavori di interventi edilizi e per l'affidamento congiunto di progettazione e lavori*", nonché con le previsioni di cui alla DGR 1261/2022 in termini di requisiti minimi di prestazioni energetica degli edifici.

Il Policlinico nel 2025-2027 continuerà a sviluppare le azioni già intraprese a livello aziendale negli anni precedenti affrontate sia a livello gestionale sia sul piano dell'innovazione tecnologica. Tali azioni comprendono lo svolgimento di un'attività continua di monitoraggio di tipo quali/quantitativo sull'uso dell'energia elettrica, termica e sull'acqua mediante la raccolta periodica dei dati e inserimento del flusso delle informazioni nell'apposito programma informatico regionale in sinergia con l'Energy Manager Metropolitano.

Sul piano dell'innovazione tecnologica, l'Azienda ha realizzato il progetto "Nuove Centrali Tecnologiche e rifunzionalizzazione dei sistemi infrastrutturali impiantistici del Policlinico" per il rifacimento completo delle Centrali Tecnologiche e dei sistemi di distribuzione nell'area Sant'Orsola. La centrale di trigenerazione, attiva a regime dal 2016, consente di produrre in maniera combinata ed efficiente dal punto di vista energetico energia elettrica, energia termica ed energia frigorifera necessarie al fabbisogno del Policlinico, un sistema efficiente di produzione dei vettori energetici in grado di garantire ogni anno, rispetto alla condizione precedente, un risparmio di energia primaria pari a 5.100 Tep (Tonnellate equivalenti di Petrolio). L'ulteriore energia elettrica richiesta dal Policlinico continuerà ad essere acquistata da fonte certificata rinnovabile, tramite adesione a gare delle centrali di committenza (Consip ovvero Agenzia Regionale Intercent-ER).

Il Piano Direttore prevede nei prossimi anni la demolizione e la ricostruzione di diversi padiglioni, tra i quali si riportano di seguito quanti ad oggi già coperti da finanziamenti:

- Pad. 7 demolito nel corso del 2022 e che verrà ricostruito secondo un progetto in corso di sviluppo da parte della Fondazione Seragnoli;
- Pad. 17 nel cui sedime verrà realizzata da UNIBO la nuova torre biomedica
- Pad. 26 che rientra tra i progetti del PNRR-PC;
- la nuova torre delle medicine, che verrà realizzata previa demolizione dei Pad.12 e Pad.15

Tali realizzazioni porteranno ad un ulteriore incremento dell'efficienza energetica del sistema complessivo Policlinico Sant'Orsola-Malpighi oltre ad un sensibile incremento di produzione energetica da fonti rinnovabili.

Tutte le azioni intraprese dall'Azienda sono state orientate a privilegiare soluzioni progettuali, costruttive, organizzative e gestionali allineate con quanto richiamato dal Green Deal UE 2019 che prevede quale target al 2030 la riduzione del 55% delle emissioni di gas serra rispetto al 1990 e la neutralità climatica al 2050, ulteriormente integrato con gli obiettivi del piano "REPowerEU" definiti nel corso del 2022 per affrancare l'Europa dai combustibili fossili russi entro il 2030, con obiettivo di Fonti Energetiche Rinnovabili pari al 45% sui consumi finali.

L'IRCCS AOUBO promuove e tutela la salute di tutto il personale e di tutti i cittadini che afferiscono e frequentano il Policlinico. Un impegno che non può prescindere dall'attenzione al benessere del Pianeta e dal coniugare il progresso scientifico con lo sviluppo di un futuro più sostenibile. Promuovere, fra le altre, azioni di mobilità sostenibile e integrata in linea con gli impegni per la mitigazione del clima e contribuire al raggiungimento della neutralità climatica entro il 2030 (in anticipo rispetto al 2050, obiettivo del Green Deal europeo) in quanto Bologna è ricompresa nelle 100 città pilota "città intelligenti e climaticamente neutre" scelte dalla Commissione Europea, è irrinunciabile per il Policlinico di Sant'Orsola.

AZIONI NELL'AMBITO MOBILITA'/TRASPORTI

L'inquinamento atmosferico è un problema grave che, in Italia, soltanto nel 2019 ha causato la morte prematura di circa 60 mila persone l'anno, 165 in media ogni giorno, secondo i dati dell'Agenzia europea dell'Ambiente. Anche per tale ragione, oltre che per ridurre l'impatto sul clima delle emissioni climalteranti, l'azienda ha intenzione di proseguire con convinzione le attività volte alla promozione di una mobilità sostenibile e meno impattante sulla salute.

