

IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA

PIAO PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

2023-2025



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

• Executive summary	5
1. Premessa	6
2. Scheda descrittiva dell’Azienda	8
2.1 Chi siamo	8
2.2 Come operiamo	11
2.2 Il Contesto di riferimento	15
2.4 I dati di attività	25
2.5 I dati economici	27
2.6 Il personale	31
3. Gli impegni strategici per valore pubblico e performance.....	34
3.1 Sezione di programmazione: Dimensione dell’utente	37
3.1.1 Sottosezione di programmazione dell’accesso e della domanda	37
3.1.2 Sottosezione di programmazione dell’integrazione	50
3.1.3 Sottosezione di programmazione degli esiti	69
3.2 Sezione di programmazione: Dimensione dell’organizzazione e dei processi interni.	72
3.2.1 Sottosezione di programmazione della struttura e dell’offerta della produzione	72
3.2.2 Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	84
3.2.3 Sottosezione di programmazione dell’organizzazione	104
3.2.4 Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale	117
3.2.5 Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza	119
3.3. Sezione di programmazione: Dimensione della ricerca, dell’innovazione e dello sviluppo	122
3.3.1 Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica	122
3.3.2 Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo e della formazione.	127
3.4 Sezione di programmazione: Dimensione della sostenibilità	131
3.4.1 Sottosezione di programmazione economico-finanziaria	131
3.4.2 Sottosezione di programmazione degli investimenti	145
3.4.3. Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica	154
4. Sistema di misurazione e valutazione del valore pubblico e della Performance	159
5. Indicatori di valore pubblico e performance	162

6. Proposta Piano Triennale Fabbisogni del Personale
2023-2025175

Executive summary

Il Piano integrato di attività e organizzazione è il documento di programmazione triennale, previsto dalla normativa, in cui l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna esplicita gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori e gli strumenti per la misurazione della performance aziendale nelle sue diverse dimensioni. Con la relazione annuale sulla performance l'Azienda provvederà a rendicontare rispetto ai risultati effettivamente conseguiti ogni anno, sulla base del monitoraggio degli indicatori specificati nel presente Piano.

Il documento è articolato in parti in cui si descrivono:

- l'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 nonché l'entità delle risorse economiche gestite;
- gli impegni strategici e gli obiettivi da perseguire nel triennio 2023-2025 in coerenza con gli obiettivi di mandato assegnati e con gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale. Nelle varie dimensioni e aree della performance la direzione strategica ha individuato obiettivi e risultati attesi per i vari indicatori;
- 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.

E' parte integrante del Piano della Performance anche il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), allegato al presente documento, che potrà essere successivamente aggiornato annualmente con specifici atti, in applicazione della normativa.

1 Premessa

Il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione" (PIAO) è il documento unitario di programmazione e governance, in applicazione di quanto disposto dall'articolo 6 del Decreto Legge n. 80 del 2021, convertito in Legge n. 113 il 6 agosto 2021.

Il PIAO è il documento programmatico con validità triennale e stabile contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione dei risultati aziendali che vengono rendicontati annualmente mediante la Relazione sulla performance. Con l'adozione del PIAO l'Azienda si propone di consolidare un percorso di orientamento ai risultati in linea con il mandato istituzionale, con gli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale, dalle progettualità locali e aziendali. Il documento programmatico è utilizzato sia all'interno dell'Azienda, per orientare l'attività del gruppo dirigente e del personale nel perseguire le fondamentali priorità strategiche individuate nel dialogo con la direzione aziendale, sia all'esterno, nei rapporti con i diversi portatori di interesse (stakeholder), per rappresentare le priorità strategiche individuate e la conseguente assunzione di responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi definiti e nella loro rendicontazione (accountability).

L'Azienda opera utilizzando gli strumenti di programmazione previsti dalle normative nazionali e regionali, garantendo la loro integrazione in fase programmatica e attuativa. Nell'ambito del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna (SSR), la legge regionale n. 9/2018 ha introdotto in modo strutturale il Piano della performance e la Relazione sulla performance tra gli strumenti, rispettivamente, di programmazione e di rendicontazione delle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Le "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR" (DGR 819/2021) definiscono l'articolazione del sistema di misurazione e valutazione della performance con l'obiettivo di realizzare un'applicazione il più possibile omogenea e coordinata fra le Aziende, consentendo di dare una lettura integrata e unitaria del sistema regionale. Tenendo conto dell'esperienza regionale sul ciclo della performance e lavorando in sinergia con l'Organismo Indipendente di Valutazione è stato istituito un gruppo di lavoro con la finalità di supportare la definizione dei contenuti del PIAO e la sua introduzione nei sistemi di programmazione delle aziende sanitarie. In esito delle attività del gruppo di lavoro sono state formalizzate le "Linee guida per la predisposizione del Piano integrato di attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR" (DGR 990/2023).

La struttura e i contenuti del PIAO 2023-2025 sono stati impostati in conformità alle indicazioni regionali. Il Piano è sviluppato in sezioni e sottosezioni di programmazione con gli impegni strategici per il valore pubblico strutturato su 2 livelli, attraverso le quali è possibile individuare un collegamento indicativo con le priorità strategiche stabilite dalla Direzione Generale dell'Azienda strettamente correlate agli obiettivi di programmazione

regionale. Le sottosezioni del documento hanno lo scopo di sostituire piani previsti da normative specifiche che risultano assorbiti dal PIAO stesso per essere inseriti all'interno del quadro strategico unitario di indirizzo alle attività. Nel contesto delle aziende sanitarie risultano assorbiti, come indicato dal DPR 24 giugno 2021 n.81, i seguenti documenti:

- Piano dei fabbisogni del personale;
- Piano della performance;
- Piano della prevenzione della corruzione;
- Piano organizzativo del lavoro agile;
- Piani delle azioni positive.

Il PIAO triennale assume quindi il significato di strumento di programmazione integrata di medio-lungo periodo, trasversale rispetto ai vari ambiti di attività, dal quale derivano poi gli obiettivi operativi che vengono definiti annualmente con il processo di budget. L'adozione dei piani potranno avere modalità specifiche di attuazione in funzione di specifiche normative o contesti operativi particolari e sono una modalità per integrare e attuare i contenuti strategici indicati nel PIAO.

Per le diverse sezioni e sotto sezioni sono stati individuati un insieme di indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, in modo da 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.

Tali indicatori sono stati selezionati sulla base degli indicatori già utilizzati in passato per il piano della performance e hanno come riferimento il sistema informativo regionale (InSIDER) dedicato alle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale per monitorare e valutare, tramite sistemi di indicatori e dashboard direzionali, l'assistenza erogata, assicurando anche la dovuta standardizzazione nell'elaborazione e la confrontabilità dei risultati fra le aziende e nel tempo.

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 disponibili in Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale.

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 istituzionali, delle strutture organizzative orizzontali e verticali che sono a supporto dell'azione di governo

della Direzione è stata definita nell'Atto Aziendale, deliberato con del. n. 175 del 15 giugno 2021.

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:

I 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:

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 e dal Direttore Amministrativo, 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 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 nuova 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, di Area Vasta 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. 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. Al fine di garantire comunque l'ottimale funzionalità e operatività delle funzioni e dei servizi è stata individuata, per ciascuna struttura, un'afferenza prevalente ad una delle 3 Direzioni.

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

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

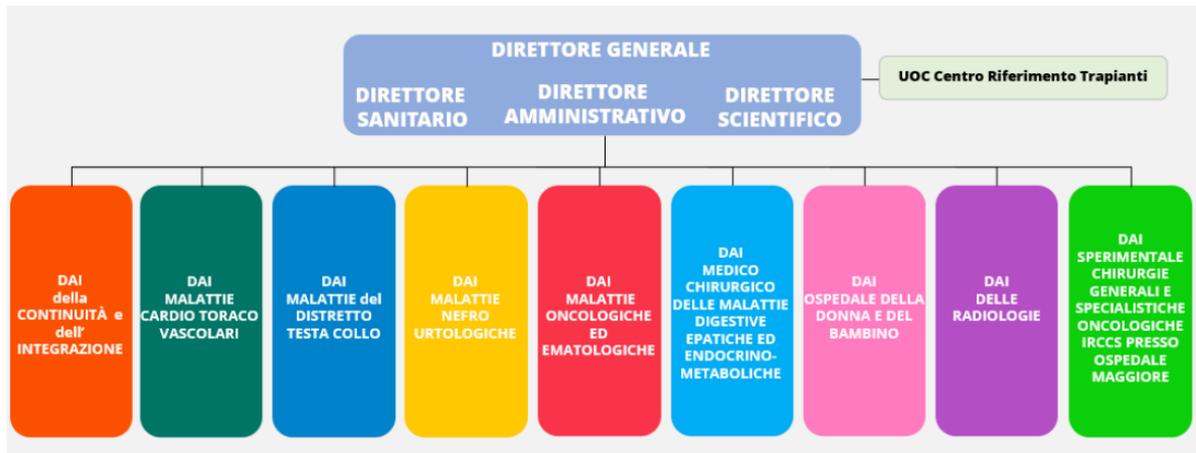


Figura 1: assetto dei DAI aziendali

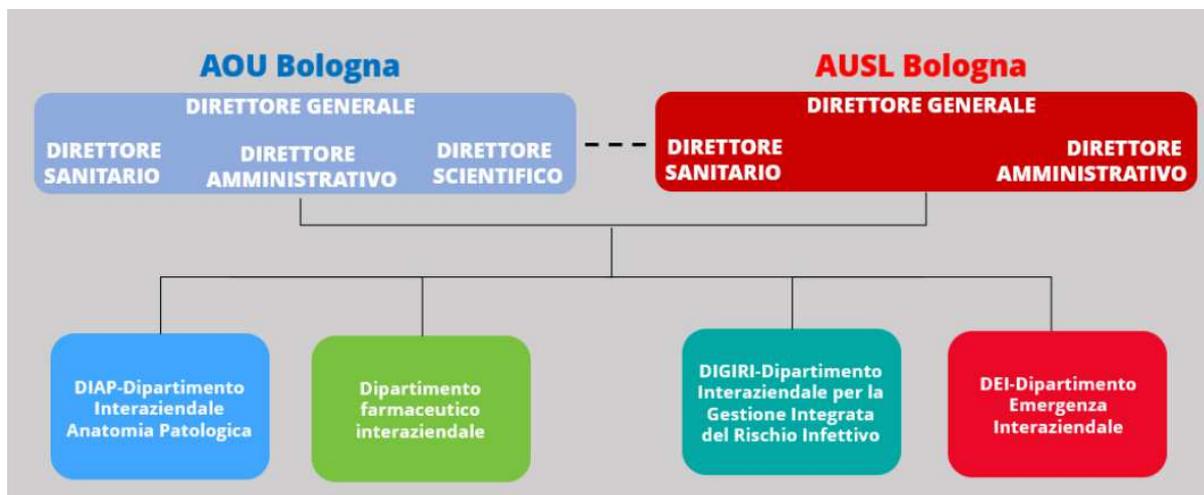


Figura 2: assetto dei Dipartimenti a valenza interaziendale

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

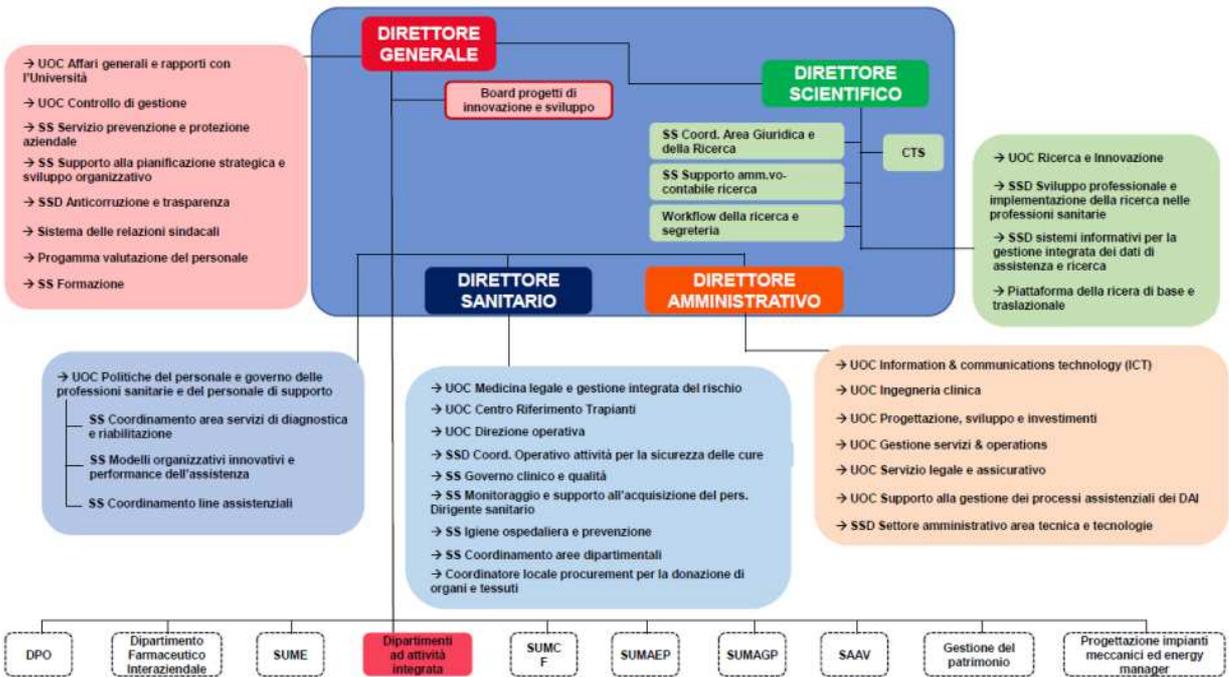
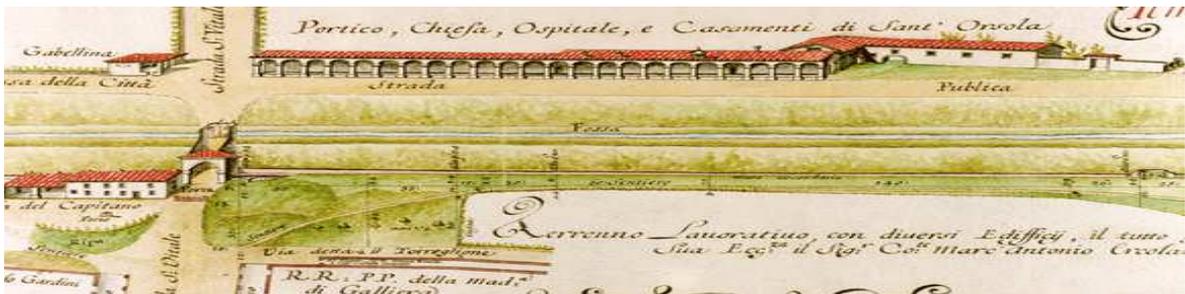


Figura 3: assetto della tecnostruttura

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: il complesso ospedaliero nella sua configurazione attuale ha una superficie costruita di circa 360.000 mq e una volumetria totale pari a circa 1.400.000 mc.

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:

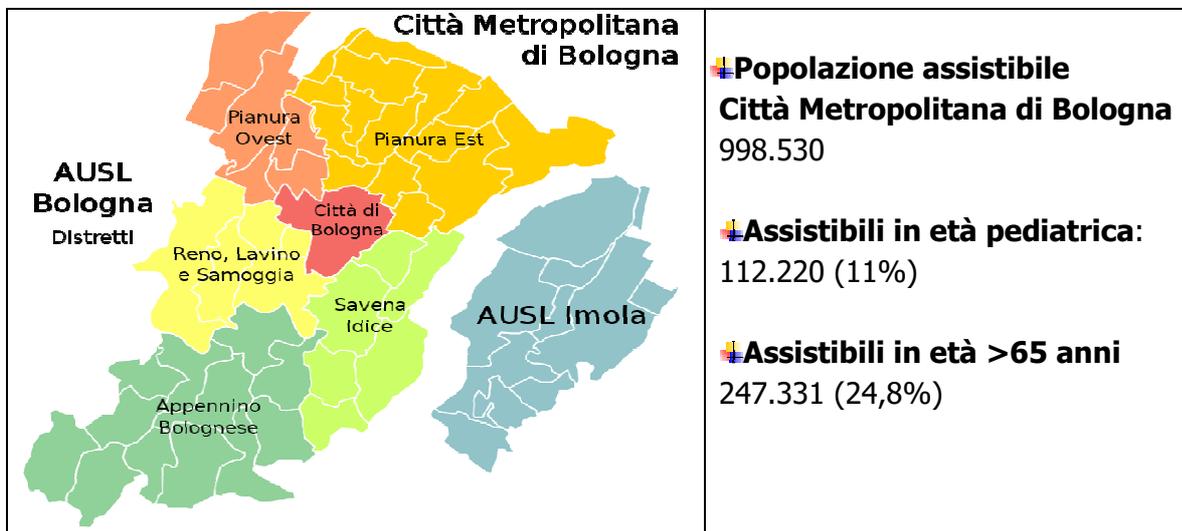
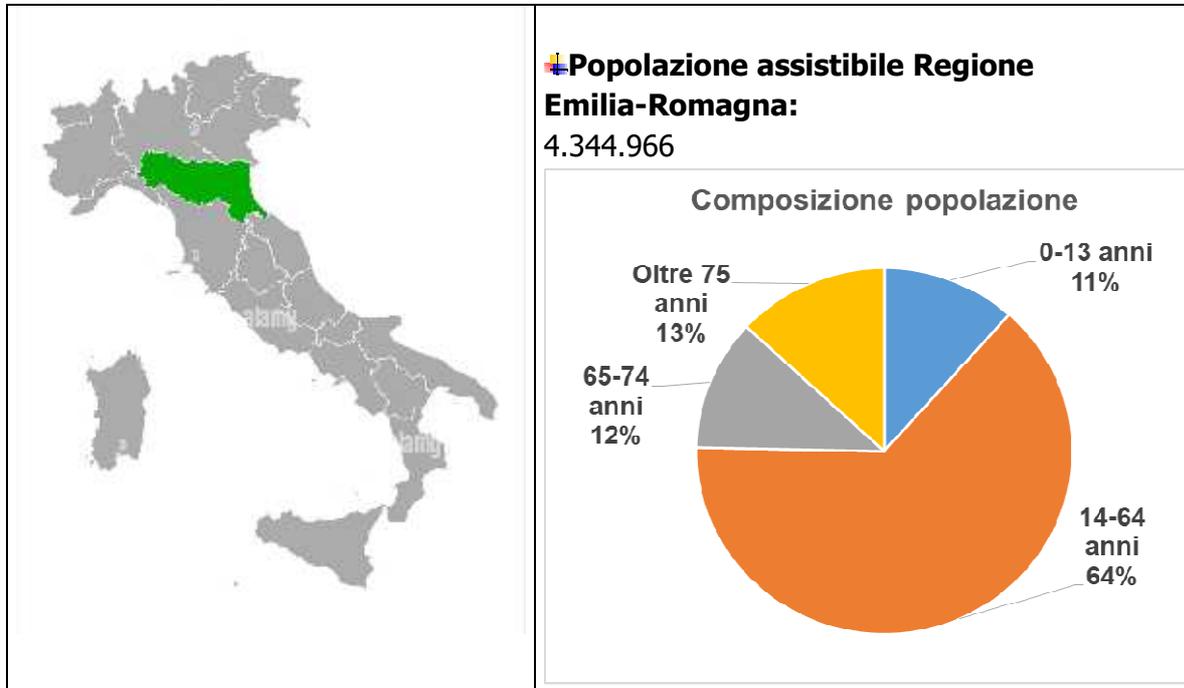
- il Polo Chirurgico (2010-2011),
- il Polo Cardio-Toraco-Vascolare (2015)
- la centrale termica di cogenerazione (2016), che si inserisce nell'ambito di un processo di rinnovamento tecnologico finalizzato alla sostenibilità ambientale ed economica.

Ulteriori investimenti oggi in corso di realizzazione o di progettazione consentiranno la riqualificazione delle strutture del Polo materno Infantile e di una importante parte delle degenze a servizio del Policlinico e la realizzazione di nuovi edifici quali il Polo delle Medicine e una nuova palazzina interamente destinata ad ambulatori



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 4.344.966, 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			
	2020	2021	2022
Città Metropolitana di Bologna	78%	77%	75%
Regione Emilia-Romagna	10%	11%	11%
Extraregione	12%	13%	14%

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Nell'ambito del territorio regionale operano aziende sanitarie pubbliche e del settore privato accreditato. Nel 2022 il 79% dei ricoveri e il 93% 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	28.620	7.791	36.411	79%	4.731.674	170.412	4.902.086	97%
PARMA	13.613	19.030	32.643	42%	3.860.835	416.382	4.277.217	90%
REGGIO EMILIA	53.286	6.240	59.526	90%	7.452.944	699.233	8.152.177	91%
MODENA	40.038	10.934	50.972	79%	9.087.222	487.649	9.574.871	95%
BOLOGNA	57.005	30.824	87.829	65%	10.543.594	793.765	11.337.359	93%
IMOLA	15.343		15.343		1.738.553	86.399	1.824.952	95%
FERRARA	10.716	6.461	17.177	62%	4.255.453	145.508	4.400.961	97%
ROMAGNA	137.959	46.968	184.927	75%	14.124.500	1.504.855	15.629.355	90%
AOSPU PARMA	41.297		41.297		1.852.662		1.852.662	
AOSPU MODENA	53.583		53.583		1.994.708		1.994.708	
IRCCS S. ORSOLA	54.021		54.021		3.372.636		3.372.636	
AOSPU FERRARA	29.732		29.732		1.330.421		1.330.421	
I.O.R.	17.015		17.015		206.288		206.288	
ALTRE REGIONI	16.597	20.590	37.187	45%	602.228	872.984	1.475.212	41%
TOTALE	568.825	148.838	717.663	79%	65.153.718	5.177.187	70.330.905	93%

Numero di prestazioni di ricovero e ambulatoriali a carico del SSR anno 2022 erogate da strutture pubbliche e private accreditate (Fonte dati Banca dati RER)

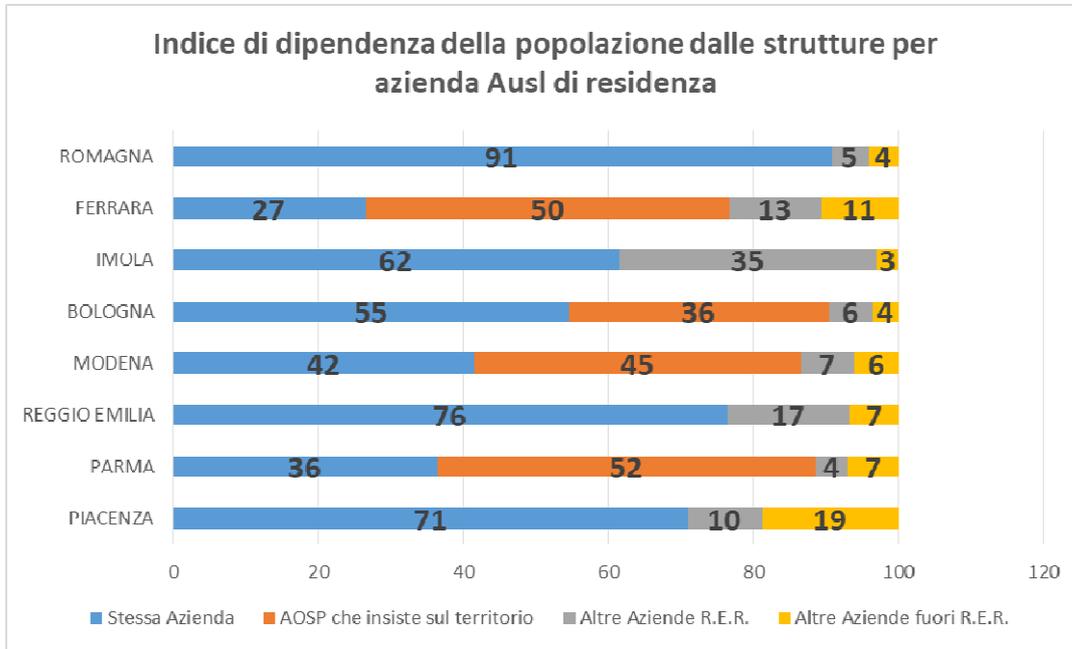
L'offerta di ricovero regionale, misurata dal numero medio di ricoveri per popolazione residente in regione, standardizzato per età (tasso di ospedalizzazione standardizzato) registra nel 2020 una significativa riduzione in conseguenza alla contrazione dei ricoveri causato dagli effetti pandemici dovuti al coronavirus Sars-Cov-2 e una ripresa negli anni successivi.

Azienda USL di residenza	2020	2021	2022
PIACENZA	110,6	119,3	121,4
PARMA	120,5	126,2	126
REGGIO EMILIA	110,3	115,3	119,6
MODENA	110,9	121,4	124,8
BOLOGNA	112,7	119,4	120
IMOLA	114,6	120,9	127,3
FERRARA	117,4	124,8	123,7
ROMAGNA	113,3	122,6	127,6
TOTALE	113,4	121,2	123,8

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

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

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.

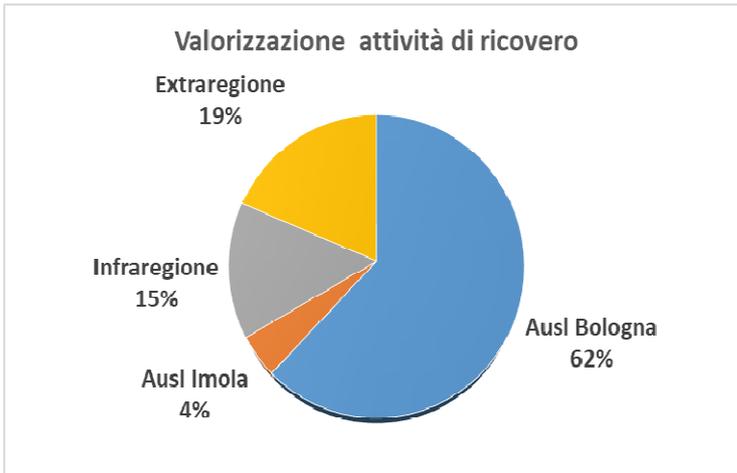


Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture per Ausl di residenza anno 2022
(Fonte dati banca dati RER)

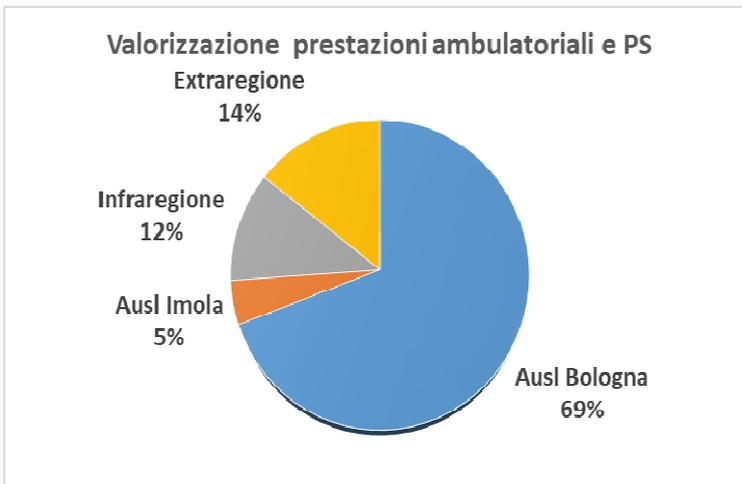
In questo contesto l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha un rilevante ruolo all'interno del contesto provinciale e regionale in termini di volumi di attività ma è altresì centro di attrazione di pazienti provenienti dal territorio nazionale.

