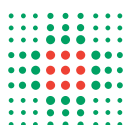


Bilancio di Missione



POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Capitolo 1: Contesto di riferimento

Nel capitolo introduttivo del Bilancio di Missione vengono illustrate le disposizioni normative nazionali e regionali che interessano le attività del Policlinico e viene presentato il quadro delle relazioni che intercorrono tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e la locale Università. Tale rapporto si fonda su un sistema di accordi attuativi dei protocolli d'intesa stipulati tra Regione e Università interessate.

La Facoltà di Medicina e Chirurgia ha diversi corsi attivi, che insistono direttamente sulle strutture dell'Azienda. Diverse convenzioni sono inoltre stipulate con altre Facoltà dell'Università di Bologna e di altri atenei per la collaborazione nel completamento della formazione universitaria.

Negli ultimi paragrafi si relaziona sulla rete integrata dell'offerta regionale e sugli accordi di fornitura con le aziende della Regione.

1.1 Quadro normativo e istituzionale

Le disposizioni normative nazionali e regionali degli ultimi anni hanno prodotto effetti significativi per l'assetto e l'attività delle aziende sanitarie, dando vita a un **complesso contesto di riferimento normativo ed istituzionale**.

Il portale del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna dedica proprio alla legislazione e agli atti amministrativi per i livelli nazionale, regionale e locale un'intera sezione (<http://www.saluter.it/documentazione/leggi>).

Nel corso dell'anno 2015 le disposizioni più significative per l'attività del Policlinico che si aggiungono a quelle emanate negli anni precedenti, sono state:

- la Legge 23 dicembre 2014 n. 190 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (**Legge di stabilità 2015**), e successiva Intesa siglata nella riunione della conferenza Stato Regioni del 26 febbraio 2015 in merito alla sua attuazione;
- l'Intesa del 02.07.2015 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano concernente l'individuazione di misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa del Servizio Sanitario Nazionale
- il D.L. 19 giugno 2015, n.78 convertito con modificazione dalla Legge 6 agosto 2015, n. 125 che, tra l'altro, agli articoli da 9 a 9-octies detta disposizioni in tema di sanità ed applica le disposizioni in attuazione delle Intese sancite dalla Conferenza, di cui sopra.
- il Decreto 2 aprile 2015, n.70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- la Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche".

Nella trattazione dei singoli temi **riportati nel presente documento** è richiamata, dove opportuno, la normativa di riferimento.

Le disposizioni normative nazionali e regionali che informano le azioni del Policlinico, determinano un complesso contesto di riferimento normativo ed istituzionale

1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università

Il paragrafo a seguire illustra, in termini generali, il quadro delle **relazioni istituzionali che intercorrono tra l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna e l'Università di Bologna**.

Quadro delle relazioni che intercorrono tra l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna e l'Università di Bologna

1.2.1 Relazioni con l'Ateneo

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è **l'istituzione di riferimento** per la collaborazione tra il Servizio sanitario regionale e l'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna (ai sensi della L.R. 29/2004 - art. 9, comma 6 - che disciplina le Aziende Ospedaliero - Universitarie in analogia alle Aziende USL e secondo i principi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517). La Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università ha sede presso il Policlinico S. Orsola-Malpighi.

Il modello delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, definito con la legge regionale 23.12.2004, n. 29 e con la deliberazione di Giunta n. 318 del 14.2.2005, è stato concepito dal legislatore come strumento di collaborazione e di integrazione con l'Università.

Il conseguimento e il **rafforzamento dell'integrazione tra le attività assistenziali e le attività di didattica e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario e dall'Università assumono un ruolo centrale** nella missione aziendale. A tal fine, secondo le previsioni di legge, il sistema delle relazioni con le Università si fonda, a livello regionale, sui protocolli d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università di Bologna, di Ferrara, di Modena - Reggio Emilia e di Parma. In ambito locale, operano gli accordi di attuazione dei suddetti protocolli d'intesa stipulati, nel caso specifico, tra quest'Azienda e l'Università di Bologna.

Le relazioni con l'Università si fondano su un sistema di accordi attuativi dei protocolli d'intesa stipulati tra Regione e Università interessate.

Nel 2015 non si evidenziano novità rispetto agli anni precedenti. Il quadro dei Protocolli d'Intesa tra la Regione e le Università rimane il seguente:

- protocollo d'intesa tra la Regione e le Università del 14 febbraio 2005, previsto dall'art. 9 della legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29 (deliberazione della Giunta Regionale n. 297 del 14.2.2005);
- protocollo d'intesa sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia, sottoscritto tra Regione e Università dell'Emilia-Romagna il 25.10.2006 (deliberazione di Giunta regionale n. 1546 del 15.11.2006);
- protocollo di intesa stipulato il 24.7.1996 tra Regione Emilia Romagna e Università, così come previsto all'art. 6, comma 3, del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche, per l'espletamento dei corsi di Diploma Universitario. Per quanto applicabili, vigono ancora tali disposizioni, in attesa di un nuovo Protocollo d'intesa sulla formazione delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione.

Tra l'Azienda e l'Università di Bologna vigono i seguenti accordi attuativi dei protocolli d'intesa a livello regionale:

- per ciò che riguarda le attività assistenziali essenziali per le funzioni istituzionali della Facoltà di Medicina e Chirurgia, si fa ancora riferimento, per quanto applicabile, alla disciplina dell'accordo locale sottoscritto il 28 maggio 1999 e con effetto dal 21 luglio dello stesso anno, in attuazione del previgente Protocollo d'intesa per le attività assistenziali, stipulato tra la Regione e le Università il 18.3.1998, ai sensi dell'art. 6, comma 1 del D.L. 30.12.1992, n. 502 e s.m.i.;
- per la formazione specialistica, il 18.11.2008 è stato stipulato l'Accordo attuativo locale tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi e l'Alma Mater Studiorum-Università di Bologna, in attuazione del Protocollo d'intesa sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia sottoscritto tra Regione e Università dell'Emilia-Romagna;
- per la formazione delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione vige ancora l'Accordo attuativo tra l'Università degli Studi di Bologna e l'Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi per l'espletamento dei corsi di diploma universitario per infermiere, fisioterapista e tecnico sanitario di laboratorio biomedico di cui all'art. 2 della legge 19.11.1990 n. 341 ed in attuazione dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche e decreto MURST-Sanità del 24.7.1996" (deliberazione del Direttore generale n. 2883 del 31.12.1997). L'Accordo è stato oggetto di successive integrazioni, al fine di comprendervi il diploma universitario di ostetrica e di tecnico sanitario di radiologia medica (deliberazione n. 29 del 13.3.2000);
- l'Accordo di collaborazione per l'espletamento del Corso di Laurea in Dietistica, raggiunto con l'Università di Bologna al termine del 2015, si aggiunge agli accordi sopra citati;
- la Convenzione quadro per lo svolgimento del tirocinio pratico degli studenti dell'Università di Bologna, stipulata nel 2008 con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università è tuttora vigente, per le parti applicabili, ed è stata estesa dal termine del 2014, in seguito ad accordi per corrispondenza, anche ai percorsi curriculari di tirocinio svolti nell'ambito dei Master, dei Corsi di Alta Formazione e di Formazione Permanente, tenuti dal Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, dal Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale e dal Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie. In virtù di tali accordi, tutti i tirocini dei corsi di studio di diverso livello, coordinati dalla Scuola di medicina e Chirurgia, possono essere accolti presso le strutture dell'Azienda, sussistendo le specifiche esigenze formative e la potenzialità di accoglimento delle strutture stesse.

La legge n. 240 del 30.12.2010 ha determinato modifiche al sistema universitario che hanno ricadute anche sul sistema delle relazioni con il servizio sanitario.

La legge 30.12.2010, n. 240 (c.d. Legge Gelmini) e i successivi decreti del MIUR hanno introdotto numerose e rilevanti modifiche del sistema universitario con lo scopo di renderlo più efficiente e competitivo.

L'Università di Bologna, in attuazione delle previsioni della legge, si è dotata di un nuovo Statuto, con Decreto Rettorale 13 dicembre 2011.

I dipartimenti dell'Università costituenti la Scuola di Medicina e Chirurgia sono tre: il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, il Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale, il Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie. I primi due insistono prevalentemente nel Policlinico S. Orsola - Malpighi, il terzo insiste prevalentemente nell'Istituto Ortopedico Rizzoli e nell'Azienda USL di Bologna, comprendente l'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, presso l'ospedale Bellaria.

La Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna coordina le attività didattiche dei corsi di studio pertinenti, prima gestiti dalla Facoltà, attivati su proposta dei Dipartimenti, che svolgono così funzioni finalizzate non solo alla ricerca scientifica, ma anche alle attività didattiche e formative.

Con le note riportate sopra è stata ripercorsa, per sommi capi, la struttura istituzionale dei rapporti tra il Servizio sanitario regionale e le Università e, nello specifico, tra l'Azienda e l'Università di Bologna, con particolare riferimento alla Scuola di Medicina e Chirurgia, sia pure senza entrare nei contenuti, per i quali si rinvia ai successivi paragrafi 2.4. e 3.6.

1.2.2 Relazioni con altre Facoltà o altri Atenei

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna mantiene numerosi rapporti di collaborazione, oltre che con i Dipartimenti universitari menzionati sopra e con la Scuola di Medicina e Chirurgia, con varie strutture didattiche dell'Università di Bologna e con altri atenei, per il completamento della formazione accademica e professionale dei discenti, attraverso lo svolgimento di tirocini.

Con l'Università di Bologna sono attive le seguenti convenzioni per lo svolgimento di tirocini:

- Facoltà di Psicologia - Polo Scientifico-Didattico di Cesena;
- Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, per l'utilizzo di strutture e personale del Servizio di Farmacia;
- Facoltà di Ingegneria - convenzione quadro.

Sono state stipulate o rinnovate nell'anno le seguenti convenzioni per lo svolgimento di tirocini di formazione e di orientamento o per la formazione specialistica, con le seguenti Università e Istituti di specializzazione in psicoterapia:

- Convenzione per tirocini curricolari con Università degli Studi Niccolò Cusano – Telematica Roma;

- Convenzione per lo svolgimento di attività formativa pratica di tirocinio differenziato per specifico profilo, relativa alle Professioni Sanitarie, per gli studenti dell'Università degli Studi di Parma;
- Convenzione con l'Università degli Studi di Verona per lo svolgimento di stage ai fini della formazione specialistica di area sanitaria;
- Convenzione con l'Università degli Studi di Firenze per lo svolgimento di tirocini formativi e di orientamento;
- Convenzione di tirocinio di formazione e orientamento con il Dipartimento di Scienze e Metodi dell'Ingegneria dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia;
- Convenzione per lo svolgimento del tirocinio di formazione e di orientamento con la Scuola Provinciale Superiore di Sanità "Claudiana" di Bolzano, per gli studenti del Corso di laurea in Infermieristica;
- Convenzione di tirocinio di formazione e orientamento curricolare con l'Università del Salento;
- Convenzione - quadro per tirocini di formazione e di orientamento con l'Università Telematica Pegaso;
- Convenzione per l'effettuazione del tirocinio di allievi della Scuola di specializzazione in Psicoterapia della C.O.I.R.A.G. (Confederazione di Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi) - sede di Padova;
- Convenzione per lo svolgimento del tirocinio pratico degli allievi della SPEF Scuola di Psicoterapia Erich Fromm;
- Convenzione per lo svolgimento del tirocinio pratico degli allievi della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica;
- Convenzione per il tirocinio degli studenti della S.C.INT - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Interpersonale di Roma;
- Convenzioni per l'effettuazione del tirocinio di studenti della Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Milano. "Psicoterapia Cognitiva e Ricerca" e "Studi Cognitivi".

1.3 La rete integrata dell'offerta regionale

Complessivamente il territorio metropolitano presenta, nel 2015, una dotazione di 4.189 posti letto (PL), in diminuzione rispetto al 2014. Il territorio provinciale, comprendente anche l'Azienda USL di Imola, presenta nel complesso 4.688 PL, 182 in meno rispetto al 2014. La mappa riporta il dettaglio delle strutture ospedaliere pubbliche e private ubicate nei distretti del territorio dell'Azienda USL di Bologna.

Sul territorio metropolitano e provinciale si registra nel 2015 una diminuzione nella dotazione di posti letto.

Nelle tabelle che seguono è evidenziato l'andamento dei posti letto negli ultimi anni specificando la differenziazione tra PL nelle strutture pubbliche e nelle strutture private accreditate.

Tabella 1.1 Posti letto dei presidi pubblici e privati accreditati nel territorio metropolitano e della provincia di Bologna. Anni 2008- 2015.

Posti letto accreditati	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Azienda USL	1.843	1.823	1.817	1.818	1.818	1.431	1.401	1.401
AOU	1.758	1.716	1.654	1.622	1.584	1.535	1.566	1.546
IOR	324	343	336	327	327	327	324	324
Privato accreditato	895	892	898	1.076	1.076	1.068	1.068	918
Totale metropolitano	4.820	4.774	4.705	4.843	4.805	4.361	4.359	4.189
Imola	590	591	564	565	562	559	511	499
Totale provincia	5.410	5.365	5.269	5.408	5.367	4.920	4.870	4.688

Fonte: Regione Emilia – Romagna

La variazione dei posti letto 2015 rispetto all'anno precedente dell'Azienda Ospedaliera è dovuta a una riduzione di 30 posti letto di medicina generale con contestuale attivazione di 10 posti letto di oncologia per la medicina della continuità assistenziale oncologica, riconducibile alla disciplina di oncologia.

Tabella 1.2 Posti letto dei presidi pubblici e privati accreditati nel territorio metropolitano e della provincia di Bologna per tipologia e rapporto con la popolazione residente. Anno 2015

AZIENDE	N° posti letto				Indicatori		
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	PL acuti ‰ ab.	PL riab e LD ‰ ab.	PL totali ‰ ab.
Azienda USL BO	1.259	42	100	1.401			
AOU	1.449	73	24	1.546			
IOR	303	21		324			
Privato accreditato	515	157	246	918			
Totale metropolitano	3.526	293	370	4.189	4,04	0,76	4,80
Imola	314	158	27	499	2,35	1,39	3,74
Totale provincia	3.840	451	397	4.688	3,81	0,84	4,66

Fonte: Regione Emilia – Romagna

1.4 Osservazioni epidemiologiche

Per quanto riguarda questo paragrafo, si rimanda al bilancio di missione 2015 dell'Azienda USL di Bologna.

1.5 Accordi di fornitura

L'Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi ha definito accordi di fornitura con le aziende presenti sul territorio provinciale, l'Ausl di Bologna e l'Ausl di Imola e le aziende USL extraprovinciali della regione Emilia-Romagna, in applicazione di quanto disposto dalla delibera di programmazione regionale 2015 (DGR 901/2015).

L'azienda ha definito accordi di fornitura con le aziende presenti sul territorio provinciale ed extraprovinciale della Regione Emilia Romagna.

1.5.1 Accordi di fornitura in ambito provinciale

L'accordo di fornitura con l'**Azienda USL di Bologna** riguarda la fornitura di prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale, di pronto soccorso e la collaborazione su diversi ambiti quali la clinical governance, la politica del farmaco e l'innovazione, lo sviluppo tecnologico ed informatico.

Il contratto di fornitura con l'Azienda USL di Bologna rileva i seguenti valori:

AUSL BOLOGNA (valori in migliaia di euro)	VALORE PRODUZIONE CONSUNTIVO 2014	ACCORDO DI FORNITURA CONSUNTIVO 2014	PREVENTIVO 2015	VALORE PRODUZIONE CONSUNTIVO 2015	ACCORDO DI FORNITURA CONSUNTIVO 2015
TOTALE DEGENZA	€ 172.435	€ 180.036	€ 176.288	€ 169.876	€ 177.384
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	€ 48.192	€ 45.452	€ 49.200	€ 48.412	€ 48.200
SUBTOTALE DEGENZA E SPECIALISTICA	€ 220.628	€ 225.488	€ 225.488	€ 218.288	€ 225.584
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI	€ 39.763	€ 39.763	€ 45.435	€ 41.027	€ 40.777
TOTALE	€ 260.391	€ 265.251	€ 270.923	€ 259.316	€ 266.361

L'attività di degenza vede riconosciuto un importo pari a 177,384 mln di euro, pari a -2,652 mln euro (-1,5%) rispetto all'accordo 2014. Complessivamente a consuntivo anno 2015 la valorizzazione economica dell'attività di degenza è pari a 169,876mln di euro, in riduzione rispetto alla produzione 2014 per un valore di -2,559 mln di euro (-1,5%).

A consuntivo 2015 si rileva un valore della produzione 'Degenza' pari a 169,876 milioni di euro con un differenziale fra il valore della produzione e valore riconosciuto nell'ambito dell'accordo di fornitura pari a -7,507mln (-4,4%) rispetto alla produzione effettiva. Si ricorda che il differenziale tariffario è stato negli anni riconosciuto dalle Ausl in funzione del fatto che, a fronte dell'incremento del finanziamento della quota capitaria per i pazienti assistibili, non è stato rivisto il sistema tariffario per le prestazioni di ricovero e quindi l'adeguamento del livello di finanziamento è stato gestito all'interno degli accordi di fornitura. Il differenziale tariffario sull'attività di ricovero riconosciuto dalle aziende USL rispetto al valore della produzione 2015 delle aziende ospedaliere è evidente anche in altre realtà provinciali come riportato nella seguente tabella:

Azienda Erogante	USL	N. Dimessi	Valore accordo 2015	Valore produzione 2015	Val. Produzione- Valore Accordo	Delta %
Azienda Ospedaliera Bologna	Bologna	46.908	177.383.534	169.876.250	-7.507.284	-4,4%
	Imola	2.839	8.310.000	9.822.543	1.512.543	15,4%
Azienda Ospedaliera Bologna Totale		49.747	185.693.534	179.698.793	-5.994.741	-3,3%
Azienda Ospedaliera Ferrara	Ferrara	28.219	111.000.000	101.980.042	-9.019.958	-8,8%
Azienda Ospedaliera Modena	Modena	31.751	105.330.039	101.861.120	-3.468.919	-3,4%
Azienda Ospedaliera Parma	Parma	39.534	163.543.000	147.198.169	-16.344.831	-11,1%
IOR	Bologna	6.106	24.499.005	25.241.134	742.129	2,9%
	Imola	408	1.203.000	1.529.151	326.151	21,3%
IOR Totale		6.514	25.702.005	26.770.286	1.068.281	4,0%
Totale complessivo		155.765	591.268.578	557.508.410	-33.760.168	-6,1%

Per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria il gap fra valore della degenza e valore dell'accordo a favore dell'Ausl di Bologna registra questi andamenti nell'ultimo quadriennio:

- anno 2012: -11.133mln di euro (-6%);
- anno 2013: - 5,042mln di euro (-2,9%);
- anno 2014: -7,601mln di euro (-4%);
- anno 2015: -7,507mln di euro (-4,4%).

Rispetto alla principali linee di attività si evidenziano questi andamenti:

- cardiocirurgia, cardiologia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica: in relazione all'avvio del nuovo polo cardio-toraco-vascolare si è assistito nel corso del 2015 ad una progressiva riduzione delle attività chirurgiche e di cardiologia interventistica delle unità operative soggette a trasferimento nella nuova struttura al padiglione 23;
- ematologia: sono in calo i volumi di attività per patologie ematologiche, quali leucemie e linfomi, oltre che una riduzione dei trapianti di midollo;
- ginecologia: riduzione di attività di chirurgia ginecologica a bassa complessità erogate in regime di day hospital;
- in incremento le attività nell'area delle medicine specialistiche quali la gastroenterologia, le malattie infettive, la nefrologia e la pneumologia.

Già in sede di preventivo, a seguito di accordi intercorsi fra le Aziende sono stati contabilizzati valori della degenza e della specialistica ambulatoriale più coerenti con i volumi di attività erogati dall'Azienda Ospedaliera, pur lasciando inalterato il valore complessivo del finanziamento rispetto al 2014.

In sede di verifica infrannuale di settembre le Aziende hanno definito l'accordo economico per le attività che vengono svolte all'Ospedale di Budrio. L'accordo prevede un adeguamento del valore dell'accordo di fornitura (+1,096milioni di euro) quantificato sulla base degli incrementi di attività per pazienti residenti a Bologna realizzati dall'avvio del progetto, stante che le schede di dimissione ospedaliera vengono attribuite all'Azienda Ospedaliera. Il 22% dell'attività svolta a Budrio è per pazienti residenti extra Bologna e la compensazione di questa attività è all'interno degli scambi di mobilità con le altre aziende. Coerentemente con le contabilizzazioni dei ricavi si tiene conto del rimborso riconosciuto per i costi dei fattori produttivi resi disponibili dall'Ausl, calcolati come incidenza percentuale del valore del DRG (55% per le attività di chirurgia generale e 35% per le chirurgie specialistiche). Il valore del rimborso costi riconosciuto all'Ausl è pari a 1,330 milioni di euro mentre 24mila euro è il valore del rimborso riconosciuto all'Azienda Ospedaliera per le attività ambulatoriali svolte dai propri professionisti.

Per l'attività di specialistica ambulatoriale in sede di preventivo erano stati adeguati i valori di accordo per le prestazioni di specialistica per un importo pari a 49,2mln di euro (+3,478mln rispetto al consuntivo 2014), per renderli più coerenti ai volumi di attività erogati nel 2014 (48,098mln). In sede di consuntivo il valore della specialistica è stato ulteriormente adeguato alla valorizzazione dei volumi di attività erogati nel 2015 (48,4milioni di euro, sostanzialmente stabili rispetto al 2014) portando l'accordo di fornitura a 48,2 milioni di euro.