Tali attività hanno la finalità di promuovere forme di mobilità sostenibili, negli spostamenti casa-lavoro e per servizio del personale, nonché assicurare condizioni di accessibilità, viabilità e sosta adeguate nelle strutture aziendali. Inoltre, queste azioni hanno anche la finalità di far crescere una maggiore attenzione alle conseguenze delle nostre scelte e comportamenti quotidiani e orientare i dipendenti (ovvero, dei cittadini).

Nel triennio 2025-2027 verranno ulteriormente sviluppate le iniziative per la mobilità sostenibile del personale in continuità con le azioni condotte finora:

- promozione utilizzo trasporto pubblico negli spostamenti casa-lavoro e per servizio da parte dei dipendenti (con il riconoscimento di un incentivo economico ai dipendenti che sottoscrivono abbonamenti annuali in convenzione);
- promozione della mobilità ciclabile negli spostamenti casa-lavoro da parte dei dipendenti attraverso il riconoscimento di un incentivo economico sotto forma di “rimborso chilometrico” in base ai km percorsi sul tragitto casa-lavoro ai dipendenti che utilizzeranno la bicicletta per recarsi al lavoro;
- realizzazione di bicipark protetti e videosorvegliati per i dipendenti per creare condizioni favorevoli all'utilizzo della bicicletta;
- promozione del progetto "Car pooling" negli spostamenti casa-lavoro mediante la messa a disposizione di parcheggi gratuiti ai carpoolers.

AZIONI NELL'AMBITO PROCESSI/PRODOTTI

Le azioni previste in quest'ambito faranno riferimento, primariamente, alla modificazione delle modalità strutturali, organizzative e tecniche che hanno, storicamente, caratterizzato l'offerta dei servizi e delle prestazioni, allo scopo di determinare cambiamenti significativi nella pratica delle Aziende, attraverso modificazioni dei processi di produzione e/o delle caratteristiche dei prodotti (prestazioni e servizi).

Anche nel prossimo triennio 2025-2027 si proseguiranno le attività in questi ambiti:

- gli acquisti da filiera verde certificata;
- l'offerta di prestazioni in telemedicina;
- la promozione del riuso e la conseguente limitazione del monouso;
- l'estensione del lavoro agile/smart working e telelavoro;
- la graduale sostituzione di presidi medici e tecnologie verso soluzioni tecniche meno impattanti per l'ambiente;
- l'evoluzione e il migliore utilizzo delle potenzialità, già ora disponibili, degli strumenti digitali che consentono la limitazione degli spostamenti non necessari, come, ad esempio, la refertazione *online* e la condivisione dei dati sul Fascicolo Sanitario Elettronico (per gli utenti e i professionisti) e le pratiche di formazione in *e-learning* e di lavoro collaborativo a distanza sul *web* (per gli operatori).

GOVERNANCE E AZIONI DI SUPPORTO

In accompagnamento al Piano delle Azioni sui vari ambiti e per garantire una governance ambientale integrata fra tutte le Aziende Sanitarie che operano nell'Area Metropolitana di Bologna, il triennio 2025-2027 vedrà il supporto di ~~tre~~ azioni trasversali quali lo sviluppo di uno strumento integrato di comunicazione ai cittadini sul web, da realizzare in collaborazione tra le aree Comunicazione delle Aziende Sanitarie e l'Ufficio

di supporto alla CTSSM di Bologna e lo sviluppo, in parallelo col Piano delle Azioni, di un Piano di formazione continua alla sostenibilità ambientale per gli operatori delle Aziende Sanitarie, in collaborazione con la rete regionale dei Programmi “Salute e Ambiente” dei Dipartimenti di Sanità Pubblica.

In linea con il percorso intrapreso nell’ambito di “Bologna Missione Clima” coordinato dal Comune di Bologna, con cui le quattro Aziende Sanitarie dell’area metropolitana (AOU di Bologna, AUSL di Bologna, IOR e AUSL di Imola) si sono impegnate nella stesura di un Piano delle azioni unitario per la successiva sottoscrizione del Climate City Contract, l’IRCCS si impegna a partecipare attivamente all’obiettivo di neutralità climatica previsto per Bologna entro il 2030 anche tramite lo sviluppo delle azioni dichiarate all’interno del proprio “Piano strategico di sostenibilità ambientale”, approvato con deliberazione n. 155 del 21 maggio 2025. Il suddetto Piano strategico vuole essere uno strumento di guida per l’IRCCS AOUBO, che permetta di programmare e comunicare in modo sistemico il proprio percorso verso la sostenibilità, favorendo efficacia e concretezza alla rendicontazione ambientale.