I dati 2022 evidenziano che il 13% 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.

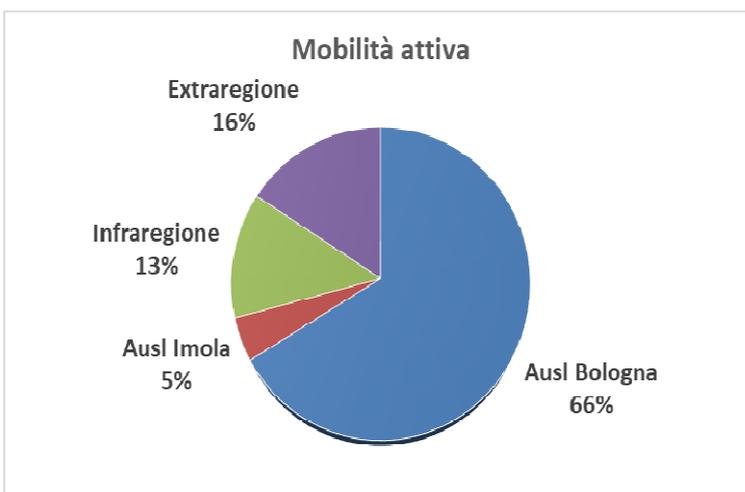
I principali dati relativi alla capacità attrattiva dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (AOU BO) per l'anno 2022 evidenziano i volumi riportati nei grafici a seguire.



IRCCS AOU Bologna: attività di ricovero per provenienza dei pazienti anno 2022 (Fonte dati Banca dati aziendale)



IRCCS AOU Bologna: attività di ricovero e ambulatoriale per provenienza dei pazienti anno 2022 (Fonte dati Banca dati aziendale)



IRCCS AOU Bologna: attività di ricovero, ambulatoriale, somministrazione farmaci per provenienza dei pazienti anno 2022 (Fonte dati Banca dati aziendale)

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

La mobilità attiva extraregionale proveniente da regioni confinanti, considerata fisiologica, rappresenta il 31% dei valori complessivi per l'attività di ricovero e il 37% per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

	Degenza			Ambulatoriale	
	N. ricoveri	Importo	Inc./Tot	Importo	Inc./Tot
Mobilità regioni di confine	2430	15.256.122 €	31%	4.983.874 €	37%
Mobilità altre regioni	5080	33.675.356 €	69%	8.597.073 €	63%
Totale	7510	48.931.478 €	100%	13.580.947 €	100%

IRCCS AOU Bologna: composizione dell'attrazione extraregionale anno 2022, ticket compreso (Fonte dati Banca dati aziendale)

La quota rilevante (69%) 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 la neurochirurgia e neurologia (è sede della neurochirurgia pediatrica interaziendale e della neurologia interaziendale –NeuroMet- con l'ISBN), il centro grandi ustionati e sistema 118. Il Policlinico di Sant'Orsola è inoltre centro di riferimento nazionale ed internazionale per numerose patologie. Le funzioni rispetto alle quali l'Azienda Ospedaliera è centro di riferimento regionale o centro di eccellenza, definite secondo il modello di sviluppo del sistema ospedaliero regionale hub&spoke (DGR 1267/2002) e atti deliberativi successivi sono le seguenti:

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
Terapia intensiva neonatale
Malattie rare in età evolutiva
Screening neonatale
Genetica medica
Centro di riferimento per le emergenze microbiologiche
Sindrome di Marfan
Centro immunoematologia avanzata
Neuropsichiatria infantile
Fisiopatologia della riproduzione umana
Chirurgia plastica
Chirurgia pediatrica
Nefrologia pediatrica per la gestione del paziente con insufficienza renale cronica
Centro per l'insufficienza intestinale cronica benigna
Centro hub intraaziendale per le neurofibromatosi
Centro per il trattamento della neoplasia ovarica

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Centro di III livello per la gestione della paziente affetta da endometriosi
Centro di riferimento regionale per la preservazione della fertilità nei pazienti oncologici
Centro di riferimento regionale per la diagnosi e trattamento delle malattie croniche intestinali
Centro per la chirurgia endoscopica dell'orecchio
Centro Interaziendale di Neurochirurgia Pediatrica
Centro Hub medico e chirurgico per i Tumori Stromali Gastrointestinali (GIST) e ai Sarcomi viscerali
Centro per l'utilizzo delle terapie avanzate CAR-T

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 province 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.

2.4 I dati di attività

Si riportano a seguire i principali dati di attività, economici e relativi alla dotazione organica del triennio 2019-2021-2022. Per i dati di attività e del personale viene inserito il valore osservato nel 2019, utile al confronto rispetto al periodo pre-pandemia da SarCov2.

ATTIVITA' DI RICOVERO		2019	2021	2022
DEGENZA ORDINARIA	Numero Posti Letto Medi	1239,6	1282,6	1219,3
	Giornate di degenza	382.322	375.586	368.006
	Durata media della degenza	7,42	8,5	8,36
	OM%	84,48%	81,06%	84,24%
	Ammessi	51561	44193	44021
	<i>Bologna e provincia</i>	39138 <i>75,91%</i>	33641 <i>76,12%</i>	32728 <i>74,35%</i>
	<i>Fuori Provincia</i>	4997 <i>9,69%</i>	4543 <i>10,28%</i>	4599 <i>10,45%</i>
	<i>Fuori Regione</i>	6828 <i>13,24%</i>	5518 <i>12,49%</i>	6067 <i>13,78%</i>
	<i>Stranieri</i>	598 <i>1,16%</i>	491 <i>1,11%</i>	627 <i>1,42%</i>
	Età media	54,3	54,6	54,5
	Dimessi	51549	44184	44020
	<i>Dimessi Medici</i>	30.254	25.316	23.838
	<i>Dimessi Chirurgici</i>	21295	18868	20181
	Peso Medio DRG Dimessi	1,398	1,596	1,566
	DAY HOSPITAL	Numero Posti Letto Medi	48,0	62,9
Giornate in Day Hospital		37.240	32.671	35.535
Giornate medie in Day Hospital		3,45	3,55	3,29
Ammessi		10798	9209	10799
<i>Bologna e provincia</i>		8014 <i>74,22%</i>	6823 <i>74,09%</i>	7858 <i>72,77%</i>
<i>Fuori Provincia</i>		1219 <i>11,29%</i>	1144 <i>12,42%</i>	1363 <i>12,62%</i>
<i>Fuori Regione</i>		1493 <i>13,83%</i>	1152 <i>12,51%</i>	1432 <i>13,26%</i>
<i>Stranieri</i>		72 <i>0,67%</i>	90 <i>0,98%</i>	146 <i>1,35%</i>
Dimessi		10798	9211	10799
<i>Dimessi Medici</i>		4186	3492	4013
<i>Dimessi Chirurgici</i>		6612	5719	6786
Peso Medio DRG Dimessi		0,866	0,872	0,883

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

ATTIVITA' CHIRURGICA		2019	2021	2022
ATTIVITA' CHIRURGICA	Numero complessivo di interventi	40421	34169	36473
	Ore di sala operatoria	89.878	71.661	78.290
	DM preoperatoria casi programmati	1,65	1,16	1,18
ATTIVITA' DI TRAPIANTO		2019	2021	2022
TRAPIANTI	Numero trapianti cuore	24	29	29
	Numero trapianti cuore rene		1	1
	Numero trapianti fegato	93	98	116
	Numero trapianti fegato rene	2	4	4
	Numero trapianti polmone	9	10	10
	Numero trapianti rene	114	127	112
	Numero trapianti midollo allogenico	70	60	66
	Numero trapianti midollo autologo	127	153	137
	Numero trapianti di cornea	19	10	256
ATTIVITA' AMBULATORIALE		2019	2021	2022
ATTIVITA' AMBULATORIALE	N Prestazioni per Esterni	3.922.307	3.730.421	4.064.060
ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO		2019	2021	2022
PRONTO SOCCORSO	N Accessi PS di cui:	149.899	117.094	135.511
	PS Generale	77.145	62.551	69.438
	PS Oculistico	24.418	17.849	20.837
	PS Ortopedico	13.091	8.933	11.153
	PS Ostetrico Ginecologico	11.718	9.297	9.751
	PS Pediatrico	23.527	18.464	24.332

Attività specialistica ambulatoriale esterni

Raggr. Prestazioni	2019		2021		2022	
	QTA	IMPORTO	QTA	IMPORTO	QTA	IMPORTO
VISITE	586.628	13.227.262	518.029	11.378.583	555.657	12.220.731
ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	20.789	1.067.839	19.401	971.507	12.648	733.808
DIAGNOSTICA STRUMENTALE/BIOPSIE	131.321	4.627.927	119.177	4.214.168	125.624	4.321.066
DIALISI	78.443	7.655.144	74.567	6.968.851	72.791	6.552.065
LABORATORIO	2.565.372	18.465.219	2.489.352	20.858.789	2.746.067	23.166.730
MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA	120.712	2.842.437	115.650	2.801.010	115.147	2.633.439
MEDICINA NUCLEARE	3.285	560.216	3.023	517.108	7.450	1.272.666
PET	9.793	12.516.683	10.106	12.904.414	11.130	14.203.470
DENSITOMETRIA OSSE	8.377	317.267	8.382	318.202	9.382	356.234
ECO-ECOCOLORDOPPLER	95.689	4.449.703	96.968	4.554.295	101.250	4.809.423
RX	86.473	1.870.901	68.837	1.533.958	78.023	1.753.076
RM	11.003	2.622.073	11.105	2.666.861	11.680	2.825.704
TC	43.267	5.096.096	46.374	5.614.600	50.461	6.203.084
RADIOTERAPIA	37.923	4.259.853	35.889	4.927.313	41.232	5.718.347
TERAPIA FISICA-RRF	8.745	70.154	5.252	43.025	4.266	31.905
CHEMIOTERAPIA	32.003	4.139.985	32.916	4.214.015	40.879	4.784.010
PREST TERAPEUTICHE/ CHIRURGICHE/MEDICHE	78.285	4.251.937	69.997	3.940.848	75.833	4.082.628
TRASFUSIONI	4.199	202.679	5.396	208.622	3.267	112.781
Totali	3.922.307	88.243.375	3.730.421	88.636.168	4.062.787	95.781.168

2.5 I dati economici

Si riportano le principali dimensioni del bilancio di esercizio 2022 e alcuni indicatori di composizione del conto economico, confrontato con gli anni precedenti:

- valore della produzione: 818,428 milioni di euro;
- costo del personale dipendente: 298,311 milioni di euro (IRAP compresa);
- acquisto beni e servizi: 443,186 milioni di euro;
- differenza fra valore e costi della produzione: +9,208 milioni di euro;
- risultato di esercizio: -8,061 milioni di euro, ripianato con DGR n. 841 del 29/05/2023;
- investimenti realizzati: 25,265 milioni di euro;
- uscita di cassa media mensile per pagamenti: 64,829 milioni di euro;
- l'indice di tempestività dei pagamenti è di -9,55 giorni.

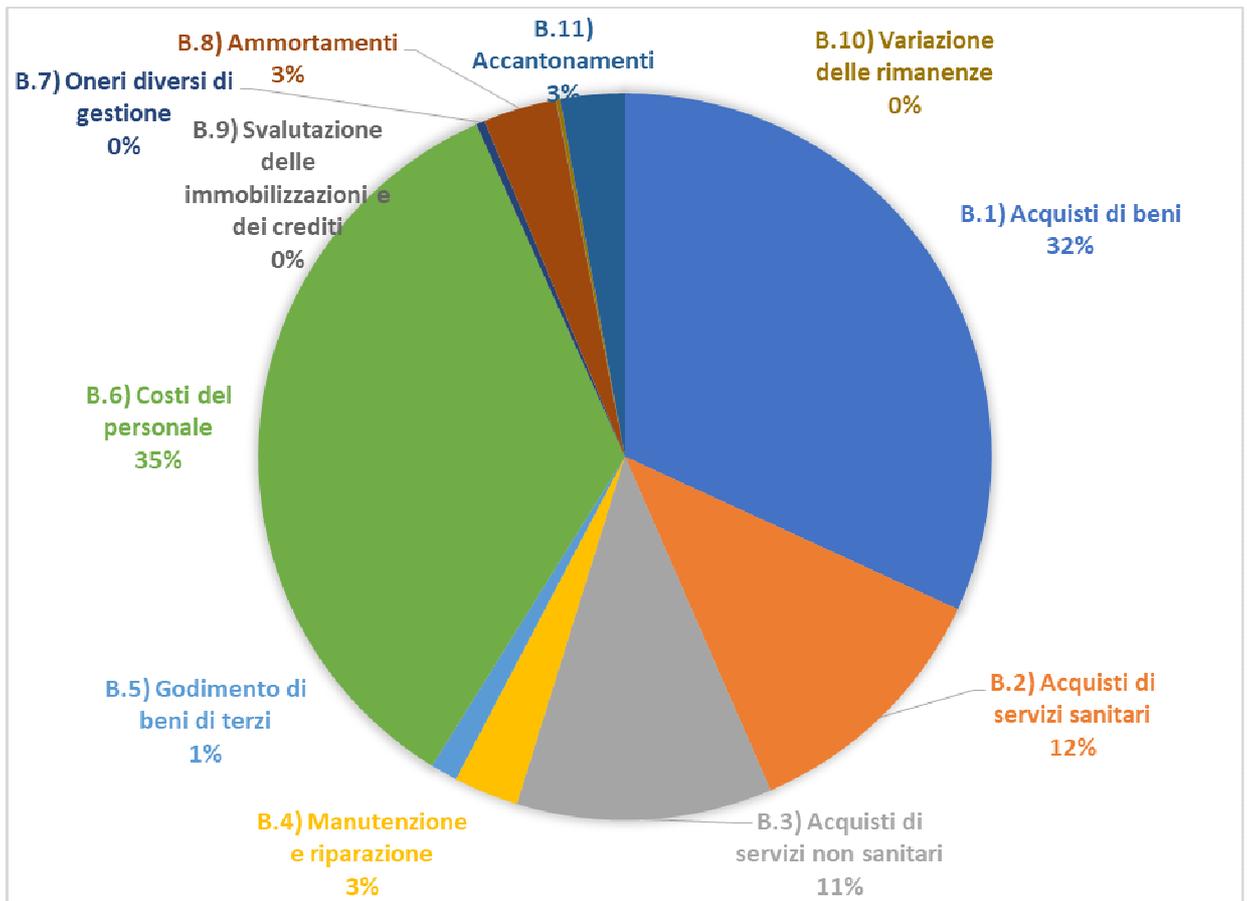


Grafico di composizione dei costi della produzione anno 2022

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Conto economico 2020 -2021 – 2022

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Consuntivo 2022	Consuntivo 2021	Consuntivo 2020	Variazione 2022/Consuntivo 2021	
				Importo	%
A.1) Contributi in c/esercizio	223.851.104	191.408.033	199.849.087	32.443.071	16,9%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.661.800	-3.373.496	-2.895.354	1.711.697	-50,7%
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	7.157.995	19.943.697	2.874.676	-12.785.702	-64,1%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	514.759.525	490.895.010	451.253.592	23.864.515	4,9%
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	45.003.556	19.504.669	21.189.119	25.498.887	130,7%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	6.405.581	5.934.729	4.912.922	470.852	7,9%
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	20.979.157	19.435.988	22.308.401	1.543.169	7,9%
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	9.553	55.032	15.449	-45.480	-82,6%
A.9) Altri ricavi e proventi	1.923.063	1.695.991	2.570.140	227.072	13,4%
Totale A) VALORE DELLA PRODUZIONE	818.427.733	745.499.653	702.078.032	72.928.080	9,8%
B.1) Acquisti di beni	258.103.618	250.770.735	227.918.099	7.332.883	2,9%
B.2) Acquisti di servizi sanitari	93.881.545	99.122.229	84.520.668	-5.240.684	-5,3%
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	91.200.416	65.141.764	60.123.853	26.058.652	40,0%
B.4) Manutenzione e riparazione	23.185.229	23.033.299	22.902.016	151.929	0,7%
B.5) Godimento di beni di terzi	9.637.215	7.634.624	5.872.103	2.002.590	26,2%
B.6) Costi del personale	279.416.097	270.710.445	251.130.957	8.705.653	3,2%
B.7) Oneri diversi di gestione	3.108.455	3.017.990	3.022.618	90.465	3,0%
B.8) Ammortamenti	26.176.505	24.680.925	27.573.524	1.495.580	6,1%
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	139.267	2.446.900	86.599	-2.307.633	-94,3%
B.10) Variazione delle rimanenze	1.417.266	671.087	-6.561.013	746.179	111,2%
B.11) Accantonamenti	22.954.609	13.767.020	11.080.107	9.187.589	66,7%
Totale B) COSTI DELLA PRODUZIONE	809.220.221	760.997.018	687.669.529	48.223.202	6,3%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	9.207.513	-15.497.365	14.408.503	24.704.878	-159,4%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-265.945	-233.507	-303.188	-32.438	13,9%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	-	-	-		
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	3.138.595	34.859.068	3.838.456	-31.720.473	-91,0%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	12.080.163	19.128.197	17.943.771	-7.048.034	-36,8%

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Consuntivo 2022	Consuntivo 2021	Consuntivo 2020	Variazione 2022/Consuntivo 2021	
				Importo	%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	20.141.386	19.126.159	17.936.673	1.015.227	5,3%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-8.061.223	2.037	7.097	-8.063.260	-395777,8%

Per la completa descrizione delle dinamiche economiche aziendali si rimanda al Bilancio di Esercizio e relativa nota integrativa (delibera 131 del 28 aprile 2023 e delibera 132 del 4 maggio 2023). A seguire si riporta lo schema di conto economico (ex Dlgs 118/2011) anni 2020-2021-2022 e il piano degli investimenti 2023-2025.

Piano degli investimenti

IMPIEGHI

	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare nel 2024 (€)	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Interventi con progettazione a base di gara approvata dall'Azienda o con lavori in corso di realizzazione.	25.058.124,09 €	18.276.540,04 €	13.913.000,00 €	454.103,00 €
Interventi con Piano di fornitura approvato o in corso di installazione				
Lavori	17.517.023,80 €	12.852.211,21 €	13.913.000,00 €	454.103,00 €
Tecnologie_biomediche	6.676.129,94 €	5.424.328,83 €		
Tecnologie_informatiche	864.970,35 €			
Interventi in corso di progettazione con copertura finanziaria	812.777,73 €	2.750.000,00 €	4.150.000,00 €	78.750.000,00 €
Lavori	262.777,73 €	2.750.000,00 €	4.150.000,00 €	78.750.000,00 €
Tecnologie_biomediche	550.000,00 €			
Interventi che l'Azienda intende realizzare non ricompresi in Scheda 1 e 2 , in attesa di copertura finanziaria	3.590.000,00 €	3.230.000,00 €	4.850.000,00 €	105.420.000,00 €
Lavori	3.590.000,00 €	3.230.000,00 €	4.850.000,00 €	105.420.000,00 €

FONTI DI FINANZIAMENTO

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	€ 31.373.972	€ 12.527.865	€ 4.250.000	€ 550.000	€ 48.701.837
mutui	€ 844.944				€ 844.944
contributi in conto esercizio	€ 4.913.000				€ 4.913.000
altre forme di finanziamento	€ 5.585.198	€ 437.564	€ 2.912.778		€ 8.935.540
donazioni e contributi da altri soggetti	€ 1.301.414				€ 1.301.414
Finanziamento Accesso al Fondo DL 50/2022 Aiuti	€ 263.707				€ 263.707
TOTALE INVESTIMENTI IN CORSO DI REALIZZAZIONE E DI PROGETTAZIONE	€ 44.282.235	€ 12.965.429	€ 7.162.778	€ 550.000	€ 64.960.442

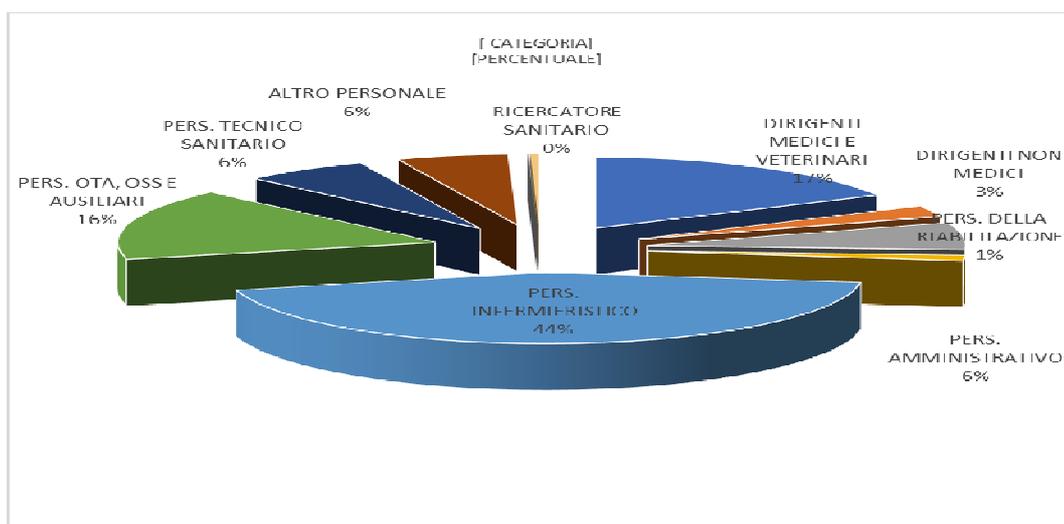
2.6 Il personale

Il personale presente all'interno dell'IRCCS AOU di Bologna al 31.12.2022 è di 5.708 unità ed il personale universitario è pari a 250 unità.

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	79	35	114	768	147	915	1.029
DIRIGENTI NON MEDICI	8	1	9	130	10	140	149
PERS. AMMINISTRATIVO			-	342	27	369	369
PERS. DELLA RIABILITAZIONE	2		2	72		72	74
PERS. INFERMIERISTICO-ALTRO			-	8		8	8
PERS. INFERMIERISTICO-IP	26		26	2.520	1	2.521	2.547
PERS. INFERMIERISTICO-OST				65	3	68	68
PERS. OTA, OSS E AUSILIARI	14		14	955		955	969
PERS. TECNICO SANITARIO	1		1	67	3	70	71
PERS. TECNICO SANITARIO-LAB			-	128	11	139	139
PERS. TECNICO SANITARIO-RAD			-	164	6	170	170
COLLAB. PROF.LE RICERCA SANITARIA	24		24				24
RICERCATORE SANITARIO	3		3				3
ALTRO PERSONALE	16		16	316	6	322	338
Totale complessivo	173	36	209	5.535	214	5.749	5.958

Composizione del personale dipendente e universitario integrato al 31.12.2022



Composizione di genere e fasce di età: la rappresentazione del personale dipendente al 31/12/2022, distinto per genere e classi di età, viene evidenziata nella tabella seguente:

PERSONALE DIPENDENTE PER FASCIA DI ETA' AL 31.12.2022							
SESSO	fascia di età					Totale complessivo	% DI GENERE SUL TOTALE
	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65		
F	960	964	1111	1049	68	4152	70%
M	356	486	445	447	72	1806	30%
Totale	1316	1450	1556	1496	140	5958	100%
% CLASSI DI ETA' SUL TOTALE	22%	24%	26%	25%	2%	100%	

Da un confronto con l'omologa tabella riferita alla data del 31 dicembre 2019, emerge un lieve aumento della composizione percentuale di genere femminile: 69,05% nell'anno 2019 e 79,95% nell'anno 2022. Si registra un incremento dei dipendenti con meno di 35 anni, con incrementi omogenei per genere, dovuti principalmente alle numerose assunzioni di personale sanitario. 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.

Al personale dipendente ed universitario in convenzione al 31/12/2022 si aggiungono i contratti di lavoro atipico (collaborazione coordinata e continuativa e libero professionale), pari a 41 unità. Per questi ultimi, va evidenziata una netta e costante riduzione rispetto ai 272 attivi al 31/12/2019, frutto anche di azioni di stabilizzazione di rapporti di lavoro atipico messe in atto negli ultimi anni.

Risulta necessario evidenziare il crescente numero di personale titolare di borsa di studio, passato da 29 unità nel 2019 a 111 contratti attivi al 31.12.2022, connessi al potenziamento della ricerca a seguito del riconoscimento ad IRCCS.

La prevalenza dei contratti di smart working al 31.12.2022 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

I Comitati Unici di Garanzia (CUG) delle tre aziende sanitarie bolognesi (IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, Ausl Bologna e IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna), per promuovere la parità di genere, hanno evidenziato la necessità di rilevare i bisogni e le esigenze diversificate per donne/uomini, conoscere i fenomeni di segregazione e discriminazione di genere, gli stereotipi, ecc. che sotto differenti profili interessano sia i lavoratori e le lavoratrici che i e le pazienti ed avviare un dibattito su questi temi, nonché progettare interventi in ottica di genere e valutare l'impatto delle politiche aziendali e pubbliche su donne e uomini.

Da tale esigenza, nasce l'obiettivo comune della redazione del primo Bilancio di genere, obiettivo presente anche nel Piano delle Azioni Positive che nel Gender Equality Plan delle tre aziende sanitarie.

I CUG delle aziende sanitarie bolognesi hanno quindi concordato di avviare un percorso formativo congiunto e trasversale al fine di predisporre il bilancio di genere di prossima pubblicazione.

3 Gli impegni strategici per valore pubblico e performance

L'ultimo triennio è stato caratterizzato da 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. L'ultimo anno è stato ancora significativamente condizionato dalla particolare complessità del contesto; in particolare la pandemia da Covid-19 ha continuato ad incidere sui volumi di attività e sui livelli di assorbimento delle risorse con impatti sulla struttura dei ricavi da prestazioni e dei costi dell'Azienda. In tale contesto, di grande cambiamento 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.

I prossimi anni si annunciano non meno impegnativi degli anni pregressi. La Direzione Generale e i Dipartimenti dovranno proseguire il percorso di realizzazione degli obiettivi di mandato definiti dall'Assessorato alla Politiche per la Salute (DGR 1568/2019), formulati sulla base del Programma di mandato della Giunta della Regione Emilia-Romagna. La programmazione aziendale e locale viene formulata tenendo conto degli elementi di contesto nazionale e regionale in particolare:

1. Le "Linee di programmazione e di finanziamento della Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2022 e 2023 (DGR 1772/2022, DGR 1237/2023);
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.

Il riconoscimento ad Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) annovera l'Azienda fra gli ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità e svolgono attività di eccellenza. Nel prossimo triennio la Direzione Generale e la Direzione Scientifica saranno impegnate a predisporre e realizzare il piano di sviluppo triennale della ricerca con contestuale revisione delle linee di ricerca e ridefinire l'assetto dell'infrastruttura della ricerca.

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:

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

Gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori e gli strumenti per la misurazione della performance aziendale nelle sue diverse dimensioni, sono stati esplicitati nel *piano integrato di attività e organizzazione* che rappresenta il documento di programmazione triennale previsto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento.

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.

I Dipartimenti ad Attività Integrata, con il supporto della rete del governo clinico, della qualità e della formazione, sono gli ambiti di informazione e coinvolgimento dei professionisti nelle fasi principali del processo di budget, nella condivisione degli obiettivi e delle azioni individuate per la relativa realizzazione.