A consuntivo 2015 si rileva un valore della produzione 'Specialistica ambulatoriale' pari a 48,412 milioni di euro con un differenziale fra valore della produzione e valore riconosciuto nell'ambito dell'accordo di fornitura pari a +212 mila euro (+0,4%) rispetto alla produzione effettiva. Il gap fra valore della specialistica ambulatoriale e valore dell'accordo a favore dell'Ausl di Bologna registra questi andamenti nell'ultimo quadriennio:

- anno 2012: +830mila euro (+2%);
- anno 2013: +2,4milioni di euro (+5%);
- anno 2014: +2,647mln di euro (+6%);
- anno 2015: +212mila euro (+0,4%).

Rispetto alle principali linee di attività ambulatoriali si evidenziano si rilevano:

- incrementi di attività per la diagnostica PET (+561mila euro), l'attività dialitica (+366mila euro) e microbiologia (172mila euro);
- riduzioni dei volumi di attività erogata per prestazioni di radioterapia (-384mila euro) conseguentemente alla minore disponibilità di tempo macchina e visite per un valore economico di -428mila euro.

A seguito della delibera regionale contenente le indicazioni per il contenimento dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale (DGR 1056/2015) è stato inoltre condiviso il piano di committenza che vede il potenziamento dei volumi di attività erogati, finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa. Il piano viene completamente finanziato dai fondi accantonati dall'attività libero professionale (istituto decreto Balduzzi) e ha interessato numerose discipline specialistiche.

Per quanto riguarda i rapporti con l'Ausl di Bologna il finanziamento per degenza e specialistica risulta inalterato rispetto al 2014 (225,584mln, +96mila euro rispetto al 2014), con un differenziale fra il livello di finanziamento e valore della produzione pari a +7,295milioni di euro (+3,3%). Il valore della produzione degenza e specialistica 2015 è pari a 218,288milioni di euro in riduzione rispetto al 2014 di -2,340milioni di euro.

Il valore della Somministrazione farmaci è stato in corso d'anno significativamente condizionato dalle modalità di finanziamento dei farmaci innovativi, antiepatite C e oncologici innovativi, finanziati con il fondo regionale dei farmaci innovativi o da regolare nell'ambito della mobilità sanitaria.

A seguito della delibera regionale per il contenimento dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale è stato condiviso il piano di committenza potenziando i volumi di attività erogata

Con DGR 2292/2015 la Regione ha definito e quantificato il finanziamento per i farmaci innovativi (epatite C e oncologici innovativi) per i pazienti residenti in Regione Emilia-Romagna e di conseguenza è stato ridefinito il valore dell'accordo di fornitura con l'Ausl di Bologna per la voce somministrazione farmaci pari a 40,777 milioni di euro. A consuntivo 2015 il valore è complessivamente 41,027 milioni di euro: il differenziale è spiegato dalla necessità di effettuare azioni correttive sul costo di acquisto dei farmaci per intravitreali per il trattamento della maculopatia. La voce "Somministrazione farmaci" comprende anche gli importi di somministrazione emocomponenti secondo le indicazioni regionali (P.G./2009/291977 del 22/12/2009) e farmaci a pazienti stranieri con tessera STP per complessivi 737 mila euro, in lieve incremento rispetto al valore di preventivo.

Complessivamente il finanziamento per degenza, specialistica e somministrazione farmaci da parte dell'Ausl di Bologna è pari a 266,361 milioni di euro a fronte del valore della produzione di 259,316 milioni di euro (+7,045 milioni, pari a +2,7%).

L'accordo con **l'Azienda USL di Imola** ha per oggetto l'erogazione di prestazioni di ricovero, di assistenza specialistica ambulatoriale, compreso pronto soccorso non seguito da ricovero e l'assistenza farmaceutica.

Il contratto di fornitura con l'Azienda USL di Imola rileva i seguenti valori:

AUSL IMOLA (valori in migliaia di euro)	VALORE PRODUZIONE CONSUNTIVO 2014	ACCORDO DI FORNITURA CONSUNTIVO 2014	PREVENTIVO 2015	VALORE PRODUZIONE CONSUNTIVO 2015	ACCORDO DI FORNITURA CONSUNTIVO 2015	Delta produzione vs accordo 2015
PRESTAZIONI DI DEGENZA	€ 8.332	€ 8.310	€ 8.310	€ 9.823	€ 8.310	€ 1.513
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	€ 2.169	€ 2.100	€ 2.100	€ 2.313	€ 2.100	€ 213
SUBTOTALE DEGENZA E SPECIALISTICA	€ 10.501	€ 10.410	€ 10.410	€ 12.136	€ 10.410	€ 1.726
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI	€ 1.925	€ 1.925	€ 2.511	€ 2.121	€ 2.121	€ -
TOTALE	€ 12.426	€ 12.335	€ 12.921	€ 14.257	€ 12.531	€ 1.726

Con l'Ausl di Imola è stato sottoscritto l'accordo di fornitura che conferma il livello di finanziamento 2014 per le voci degenza e specialistica ambulatoriale, per quanto riguarda la voce somministrazione farmaci l'accordo prevede il completo riconoscimento del valore dei farmaci erogati. I dati di consuntivo anno evidenziano volumi di attività superiori al valore dell'accordo: +1,513 milioni di euro (+15,4%) per la degenza e +213 mila euro (+9,2%) per l'attività di specialistica ambulatoriale.

Rispetto alla principali linee di attività di ricovero si evidenziano questi andamenti:

- cardiocirurgia, cardiologia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica: incremento di attività in particolare per interventi su valvole cardiache, interventi maggiori di chirurgia toracica, inserzione di stent carotideo;
- ematologia: sono in incremento i volumi di attività per patologie ematologiche, in particolare leucemie e linfomi, oltre che un incremento dei trapianti di midollo (+6 trapianti pari a +434 mila euro);

L'accordo di fornitura 2015 conferma, con l'Ausl di Imola, il finanziamento dell'anno 2014

- chirurgia generale: incremento la chirurgia epatica delle vie biliari e la chirurgia maggiore dell'apparto digerente;
- in incremento le attività nell'area delle medicine specialistiche quali la gastroenterologia, le malattie infettive, la pneumologia, la neurologia, chemio e radioterapia.

Rispetto alla principali linee di attività ambulatoriali si evidenziano si rilevano:

- incrementi di attività per la diagnostica PET (+91mila euro), microbiologia (29mila euro), diagnostica TAC (+17mila euro);
- riduzioni dei volumi di attività erogata per prestazioni di dialisi (-30mila euro).

Il valore della somministrazione farmaci a consuntivo 2015 i valore è complessivamente 2,121milioni di euro completamente finanziato dall'Ausl di Imola, coerentemente con quanto definito nell'accordo di fornitura 2015.

Complessivamente il finanziamento per degenza, specialistica e somministrazione farmaci da parte dell'Ausl di Imola è pari a 12,531 milioni di euro a fonte del valore della produzione di 14,257 milioni di euro (-1,726milioni, pari a -12,1%). Il valore della produzione degenza e specialistica 2015 è pari a 12,136milioni di euro in incremento rispetto al 2014 di +1,634 milioni di euro.

Il riconoscimento delle attività della Chirurgia Generale Pinna presso l'ospedale di Imola sono state contabilizzate nel conto 30207040 "Ricavi per servizi sanitari diversi da aziende sanitarie della Regione" (importo 2015 pari a 300.000 euro) a seguito della proroga dei termini fino a tutto il mese di agosto 2016 definito con l'Atto di Intesa siglato il 1 agosto 2014 tra l'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e l'Azienda USL di Imola ("Progetto per lo sviluppo e l'integrazione delle funzioni di chirurgia generale"). Tale valore viene inoltre decurtato dal valore della mobilità attiva extraregionale che da flusso informativo SDO viene rilevata dall'Azienda Ospedaliera, ma poi girata all'Ausl di Imola, come da accordo sottoscritto dalle due Aziende (315mila euro).

A consuntivo 2015 si rileva inoltre l'effetto della contabilizzazione dell'accordo per la Radiologia Zompatori presso l'ospedale di Imola, con effetto dal 16 ottobre 2015. Il valore di competenza anno 2015 è pari a 41,667mila euro.

1.5.2 Accordi fornitura extra-provincia

La contabilizzazione dei valori di mobilità attiva è stata effettuata seguendo le indicazioni contenute nella nota PG/2016/217044 del 29/3/2016 e coerentemente con le indicazioni della DGR 901/2015.

La mobilità attiva extraprovinciale rileva i seguenti valori:

MOBILITA' INFRAREGIONALE <i>(valori in migliaia di euro)</i>	VALORE PRODUZIONE CONSUNTIVO 2014	ACCORDO DI FORNITURA CONSUNTIVO 2014	Delta produzione vs accordo 2014	VALORE PRODUZIONE CONSUNTIVO 2015	ACCORDO DI FORNITURA CONSUNTIVO 2015	Delta produzione vs accordo 2015
PRESTAZIONI DI DEGENZA	€ 36.508	€ 35.781	€ 727	€ 36.755	€ 35.781	€ 974
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	€ 6.110	€ 6.110	€ 0	€ 6.014	€ 6.110	-€ 95
SUBTOTALE DEGENZA E SPECIALISTICA	€ 42.618	€ 41.891	€ 727	€ 42.769	€ 41.891	€ 878
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI	€ 3.986	€ 3.986	€ 0	€ 4.705	€ 4.705	€ 0
TOTALE	€ 46.603	€ 45.876	€ 727	€ 47.474	€ 46.596	€ 878

Per la degenza e specialistica ambulatoriale i valori contabilizzati valori pari al valore degli scambi anno in cui erano stati applicati all'attività di ricovero gli abbattimenti previsti dalle Linee guida per gli accordi extraprovinciali per tutte le aziende della regione, eccetto con l'Ausl di Reggio Emilia e Parma che hanno riconosciuto la valorizzazione effettiva dell'attività. Escludendo dal valore della degenza 2015 l'attività della Chirurgia generale Pinna c/o Imola, in quanto è oggetto di sterilizzazione ai fini della mobilità, si osserva un valore della produzione superiore al livello di finanziamento pari a +974mila euro (+2,6%), in particolare per incremento della mobilità attiva dall'Ausl della Romagna.

Il confronto fra il valore della produzione 2015 rispetto al dato 2014 si osserva un trend in lieve incremento dell'attività di ricovero (+247mila euro) e un sostanziale mantenimento dell'attività ambulatoriale (-95mila euro). La farmaceutica è in significativo incremento per un valore di +719mila euro.

Complessivamente il finanziamento per degenza, specialistica e somministrazione farmaci da parte delle Ausl della regione è pari a 46,596 milioni di euro a fonte del valore della produzione di 47,474 milioni di euro (-878 mila euro, pari a -1,9%).

Capitolo 2: Profilo aziendale

Il secondo capitolo mette in evidenza gli aspetti dell'attività del Policlinico S. Orsola - Malpighi relativi alla sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale, all'impatto economico e sociale sul contesto territoriale al contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza, alle attività di ricerca e didattica ed assetto organizzativo.

2.1. Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

La sostenibilità economica

La **sostenibilità economica** che caratterizza l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna viene rappresentata attraverso **indici** volti a:

- apprezzare le cause gestionali che hanno portato ad un dato risultato economico di periodo;
- valutare il grado di incidenza dei costi dei principali fattori produttivi sulle risorse che l'Azienda è stata in grado di trattenere/acquisire per alimentare i propri processi produttivi;
- investigare la composizione dei costi caratteristici aziendali.

2.1.1 Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale

La condizione di equilibrio economico-finanziario dell'anno 2015 viene definita per le Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna dalla Delibera di Giunta Regionale n. 901 del 13 luglio 2015 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015" (DGR 901/2015); la modalità di verifica del risultato di esercizio delle Aziende sanitarie e del consolidato regionale definita dal Tavolo di verifica degli adempimenti (ex articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, istituito presso il MEF) ha comportato, già a partire dal 2012, la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale. In conseguenza di ciò, si è evidenziata la necessità di assicurare a livello regionale una situazione di pareggio di bilancio, da determinarsi sulla base di criteri civilistici: già dall'anno 2012 all'interno dell'equilibrio sono interamente ricompresi gli ammortamenti netti di competenza dell'anno.

L'Azienda rispetta l'obiettivo economico 2015 assegnato dalla Regione Emilia-Romagna.

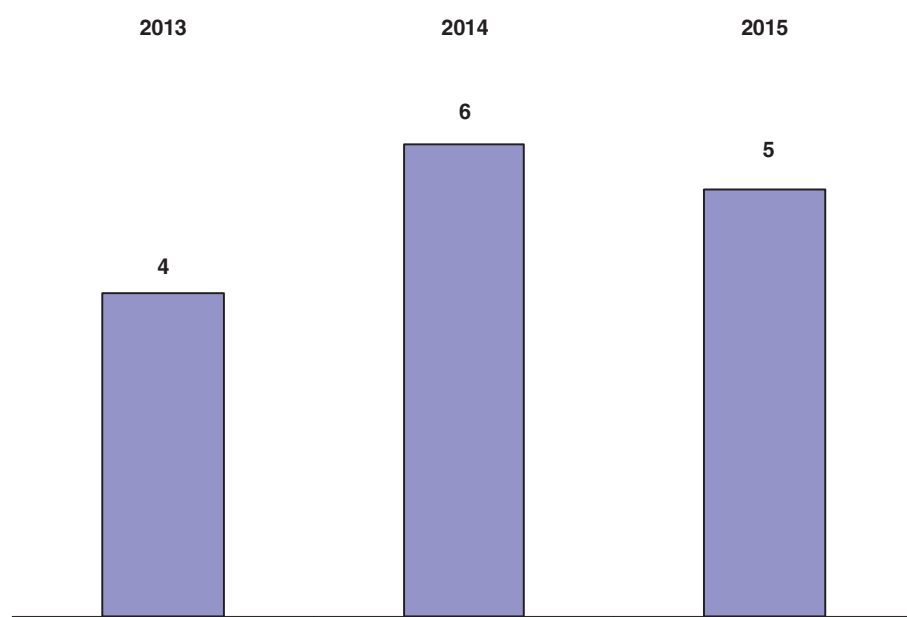
Nella tabella seguente si evidenzia che l'Azienda nel 2015 ha raggiunto pienamente l'obiettivo economico-finanziario posto dalla Regione Emilia Romagna, evidenziando un **risultato di pareggio di bilancio** (utile pari a €5.382); si specifica che il valore degli ammortamenti non sterilizzati al 31/12/2009 è pari a 4,246 milioni di euro, così come indicato nella DGR 901/2015.

Tabella 2.1 Verifica del rispetto della condizione di equilibrio

	Consuntivo 2015	Preventivo deliberato 2015	Consuntivo 2014
Risultato di Esercizio	5.382	0	5.954

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 2.1 Risultato netto dell'esercizio (trend anni 2013-2015, in migliaia di euro)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Si ricorda che l'entrata in vigore del decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011, "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n.42" ha avviato il processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dal Patto per la Salute e dai decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale.

2.1.2 Contributo della gestione caratteristica e della gestione non caratteristica nella formazione del risultato netto

L'indicatore analizza il contributo della gestione caratteristica e della gestione non caratteristica al risultato di esercizio. La gestione caratteristica include, infatti, i ricavi e i costi relativi all'attività tipica istituzionale dell'Azienda, mentre quella non caratteristica descrive le componenti di reddito finanziarie e straordinarie (proventi e oneri) e le imposte.

Il risultato di esercizio è principalmente definito dall'apporto della gestione non caratteristica

Come già anticipato, per l'esercizio 2015 si evidenzia un risultato di sostanziale pareggio di bilancio, che deriva dall'incidenza della gestione non caratteristica.

Da un confronto degli indicatori, nel 2015 le componenti tipiche evidenziano, rispetto al biennio precedente, un incremento nei contributi in c/esercizio, nei trasferimenti netti e nei ricavi disponibili.

Nell'ambito dei costi di beni e servizi, dal confronto con il biennio precedente, si registra una riduzione dei servizi sanitari e non sanitari, delle manutenzioni, come pure del costo del lavoro, a conseguimento dell'obiettivo economico posto in sede di programmazione; si evidenzia, invece, un aumento dei costi per consumo di beni acquistati, in particolare, per nuovi farmaci ad alto costo. Le voci "Godimento beni di terzi" e "Costi amministrativi e generali" non registrano, invece, particolari scostamenti rispetto al biennio analizzato.

Ad incidere sul risultato economico 2015 sono, inoltre, i valori registrati per le voci "Ammortamenti", "Quota utilizzo contributi in conto capitale" e "Altri accantonamenti tipici".

Gli elementi estranei alla gestione caratteristica fanno, invece, riferimento a proventi e oneri finanziari e a proventi e oneri straordinari.

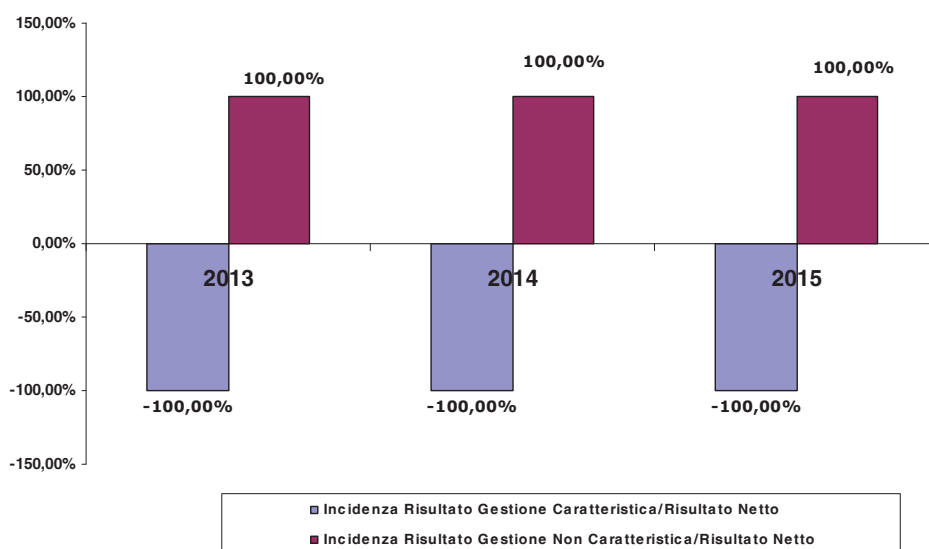
Nel 2015 la gestione non caratteristica ha inciso sul risultato di esercizio in maniera positiva.

Tabella 2.2 Valori assoluti (in migliaia di euro) dei risultati della gestione caratteristica, non caratteristica e risultato netto (trend anni 2013-2015)

	2013	2014	2015
Risultato Gestione Caratteristica	- 1.736	- 5.454	- 9.451
Risultato Gestione Non Caratteristica	1.740	5.460	9.456
Risultato Netto	4	6	5

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 2.2 Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto (trend anni 2013 - 2015)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.1.3 Trend della performance della gestione caratteristica dell’Azienda, a confronto con il trend regionale

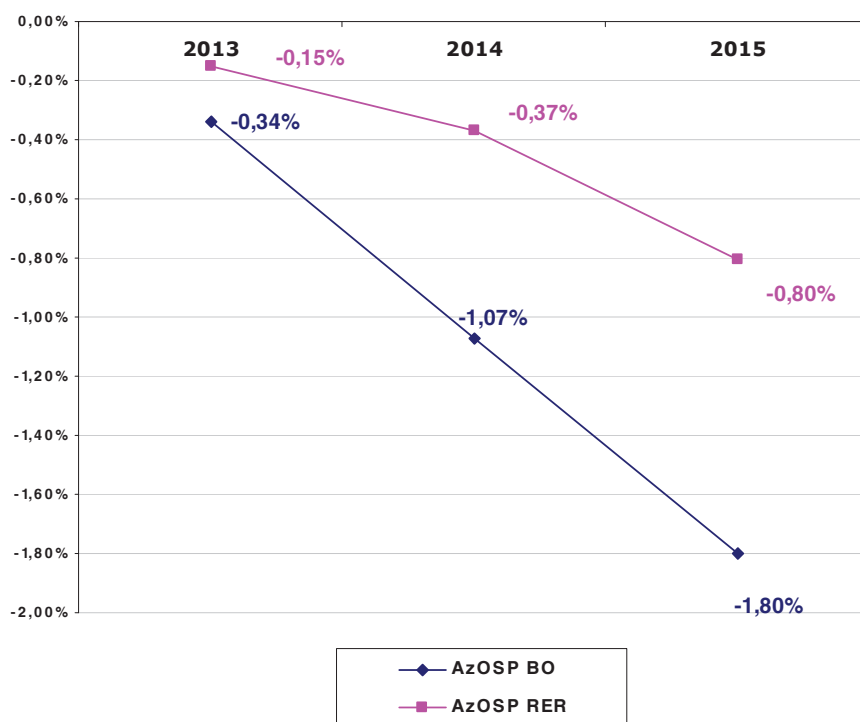
Il rapporto tra il risultato della gestione caratteristica sui ricavi disponibili evidenzia la capacità di copertura dei costi caratteristici di gestione con i relativi proventi caratteristici dell’Azienda. Più il rapporto è prossimo allo 0%, più la performance è migliore.