Le cinque macroaree su cui l’IRCCS AOUBO orienta le proprie azioni interne sono le seguenti:

- a) Energia e consumi - mantenimento e miglioramento efficientamento, sguardo verso il futuro
- b) Mobilità sostenibile e telemedicina - nuova urbanistica e iniziative a impatto zero
- c) Gestione dei rifiuti e green procurement - miglioramento gestione, riduzione sprechi e monouso
- d) La risorsa acqua - acque in ingresso sicure e indagini sulla resistenza batterica nelle reflue
- e) Cibo - qualità a km 0 e innovazione su diete.

Nell’ottica di creare una cornice solida in grado di fornire orientamenti strategici per l’IRCCS AOU-BO nella gestione e sostenibilità ambientale e valorizzare azioni di rilevanza per ambiente, salute e cambiamento climatico ha inoltre integrato la struttura aziendale dedicata a questa tematica proponendo la costituzione di un Comitato di Indirizzo Sostenibilità e Piano Ambientale con mandato triennale 2025-2027 (deliberazione IRCCS AOUBO n. 175 del 23.05.24), con funzioni di natura consultiva e propositiva a supporto delle azioni strategiche dell’IRCCS in tema di transizione ecologica e neutralità climatica, incaricato di:

- a) fornire orientamenti strategici per l’IRCCS AOU-BO nella gestione e sostenibilità ambientale
- b) elaborare proposte relative alla Sostenibilità presso l’IRCCS AOU-BO
- c) fornire indirizzi su tematiche legate alla Ricerca con ricadute sulla sanità pubblica

- d) valutare in itinere lo stato dell'arte dei singoli programmi e progettualità avviate
- e) fornire contributi per la promozione di un approccio integrato alla protezione dell'ambiente, salute e cambiamento climatico
- f) valorizzare azioni di rilevanza per ambiente, salute e cambiamento climatico in ambito sanitario, ospedaliero o in generale del Sistema Sanitario Nazionale
- g) suggerire iniziative educative e formative rispetto ai temi relativi a ambiente, salute e cambiamento climatico fino al recente riferimento alla salute planetaria.

Dato l'obiettivo di sviluppo del Piano di sostenibilità ambientale l'IRCCS si avvale altresì dell'attività e del supporto del gruppo di lavoro multidisciplinare e operativo "Sostenibilità ambientale", i cui obiettivi, rimodulati con PG 21951/2025, sono:

- a) potenziamento e monitoraggio di progetti e politiche di sostenibilità ambientale in linea con gli indirizzi forniti dal Comitato di Indirizzo Sostenibilità e Piano Ambientale, con il Piano strategico di Sostenibilità ambientale e con il Portafoglio di azioni per il Contratto Climatico per Bologna, città neutrale per il clima al 2030
- b) promozione di iniziative di formazione, informazione, sensibilizzazione del personale di IRCCS AOU-BO rispetto a temi di sostenibilità ambientale. Es: smaltimento dei rifiuti, risparmio energetico, mobilità sostenibile, riduzione degli sprechi.

Parallelamente e in continuità con le attività sopra descritte, nell'ottica di migliorare l'ambiente urbano del complesso ospedaliero - con particolare riguardo ai temi di sostenibilità, fruibilità e accessibilità degli spazi 14 esterni- l'azienda è impegnata nello sviluppo di un progetto teso all'acquisizione di un approccio multidisciplinare alla rigenerazione urbana dell'area Policlinico Sant'Orsola. In collaborazione con Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, l'IRCCS AOUBO, grazie al progetto quadriennale 2024-2028 (deliberazione n. 149 del 24/04/2024), intende fornire una risposta strategica e integrata tra studi settoriali sull'acustica, le pavimentazioni stradali, il verde e il miglioramento del microclima dell'area Policlinico. Obiettivo del suddetto accordo è il disegno di un masterplan degli spazi esterni, che preveda un lavoro sui seguenti aspetti:

- a) progettazione del verde a sostenibilità totale, che garantisca l'inserimento architettonico di edifici ed infrastrutture in un sistema a scala univoca, ottemperando alle singole necessità contingenti nei vari campi disciplinari;
- b) studio e valutazione dell'efficacia di interventi strutturali e soluzioni basate sulla natura (ad esempio, soluzioni verdi) per il miglioramento del microclima dell'area ospedaliera in termini di comfort termico e qualità dell'aria e la messa a punto di un modello previsionale per ondate di calore. Nello specifico, il modello verrà sviluppato al fine di valutare gli impatti sul microclima nell'area del Sant'Orsola in condizioni climatiche attuali e future. L'integrazione di questi due aspetti permetterà non solo di valutare l'efficacia di queste soluzioni date le condizioni climatiche in essere, ma anche in condizioni climatiche future e in particolare di aumentato stress termico;

- c) individuazione di soluzioni green, smart e safe per le pavimentazioni pedonali, ciclabili e carrabili del plesso ospedaliero in grado di minimizzare l'impatto ambientale e influire su drenaggio, temperatura, rumore, intellegibilità e sicurezza;
- d) clima sonoro confortevole nelle zone di attraversamento esterne ai padiglioni e interne al perimetro dell'area ospedaliera, riduzione delle emissioni sonore degli impianti tecnici a servizio dell'ospedale e riduzione delle emissioni sonore associate ai sistemi di trasporto

4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE

Il sistema di misurazione e valutazione della performance dell'Azienda, sulla base del modello condiviso a livello regionale, si articola in tre diversi ambiti di azione, concettualmente distinti ma operativamente integrati, per l'implementazione del ciclo di gestione delle performance: **Performance aziendale/Valore pubblico, Performance organizzativa, Performance individuale.**

Di seguito viene fornita la descrizione del sistema di misurazione e valutazione della performance, con riferimento sia alla performance organizzativa sia alla performance individuale. Inoltre, vengono descritte le modalità organizzative e operative adottate per il monitoraggio periodico e la verifica dei risultati conseguiti rispetto agli impegni strategici descritti, delineando come viene garantita l'integrazione dei diversi ambiti aziendali coinvolti a partire dal sistema già attivo per il processo di budget. La rendicontazione di tali attività viene poi riportata annualmente nella Relazione sulla Performance.

Il PIAO viene, pertanto, progettato in stretta interconnessione con il Sistema di misurazione e valutazione delle Performance, facendo assurgere a parte integrante e sostanziale dello stesso le schede di budget (con indicazione di obiettivi, personale che partecipa, indicatori, ponderazione/peso e risultati attesi) quali documenti annuali attuativi della programmazione triennale.

L'Azienda ha sviluppato e consolidato negli anni il proprio sistema di valutazione e monitoraggio nell'ambito del quadro di riferimento dettato dalla normativa e dai CCNL vigenti e in coerenza con gli indirizzi regionali sui criteri generali dei sistemi di valutazione professionale e di performance della dirigenza e del comparto del SSN e con le indicazioni dell'OIV-SSR contenute nelle Linee guida e di indirizzo per la realizzazione sul Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende sanitarie.

PERFORMANCE AZIENDALE/VALORE PUBBLICO

La performance aziendale si traduce principalmente mediante una programmazione triennale, formalizzata nel PIAO, ed una rendicontazione annuale, formalizzata nella Relazione sulla performance, secondo dimensioni e indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, in modo da assicurare coerenza di sistema e confrontabilità nel tempo e nello spazio.

In tale ambito assumono un'importanza fondamentale gli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale dell'Azienda e le linee di programmazione via via

adottate dalla Regione o a livello locale, oltre che le piattaforme informatiche regionali/nazionali di rilevazione e rendicontazione di attività e dei risultati. La prospettiva prevalente è pluriennale ed esterna, tesa a definire le linee strategiche, le azioni e gli andamenti attesi di medio-lungo periodo e a rendicontarne i risultati; rappresenta inoltre la cornice di riferimento per lo sviluppo degli strumenti interni all'Azienda di pianificazione e controllo (e in particolare il budget annuale).