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 clinico
- 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 e della formazione

▣ Dimensione di programmazione della sostenibilità

- Sottosezione di programmazione economico finanziaria
- Sottosezione di programmazione degli investimenti
- Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica

3.1 Sezione di Programmazione: Dimensione dell'utente

3.1.1. Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda

Il piano integrato di attività e organizzazione 2023-2024 individua per la sotto sezione di programmazione dell'accesso e della domanda i principali obiettivi definiti dal piano regionale per il governo dei tempi di attesa.

Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero

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 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;
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;
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, si intende uniformare le modalità di contatto

dei pazienti e cittadini, nonché garantire 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 rinvii, 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. Per garantire trasparenza e il rispetto dei criteri di priorità dell'accesso si procederà condividendo con il privato accreditato i criteri di selezione e di invio della casistica;
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.

A seguire si riporta il trend atteso nel prossimo triennio 2023-2025 rispetto agli indicatori di performance sui tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate.

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Target Regionale 2023	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Tempi di attesa retrospettivi casi oncologici: % casi entro i tempi	68%	80%	90%	Miglioramento	La performance 2022 è ancora condizionata dall'impatto della pandemia che ha condizionato i volumi di attività chirurgica
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi	54%	85%	85%	Miglioramento	
Tempi di attesa retrospettivi per le prestazioni monitorate della cardiologia e chirurgia vascolare: % casi entro i tempi	58%	85%	90%	Miglioramento	
Tempi di attesa retrospettivi per le prestazioni monitorate della chirurgia generale: % casi entro i tempi	33%	Accssi56%	75%	Miglioramento	

Facilitazione all'accesso 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 continuamente, 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.

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:** contribuire con la propria parte di attività e relativamente alle proprie specialità 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).

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.
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 rinvii 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.
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. 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).

5. **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.

6. **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 alla 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).

7. **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.

8. **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 l'azienda è impegnata nel miglioramento delle attività di gestione con implementazione dell'informatizzazione del processo per renderlo più efficiente anche in considerazione delle attività interaziendali, fortemente sviluppate negli ultimi anni in collaborazione con azienda USL. Dallo sviluppo dell'informatizzazione ci si attende anche un miglioramento nel processo di verifica e controllo sulla corretta erogazione dell'attività.**

Televisita e telemedicina

In attuazione della delibera della Giunta Regionale n.1227/2021, continua lo sviluppo della telemedicina, attraverso azioni aziendali volte a promuovere e diffondere le informazioni relative alla possibilità di attivazione di prestazioni a distanza e a rendicontare quanto avviato per un migliore governo delle attività. In questo ambito sono

programmate iniziative volte a individuare le aree più idonee all'erogazione delle prestazioni di televisita e a facilitare il percorso di gestione della fase di erogazione con uno specifico supporto amministrativo e tecnico sia ai professionisti sia a cittadini (nell'osservanza della normativa sul trattamento dei dati personali effettuato tramite gli applicativi che consentono la televisita, teleconsulto e telemonitoraggio, adottando misure tecniche e organizzative adeguate).

Con lo scopo di mantenere l'allineamento con l'Azienda USL di Bologna, sono programmati incontri periodici di confronto e condivisione sullo stato dei lavori anche allo scopo di progettare interventi integrati in ambito metropolitano.

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 trasversale composto da professionalità diverse che affrontano queste tematiche in maniera coordinata con le azioni previste sugli edifici e gli spazi esterni ed interni, sull'orientamento all'interno del campus, sull'uso degli strumenti informatici.

In particolare per quanto riguarda i processi e le attività rivolte all'utente, l'Azienda è impegnata:

- nella revisione del ruolo del personale addetto all'accoglienza e all'accesso attraverso un programma di formazione che punta sulla logica dell'accoglienza dinamica (ovvero andare verso l'utente piuttosto che attendere che l'utente si rivolga ai punti di accoglienza) e sullo stimolo verso il concetto di "presa in carico" diffusa nei diversi processi;
- nella ridefinizione dell'assetto degli attuali "punti informativi" che dovranno evolvere verso "punti di accoglienza" qualora interni ai padiglioni;

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

- nella ridefinizione delle attività e della mission della centrale telefonica prevedendone una evoluzione verso un call center aziendale;
- nell'integrazione delle attività dei futuri "punti di accoglienza" con il front office dedicato alla gestione dell'attività amministrativa a supporto della specialistica ambulatoriale;
- nell'integrazione delle attività del futuro call center aziendale con quello dedicato alla prenotazione delle prestazioni ambulatoriali su percorsi interni.

Sul versante degli "strumenti" a supporto dei processi dedicati all'accoglienza e accesso, proseguono le attività per l'implementazione delle funzioni dell'app easy hospital e proseguono le attività per la realizzazione del progetto europeo ecoquip+ che porteranno all'introduzione nel sistema di accoglienza di operatori virtuali gestiti con sistemi di intelligenza artificiale.

A seguire si riportano gli indicatori di monitoraggio della performance e il trend atteso per il triennio 2023-2025. 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 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg (AUSL BO)	96,24	86,58	94,76	81,92	86,92	84,31		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)	99,53	96,88	97,06	93,44	92,31	92,45		
Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg (AUSL BO)	99,93	91,44	99,9	89,5	99,87	88,71		
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi (AUSL BO)	91,82	83,13	92,58	79,61	86,57	76,77		
% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo (AUSL BO)	92,49	80,36	91,87	81,85	97,34	89,75		

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi (AUSL BO)	97,72	83,66	97,71	81,68	96,72	79	
% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte (AUSL BO)		96,67	96,56	96,95	98,32	98,23	Monitoraggio

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2023

Tempi attesa e garanzia dell'accesso in Emergenza Urgenza

La Delibera di Giunta Regionale n. 1230 del 02 agosto 2021, che ha revisionato il sistema di triage delle Aziende Regionali, ha sottolineato l'importanza di sviluppare percorsi attivabili direttamente dal triage quali percorsi diagnostici terapeutici rapidi di Fast Track e i percorsi See & Treat.

Si definisce Percorso di "Fast Track (FT)" un percorso che prevede la possibilità di indirizzare alcune specifiche tipologie di pazienti, a bassa complessità, direttamente dal Triage allo specialista di riferimento, con il vantaggio di evitare un percorso di cura all'interno del PS e di migliorare i tempi di attesa, permanenza e soddisfazione dell'utente. L'IRCCS svilupperà FT in ambito urologico e chirurgico oltre che implementare le fasce orarie e rivalutare la tipologia di pazienti eleggibili dei FT di otorinolaringoiatria e dermatologia.

Tali percorsi FT saranno attivati dall'infermiere di Triage sulla base di procedure aziendali per uno specifico bisogno di salute dell'utente che generalmente trova risposta risolutiva (con conclusione del percorso) nello specialista di riferimento.

I percorsi "See & Treat" si riferiscono ad ambulatorio a gestione infermieristica dedicati ai codici minori del Pronto Soccorso. Si tratta di un progetto pensato per decongestionare il Pronto Soccorso, affidando agli infermieri i codici minori secondo un modello di risposta assistenziale a urgenze minori e predefinite, che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici per il trattamento di problemi clinici preventivamente individuati. E' un percorso quindi esclusivamente applicabile alla gestione della casistica a bassa intensità di cura e bassa complessità diagnostica che permetterà una rapida permanenze in PS.

Sempre per rendere più veloci i tempi di permanenze in PS si sta avviando 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 permetterà al paziente di risparmiare tempo in modo da avere gli esami di laboratorio standard già refertati nel momento della presa in carico medica.

Sviluppo di modelli di presa in carico delle casistiche di minor gravità clinica tramite ambulatori di bassa complessità

Nell'anno 2022 presso i Pronto Soccorso dell'IRCCS sono stati accettati complessivamente 44.100 pazienti con codice bianco (32%) e 53.100 pazienti con codice verde (39%). Di questi pazienti solo 4.300 hanno necessitato di un ricovero (25% dei ricoveri totali). Partendo dall'analisi che il 70% degli accessi in urgenza genera non più del 25% dei ricoveri totali, la Regione Emilia-Romagna sta riorganizzando la rete dell'emergenza-urgenza introducendo i CAU (Centri di Assistenza Urgenza).

Nelle linee progettuali i CAU sono:

- Strutture territoriali dotate di personale medico, infermieristico e, se necessario, OSS;
- Dotate di capacità diagnostica (strumentale, imaging e laboratorio);
- Dotate di supporto specialistico (anche con telemedicina);
- Aperte h 24;
- Accolgono pazienti con problemi urgenti a bassa complessità;
- Coprono mediamente un bacino da 35.000 a 75.000 abitanti.

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.

L'IRCCS svilupperà di concerto con l'AUSL di Bologna tale progettualità per riorganizzare l'assistenza in emergenze-urgenza dell'area metropolitana di Bologna fornendo spazi e servizi di supporto all'eventuale attivazione di un CAU presso il policlinico.

Ottimizzazione dei tempi all'interno del percorso di pronto soccorso

L'Azienda, in ragione dei notevoli cambiamenti organizzativi che si prospetteranno 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 dovrà 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". In particolare il medico d'area sarà la figura senior in PS che insieme al "flussista" garantirà e supervisionerà le fasi del percorso del paziente dall'accettazione alla dimissione relazionandosi con i colleghi in turno, con il servizio di bed management e con gli

specialisti. Presso il PS Generale verrà poi potenziata la presenza del personale del servizio di bed management per agevolare il flusso verso le aree di degenza.

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.

In particolare, per i pazienti anziani, a rischio di perdita di autonomia, è attivo un progetto di ricerca regionale "Valutazione dei nuovi modelli organizzativi/assistenziali in Pronto soccorso". Il ruolo del team geriatrico nel facilitare il workflow per i pazienti anziani nel Dipartimento di Emergenza Urgenza ha effetti sui "ricoveri e sulla presa in carico territoriale" con lo scopo di valutare una maggiore appropriatezza del ricovero, la presa in carico specialistica e in alternativa di garantire il rientro al domicilio o nelle strutture territoriali con il supporto dell'infermiere di continuità. In collegamento con questo progetto di ricerca sarà sviluppato un percorso clinico organizzativo che permetta fin dal triage l'identificazione del paziente fragile con rischio di dimissione difficile. Il paziente verrà quindi sottoposto a scala di valutazione specifiche (TRST) e indirizzato al setting assistenziale più adeguato dopo consulenza geriatrica.

La presenza presso il PS Generale della figura dell'infermiere di continuità agevolerà inoltre la dimissione al domicilio o presso strutture residenziali non ospedaliere dei pazienti che non necessitano di assistenza ad alta intensità e per portare le cure più vicino a casa.

Saranno inoltre oggetto di azioni di miglioramento:

- i percorsi di accesso dei pazienti per prestazioni radiologiche e del pneumotorace in emergenza urgenza;
- i percorsi di accesso alle cure in emergenza urgenza in ambito pediatrico e ginecologico;
- il progetto per la gestione dell'arresto cardiaco improvviso;
- il progetto di oncologia territoriale.

Dovrà inoltre essere migliorata la rilevazione dei dati di attività e l'utilizzo della reportistica per sviluppare audit su tematiche clinico-organizzative con particolare riferimento alla gestione in emergenza di patologie rilevanti (es. infarto, traumi, sepsi, stroke). I sistemi informativi saranno impegnati nel monitoraggio del tempo di boarding e di processo, nonché adeguare il flusso informativo EMUR per permettere il monitoraggio del tempo di attesa dei pazienti dichiarati ricoverabili.

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	81,2	81,77	72,92	77,55	64,81	73,94	Miglioramento	
% abbandoni dal Pronto Soccorso	3,53	3,91	3,74	4,73	5,38	6,11	Monitoraggio	
Tasso std di accessi in PS (AUSL BO)		270,92	334,61	306,47	378,17	349,02		
Indice di filtro del PS	33,65	22,82	31	21,41	26,06	19,49	Miglioramento	
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG (AUSL BO)	106,43	110,51	111,95	115,45	113,47	119,4		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2023

Azioni a supporto dell'equità

L'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Policlinico di Sant'Orsola si è fatto promotore di attività e momenti di confronto funzionali con le Aziende dell'Area Vasta Emilia Centro e con il servizio Innovazione nei servizi sanitari e sociali della Regione Emilia-Romagna. L'effetto è stato la costituzione di un Gruppo di Referenti Equità AVEC che si è posto l'obiettivo di attivare un necessario percorso formativo sull'Health Equity Audit e sull'approccio Equity Oriented nelle aziende. Nel 2022 l'IRCCS ha ridefinito la composizione del Board dell'Equità ed elaborato nel 2023 un Piano Aziendale dell'equità, a valenza triennale che si prevede si completerà nel 2025.

Di seguito si riportano sinteticamente le tematiche comprese nel Piano con le rispettive tempistiche di sviluppo. Alcuni di queste sono condivise con AUSL in quanto Azienda maggiormente coinvolta nell'ambito di prevenzione, per mission e specifica organizzazione e con il sopramenzionato servizio Innovazione nei servizi sanitari e sociali della Regione Emilia-Romagna.

Formazione	
Corso regionale: Valutare e programmare in termini di equità: l'Health Equity Audit applicato al Piano Regionale della Prevenzione Applicazione metodologia HEA sullo screening della cervice (oggetto di lavoro di gruppo con AUSL sia durante il corso sia localmente)	2022 – 2023
Screening oncologico	

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Fattibilità circa l'estensione dello screening ca-cervice nella popolazione con incongruenza di genere e con cambio anagrafico già effettuato da F a M (AFAB), in collaborazione con associazione MIT e AUSL	2023-2024
Promozione screening ca mammario nell'ambito della disforia di genere (AMAB)	2023-2024
Salute riproduttiva	
Ottimizzazione contraccezione post IVG	2023-2024
Ottimizzazione contraccezione post-partum (counseling contraccettivo al momento del parto per spaziare le gravidanze)	
Non autosufficienza – accessibilità	
Studio di fattibilità per un accesso "in accompagnamento" e "facilitato" dell'anziano affetto da disturbi cognitivi e i caregiver, presso l'ambulatorio CDCD dell'AOU-BO	2023-2024
Contrasto alla violenza di genere	
Accoglienza e presa in carico in Pronto soccorso delle donne che subiscono violenza di genere – adulte e minori. Recepire le Raccomandazioni di cui alla DGR n. 1712/2022	2023
Opportunità offerte dalla tecnologia digitale	
Valutazione delle dimensioni equity nell'ambito della telemedicina per la migliore fruizione del servizio	2023-2025
Equity oriented nell' accesso alla struttura ospedaliera	
Ricognizione dei bisogni relativi alla popolazione afferente al Policlinico. Analisi dei dati e proposte anche in collaborazione con progetto Hospital of Tomorrow	2023-2025

Inoltre, l'Azienda sta implementando progetti di collaborazione con le istituzioni e gli stakeholder della Città di Bologna negli ambiti di promozione e partecipazione a iniziative volte alla sensibilizzazione verso il tema "Equità e salute":

Iniziative nell'ambito del patto generale di collaborazione per la promozione e la tutela dei diritti delle persone e della comunità LGBTQIA+ nella città di Bologna	
Coinvolgimento partecipativo delle funzioni aziendali nell'evento formativo SALUTE E BENESSERE NELLA POPOLAZIONE LGBTQIA+ (promotori: Comune di Bologna e IRCCS AUO-BO; partecipanti: AUSL IOR e Associazioni LGBTQIA+)	2023
Partecipazione a iniziative – laboratori promossi dalle Associazioni LGBTQIA+ (secondo calendario che sarà definito)	2023 -2024

L'Azienda inoltre:

- partecipa agli incontri regionali in materia di "Diversity management" e recepirà le indicazioni che verranno promosse;
- ha identificato un referente aziendale Health Literacy per le attività in merito.

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 materno-infantile e pediatrico

Nell'ambito Materno Infantile e Pediatrico sono previste le seguenti attività, come da mandato regionale:

- sviluppo del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della sindrome delle apnee ostruttive del sonno in età pediatrica. Sono iniziati gli incontri con gruppo di lavoro aziendale, si prevede di completare il documento entro fine 2023;
- sviluppo del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale (PDTAI) per pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) dell'Età Evolutiva. Sono in corso gli incontri con il gruppo interaziendale per la stesura del documento;

- audit sul PDTAI per la presa in carico del paziente pediatrico con diabete e il monitoraggio degli indicatori;
- redazione della Procedura Interaziendale sulla circoncisione rituale/culturale in applicazione della DGR 1228 del 2-8-2021 (effettuato il primo incontro con il gruppo di lavoro interaziendale);
- revisione del PDTAI sulla Labiopalatoschisi;
- revisione e sviluppo in ambito interaziendale con AUSL BO del PDTA per la presa in carico della paziente con Endometriosi;
- audit per il mantenimento dei requisiti CNT/CNS per la Procreazione Medicalmente Assistita;
- 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).

Per quanto riguarda i percorsi di presa in carico dei **piccoli pazienti affetti da Sarcoma dell'osso e dei tessuti molli**, l'IRCCS IOR e l'IRCCS AOU S. Orsola con la Regione Emilia-Romagna stanno definendo un progetto assistenziale integrato al fine di garantire un'offerta delle funzioni specialistiche pediatriche necessarie alla gestione del sottoinsieme di casistica di maggiore complessità e resa completa dall'integrazione delle competenze presenti diversamente nei due IRCCS. Nell'ambito di tale progetto è stata prevista l'istituzione di posti letto IOR da collocarsi presso la SC Oncoematologia Pediatrica del Policlinico di S. Orsola. Tale soluzione consente di garantire l'afferenza della casistica in oggetto all'Istituto Ortopedico Rizzoli, fornendo al contempo una risposta più integrata ai bisogni dei pazienti più complessi e fragili dal punto di vista assistenziale con una maggior facilità di accesso a tutte le competenze specialistiche per l'età pediatrica.

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 catetere venoso centrale 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.

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.

In particolare, per lo **sviluppo della Rete locale oncologica ed emato-oncologica** le Direzioni hanno affidato, di comune accordo, ai rispettivi Direttori dei dipartimenti oncologici il coordinamento di gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari volti a strutturare percorsi di integrazione sulle maggiori patologie oncologiche. Tali gruppi di lavoro analizzeranno punti di forza e di debolezza del contesto attuale dalla fase di accesso, alle fasi diagnostico terapeutiche, di follow up, di malattia avanzata, assistenza territoriale e digitalizzazione. Al termine dell'analisi saranno declinate delle proposte operative per lo sviluppo e il consolidamento dell'oncologia di prossimità e l'implementazione del raccordo tra i livelli ospedaliero e territoriale. Si recepisce l'indicazione di sviluppare ed integrare i percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali in ambito metropolitano.

Anche per la realizzazione del **Dipartimento oncologico ed emato-oncologico metropolitano** è in via di definizione un gruppo di lavoro interaziendale coordinato dai Direttori dei dipartimenti oncologici con lo scopo di strutturare il progetto di sviluppo del dipartimento, il regolamento di funzionamento dello stesso ed il modello di accordo tra le Aziende sulla scorta di quanto realizzato per i dipartimenti a valenza interaziendale che già insistono sull'area metropolitana bolognese (entro 15 mesi dall'emissione della delibera).

Infine, per quanto concerne lo **sviluppo della ricerca di settore** i Direttori scientifici di IRCCS AOU, IRCCS IOR e IRCCS ISNB realizzeranno un documento di coordinamento della ricerca in ambito oncologico da proporre a livello regionale.

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 2023-2025 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).

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 equipe 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 equipe 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 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.

Funzioni nazionali e regionali: sviluppo di una presa in carico della continuità della cura dei pazienti

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

Per il triennio 2023 - 2025 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;
- 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;
- provvedere al rinnovo delle autorizzazioni Regionali e Ministeriali per i Centri Trapianto (Cuore adulto e pediatrico, Polmone, Rene, Fegato).

L'IRCCS ha inviato richiesta in RER per l'accreditamento come centro regionale di riferimento per le seguenti patologie: colestasi intraepatiche progressive familiari, colangite primitiva sclerosante, malattia di Caroli, malattia del fegato policistico, sindrome di Budd-Chiari.

Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica

L'attività di Cardiochirurgia 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 cardiocircolatori meccanici (VAD) sia come bridge al trapianto sia come destination therapy (LVAD - BIVAD-TAH).

Sindrome di Marfan

L'area cardiologica-cardiochirurgica 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 Cardiochirurgia adulti e Pediatrica, 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.

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 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 2023-2025 si perseguiranno i seguenti obiettivi:

- individuare modalità efficaci per pubblicizzare e diffondere le attività dei centri ERN

del Policlinico di Sant'Orsola facilitando l'accesso ad informazioni utili per i pazienti e per altri centri clinici (strutture e attività dei centri, trial clinici attivi, associazioni di pazienti);

- sviluppare un sistema efficace per l'identificazione dei pazienti e per la condivisione dei dati clinici tra tutte le strutture che sono coinvolte nel percorso di cura del paziente affetto da patologia rara (identificazione dei pazienti con patologia rara, tipologia di prestazioni svolte, numero e tipologia di accessi), anche mediante la realizzazione di un database aziendale dedicato a tale tipologia di pazienti;
- sviluppare sistemi innovativi di telemedicina;
- definire le competenze e il piano di formazione annuale per i professionisti che entrano nel percorso di cura dei pazienti affetti da malattie rare;
- facilitare la rete tra specialisti interni ed esterni al Policlinico per la gestione dei malati rari (intersezione con il progetto rete metropolitana).

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:

- ampliamento del pannello delle malattie da sottoporre a screening neonatale comprese le malattie per le quali lo screening è su base genetica;
- automazione del percorso di conferma genetica e sviluppo di test legati all'utilizzo di tecnologie di sequenziamento massivo;
- adeguamento delle attività svolte dal Centro Clinico.

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).

Entro la fine del 2024 è prevista la 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 il servizio altamente specialistico, a valenza regionale, finalizzato alla gestione delle problematiche complesse inerenti le vaccinazioni, denominato Vax-consilium. L'avvento pandemico COVID 19 e le conseguenti indicazioni governative sugli obblighi vaccinali hanno reso l'attività di questo organismo particolarmente intensa. Nel corso del 2022 sono pervenute complessivamente 165 richieste di consulenza, di cui 131 di questi pazienti sono stati ammessi alla valutazione presso il Vax-consilium.

Le indicazioni fornite nel referto conclusivo del Vax-consilium, di fatto rappresentano

una vera e propria perizia sul singolo paziente e sono declinate in modo approfondito sulle peculiarità del singolo caso, con espressione di parere favorevole o contrario a una o più vaccinazioni, oppure con consigli di ulteriori accertamenti finalizzati ad un migliore inquadramento del caso.

In ogni caso, ciascuna valutazione conclusiva esita in una presa di posizione definitiva in termini positivi o negativi.

Il ruolo strategico del Vax Consilium è da intendersi come strategico a tutela della salute collettiva, seppure soggetto, nei suoi sviluppi, all'influenza di fenomeni esterni, quali, ad esempio: il fenomeno dell'esitazione vaccinale ma anche nuove e future indicazioni di obbligatorietà vaccinale, così come occorrenti fenomeni pandemici. Un esempio di questa funzione cardine è il bilancio complessivo semplificato dei pareri espressi in merito alla vaccinazione anti-SARS-CoV2 nei 125 pazienti compiutamente valutati nel 2022.

Emerge una chiara predominanza dei giudizi favorevoli alla vaccinazione prevista secondo la normativa vigente (circa nel 65% dei casi), consigliando un monitoraggio clinico post-vaccinale in 11 di questi. In 38 casi è stata data indicazione ad un cambio della tipologia di vaccino anti-COVID-19.

La scelta della controindicazione vaccinale assoluta è stata presa valutando il rapporto rischio-beneficio specifico per ogni singolo paziente.

Nel corso della campagna vaccinale contro il Monkeypox, il Vax-consilium ha svolto la sua azione come organo consultivo per la Regione Emilia-Romagna.

Il Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo ha inoltre messo a punto il progetto **Ospedale che Vaccina** che prevede in una prima fase la somministrazione di vaccini a pazienti candidati al trapianto di cuore, fegato, reni e polmone, a chi ha ricevuto una nuova diagnosi di infezione da HIV, e a pazienti colpiti da malattie infiammatorie croniche intestinali che stanno per iniziare una terapia con immunosoppressori. Nell'ambulatorio dedicato ai pazienti più fragili e immunocompromessi viene proposta una visita infettivologica con valutazione personalizzata del rischio e un ampio ventaglio di vaccinazioni (Covid, antipneumococco, Herpes Zoster, meningococco, epatite B, epatite A, Haemophilus influenzae, morbillo, parotite, rosolia, papilloma virus, difto-tetano pertosse e antinfluenzale), al fine di minimizzare il rischio di infezioni.

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 si annovera la tipizzazione HLA da sangue periferico e campione salivare dei donatori di midollo di tutta la regione utilizzando tecniche diagnostiche innovative che prevedono in futuro l'introduzione della 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.

Dal 2020 è stato garantito il un ruolo fondamentale nella gestione della pandemia da SARS-CoV-2, garantendo 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.

Il laboratorio CRREM viene 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 persegue i seguenti obiettivi:

- la diagnosi, la cura ed il monitoraggio delle diverse forme di nefropatie congenite ed acquisite nell'età pediatrica ritardandone la progressione;
- il trattamento conservativo dell'insufficienza renale acuta e cronica mediante terapie dietetiche, farmacologiche ed ormonali;
- il trattamento sostitutivo come la dialisi e la gestione della casistica più complessa con il trapianto di rene in stretta collaborazione con il Centro Trapianti presente in Azienda;
- lo sviluppo di una rete nefrologica regionale per i casi di minore complessità secondo il modello organizzativo HUB&SPOKE;
- la costituzione di una rete di supporto alle pediatrie ospedaliere e ai centri di analisi prenatale.

Presso il Centro è stata avviata e implementata la gestione di bambini con insufficienza renale acuta e cronica, di bambini portatori di trapianto, la dialisi pediatrica,

la cura e la diagnosi delle altre malattie nefrologiche. Infine, è stato avviato il percorso del trapianto pediatrico da vivente e da cadavere. Complessivamente dall'avvio dell'attività nel 2010 sono stati eseguiti 14 trapianti di rene in pazienti in età pediatrica, di cui 8 da vivente e 6 da cadavere. Altri 23 pazienti seguiti dall'Azienda sono stati trapiantati in altri Centri fuori Regione nello stesso periodo.

Nell'anno 2022 sono stati seguiti ambulatorialmente o come ricoverati 93 pazienti pediatrici in Insufficienza Renale Cronica (IRC), 4 dei quali sono stati sottoposti a dialisi peritoneale e 1 ad emodialisi.

Si sta incrementando il numero di pazienti che afferiscono a livello aziendale al "Percorso di Transizione del giovane con patologia renale verso l'età adulta", per il passaggio dei nostri pazienti pediatrici alla Nefrologia dell'adulto.

Le prospettive per il periodo 2023-2025 sono quelle di mantenere e possibilmente aumentare numericamente sia l'attività di assistenza ai pazienti in IRC in terapia conservativa o dialitica, sia quella trapiantologica. Il Centro ha attualmente 8 pazienti con insufficienza renale V° stadio, 4 dei quali verranno inseriti in lista quest'anno, mentre gli altri 4 piccoli pazienti (peso < 9kg), che non possono essere inseriti per il peso, rischiano di entrare in dialisi nell'anno corrente. L'auspicio è quello di ridurre in futuro l'iscrizione in lista trapianto a Centri extraregionali e di avviare il programma di emodialisi pediatrica nel Centro.

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.

Centro hub intraaziendale per le neurofibromatosi

L'attività del centro è finalizzata a garantire ai pazienti in età evolutiva affetti da neurofibromatosi l'accesso, il counseling e la presa in carico multidisciplinare.