La performance della gestione caratteristica registra un decremento rispetto al 2014

Il dato registrato nel 2015, confrontato con il dato medio regionale delle Aziende ospedaliere, evidenzia un decremento della performance gestionale rispetto al 2014; i ricavi disponibili, in particolare quelli derivanti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria evidenziano una riduzione rispetto al biennio precedente. I ricavi da prestazioni tariffate e gli altri ricavi e proventi tipici vedono, invece, un incremento complessivo rispetto al 2013 e al 2014.

Per il 2015, il risultato aziendale vede, in ogni caso, una riduzione di valore dell'indicatore rispetto al valore della media regionale, a sua volta in trend negativo.

Grafico 2.3 Risultati della gestione caratteristica (ROC)/ricavi disponibili, confronto con i medesimi indicatori di livello regionale



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.1.4 Assorbimento di risorse per aggregazione di fattori direttamente impiegati nel processo di produzione aziendale, nell'ultimo triennio e rispetto ai corrispondenti valori medi regionali

L'analisi si focalizza sullo studio dell'assorbimento dei diversi aggregati di fattori produttivi rispetto al valore dei ricavi disponibili e sul confronto del dato con il valore medio delle Aziende Ospedaliere (incluso IOR). I risultati aziendali mostrano sostanzialmente un miglioramento complessivo del livello di assorbimento degli aggregati di fattori produttivi, a dimostrazione del percorso di razionalizzazione della spesa che l'Azienda ha perseguito progressivamente negli anni.

I risultati aziendali mostrano un miglioramento complessivo a dimostrazione del percorso di razionalizzazione della spesa

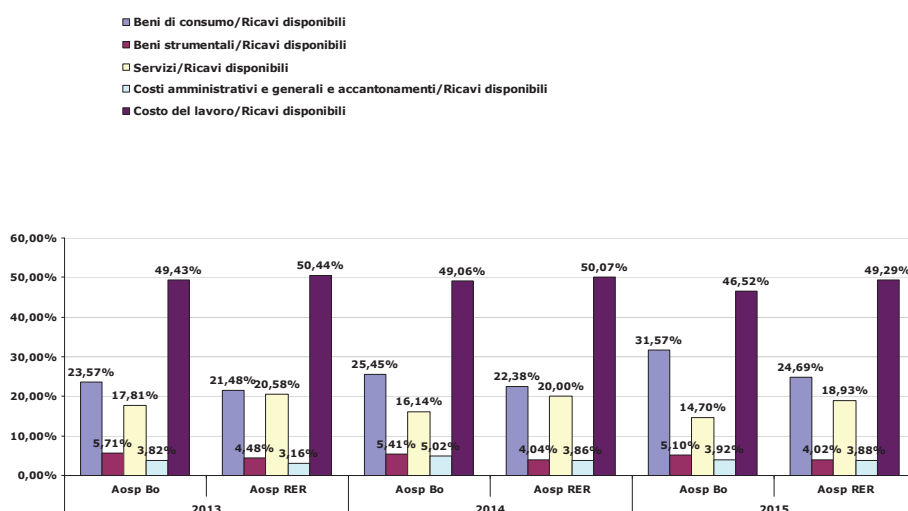
Anche per l'esercizio 2015, le risorse aziendali impiegate sono state assorbite principalmente dal costo del lavoro, dall'acquisto di beni di consumo e dal costo dei servizi.

Rispetto al dato medio regionale si evidenzia un contenimento del valore complessivo del costo del lavoro (dato confrontato con il valore dei ricavi disponibili): per l'anno 2015 l'Azienda registra un valore pari al **46,52%**, con un decremento pari a -2,77% rispetto al valore medio regionale (**49,29%**) ed una riduzione pari a -2,54% rispetto all'anno precedente (**49,06%**) .

Nel 2015 il consumo di beni evidenzia una crescita rispetto al biennio precedente e rispetto ai dati regionali in correlazione al significativo incremento dei costi dei farmaci innovativi e del relativo livello di finanziamento.

Il costo dei servizi migliora nel tempo, risultando, per il 2015, inferiore di circa 4 punti percentuali rispetto al valore medio regionale.

Grafico 2.4 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili, a confronto con regione (trend anni 2013 - 2015)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

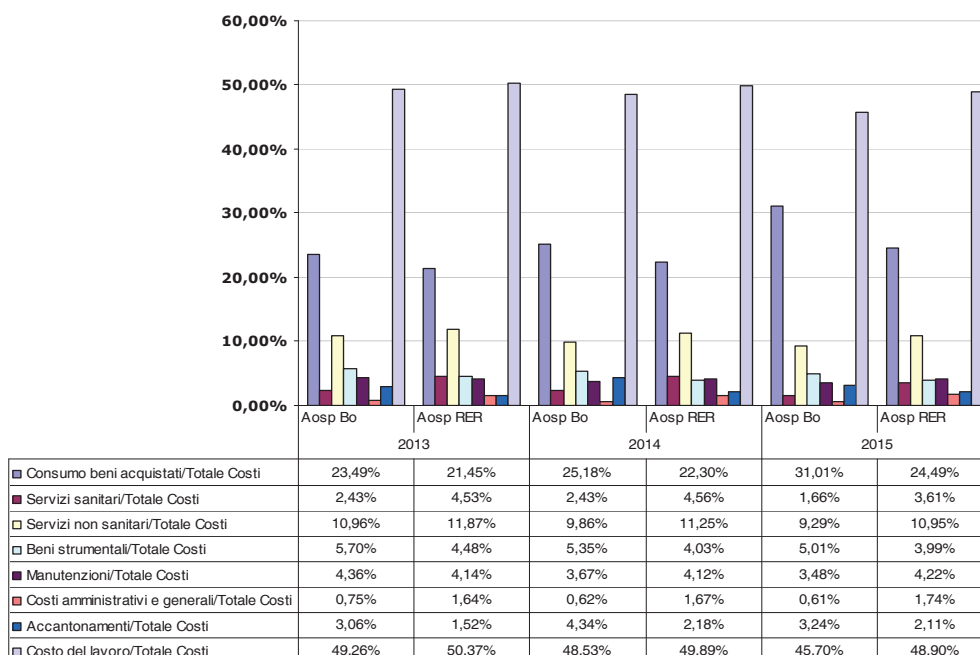
2.1.5 Struttura dei costi aziendali

Questa indagine descrive l'incidenza dei costi di produzione aziendali, suddivisi per macroaree, rispetto ai costi complessivi. I valori riportati nella tabella sottostante, confrontati al dato medio rappresentativo dei valori delle Aziende ospedaliere della Regione Emilia-Romagna (incluso IOR), evidenziano un sostanziale allineamento alla composizione media regionale. In particolare, **l'incidenza del costo del lavoro sul totale dei costi è in riduzione negli anni**. Nell'esercizio 2015, a conferma della positiva performance aziendale di tale fattore produttivo, si rafforza il trend discendente del valore registrato dall'Azienda rispetto al valore medio regionale (-3,20%).

Anche l'acquisto di servizi sanitari e non sanitari, le manutenzioni ed i costi amministrativi e generali registrano un'incidenza inferiore alla media regionale; superiore al dato medio è, invece, l'incidenza dei costi dei beni di consumo, dei beni strumentali e degli accantonamenti.

La struttura dei costi di produzione vede un complessivo miglioramento ed allineamento ai valori medi regionali

Grafico 2.5 Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali sul totale costi (trend anni 2013 - 2015). Confronto con le Aziende Ospedaliere della RER



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

La sostenibilità finanziaria

La **sostenibilità finanziaria** dell'Azienda viene descritta attraverso l'analisi del Rendiconto finanziario di liquidità, confrontato sull'ultimo triennio 2013 - 2015, e attraverso l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti.

2.1.6 Dinamica dei flussi monetari – modalità di finanziamento e tipologia di impiego delle fonti - relativi all'esercizio

Il Rendiconto finanziario di liquidità rappresenta la dinamica dei flussi finanziari dell'Azienda, descrivendo i movimenti in entrata e in uscita relativi all'esercizio considerato e le variazioni intervenute nel periodo analizzato.

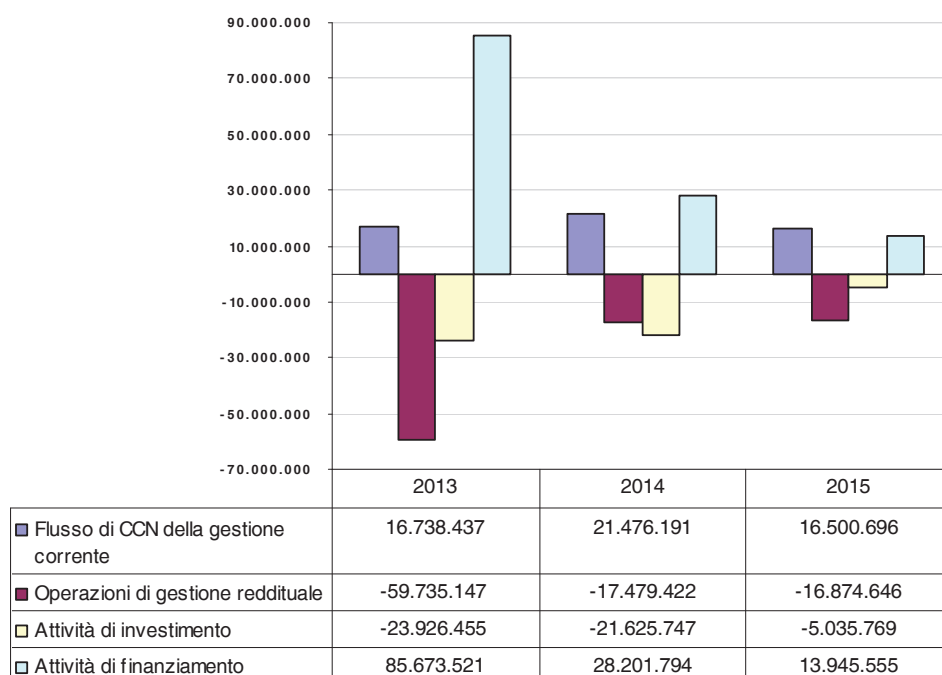
Il grafico, sviluppato secondo lo schema stabilito dal D. lgs. 118/2011, mostra una certa discontinuità nella gestione finanziaria che, negli anni, è stata caratterizzata da un forte assorbimento finanziario da parte della gestione extracorrente.

L'apporto della gestione extracorrente è determinato dalle dinamiche generate dal piano degli investimenti e dai finanziamenti pubblici ad esso legati, a seguito, in particolare, dell'attivazione del nuovo Polo Cardio-Toraco-Vascolare ed all'introduzione di nuovi farmaci innovativi ad alto costo (oncologici e HCV).

Oltre a ciò, la Regione Emilia-Romagna ha disposto il ripiano delle perdite pregresse, procedendo per anzianità delle stesse, attraverso l'assegnazione di contributi per ripiano perdite.

Per un'analisi più approfondita sul piano investimenti, si rimanda al paragrafo **2.1.9 "Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici"**.

Grafico 2.6 Rendiconto finanziario di liquidità



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.1.7 Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti

A decorrere dall'anno 2015 le Pubbliche Amministrazioni sono tenute ad elaborare un indicatore annuale ed un indicatore trimestrale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture.

In base alla norma, questa Azienda ha calcolato l'indicatore come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento.

Il valore dell'indicatore rappresenta, pertanto, il tempo medio di ritardo o anticipo del pagamento rispetto alla data di scadenza prevista dall'art. 4 comma 5 lettera b) del Decreto Legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal Decreto Legislativo 9 novembre 2012, n. 192. Il calcolo è stato effettuato su tutti i fornitori di beni e servizi e comprende Case di cura, Strutture convenzionate esterne, Fornitori di beni e servizi italiani ed esteri, professionisti, consulenti e collaboratori (sono esclusi dal calcolo tutti i soggetti pubblici).

Si riporta di seguito l'indicatore annuale (pubblicato, ogni anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento). Per maggiori specifiche si rimanda al sito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna nella Sezione Amministrazione Trasparente - Pagamenti dell'amministrazione (<http://www.aosp.bo.it/content/pagamenti-dellamministrazione>).

Tabella 2.3 Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti

Anno	Importo pagato	Indicatore*	Data pubblicazione
2015	243.166.729,24	-0,68	28.01.2016
2014	258.480.166,27	1,92	14.01.2015
2013	331.172.821	105,07	14.01.2015

*(gg di ritardo/anticipo rispetto alla scadenza del debito)

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

La sostenibilità patrimoniale

La **sostenibilità patrimoniale** viene, infine, analizzata attraverso:

- una rappresentazione grafica dello stato patrimoniale;
- indici e valori volti ad informare sulle dinamiche di investimento in atto.

2.1.8 Riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale sulla base della scansione temporale dei realizzi/rimborsi delle operazioni di investimento/finanziamento

Nell'esercizio 2015 continua ad emergere un livello di indebitamento a breve termine finanziato solo in parte da disponibilità liquide e differite.

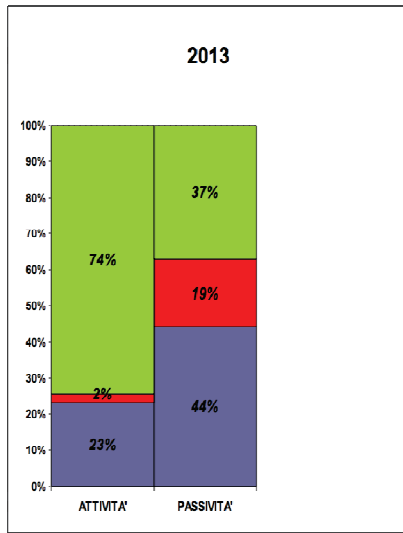
Nel dettaglio, il 2015 vede un sostanziale decremento delle liquidità immediate rispetto al biennio precedente, correlato principalmente alla voce "Istituto Tesoriere parte corrente" in relazione alle disponibilità di cassa. Le liquidità differite registrano, invece, un incremento complessivo correlato principalmente ad un aumento dei crediti verso Regione e verso Aziende Sanitarie, sia rispetto al 2014, sia rispetto al 2013. Le immobilizzazioni, che rappresentano la voce più significativa dell'attivo, vedono un andamento piuttosto costante nel periodo analizzato (diminuiscono le Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti e contestualmente aumentano Terreni e fabbricati e le Attrezzature sanitarie), assestandosi al 67% nel 2015.

Per il passivo (debiti a breve/a lungo termine + PN), si rileva un incremento dei debiti a breve, dovuto, in particolare, ad un aumento dei debiti verso Aziende Sanitarie, verso Istituto Tesoriere (per l'utilizzo dell'anticipazione di tesoreria) e verso dipendenti, dei debiti tributari (aumento derivante dall'applicazione dell'art. 17-ter del DPR 633/1972 – cosiddetto Split Payment) –, dei fondi per rischi e altri fondi per oneri e spese. I debiti verso fornitori registrano, invece, un incremento rispetto al 2014.

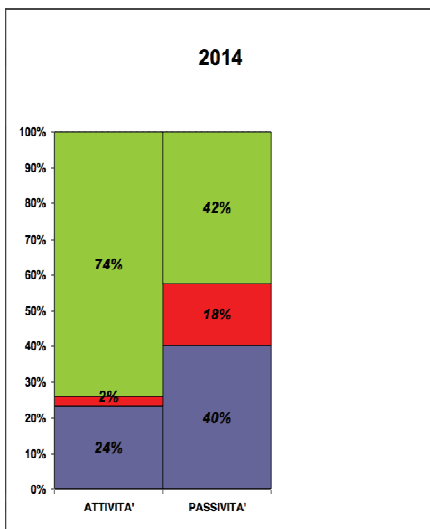
Diminuiscono i debiti a medio-lungo termine; in particolare si riduce progressivamente il valore dell'indebitamento verso istituti di credito (mutui). Aumenta, invece, il patrimonio netto, in particolare per contributi in c/capitale e conferimenti, per utili/perdite portati a nuovo e per riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti.

Grafici 2.7, 2.8, 2.9 Rappresentazione grafica dello stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria

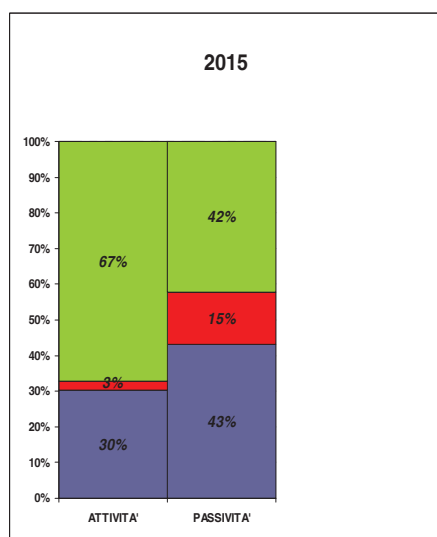
HBO			
2013			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	23%	44%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	19%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	74%	37%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



HBO			
2014			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	24%	40%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	18%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	74%	42%	Patrimonio netto



HBO			
2015			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	30%	43%	Finanziamenti a breve
Scorte	3%	15%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	67%	42%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

2.1.9 Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

Rimane critico per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna il grado di finanziamento degli investimenti.

Il piano programmatico 2015-2017, in tema di investimenti, e' stato redatto secondo gli schemi definiti a livello regionale e allegato al bilancio di previsione 2015.

Il piano ha previsto:

- le principali realizzazioni e le relative fonti di finanziamento, i cui importi sono stati definiti secondo un criterio legato alla competenza economica;
- il rendiconto finanziario che esplicita la necessaria copertura di cassa per la realizzazione del piano;
- il piano organizzato secondo il formato regionale che prende in considerazione gli interventi di dettaglio con le relative fonti di finanziamento distinti tra interventi in corso di realizzazione, interventi in corso di progettazione e scheda degli ulteriori investimenti necessari per il completamento dei requisiti per l'accreditamento;
- il programma triennale dei lavori pubblici 2015 - 2017, redatto ai sensi dell'art. 128 del D.Lgs. n. 163/2006 e degli artt. 11 e 13 del D.P.R. n. 207/2010.

Le fonti di finanziamento hanno riguardato:

Contributi in conto capitale: erogazioni secondo i programmi e lo stato di avanzamento dei lavori relativi ai seguenti provvedimenti:

Relativamente alle realizzazioni anno 2015, complessivamente pari a 21,719 milioni di euro:

- 15,67 milioni di euro (circa il 72,15%) degli investimenti effettuati, trovano copertura da specifici finanziamenti esterni (contributi in conto capitale già erogati o in corso di erogazione: art. 20, art. 71 aree metropolitane);
- 1,362 milioni euro (pari al 6,27%) finanziati da donazioni (donazioni e sperimentazioni, donazioni per investimenti – donazione Fanti Melloni per realizzazione del nuovo Polo Cardio-Toraco-Vascolare, donazioni materiali);
- 4,687 milioni di euro (circa il 21,58% degli investimenti complessivi), trova copertura da mezzi aziendali, costituiti da indebitamento a lungo termine e contributi in c/esercizio (ai sensi del D. Lvo 118/11).

Nell'anno 2015 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è risultata, inoltre, destinataria dei seguenti finanziamenti (programma investimenti straordinari in sanità):

- **Intervento R.1 "Acquisizione di tecnologie sanitarie e attrezzature informatiche** – Programma regionale di investimenti in sanità ex art. 36 L.R. 38/2002. Tale intervento e' stato approvato con delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia – Romagna n. 13 del 5 maggio 2015. Con delibera n. 254 del 21 maggio 2015 l'Azienda Ospedaliera ha approvato il piano di acquisto delle forniture e il relativo quadro economico e ha trasmesso al competente servizio regionale la documentazione relativa con nota PG 14738 del 21 maggio 2015. Con determinazione n. 7484 del 17 giugno 2015 del competente servizio regionale, il progetto è stato ammesso a finanziamento per un importo pari a € 4.500.000,00;
- **Intervento PB 6 "Riqualficazione del Corpo G del Padiglione 23 – Polo Cardio Toraco Vascolare"** – Risorse derivanti da pay back. Tale intervento e' stato approvato con delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia – Romagna n. 42 del 27 ottobre 2015. Con delibera n. 492 del 5 novembre 2015 ha approvato il progetto preliminare e il relativo quadro economico e ha trasmesso al competente servizio regionale la documentazione relativa con nota PG 31065 del 5 novembre 2015. Con determinazione n. 15440 del 11 novembre 2015 del competente servizio regionale, il progetto è stato ammesso a finanziamento per un importo pari a € 1.900.000,00;
- **Intervento PB5 "Acquisizione arredi, tecnologie biomediche e sanitarie (Polo CTV)"** - Risorse derivanti da pay back. Tale intervento e' stato approvato con delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia – Romagna n. 42 del 27 ottobre 2015. Con delibera n. 494 del 5 novembre 2015 ha approvato il piano d'acquisto e il relativo quadro economico e ha trasmesso al competente servizio regionale la documentazione relativa con nota PG 31065 del 5 novembre 2015. Con determinazione n. 15440 del 11 novembre 2015 del competente servizio regionale, il progetto è stato ammesso a finanziamento per un importo pari a € 3.200.000,00;

- **Intervento S 18 "Acquisizione SPECT/CT per sostituzione"** - Programma regionale di investimenti in sanità ex art. 36 L.R. 38/2002. Tale intervento è stato approvato con delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia - Romagna n. 42 del 27 ottobre 2015. Con delibera n. 494 del 5 novembre 2015 ha approvato il piano d'acquisto e il relativo quadro economico e ha trasmesso al competente servizio regionale la documentazione relativa con nota PG. 31065 del 5 novembre 2015. Con determinazione n. 15439 del 11 novembre 2015 del competente servizio regionale, il progetto è stato ammesso a finanziamento per un importo pari a € 700.000,00;
- **Intervento P 2 "Riordino delle strutture dell'area pediatrica - primo stralcio funzionale"** - Programma regionale investimenti in sanità approvato con delibera dell'Assemblea Regionale n. 148/2013 **e intervento PB 4 "Riqualificazione Padiglione 4 - Ostetricia e Ginecologia - Stralcio funzionale"** - Risorse derivanti da pay-back approvato con delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia - Romagna n. 42 del 27 ottobre 2015. Con delibera n. 493 del 5 novembre 2015 ha approvato il progetto preliminare e il relativo quadro economico e ha trasmesso al competente servizio regionale la documentazione relativa con nota PG. 31065 del 5 novembre 2015. Con determinazione n. 15438 del 11 novembre 2015 del competente servizio regionale, gli interventi P2 e PB 4 sono stati ammessi a finanziamento per un importo totale pari a € 17.000.000,00 (€ 12.000.000,00 per intervento P2 e € 5.000.000,00 per intervento PB 4).