Ad integrazione di tale sistema, occorre ricordare che la valutazione complessiva dei risultati delle Aziende viene effettuata anche da vari soggetti istituzionalmente competenti, con finalità e secondo modalità e tempi previsti da specifiche normative, ad esempio: dalla Giunta Regionale (cui competono anche le valutazioni annuali dei DDGG sugli obiettivi specifici di programmazione annuale), dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), dal Comitato LEA/Ministero della Salute anche attraverso l'Agenas (Nuovo sistema di Garanzia, Piano Nazionale Esiti). Tale pluralità di punti di vista assicura una notevole e consolidata ricchezza informativa circa gli obiettivi ed i risultati delle Aziende sanitarie regionali, consentendo ai vari portatori di interessi di attuare un monitoraggio puntuale e costante.

A tale proposito è importante sottolineare che quasi tutti gli obiettivi e gli indicatori di risultato presenti nel PIAO triennale si caratterizzano per essere definiti da soggetti terzi rispetto alle Aziende stesse e per essere rilevati in modo oggettivo sulla base dei flussi informativi correnti all'interno del Sistema sanitario regionale (e nazionale). Terzietà e oggettività costituiscono i cardini fondamentali per una efficace analisi e valutazione delle performance.

MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

I sistemi di valutazione del personale rappresentano sempre di più una leva gestionale e professionale per realizzare miglioramento e cambiamento nei sistemi organizzativi complessi. L'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna intende quindi valorizzare gli strumenti che normativa, contratti e accreditamento regionale promuovono e sollecitano, per realizzare gli obiettivi di cambiamento e miglioramento.

In particolare, si intende sempre più valorizzare gli strumenti di valutazione delle competenze, della performance organizzativa e della performance individuale; a questo proposito, nel triennio 2025-2027, si implementeranno una serie di attività mirate a potenziare ulteriormente questi strumenti ed in particolare:

- a) consolidamento del percorso dei sistemi di valutazione e valorizzazione del personale secondo il modello condiviso con l'OIV SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali del lavoro e con un pieno utilizzo del GRU;
- b) orientare i sistemi premianti economici e non nonché i profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione;

- c) implementare prevedere una la valutazione annuale degli incarichi della dirigenza e del comparto in applicazione delle indicazioni dei nuovi disposti contrattuali;
- d) implementazione del processo di valutazione che preveda un forte coinvolgimento dei ruoli di responsabilità e dei professionisti realizzando un significativo incremento della trasparenza e della condivisione del processo di valutazione e dei suoi esiti;
- e) collegare il sistema di valutazione delle competenze con lo sviluppo formativo.

L'Azienda monitora costantemente durante l'anno la propria performance organizzativa, come stabilito dalla "Procedura aziendale di gestione del Budget (Rev. 2)", dove sono riportate le modalità per il controllo periodico e sistemico del Budget e la verifica dei risultati conseguiti, garantendo una piena integrazione dei diversi ambiti aziendali.

Gli strumenti utilizzati per il monitoraggio della performance organizzativa sono di seguito riportati:

- per centro di responsabilità aziendale, elaborabile dal sistema dei cruscotti aziendale disponibile su portale intranet mediante report analitici di volumi di attività e andamento dei costi, misurabili in modo routinario attraverso i flussi di dati disponibili da sistema informativo aziendale. Per gli ambiti non inclusi nel cruscotto, invece, tramite le richieste con IOA95 è possibile richiedere estrazioni dati specifiche per approfondimenti;
- monitoraggio infrannuale del budget, secondo le modalità di cui alla "Procedura aziendale di gestione del Budget (Rev. 2)";
- verifica andamento indicatori Insider – indicatori Sanità e Dashboard Regione Emilia-Romagna;
- indicatori di performance aziendale e di processo amministrativo-contabile, monitoraggio dell'andamento della gestione aziendale sulla base della certificazione prodotta per il Ministero (CE), tempestività dei pagamenti, adempimenti amministrazione trasparente.

La rendicontazione ufficiale di tali attività di monitoraggio viene riportata annualmente nella Relazione sulla Performance pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente del portale internet aziendale, al seguente indirizzo:

<https://www.aosp.bo.it/content/relazione-sulla-performance>

5. INDICATORI DI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

La Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV-SSR) e di un gruppo di lavoro (formalizzato con Determina n. 8835 del 12/05/2025 che ha modificato la composizione del gruppo di lavoro di cui alla Determina n. 19095/2022) composto da funzionari regionali e da referenti delle Aziende SSR per il Piano integrato attività e organizzazione 2025-2027, ha individuato con DGR n. 973 del 23/6/2025, per ciascuna Sezione/Sottosezione di programmazione, indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale che supportano la programmazione e la rendicontazione della performance aziendale, ossia del valore pubblico concretamente realizzato dall'IRCCS.