I pazienti in carico al Centro sono circa 349; per questi è garantita, da parte del case-manager, la programmazione del percorso di diagnosi e cura e la prenotazione degli

accessi ai servizi specialistici in fase diagnostica e di follow-up, tramite posti dedicati, al fine di consentire il rispetto dei tempi previsti.

Per le valutazioni neuropsicologiche il paziente viene inviato al Centro Regionale per le Disabilità Linguistiche e Cognitive dell'AUSL di Bologna.

Il counseling genetico viene assicurato solo in casi selezionati mentre è possibile organizzare ed eseguire il prelievo per l'indagine genetica direttamente ad opera del personale dell'Ambulatorio NF1 e l'esame (Pannello Rasopatie analisi MLPA del gene NF1) viene effettuato presso il Laboratorio di Genetica Medica di questo Policlinico.

Centro per il trattamento della neoplasia ovarica

La neoplasia dell'ovaio, sebbene non frequente, rappresenta la prima causa di mortalità per tumori ginecologici nei paesi industrializzati. In Emilia-Romagna si stimano circa 350-400 nuovi casi l'anno. La sintomatologia tardiva e non specifica, condiziona negativamente la prognosi che presenta una probabilità di sopravvivenza complessiva a 5 anni del 40% circa.

E' stato individuato presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna il centro di riferimento regionale per il trattamento chirurgico del tumore ovarico (DGR 2113/2017). La struttura si occupa della diagnosi, trattamento chirurgico, decisione terapeutica, follow-up, controllo delle recidive. All'unità vengono inviate pazienti con neoplasie ovariche affette da malattie avanzate e da recidive dalla Regione Emilia- Romagna e da diverse regioni italiane.

L'analisi dei dati nazionali ha evidenziato che il Centro dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna rappresenta il primo centro nazionale pubblico per volume di interventi (anno 2021, fonte AGENAS)

(https://pne.agenas.it/risultati/tipo5/tab_strT5.php?ind=150&tipo=5&area=6).

Con DGR n. 2242/2019 è stata definita la rete regionale ed il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il trattamento della neoplasia ovarica. Il modello organizzativo di rete regionale prevede l'istituzione di centri ospedalieri di I, II, III livello. Il centro di III livello (centro di riferimento regionale) è stato individuato presso la Ginecologia Oncologica del Policlinico di Sant'Orsola con funzione di coordinamento clinico dei centri di I e II livello, didattica, promuovere attività di audit clinico, prendersi carico della patologia neoplastica senza limitazioni, promuovere e sviluppare attività di ricerca.

L'obiettivo del centro è di alle pazienti affette da questa patologia un percorso integrato e di qualità e per garantire la presa in carico assistenziale in linea con i più attuali risultati della ricerca scientifica.

Centro di III livello per la gestione della paziente affetta da endometriosi

L'endometriosi è una malattia sociale che coinvolge la donna in età fertile con un'ampia diffusione nella popolazione; si stima infatti che almeno 3 milioni di donne in Italia ne siano affette.

Con delibera n. 2307 del 22/11/2019 è stato approvato il PDTA Regionale per l'Endometriosi che descrive il modello di rete clinica regionale e il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la presa in carico della paziente, affinché siano garantiti:

- ✓ l'applicazione delle linee guida;
- ✓ la standardizzazione delle attività;
- ✓ la multidisciplinarietà dell'intervento;
- ✓ la continuità della cura;
- ✓ la formazione e l'addestramento continuo degli operatori;
- ✓ equità e trasparenza in relazione all'accesso alle prestazioni.

IL PDTA ha l'obiettivo di promuovere un modello assistenziale finalizzato ad un approccio preventivo e problem-oriented mediante l'applicazione di un percorso di cura integrato multidisciplinare e multi professionale, in stretto contatto con il territorio.

Il PDTA delinea infatti il modello di rete clinica e le modalità di coordinamento dei nodi della rete e le fasi del Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA). In tale documento l'AOU di Bologna è stata identificata come centro di terzo livello nell'ambito della rete regionale dei centri.

E' stata avviata una collaborazione con i fisioterapisti dell'Azienda per la riabilitazione del pavimento pelvico e viene garantito per le pazienti il supporto psicologico.

Sono stati convocati periodicamente i meeting multidisciplinari regionali per permettere scambi di informazioni diagnostico-terapeutiche su casi complessi e, a livello metropolitano è stata attivata la piattaforma "health meeting" interaziendale tra i centri ospedalieri di Bologna. L'obiettivo di questi momenti di confronto settimanale è la discussione e presa in carico diretta della donna con invio del verbale alla paziente direttamente con il fascicolo sanitario elettronico. E' in corso l'impostazione della medesima piattaforma per gli incontri regionali ed è prevista l'attivazione nel 2023.

Sono state svolti numerosi incontri con i rappresentanti della regione per uniformare in tutti i centri le modalità di accesso e invio della paziente con sospetta endometriosi o con patologia già diagnosticata.

Per il periodo 2023-2025 si prefigge il consolidamento del percorso in collaborazione con la Regione e assieme ai responsabili dei centri hub, spoke e alle associazioni di pazienti, anche per pianificare un'adeguata campagna di informazione e di consapevolezza della malattia nella popolazione.

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 per la definizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per pazienti oncologici che desiderino preservare la fertilità getta le basi per lo sviluppo del centro di riferimento. Le attuali terapie di cura dei

pazienti oncologici, quali chemioterapia, radioterapia e terapie biologiche hanno migliorato significativamente la sopravvivenza di tali pazienti, e tuttavia la possibile comparsa di sterilità o d'infertilità secondaria ai trattamenti oncologici e il disagio psicosociale a essa correlato, sono temi di importanza crescente, non solo in considerazione del miglioramento della prognosi nei pazienti oncologici di età pediatrica e giovanile, ma anche a causa dello spostamento in avanti dell'età della prima gravidanza.

Il centro nel periodo 2023-2025 consoliderà la sua funzione attraverso la redazione e condivisione di protocolli personalizzati per tipologia di paziente e patologia tali da mantenere la funzione riproduttiva, senza tuttavia compromettere la sopravvivenza dei pazienti.

Centro di Riferimento per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)

La Struttura Semplice Dipartimentale per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali è costituita dal reparto di degenza ordinaria e dalla struttura ambulatoriale che fa parte integrante del Centro di Riferimento per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali Regione Emilia-Romagna.

Nel Policlinico esiste una sezione per l'attività di degenza dedicata esclusivamente ai pazienti presi in carico dal centro di riferimento per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali già diagnosticate o sospette.

Anche l'attività ambulatoriale è dedicata ai pazienti con Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali e si occupa di valutazione clinica di nuovi pazienti e di follow-up di pazienti già in carico, valutazione endoscopica sia tradizionale che mediante enteroscopia videocapsulare e di infusione di farmaci biotecnologici ad uso ospedaliero, ferro e liquidi nei pazienti che lo necessitano; la SSD si occupa inoltre delle attività di consulenza presso gli altri reparti di degenza dell'IRCCS.

Inoltre, all'interno del Centro di Riferimento vi è l'ambulatorio pediatrico per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali.

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 Metropolitan 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.

Chirurgia endoscopica dell'orecchio

La chirurgia endoscopica dell'orecchio è una tecnica chirurgica miniinvasiva di recente introduzione, che permette di trattare patologie dell'orecchio medio, interno e 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 contemporaneamente di guadagnare la capacità di trattare con maggiore precisione aree difficilmente esplorabili con la tradizionale chirurgia microscopica. I maggiori benefici della tecnica chirurgica endoscopica sono riconosciuti nel trattamento del colesteatoma dell'orecchio medio dove la tecnica permette di migliorare il controllo della malattia e nella patologia otologica pediatrica, dove la riduzione dell'invasività, del dolore post-operatorio e dei tempi di degenza sono di particolare rilievo.

L'U.O. di Otorinolaringoiatria ed audiologia del Policlinico è centro di riferimento regionale per la chirurgia endoscopica dell'orecchio e attrae specialisti otologi che vogliono approcciare tale chirurgia sia a livello nazionale che internazionale.

Centro Interaziendale di Neurochirurgia Pediatrica

La Neurochirurgia Pediatrica è una struttura interaziendale che svolge la propria attività su due sedi: l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna e l'IRCCS Policlinico di Sant'Orsola. La Neurochirurgia Pediatrica è centro di riferimento interaziendale della Regione Emilia-Romagna per la diagnosi, la terapia chirurgica e il follow-up delle patologie del Sistema Nervoso Centrale della popolazione pediatrica, come formalizzato con DGR n. 2199/2019.

La stretta collaborazione tra le Unità Operative Pediatriche, come ad esempio la Neuropsichiatria Infantile, la Terapia Intensiva Neonatale, la Rianimazione Pediatrica, l'Oncologia Pediatrica, permettono la presa in carico di tutte le classi di età, dal grave prematuro fino al giovane adulto, anche in presenza di patologie concomitanti complesse, al fine di garantire i trattamenti più innovativi, la migliore sopravvivenza e qualità di vita.

Il riconoscimento regionale rafforza un percorso di collaborazione tra le due Aziende, finalizzato allo sviluppo di un'attività chirurgica di eccellenza all'interno di un contesto pediatrico di alta specializzazione. Nel prossimo triennio sarà ulteriormente rafforzato il peso del centro con il trasferimento presso il Policlinico dell'attività chirurgica del trattamento dell'epilessia.

Centro Hub medico e chirurgico per i tumori gastrointestinali (GIST) e i sarcomi viscerali

La Rete regionale Hub and Spoke per i tumori gastrointestinali (GIST) e i sarcomi viscerali individua l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna come centro Hub medico e chirurgico per entrambe le tipologie di tumore (DGR 1402/2019).

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 dal 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)

Ha sede presso il **Policlinico di Sant'Orsola** struttura operativa-gestionale per far funzionare al meglio il percorso di donazione e trapianto di organi e tessuti, che in Emilia-Romagna è organizzata secondo il **modello 'Hub & Spoke'** e garantisce quindi il collegamento tra centri di alta specializzazione e gli ospedali del territorio con le sedi donative, i centri trapianto, le sedi delle banche di tessuti e cellule in rete tra loro. 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.

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	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)	251,08	266,84	256,06	265,03	252,96	275,86		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)	32	50,58	43,99	63,77	58,68	94,33		
Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni		26,41	31,77	28,61	28,95	29,4		
Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - NSG (AUSL BO)		42,03	41,25	41,82	35,08	22,23		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni (AUSL BO)	142,34	182,65	152,41	189,79	170,22	184,02		
Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI		9,87	19,54	11,22	17,42	10,82		
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG (AUSL BO)		89,72	32,48	94,47	100	100		
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG (AUSL BO)	49,7	47,6	60,7	51,1	66,1	56,6		
% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni (AUSL BO)	31,16	25,53	29,49	26,62	32,55	26,82		
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	10,62	19,12	9,63	14,05	9,2	13,36	Mantenimento	

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità-Edizione 2023

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 InSIDER e di un panel di indicatori cruscotto aziendale per la valutazione della performance clinica.

I risultati per l’anno 2022 degli indicatori presenti nella sezione Volumi ed Esiti definiti nel sistema regionale di monitoraggio (InsidER), 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 2022 che per gli anni precedenti, riguardano l’ambito cardiocirurgico, cardiologico, di chirurgia vascolare e senologica.

Per quanto riguarda gli indicatori relativi all’emodinamica (Indicatori 947 e 890) i risultati negativi che risultano in tabella sono dovuti ad una modalità di rilevazione del dato in SDO derivante dall’attuale flusso informativo e non a criticità organizzative. È in corso una revisione delle modalità di raccolta dei dati che permetta di identificare correttamente il fenomeno.

La proporzione di parti cesarei primari risulta più elevata rispetto al dato regionale, in linea con il dato degli anni precedenti. 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 comprovata dal valore PNE dopo aggiustamento.

Le aree nelle quali nel triennio 2023-2025 dovranno essere intraprese azioni di miglioramento riguardano:

- gli interventi di colecistectomia laparoscopica, ambito per il quale è prevista una riorganizzazione delle chirurgie generali mirata alla concentrazione di tale attività;
- la tempistica dell’intervento per frattura del femore, percorso da ridefinire alla luce della nuova sistemazione logistica dell’ortopedia.

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

Indicatore	IRCCS S. ORSOLA - 2022	Regione Emilia-Romagna
IND0381 - Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia (100)	100%	93,89%
IND0383 - Angioplastica coronarica percutanea: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (250)	100%	98,46%
IND0384 - Angioplastica coronarica percutanea primaria per IMA-STEMI: % di interventi in stabilimenti sopra soglia	100%	97,82%
IND0890 - Angioplastica coronarica percutanea: % di trattati entro 90 minuti dall’episodio di STEMI	75,81%	66,67%

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

IND0947 - % pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in emodinamica (fast track)	62,21%	62,58%
IND0635 - Bypass aortocoronarico: mortalità (non aggiustata) a 30 giorni dall'intervento	0,69%	1,73%
IND0636 - Valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità (non aggiustata) a 30 giorni dall'intervento	2,02 %	1,92%
IND0725 - % di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero	96,13%	93,28%
IND0398 - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	4,12%	4,17%
IND0842 - Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con attività > 135 casi	100%	96,28%
IND0844 - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - Indicatore NSG: H05Z	84,67 %	84,94%
IND0630 - Colecistectomia laparoscopica: % di interventi con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	84,67%	84,94%
IND0379 - Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	43,55%	77,71%
IND0770 - Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75)	93,88%	90,68%
IND0845 - % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario - Indicatore NSG: H13C	68.13 %	73.15 %
IND0847 - % di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	26,10%	16,48%

Fonte dati - InSIDER-Volumi – esiti 2022

I PDTA attivati all'interno dell'Azienda per la presa in carico di pazienti con specifiche patologie oncologiche prevedono la valutazione multidisciplinare della casistica attraverso l'utilizzo della piattaforma collaborativa Healthmeeting che consente la condivisione di informazioni sanitarie e la gestione, anche a distanza, dei team multidisciplinari (HM è sviluppato prevalentemente per i team oncologici, ma si sta usando anche per discussioni di patologie non oncologiche). Seguendo la programmazione regionale, saranno aggiornati e sviluppati i relativi percorsi proposti/definiti.

A titolo esemplificativo, si riportano i solo PDTA (aziendali e interaziendali) aggiornati e in corso di aggiornamento per l'anno 2023.

Percorsi Terapeutici Diagnostici Assistenziali anno 2023

Aggiornati

- PDTA 19 per il paziente affetto da tumore della prostata
- PDTA 06 Trapianto di polmone
- PDTA 07 Trapianto di cuore e trattamento dello scompenso cardiaco avanzato nel paziente pediatrico e adulto con cardiopatia congenita
- PDTA 08 Gestione del paziente candidato al trapianto del fegato da donatore cadavere
- PDTA 09 Trapianto del rene

In corso di aggiornamento

- PDTA per la gestione del paziente con stenosi valvolare aortica
- PDTA dei pazienti con patologia nodulare della tiroide

Percorsi Terapeutici Diagnostici Assistenziali Interaziendali anno 2023

Aggiornati

- PDTAI 17 per le persone con ictus cerebraleAggiornato

In corso di aggiornamento

- PDTAI 06 del paziente affetto da labiopalatoschisi e malformazioni del volto
- PDTAI della paziente con Endometriosi
- PDTA 04 Mammella (aziendale da rendere interaziendale)

3.2 Sezione di programmazione: Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni

3.2.1 Sottosezione di programmazione della struttura e dell'offerta della produzione

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 sono definiti 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, la modulazione dell'attività specialistica ambulatoriale in funzione della necessità di ridurre le liste di attesa, in particolare mantenendo i tempi di attesa per interventi su patologia neoplastica entro 30 giorni e per le prestazioni critiche entro i tempi definiti dalla normativa, qualificare l'attività di ricovero e di pronto soccorso nelle strutture ospedaliere del territorio;

- **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 nella mission in quanto IRCCS.

A seguire si riportano alcune specifiche linee di azione individuate per il triennio 2023-2025 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** derivante da SARS-CoV-2, o da altre condizioni diffuse a trasmissione interumana, proseguiranno le attività volte alla sorveglianza epidemiologica, in modo conforme alle indicazioni normative e alle disposizioni ministeriali e regionali. Parimenti verranno promosse iniziative formative estensive, finalizzate all'attuazione corretta e sistematica delle precauzioni standard e delle precauzioni per modalità di trasmissione. Nell'ambito di queste iniziative sarà posto 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 e, laddove possibile, priorità di collocazione all'interno del setting assistenziale specialistico più congruo alla patologia eziologica.

Al fine di sostenere le buone pratiche e di documentare proattivamente la qualità dell'assistenza erogata, si prevede di implementare sistemi di presenza continuativa presso le unità operative e servizi da parte del personale dedicato alla gestione e controllo del rischio infettivo. Nell'ambito di queste attività verrà posta attenzione anche alle attività realizzate dal personale delle ditte in appalto che hanno ricadute sugli aspetti igienico-sanitari (es pulizie, movimentazione dei rifiuti, sterilizzazione).

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, saranno istituiti e strutturati i Team Ricoveri e Dimissioni (TRD).

Tali Team saranno 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 occuperà 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 area medica, che verrà condiviso giornalmente con le singole UUOO.

I TRD fungeranno da facilitatori all'interno di ogni singola UUOO ed avranno una stretta collaborazione con le funzioni di Bed Management aziendali.

Inoltre, si inseriranno 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 inoltre modificato il modello organizzativo del servizio di Bed Management, che prevederà 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 si occuperà, 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 sarà 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 avrà 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.

Predisposizione ed attivazione del piano di riorganizzazione per la gestione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva

Per poter continuare a garantire l'attività di alta complessità e negli ambiti di riconoscimento IRCCS è necessario prevedere la riapertura della terapia intensiva del Padiglione 25.

Il progetto che si intende perseguire nel prossimo triennio è quello di attivare 10 posti letto con utilizzo flessibile tra terapia intensiva e semintensiva al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse in funzione dell'intensità del livello assistenziale richiesto dal singolo paziente. Tale progetto è coerente con il documento "Sviluppo organizzativo dell'area critica" diffuso il 13 febbraio 2023 dal Consiglio Superiore di Sanità che mira ad identificare un modello che permetta alla Aziende di rispondere ai seguenti obiettivi:

- 1) Pazienti chirurgici e smaltimento delle relative liste di attesa. L'incremento dei posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva si riflette in un aumento della quantità e della qualità dell'offerta chirurgica, consentendo in modo continuativo il ricovero in ambiente protetto.
- 2) Pazienti afferenti al DEA e deflusso dalle terapie intensive. L'incremento dei posti letto di media intensità (semintensiva) consente il deflusso rapido e clinicamente adeguato alle esigenze assistenziali dei pazienti che attualmente occupano impropriamente le terapie intensive.
- 3) Risposta alle maxi-emergenze. L'aumentata disponibilità di posti letto ad alta intensità con competenze sia mediche che infermieristiche avanzate consente di affrontare senza la necessità di ricorso a strumenti emergenziali (es. conversione di altre terapie intensive) eventuali future maxi-emergenze sanitarie.

La Covid Intensive Care è stata attivata nel novembre 2020 per dare seguito alle linee di indirizzo per il potenziamento della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 (ex DL 34) con una dotazione di 14 posti letto. Dall'attivazione della piattaforma a maggio 2022, sono stati ricoverati presso la CIC 406 pazienti COVID con necessità di supporto intensivo sia provenienti dal Pronto Soccorso Generale che dai reparti del Policlinico, sia provenienti da altre strutture sanitarie dell'area metropolitana e regionali.

Da maggio 2022 la CIC è stata dedicata alla gestione di pazienti no-Covid per il supporto necessario alle linee di produzione di alta specializzazione principalmente di area chirurgica e dei trapianti. Le attività della CIC si sono caratterizzate per il supporto ai due principali poli produttivi del Policlinico: il 60% in favore del Polo-cardio-toraco-vascolare (Cardiochirurgia, Chirurgia Toracica e Chirurgia Vascolare) e il 40% in favore del Padiglione 5 delle nuove patologie (Trapianti, Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Maxillo-facciale, Ortopedia, Chirurgia Plastica, Ginecologia Oncologica e PS Generale). L'attività della CIC è stata caratterizzata per il supporto di pazienti provenienti da lista di attesa (25%), pazienti con accesso al PS Generale (35%) e da pazienti centralizzati da altri ospedali o con accesso diretto dal territorio tramite rete 118 (40%).

Per la riattivazione della CIC saranno da valutare le azioni intraprese in base al piano di sostenibilità aziendale.

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 perioperatoria 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

Volumi prestazioni per chirurgia robotica (>250 interventi)

La chirurgia laparoscopica robotica rappresenta un'evoluzione tecnologica estremamente sofisticata della tecnica chirurgica tradizionale laparoscopica. In tutta l'Emilia-Romagna nell'anno 2022 erano disponibili 6 piattaforme per la chirurgia robotica: la sanità dell'Emilia-Romagna rappresenta un'eccellenza a livello nazionale per l'alto livello dei servizi forniti, come evidenziato dai notevoli volumi in termini di mobilità attiva.

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 basato 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.

In prima istanza il sistema di chirurgia robotica vede l'utilizzo da parte delle equipe di chirurgia generale ad indirizzo epato-bilio-pancreatico, di chirurgia toracica, chirurgia urologica e ginecologica 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. In un momento successivo all'introduzione, in coerenza con uno specifico piano di formazione e apprendimento sul campo che dovrà necessariamente essere impostato, si estenderà la possibilità di utilizzo del robot ad ulteriori specialità.

Nel corso del 2022 si è conclusa la procedura per l'acquisizione di un'ulteriore piattaforma robotica che è stata installata nei primi mesi del 2023 presso una delle piastre operatorie dell'IRCCS Policlinico S. Orsola Malpighi

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.

A questo proposito è stata avviata inoltre una collaborazione con l'azienda AUSL di Imola per l'implementazione dell'attività robotica per un incremento di produzione di 44 ore mensili a favore della chirurgia urologica e ginecologica. Tale organizzazione ha permesso e permetterà nei prossimi anni il raggiungimento dei volumi di produzione annuali previsti a livello regionale superiori ai 250 casi.

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 prevede lo sviluppo di piattaforme logistiche integrate tra Aziende e, pertanto, è stato avviato il processo di centralizzazione verso il suddetto Laboratorio per le attività con tecnologia NGS da parte delle AUSL di Bologna, di Imola e di Ferrara.

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

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	63,4	79,87	62,66	79,25	61,68	77,85	Mantenimento	
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	19,42	8,72	19,77	9,05	19,06	9,31	Mantenimento/Incremento	
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	17,18	11,41	17,57	11,69	19,27	12,85	Mantenimento/Incremento	
Indice di case mix degenza ordinaria	1,2		1,25		1,24		Mantenimento	
Indice comparativo di performance	1,02		1,07		1,1		Miglioramento	

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità-Edizione 2023

Integrazione metropolitana e riordino dell'assistenza ospedaliera

A far data dall'adozione della DGR N. 199 del 25 febbraio 2013, la Regione Emilia-Romagna ha incentivato i processi di integrazione di attività e funzioni da realizzarsi anche attraverso la concentrazione strutturale delle funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo. Nella logica anzidetta le Aziende Sanitarie della città metropolitana di Bologna hanno avviato, nel corso degli ultimi anni, numerose esperienze di collaborazione ed integrazione in ambito sanitario e tecnico-amministrativo, anche allo scopo di adeguarsi alle indicazioni della DGR 2040/2015 sul riordino della rete ospedaliera.

Per la realizzazione e lo sviluppo degli indirizzi normativi e gli obiettivi di mandato, è stata creata una collaborazione continuativa tra le Aziende dell'area metropolitana finalizzata alla strutturazione di percorsi integrati di cura e alla razionalizzazione e omogeneizzazione delle strutture presenti sul territorio, in coerenza con quanto definito nel rapporto conclusivo del Nucleo Tecnico di Progetto (inerente lo sviluppo della piena integrazione dei servizi tra le Aziende Sanitarie dell'area metropolitana di Bologna, frutto di uno specifico accordo di programma tra la Regione Emilia-Romagna, l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna e la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna e di cui alle Deliberazioni della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 743/2017 e n. 841/2017). Questa forma di collaborazione stabile tra IRCCS

AOU e AUSL di Bologna ha trovato la sua concretizzazione nella costituzione della "Tecnostruttura per il governo dei processi di integrazione", esistita fino al 2021.

Nell'autunno 2022 è stato attivato il "NTdP città IIOGREAT", una rivisitazione dell'originale Nucleo tecnico di Progetto, con l'obiettivo di mandato di rivalutare le interaziendalità in essere e le progettualità previste e di delineare delle soluzioni operative condivise che potessero definire un nuovo quadro di riferimento entro cui le aziende potessero muoversi, attraverso l'attivazione di sottogruppi di lavoro su temi specificatamente individuati.

Durante questi anni si è proseguito nello sviluppare progettualità interaziendali che coinvolgessero le aziende di area metropolitana, sugli ambiti di attività:

- attività amministrative, tecniche e professionali;
- attività di diagnostica e/o di supporto;
- attività cliniche mediche e chirurgiche, mediante la costituzione di vere e proprie reti cliniche integrate.

Si riporta di seguito la tabella che elenca tutti i progetti interaziendali al momento attivi:

Servizi Amministrativi	
SUMAGP	proroga Del. 201 del 09/08/2019
SUMAEP	proroga Del. 201 del 09/08/2020
SUMCF	proroga Del. 201 del 09/08/2021
SAAV	accordo Del. 204 del 29/06/2022
SUME	accordo Del. 315 del 28/10/2022
DPO	accordo Del. 167 del 09/06/2021
Gestione del patrimonio	accordo Del. 276 del 07/10/2021
Progettazione impianti meccanici ed energy manager	accordo Del. 276 del 07/10/2022
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	proroga Del. 202 del 12/07/2023
Chirurgia vascolare	proroga Del. 40 del 04/02/2021
Rete infettivologica	accordo Del. 175 del 05/06/2023
Allestimenti citologici	proroga Del. 258 del 31/08/2022
Riscontri diagnostici	
Chirurgia senologica	proroga Del. 380 del 29/12/2022
Neuromet	proroga Del. 14 del 15/01/2021

Neurochirurgia pediatrica	accordo Del. 73 del 10/03/2020
Neuropsichiatria dell'età infantile	accordo Del. 45 del 13/03/2021
Chirurgia bariatrica	accordo Del. 255 del 05/11/2020
Neuroradiologia	proroga Del. 165 del 18/05/2022
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

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 2023-2025 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:

- 5) 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
- 6) 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):

- 7) **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%
- 8) **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 10%.

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 (DAFL) 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.
- ◆ 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.

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

- ◆ 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 clinico

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 2023-2025, 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 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 2024-2025, 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 2024)
- Certificazione Jacie Trapianto Autologo e Allogeneico di midollo nel paziente adulto (rinnovo 2024)

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

- 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 2023)
- Autorizzazione CNT/CNS dei Centri di Raccolta, Processazione, Conservazione e Distribuzione cellule staminali emopoietiche (CSE) - paziente pediatrico (rinnovo biennale, previsto 2024)
- 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 2023)
- Autorizzazione CNT/CNS della Banca Regionale del Sangue Cordonale (rinnovo 2023)
- Certificazione ISO 9001:2015 della Banca Regionale del Sangue Cordonale (eseguito 2023)
- Accredimento FACT della ERCB (Emilia Romagna Cord Blood Bank) raccolta, conservazione e distribuzione cellule staminali da sangue cordonale ombelicale (rinnovo 2023)
- Autorizzazione AIFA Sperimentazione di Fase 1 (rinnovo annuale di tutte le 4 Unità)
- Certificazione EFI Immunogenetica (rinnovo annuale)
- Autorizzazione CNT Trapianto Microbiota Fecale (rinnovo 2024)
- Autorizzazione Regionale PMA (rinnovo 2023)

Nel triennio 2023-2025 l'Azienda dovrà 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:

- **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. La tipologia dei corsi è accreditata sempre come blended, perché l'obiettivo è garantire lo sviluppo di strumenti applicati.
- **Coordinamento di progetti innovativi accompagnati da certificazioni di eccellenza.** Nel 2023 è previsto l'inizio di un percorso di Accreditamento Join Commission in area pediatrica con il riconoscimento della certificazione ABIO-SIP "Ospedale all'altezza dei bambini" nel Dipartimento Salute della Donna e del Bambino.
- **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 2023 l'impegno è definire il processo del Change Controll (gestione del Cambiamento). Lo sviluppo proseguirà con l'implementazione del processo di Business Continuity e Disaster Plan e proseguirà negli anni successivi definendo obiettivi di budget specifici all'innovazione.