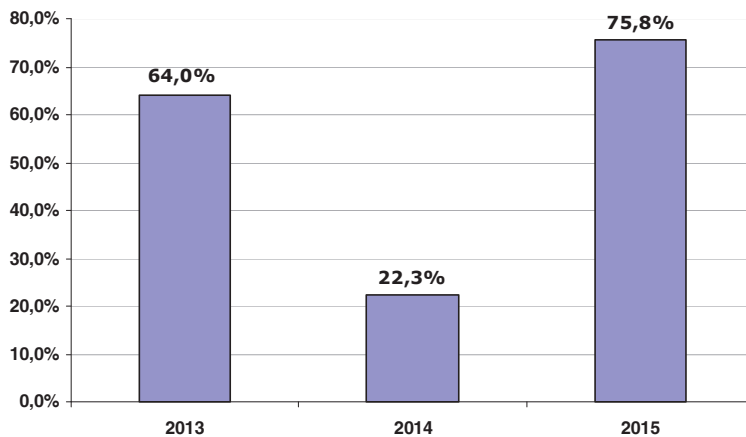
Nel corso del 2015 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha definito, infine, interventi nei vari padiglioni, investendo in immobilizzazioni immateriali e materiali un importo complessivo di 21,719 milioni di euro, di cui:

- Lavori (7,286 milioni di euro);
- Attrezzature sanitarie, mobili e arredi, software e attrezzature informatiche (14,433 milioni di euro).

L'analisi che segue descrive in che misura i contributi in conto capitale erogati all'Azienda coprono gli investimenti realizzati nell'anno. La percentuale registrata nel 2015 evidenzia un incremento rispetto ai valori registrati negli esercizi 2013 e, soprattutto, nel 2014.

L'Azienda conferma per il 2015 il contenimento degli investimenti non aventi coperture finanziarie dedicate, ma sostenuti da contributi in conto esercizio, investimenti limitati alle urgenze e indifferibilità.

Grafico 2.10 Contributi in conto capitale/Investimenti in immobilizzazioni materiali (anni 2013-2015)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

2.1.10 Rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio nel loro ammontare complessivo e per singola tipologia

Il valore degli investimenti in valore assoluto per l'anno 2015 registra un incremento rispetto al 2014 ed un decremento rispetto al 2013, con un aumento del +53,34% rispetto al 2014 ed un decremento del -12,43% rispetto al 2013. In particolare, nel confronto con l'anno precedente, si evidenzia un incremento nel valore dei Fabbricati non strumentali (disponibili) (+15,72), dei Fabbricati strumentali (indisponibili) (+987,10%), delle Attrezzature sanitarie e scientifiche (+348,74%), dei Mobili e arredi (+166,78%), degli Automezzi (+41,74%) e delle Altre immobilizzazioni materiali (+35,89%). In decremento, invece, il valore delle Immobilizzazioni immateriali (-51,39%).

Gli investimenti registrano valori importanti, in particolare i Fabbricati strumentali (indisponibili), le Attrezzature sanitarie e scientifiche e i Mobili e Arredi

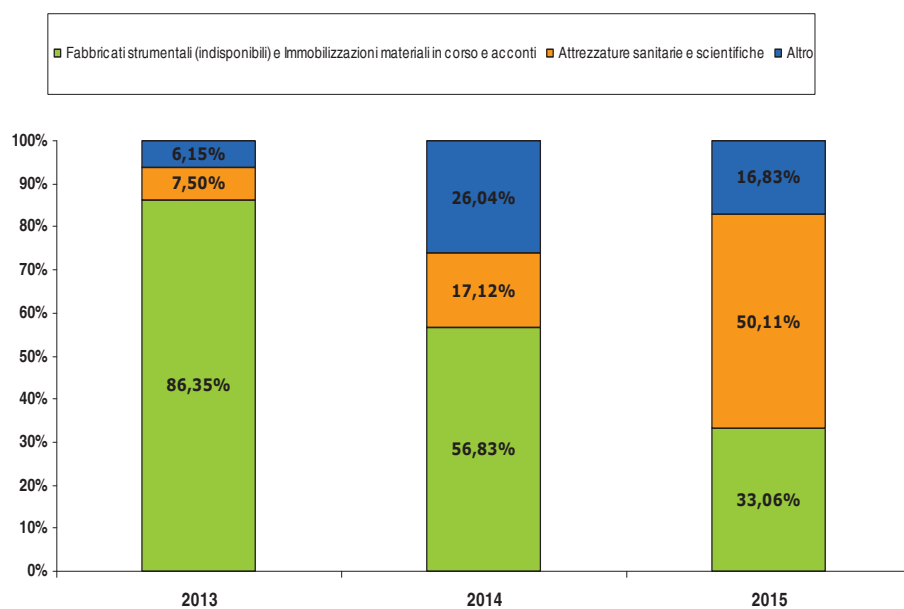
Rispetto al biennio analizzato, si rileva, infine, il decremento delle Immobilizzazioni materiali in corso e acconti (-40,83% rispetto al 2014, -78,35% rispetto al 2013); in tale voce vengono, infatti, rappresentati i lavori di realizzazione del Polo Cardio-Toraco-Vascolare. Tale variazione è correlata al completamento dell'infrastruttura tecnologica nel mese di dicembre 2015, concretizzata con l'attivazione del nuovo Polo.

Tabella 2.4 Valore assoluto nuovi investimenti (trend anni 2013 - 2015)

	2013	2014	2015
Totale Investimenti	24.802.868	14.163.474	21.718.643
Immobilizzazioni immateriali	576.717	2.130.990	1.035.816
Terreni	0	0	0
Fabbricati non strumentali (disponibili)	0	91.284	105.637
Fabbricati strumentali (indisponibili)	55.981	235.181	2.556.652
Attrezzature sanitarie e scientifiche	1.860.861	2.425.367	10.883.473
Mobili e arredi	438.392	396.950	1.059.001
Automezzi	79.811	16.225	22.997
Altre immobilizzazioni materiali	429.290	1.053.147	1.431.114
Immobilizzazioni materiali in corso e acconti	21.361.816	7.814.330	4.623.953

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 2.11 Percentuale gli investimenti (trend anni 2013-2015)



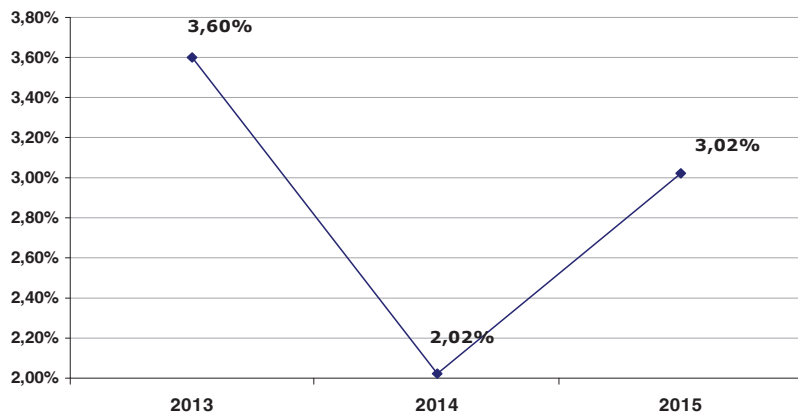
Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.1.11 Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

L'indicatore misura la propensione dell'Azienda ai nuovi investimenti, rapportando, per il triennio analizzato, i nuovi investimenti dell'esercizio con il totale degli investimenti complessivi, al lordo dei relativi fondi di ammortamento. Più l'indicatore registra valori elevati, più il grado di rinnovo del patrimonio è alto.

Nello specifico, per il 2015 l'indicatore mostra un incremento negli investimenti rispetto al 2014, confermando l'andamento sopra riportato.

Grafico 2.12 Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali dell'esercizio/totale investimenti lordi (costo storico finale)



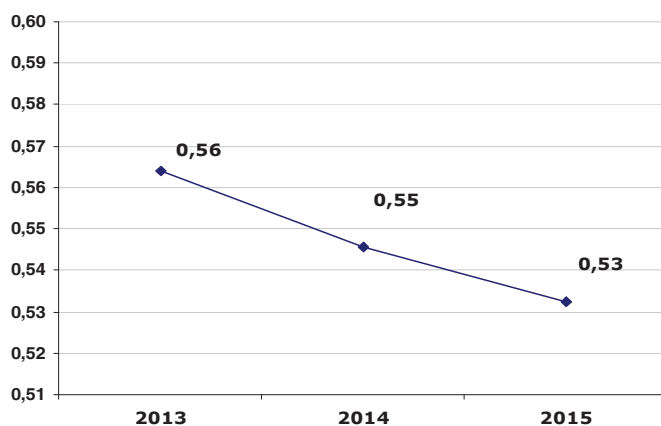
Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.1.12 Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

L'indicatore descrive la perdita di valore del patrimonio aziendale, determinato dal rapporto tra il valore residuo dei beni durevoli ed il totale degli investimenti lordi. Il grafico sotto riportato mostra, per il periodo di riferimento, un dato in progressiva contrazione che si assesta allo 0,53% nel 2015.

L'indicatore è, infatti, complementare al valore analizzato precedentemente: più alto è il livello di rinnovo del patrimonio dell'Azienda, minore sarà la tendenza all'obsolescenza degli stessi beni durevoli.

Grafico 2.13 Valore residuo beni durevoli/totale investimenti lordi (costo storico finale) - trend anni 2013 - 2015 -



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.2. Impatto sul contesto territoriale

È indubbio che l'attività dell'Azienda, una delle maggiori in ambito provinciale, produca effetti economici assai rilevanti sul territorio in cui opera. Questo aspetto viene espresso attraverso alcune informazioni che permettono di delineare il contributo che il Policlinico offre all'economia del territorio in termini occupazionali e di risorse economico-finanziarie erogate.

Appare, inoltre, interessante cercare di cogliere il riconoscimento della funzione sociale svolta dall'Azienda attraverso i segnali di ritorno trasmessi dalla comunità che vive sul territorio di riferimento dell'Azienda e che con essa interagisce. A fronte della difficoltà oggettiva di misurare tale fenomeno, è sembrato ragionevole ipotizzare l'esistenza di una relazione fra il riconoscimento della funzione sociale svolta e l'ammontare di donazioni, lasciti e contributi ricevuti dall'Azienda stessa su iniziativa di privati e altri soggetti, oltre alla ricca rete di volontariato e partecipazione sociale che in ogni territorio si mobilita intorno ai servizi sanitari.

2.2.1 L'impatto economico e sociale

Le persone che lavorano nell'Azienda ospedaliero-universitaria S.Orsola-Malpighi al 31 dicembre 2015 sono 5.196. Non sono solo dipendenti del Servizio Sanitario Regionale, ma anche dell'Università convenzionati col Servizio Sanitario Regionale, o soggetti assunti tramite convenzioni e contratti. Nel corso del triennio 2013-2015 il dato relativo al totale delle persone impiegate in Azienda ha subito un sensibile decremento che, in valori assoluti, è quantificato complessivamente in 206 unità. Il dato relativo al totale delle persone impiegate in Azienda al 31 dicembre ha subito una riduzione rispetto sia al 2014 che al 2013 (rispettivamente -2.39% e -1.46%). Il decremento del personale, conseguente alla necessità di razionalizzare le risorse assegnate per la gestione della complessiva offerta assistenziale (integrata con le esigenze di didattica e ricerca derivanti dalla natura di Policlinico universitario), si è verificato in maniera rilevante in particolare sul personale dipendente.

Nella tabella che segue è rappresentato il personale che a vario titolo presta la propria attività in Azienda.

Tabella 2.5 Personale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna S.Orsola-Malpighi al 31.12 articolato per tipologia contrattuale (Anni 2013-2014-2015)

Tipologia contrattuale	Totale personale 2013	Totale personale 2014	Totale personale 2015
Servizio Sanitario Regionale	4.808	4.724	4.559
Universitario	345	338	324
Altro personale	249	261	313
Totale	5.402	5.323	5.196

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Oltre al personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università, la Tabella 2.5 comprende, alla voce "Altro personale", anche i borsisti, i contratti libero professionali, i contratti di collaborazione coordinata e continuativa e il personale convenzionato.

L'impatto economico e sociale del Policlinico sul territorio è assai rilevante, l'Azienda è tra le maggiori in ambito provinciale e dà un apporto notevole, in termini di offerta di lavoro.

5.196 persone lavorano nel Policlinico, con rapporto di lavoro dipendente o tramite convenzioni e contratti

Nel corso dell'ultimo triennio, inoltre, si rileva un sempre maggiore ricorso all'utilizzo di contratti di fornitura di prestazioni di lavoro (cd. personale interinale), sia per consentire la fruizione delle ferie estive che per far fronte alle difficoltà riscontrate nelle procedure di reclutamento; il ricorso a tale personale è stato circoscritto alle qualifiche strettamente addette all'assistenza. Nel corso degli anni 2013-2014 e 2015 il numero complessivo del personale impiegato secondo questa modalità è stato rispettivamente di 34, 87 e 54 unità, con contratti di durata variabile in riferimento alle necessità assistenziali.

Nelle analisi successive, tuttavia, si fa riferimento solo al personale dipendente del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università per poter comparare i dati con quelli relativi agli anni precedenti.

L'Azienda risulta essere tra le maggiori aziende presenti nel territorio.

Nell'anno 2015 la percentuale di personale che lavora nel Policlinico sul totale degli occupati nella Provincia di Bologna, è pari all'1,2%. Il dato è rimasto sostanzialmente immutato nell'ultimo triennio nonostante il numero degli occupati nella Provincia di Bologna abbia registrato diverse oscillazioni: un saldo positivo di circa 2.000 unità nel biennio 2013-2014 e un decremento di circa 1.000 unità nel 2015; questo elemento permette di evidenziare che l'Azienda continua a mantenere nel tempo la propria percentuale di apporto sul totale della forza lavoro occupata nel contesto territoriale.

La maggior parte del personale che lavora in Azienda risiede nell'ambito territoriale: circa il 56% è residente nel Comune di Bologna e, se allarghiamo l'analisi alla Provincia di Bologna, la percentuale sale all'87% dei residenti sul totale del personale. Nel corso del triennio 2013-2015 il personale residente nell'ambito territoriale ha subito un decremento di circa 3.5 punti percentuali come si evince dalla Tabella 2.6.

Tabella 2.6 Lavoratori residenti nell'ambito territoriale (Comune di Bologna), dipendenti del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, al 31.12 (Anni 2013-2014-2015)

Anno	Totale personale (dipendenti Servizio Sanitario Regionale e Università)	Residenti nella Provincia di Bologna		di cui Residenti nel Comune di Bologna	
		Residenti	%	Residenti	%
2013	5.153	4.424	86%	2.822	55%
2014	5.062	4.659	92%	3.058	60%
2015	4.883	4.270	87%	2.717	56%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.2.2 L'impatto del Policlinico sul territorio in cifre

Il **volume degli emolumenti** erogato nel 2015 per il personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale è pari a quasi 227 milioni di euro. Il decremento di più di 8 milioni di euro rispetto all'anno precedente è dovuto sia alla riduzione di personale nel corso dell'anno di riferimento, sia all'applicazione del decreto legge n. 78/2010 (convertito, con modificazioni, nella legge n. 122/2010 e successive modificazioni), relativo a: "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica". Complessivamente l'apporto del Policlinico, in termini di risorse economico-finanziarie erogate, è pari a quasi 244 milioni di euro.

Nell'anno 2015 l'apporto che il Policlinico offre in termini di risorse economico-finanziarie complessivamente erogate è pari a quasi 244 milioni di euro.

Tabella 2.7 Volume degli emolumenti erogati (costi) per il personale dipendente; integrazione agli universitari; compensi a collaboratori e borsisti al 31.12 (Anni 2013-2014-2015)

ANNO	Personale dipendente Servizio Sanitario Regionale	Personale dipendente dall'Università	Borsisti	Altro personale	Totale
2013	239.992.472	13.377.658	109.393	5.437.868	258.917.391
2014	235.309.012	13.594.781	171.234	6.490.858	255.565.885
2015	226.647.877	11.582.780	259.343	5.474.280	243.964.280
Totale	701.949.361	38.555.219	539.970	17.403.006	758.447.556

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nel 2015 il valore complessivo degli emolumenti erogati dall'Università sia a ricercatori/docenti che a personale tecnico-amministrativo, pari a complessive 344 unità, è stato pari a quasi 21 milioni di euro, come si evince dalle tabelle sotto riportate.

Tablelle 2.8 e 2.9 Valore degli emolumenti corrisposti dall'Università a ricercatori/docenti e a personale tecnico - amministrativo negli anni 2013-2014-2015

Anno	Docenti e Ricercatori	Lordo dipendente	Oneri a carico ente	Totale
2013	244	12.795.015	4.723.196	17.518.211
2014	244	12.653.093	4.712.411	17.365.504
2015	241	12.556.883	4.693.014	17.249.898
Totale	729	38.004.991	14.128.621	52.133.613

Anno	Personale tecnico e amministrativo	Lordo dipendente	Oneri a carico ente	Totale
2013	110	2.971.763	1.108.399	4.080.163
2014	109	2.879.479	1.074.892	3.954.371
2015	103	2.686.454	1.008.171	3.694.626
Totale	322	8.537.696	3.191.463	11.729.160

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

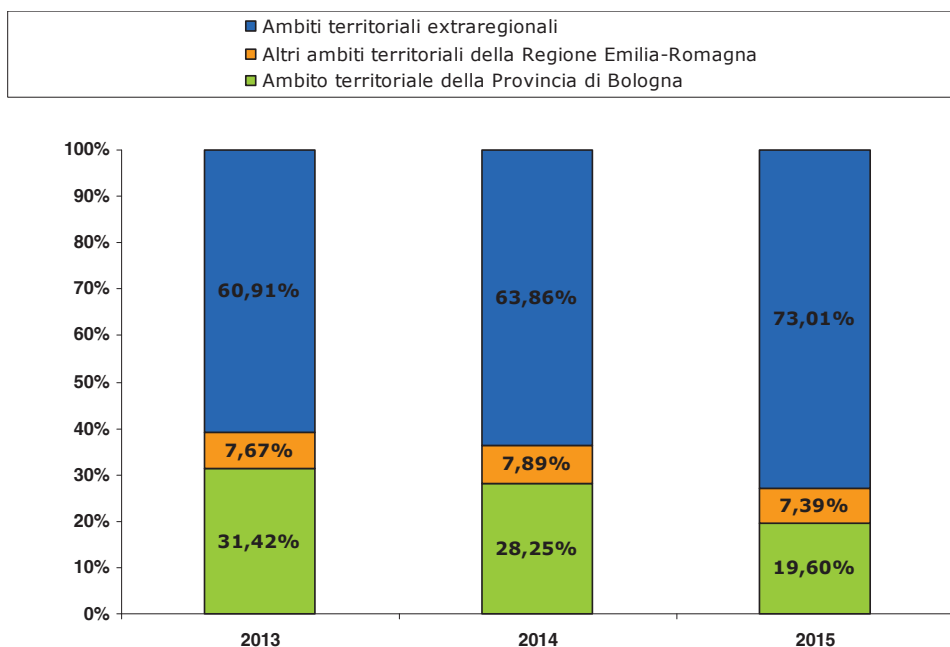
2.2.3 L'impatto economico sul territorio: i rapporti di fornitura

L'indicatore è stato rideterminato per il triennio escludendo la Regione Emilia-Romagna e le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

I **rapporti di fornitura** sono per una percentuale pari a circa il 27% intrattenuti con fornitori della regione Emilia-Romagna. Il fatturato complessivo dei fornitori contabilizzato nel corso del 2015 ammonta a circa 294 milioni di euro di cui circa 58 milioni di euro per fornitori con sede nell'ambito territoriale provinciale (pari al 19,60%).

Nell'analisi illustrata si evidenzia la significatività dell'impatto economico dell'Azienda sul territorio nei rapporti con i fornitori

Grafico 2.14 Rapporti di fornitura (trend anni 2013-2015)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Il valore del fatturato è analizzabile per anno rispetto a una riclassificazione dei fattori produttivi.