Tali indicatori sono stati selezionati nell'ambito del Sistema Informativo del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna InSiDER, il portale della Regione Emilia-Romagna reso disponibile a tutti gli Enti del Sistema Sanitario Regionale per monitorare e valutare, tramite sistemi di indicatori e dashboard direzionali, l'assistenza erogata. La scelta di individuare un unico elenco è stata dettata dalla necessità di poter confrontare le aziende su un unico set di indicatori calcolati in modo univoco a livello regionale e dare garanzia di maggior trasparenza del sistema consentendo inoltre un monitoraggio costante sugli andamenti registrati, a livello aziendale e regionale, anche grazie ad un confronto immediato dei dati di tutte le Aziende, in modo da rendere realmente efficace il monitoraggio stesso.

Il Set di indicatori per il 2025-2027 ha subito un processo di revisione rispetto al cruscotto nel sistema InSiDER, valido per il triennio precedente, al fine di garantire l'allineamento ai nuovi orientamenti strategici regionali e nazionali e quindi una maggiore aderenza tra obiettivo e risultato.

Quasi tutti gli indicatori di risultato si caratterizzano per essere definiti da soggetti terzi rispetto alle Aziende e per essere rilevati in modo oggettivo sulla base dei sistemi informativi in essere all'interno del Sistema sanitario regionale e nazionale.

Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia e del Programma Nazionale Esiti, in quanto centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende e utili per orientare il Sistema Sanitario Regionale, oltre ad essere annualmente ripresi e contestualizzati in obiettivi specifici dalle deliberazioni di programmazione annuale.

Nelle schede a seguire sono riportati per ciascuna Sezione/Sottosezione gli indicatori di competenza. Per ciascun indicatore è stato indicato:

- il valore aziendale conseguito nel 2022, 2023 e 2024 oltre al valore medio regionale medesimi anni, laddove disponibili
- il trend atteso nel triennio partendo dai valori relativi agli anni immediatamente precedenti rispetto al nuovo triennio 2025/2027 espresso in modo qualitativo (mantenimento, miglioramento/incremento, riduzione, monitoraggio) in modo da individuare l'evoluzione attesa come effetto delle azioni aziendali, permettendo a consuntivo, nella Relazione sulla Performance, un confronto tra i risultati attesi e i risultati conseguiti

Gli indicatori di risultato e il relativo monitoraggio sono pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del portale internet aziendale, ai seguenti indirizzi:

<https://www.aosp.bo.it/content/relazione-sulla-performance>

<https://www.aosp.bo.it/it/content/programma-la-prevenzione-della-corrruzione-e-della-trasparenza#title>

SEZIONE UTENTE

Sottosezione Accesso e Domanda

	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND0319	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg (AUSL BO)	86,92	84,31	83,41	89,71	89,35	85,61		≥90%	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND0320	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg (AUSL BO)	92,31	92,45	89,86	93,91	96,05	94,09		≥ 90%	
IND0795	Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg (AUSL BO)	99,87	88,71	99,84	89,37	99,89	89,74		≥ 90%	
D11Z (NUOVO INDICATORE)	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D (tipo accesso = 1 – SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe D – NSG (AUSL BO)					84,22	76,08		≥ 90%	
D10Z (NUOVO INDICATORE)	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B (tipo accesso = 1 – SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe B – NSG (AUSL BO)			95,63	75,63	97	80,21		≥ 90%	
IND1145 (NUOVO INDICATORE)	% del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2) - AUSL BO					37,84	37,49		Aumento rispetto ad anno precedente	
IND0861	% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte (AUSL BO)	98,32	98,23	98,51	98,41	98,65	98,79	MANTENIMENTO		

	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND0775	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	64,81	73,96	63,91	75,87	63,21	72,34	MIGLIORAMENTO	≥ 90%	
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG (AUSL BO)	114,23	120,19	113,8	121,86	116,67	124,25		≤160	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND0980 (NUOVO INDICATORE)	Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati: % casi entro i tempi di classe di priorità			56,53	72,91	61,23	75,71	MIGLIORAMENTO	≥ 80%	
IND0982 (NUOVO INDICATORE)	Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati			84,47	82,97	85,39	85,01	MANTENIMENTO	≥ 80%	
IND0984 (NUOVO INDICATORE)	Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente			66,25	75,88	68,51	76,22	MIGLIORAMENTO	≥ 80%	