- **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 Accreditamento sia generali che specifici-trasversali e Certificazione di eccellenza.
- **Audit interni/autovalutazioni:** la sorveglianza sul mantenimento e lo sviluppo dei requisiti generali e specifici dell'Accreditamento 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. 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.
- **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. E' in corso la definizione di un repository documentale volto a semplificare la gestione dei documenti di sistema a tutti i livelli: l'implementazione del nuovo strumento sarà accompagnata alla realizzazione di eventi formativi al fine di garantire la piena fruibilità e conoscenza di questo strumento.
- Partecipazione a progetti coordinati a livello regionale sui temi dell'**Equità**, della **Health Literacy**, dell'**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 QUALITA' 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, attraverso la collaborazione con Enti del Terzo Settore (ETS) e nell'ambito del Comitato Consultivo Misto.

Dal 2024 il Comitato Consultivo Misto, in occasione del rinnovo dello stesso, vedrà la presenza in qualità di membri designati dall'Azienda, di una rappresentanza della Fondazione Policlinico S. Orsola Onlus e di una rappresentanza della Fondazione Hospice MariaTeresa Chiantore Seragnoli Onlus.

L'Azienda, al fine di garantire quanto sopra, si avvale da anni del supporto delle Organizzazioni di Volontariato (OdV), delle Associazioni di Promozione Sociale (APS), delle Fondazioni convenzionate da anni con l'Azienda. L'obiettivo è di continuare a garantire la collaborazione tra Azienda e Enti del Terzo Settore al fine di offrire a pazienti e familiari punti di ascolto e di accoglienza, supporto psicologico e gruppi di auto-aiuto, laboratori teatrali, corsi di meditazione, prestito libri per i piccoli pazienti, ecc.

In relazione a tali tematiche saranno rivisti il regolamento aziendale che disciplina la presenza degli Enti del Terzo Settore in Azienda e la regolamentazione del Comitato Consultivo Misto per il controllo della qualità dal lato degli utenti.

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.

Per acquisire le informazioni utili per identificare azioni di miglioramento dell'assistenza fornita e in generale dei servizi all'utenza, verrà altresì incrementata l'indagine di customer satisfaction attraverso la somministrazione di questionari dedicati alla rilevazione della qualità percepita dai pazienti.

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).

La pandemia da Covid-19 ha avuto un forte impatto sia sulla numerosità sia sulla tipologia di ricoveri non Covid: molti ricoveri potenzialmente inappropriati sono stati eseguiti in altro setting assistenziale a minore impegno o rinviati nel tempo.

Le iniziative per evitare le degenze potenzialmente inappropriate riguardano:

- l'attivazione di convenzioni per servizi di accoglienza: è stato avviato un progetto con il quale la Fondazione Sant'Orsola garantisce accoglienza ai pazienti – ed eventualmente ai loro cari – che vengono al Sant'Orsola per essere curati, assicurando loro un alloggio prima e dopo il ricovero o durante le terapie (accoglienza@fondazione Santorsola.it);
- annualmente viene definito un piano per l'appropriatezza mirato al controllo e alla riduzione dell'attività inappropriata in degenza ordinaria e day hospital.

Le aree che verranno maggiormente interessate nel triennio 2023-2025 saranno quelle chirurgiche (generali e specialistiche) con particolare riguardo alla casistica oggetto di monitoraggio negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza, 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. A tal fine è stato attivato un monitoraggio mensile della degenza preoperatoria dei pazienti elettivi per tutte le chirurgie.

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 (es. diagnostica glomerulonefriti e terapie infusionali immunosoppressivo).

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.

Di seguito la tabella che riporta l'indicatore regionale e nazionale presente nel sistema NSG (Ind. Core H04Z): "Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario i dati sui DRG potenzialmente inappropriati", che rappresenta l'indicatore sintetico più usato per monitorare il fenomeno:

Indicatore	Anno	IRCCS S.Orsola	Regione E-R
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: H04Z	2021	0.12	0.15
	2022	0.14	0.16

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità-Edizione 2023

L'Azienda, che storicamente ha avuto una buona performance, sempre inferiore al valore medio regionale, si pone come obiettivo per il triennio 2023-2025 di mantenere tale indicatore al di sotto della soglia fissata annualmente dalla Regione, tramite le azioni sopra descritte.

AREA APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA E DI UTILIZZO DEI DISPOSITIVI MEDICI

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 2023-2025 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 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 2023-25, 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 e IOR Rizzoli;
2. adesione alle raccomandazioni/linee di indirizzo sull'uso di farmaci e dispositivi medici, 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

Progetto Interaziendale Governo del Farmaco

Costituisce il Piano programmatico di azioni trasversali messo a punto in area metropolitana, in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli.

In particolare, la programmazione sanitaria per il triennio 2023-25 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 profondamente modificato da tre anni di emergenza sanitaria.

Risulta quindi indispensabile rivedere, con cadenza annuale, temi ed azioni di appropriatezza in funzione 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 tre Aziende Sanitarie bolognesi (AUSL, AOU, IOR), sono già impegnate nell'anno 2023 con azioni mirate d'interesse trasversale, con ricadute dirette sulla farmaceutica territoriale bolognese. Di seguito le macroaree 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 nuovi farmaci ipoglicemizzanti in linea con i contenuti della Nota AIFA 100;
- Cardiovascolare: programma di rivalutazione globale delle prescrizioni SSN degli ipolipemizzanti orali e sottocute, in linea con Nota AIFA 13 e documenti di appropriatezza CF AVEC;
- Gastroprotezione: governo della prescrizione ospedaliera e territoriale dei farmaci PPI in linea con Note AIFA 1-48, attraverso la reintroduzione di strumenti prescrittivi di appropriatezza;
- Vitamina D: governo della prescrizione di colecalciferolo e calcifediolo in linea con Nota AIFA 96;
- BPCO: uso appropriato di farmaci respiratori R03 in linea con la Nota AIFA 99 e documento CF AVEC;
- Stewardship Antimicrobica: impiego razionale di antibiotici e lotta alle resistenze in ambito ospedaliero e territoriale;
- SNC: corretto impiego dei farmaci antidepressivi N06 e promozione delle molecole a miglior profilo costo-opportunità;
- Polifarmacoterapia: impiego razionale e sicuro delle terapie nel paziente anziano con multi-morbilità in ambito ospedaliero e territoriale.

Il progetto ha una valenza annuale / biennale, in funzione sia della continua evoluzione del panorama farmaceutico nazionale e dei suoi assetti regolatori, sia dei nuovi paradigmi organizzativi regionali e locali in materia di assistenza farmaceutica e gli obiettivi specifici annuali vengono definiti nell'accordo di fornitura declinati nel master budget.

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

Negli ultimi anni la spesa per i farmaci oncologici ha rappresentato un trend in continua crescita per l'immissione sul mercato di nuovi farmaci e tecnologie innovative ad altissimo costo, terapie avanzate e terapie sempre più mirate e selettive, grazie anche allo sviluppo continuo della ricerca ed evoluzione dei protocolli terapeutici. L'ambito è complesso anche ai fini dell'ottimizzazione terapeutica e assorbe un rilevante impiego di risorse, 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 per l'equilibrio del sistema con la collaborazione e il confronto di tutti i professionisti coinvolti.

Il riconoscimento a IRCCS dell'AOU BO e la nuova mission legata allo sviluppo della ricerca clinica e traslazionale, riferimento per l'innovazione e la tempestività della diagnosi e dei trattamenti in particolari ambiti complessi (nei trapianti e nel paziente oncologico e oncoematologico), ha determinato la necessità di una complessiva revisione dell'assetto organizzativo che coinvolge anche l'Area farmaceutica. Contestualmente l'istituzione nel 2020 del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale (DFI), orientato a promuovere l'integrazione tra le Aziende sanitarie AUSL Bologna e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna comporta una riorganizzazione dell'attività farmaceutica sull'area metropolitana creando sinergie, ottimizzazione dell'attività, potenziamento delle competenze e delle specificità nell'ottica di un complessivo aumento della qualità del servizio offerto.

In tale contesto l'UOC "Farmacia Clinica Produzione e Ricerca" è particolarmente orientata a sostenere l'implementazione e il coordinamento di attività specialistiche di forte impatto clinico, quali la produzione di medicinali non reperibili in commercio (sterili e non) e terapie particolari e complesse: 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 ministeriali, regionali e le normative specifiche in materia, deve essere assicurata l'applicazione e lo sviluppo di un sistema di controllo di qualità del prodotto e di processo, che consenta l'implementazione della certificazione/accreditamento del servizio in particolare per l'attività di produzione svolta per convenzioni esterne.

Dato il progressivo e significativo incremento, in particolare a seguito del riconoscimento a IRCCS, del carico di lavoro collegato alle sperimentazioni (+15%) 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.

A tal proposito si è avviato un progetto di analisi per la riorganizzazione dei laboratori di produzione su base metropolitana con valutazione delle specifiche attività e carichi di lavoro, prevedendo l'implementazione di sistemi automatici o semiautomatici per la preparazione centralizzata delle terapie antitumorali, in relazione alle caratteristiche dei diversi sistemi presenti sul mercato e alla reale disponibilità di installazione con moduli flessibili anche in funzione delle esigenze specifiche delle nostre strutture, quali ad esempio l'Ematologia e l'Onco-ematologia pediatrica.

In tale ottica si colloca anche la Delibera 2316 del 27/12/2022 di "Istituzione della Rete Oncologica e Oncoematologica" della Regione Emilia-Romagna e relative linee di indirizzo, caratterizzata dal modello organizzativo tipo Comprehensive Cancer Care Network (CCCN), che prevede l'istituzione del Dipartimento oncologico ed emato-oncologico, inteso quale struttura organizzativa e gestionale di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni assistenziali su scala provinciale, metropolitana e aziendale per il territorio della Romagna, superando le pregresse articolazioni organizzative intraprovinciali e aziendali.

L'investimento consente l'ottimizzazione e riorganizzazione delle attività di produzione dei laboratori dell'AOU e AUSL BO nell'ambito del progetto di integrazione del DFI e di realizzazione delle linee di indirizzo regionali sopradescritte con l'individuazione di "piattaforme produttive" sovraprovinciali presso centri di III livello come opzione logistica finalizzata ad attuare un'allocazione efficiente delle risorse umane e tecnologiche. I vantaggi sono una maggiore efficienza e organizzazione delle linee produttive programmabili e standardizzabili, maggiore garanzia e sicurezza dei prodotti allestiti e controllo dell'attività, sicurezza degli operatori, recupero di sprechi e risorse anche in termini di sgravio di operazioni più onerose per il personale. In aggiunta la figura del farmacista in considerazione dell'esperienza maturata in questi anni per le specifiche competenze nella gestione delle terapie CAR-T e con specifica formazione potrebbe collaborare e supportare l'IRCCS Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna nella candidatura come sede di una delle 6 officine *cell factory* sul territorio italiano, progetto presentato dalla regione Emilia-Romagna, per la produzione di terapie cellulari avanzate e ingegnerizzate 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 ad alto costo 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, altresì, la collaborazione e il confronto con i clinici e il Governo Clinico per individuare criteri, indicatori di verifica e standard di riferimento per

implementare monitoraggi e valutazioni multidisciplinari di esito dei trattamenti farmacologici nelle diverse fasi di malattia e negli usi off label.

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 multidisciplinare con i clinici e altri professionisti di discipline specialistiche quali ad es. la Farmacologia clinica e la Farmaco genetica e il coinvolgimento in team/gruppi di lavoro e percorsi multi professionali quali ad esempio: 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 nuovo assetto 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.

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.

Terapia antiretrovirale per HIV

Nell'ambito delle terapie antiretrovirali per HIV continua la collaborazione attiva e il supporto della Farmacia Clinica 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 e il monitoraggio dell'aderenza del paziente alla terapia antiretrovirale.

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 DAA per epatite C

In seguito al trattamento di tutti i pazienti HCV positivi già noti per il raggiungimento dell'obiettivo nazionale dell'eradicazione del virus dell'epatite C è attivo un progetto nazionale/regionale che prevede lo screening, in base a fasce di età, mirato a far emergere il "sommerso" di casi di pazienti HCV positivi, che una volta identificati potranno essere presi in carico per l'accesso alla terapia.

Farmaci antiVEGF per uso intravitreale

Un'area in netto miglioramento, ma che deve essere ancora presidiata, è quella dei farmaci per la **DMLE** prescrivibili secondo i criteri nella nota Aifa 98 sulla quale si ritiene necessario condividere con i clinici linee di comportamento atte a promuovere tra i pazienti *naïve*, il 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 già messo in campo 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 è stato attivato un gruppo multidisciplinare che si riunisce periodicamente con la finalità di discutere e confrontarsi sulle eventuali problematiche legate all'utilizzo, la sorveglianza, i consumi ed i costi della classe degli antimicrobici. L'OMS ha lanciato la campagna AWaRe per la promozione dell'uso di uno strumento che aiuti i governi a contenere la crescita dell'antibiotico-resistenza e renda l'uso degli antibiotici più sicuro ed efficace, riducendo i costi e l'insorgenza di eventi avversi. L'acronimo AWaRE sta per Access, Watch e Reserve che sono le categorie nelle quali sono classificati gli antibiotici. E' stata predisposta una reportistica che consentirà di verificare e monitorare l'utilizzo delle diverse categorie all'interno della nostra Azienda.

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 alcuni anni, finalizzate a promuovere:

- 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 (per la gestione rimborsi di condivisione del rischio, es. payment by results, costsharing...);
- la tracciabilità dell'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e farmaci fuori prontuario, utilizzando l'apposito data base regionale delle "Eccezioni prescrittive";
- 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.;
- il completamento dell'implementazione a livello aziendale dello strumento della cartella clinica elettronica (CCE) con il coinvolgimento del farmacista per l'inserimento e aggiornamento delle tabelle dei farmaci propedeutiche alla corretta prescrizione e somministrazione della terapia ai pazienti degenti.

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 della **Vigilanza sui Dispositivi Medici (DM)**, sarà data particolare attenzione 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.

Particolare riguardo va posto a 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.

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 gli aspetti 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.

A partire dal 2023 saranno avviati importanti progetti di informatizzazione dei processi di tracciabilità dei DM 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 Dispositivo medici.

Questo 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 programmata la revisione dei profili e delle modalità di richiesta 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 verrà garantita l'offerta con priorità per i 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;
- 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 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 controllo del rischio Sars-CoV-2 nel personale dell'AOU e valutazione del rischio biologico, comprese le visite per il controllo clinico degli ex malati di Covid-19, come da indicazioni ministeriali;
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 (i cui contenuti sono in corso di revisione/aggiornamento da parte del Gruppo regionale dei medici competenti delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna);
5. sulla base delle indicazioni del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (in attesa dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025): prosecuzione della conduzione e della collaborazione alle prossime campagne vaccinali antinfluenzale (stagione 2023-2024) e anti Sars-CoV-2;
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.

La UO Medicina del Lavoro coordina le funzioni di sorveglianza sanitaria anche per l'Istituto Ortopedico Rizzoli, con gli stessi obiettivi sopra menzionati.

Sempre in modo integrato tra AOU e IOR sarà ripreso il programma di attivazione 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 Deliberazione della Giunta Regionale numero 1762/2017 avente per oggetto "Assegnazione e concessione di finanziamenti alle aziende sanitarie in attuazione della DGR 1350/2010 per il potenziamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro per l'anno 2017 in attuazione del DLgs. 81/08, artt. 13 e 14".

Sicurezza delle cure e gestione integrata del rischio

Con particolare riferimento alla pianificazione e alla programmazione delle attività per il prossimo triennio 2023-2025, tenuto anche conto della necessaria rimodulazione degli interventi previsti nel triennio precedente è stato riformulato **il piano programma per la gestione del rischio e la sicurezza delle cure** per il triennio 2022-2024, 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.

L'analisi delle fonti informative disponibili sulla sicurezza, alla luce del mutato contesto aziendale (riconoscimento dell'Azienda come IRCCS il 19 settembre 2020), nonché degli ambiti disciplinari in cui si opera con le linee di ricerca ("assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico" e "gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche"), induce ad orientare gli interventi di rinforzo della patient safety nel triennio 2023-2025 verso gli ambiti chirurgici dei trapianti e della gestione medica e chirurgica della patologia oncologica. Uno dei contesti dipartimentali core per le suddette attività è il Dipartimento Medico-Chirurgico delle Malattie Digestive, Epatiche ed Endocrino-Metaboliche che, considerando l'analisi delle fonti informative dell'ultimo triennio, risulta particolarmente esposto - anche in ragione della complessità e della numerosità dei casi trattati (di cui molti provenienti anche da territori extraregionali) - al contenzioso per presunta malpractice ed alle segnalazioni con connotazioni di reclamo da parte dei cittadini. L'ambito risulta essere molto sfidante anche dal punto di vista dell'innovazione tecnologica che lo caratterizza (robot chirurgici, radiologia interventistica, ricerca oncologica, cartella clinica elettronica e terapia informatizzata, dispositivi medici, ecc.), nonché della ricerca applicata, pure per l'effetto trainante che potrebbe innescarsi sugli altri Dipartimenti. Fondamentale è e sarà il coinvolgimento dei facilitatori di ambito.

Un altro settore d'intervento - trasversale - della nuova programmazione, è quello relativo alla sicurezza del farmaco, sia in riferimento all'implementazione ed allo sviluppo

del Modulo di Terapia - CCE (cartella clinica elettronica) sia rispetto alle attività di farmacovigilanza e dispositivivigilanza.

La pianificazione delle azioni del prossimo triennio sarà caratterizzata dal mantenimento e dallo sviluppo delle ormai consolidate attività di base, proprie della funzione aziendale di sicurezza delle cure (Attività di base) e, dall'altro, da una serie di interventi specifici e innovativi (Interventi specifici). Di seguito una sintetica rappresentazione:

Attività di base

1. Segnalazione e analisi di eventi avversi (incident reporting e adempimenti flusso SIMES per eventi sentinella), con particolare attenzione alla segnalazione ed analisi di alcune macrocategorie di eventi avversi (EA) anche quando non qualificabili come eventi sentinella:
 - a. eventi ostetrici (near miss definiti a livello aziendale e/o regionale ed infezioni puerperali);
 - b. episodi di errata identificazione paziente-procedura;
 - c. eventi critici correlati al percorso chirurgico: infezioni della ferita (o sito) chirurgica, eventi trombo-embolici, vie aeree difficili impreviste;
 - d. episodi di violenza contro operatori;
 - e. episodi di allontanamento di paziente;
 - f. eventi di caduta di paziente con deficit cognitivo e di contenzione "critici";
 - g. eventi correlati alla gestione della terapia trasfusionale (in collaborazione con SIMT-AMBO);
 - h. eventi correlati alla gestione di dispositivi medici e ad errori di terapia farmacologica anche in riferimento all'utilizzo del sistema di prescrizione-somministrazione informatizzata (CCE);
2. Implementazione e monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali;
3. Applicazione di strumenti di osservazione diretta nelle Unità Operative e in Sala Operatoria (Safety walkaround- Progetti regionali Osservare e Visitare);
4. Adesione Flusso informativo SSCL - *Progetto SOS.net Rete Sale Operatorie Sicure* - con maggiore impulso alla registrazione delle non conformità intercettate (coinvolgimento dei professionisti formati nelle osservazioni di sala operatoria come referenti gestione del rischio e sicurezza delle cure di ambito, con funzione di facilitatori);
5. Reportistica e rendicontazione: attraverso la sezione intranet dedicata alla sicurezza delle cure rendere disponibili ai professionisti (con periodicità almeno annuale) i report relativi a:
 - a. Incident reporting
 - b. Segnalazioni di violenza contro operatori
 - c. Segnalazioni di caduta di paziente.

Interventi specifici

Si riferiscono ad azioni che si ritiene necessario completare, rafforzare e portare a sistema nell'ambito delle altre attività già descritte:

1. consolidamento della **rete aziendale dei referenti gestione del rischio e sicurezza delle cure**: definizione di sinergie e interfacce con altre reti, formazione e coinvolgimento nelle attività di segnalazione e analisi degli eventi avversi, nella stesura di documenti di sicurezza, nella progettazione e conduzione delle iniziative di formazione;
2. analisi degli aspetti di **sicurezza dei percorsi di cura**: applicare in modo combinato gli strumenti proattivi di analisi di FMEA- FMECA e di safety walkaround su PDTA di particolare rilevanza anche per gli aspetti di innovazione, oggetto di stesura o aggiornamento/revisione recenti e inerenti l'ambito oncoematologico e/o dei trapianti;
3. attività di audit su cartelle cliniche finalizzata al **monitoraggio di patient safety indicator**, in modo particolare:
 - a. Sepsis postoperatoria nei dimessi chirurgici
 - b. Embolia polmonare o TVP postoperatoria nei dimessi chirurgici.

L'attività consente di verificare, attraverso l'analisi dettagliata degli episodi di ricovero estratti da banca dati SDO, la "natura" degli esiti e la loro eventuale correlazione ad assistenza subottimale (cd. *substandard care*).

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 e al fine di supportare le buone pratiche sarà realizzato il 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.

Consumo del gel idroalcolico (target interanzionale 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.

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 verranno 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 consentiranno l'attivazione tempestiva di tutti gli accorgimenti finalizzati a contenere la trasmissione delle condizioni diffuse.

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

A seguire si riportano gli indicatori di performance 2023-2025

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
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	0,13	0,15	0,12	0,15	0,14	0,16	Mantenimento	
Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG (AUSL BO)		1,85	1,68	2,12	1,84	2,28	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)		23,5	22,99	26,08	22,87	26,53		
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	10,08	8,43	14,48	8,1	11,38	7	Miglioramento	
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	6,99	4,46	7,01	3,95	7,59	3,75	Miglioramento	
Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio (AUSL BO)		409,98	845,35	789,52	811,32	825,92	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana	
Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio (AUSL BO)		592,04	736,87	714,03	702,42	721,98		
Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG		58,31	71,19	66,94	77,04	75,03		

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2023

3.2.3 Sottosezione di programmazione dell'organizzazione

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:

- Definizione dell'atto aziendale e del regolamento di organizzazione aziendale tenendo conto del nuovo assetto istituzionale dell'Azienda e degli obiettivi strategici che dovranno essere perseguiti nel triennio;

- Reingegnerizzazione dei processi aziendali, con particolare attenzione alla gestione degli elementi di criticità. Identificazione di aree specialistiche all'interno delle medicine interne, identificando aree di percorsi prioritari (percorso respiratorio, cardiovascolare, tubo digerente, fegato/pancreas, immunologico/reumatologico, oncologico).

- Sviluppo della pianificazione strategica e di indicatori di performance per la misurazione di risultati;

- Gestire il flusso delle informazioni e la comunicazione interna ed esterna;

- Creare le 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 nella propria organizzazione. Al fine di favorire il monitoraggio e l'implementazione delle proposte progettuali dei gruppi, nonché la loro armonizzazione con le linee di sviluppo aziendali, è stato inoltre individuato il Board di Innovazione e Sviluppo come l'interlocutore diretto dei gruppi stessi, garantendo così l'indispensabile raccordo tra i gruppi di lavoro.

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.

Di seguito sono approfonditi strategie e obiettivi per il triennio 2023-2025:

o 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 l'elaborazione di un concept utile a riorganizzare il sistema di orientamento e accessibilità del contesto ospedaliero, della sperimentazione di nuove modalità di analisi dei processi legati a temi di Accoglienza.

Tra le più recenti 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;

la convenzione di collaborazione tra IRCCS AOU e Alma Mater Studiorum Università di Bologna (Dipartimento di Architettura) finalizzata allo sviluppo di una risposta strategica legata ai temi dell'Accoglienza e del Wayfinding tramite la sperimentazione di metodologie di Service Design utili alla gestione di nuove modalità di analisi dei processi e allo sviluppo di strategie di trasformazione dell'ambiente costruito in relazione all'evoluzione dei bisogni degli utenti.

B. Spazi e Ambiente

Sulla scia delle attività intraprese nell'ambito del progetto The hospital of tomorrow (2021-2022), il gruppo di lavoro è incaricato dello sviluppo di un Programma di Sostenibilità Ambientale e del potenziamento dei relativi progetti e politiche, della mappatura di criticità e decoro nel contesto ospedaliero e del benchmarking per l'elaborazione di modelli innovativi di gestione dei rifiuti.

Relativamente ai temi inerenti alla sostenibilità ambientale, il gruppo ha intrapreso un percorso teso alla diffusione di una cultura aziendale orientata a ridurre gli sprechi e il consumo di carta e di plastica, ad incentivare una mobilità sempre più sostenibile e a ragionare sulla gestione di fenomeni ambientali, quali ad esempio la necessità di adattamento al cambiamento climatico.

Tra gli obiettivi prioritari per il triennio, la redazione di un Programma di Sostenibilità Ambientale, documento di riferimento finalizzato alla diffusione interna ed esterna di azioni intraprese, obiettivi e linee di sviluppo. Ai diversi interlocutori aziendali, per il proprio ambito di competenza, è chiesto di rappresentare una mappatura della situazione attuale e delle criticità esistenti, le linee strategiche e i macro-obiettivi definiti per il futuro e i progetti, in corso e programmati, che contribuiranno al raggiungimento di tali obiettivi. Per ogni progetto è chiesta una scheda riepilogativa in cui grande rilevanza è data alla dichiarazione di tempistiche e indicatori per la misurazione del raggiungimento dell'obiettivo.

Collaborano al raggiungimento dell'obiettivo di ridurre l'impatto ambientale dell'azienda alcuni progetti, già attivati in precedenza e che il gruppo sta portando avanti, come l'obiettivo di una mensa aziendale plastic-free e il potenziamento della raccolta differenziata di carta e plastica.

Ulteriore obiettivo del gruppo di lavoro, in forte correlazione con le attività inerenti a Wayfinding e Accoglienza precedentemente descritte, riguarda un intervento teso alla promozione del decoro negli atrii di accesso ai padiglioni. È prevista una duplice azione tesa, da un lato, ad intervenire attivamente sulle situazioni più critiche -attuando azioni a

costo zero quali la razionalizzazione delle comunicazioni al pubblico e l'ottimizzazione dei supporti informativi già esistenti- e dall'altro a predisporre i contenuti e linee guida funzionali a supportare in questi aspetti la governance duratura degli spazi pubblici.

Relativamente allo sviluppo di linee strategiche per il miglioramento della gestione dei rifiuti, il gruppo di lavoro sta indagando soluzioni innovative orientate al potenziamento della raccolta differenziata in ambito sanitario (plastica) e di trasformazione e riciclo di rifiuti differenziati (vetro e plastica).

o 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, proponendo alla direzione strategica le progettualità raccolte e vagliate e monitorandone le fasi di implementazione, valutando e implementando 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.