Tabella 2.10 Ambito territoriale della Provincia di Bologna

Tipologia	2013	2014	2015
Beni sanitari	6.507	7.061	7.477
Beni non sanitari	1.880	1.844	1.541
Manutenzioni ordinarie, straordinarie e attrezzature	34.789	23.783	13.187
Acquisto di servizi	37.007	35.897	35.495
TOTALE	80.183	68.585	57.700

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 2.11 Altri ambiti territoriali della Regione Emilia-Romagna

Tipologia	2013	2014	2015
Beni sanitari	2.124	2.550	2.070
Beni non sanitari	2.865	2.947	2.858
Manutenzioni ordinarie, straordinarie e attrezzature	1.504	1.676	2.488
Acquisto di servizi	13.079	11.972	14.330
TOTALE	19.572	19.145	21.746

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

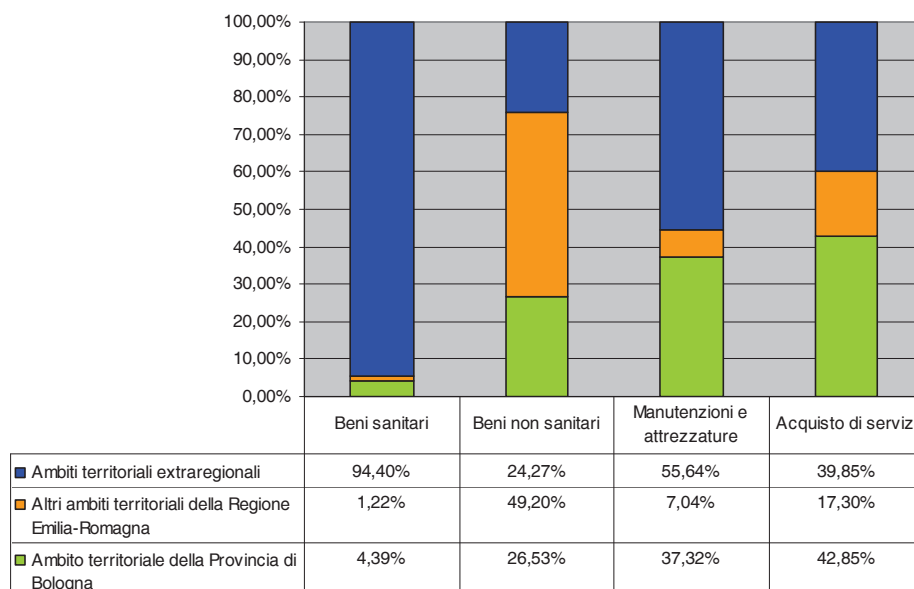
Tabella 2.12 Ambiti territoriali extraregionali

Tipologia	2013	2014	2015
Beni sanitari	107.149	112.096	160.801
Beni non sanitari	1.492	1.390	1.410
Manutenzioni ordinarie, straordinarie e attrezzature	13.755	11.879	19.658
Acquisto di servizi	33.028	29.645	33.009
TOTALE	155.424	155.010	214.878

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nel corso del 2015 si rileva una predominanza delle forniture provenienti da ambiti territoriali extraregionali per l'acquisto dei beni sanitari (circa il 94,40%) e per manutenzioni e attrezzature (55,64%), mentre per l'acquisto dei beni non sanitari la maggior parte dei fornitori proviene da ambiti territoriali della Regione Emilia-Romagna (49,20%). Per l'area provinciale di Bologna si registra, invece, la percentuale più alta per l'acquisto di servizi (42,85%).

Grafico 2.15 Rapporti di fornitura per tipologie di beni (anno 2015)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

L'analisi sin qui sviluppata evidenzia come l'Azienda abbia un'influenza significativa sull'economia della propria provincia. Se si considerano, per l'anno 2015, il valore degli emolumenti destinati ai residenti della provincia di Bologna, pari a circa 209 milioni di euro, e le acquisizioni di beni/servizi/manutenzioni da parte di fornitori della stessa provincia, pari a circa 58 milioni di euro, l'impatto che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha rispetto al PIL provinciale è dello 0,7%.

Nota: il valore è stimato tenendo conto dell'ultimo dato disponibile del Prodotto Interno Lordo ai prezzi correnti di mercato per provincia (anno 2013). Fonte dati: Unioncamere Emilia-Romagna - informazioni estratte dalla banca dati Eurostat.

Per la provincia di Bologna il PIL 2013 è pari a 37.265 (valore in milioni di euro).

2.2.4 L'impatto economico sul territorio: studenti e medici in formazione

Nelle tabelle che seguono, è riportato, per gli ultimi tre anni, il numero degli iscritti ai corsi di studio della Scuola di Medicina e Chirurgia e alle scuole di specializzazione dell'Area medica, **con sede didattica in Bologna**, suddivisi in base alla loro provenienza (Bologna e provincia, regionale, extra regionale). Secondo i dati più recenti, il 36,2% degli studenti risiede a Bologna e Provincia, il 24,3% risiede nel resto dell'Emilia-Romagna, mentre proviene da altre regioni italiane e da paesi esteri il 39,4% degli iscritti.

Studenti iscritti ai Corsi di studio e medici in formazione specialistica suddivisi sulla base della residenza di provenienza da Bologna e provincia, dalla Regione Emilia-Romagna, da altrove

Tabella 2.13 Studenti suddivisi per provenienza (a.a. 2015-2016)

Tipo Corso di studio	Bologna e provincia	Regione esclusa BO	Extra regione	Totale
Ciclo unico	1143	848	1408	3399
Primo ciclo	706	396	552	1654
Secondo ciclo	45	28	99	172
Totale	1894	1272	2059	5225

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.14 Studenti suddivisi per provenienza, (A.A. 2014-2015)

Tipo Corso di studio	Bologna e provincia	Regione esclusa BO	Extra regione	Totale
Ciclo unico	1166	851	1341	3358
Primo ciclo	650	336	491	1477
Secondo ciclo	36	26	96	158
Totale	1852	1213	1928	4993

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.15 Studenti suddivisi per provenienza (A.A. 2013-2014)

Tipo Corso di studio	Bologna e provincia	Regione esclusa BO	Extra regione	Totale
Ciclo unico	894	852	1511	3257
Primo ciclo	547	335	668	1550
Secondo ciclo	19	24	100	143
Totale	1460	1211	2279	4950

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Nota alle tabelle: l'organizzazione vigente degli studi universitari, comprende nel ciclo unico i Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria; nel primo ciclo sono compresi i Corsi di laurea in Dietistica, Fisioterapia, Igiene Dentale, Infermieristica, Ortottica ed assistenza oftalmologica, Ostetricia, Podologia, Tecniche di laboratorio biomedico, Tecniche di neuro fisiopatologia, Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia, Tecniche ortopediche; nel secondo ciclo sono compresi i Corsi di laurea in Biotecnologie mediche, Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione (dal 2015-2016), Scienze infermieristiche e ostetriche.

Eventuali scostamenti rispetto ai dati esposti nel paragrafo 2.4.2 "Indicatori sulla didattica" dipendono dal diverso momento in cui sono stati rilevati presso la fonte dei dati stessi.

Per quanto riguarda la provenienza dei medici in formazione specialistica, i dati più recenti indicano che il 40,2% risiede a Bologna e Provincia, il 19,7% risiede nel resto dell'Emilia-Romagna, mentre proviene da altre regioni italiane e da paesi esteri il 39,9% degli iscritti.

Tabella 2.16 Numero medici in formazione specialistica suddivisi in base alla provenienza (provinciale, regionale, extra regionale)

Provenienza	2015	2014	2013	2012
Bologna	382	427	436	419
Regione esclusa BO	187	178	197	207
Extra Regione	379	280	235	260
Totale	948	885	868	886

Fonte: AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Nota: I dati sono rilevati al 31.12.2015 e concernono tutte le scuole di specializzazione medico-chirurgiche.

2.2.5 L'impatto economico: lasciti e donazioni

Il valore complessivo per l'anno 2015 di lasciti e donazioni ricevuti da cittadini, da Fondazioni, Ditte e Associazioni ed altri soggetti è pari a 2.788.988 euro, a **testimonianza della funzione sociale svolta dall'Azienda.**

Nel 2015 l'Azienda ha ricevuto circa 2,7 milioni di euro da lasciti e donazioni.

Nel dettaglio, si evidenziano, tra gli altri:

- il legato L.S. di 970.326 euro per titoli e obbligazioni, destinato, nel rispetto del vincolo testamentario, all'Oncologia del Policlinico S.Orsola-Malpighi;
- l'eredità A.B. di 661.491 euro (gravata da legati per 205.000 euro) per titoli, appartamento, polizze assicurative, destinata, nel rispetto del vincolo testamentario, al reparto di pediatria Gozzadini dell'Ospedale Sant'Orsola;
- il contributo di 29.085 euro da parte della Fondazione del Monte finalizzato all'acquisto di attrezzatura digital PCR nella ricerca traslazionale;

- i numerosi contributi da parte di Associazioni per il finanziamento di diverse iniziative aziendali, tra i quali figurano il contributo di complessivi 49.200 euro da parte dell'Associazione FA.NE.P – Associazione Famiglie Neurologia Pediatrica –, il contributo di complessivi 40.000 euro da parte dell'Associazione SE NE PARLI – Associazione Onlus per la buona comunicazione in Oncologia –, il contributo di 30.000 euro da parte dell'Associazione G.O. for life O.N.L.U.S. Associazione Pazienti Ginecologia Oncologica, il contributo di complessivi 30.000 euro da parte dell'Associazione Cucciolo – Associazione in Bologna dei Genitori dei Bambini nati pretermine –, il contributo di complessivi 28.130 euro da parte dell'Associazione "Nascere due volte";
- i contributi da parte di ditte private per il finanziamento di diverse Unità Operative dell'Azienda, per un importo complessivo pari a 601.902 euro.

In linea con quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 33 del 14/03/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicazione, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", che ha disposto nuovi obblighi di diffusione delle informazioni per le pubbliche amministrazioni, si evidenzia che l'Azienda ha predisposto nel proprio sito internet un'area dedicata alle Donazioni ricevute (<http://www.aosp.bo.it/content/donazioni-0>), al fine di riconoscere l'importanza ed il peso che tali iniziative hanno sull'attività sanitaria e per ringraziare tutti coloro che, con il loro contributo, partecipano al sostegno dell'Azienda stessa e delle relative iniziative aziendali.

Tabella 2.17 Lasciti e donazioni ricevute da privati (numero e importo totale)

	2013	2014	2015
Numero	46	51	52
Importo totale	230.418	545.771	1.699.131

Fonte: AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

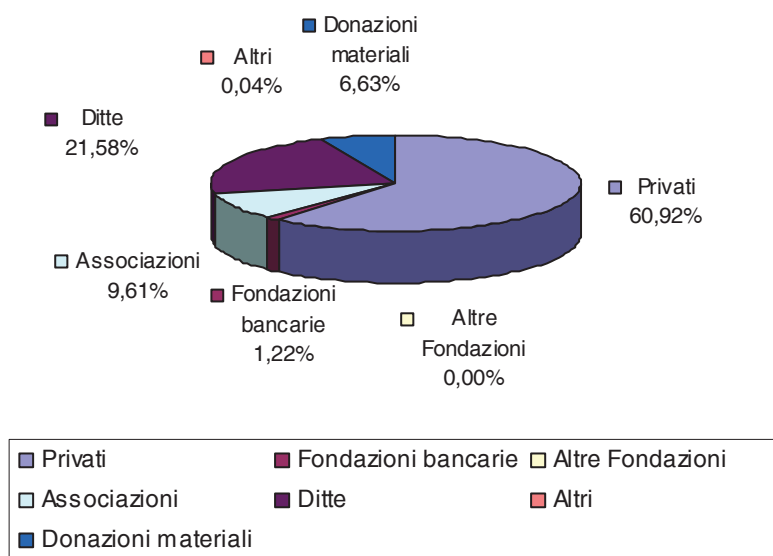
Tabella 2.18 Donazioni e contributi ricevuti da altri soggetti (importo totale)

	2013	2014	2015
Fondazioni bancarie	45.000	80.000	34.085
Altre Fondazioni	113.429	5.575.010	0
Associazioni	312.704	277.282	268.005
Ditte	237.075	283.700	601.902
Altri	0	810.810	1.003
Donazioni materiali	227.656	307.860	184.862

Fonte: AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Grafico 2.16 Lasciti e Donazioni AOU Bologna (anno 2015)

Lasciti e Donazioni 2015 AOU di Bologna



Fonte: AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Si ricorda, inoltre, che **l'Agenzia delle Entrate Direzione Regionale dell'Emilia Romagna ha espresso parere favorevole sulla deducibilità integrale per il soggetto passivo IRES erogante contributi e/o liberalità per la ricerca e destinati al Policlinico.**

Tale risultato ha eliminato, quindi, per i soggetti IRES, il limite alla deducibilità per i fondi erogati, così come già previsto per le persone fisiche.

Le condizioni necessarie per la deducibilità integrale sono:

- destinazione del finanziamento alla ricerca;
- utilizzo di uno dei seguenti sistemi di pagamento: banca, ufficio postale, carte di debito/credito e prepagate, assegni bancari e circolari.

Nota: la Direzione Regionale, riprendendo la risoluzione n. 68 del 7 luglio 2010 con la quale l'Agenzia riconosceva l'assimilazione delle Aziende ospedaliero-universitarie alle "Università", enti che l'art. 10, co. 1, let. l-quater del TUIR annovera tra i destinatari delle erogazioni liberali che costituiscono oneri deducibili per i soggetti IRPEF, ha riconosciuto la formulazione letterale di quest'ultima norma identica a quella contenuta nell'art. 1, co. 353 della L. 266/2005, consentendo l'interpretazione estensiva espressa nel citato documento, anche ai soggetti IRES che erogano fondi a titolo di contributo o liberalità alle aziende ospedaliero-universitarie.

2.2.6. Politiche per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale

Per quanto riguarda le politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale le azioni messe in atto dall'Azienda nell'anno 2015 sono in linea con il Programma Regionale per quanto riguarda l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale.

Nel 2015 l'Azienda ha continuato e sviluppato le azioni già intraprese negli anni precedenti per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale

Il Policlinico nel 2015 ha continuato e sviluppato le azioni già intraprese a livello aziendale negli anni precedenti (a partire dal 2006) e sono state affrontate sia a livello gestionale che sul piano dell'innovazione tecnologica.

Le azioni di tipo gestionale intraprese sono le seguenti:

- adesione alla gara regionale, effettuata dall'Agenzia Regionale Intercent-ER, per la fornitura di energia elettrica, a partire dal 1 gennaio 2009;
- sviluppo della campagna di sensibilizzazione, informazione ed orientamento rivolta agli operatori dell'Azienda ospedaliera per l'uso razionale dell'energia mediante la distribuzione dei depliant forniti dalla Regione (punti di distribuzione, cedolino stipendiale, ecc.), l'affissione dei manifesti nei punti di maggior afflusso, l'attivazione della casella postale "io spengo lo spreco" e le risposte ai relativi suggerimenti, comunicazioni e articoli sulle riviste interne, sul sito, nelle newsletter, ecc.. In particolare, l'Azienda ha realizzato filmati specifici sul risparmio energetico e sulle azioni concrete che tutto il personale può mettere in atto quotidianamente (risparmio energetico in ospedale, risparmio energetico, comportamento etico) e procede ad organizzare periodicamente giornate di formazione specifica nell'ambito del Sistema Aziendale di Gestione Ambientale e Sviluppo Sostenibile "io spengo lo spreco" (16 novembre 2010, 13 giugno 2011, 13 settembre 2011, 19 novembre 2012, 16 dicembre 2013, 16 dicembre 2014, 13 gennaio 2015 e 20 gennaio 2015);
- 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 (in sinergia con il Gruppo Regionale degli Energy Manager e attualmente con l'Energy Manager Unificato);
- studio e sviluppo del percorso da attivare per l'implementazione del Sistema di Gestione Ambientale (SGA) integrato (nell'ottica della certificazione ambientale aziendale);
- inserimento del flusso delle informazioni, attraverso l'apposito programma informatico AEM-CUP 2000, relative ai progetti di risparmio energetico realizzati nell'anno (sostituzione tubi neon, infissi, lampadine, installazione plafoniere con rettole elettroniche, ecc..);

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 (co/trigenerazione). I lavori sono stati aggiudicati mediante un appalto di partenariato pubblico-privato e sono attualmente in fase di conclusione (2016).

Con delibera n. 290 del 31 agosto 2011 si è proceduto all'affidamento della "Concessione di progettazione, costruzione e gestione di centrali, impianti tecnologici, lavori e servizi dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola - Malpighi".

Dal 1 gennaio 2012 è attiva la Concessione in via definitiva, la Procedura di verifica SCREENING AMBIENTALE è stata approvata con Delibera di Giunta Regionale n. 2027/2012 del 28 dicembre 2012.

Nel periodo 2013-2014 è stata predisposta tutta la documentazione (compresa la partecipazione a tutte le conferenze di servizio) per l'ottenimento dell'Autorizzazione Integrata Ambientale A.I.A., rilasciata dalla Città Metropolitana con PG 8554 del 26 gennaio 2015.

I lavori sono attualmente in fase di conclusione (nuova CT Malpighi, nuova CT Sant'Orsola, nuove reti di distribuzione, impianto di rigenerazione/cogenerazione ecc.) .

Il progetto è stato presentato come esempio di "best practice" in un intervento collaterale alla XXI Conferenza Mondiale sul Clima (COP21), tenutasi a dicembre 2015 a Parigi.

L'Azienda inoltre partecipa al progetto Europeo "EcoQUIP - improving the efficiency, quality and sustainability of healthcare through innovation procurement".

Tutte le azioni intraprese dall'Azienda sono state orientate a privilegiare soluzioni progettuali, costruttive, organizzative e gestionali allineate con quanto richiamato dal "Protocollo di Kyoto" e dalla "Dichiarazione di Johannesburg".

Di seguito si specifica la quantificazione della variazione costi delle fonti energetiche per il consuntivo a fine 2015.

Utilizzo di energia elettrica

CONSIDERAZIONI SUI CONSUMI 2015 RISPETTO AL 2014

2014: consumati 47.372.634 KWh

2015: consumati 51.651.161 KWh

L'aumento dei consumi, rispetto al 2014, è valutato a 4.278.527 KWh (+9,03%), aumento dovuto a due principali cause: l'attivazione progressiva del Polo Cardio-Toraco-Vascolare (aumento dei consumi stimato a + 4%) e l'andamento anomalo delle temperature estive (+ 5% dei consumi); ad esempio l'aumento delle temperature medie del mese di Luglio 2015 (28,3°C) rispetto alle medie del Luglio 2014 (23,3°C) è stato di + 5°C.

Nel 2015 sono continuati gli interventi volti al contenimento dei consumi, in particolar modo, sugli impianti di illuminazione (eliminazione progressiva dell'incandescenza, aumento dell'illuminazione a neon di classe A2, progressivo inserimento dell'illuminazione a led).

Il costo medio al KWh è diminuito del 10,85% portandosi dai 0.187 €/KWh del 2014 ai 0,167 €/KWh del 2015.

La diminuzione del costo al KWh ha compensato l'aumento registrato dei consumi.

Utilizzo gas metano

CONSIDERAZIONI SUI CONSUMI 2015 RISPETTO AL 2014.

2014: consumi 7.261.371 mc

2015: consumi 7.881.540 mc

L'aumento dei consumi è pari all' 8,54% rispetto al 2014; la causa è da attribuire principalmente alla diminuzione della temperatura media annua invernale di 1,5°C (aumento stimato consumo GAS: +7%), e per l'attivazione del Polo Cardio-Toraco-Vascolare (aumento stimato +10%), questi aumenti sono in parte compensati dai maggiori rendimenti dei nuovi impianti termici (Centrali Termiche, Rete Distributiva e Nuove Sottocentrali) rispetto ai precedenti impianti.

Il costo medio unitario annuo del metano è passato da 0,823 €/mc nel 2014 a 0.768 €/mc nel 2015 con una diminuzione del 6,34%.

La diminuzione del costo al kWh ha compensato l'aumento registrato dei consumi.

Utilizzo acqua

CONSIDERAZIONI SUI CONSUMI 2015 RISPETTO al 2014.

2014: consumi 530.371 mc

2015: consumi 508.663 mc

La diminuzione prevista dei consumi è del 4,03% (-21.362 mc.).

Gli interventi che hanno prodotto nel 2015 un risparmio totale di 54.233 mc sono stati i seguenti:

- eliminazione ad agosto delle pompe di circolazione raffreddate ad acqua a perdere della vecchia rete di surriscaldata;
- la chiusura, da agosto, della C.T. S.Orsola e quindi l'eliminazione della necessità di effettuare gli spurghi delle caldaie;
- la sostituzione della vecchia rete di teleriscaldamento ha eliminato la necessità dei reintegri;
- la trasformazione degli impianti secondari da vaso aperto a vaso chiuso;
- l'eliminazione dei vecchi scambiatori a fascio tubero con nuovi scambiatori a piastre;
- l'eliminazione della torre evaporativa del Pad.26;
- l'eliminazione del circuito di refrigerazione ad acqua a perdere dell'elio dell'RM del Pad.9.

Nel contempo i 32.871 mc in più consumati nel 2015 sono dovuti principalmente all'attivazione del Pad.23 – Polo Cardio-Toraco-Vascolare (flussaggi, avviamento delle torri evaporative, ecc.) ed alla stagione estiva particolarmente calda (+5°C temperatura medie Luglio 2015 rispetto al Luglio 2014).