Sottosezione Integrazione

	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
D03C	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG (AUSL BO)	256,57	280,17	229,45	260,25	230,17	242,85			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
DO4C	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG (AUSL BO)	60,13	93,63	35,58	78,8	41,7	82,48			
IND0866	Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	29,03	29,4	27,49	30,99	29,46	30,51			
D05C	Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - NSG (AUSL BO)	64,38	72,14	68,13	77,39	72,0	70,41			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND0862	Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	17,49	10,93	20,34	11,46	15,86	10,13			
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG (AUSL BO)	100,00	98,28	98,63	100,00	97,65	100,00			
D32Z	% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni (AUSL BO)	32,55	26,82	32,32	25,65	29,61	25,35			
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG (AUSL BO)	66,1	56,6	57,9	55,8	60,4	56,4			PERCORSO AMBULATORIALE AVVIATO DAL 2025
IND0908 (NUOVO INDICATORE)	% IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche				26,54		50,26	SECONDO IL TARGET REGIONALE	≥ 25%	

Sottosezione Esiti

	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND0379 (NUOVO INDICATORE)	Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	43,55	77,71	65,55	77,37	75,11	80,05	MIGLIORAMENTO	≥ 95%	
H23C	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni (AUSL BO + AOSP BO)	14,21	10,0	11,3	9,93	15,05	9,39	MONITORIAGGIO	≤ 13,60	
H24C	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	11,99	10,69	9,82	8,88	8,2	8,39	MIGLIORAMENTO	≤ 12	
H05Z	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	84,67	84,94	85,62	86,00	83,08	87,21	MIGLIORAMENTO	≥ 90%	
H02Z	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 150 interventi annui (con 10% tolleranza)	100	97,22	100	97,53	100	97,11	MANTENIMENTO	≥ 90%	
H03C	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	4,12	4,29	2,99	4,26	2,58	3,82	MANTENIMENTO	≤ 6,2%	
IND0402	Parti naturali: % complicanze durante il parto e il puerperio	1,5		1,37	0,90	1,2	0,97	MIGLIORAMENTO	≤ 0,7%	
IND0403	Parti cesarei: % complicanze durante il parto e il puerperio	1,5	1,38	1,51	1,53	1,54	1,6	MIGLIORAMENTO	≤ 1,2%	
H18C	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	26,1	16,48	23,78	16,67	25,0	16,26	MIGLIORAMENTO		≤ 25% punteggio sufficienza ≤ 20% punteggio massimo
D01C	% di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	22,26	18,06	21,56	18,53	20,28	17,51	MIGLIORAMENTO	≤ 14,39	
D02C	% di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	8,03	15,85	17,06	15,18	17,54	15,046	MIGLIORAMENTO	≤ 13,95	

IND1013	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario - Indicatore NSG: H13C	33,33	53,18	29,49	57,52	61,07	66,59	MIGLIORAMENTO	>80%	
---------	---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---------------	------	--

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND0868	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	61,68	77,85	59,60	77,36	60,46	77,78	MANTENIMENTO		
IND0869	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	19,06	9,31	20,42	9,68	20,58	9,6	MANTENIMENTO / INCREMENTO		
IND0870	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	19,27	12,85	19,98	12,97	18,95	12,62	MANTENIMENTO / INCREMENTO		
IND0871	Indice di case mix degenza ordinaria	1,24		1,24		1,21		MANTENIMENTO		
IND0872	Indice comparativo di performance	1,1		1,14		1,14		MILIORAMENTO		

Sottosezione Produzione-Territorio

	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMEN TO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND0225	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile (AUSL BO)	73,03	81,93	71,84	84,96	75,52	89,74			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana

Sottosezione Produzione-Prevenzione

	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IIND0761	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni) (AUSL BO)	70.23	71,33	69,2	70,63	71,36	72,87		≥ 70% valore ottimale ≥ 60% valore accettabile	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND0762	% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni) (AUSL BO)	59.95	65,27	61,31	65,92	62,41	66,53		≥ 60% valore ottimale ≥ 50% valore accettabile	
IND0763	% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni) (AUSL BO)	61.63	53,16	58,01	52,80	54,86	52,78		≥ 60% valore ottimale > 50% valore accettabile	