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: il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (**SUMCF**), il Servizio Acquisti Area Vasta Emilia Centrale (**SAAV**) e il progetto relativo al Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale che ha consolidato il proprio assetto organizzativo 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 recentemente perfezionato la propria organizzazione interna strutturandosi in settori ciascuno corrispondente ad uno dei seguenti macroprocessi e rispondente ad un incarico di natura gestionale:

- Gestione delle retribuzioni
- Gestione dei fondi contrattuali
- Gestione delle scritture contabili e relazioni con GAAC
- Monitoraggio costo del personale, flussi informativi e scambi
- Gestione denunce contributive
- Gestione delle pratiche previdenziali
- Integrazione procedure informatiche

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.

Servizio Acquisti Area Vasta Emilia Centrale

Il **SAAV**, costituitosi con decorrenza primo luglio 2022, 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 dell'attività istituzionale 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: espletamento procedure di gara, come da convenzione attuativa;

valenza regionale: rapporti con l'Agenda Regionale Intercent-Er 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.

livello nazionale:

- rapporti con CONSIP per adesioni alle convenzioni nazionali per conto delle Aziende Sanitarie afferenti al SAAV.

Servizio Unico Metropolitano Economato

Con la finalità di implementare ulteriormente i processi di integrazione dei Servizi di supporto amministrativi, il Servizio Unico Metropolitano Economato (**SUME**) ha recentemente esteso la sua sfera di competenza anche in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.

Tale implementazione, oltre a perseguire i processi di integrazione citati, è fortemente finalizzata al perseguimento di un progetto aziendale di riorganizzazione della logistica operativa. Tale progetto si è sostanziato nell'esito di apposita procedura di gara per la realizzazione di servizi di gestione integrata dei magazzini per beni sanitari e non sanitari per le Aziende USL e IRCCS Ospedaliero Universitaria di Bologna.

Dal mese di settembre 2022 è stata avviata la relativa esecuzione contrattuale: la gara prevede una durata di 6 anni (rinnovabile per ulteriori 2 anni), un importo di base d'asta annuale di euro 4.983.170 suddiviso su tre lotti:

	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

Progettazione impianti meccanici e Energy manager metropolitano

E' attiva un'unità operativa interaziendale con Ausl Bologna dedicata alla progettazione ed allo sviluppo degli impianti meccanici e delle tematiche energetiche, continuando altresì la condivisione dell'attività di Energy Manager con le altre Aziende dell'area Metropolitana.

L'emergenza energetica che ha caratterizzato il 2022 ha ulteriormente rimarcato l'importanza strategica di un processo di integrazione che consente l'elaborazione di programmi di sviluppo in linea con i più recenti orientamenti in tema di funzionalità, confort ed innovazione, assicurando il supporto specialistico nella definizione di strategie gestionali e azioni di monitoraggio nonché nell'analisi dei fabbisogni, nella definizione delle politiche energetiche e nella redazione di report periodici.

Gestione del patrimonio

Le Aziende IRCCS AOUBO e AUSLBO hanno ricondotto ad un governo unitario di livello interaziendale di Gestione del Patrimonio, con indubbi vantaggi in relazione all'ottimizzazione delle risorse, vista l'analogia dei processi gestiti. L'unità operativa Gestione del Patrimonio (SC interaziendale) garantisce le funzioni di gestione del patrimonio, con l'obiettivo di:

- assicurare la corretta gestione amministrativa e contrattuale del patrimonio immobiliare e degli immobili in uso, in coerenza con il quadro normativo e con gli obiettivi aziendali;
- garantire l'ottimizzazione della gestione economica degli immobili appartenenti al patrimonio da reddito ed attuare le strategie di contenimento delle locazioni passive;
- garantire la programmazione, la gestione e l'attuazione del Programma delle alienazioni patrimoniali e acquisti di immobili, assicurandone la coerenza con il quadro normativo e

con gli obiettivi aziendali, definendo la programmazione annuale e poliennale delle alienazioni e degli acquisti di immobili (piano investimenti);

- assicurare, nell'ambito del processo di pianificazione strategica e di programmazione annuale delle Aziende, il presidio e il governo delle aree di responsabilità connesse al ruolo, individuando le appropriate politiche gestionali e definendo gli orientamenti operativi della propria struttura.
- assicurare le funzioni di Mobility Management e, oltre alle attività ordinarie (gestione dei parcheggi e delle viabilità aziendali, redazione dei piani spostamenti casa-lavoro, ecc.), contribuisce a realizzare progetti specifici promossi dagli enti locali o da altre istituzioni per incentivare una mobilità sostenibile e ridurre l'inquinamento atmosferico ed a promuovere azioni di mobilità sostenibile e integrata in linea con gli impegni per la mitigazione del clima (per il raggiungimento della neutralità climatica entro il 2030 in quanto Bologna è ricompresa nelle 100 città pilota "città intelligenti e climaticamente neutre" scelte dalla Commissione Europea).

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 progetti ICT e sistemi informativi

Il triennio 2023-2025 sarà caratterizzato dalla realizzazione dei progetti ICT finanziati con fondi PNRR e che toccheranno la quasi totalità dei diversi moduli del sistema informativo ospedaliero.

Le evoluzioni riguarderanno anche l'integrazione con l'infrastruttura regionale e nazionale a supporto del cosiddetto FSE2. I sistemi informatici che producono documentazione clinica saranno adeguati alle nuove specifiche secondo il piano temporale definito dal Ministero della Salute e dal Dipartimento per la Trasformazione Digitale.

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.

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

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.

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 datawarehouse 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.

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025
% referti di laboratorio prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	187,51	123,29	462,16	123,28	262,69	122,68	Miglioramento/Mantenimento
% referti di specialistica e radiologia prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	137,7	57,9	111,8	80,03	100,63	99,87	Miglioramento/Mantenimento
% referti di pronto soccorso prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	110,65	115,03	114,76	89,9	117,49	113,24	Miglioramento
% lettere di dimissione ospedaliera prodotte secondo lo standard CDA2 e firma digitale ***	100,14	86,63	20,00	57,92	72,89	82,55	Miglioramento/Mantenimento

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità-Edizione 2023

Cartella clinica elettronica

Il triennio 2023-2025 vedrà il completamento ed il consolidamento 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.

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.

Nel triennio 2023-2025 si raggiungerà la completa digitalizzazione della cartella clinica riducendo drasticamente la documentazione cartacea che, nel frattempo, sarà archiviata presso il Polo Archivistico Regionale (PARER), limitando significativamente lo stoccaggio della carta presso il magazzino di Minerbio.

Telemedicina e teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale

Nel triennio 2023-2025 proseguirà la diffusione della piattaforma regionale della Televisita. In tale ambito e, più in generale della Telemedicina, risulta fondamentale l'adozione della delibera regionale che regolerà l'utilizzo della Telemedicina nelle aziende sanitarie sulla base del documento «Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina» approvato dalla Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 17/12/2020.

L'avvio della telemedicina a livello aziendale richiede lo svolgimento di una serie di attività realizzate tramite l'azione integrata e la partecipazione attiva di servizi che prendono parte al Board Aziendale Telemedicina (BAT), deliberato nel 2022.

Nel triennio 2023-2025 continuerà la raccolta delle esperienze in essere in Azienda e quelle che i professionisti vorrebbero attivare a supporto dei propri percorsi di cura. Saranno poi definiti i progetti ritenuti strategici per l'Azienda e definite le priorità e i budget necessari.

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'implementazione del software per i meeting multidisciplinari a tutti i gruppi di patologia oncologica;
- l'area della continuità assistenziale con la possibilità di implementare il teleconsulto nei confronti dei MMG e dei medici delle cure primarie e CRA. Ambiti di sviluppo del teleconsulto e teleriabilitazione riguardano anche il percorso dei pazienti trapiantati e con tumore al seno;
- 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 dello strumento di teleconsulto (attualmente in sviluppo in AUSL di Bologna) tra medici territoriali e medici specialisti ospedalieri.

Adempimenti ai flussi informativi

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 per l'anno 2023 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 per gli anni 2024-2024 saranno declinati 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".

Eventuali Piani Attuativi annuali verranno formalizzati secondo quanto specificato dalla normativa di settore.

Si precisa infine che si ritiene opportuno mantenere per il POLA 2023 – 2025 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".

Sulla base degli esiti delle valutazioni poste in essere, se funzionale rispetto al raggiungimento degli obiettivi che si intendono perseguire tramite l'utilizzo dello Smart-Working, potrà essere pianificata la previsione di un incremento di standard nell'arco temporale di riferimento

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025
% Lavoratori agili effettivi/ Totale lavoratori	1,96%	"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	32,89	Monitoraggio
% Giornate lavoro agile/Giornate lavorative totali	16,13	Monitoraggio

Fonte dati GRU

Piano di Eguaglianza di genere e delle Azioni Positive

Nell'ambito delle attività di promozione della parità, delle pari opportunità e del benessere organizzativo, il **Piano per l'Uguaglianza di Genere e Azioni Positive** per il triennio 2023- 2025, è stato predisposto di concerto dai Comitati Unici di Garanzia di IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli e Azienda USL di Bologna – IRCCS delle Scienze Neurologiche e dal Gender Equality Plan Team delle tre aziende.

Questo nuovo strumento nasce dalla volontà, in linea con la filosofia dello stesso PIAO, di unificare ed integrare due diversi strumenti di pianificazione che impattano sui temi della promozione della parità, del benessere lavorativo, della efficienza, del contrasto alle molestie ed alle discriminazioni sul lavoro. Le Pubbliche Amministrazioni, ai sensi dell'art. 48 del d.lgs. 198/2006, devono adottare il Piano di azioni positive, 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».

Il nuovo programma quadro per la ricerca e l'innovazione per il periodo 2021-2027 della Comunità Europea "Horizon Europe", ha introdotto nuove disposizioni per rafforzare l'equità di genere nelle organizzazioni europee. In particolare, per tutti gli enti di ricerca,

l'adozione di un Gender Equality Plan (GEP) o **Piano per l'Uguaglianza di Genere**, è divenuto requisito indispensabile per l'accesso ai finanziamenti.

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 alla adozione del Bilancio di Genere e del GEP (Linee Guida MUR).

Il **Piano per l'Uguaglianza di Genere e Azioni Positive** risponde ai requisiti richiesti dalla Commissione Europea e dal d.lgs. 198/2006 ed indica le aree di intervento, le azioni e gli obiettivi che l'Azienda perseguirà nel triennio per la promozione della parità, delle pari opportunità ed il contrasto delle molestie e delle discriminazioni sul lavoro.

Il Piano per l'uguaglianza di genere e delle azioni positive, più in particolare, è sviluppato su sei aree di intervento:

AREA 1: EQUILIBRIO VITA PRIVATA/VITA LAVORATIVA, CULTURA DELL'ORGANIZZAZIONE E LOTTA AGLI STEREOTIPI

Le azioni finalizzate a favorire l'equilibrio tra vita privata e vita lavorativa sono tutte orientate a facilitare i percorsi di supporto e assistenza al dipendente anche attraverso lo strumento della comunicazione e formazione sui temi di pertinenza. Grande importanza rivestono in questo campo le azioni relative all'implementazione della funzione di Diversity Management e la redazione del Bilancio di Genere.

AREA 2: EQUILIBRIO DI GENERE NELLE POSIZIONI DI VERTICE E NEGLI ORGANI DECISIONALI

È prevista un'opera di revisione dei regolamenti esistenti anche attraverso l'istituzione di tavoli di lavoro congiunti con altre realtà locali quali le aziende sanitarie del territorio e l'Università al fine di promuovere misure congiunte a supporto dell'equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e la valorizzazione delle diversità.

AREA 3: UGUAGLIANZA DI GENERE NEL RECLUTAMENTO E NELLE PROGRESSIONI DI CARRIERA

Azioni incentrate sul monitoraggio delle procedure di selezione.

AREA 4: INTERGRAZIONE DELLA DIMENSIONE DI GENERE NELLA RICERCA, NELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E NELLA PRATICA PROFESSIONALE

Sensibilizzare il personale al tema della valorizzazione delle diversità anche attraverso lo sviluppo di proposte formative volte a promuovere l'uguaglianza di genere e i diritti della persona. Realizzare una mappatura della distribuzione di genere sia rispetto alle figure di Principal Investigator che, più in generale, al personale di ricerca. Mappare i risultati prodotti dalla ricerca in chiave di distribuzione di genere.

AREA 5: CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE COMPRESSE LE MOLESTIE SESSUALI

Diffusione/sensibilizzazione sui contenuti del Codice di Condotta e attività della rete dei Consiglieri di Fiducia di area metropolitana.

AREA 6: PROMUOVERE SALUTE, SICUREZZA E BENESSERE LAVORATIVO

Azioni principalmente orientate alla diffusione delle iniziative messe in campo favorendo la conoscenza delle azioni e dei documenti prodotti dai Comitati Unici di Garanzia per il personale.

Gli aspetti di maggior dettaglio del Piano di Eguaglianza di genere e delle Azioni Positive contenuti nella delibera n. 215 del 14.07.2023, 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

La sezione rappresenta in 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 2023-2025 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 2023-2025 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, commi 1 e 2 del Decreto Legislativo 75/2017;
- 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 2022-2024, 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.

3.2.5 Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza

Il Piano Triennale di Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) confluisce nella Sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). La sottosezione si concentra sulla definizione degli obiettivi strategici definiti dall'organo di indirizzo in materia di prevenzione della corruzione a salvaguardia degli obiettivi di valore pubblico e sulla descrizione delle principali modalità attraverso le quali si intende perseguirli. Gli aspetti di maggior dettaglio previsti dalla normativa di settore e dagli indirizzi di ANAC sono stati collocati in specifico allegato, mantenendo comunque una prospettiva triennale e strategica; gli obiettivi specifici annuali sono definiti nell'ambito del percorso di budget.

Con deliberazione n. 58 del 27.02.2023 l'Azienda ha adottato la Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) per il periodo 2023-2025 secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con il Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

Nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022 si conferma la centralità della formazione e della promozione della trasparenza/integrità quali misure principali per contrastare i fenomeni corruttivi, in considerazione del ruolo strategico che assumono nell'ambito della prevenzione della corruzione, del buon andamento e dell'imparzialità dell'attività amministrativa.

In tal senso l'IRCCS AOU BO si è impegnata a individuare un piano per garantire che il personale, a vario titolo coinvolto in attività interessate dal rischio corruttivo, possa essere adeguatamente formato e sensibilizzato sui temi contenuti nella Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e trasparenza, sull'importanza del rispetto delle indicazioni in essa contenute, sulle diverse fattispecie del reato di corruzione e le connesse responsabilità penali personali, nonché sui risvolti sul piano disciplinare in caso di violazione degli obblighi ricompresi.

In particolare, nella sottosezione sono stati individuati, a seguito del controllo attuato sulle Aree a rischio, una serie di obiettivi strategici a cui, per il triennio 2023 – 2025, se ne andranno ad aggiungere altri connessi alle riforme introdotte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che riguardano, in modo peculiare, il settore dei contratti pubblici:

- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;

- revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dal **codice di condotta per l'integrità della ricerca** e dalla gestione dei conflitti di interessi);
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente, anche ai fini di promozione del valore pubblico;
- miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
- integrazione fra sistema di monitoraggio della sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni;
- miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente;
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale;
- coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.

Per quanto riguarda la Sezione Prevenzione della corruzione, il monitoraggio e il riesame rappresentano fasi importanti del processo di gestione del rischio, poiché solo attraverso la verifica della corretta attuazione, la valutazione delle misure ed il riesame del processo di gestione del rischio, è possibile assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione.

Grazie ad un buon monitoraggio si può pervenire anche ad un'effettiva riduzione di misure di prevenzione per valorizzare solo quelle strettamente necessarie, evitando al contempo di introdurre di nuove senza aver prima verificato l'adeguatezza di quelle già previste. I soggetti responsabili dell'attuazione del monitoraggio sono quelli individuati nella programmazione mentre quello di secondo livello è di competenza del RPCT, coadiuvato da una struttura di supporto e/o con il coinvolgimento degli altri organi con funzioni di controllo interno, quale l'internal audit.

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.

Gli aspetti di maggior dettaglio previsti dalla normativa di settore e dagli indirizzi di ANAC che integrano la Sottosezione, già adottata con Deliberazione n. 58 del 27/02/2023, sono consultabili nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale: <https://www.aosp.bo.it/it/content/piano-triennale-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza>

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023-2025	Commento
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100%	100%	100%		100%		Mantenimento	
% di centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	47		50,8		51,87	63,3	Mantenimento/ Miglioramento	

3.3. Sezione di programmazione: Dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo

3.3.1 Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica

Piano strategico IRCCS

Il piano strategico triennale della Ricerca dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è in fase di stesura ed approvazione da parte del Comitato Tecnico Scientifico e del Comitato di Indirizzo e Verifica. Il piano strategico si basa su 5 principi fondamentali: Innovazione, Ricerca, Cura, Conoscenza, Solidarietà. Ogni principio prevede ambiti specifici con obiettivi ed indicatori. Una volta approvato, il Piano strategico triennale della Ricerca sarà allegato al Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Per quanto riguarda la dimensione della ricerca nel triennio 2023-2025, l'obiettivo principale sarà quello di avviare tutte le attività di ricerca in ambito IRCCS proprie del piano strategico triennale.

La moderna ricerca in ambito sanitario richiede un elevato livello di interdisciplinarietà, con la conseguente necessità di affiancare alla componente clinica una componente di ricerca focalizzata nelle scienze della vita, inclusiva di strumenti come l'applicazione delle scienze omiche, incluse quelle di ultima generazione, l'analisi bioinformatica, l'utilizzo e la valorizzazione di big data e l'applicazione di tools ingegneristici e skills che consentano la raccolta, analisi e interpretazione di una gran quantità e varietà di dati (interconnessi) sulla salute umana. Sempre più, infatti, è necessaria una ricerca clinica che tragga vantaggio dalla ricerca incentrata sulle scienze della vita e che sia in grado di armonizzare e valorizzare i tanti dati, data set ed evidenze raccolte dagli studi clinici pregressi, creando le condizioni per studi longitudinali e prospettici e la messa in rete, o la creazione, di sistemi federati in grado di mettere a fattore comune le diverse fonti dati e campioni biologici ad oggi disponibili solo in modo frammentato.

L'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna intende valorizzare e promuovere la ricerca clinica e biomedica in tutti gli ambiti, non solo in quelli più direttamente collegati alle aree di riconoscimento IRCCS (oncoematologia e trapiantologia). Gli strumenti pratici

adottati sono molteplici. Con riferimento agli obiettivi di mandato per gli anni 2023-2025 sono individuati i seguenti obiettivi:

- Promozione e sviluppo della ricerca clinica e assistenziale di tipo traslazionale coerentemente con la mission aziendale e specialmente per gli obiettivi propri dell'IRCCS;
- Diffusione e collaborazione nell'applicazione clinica dei risultati emersi dagli studi attraverso la progettazione di percorsi formativi specifici, audit clinici, journal club;
- Collaborazione in progetti di ricerca e studi multicentrici a livello regionale, nazionale ed internazionale, al fine di confrontare le migliori esperienze cliniche ed assistenziali per integrarle ed applicarle nella pratica quotidiana;
- Creazione e formazione della rete dei clinical professional leaders, professionisti sanitari interni alle Unità Operative con competenze avanzate nel proprio campo e nella ricerca, al fine di creare un collegamento diretto tra i progetti di ricerca e la loro trasposizione nella pratica clinica.
- Sviluppo del Grant office con identificazione di una figura di coordinamento per:
 - a) la mappatura dei bandi competitivi sia nazionali che internazionali con particolare riguardo al programma Horizon Europe;
 - b) il supporto nella sottomissione dei progetti;
 - c) la collaborazione nello sviluppo, rendicontazione e gestione dei progetti vinti.
- Favorire lo sviluppo della ricerca corrente all'interno dell'IRCCS attraverso la sottomissione di proposte in risposta a bandi di ricerca interni all'istituto che saranno divulgati e adeguatamente pubblicizzati. Il regolamento alla base di questa azione consentirà una partecipazione maggiore da parte dei vari ricercatori alla ricerca nell'ambito delle aree tematiche proprie dell'IRCCS ed una maggiore sinergia tra i vari gruppi.
- Incrementare il personale dedicato alla ricerca attraverso la pianificazione di posizioni di ricercatore sanitario nell'ambito della Piramide della Ricerca o attraverso bandi per borse di studio che saranno distribuite su base competitiva.

Per favorire e supportare la ricerca traslazionale sono state identificate e avviate una serie di piattaforme trasversali di importanza strategica per l'IRCCS. Particolare rilevanza avranno la piattaforma di genomica computazionale, quella di immunobiologia dei trapianti e terapie cellulari avanzate, quella di imaging avanzato, quella di farmacologia clinica e quella di biologia e medicina molecolare. Verrà inoltre istituita una biobanca aziendale, con la partecipazione alle attività del previsto Tecnopolo e la partecipazione a network europei, che sarà strategica per un adeguato sviluppo dell'infrastruttura della ricerca all'interno dell'IRCCS. Un altro tema fondamentale sarà quello dei "big data" sanitari: progetti quali AlmaHealthDB consentiranno di impiegare i metodi di analisi di dati

e di intelligenza artificiale su grandi volumi di dati clinico-sanitari, mettendo in rete competenze cliniche, sanitarie, di biologia molecolare, genetica, bioinformatica, statistica e altre ancora.

Verranno incentivate le attività e i progetti in collaborazione e in rete con gli altri IRCCS regionali e nazionali, e con enti e istituzioni internazionali. La collaborazione con l'Università di Bologna verrà ulteriormente facilitata con l'adesione a protocolli di intesa su vari strumenti operativi.

La partecipazione alle 12 reti "European Reference Networks" (EURACAN, Rete di riferimento europea sui tumori degli adulti - tumori solidi; ERN-LUNG, Rete di riferimento europea sulle malattie respiratorie; Endo-ERN, Rete di riferimento europea sulle condizioni endocrine; ERN-Skin, Rete di riferimento europea sui disturbi dermatologici; ERN-RARE Liver, Rete di riferimento europea sulle malattie epatiche; ITHACA, Rete di riferimento europea sulle malformazioni congenite e le disabilità intellettuali rare; GUARD-HEART, Rete di riferimento europea sulle malattie cardiache; ERKNet, Rete di riferimento europea sulle malattie renali; ERN eUROGEN, Rete di riferimento europea sulle malattie e le condizioni urogenitali; MetabERN, Rete di riferimento europea sui disturbi ereditari del metabolismo; ERN GENTURIS, Rete di riferimento europea sulle sindromi da rischio di tumore ereditario; ERN EuroBloodNet, Rete di riferimento europea sulle malattie ematologiche) continuerà ad essere supportata e valorizzata.

Sarà programmata e implementata una riorganizzazione della UOC Ricerca e Innovazione e un efficientamento della Segreteria del Comitato Etico di Area Vasta Centro (AVEC). Si intende creare varie funzioni/unità specifiche a supporto delle attività di ricerca dei DAI e delle UUOO: Clinical Trial Centre (startup e gestione studi), Meta-Ricerca e Impatto della ricerca, Biostatistics, Epidemiology and Research Design (BERD). Verranno pianificate e implementate le misure di monitoraggio della produzione scientifica e di rendicontazione al Ministero della Salute.

Al fine ottimizzare l'integrazione tra attività clinica e ricerca, sono state identificate delle figure responsabili delle diverse linee di ricerca che caratterizzano gli ambiti di riconoscimento IRCCS e che hanno come finalità principale quella di potenziare il percorso di cura, garantendo elevati standard assistenziali e il trattamento dell'alta complessità e di correlare tale attività allo sviluppo della ricerca clinica e traslazionale, creando sinergie tra tutte le strutture coinvolte nel percorso.

La performance dell'IRCCS in ambito di ricerca verrà monitorata mediante gli indicatori ministeriali (piattaforma Workflow della Ricerca) per la ricerca nelle due aree di riconoscimento (Trapianti e Oncoematologia): pubblicazioni scientifiche, convenzioni con altri enti di ricerca, progetti e finanziamenti (ministeriali e non), brevetti e altre forme di protezione della proprietà intellettuale, studi clinici sperimentali e osservazionali (su farmaco, devices o altro). Per le aree non di stretta pertinenza al riconoscimento IRCCS, il monitoraggio verrà effettuato in modo analogo.

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Di seguito si riportano gli indicatori oggetto di monitoraggio nel prossimo triennio:

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Impact Factor Normalizzato			3338,5		5874,6		Monitoraggio	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".
N. Medio di pubblicazione per ricercatore			1,22		1,8		Monitoraggio	
N. Trial clinici approvati dal Comitato Etico			204		204		Monitoraggio	
N. Studi osservazionali approvati dal Comitato Etico			258		182		Monitoraggio	
N. Trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)			689/1473 (46,78%)		651/1313 (49,58%)		Monitoraggio	
N. Studi osservazionali attivi sul totale degli studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)			784/1473 (53,22%)		662/1313 (50,42%)		Monitoraggio	

Integrazione e rapporti con l'Università

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 recente 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 questa cornice, sono attive le seguenti integrazioni con l'Università degli Studi di Bologna:

- collaborazione continua 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;
- cooperazione nei percorsi di inserimento in assistenza dei Medici in Formazione specialistica provenienti dall'Università di Bologna;

- predisposizione di percorsi congiunti per lo svolgimento di attività assistenziali da parte di dottorandi, assegnisti di ricerca, ove funzionale allo svolgimento dell'attività progettuale assegnata;
- promozione congiunta di attività rivolte allo sviluppo di competenze formative del personale SSN ed il corretto riconoscimento delle attività didattico-formative rese;
- individuazione di percorsi condivisi nel settore della progettazione in ambito nazionale e internazionale funzionali alla partecipazione di personale ospedaliero e universitario a bandi di ricerca;
- collaborazione strutturata nel settore della ricerca, per il tramite di un Tavolo di lavoro permanente, finalizzato a individuare e implementare percorsi amministrativi comuni, anche attraverso la stipulati di accordi quadro e schemi tipo di convenzioni/accordi per la gestione delle specifiche progettualità congiunte;
- collaborazione continua tra gli uffici competenti IRCCS (UO Ricerca e Innovazione e SS Coordinamento Area Giuridica della Ricerca) IRCCS e l'Ufficio di trasferimento tecnologico dell'Alma Mater nel settore del trasferimento tecnologico e della valorizzazione della proprietà intellettuale, fermo restando che le invenzioni attuate da personale ospedaliero insieme a personale universitario vengano gestite congiuntamente a fronte di specifici accordi di contitolarità sottoscritti tra le due istituzioni per la gestione della singola invenzione.

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.

3.3.2 Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo e della formazione

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 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 una progressiva transizione digitale della raccolta del fabbisogno formativo tra i servizi trasversali e i dipartimenti.

A partire dal 2023 il PAF ha subito una profonda revisione ed un contestuale arricchimento. Alla parte introduttiva e alla formazione trasversale all'azienda, da sempre presenti sono stati infatti inseriti specifici allegati per:

- Formazione della ricerca: successivamente al riconoscimento ad IRCCS si è iniziata una formazione sul tema che implementasse gli strumenti di ideazione, conduzione e finanziamento di studi clinici a disposizione dei professionisti, anche se l'impatto della pandemia ne ha limitato la diffusione. Già nel 2022 si è registrata una ripresa consistente dell'attività sul tema, che auspicabilmente nel triennio 2023-2025 avrà nuovo impulso anche come naturale conseguenza della nomina del Direttore Scientifico;
- 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. Questo ha permesso di 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 mirano a tutelare sempre più il lavoratore nell'espletamento della pratica clinica quotidiana;
- Formazione dipartimentale: mentre le esigenze formative a carattere trasversale, cioè di interesse per tutto il personale aziendale, sono tradizionalmente esplicitate nel PAF, la formazione dipartimentale (cioè di interesse di una o più unità operative) è sempre rimasta a livello di dossier formativo. Il 2023 ha segnato un'inversione di rotta e anche questa formazione è stata inserita nel documento, con l'obiettivo di dare contezza del grande sforzo complessivo compiuto dai professionisti in azienda per produrre contenuti formativi di qualità e di interesse.