I risparmi sopra elencati si aggiungono agli interventi di risparmio sull'acqua che perdurano nel tempo, come le sostituzioni delle pompe ad anello liquido della Centrale vuota del Pad.5 del 2008 (risparmio 8.100 mc e 34.400 €/anno) o l'installazione di n.7 impianti di addolcimento per le torri evaporative tra il 2006 ed il 2010 (risparmio di 110.000 mc e di 468.000 €/anno).

Si ritiene opportuno sottolineare come il costo al metro cubo dell'acqua sia in continuo aumento: era 2,42 €/mc nel 2007, 3,00 €/mc nel 2010, 3,98 €/mc nel 2014 e di 4,257€/mc nel 2015.

La tabella che segue riepiloga i consumi mostrando l'andamento nei tre anni di riferimento.

Tabella 2.19 Consumi e prezzi medi gas, acqua ed energia elettrica

	Consumi			Prezzi medi		
	2013 vs 2012	2014 vs 2013	2015 vs 2014	2013 vs 2012	2014 vs 2013	2015 vs 2014
GAS	108,53%	86,52%	108,54%	0,28%	0,72%	-6,34%
Acqua	98,11%	101,92%	95,91%	12,57%	5,48%	6,96%
Energia Elettrica	96,54%	102,59%	109,03%	-5,38%	3,31%	-10,85%

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Mobilità sostenibile

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha attivato le iniziative di mobilità sostenibile attraverso l'aggiornamento/redazione del Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro (PSCL), redatto sulla base del questionario/indagine sugli spostamenti casa-lavoro somministrato a tutti i dipendenti dell'Azienda, attraverso il software messo a disposizione dalla Regione stessa. In data 29 luglio 2015, sulla base del Piano Spostamenti Casa Lavoro presentato in data 21 luglio 2015, è stato siglato l'accordo di Mobility Management tra Comune di Bologna e l'Azienda.

2.3 Contributo alla Copertura dei livelli essenziali di assistenza

2.3.1 Assistenza distrettuale

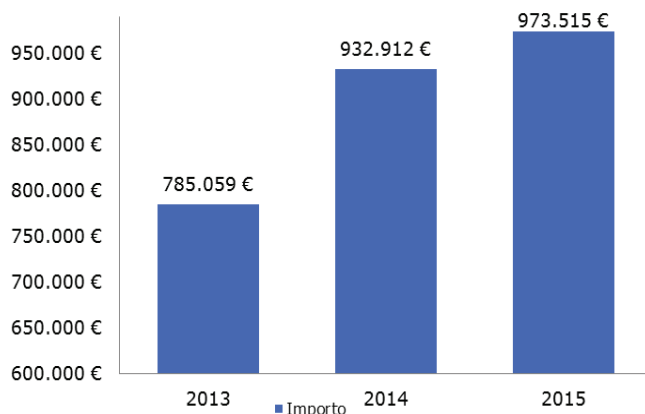
Assistenza farmaceutica

La distribuzione diretta di farmaci alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo (i valori vengono riportati nei grafici sotto per il triennio 2013-2015) oltre a migliorare il servizio all'utenza garantendo la continuità assistenziale, ha il duplice vantaggio di consentire un attento monitoraggio delle prescrizioni e una consistente riduzione della spesa farmaceutica convenzionata per i medicinali di Fascia A.

Il valore complessivo dei farmaci in distribuzione diretta è aumentato come conseguenza principalmente della commercializzazione dei farmaci innovativi

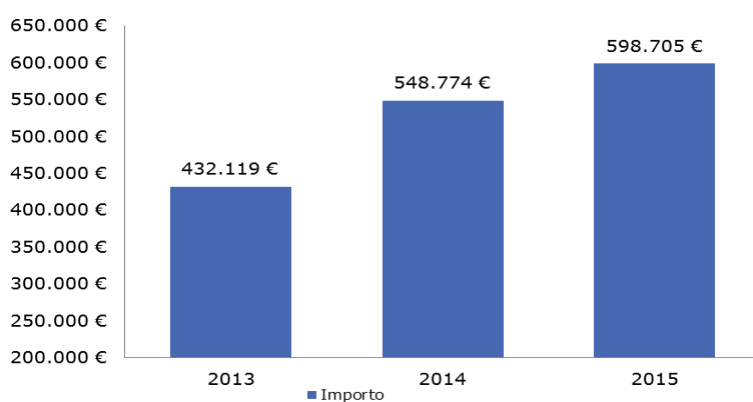
Nel corso del 2015 il valore complessivo dei farmaci in distribuzione diretta e in erogazione diretta è in incremento rispetto all'anno precedente, ma l'aumento è minore rispetto a quello registrato nei due anni precedenti.

Grafico 2.17 Importo complessivo dei farmaci a distribuzione diretta alla dimissione



Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

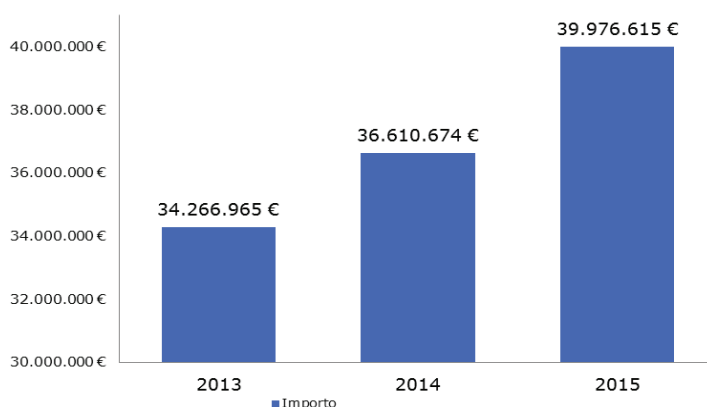
Grafico 2.18 Importo complessivo dei farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Vengono distribuiti in erogazione diretta anche farmaci di esclusiva competenza ospedaliera (Fascia H), per il trattamento di patologie che richiedono un controllo ricorrente del paziente ed uno specifico monitoraggio della terapia da parte del centro specialistico che ha in cura il paziente. In questo ambito, si concentra la parte economica più significativa della distribuzione diretta (oltre il 95%), dal momento che vi rientra larga parte dell'innovazione farmacologica (farmaci antineoplastici, farmaci biologici, farmaci antiretrovirali, farmaci per malattie rare). Dal 2008 al 2015, l'incremento registrato è del 62%.

Grafico 2.19 Importo complessivo dei farmaci a erogazione diretta



Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

In conclusione la dispensazione di farmaci da parte degli ospedali e delle Aziende sanitarie, compresa l'erogazione diretta alla dimissione costituisce un'occasione per migliorare la qualità delle cure, semplificare i percorsi assistenziali, fornire un'informazione mirata al paziente in sede di dimissione e di visita ambulatoriale, nonché uno strumento di razionalizzazione della spesa.

2.3.2 Assistenza specialistica ambulatoriale

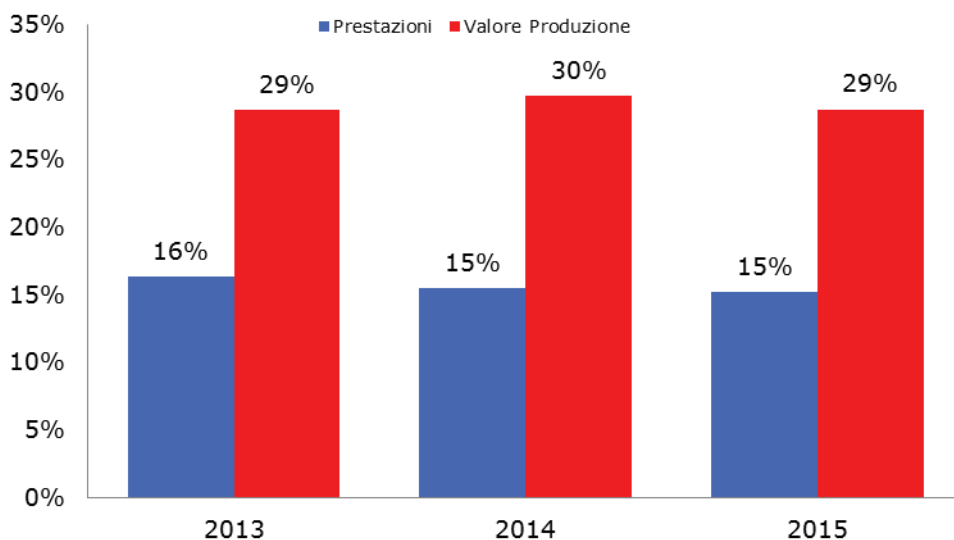
La produzione specialistica ambulatoriale da parte dell'Azienda Ospedaliera di Bologna ammonta nel 2015 a più di 2,282 milioni di prestazioni. Si precisa che il grafico 2.20 non comprende i seguenti ulteriori significativi ambiti di attività:

- prestazioni di screening neonatale e aminoacidopatie: presso l'Azienda Ospedaliera di Bologna è ubicato il centro di riferimento regionale per lo screening e il follow up di malattie endocrino-metaboliche che progressivamente sono state inserite nel programma di screening regionale (attualmente sono 25 malattie). Questo programma viene effettuato su 35.886 nuovi nati in Regione (dato 2015) e tali prestazioni sono oggetto di finanziamento regionale pari a 2,7 milioni di euro;
- prestazioni di laboratorio: in data 1° di settembre 2015 le attività del laboratorio analisi sono state trasferite all'Azienda USL di Bologna. Complessivamente nel 2015 sono state eseguite 2,847 milioni di prestazioni e tale attività è oggetto di un finanziamento specifico da parte dell'AUSL di Bologna;
- le prestazioni erogate ai pazienti in terapia anticoagulante domiciliare.

L'Azienda Ospedaliero
Universitaria effettua un sesto
dei volumi complessivi di
specialistica erogati in ambito
provinciale

Considerando l'ambito della produzione provinciale pari a 14,994 milioni di prestazioni (prestazioni erogate da strutture pubbliche e private accreditate) l'attività dell'Azienda Ospedaliera rappresenta il 15% della produzione. In termini di importi economici la percentuale di attività dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, rispetto ai volumi complessivi erogati da strutture pubbliche e private accreditate in ambito provinciale, si attesta nel 2015 al 29%.

Grafico 2.20 Valore e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato) - Anni 2013-2014-2015

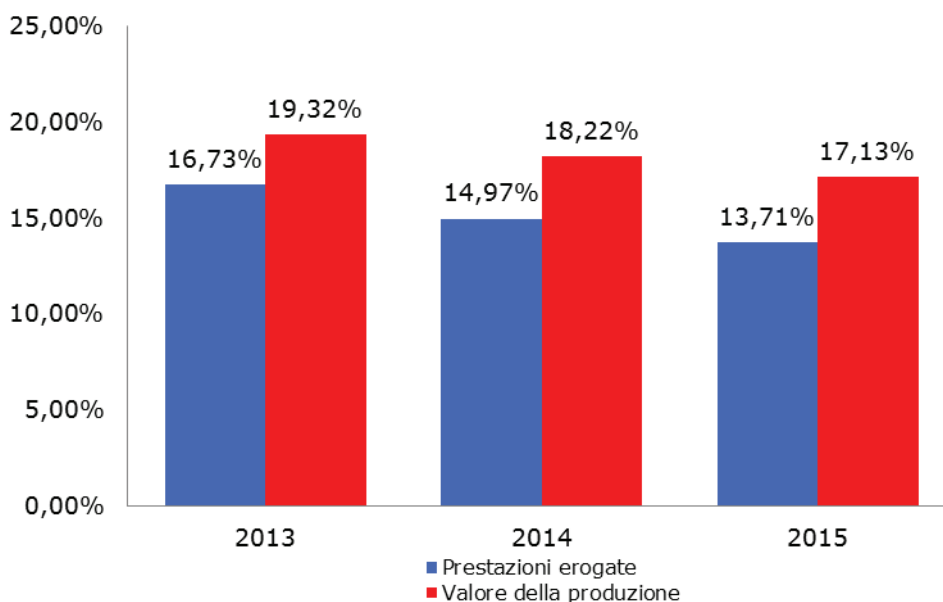


Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Per le prestazioni definite critiche dal livello regionale, anche nel 2015 si registra un ulteriore decremento dell'offerta: si è passati da 181.985 nel 2014 a 168.951 nel 2015. Sul totale complessivo della produzione provinciale, rappresentano il 13,7 % della produzione (con riferimento all'anno 2015).

Delle prestazioni critiche erogate a livello provinciale una quota pari al 13,7 % viene effettuata da professionisti dell'Azienda Ospedaliera

Grafico 2.21 Valore e volumi delle prestazioni critiche (su totale produzione provinciale) Anni 2013-2014-2015



Fonte: Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)

Nota: la selezione riguarda le prestazioni "critiche" in base ai tempi di attesa, con Regime di erogazione SSN e Modalità di accesso programmabile, urgente e urgente differibile.

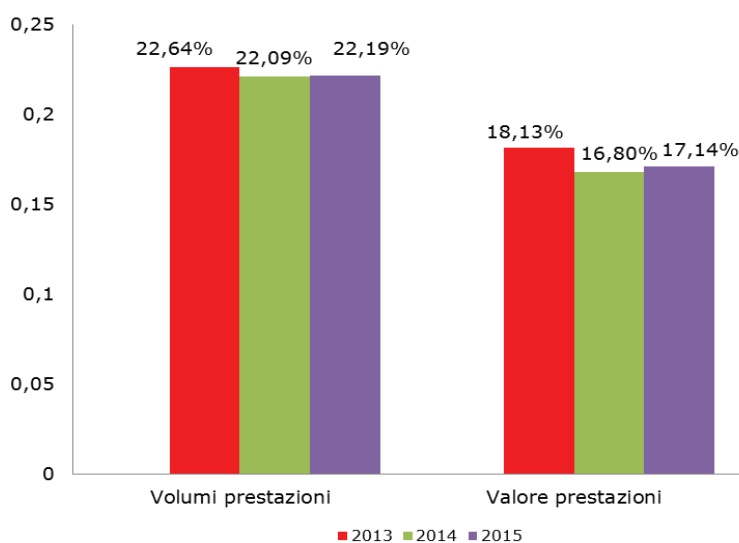
L'Azienda è impegnata a garantire il diritto del cittadino all'accesso facilitato alle prestazioni.

Per quanto riguarda la casistica di pazienti con problematiche complesse e in fase acuta è stato delineato un modello organizzativo/erogativo denominato Day Service Ambulatoriale (DSA). In questo contesto l'Azienda intende potenziare progressivamente il processo di semplificazione dell'accesso ai percorsi di approfondimento diagnostico dell'assistenza specialistica ambulatoriale (con particolare attenzione al riassetto complessivo dell'attività stessa in un'ottica di continuità assistenziale).

Sviluppo del processo di semplificazione dell'accesso ai percorsi di apprendimento diagnostico (day service)

I dati del 2015 registrano un ulteriore decremento delle prestazioni erogate nella modalità Day Service, da 522mila prestazioni nel 2014 si passa nel 2015 a 506mila prestazioni che si traducono in 11 milioni di euro di attività. Le prestazioni in Day Service rappresentano il 22,19% del totale complessivo della produzione ambulatoriale (anno 2015).

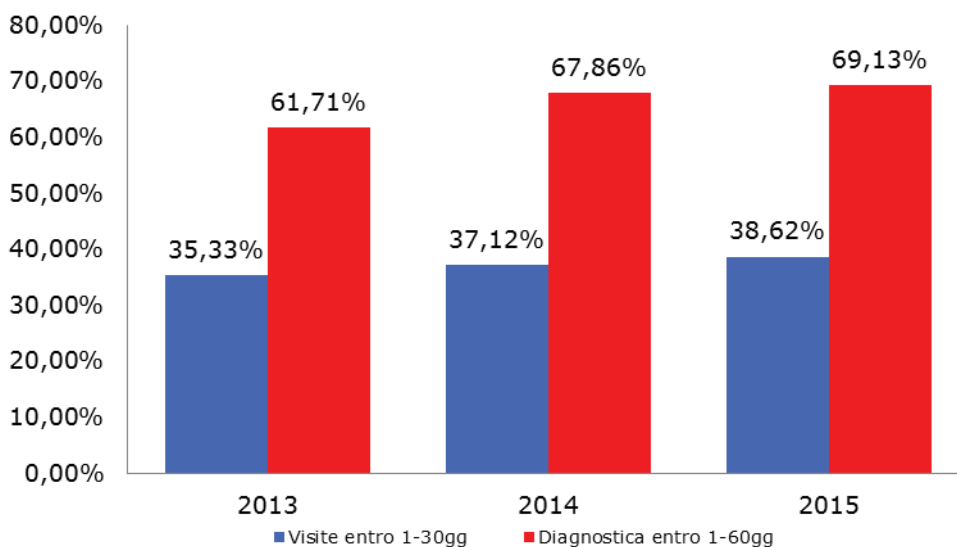
Grafico 2.22 Percentuale valore e volumi prestazioni erogate con modalità day-service su totale valore e volumi prestazioni. Anni 2013-2014-2015



Fonte: Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)

L'indice di performance effettivo per visite e diagnostica (calcolato sulle prestazioni programmabili) misura la percentuale delle prestazioni erogate entro 30 gg. per le visite e 60 gg. per la diagnostica sul totale delle prestazioni erogate. Nel 2015 il 39% delle prime visite programmabili è erogato entro 30 giorni dalla prenotazione, mentre per la diagnostica strumentale la percentuale delle prestazioni erogate entro 60 giorni si attesta al 69,%,

Grafico 2.23 Indice di performance effettivo per visite e diagnostica (prestazioni programmabili). Anni 2012-2013-2015



Fonte: Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)

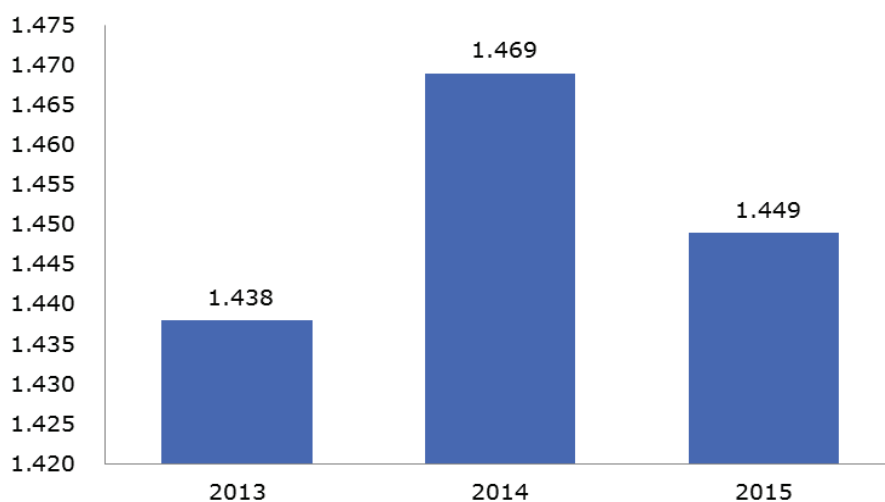
2.3.3 Assistenza ospedaliera

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha una dotazione complessiva di 1.546 posti letto di cui 1.449 di degenza ordinaria e day hospital per acuti.

Il grafico 2.24 evidenzia l'andamento di questa dotazione nel corso dell'ultimo triennio. Nel 2014 si registra un incremento di posti letto per acuti riguardanti la disciplina di chirurgia generale a seguito dell'attivazione di progetti di integrazione territoriale con l'AUSL di Bologna per le attività di chirurgia generale a bassa complessità presso l'ospedale di Budrio (4 posti letto in degenza ordinaria e 8 in day hospital) e con l'AUSL di Imola per il progetto di Chirurgia Generale e dei Trapianti interaziendale (21 posti letto). La variazione dei posti letto 2015 rispetto all'anno precedente è dovuta a una riduzione di 30 posti letto di medicina generale con contestuale attivazione di 10 posti letto di oncologia per la medicina della continuità assistenziale oncologica, riconducibile alla disciplina di oncologia.