Sottosezione Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio clinico

	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - NSG	0,14	0,16	0,15	0,17	0,13	0,16	MANTENIMENTO	< 0,15	
H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG (AUSL BO)	1,83	2,27	1,7	2,33	1,77	2,38			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
H07Z	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG (AUSL BO)	22,88	26,51	22,83	26,65	22,99	25,51			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND863	Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio (AUSL BO)	815,0	826,64	893,13	872,39	931,96	924,98			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND0864	Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio (AUSL BO)	705,46	722,9	667,68	739,97	649,67	719,92			
D13C	Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG (AUSL BO)	79,81	76,45	70,93	74,56	61,4	75,16			

Sottosezione Organizzazione

	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND1160	% Lavoratori agili effettivi/ Totale lavoratori			1,97	4,14	2,65	4,58	mantenimento" del precedente standard per consolidare il livello di utilizzo dell'istituto raggiunto al fine di poter valutare gli effetti della stabilizzazione dell'utilizzo dello stesso al di fuori della fase emergenziale, in una effettiva logica di logica di "change management"		
IND1161	% Lavoratori agili effettivi/ Totale lavoratori agili potenziali			8,67	16,29	15,05	25,19	MONITORAGGIO		
IND1162	% Giornate lavoro agile/Giornate lavorative totali			2,43	3,37	2,84	3,68	MONITORAGGIO		
IND1083 (NUOVI INDICATORI)	% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti					76,92	63,41	MANTENIMENTO/MIGLIORAMENTO	≥ 60%	
IND1084 (NUOVI INDICATORI)	% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0					79,88	88,09	MIGLIORAMENTO	≥ 85%	

Sottosezione Anticorruzione e Trasparenza

	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND0405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100	99,7	99,42	100	100	MANTENIMENTO		
IND0818	% di centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	51,87	63,30	51,78	62,23	66.03		MIGLIORAMENTO		

SEZIONE INNOVAZIONE E SVILUPPO

Sottosezione Ricerca e Didattica

	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND1171	N. Medio di pubblicazione per ricercatore***	2,60		2,60		1,37		MANTENIMENTO/ INCREMENTO		Disponibile dal 2021 (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - IRCCS - a rilevanza nazionale, con Decreto del 19 settembre 2020 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Ministeriale N. 266 del 26 ottobre 2020 nelle discipline di "assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico" e "gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche".
IND1172	Impact Factor Normalizzato ***	2.979,05		2.900,46		3.502,25		MANTENIMENTO/ INCREMENTO		
	N. Trial clinici approvati dal Comitato Etico**	204		209		224		MANTENIMENTO/ INCREMENTO		
	N. Studi osservazionali approvati dal Comitato Etico**	182		196		210		MANTENIMENTO/ INCREMENTO		
	N. Trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)**	651/1313 (49,58%)		1355/2077 (65,23%)		841/1670 (50,36%)		MANTENIMENTO/ INCREMENTO		
	N. Studi osservazionali attivi sul totale degli studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)**	662/1313 (50,42%)		722/2077 (34,76%)		829/1670 (49,64%)		MANTENIMENTO/ INCREMENTO		

Fonte dati: **banca dati aziendale ***Workflow della ricerca del Ministero della Salute

SEZIONE SOSTENIBILITA'

Sottosezione Economico – Finanziaria

	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND020	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	- 9,55		-8,01		- 9,33		MANTENIMENTO		
IND0732	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (AUSL BO)	189,9 6	185, 5	198,83	192,00	215,83	206,92			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND0363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	88,3 7	93,1 6	97,04	95,77	95,74	95,59	MANTENIMENTO	≥90%	
IND0877	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	31,0 9	17,9 6	33,53	18,63	33,86	19,32	MONITORAGGIO		
IND0878	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	7,43	29,5 4	6,86	29,66	6,46	29,79	MONITORAGGIO		
IND0879	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	16,1 5	12,6 5	15,50	11,67	14,28	11,86	MONITORAGGIO		
IND0880	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	43,0 1	38,6 7	43,78	38,36	40,65	37,06	MONITORAGGIO		

Sottosezione Investimenti

	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND1193	% grandi apparecchiature con età < = 10 anni	73,53	59,02	72,22	63,82	75,0	70,19	MIGLIORAMENTO	50%	