L'azienda ha intenzione di porre particolari attenzioni allo sviluppo della formazione legata alla parte di ricerca; se fino al 2022 quest'area di attività trattava

prevalentemente temi più tecnici come sopra descritto, nel triennio 2023-25 si prevede di:

- Dare avvio ad attività seminariali con relatori di rilevanza nazionale e internazionale, specialmente negli ambiti propri del riconoscimento IRCCS;
- Indire momenti di confronto e diffusione delle principali attività di ricerca condotte in azienda, con la possibilità di valorizzare quelle che più si distinguono;
- Creare corsi di formazione per la diffusione di specifici bandi di ricerca, specialmente incentrati sulle regole di ingaggio e di finanziamento di ciascuno in modo da dare ai professionisti gli strumenti necessari per una corretta e proficua partecipazione.

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. Sarà altresì 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.

Altro progetto di ampio respiro che interesserà trasversalmente l'azienda sarà quello che porterà ad una formazione diffusa sul tema dell'appropriatezza e corretto utilizzo degli accessi vascolari posizionati, in relazione alla diagnosi e alla prognosi di ciascun paziente: si mira da un lato a creare una cultura diffusa tra il personale sanitario aziendale che permetta di ottimizzare le richieste di posizionamento di presidi vascolari avanzati e la gestione di quelli in situ, e dall'altro arrivi ad ampliare la platea dei professionisti in grado di padroneggiare le tecniche di posizionamento con conseguente possibilità, per alcuni reparti che manifestano maggiore fabbisogno, di effettuare gli impianti in tempi più brevi che permettano di non rallentare il percorso del paziente.

Filo conduttore di tutti questi temi è la formazione che il personale deve ricevere rispetto alle tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base e avanzata su paziente adulto e pediatrico: oltre ad essere ormai un dovere di ogni professionista sanitario, la conoscenza delle tecniche è fondamentale per fronteggiare prontamente potenziali eventi avversi in qualsiasi setting questi si verifichino ed è obbligatoria per il personale delle UO che effettuano sperimentazioni di fase 1, andando quindi ad incidere direttamente sia sulla sicurezza delle cure che sulle possibilità di implementare e condurre le attività di ricerca. Per queste ragioni è in essere un grande sforzo che mira, oltre a mantenere le competenze del personale già formato, ad allargare il bacino dei formati includendo nel triennio almeno nella formazione di base intere categorie finora escluse (personale non sanitario, OSS) che collaborano fattivamente all'assistenza o che comunque operano all'interno del perimetro ospedaliero e hanno routinariamente

contatti con colleghi ed utenza, attraverso importanti investimenti in termini di risorse e attrezzature per la didattica.

Dei numerosi eventi che compongono il PAF del triennio, alcuni selezionati per caratteristiche, importanza strategica e possibilità di valutazione oggettiva di ricaduta saranno oggetto di misurazione del grado di trasferimento degli apprendimenti al contesto lavorativo e dell'impatto sull'efficienza ed efficacia dei processi. Tutta l'offerta formativa è comunque 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 attività formativa

La formazione interseca numerose progettualità PNRR che prevedono la diffusione dei contenuti, ma è principale attrice nei due progetti:

- potenziamento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario;
- corso di formazione in infezioni ospedaliere;

Il loro sviluppo è da considerarsi prioritario per l'azienda nel triennio 2023-2025 al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il potenziamento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario passa per una stretta collaborazione con il servizio ICT aziendale e mira ad implementare l'utilizzo corretto del fascicolo sanitario elettronico (FSE) da parte del personale ospedaliero, attraverso un piano di attività da inviare al Ministero entro il 20 dicembre 2023 per poi passare al piano attuativo articolato in due parti: una trasversale con argomenti di carattere generale inseriti a livello regionale ed una aziendale sulla formazione per il potenziamento dell'uso del FSE, degli applicativi collegati, del numero di professionisti interessati dalle attività formative e comunicative. Il piano prevede un'articolazione temporale trimestrale di lunga durata, fino al primo trimestre 2026 e prevede il coinvolgimento di tutto il personale dipendente.

Il secondo punto, riguardante le infezioni ospedaliere, si pone invece l'obiettivo di formare almeno il 50% del personale sanitario aziendale (sono compresi nel conteggio gli Operatori socio-sanitari, non vi rientra il personale tecnico-amministrativo) sul tema: per IRCCS AOU si tratta di formare, nel triennio di riferimento, circa 2.350 dipendenti per almeno 14 ore di formazione specifica ciascuna. Parte di questa formazione potrà essere conseguita attraverso FAD asincrone messe a disposizione dalla Regione sulla piattaforma gratuita E-laber e accessibili mediante credenziali aziendali. In collaborazione con il servizio igiene ospedaliero si struttureranno percorsi complementari 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 umane

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 della documentazione correlata all'attribuzione e graduazione degli incarichi:
 - 1.regolamento sull'individuazione delle posizioni dirigenziali e sulle modalità di conferimento e revoca degli incarichi aziendali e interaziendali relativamente alla dirigenza dell'area sanità (Delibera N. 382/2021)
 - 2.regolamento aziendale per l'istituzione e la graduazione delle posizioni funzionali e per il conferimento dei relativi incarichi al personale del comparto (Delibera N. 59/2021)
 - 3.graduazione delle funzioni e valorizzazione degli incarichi dirigenziali della sanità ai sensi del CCNL 19.12.2019 (Delibera N. 384/2022)
 - 4.graduazione delle funzioni e valorizzazione degli incarichi dirigenziali dell'Area delle funzioni locali (sezione dirigenti amministrativi, tecnici e professionali) ai sensi del CCNL 17.12.2020 (Delibera N. 189/2022)
2. la programmazione e attribuzione di incarichi organizzativi e professionali per l'area del comparto (N. 92 incarichi assegnati) e di incarichi di alta specializzazione, altissima professionalità e struttura semplice per la dirigenza (N. 99 incarichi assegnati)
3. la formazione sui temi della valutazione del personale e sulla mappatura delle clinical competence.

3.4 Sezione di programmazione: Dimensione della sostenibilità

3.4.1 Sottosezione di programmazione economico-finanziaria

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 di 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 al recupero degli interventi programmati sospesi durante il periodo emergenziale e garantire il rispetto dei tempi di attesa per le patologie critiche e tale programma proseguirà anche nei prossimi anni con il potenziamento in particolare delle linee di attività per le patologie oncologiche e cardio-vascolari oggetto di obiettivi e monitoraggi specifici.

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.

Le indicazioni della programmazione regionale per il piano di sostenibilità definiscono la cornice economica di riferimento per l'anno 2023 e in particolare con **obiettivi di riduzione del costo del personale rispetto al 2022**: secondo quanto definito negli incontri di concertazione l'obiettivo è di riduzione del costo del personale dipendente in -5,7 milioni di euro e -909 mila euro di costi del personale atipico. Per la realizzazione di tali obiettivi sono state identificate le seguenti azioni gestionali:

Azione 1: Nell'ambito del confronto con il livello regionale è stato definito di tener conto del recente riconoscimento ad IRCCS del Policlinico Sant'Orsola nelle due aree

“Assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico” e “Gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche” e che tale riconoscimento richiede una programmazione delle risorse che include la possibilità di potenziare le linee di produzione e di rafforzare l’infrastruttura della ricerca. Nell’ambito della negoziazione, che in prima istanza richiedeva una riduzione del costo del personale dipendente di 7,5 milioni, è stato concordato che gli obiettivi saranno monitorati al netto dei costi delle risorse umane acquisite con fondi della ricerca. Per la realizzazione di questo obiettivo sono stati coinvolti i Dipartimenti ad attività integrata e la Direzione Scientifica per individuare risorse della ricerca da destinare alla continuità assistenziale per un impegno economico di 1,6 milioni di euro.

Azione 2: pur tenendo conto delle azioni avviate per l’utilizzo dei fondi della ricerca per attività assistenziali, gli obiettivi di contrazione del costo delle risorse umane sono particolarmente sfidanti, tenuto conto dell’esigenza di potenziare l’attività chirurgica. Il piano delle azioni prevede l’implementazione di riassetti organizzativi realizzati per **ottimizzare utilizzo del personale** quali:

- la sospensione (da maggio) di 14 posti letto di terapia intensiva al padiglione 25 (CIC) a supporto dei lungo degenti del dipartimento cardio-toraco-vascolare e chirurgie generali (comprensiva di trapianti);

- la riduzione (da giugno) di 14 posti letto per acuti presso il padiglione 1 utilizzati al momento per supportare l’iperafflusso del PS Generale e supportare lo smaltimento delle liste di attesa in particolare in ambito urologico.

Le ulteriori azioni di contrazione programmate e finalizzate al contenimento del costo del personale riguardano la riduzione di 120 ore/settimana di sala operatoria (da settembre) e la sospensione temporanea di 30 posti letto di lungodegenza ospedaliera e riduzione attività di medicina fisica e riabilitativa. In relazione a quest’ultima azione, a fronte delle criticità già evidenziate anche in sede di CTSSM e all’Azienda USL di Bologna, sarà possibile procedere esclusivamente a condizione di poter compensare tale sospensione con la possibilità di disporre di altrettanti posti letto a gestione diretta IRCCS AOU presso le strutture private accreditate del territorio. Il governo dei costi del personale e il recupero dei tempi di attesa sono obiettivi significativamente condizionati anche dalle sinergie che si potranno realizzare con le aziende sanitarie del territorio di riferimento.

La riduzione di 14 posti letto di terapia intensiva (CIC) e di 120 ore di sala operatoria settimanali ha delle ricadute sui volumi di attività. L’**impatto sull’attività chirurgica** si stima che porterà nel 2023 ad una riduzione di 754 interventi rispetto alla produzione «attesa» senza tali riduzioni. In termini economici, questo si traduce in quasi 5 milioni di euro di ricavi persi. Inoltre, tali riduzioni impatteranno negativamente sugli indicatori di performance definiti a livello regionale, ed in particolare:

- Per i pazienti oncologici si stima che solo l’80% saranno operati entro i tempi di attesa previsti dalla classe (obiettivo regionale: 90%)

- Per la chirurgia cardio-vascolare, il 45% dei pazienti saranno operati entro i tempi previsti dalla classe (obiettivo regionale: 90%)

- Per la chirurgia generale, solo il 10% dei pazienti saranno operati entro i tempi previsti dalla classe (obiettivo regionale: 75%)

-Saranno recuperati solo il 53% dei pazienti scaduti al 31/12/2022 (obiettivo 80%)

La valutazione di **impatto sull'attività di degenza** della riduzione dei 30 posti letto di Lungodegenza ospedaliera (PACA) e di 14 pl per acuti del padiglione 1 porterà nel 2023 a una perdita di 1271 ricoveri sia medici (343) che chirurgici (928). In termini economici la chiusura della lungodegenza PACA impatterà in termini di mancati ricavi per un totale di 2 milioni di euro, mentre la chiusura dei 14 posti letto per acuti per circa 3 milioni di euro.

A tali azioni dovute al piano di sostenibilità, si aggiungono i problemi legati alla carenza di offerta territoriale che se non risolta impatterà negativamente sulla capacità produttiva aziendale così come nell'anno 2022 dove, a causa dei ritardi nelle dimissioni di pazienti, sono stati persi circa 430 ricoveri, pari ad oltre 2 milioni di euro di ricavi. Si consideri che nel primo quadrimestre 2023 l'offerta di posti letto su setting di post-acuzie territoriali (n. 1.101) è stata così distribuita tra le aziende: 69% AUSL Bologna; 21% AOSP, 10% IOR.

È stata avanzata alla Regione una proposta di rimodulare le azioni previste dal piano di sostenibilità ed in particolare:

- Riapertura della CIC (Covid Intensive Care) con una dotazione di 8 posti letto, di cui 4 di alta intensità e 4 di media intensità dal 1° ottobre
- Mantenimento di 120 ore di sala operatoria settimanali da settembre
- Apertura di 46 posti letto su una struttura del privato accreditato di cui 30 dedicati alla lungo degenza, 16 alla riabilitazione da ottobre

La programmazione economica terrà conto delle revisioni sugli assetti organizzativi che verranno ridefiniti con il livello regionale.

Azione 3: sempre in merito al governo delle risorse umane, l'Azienda ha in atto un piano di reinquadrimento del personale con prescrizioni all'attività assistenziale in altre funzioni di supporto, finalizzato ridurre l'impatto organizzativo derivante dal turnover nell'area del personale tecnico-amministrativo. E' stato attivato un tavolo multidisciplinare funzionale alla rivalutazione del personale con non idoneità alla mansione, al fine di prevedere un nuovo inquadramento giuridico che ha comportato una uscita di unità del personale del comparto – area sanitaria verso l'area tecnico-amministrativa pari a 30 unità.

Azione 4: nel bilancio 2023 rileva infine l'impatto derivante da cessazioni di personale che genera un beneficio di bilancio di circa 1 milione di euro.

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 2023 che per questa azienda vedono un obiettivo di spesa ospedaliera per farmaci di 157,5 milioni di euro con un incremento di +13,2 milioni rispetto all'anno precedente. Nella definizione dei budget è stata considerata la spesa dovuta a farmaci con scadenza del requisito di innovatività nel 2022 o nel corso del 2023 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. Il budget di spesa per dispositivi medici è di 80,3 milioni di euro, in incremento rispetto all'anno precedente di +5,18 milioni. 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.

Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi non sanitari

In ottemperanza all'art.21 del Codice dei Contratti (D.Lgs.50/2016) - che dal 1° luglio 2023 è sostituito dall'art.37 del D.Lgs.n.36/2023 per i processi da avviare dopo tale data - l'Azienda elabora e pubblica sulla piattaforma SITAR la programmazione biennale - triennale a decorrere dall'1° luglio 2023 -, e relativi aggiornamenti successivi per gli acquisti di beni e servizi, secondo le modalità del Decreto del MIT n.14/2018.

In ottemperanza all'art. 37 del D.Lgs.n. 36/2023, in vigore dal 1° luglio 2023, l'Azienda elabora e pubblica sulla piattaforma SITAR la programmazione triennale, e relativi aggiornamenti, per gli acquisti di beni e servizi, secondo le modalità del Decreto del MIT n.14/2018.

Tale programmazione viene regolarmente inviata all'Agenzia Regionale Intercent-ER per la formulazione del Masterplan regionale. L'Agenzia predispose 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 o la raccolta e smaltimento rifiuti, consentono di registrare un'elevata percentuale di spesa sulle convenzioni, a 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).

Durante il primo periodo pandemico, la Regione Emilia-Romagna ha strutturato una diversa modalità di integrazione per gli acquisti tra le tre aree regionali e cioè tra AVEN, AVEC e AUSL Romagna, delegando a ognuna di esse l'acquisto di beni per conto anche delle altre due: tale modello, indipendentemente di motivi di urgenza e necessità, si potrà replicare, considerando che sempre più i 3 servizi acquisti di riferimento dialogano tra di loro e formano unioni d'acquisto per diverse procedure.

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 – Appalto Multiservizi – servizi di supporto alla persona:

Nel corso del 2022 si è proceduto al subentro del nuovo aggiudicatario dell'appalto Multiservizi – servizi di supporto alla persona.

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. creazione di un processo di rendicontazione economica informatizzata mirata alla interfaccia informatica con il software ERP aziendale (ERP unificato regionale EzGAAC) per la fase di ordine dematerializzato formato Peppol.
- d. creazione di un processo di attivazione di "Non conformità di servizio", 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. Altro esempio, nel corso del 2023 è previsto un POC (Proof of Concept) relativo all'utilizzo del **badge aziendale**, già in uso ai dipendenti dell'azienda, per attestare la effettuazione di servizi, consegne di beni, ecc.. Tale POC verrà effettuato su bacino di utenza relativa alle Pediatrie e a specifiche unità di prelievo aziendali che effettuano frequenti **trasporti di pazienti**. A seguito della valutazione positiva del POC il servizio sarà esteso a tutta l'Azienda entro il 2023. 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 al punto superiore, tra le altre, mirano ad incentivare e rafforzare l'utilizzo dei **master data aziendali**, a garantire l'**ownership aziendale** dei dati relativi ai servi/beni/attrezzature, ad implementare una **gestione strategica della digitalizzazione** dei processi aziendali ed eseguiti dai fornitori dell'Azienda.

Servizio di trasporto pazienti: prosegue la revisione del servizio di trasporto dei pazienti, anche in considerazione delle nuove esigenze emerse durante la pandemia da Covid-19 e dell'attuale fase di ripristino delle attività ordinarie dei reparti.

Questa revisione ha quindi portato alla implementazione del sistema informatico GTO per la gestione delle prenotazioni dei trasporti diretti sia alla Centrale Operativa Unica di Bologna, sia all'appaltatore Progetto Sintesi (attività ipogeo). 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. Si stanno infatti sviluppando gruppi di lavoro congiunti con AUSL Bologna e con l'aggiudicatario della gara di Multiservizi tesi a condividere la base dati e le estrazioni relative ai principali driver di processo ed indicatori di performance.

La sopracitata introduzione del badge aziendale quale *counterpoint* per la consegna e successiva presa in carico del paziente trasportato da parte dei colleghi sanitari, sarà proposta anche in ambito di gestione COU per omogeneizzare i processi aziendali e per godere delle ricadute positive in termini di rendicontazione del servizio prestato

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, 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 valore soglia.

Gestione della sterilizzazione dei dispositivi medici e strumentario chirurgico: è attualmente in corso la gara di affidamento in via d'urgenza della gestione del servizio, in considerazione del fatto che il contratto stipulato i primi del mese di gennaio 2023 a seguito di procedura aperta di gara è stato dichiarato inefficace dal Consiglio di Stato. Al momento la centrale è gestita all'aggiudicatario della procedura di gara con affidamento disposto in urgenza e comprende le seguenti prestazioni:

- la gestione del servizio completo di ricondizionamento e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili, loro accessori, strumentario chirurgico;
- la gestione e manutenzione ordinaria e straordinaria di tutte le apparecchiature/attrezzature di proprietà della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ed arredi funzionali alla centrale di sterilizzazione per l'esecuzione del servizio richiesto, con oneri a carico dell'aggiudicatario.

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.

Nel corso del 2023-2024 si procederà ad un intervento di **ristrutturazione** dei locali dedicati alla produzione della ristorazione aziendale. Tale ristrutturazione verrà effettuata 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.

L'implementazione del **software Dietetico e relativa App** per la gestione della ristorazione dedicata alla degenza è in continua evoluzione ed allargamento a seguito dei POC effettuati. L'introduzione di tale strumento mira a rafforzare il livello di servizio percepito dai pazienti, a fornire una flessibilità che agevoli il recupero della salute grazie ad una maggiore personalizzazione dei menu e, nel contempo, ad 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.

Verranno ulteriormente allargati i servizi interni per la distribuzione di **"Bag"** per pranzo e cena 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 concretizzano nell'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 32 padiglioni e alla gestione degli spazi pubblicitari che prevedono l'introduzione di soluzioni più sostenibili (rotor pubblicitari alimentati ad energia solare).

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. 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.).

Proseguirà altresì 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.

Si ritiene utile procedere 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.

Verrà 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.

Verrà 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), 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.

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 dalle indicazioni regionali (*"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).

Con nota del 22/06/2022, in atti al prot. n. 23036, la Regione ha comunicato all'Azienda l'inizio delle attività per la realizzazione dell'applicativo unico regionale per la gestione delle segnalazioni per la sicurezza delle cure e dei sinistri per le organizzazioni sanitarie (**SegnalER**) della Regione Emilia-Romagna. Tale applicativo rappresenta la piattaforma unica per la gestione delle segnalazioni degli eventi avversi nell'ambito della sicurezza delle cure e degli operatori, nonché per le segnalazioni dei cittadini e per la gestione dei sinistri. L'azienda parteciperà alle iniziative formative utili all'alimentazione della piattaforma in coerenza con le indicazioni.

Prosegue il confronto in atto in sede interaziendale fra i Servizi legali ed Assicurativi e tra le UU.OO. di Medicina legale dell'Area Metropolitana di Bologna al fine di disciplinare in modo omogeneo e condiviso le modalità di gestione dei **sinistri**, con particolare riguardo a quelli che coinvolgono articolazioni organizzative **interaziendali**.

Nel 2023 prosegue l'**attività formativa** mediante partecipazione al corso organizzato a livello regionale nell'ambito del PAF 2023, 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'.

Si sta procedendo inoltre, in collaborazione con l'Ufficio ALP, alla stesura di istruzione operativa aziendale al fine di fornire indicazioni operative utili per la definizione delle controversie vertenti su **recupero crediti** derivante da prestazioni rese in libera professione a fronte di richieste risarcitorie per danni derivanti dalla prestazione stessa.

Proseguiranno pertanto gli incontri tra i Servizi competenti al fine di formalizzare e definire la citata istruzione operativa.

Si sta partecipando al gruppo di lavoro per la revisione della procedura aziendale **PA104** relativa alle sperimentazioni, all'iter autorizzativo degli studi clinici e indagini *medical device* presso l'Azienda. La presente procedura si applica a tutte le attività di ricerca clinica che si svolgono presso l'IRCCS, ed in particolare nei seguenti casi: sperimentazioni cliniche interventistiche, di medicinale e non (compresi, ad es., protocolli chirurgici, diagnostici, etc.); indagini cliniche di dispositivi medici/diagnostici in vitro (sia che si tratti di dispositivi dotati di marchio CE, sia di dispositivi privi di marchio CE, sia di DM utilizzati per indicazioni differenti da quelle previste dal marchio CE); studi osservazionali, di medicinale e non (studi di coorte prospettici, studi caso-controllo, studi trasversali, studi retrospettivi); studi che implicano l'utilizzo di campioni biologici/tessuti umani a scopi scientifici.

Pertanto si procede con la revisione della parte di competenza relativa agli aspetti assicurativi, in particolare alla copertura assicurativa relativa al risarcimento dei danni cagionati ai soggetti reclutati nell'ambito dall'attività di sperimentazione.

Con riguardo alla **tutela legale dei professionisti**, è stata adottata la procedura interaziendale "Tutela legale" – P-INT 54 nell'ambito metropolitano che ha sostituito Procedura aziendale PA 77, al fine di gestire in modo condiviso i casi e le modalità con cui possono essere assunte o rimborsate le spese legali e di consulenza per la difesa dei dipendenti nei procedimenti giudiziari civili, penali, amministrativi (nonché procedure conciliative) per fatti o atti a loro imputabili direttamente connessi ad attività dai medesimi prestate a favore o nell'interesse dell'Azienda da cui dipendono.

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 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.

Pertanto negli anni 2023-25 si prevede di:

- implementare l'allineamento ai tempi regionali previsti per tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del NRV nel rispetto delle tempistiche e delle indicazioni operative;

- proseguire con l'utilizzo anche del criterio regionale ai fini dell'accantonamento delle somme risarcitorie derivanti da responsabilità professionale;
- proseguire la partecipazione agli incontri per la definizione dell'Applicativo regionale SegnalER, in particolare con riguardo al terzo modulo relativo alle richieste danni;
- perfezionare le modalità di effettuazione delle sedute del CVS, favorendo la partecipazione degli interessati;
- proseguire il processo di adozione definitiva della bozza di Protocollo interaziendale per la gestione sinistri in ambito metropolitano, implementando modalità di condivisione tra le Aziende coinvolte anche tramite espletamento di sedute di CVS congiunto;
- perfezionare l'istruzione operativa in collaborazione con l'Ufficio Alp relativa alla definizione delle controversie vertenti su recupero crediti derivante da prestazioni rese in libera professione a fronte di richieste risarcitorie per danni derivanti dalla prestazione stessa;
- proseguire con la partecipazione al gruppo di lavoro per la revisione della procedura aziendale PA104 relativa alle sperimentazioni;
- definire procedure e criteri condivisi per la gestione dei sinistri con strutture private che hanno aderito a convenzioni/accordi con l'Azienda;
- completare lo smaltimento dei sinistri assicurativi relativamente alla polizza RCT/O QBE proseguendo le trattative con Reliance National Insurance Company (Europe) Ltd;
- proseguire con l'attività formativa, sia in ambito regionale che aziendale, per le tematiche di rispettiva pertinenza.

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; l'Azienda si sta organizzando per garantire il servizio secondo le modalità del Building Management System (BMS).

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).

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 (DVR), alle normative vigenti e costantemente aggiornati.

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.

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-5,77		-6,08		-9,55		Miglioramento	
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	81,46	89,64	100		88,37	93,16	Miglioramento	
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza (AUSL BO)	87,62	87,45	89,15	88,07	89,79	88,92		Contributo alla realizzazione degli obiettivi di area metropolitana
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (AUSL BO)	175,04	169,37	171,5	166,54	189,96	185,5		
Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	31,09%	16,50%	32,69%	17,05%	31,09	17,51	Monitoraggio	
Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	6,34%	31,02%	8,60%	29,46%	7,43	30,88	Monitoraggio	
Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	13,38%	10,31%	13,51%	10,88%	16,15	12,12	Monitoraggio	
Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	45,94%	37,30%	46,17%	38,11%	43,01	38,25	Monitoraggio	
% risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR)					0,59	17,76	Monitoraggio	
% risorse impegnate per digitalizzazione DEA (PNRR)								

Fonte dati: InSIDER Indicatori Sanità- Edizione 2023

3.4.2 Sottosezione di programmazione degli investimenti

Piano triennale investimenti

Lavori

Il Policlinico Sant'Orsola – Malpighi presenta rilevanti criticità di carattere strutturale e connesse anche agli aspetti relativi alle sistemazioni esterne, di viabilità, mobilità e sosta:

- da una parte, infatti, solo alcuni padiglioni del comprensorio sono stati oggetto, in tempi recenti, di lavori di adeguamento e ammodernamento complessivo; pertanto vi sono situazioni di obsolescenza e insufficiente flessibilità strutturale e organizzativa, che, in alcuni edifici, si accompagna alla necessità di importanti adeguamenti normativi;
- dall'altra la posizione centrale del Policlinico comporta, come aspetto negativo, un'accessibilità problematica per quanto attiene i flussi del traffico, le possibilità di parcheggio e le modalità di accesso e permanenza per tutte le categorie di utilizzatori, degenti, utenti ambulatoriali e diurni, visitatori e accompagnatori, dipendenti, fornitori, etc.

Le caratteristiche strutturali e tecnologiche di alcuni edifici del Policlinico non risultano essere allineate con le necessità delle pratiche sanitarie e assistenziali, in continua evoluzione: è, pertanto, necessario continuare con il programma di riqualificazione del Policlinico, già avviato negli ultimi anni con importanti opere di nuova edificazione e ampliamento (Polo Chirurgico e dell'Emergenza, Polo Cardio-Toraco-Vascolare), al fine di migliorare la qualità dell'assistenza offerta e percepita dall'utente, di migliorare gli ambienti di cura e di lavoro, di garantire condizioni ottimali e sicure ai professionisti in servizio presso il Policlinico e al fine di implementare nuovi modelli organizzativi e soddisfare i mutati obblighi normativi.