La dotazione di posti letto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria diminuisce a seguito di una riduzione di posti letto di medicina generale

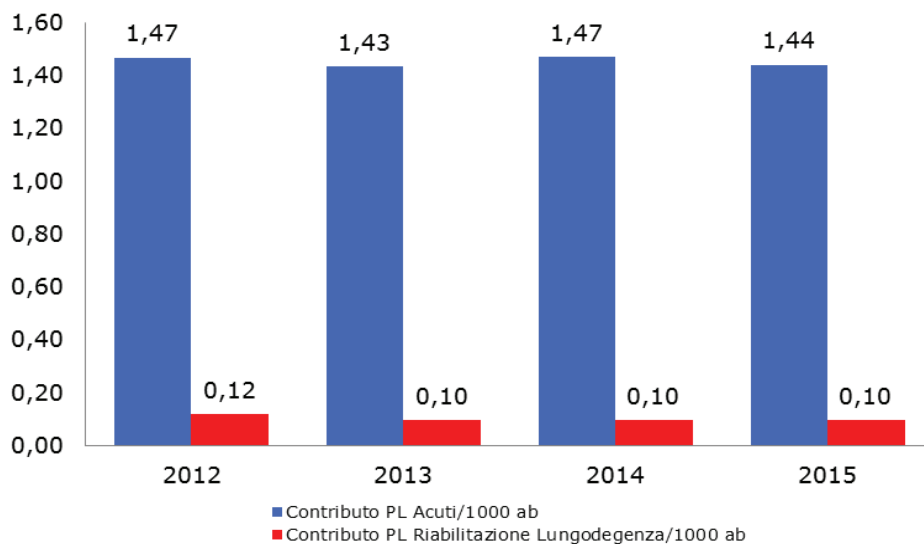
Grafico 2.24 Numero posti letto per acuti. Anni 2013-2014-2015



Fonte: HSP 12 Flussi Informativi Ministero della Salute. Banca dati RER

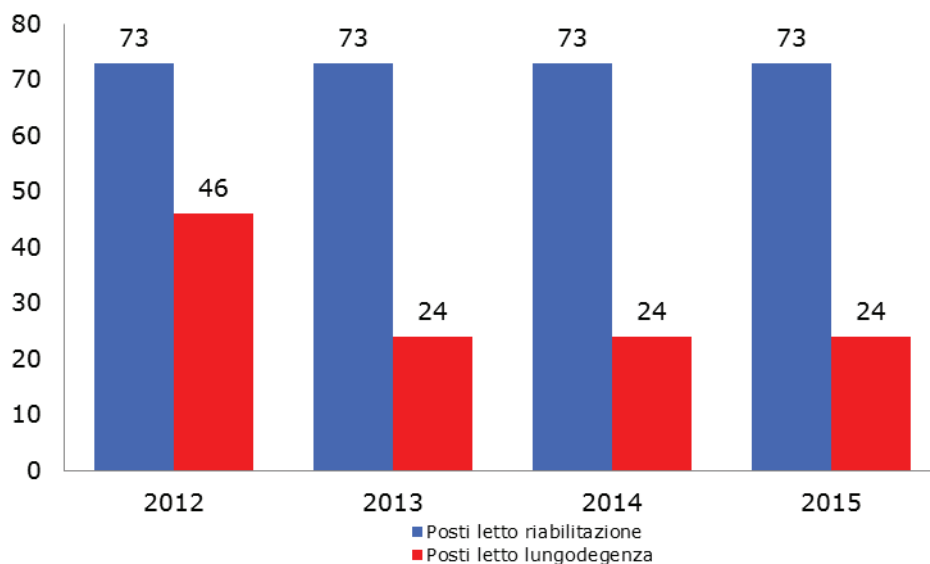
Nell'ambito della dotazione di posti letto, il contributo dell'Azienda Ospedaliera di Bologna alla dotazione provinciale di posti letto ogni 1000 abitanti è in lieve diminuzione rispetto al 2014; mentre per i posti letto di Riabilitazione e Lungodegenza l'Azienda si mantiene a 0,10 posti letto ogni 1000 abitanti.

Grafico 2.25 Contributo dell' Azienda alla dotazione provinciale di PL per "acuti" e per "lungodegenza e riabilitazione" / 1000 abitanti - (Anni 2012-2013-2014-2015)



Fonte: HSP 12 - Flussi Informativi Ministero della Salute

Grafico 2.26 Numero posti letto per lungo-degenza e riabilitazione (Anni 2012-2013-2014-2015)

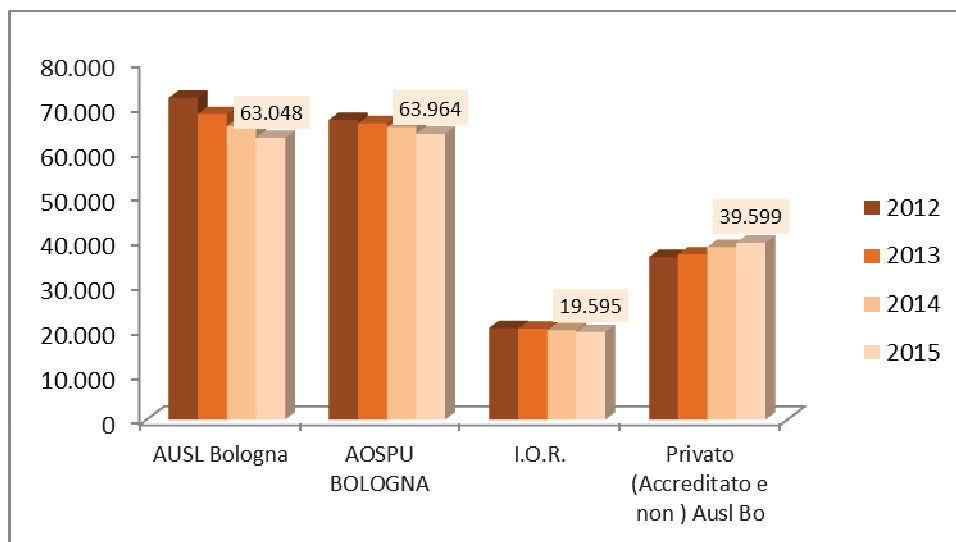


Fonte: HSP 12 - Flussi Informativi Ministero della Salute

2.3.4 Grado di attrazione delle strutture

Complessivamente, i dimessi nel 2015 dalle strutture ospedaliere pubbliche e private metropolitane sono stati 186.206, con una riduzione dell'1,9% rispetto al 2014. In particolare risultano ridotti i dimessi a carico delle strutture pubbliche (-4.549 complessivamente) mentre sono aumentati in quelle private (+959).

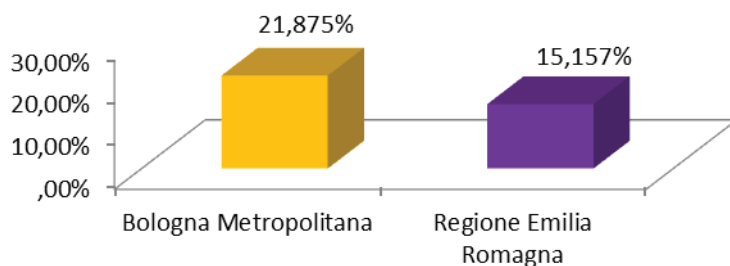
Grafico 2.27 Numero di dimessi nelle aziende sanitarie metropolitane anni 2012-13-14-15,



Fonte: Regione Emilia – Romagna

Il 55,1% è rappresentato da dimessi dalle strutture pubbliche e private dell'AUSL, il 34,4% da quelle dell'AOU e il 10,5% dallo IOR.

Grafico 2.28 Attrazione: percentuale di residenti extra regione dimessi dalle strutture pubbliche e private del territorio metropolitano di Bologna (Ausl Bologna, Aosp, IOR, privato accreditato) sul totale dimessi, esclusi neonati sani. Anno 2015.



Fonte: Regione Emilia – Romagna

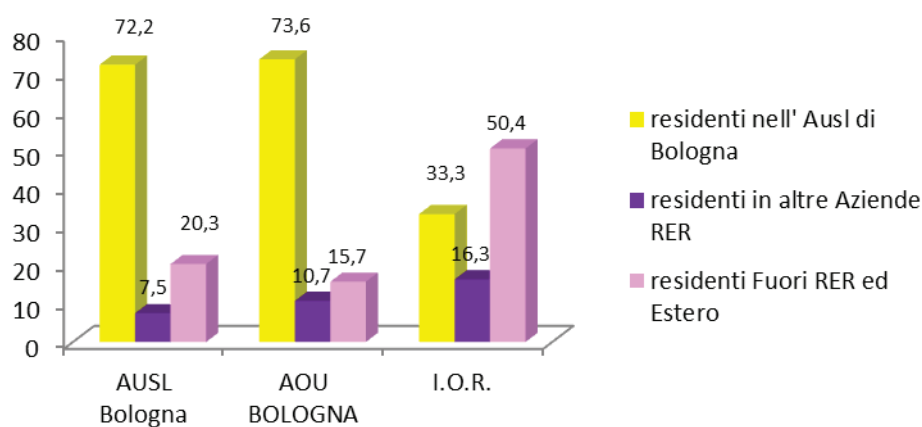
L'attrazione complessiva delle strutture ospedaliere metropolitane si mantiene superiore a quella media regionale. Dei quasi 190.000 dimessi delle strutture ospedaliere pubbliche e private metropolitane, il 21,9% è rappresentato da residenti al di fuori della Regione Emilia Romagna, verso una media delle strutture ospedaliere pubbliche e private regionali del 15,2%.

Le percentuali di attrazione delle strutture metropolitane di Bologna sono sostanzialmente invariate rispetto agli anni precedenti.

Le percentuali di attrazione del sistema Bologna sono sostanzialmente invariate rispetto agli anni precedenti.

L'attrazione complessiva delle strutture metropolitane è più alta della media regionale.

Grafico 2.29 Residenza dei dimessi dalle strutture dell'Azienda USL Bologna (pubblico e privato), AOU e dallo I.O.R. nell'anno 2015 (in percentuale).

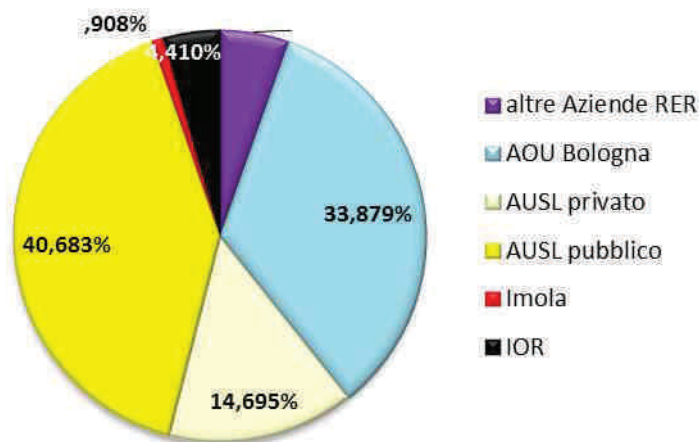


Fonte: Regione Emilia – Romagna

Come negli scorsi anni, analizzando le tre Aziende metropolitane, la percentuale di attrazione appare superiore presso lo IOR, con il 66,7% dei dimessi residenti al di fuori del territorio metropolitano (50,4 % extra e 16,3% intra regione), seguito dall'Azienda USL (pubblico+privato) con il 27,8% dei dimessi e dall'AOU con il 26,4%.

2.3.5 Consumo di ricoveri da parte della popolazione residente

Grafico 2.30 Sedi di ricovero della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Bologna. Anno 2015.



Fonte: Regione Emilia – Romagna

I ricoveri totali dei residenti nelle strutture regionali nel 2015 sono stati 138.491, in calo (-2,5%) rispetto al 2014.

Come gli scorsi anni, più del 90% dei ricoveri è stato effettuato all'interno delle strutture metropolitane, ed il 55% in strutture dell'Azienda USL pubbliche e private (accreditate e non) del territorio aziendale.

Il trend della percentuale di “fuga” di residenti nel territorio metropolitano di Bologna verso altri ospedali al di fuori del territorio aziendale (regionali) appare stabile negli ultimi anni, inferiore al 10%.

Non sono riportati i dati di mobilità extraregionali perché l'ultimo dato disponibile è relativo al 2013.

2.3.6 L'attività di trapianto

Donazione di organi

Vengono qui riportate le attività connesse alle donazioni di organi, tessuti e cornee effettuate nel 2015 nelle strutture sanitarie bolognesi.

All'Ospedale Bellaria di Bologna presso la Rianimazione, sono state segnalate 9 osservazioni di morte encefalica. In ogni sede donativa vengono monitorati degli indicatori di performance e di efficienza. Per la Rianimazione dell'Ospedale Bellaria il rapporto fra il numero di accertamenti di morte e quello dei pazienti con GCS=3 (danno cerebrale severo) e ricovero in TI (terapia intensiva) per più di 6 ore, è stato del 69,2% (index2 Donor Action, che prevede l'obiettivo >80% per le TI in ospedali con neurochirurgia e >60% in quelli senza); il PROC 2 (indice internazionale di valutazione delle attività che si ricava dal rapporto tra numero di accertamenti di morte encefalica e numero di decessi con lesioni cerebrali, il cui obiettivo da conseguire è >60%) è risultato pari al 58,5%. I malati affetti da grave patologia cerebrale non segnalati al Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna (CRT-ER) sono andati in arresto cardio-circolatorio senza aver mai raggiunto la morte encefalica, condizione imprescindibile per l'eventuale donazione degli organi.

Attività di trapianto: funzione di elevata specializzazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria

Presso la Rianimazione dell'Ospedale Maggiore di Bologna sono stati eseguiti 12 accertamenti di morte encefalica. L'index2 Donor Action ha raggiunto il risultato del 38,7%, il PROC 2 il 26,1%. Le opposizioni alla donazione sono state 2 (16,7%).

Per ciò che concerne la donazione di cornee l'Ospedale Maggiore e l'Ospedale Bellaria hanno raggiunto gli obiettivi regionali, confermando una solida organizzazione e piena collaborazione tra i vari reparti ospedalieri grazie, anche, a procedure e percorsi donativi chiari ed efficienti.

L'ospedale Maggiore è la sede della Banca Regionale delle cornee.

Presso la TI generale del Policlinico S. Orsola-Malpighi, nel corso del 2015, sono stati effettuati 6 accertamenti di morte encefalica. L'index2 Donor Action è stato del 100% ed il PROC 2 il 100%. La percentuale di opposizione è stata del 28,6%. Presso la TI Pediatrica è stato condotto un accertamento di morte encefalica. L'index2 Donor Action è stato del 23,1% ed il PROC 2 il 33,3%.

Nel 2015 il Policlinico S. Orsola-Malpighi non ha raggiunto l'obiettivo regionale per il procurement delle cornee.

Il Policlinico S. Orsola-Malpighi è la sede della Biobanca Regionale del Donatore di organi e tessuti, della banca dei tessuti cardiovascolari, della lista unica regionale per il trapianto di rene, dell'Immunogenetica di riferimento regionale per il trapianto di cellule staminali ematopoietiche e per il trapianto di organo solido non renale, del registro dei donatori di midollo e della Banca Regionale del sangue del cordone ombelicale.

Hanno sede presso la stessa Azienda le Unità Operative dell'Anatomia Patologica, dell'Ematologia, delle Malattie Infettive e della Microbiologia di riferimento regionale, coinvolte tutte nel percorso di valutazione della sicurezza del donatore.

Per quanto riguarda gli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna nel 2015 è avvenuta 1 donazione di cornee.

Gli Istituti Ortopedici Rizzoli sono la sede della Banca Regionale del tessuto muscolo-scheletrico.

Per quanto attiene le donazioni di tessuti diversi dalle cornee nel 2015 non sono stati raggiunti gli obiettivi assegnati alle Aziende (2% dei decessi 2014 tra i 15 e 78 anni)

- Il Bellaria non ha procurato tessuti diversi dalle cornee
- Il Maggiore ha procurato 1 donatore di segmenti vascolari, 1 di valvole cardiache, 3 di cute e 3 di segmenti muscolo-scheletrici;
- Il S. Orsola ha procurato 2 donatori di cute;
- Il Rizzoli ha procurato, e inviato per lavorazione alla banca che ospita, 382 epifisi femorali e teche craniche da donatore vivente.

L'ultima annotazione riguarda le donazioni da vivente di sangue del cordone ombelicale (SCO) e l'arruolamento annuo di donatori di midollo osseo (MO):

- Il S. Orsola ha inviato alla banca regionale 258 sacche di SCO, il Maggiore 92;
- I nuovi donatori di MO arruolati in Regione nel 2015 sono stati 5090, 41 i donatori volontari che hanno fornito nell'anno il loro MO per effettuare un trapianto in pazienti leucemici in Italia e nel mondo.

Nelle tabelle che seguono si riportano il numero di organi prelevati e trapiantati (in varie sedi) e il numero di cornee prelevate presso gli ospedali di Bologna nel corso del 2015.

Tabella 2.20 - Donazioni di organi negli ospedali metropolitani di Bologna

Struttura	Donatori	Cuore		Fegato		Rene		Polmone	
		P	T	P	T	P	T	P	T
Ospedale Maggiore	7	2	2	6	5	15	11	4	4
Ospedale Bellaria	3	0	0	2	2	6	6	0	0
S. Orsola - Malpighi	5	1	1	4	4	4	2	0	0

Fonte dati Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna

P= Prelevati

T = Trapiantati

Tabella 2.21 - Donazione di cornee negli ospedali metropolitani di Bologna

Struttura	Cornee donate	
	N. Donatori	N. Tessuti
Ospedale Maggiore	35	70
Ospedale Bellaria	21	42
S. Orsola - Malpighi	4	8
Rizzoli	1	2

Fonte dati Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna

Attività di trapianto

L'Azienda Ospedaliera di Bologna è un centro di eccellenza, di rilievo regionale e nazionale, sia per i trapianti d'organo solido (cuore, polmone, rene, fegato, intestino) sia per quelli di midollo.

Tabella 2.22 - Trapianti eseguiti presso Azienda Ospedaliera di Bologna

Trapianti	Numero
Cuore	18
Fegato	77
Rene	97 (77 cadavere, 20 vivente)
Polmone	5 doppi trapianti (10 organi)
Intestino Multiviscerale	1 intestino isolato

Fonte dati Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna

All'interno dell'Azienda Ospedaliera si collocano:

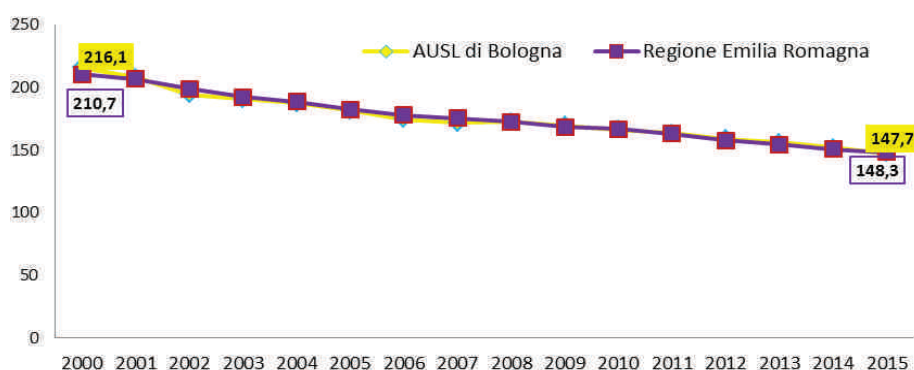
- **Il Centro Regionale Trapianti** che coordina tutte le attività di donazione e prelievo d'organo e tessuti, le attività di raccolta ed elaborazione dati e il coordinamento delle liste d'attesa nell'ambito del SSR. Garantisce inoltre supporto 24/24 ore alle Terapie Intensive. Il CRT assicura la governance del sistema regionale, i rapporti istituzionale sia regionali che nazionali, l'applicazione dei programmi di qualità e di governo clinico, regionale e del Centro Nazionale Trapianti. Promuove la formazione del personale sanitario in tema di donazione, l'informazione, la ricerca e lo sviluppo di programmi innovativi.
- Le **Attività di supporto al trapianto**, che sono:
 - Banca del sangue cordonale, vasi e valvole, Biobanca, Immunogenetica per la tipizzazione;
 - U.O di Anatomia Patologica, di Microbiologia, il Centro Trasfusionale, U.O. di Malattie Infettive, U.O di Ematologia costantemente impegnate nel corso del processo donativo per la valutazione e la sicurezza del donatore e degli organi.

Complessivamente nel 2015 sono stati dimessi 338 pazienti trapiantati:

Trapianto	12 mesi 2014	12 mesi 2015	Variazione
Cuore	17	18	1
Cuore Polmone	--	--	--
Cuore Rene	1	0	-1
Fegato	65	61	-3
Fegato Cuore	--	--	-1
Fegato Rene	6	4	-2
Intestino isolato	0	1	1
Intestino Multiviscere	--	--	--
Polmone	4	7	3
Rene	60	89	29
Totale Trapianto Organi	153	180	27
Midollo allogenico	57	58	1
Midollo autologo	104	100	-4
Totale Trapianto Midollo	161	158	-3
Totale trapianti	314	338	24

2.3.7 Tassi di ospedalizzazione

Grafico 2.31 Trend tassi di ospedalizzazione totale standardizzati (DO+DH) e confronto con la Regione. Anni 2000-2015 (2015 consolidato con mobilità passiva 2013)



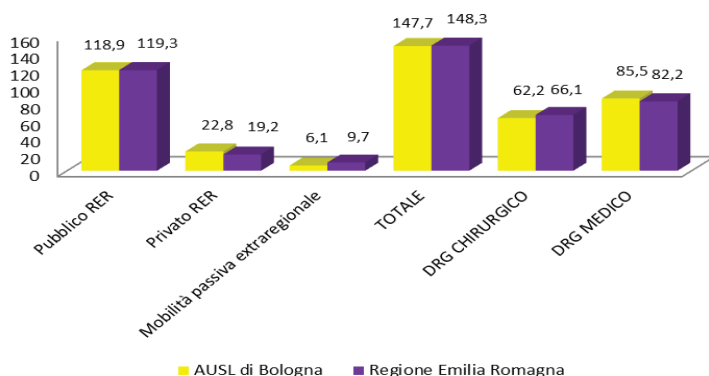
Fonte: Regione Emilia – Romagna

Nel 2015 il tasso di ospedalizzazione standardizzato della popolazione residente nel territorio metropolitano (147,7 ricoveri per mille residenti) appare ulteriormente ridotto rispetto al 2014, in linea con i valori regionali (148,3 ricoveri per mille residenti).

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato della popolazione residente è in netto decremento dal 1999.

Il trend dal 1999 è di netto decremento.