In particolare, il progetto per il superamento delle criticità dell'organizzazione esistente, connesse anche con la distribuzione a padiglioni del Policlinico, e per lo sviluppo di una struttura a rete, in cui sia possibile concentrare le tecnologie, prevede di procedere con la demolizione e la costruzione di nuovi edifici di volumetria adeguata e la ristrutturazione di alcuni padiglioni storici. Questo, nella consapevolezza delle criticità e dei limiti di operare in un'area già saturata e in strutture che devono garantire la continuità di esercizio dell'attività sanitaria.

A tal fine è stato aggiornato il Piano Direttore di sviluppo delle strutture del Policlinico Sant'Orsola – Malpighi 2021-2031, basato su un programma di sviluppo e riorganizzazione finalizzato al proseguimento della concentrazione delle attività assistenziali in poli edilizi coerenti con l'organizzazione dipartimentale:

- Polo delle attività sanitarie diurne e ambulatoriali multidisciplinare (Padiglioni 1, 26N)

- Polo Medico-Geriatico (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.

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, definiti durante la fase emergenziale (piano di deaffollo);
- 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.

A tal fine, l’Azienda è impegnata in modo continuativo a:

- promuovere l’innovazione assistenziale e l’appropriatezza clinica e organizzativa;
- garantire spazi adeguati, dal punto di vista strutturale, impiantistico e funzionale, non solo per le attività di cura e assistenza, ma anche di ricerca, in relazione alle proprie funzioni istituzionali, sia quelle consolidate, in qualità di Azienda ospedaliero-universitaria del Servizio Sanitario Regionale, sia quelle di recente riconoscimento, in qualità di IRCCS.

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.

Nel triennio 2023-2025 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 (Pad. 4, 10, 13, 16);
- progettazione della II fase dei lavori riordino e riqualificazione delle strutture dell'Area Pediatrica nell'ambito del Polo Materno-Infantile;
- lavori di adeguamento normativo e funzionale delle ali a e B del padiglione 5;
- avvio 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);
- riorganizzazione dei sistemi di raccolta e smaltimento rifiuti e materiali vari;
- lavori di potenziamento della rete di ossigeno;
- ampliamento della Banca del Sangue Cordonale.

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 2023-2025 è articolata in conformità alle 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, 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), per la quale è nel corso del triennio 2023-2025 avverrà; l'avvio e la parziale esecuzione dei lavori;
- Polo Ematologico (nuova edificazione, sul sedime del padiglione 7), per il quale è in corso la progettazione: in data 27.07.2021 è stato sottoscritto l'Accordo fra Regione Emilia-Romagna, Università di Bologna, IRCCS Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola e Fondazione Hospice Mariateresa

Chiantore Seragnoli onlus per la realizzazione del nuovo Polo Ematologico "Lorenzo e Ariosto Seragnoli";

- Padiglione 10 Gozzadini, per il quale è prevista l'esecuzione dei lavori di riqualificazione e adeguamento normativo nel triennio 2023-2025.

Attrezzature sanitarie e non sanitarie e informatica medica

Gli investimenti in attrezzature, sanitarie e non, previsti per il triennio 2023-2025, seguiranno l'ammmodernamento 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 previsto per l'esercizio 2023 riguardano:

1. acquisizione di arredi e tecnologie biomediche e sanitarie per il Nuovo Polo Materno Infantile;
2. acquisizione di arredi urgenti e imprescindibili. E' indispensabile provvedere alla sostituzione di arredi obsoleti e non più idonei a garantire la sicurezza per gli operatori e per gli utenti;
3. sostituzioni attrezzature urgenti e imprescindibili 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;
4. completamento cartella clinica;
5. sostituzione progressiva per obsolescenza dei letti di degenza per le medicine e chirurgie;
6. manutenzioni evolutive per applicativi sanitari anche oggetto di integrazione metropolitana;
7. sostituzioni/adeguamenti urgenti di sistemi di laboratorio per obsolescenza o frequenti guasti;
8. acquisto beni economici urgenti e imprescindibili per sostituzione beni obsoleti e non più idonei a garantire la sicurezza per operatori e utenti.

A seguire si riporta il dettaglio delle schede del piano investimenti 2023-2025 e gli indicatori di monitoraggio del Piano delle Performance sugli investimenti.

Attività per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione Salute

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>	<i>Stato di attuazione</i>
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione TC 001	F39J22001110006	400.000,00 €	Procedura aggiudicata, in attesa di convenzione
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione - Tomografi a Risonanza Magnetica 1,5 Tesla	F39J22001120006	847.889,00 €	Procedura aggiudicata, in attesa di convenzione
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 001	F39J22001130006	2.150.000,00 €	Sistema ordinato, lavori di installazione previsti per luglio-ottobre 2023
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 002	F39J22001140006	2.150.000,00 €	Sistema ordinato, lavori di installazione previsti per luglio-ottobre 2023
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 001	F39J22001150006	200.000,00 €	Sistema ordinato, lavori di installazione previsti per luglio-agosto 2023
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 002	F39J22001160006	200.000,00 €	Sistema ordinato, lavori di installazione previsti per luglio-agosto 2023
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 001	F39J22001170006	500.000,00 €	Procedura aggiudicata, in attesa di convenzione
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 002	F39J22001180006	500.000,00 €	Procedura aggiudicata, in attesa di convenzione
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 001	F39J22001190006	90.000,00 €	Sistema installato e in uso
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 002	F39J22001200006	90.000,00 €	Sistema installato e in uso
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Radiologico 001	F34E22000490006	500.000,00 €	Procedura aggiudicata, in attesa di convenzione

Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNC)

- Padiglione 3 - Polo della ricerca scientifica - CUP F32C22000020001, è stato emesso un ordinativo di fornitura relativo alla progettazione definitiva per un importo di € 191.946,20 IVA compresa e contributi previdenziali esclusi;
- Padiglione 26 Demolizione e ricostruzione - Realizzazione di palazzina ambulatori - CUP F31B22000330001, è stato emesso un ordinativo di fornitura relativo alla progettazione definitiva per un importo di € 349.503,72 IVA compresa e contributi previdenziali esclusi.

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

SCHEDA 1

id intervento	Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare nel 2024 (€)	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
2015/9	Lavori	Riqualificazione del corpo G del padiglione 23 - Polo CTV	42.553,78 €			
2016/1	Lavori	Bologna S. Orsola, vari interventi padiglione ostetrico/ginecologico		802.390,00 €		
2016/1	Lavori	Riqualificazione padiglione 4 - Ostetricia e Ginecologia - stralcio funzionale			9.913.000,00 €	
2016/1	Lavori	Riordino delle strutture dell'area pediatrica - primo stralcio funzionale		1.491.521,90 €		
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.	7.500.000,00 €	5.957.869,75 €		
2019/1	Lavori	Riqualificazione degli ambulatori (pad. 5 ALA E piano primo) per la creazione del nuovo centro di riferimento regionale per le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)	404.693,16 €			
2019/2	Lavori	Riqualificazione delle degenze dell'ALA B - Intervento ai piani P2, P3 e P4.	1.147.728,57 €			
2019/3	Lavori	PADIGLIONE 5 – NUOVE PATOLOGIE (POLO TRAPIANTI E MALATTIE DIGESTIVE) - RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTO FUNZIONALE POST COVID-19		2.448.300,00 €		
2019/4	Lavori	Interventi di riqualificazione funzionale-architettonica, strutturale e impiantistico-prestazionale afferenti al padiglione 5 (seconda fase)	5.202.049,51 €	1.902.129,56 €		
2019/5	Lavori	Interventi per adeguamenti antincendio	200.491,34 €			
2019/29	Lavori	Completamento ristrutturazione padiglione malattie Infettive	127.818,59 €			
2019/39	Lavori	Scheda 207 " Padiglione 03 – Amministrazione di via Albertoni del Policlinico di Sant'Orsola"	150.000,00 €	250.000,00 €	4.000.000,00 €	454.103,00 €
2019/33	Lavori	Estensione linee acqua refrigerata Pad. 30	250.000,00 €			
2020/37	Lavori	Opere preliminari alla realizzazione della torre biomedica	463.114,44 €			
2020/126	Tecnologie_biomediche	Adeguamento PS generale	550.417,89 €			
2020/128	Lavori	Adeguamento PS ostetrico ginecologico nuovo Polo materno Infantile	1.293.867,71 €			
2021/40	Lavori	L_ACOMPLCORPOG - POLO CTV - CORPO G - Piano Terra	362.910,19 €			
2021/44	Lavori	L_Rimozione e smaltimento amianto	303.900,00 €			
2020/21	Tecnologie_biomediche	Sostituzione/ammodernamento tecnologie sanitarie per il Polo Materno Infantile-Area ostetrico ginecologica e neonatale (APC28)	2.000.000,00 €	3.758.494,47 €		
2020/22	Tecnologie_biomediche	Sostituzione/ammodernamento tecnologie sanitarie per il Polo Materno Infantile-Area pediatrica	1.000.000,00 €	1.665.834,36 €		

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

		(APC29)				
2020/24	Tecnologie_biomediche	Sostituzione/ammodernamento tecnologie biomedicali - aree chirurgica emergenza diagnostica e degenza (APC30)	2.999.102,09 €			
2022/33	Tecnologie_biomediche	Ammodernamento piattaforma di imaging	126.609,96 €			
2020/51	Tecnologie_informatiche	Realizzazione nuovo centro stella rete dati aziendale (APC31)	770.476,00 €			
2023/72	Tecnologie_informatiche	GRU 2023	63.275,78 €			
2023/73	Tecnologie_informatiche	GAAC 2023	10.616,71 €			
2020/52	Tecnologie_informatiche	fascicolo sanitario elettronico	4.521,63 €			
2023/74	Tecnologie_informatiche	RSEGNALER2023 - Acq.Serv.prog.Svil.imp.e gest. piattaf. SegnalER	16.080,23 €			
2019/42	Lavori	Adeguamenti antincendio (depositi, tanks, impianti ecc...) DM 19 marzo 2015 - primo stralcio	67.896,51 €			

SCHEDA 2

id intervento	Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare nel 2024 (€)	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
2020/36	Lavori	Isole ecologiche e sistemi innovativi per la raccolta dei rifiuti (Policlino S. Orsola)		500.000,00 €	1.650.000,00 €	
2020/48	Lavori	Completamento polo materno infantile		250.000,00 €	1.000.000,00 €	17.750.000,00 €
2020/120	Lavori	Riqualificazione del Polo delle Medicine e dei Poli Funzionali presso il Policlinico Sant'Orsola – Malpighi		1.500.000,00 €	1.500.000,00 €	61.000.000,00 €
2016/2	Lavori	Banca regionale Gameti (Policlino S. Orsola)	200.000,00 €	500.000,00 €		
2023/65	Tecnologie_biomediche	Rinnovo tecnologie biomedicali per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	550.000,00 €			
2023/49	Lavori	Implementazione della sorgente di emergenza ossigeno in pacchi bombole a servizio del padiglione 2 "Albertoni"	62.777,73 €			

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

SCHEDA 3

id intervento	Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare nel 2024 (€)	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
2023/66	Lavori	Opere di sistemazione esterna e organizzazione spazi veicolari		200.000,00 €	200.000,00 €	2.100.000,00 €
2023/67	Lavori	Sostituzione infissi nei padiglioni storici (Pad.4-16-19, 18, 11, ecc.)		400.000,00 €	400.000,00 €	2.000.000,00 €
2023/68	Lavori	Ristrutturazione Pad. 25-27-28			300.000,00 €	19.700.000,00 €
2023/69	Lavori	Padiglione 1 - attivita' diurne e ambulatoriali (multidisciplinare)			250.000,00 €	12.250.000,00 €
2023/70	Lavori	Padiglione 2 - polo delle medicine : ristrutturazione			200.000,00 €	33.000.000,00 €
2023/71	Lavori	Pad.24 Realizzazione palazzina laboratori			500.000,00 €	9.500.000,00 €
2020/125	Lavori	Pad.5_angiografia Realizzazione sala angiografica pad. 5	850.000,00 €			
2023/75	Lavori	Casa di accoglienza	2.740.000,00 €	1.630.000,00 €		10.870.000,00 €
2023/76	Lavori	Interventi Adeguamento sismico nel policlinico - proseguimento dell'adeguamento/ miglioramento sismico del pad. 5		500.000,00 €	1.500.000,00 €	8.000.000,00 €
2023/77	Lavori	Interventi Adeguamento antincendio nel policlinico		500.000,00 €	1.500.000,00 €	8.000.000,00 €

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Azienda le 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
% di realizzazione del piano di investimenti aziendali	*105,53%		*102,75%		100,00%		Attrezzature sanitarie Tendenziale 100% Lavori >80%	sono state completate tutte le procedure di acquisizione programmate e le procedure di acquisizione per necessità urgenti non programmabili. In alcuni casi la consegna dei beni non è stata entro l'anno 2022.
% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	60,0%		66,00%		68,75%		Monitoraggio	
Investimenti in tecnologie informatiche	931.322		1.326.564		800.000		Monitoraggio Incremento	

* a fronte di investimenti programmati per € 15.180.679.47 (fonte: prospetto impieghi allegato alla relazione al Bilancio di previsione Anno 2021 - interventi in corso di realizzazione e in corso di progettazione con copertura finanziaria) sono stati realizzati investimenti per € 15.597.783,00 (fonte: piano di realizzazione degli investimenti allegato alla relazione del Bilancio di esercizio Anno 2021). La realizzazione è superiore rispetto a quanto programmato a causa degli investimenti effettuati per affrontare l'emergenza sanitaria e quindi non programmati.

3.4.3. Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica

Azioni per lo sviluppo sostenibile

Il contesto

Il Piano delle azioni per lo sviluppo sostenibile si inquadra, per il triennio 2023-2025, 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".

Entro il 2023, infatti, si procederà, in collaborazione tra AUSL di Bologna, AOU di Bologna, IRCCS Rizzoli e AUSL di Imola, alla stesura di un Piano delle azioni unitario, integrato fra le Aziende, che accompagnerà la sottoscrizione, da parte delle Aziende, del *Climate City Contract* (Contratto climatico).

Allo scopo di esplicitare gli impegni e le loro ricadute attese, è stato concordato uno strumento di pianificazione, comune a tutti i partner, denominato "PORTAFOGLIO DI AZIONI PER LA NEUTRALITA' CLIMATICA". 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 23-25, annualmente, 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;
- alla integrazione e all'ampliamento dei piani delle azioni, sulla base della estensione degli ambiti/settori di sviluppo che, mano a mano, verranno implementati a livello aziendale e metropolitano.

Per il triennio 2023-2025 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 nel 2023-2025 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 2023-2025 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 per il quale è in conclusione la progettazione esecutiva;
- 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.

L'Azienda partecipa come partner al Progetto Europeo "EcoQUIP Plus - COLLABORATIVE INNOVATION PROCUREMENT ACTION TO IMPROVE EHE EFFICIENCY, QUALITY AND SUSTAINABILITY OF HEALTHCARE", finanziato dalla Commissione Europea, Executive Agency for Small and Medium – sized Enterprises (EASME), risultato vincitore e ha sottoscritto il Grant Agreement il 17 dicembre 2019 (PG 2079/2020). Nel 2020 sono iniziate le attività del progetto europeo, nel 2021 è stato elaborato il documento "Statement of Demand", nel 2022 il PIN e il Market Sounding Consultant e sono proseguite le attività e gli incontri in via digitale con i partners del progetto europeo. Nel periodo 2023 sarà aggiudicato l'appalto d'innovazione e implementato il relativo contratto.

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 2023–2025 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).

In particolare, nel triennio 2023-2025, quest'ambito comprenderà:

- 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 2023-2025 vedrà il supporto di tre azioni trasversali :

- un percorso di formazione-intervento, integrato fra le Aziende, per lo sviluppo del sistema di rendicontazione della sostenibilità ambientale del Servizio Sanitario Metropolitano;

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

- 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;
- 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.

4. Sistema di misurazione e valutazione del valore pubblico e della 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 2023 – 2025, si implementeranno una serie di attività mirate a potenziare 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) prevedere una 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.

La Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV-SSR) e di un gruppo di lavoro (formalizzato con Determina n. 19095 del 11/10/2022) composto da funzionari regionali e da referenti delle Aziende SSR per il Piano integrato attività e organizzazione 2023-2025, ha individuato, per ciascuna Sezione/Sottosezione di programmazione, indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

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.

Per il Piano integrato di attività e organizzazione 2023 – 2025 si è ricercato, rispetto alle indicazioni emanate nel 2021 dalla Giunta regionale per il Piano della performance, una continuità nella scelta degli indicatori apportando modifiche mirate per garantire l'allineamento ai nuovi orientamenti strategici regionali e nazionali. Sono stati inseriti indicatori relativi agli interventi del PNRR e al Nuovo Sistema di Garanzia.

E' importante sottolineare che 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.

L'Azienda monitora costantemente durante l'anno la propria performance organizzativa, come stabilito dalla "Procedura aziendale di gestione del Budget (Rev. 1)", 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;
- monitoraggio infrannuale del budget, secondo le modalità di cui alla "Procedura aziendale di gestione del Budget (Rev. 1)";
- 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.

Nelle schede a seguire, si possono osservare per ciascun indicatore, raggruppato per area della performance di riferimento, i risultati conseguiti dall'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna come di seguito indicato:

- il valore aziendale riferito all'anno 2022;
- il valore medio regionale riferito allo stesso anno, che consente un confronto dell'Azienda rispetto alla media delle Aziende sanitarie regionali;

- IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

- i valori aziendali precedenti (se disponibili), riferiti all'anno 2020 e all'anno 2021, col fine di evidenziare un andamento temporale dell'indicatore;
- il trend aziendale atteso nel triennio 2023 – 2025.

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/it/content/programma-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza#title>

<https://www.aosp.bo.it/it/content/documenti-di-programmazione-strategico-gestionale>

5. INDICATORI DI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

UTENTE

Accesso e Domanda

Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg (AUSL BO)	96,24	86,58	94,76	81,92	86,92	84,31		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)	99,53	96,88	97,06	93,44	92,31	92,45		
Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg (AUSL BO)	99,93	91,44	99,9	89,5	99,87	88,71		
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi (AUSL BO)	91,82	83,13	92,58	79,61	86,57	76,77		
% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo (AUSL BO)	92,49	80,36	91,87	81,85	97,34	89,75		
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi (AUSL BO)	97,72	83,66	97,71	81,68	96,72	79		
% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte (AUSI BO)		96,67	96,56	96,95	98,32	98,23	Monitoraggio	
% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	81,2	81,77	72,92	77,55	64,81	73,94	Miglioramento	

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
% abbandoni dal Pronto Soccorso	3,53	3,91	3,74	4,73	5,38	6,11	Monitoraggio	
Tasso std di accessi in PS (AUSL BO)		270,92	334,61	306,47	378,17	349,02		
Indice di filtro del PS	33,65	22,82	31	21,41	26,06	19,49	Miglioramento	
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG (AUSL BO)	106,43	110,51	111,95	115,45	113,47	119,4		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	80,66	84,98	73,81	77,71	68,44	80,35	Miglioramento	
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	93,06	86,58	71,6	83,65	53,66	85	Miglioramento	
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	75,11	81,02	64,33	75,29	45,38	68,55	Miglioramento	
% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera (AUSL BO)	43,31	47,72	43,04	48,88	49,11	46,79		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana

Integrazione

Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	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)	251,08	266,84	256,06	265,03	252,96	275,86		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)	32	50,58	43,99	63,77	58,68	94,33		
Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni		26,41	31,77	28,61	28,95	29,4		
Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - NSG (AUSL BO)		42,03	41,25	41,82	35,08	22,23		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni (AUSL BO)	142,34	182,65	152,41	189,79	170,22	184,02		
Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI		9,87	19,54	11,22	17,42	10,82		
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG (AUSL BO)		89,72	32,48	94,47	100	100		
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG (AUSL BO)	49,7	47,6	60,7	51,1	66,1	56,6		
% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni (AUSL BO)	31,16	25,53	29,49	26,62	32,55	26,82		
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	10,62	19,12	9,63	14,05	9,2	13,36	Mantenimento	

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	9,83	8,74	8,3	8,36	6,92	7,62	Mantenimento	
Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	32,43	48,72	37,7	49,92	41,26	49,73	Miglioramento	
Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	9,71	12,57	8,49	12,79	10,45	11,86	Mantenimento	
Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	0,89	1,58	0,7	1,88	0,69	1,73	Mantenimento	
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	0,89	1,74	1,73	1,94	2,02	1,92	Miglioramento	
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	0	1,33	0	1,11	0,65	1,25	Mantenimento	
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni (AUSL BO + AOSP BO)	11,3	10,86	10,71	10,04	14,21	10,02	Miglioramento	
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	21,63	13,44	16,41	13,44	11,86	10,53	Mantenimento	
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	0	65,62	0	71,29	43,55	81,94	Miglioramento	

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	97,69	92,99	98,7	97,32	100	97,2	Mantenimento	
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	5,17	5,34	3,24	5,14	4,12	4,17	Mantenimento	
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	1,19	0,91	1,11	0,99	1,16	0,92	Miglioramento	
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	5,56	5,01	6,96	4,58	6,29	4,4	Miglioramento	
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	2,62	3,89	3,63	3,84	4,26	4,12	Miglioramento	
% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	22,7	16,81	22,44	16,3	26,1	16,48	Miglioramento	
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,14	1,04	1,43	0,98	1,5	0,86	Miglioramento	
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,81	1,31	1,66	1,27	1,5	1,38	Miglioramento	
% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario - Indicatore NSG: H13C	74,07	74,21	70,77	75,63	57,65	64,7	Miglioramento	
Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	4	2	3	2	2,5	2		

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - Indicatore NSG: D01C					22,82	18,07	Miglioramento	
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ICTUS ISCHEMICO - Indicatore NSG: D02C					20,34	17,36		

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	63,4	79,87	62,66	79,25	61,68	77,85	Mantenimento	
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	19,42	8,72	19,77	9,05	19,06	9,31	Mantenimento/Incremento	
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	17,18	11,41	17,57	11,69	19,27	12,85	Mantenimento/Incremento	
Indice di case mix degenza ordinaria	1,2		1,25		1,24		Mantenimento	
Indice comparativo di performance	1,02		1,07		1,1		Miglioramento	

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile (AUSL BO)	51,60	56,72	71,70	84,56				Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita (AUSL BO)	36,67	42,52	40,25	51,02	47,56	59,18		
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita (AUSL BO)		16,41	15,92	20,74	22,38	25,49		

Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni) (AUSL BO)	59,41	63,74	65,24	69,4	70,23	71,33		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni) (AUSL BO)	48,18	60,71	51,13	63,27	59,95	65,27		
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni) (AUSL BO)	52,61	47,17	57,16	50,64	61,63	53,16		

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio clinico

**Appropriatezza,
Qualità, Sicurezza e
Gestione del Rischio
clinico**

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario - NSG	0,13	0,15	0,12	0,15	0,14	0,16	Mantenimento	
Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG (AUSL BO)		1,85	1,68	2,12	1,84	2,28	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)		23,5	22,99	26,08	22,87	26,53		
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	10,08	8,43	14,48	8,1	11,38	7	Miglioramento	
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	6,99	4,46	7,01	3,95	7,59	3,75	Miglioramento	
Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio (AUSL BO)		409,98	845,35	789,52	811,32	825,92	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana	
Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio (AUSL BO)		592,04	736,87	714,03	702,42	721,98		
Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG		58,31	71,19	66,94	77,04	75,03		

Organizzazione

Organizzazione

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
% referti di laboratorio prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	187,51	123,29	462,16	123,28	262,69	122,68	Miglioramento/Mantenimento	
% referti di specialistica e radiologia prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	137,7	57,9	111,8	80,03	100,63	99,87	Miglioramento/Mantenimento	
% referti di pronto soccorso prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	110,65	115,03	114,76	89,9	117,49	113,24	Miglioramento	
% lettere di dimissione ospedaliera prodotte secondo lo standard CDA2 e firma digitale ***	100,14	86,63	20,00	57,92	72,89	82,55	Miglioramento/Mantenimento	

*** per mero errore materiale la % di lettere di dimissione con firma digitale 2021 dell'Azienda Ospedaliera sono state imputate ad altra Azienda. Il calcolo rivisto con il conteggio di tutte le lettere di dimissione anno 2021 è pari al 91%.

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
% Lavoratori agili effettivi/ Totale lavoratori	4,71%		3,98%		1,96%		Mantenimento	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	78,16%		67,63%		32,89%		Monitoraggio	
% Giornate lavoro agile/Giornate lavorative totali	17,33%		14,30%		16,13%		Monitoraggio	

Anticorruzione-Trasparenza
**Anticorruzione-
Trasparenza**

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100%	100%	100%		100%		Mantenimento	
% di centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	47		50,8		51,87	63,3	Mantenimento/Miglioramento	

INNOVAZIONE E SVILUPPO
Ricerca e Didattica
Ricerca e Didattica

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Impact Factor Normalizzato			3338,5		5874,6		Monitoraggio	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".
N. Medio di pubblicazione per ricercatore			1,22		1,8		Monitoraggio	
N. Trial clinici approvati dal Comitato Etico			204		204		Monitoraggio	
N. Studi osservazionali approvati dal Comitato Etico			258		182		Monitoraggio	
N. Trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)			689/1473 (46,78%)		651/1313 (49,58%)		Monitoraggio	
N. Studi osservazionali attivi sul totale degli studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)			784/1473 (53,22%)		662/1313 (50,42%)		Monitoraggio	

SOSTENIBILITA'

Economico - Finanziaria

**Economico -
Finanziaria**

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-5,77		-6,08		-9,55		Miglioramento	
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	81,46	89,64	100		88,37	93,16	Miglioramento	
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza (AUSL BO)	87,62	87,45	89,15	88,07	89,79	88,92		Contributo alla realizzazione degli obiettivi di area metropolitana
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (AUSL BO)	175,04	169,37	171,5	166,54	189,96	185,5		
Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	31,09%	16,50%	32,69%	17,05%	31,09	17,51	Monitoraggio	
Acquisto dei servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	6,34%	31,02%	8,60%	29,46%	7,43	30,88	Monitoraggio	
Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	13,38%	10,31%	13,51%	10,88%	16,15	12,12	Monitoraggio	
Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	45,94%	37,30%	46,17%	38,11%	43,01	38,25	Monitoraggio	
% risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR)					0,59	17,76	Monitoraggio	
% risorse impegnate per digitalizzazione DEA (PNRR)								

Investimenti

Investimenti

Indicatore	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Regionale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
% di realizzazione del piano di investimenti aziendali	*105,53%		*102,75%		100,00%		Attrezzature sanitarie Tendenziale 100% Lavori >80%	sono state completate tutte le procedure di acquisizione programmate e le procedure di acquisizione per necessità urgenti non programmabili. In alcuni casi la consegna dei beni non è stata entro l'anno 2022.
% grandi apparecchiature con età < = 10 anni	60,0%		66,00%		68,57%		Monitoraggio	
Investimenti in tecnologie informatiche	931.322		1.326.564		800.000		Monitoraggio, Incremento	

* A fronte di investimenti programmati per € 15.180.679.47 (fonte: prospetto impieghi allegato alla relazione al Bilancio di previsione Anno 2021 - interventi in corso di realizzazione e in corso di progettazione con copertura finanziaria) sono stati realizzati investimenti per € 15.597.783,00 (fonte: piano di realizzazione degli investimenti allegato alla relazione del Bilancio di esercizio Anno 2021). La realizzazione è superiore rispetto a quanto programmato a causa degli investimenti effettuati per affrontare l'emergenza sanitaria e quindi non programmati.