Grafico 2.32 Componenti tassi di ospedalizzazione totale standardizzati e confronto con la Regione. Anno 2015 (consolidato con mobilità passiva 2013)

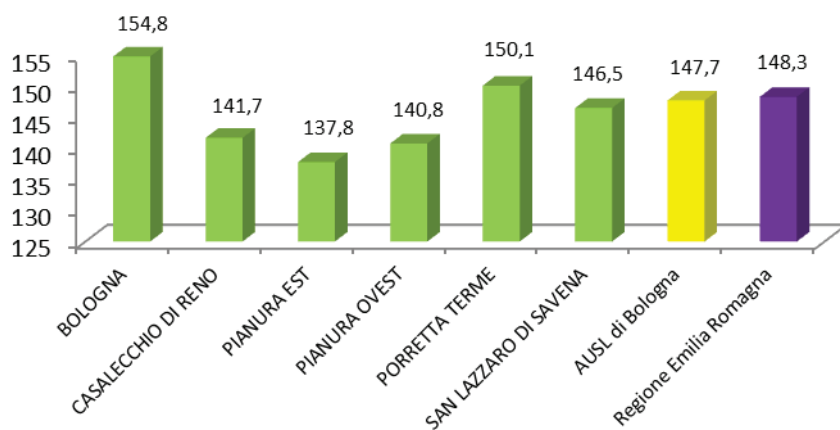


Fonte dati Regione Emilia – Romagna

Considerando le diverse componenti del tasso di ospedalizzazione standardizzato della popolazione residente nel territorio metropolitano, questo appare superiore a quello medio regionale nella componente privato, inferiore per la mobilità passiva extraregionale (2013), ed in linea per la componente pubblico.

Appare poi superiore per la componente del DRG medico e inferiore per quello chirurgico.

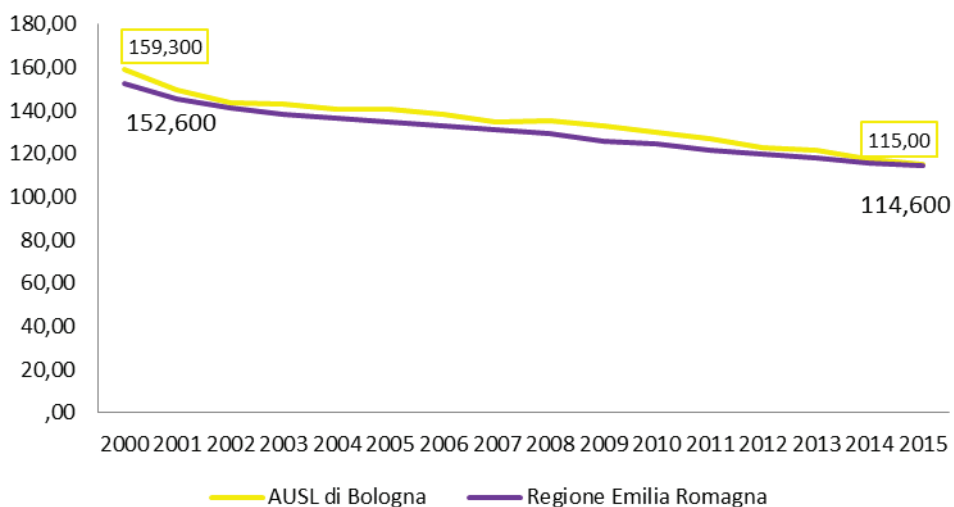
Grafico 2.33 Tassi standardizzati di ospedalizzazione totale per distretto Anno 2015 (consolidato con mobilità passiva 2013)



Fonte: Regione Emilia – Romagna

I distretti di Pianura Est, Pianura Ovest, Casalecchio di Reno e S. Lazzaro di Savena presentano un tasso di ospedalizzazione standardizzata inferiore alla media aziendale e regionale, mentre città di Bologna è superiore alla stessa media.

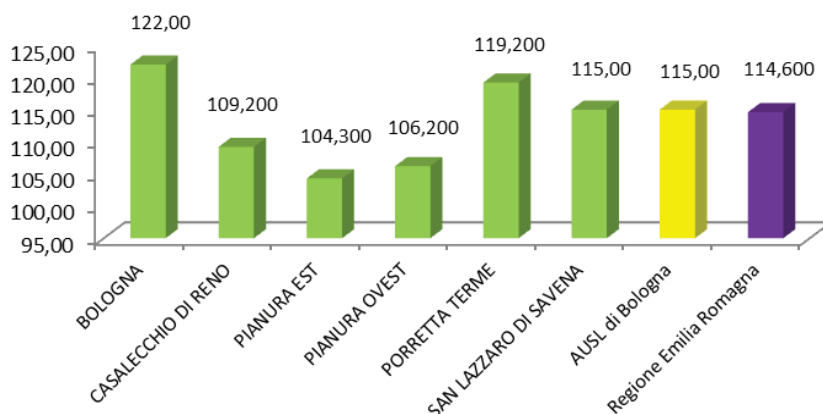
Grafico 2.34 Trend tassi di ospedalizzazione standardizzati in regime ordinario e confronto con la Regione. Anni 2000-2015 (2015 consolidato con mobilità passiva 2013)



Fonte: Regione Emilia – Romagna

Considerando le due componenti dei ricoveri, quelli in regime ordinario e quelli in day hospital, si nota che il tasso di ospedalizzazione per ricoveri in regime ordinario si è ulteriormente ridotto nel 2015, ed è sovrapponibile con il dato regionale.

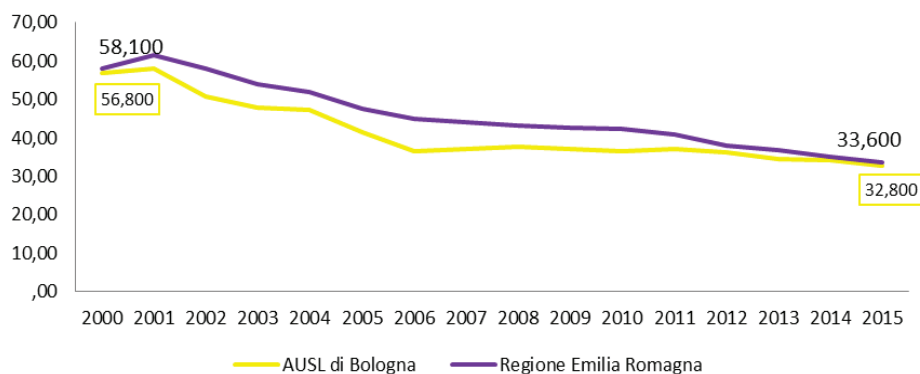
Grafico 2.35 Tassi standardizzati di ospedalizzazione in regime ordinario per distretto Anno 2015 (consolidato con mobilità passiva 2013)



Fonte: Regione Emilia – Romagna.

Anche per il tasso di ospedalizzazione per ricoveri in regime ordinario i distretti di Pianura Est, Pianura Ovest e Casalecchio di Reno hanno un tasso nettamente inferiore alla media aziendale e regionale; quelli di Città di Bologna e Porretta Terme sono superiori.

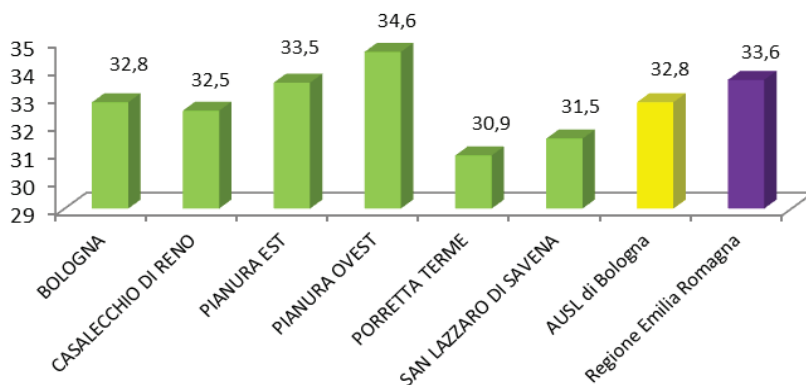
Grafico 2.36 Trend tassi di ospedalizzazione standardizzati in day hospital e confronto con la Regione. Anni 2000-2015 (2015 consolidato con mobilità passiva 2013)



Fonte: Regione Emilia – Romagna

Il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri in day hospital, ridotto rispetto al 2014, appare sempre inferiore alla media regionale.

Grafico 2.37 Tassi standardizzati di ospedalizzazione in day hospital per distretto Anno 2015 (consolidato con mobilità passiva 2013).



Fonte: Regione Emilia – Romagna

Il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri in day hospital del distretto Pianura Ovest appare superiore alla media aziendale e anche a quella regionale. Netamente inferiori alla media quelli di Porretta Terme e San Lazzaro di Savena.

2.3.8 Tempi di attesa

Nella tabella che segue si riportano i tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate a carico del SSN specificando le percentuali di interventi con tempo inferiore ai tempi giorni nel confronto tra il 2014 ed il 2015 nonché verso il dato regionale.

Tabella 2.23: .Tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate a carico del SSN-piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, d.g.r.925/2011. % interventi con tempi di attesa 0-30 gg area Bologna 2014-2015 vs totale RER 2015

Tipo Intervento	Area Metropolitana BOLOGNA (Ausl-Aosp-IOR)		Regione Emilia Romagna
	% Tempi di attesa = 1 – 30 gg. anno 2015	% Tempi di attesa = 1 – 30 gg. anno 2014	% Tempi di attesa = 1 – 30 gg. anno 2015
Angioplastica (PTCA) regime ordinario	75,3	76,9	81,3
BY pass aortocoronarico regime ordinario	71,8	61	81,1
Endoarteriectomia carotidea – regime ordinario	49,6	54,5	52,4
Intervento chirurgico polmone regime ordinario	93	94,1	83,4
Intervento chirurgico tumore colon retto regime ordinario	87,7	82,3	83
Intervento chirurgico tumore mammella – mastectomia regime ordinario	87,7	88,3	76,5
Intervento chirurgico tumore prostata regime ordinario	29,8	44,5	41
Intervento chirurgico tumore utero regime ordinario	69,6	77,1	72,2
Intervento protesi d'anca regime ordinario	35,6	33,2	30,9
Tonsillectomia regime ordinario	31,5	18	17,8
Biopsia percutanea del fegato	100	93,9	83
Chemioterapia (DH)	96,7	98,1	96,8

	Area Metropolitana BOLOGNA (Ausl-Aosp-IOR)		Regione Emilia Romagna
Tipo Intervento	% Tempi di attesa = 1 - 30 gg. anno 2015	% Tempi di attesa = 1 - 30 gg. anno 2014	% Tempi di attesa = 1 - 30 gg. anno 2015
Coronarografia (DH)	85,5	84,7	87,8
Emorroidectomia (DH)	9,8	30	14,2
Riparazione ernia inguinale (DH)	13,1	14,2	27,6

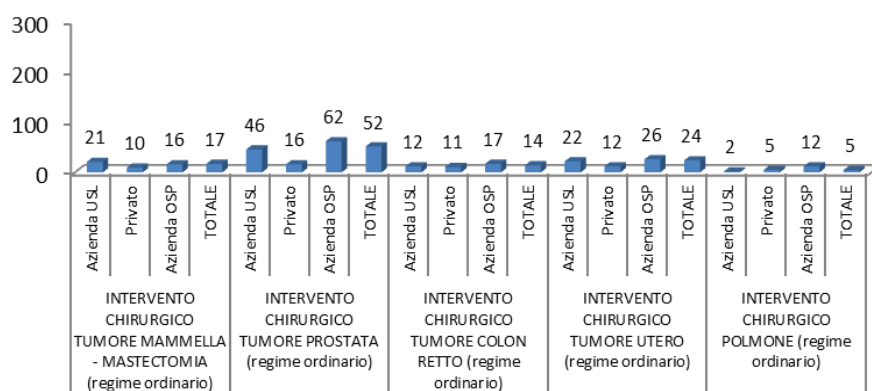
Fonte: Regione Emilia - Romagna

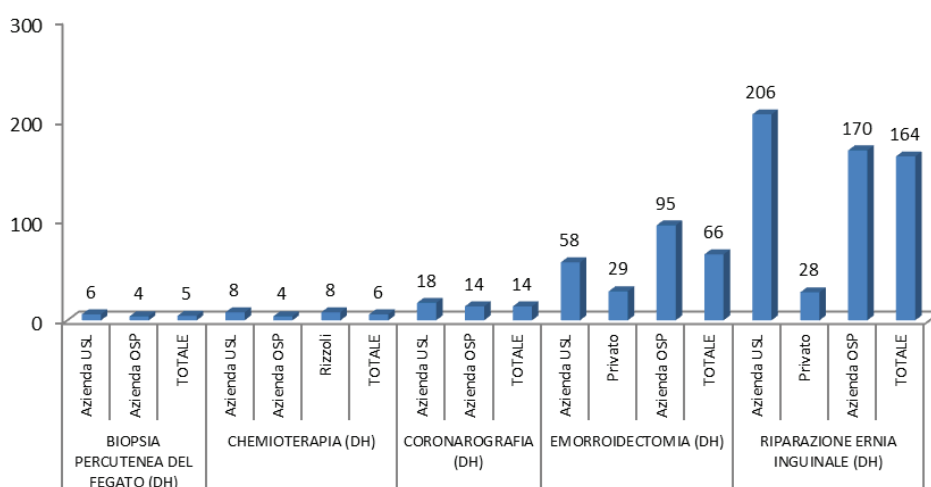
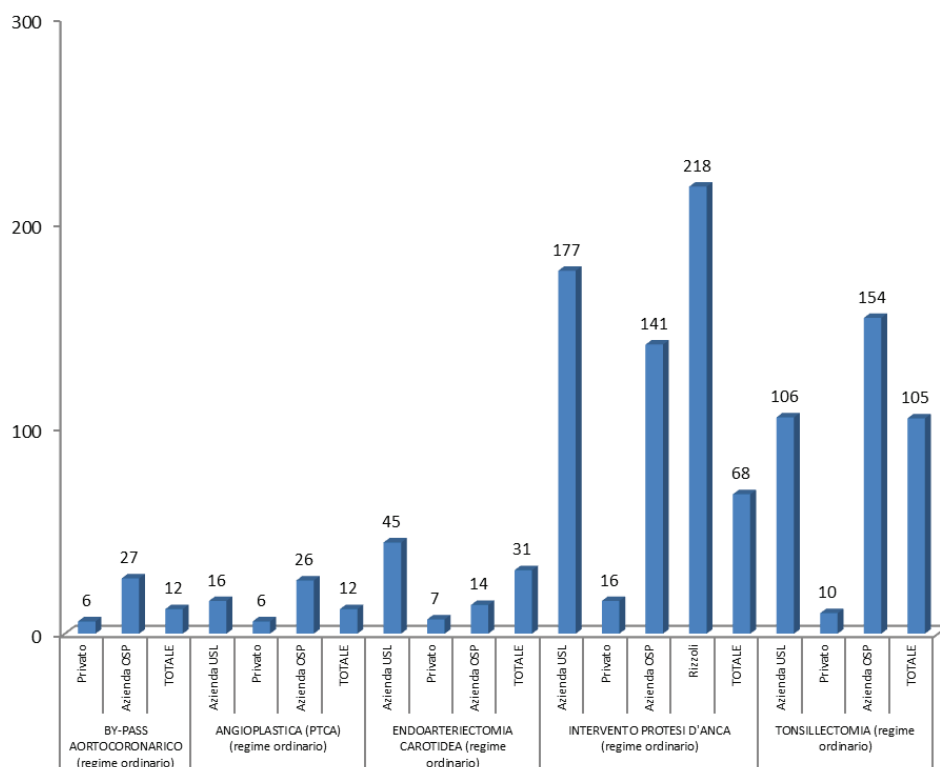
Le percentuali di ricoveri programmati, con riferimento alle procedure traccianti riportate in tabella, effettuati entro 30 giorni nel complesso degli ospedali metropolitani (area Bologna), appaiono complessivamente in linea con i valori medi regionali o migliori, con l'eccezione dell'intervento per angioplastica (PTCA), per il by-pass aortocoronarico, intervento chirurgico tumore prostata e per ernia inguinale in day hospital.

La percentuale dei ricoveri programmati per le procedure riportate è nell'area di Bologna, complessivamente in linea con i valori medi regionali

Percentuali di trattamento entro i 30 giorni ancora bassi si evidenziano inoltre per l'intervento di artroprotesi d'anca, anche se per questa procedura la performance dell'area metropolitana si colloca su livelli lievementi superiori a quelli medi regionali.

Grafico 2.38 Tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate a carico del SSN-piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R.925/2011. Attesa mediana in giorni. Confronto Azienda USL - PRIVATO - AOU nell'area metropolitana di Bologna. Anno 2015





Fonte: Regione Emilia – Romagna

Per gli interventi di by-pass aortocoronarico, artroprotesi d'anca, emorroidectomia e riparazione di ernia inguinale si evidenziano criticità nei tempi d'attesa nel settore pubblico rispetto a quello privato.

Per quanto riguarda i **DRG chirurgici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria** (Tabella 2.23), anche nel 2015 si osserva un decremento dei ricoveri totali rispetto al 2014 (- 1.547, pari a - 2,3%); nonostante la riduzione, l'incidenza dei ricoveri chirurgici sul numero dei ricoveri rimane costante (39% nel 2014, 39,2% nel 2015).

Attività chirurgica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria: calano i ricoveri totali mentre l'incidenza dei ricoveri chirurgici sul numero dei ricoveri complessivi rimane costante

Tabella 2.24 Numero casi chirurgici su totale ricoveri, con separata indicazione di quelli in libera professione

	2013	2014	2015
Totale ricoveri	69.337	68.427	66.880
DRG Chirurgici	26.110	26.707	26.208
Totale ricoveri in libera professione	980	946	916
DRG Chirurgici in Libera Professione	822	829	829
Totale ricoveri: % casi chirurgici sul totale	37,7%	39%	39,2%
Libera Professione: % casi chirurgici sul totale	83,9%	87,6%	90,5%

Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Come si vede dalla tabella 2.25 l'Azienda Ospedaliera di Bologna nel triennio mantiene un peso medio tra i più alti delle Aziende Ospedaliere della Regione. Nel 2015 il peso medio della degenza ordinaria presenta un valore pari a 1,31, in incremento rispetto al biennio precedente.

Tabella 2.25 Peso medio degenza ordinaria. Triennio 2013-2014-2015. Aziende Ospedaliere Regione Emilia-Romagna

	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
AOSP Bologna	1,27	1,29	1,31
AOSP Parma	1,26	1,25	1,24
AOSP Reggio-Emilia	1,19	1,21	1,21
AOSP Modena	1,13	1,13	1,13
AOSP Ferrara	1,22	1,23	1,22
II.OO.R	1,41	1,42	1,42

Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Anche la percentuale di casi ordinari di peso superiori a 2,5 sul totale dell'Azienda Ospedaliera di Bologna è la più alta tra le Aziende Ospedaliere della Regione (media regionale 2015 pari al 7,1%). Nel 2015 si attesta al 9,2%, in incremento rispetto al biennio precedente.

Tabella 2.26 Percentuale casi ordinari di peso superiore a 2,5 su totale casi ordinari. Triennio 2013-2014-2015. Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

AOSP Bologna	Totale ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari di peso > 2.5	% ricoveri di peso > 2.5 sul totale
2013	55.003	4.854	8,8%
2014	55.364	4.844	9,1%
2015	52.458	4.846	9,2%

Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Tabella 2.27 Percentuale casi ordinari di peso superiore a 2,5 su totale casi ordinari. Anno 2015. Aziende Ospedaliere Regione Emilia-Romagna

AOSP Regione	Totale ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari di peso > 2.5	% ricoveri di peso > 2.5 sul totale
Bologna	52.458	4.846	9,2%
Parma	40.652	3.002	7,4%
Reggio-Emilia	30.786	1.832	6,0%
Modena	30.350	1.505	5,0%
Ferrara	24.888	1.518	6,1%
II.OO.R	13.403	927	6,9%

Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

L'Azienda, rispetto alla percentuale di casi attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati presenta nel 2015 un valore pari al 14% (stesso valore anche a livello regionale).

Tabella 2.28 Percentuale casi attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati su totale dimessi. Triennio 2012-2013-2015. Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

AOSP Bologna	Totale dimessi	Dimessi >1 e DRG pot.inappropriato (*)	% casi attribuiti a DRG pot.inappropriati sul totale
2013	66.295	10.314	15,6
2014	65.487	9.603	14,7
2015	63.964	8.959	14,0

Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Nota: Il Patto per la Salute 2010-2012 definisce una lista di DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in Regime ordinario
Sono esclusi:
i ricoveri urgenti afferenti ai DRG 65, 131, 133, 134, 142, 184, 208, 243, 281, 282, 294, 324, 326, 395, 426, 427, 467
i ricoveri per trapianto di cornea (codice di procedura ICD9-CM 11.6*) afferenti al DRG 42
i ricoveri afferenti al DRG 262 cod MPR diverso da 85.20 o 85.21
i ricoveri afferenti ai DRG 160, 162 e 163 erogati in regime ordinario con degenza di un giorno

Tabella 2.29 Percentuale casi attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati su totale dimessi. Anno 2015. Aziende Ospedaliere Regione Emilia-Romagna

AOSP Regione	Totale dimessi	Dimessi >1 e DRG pot.inappropriato (*)	% casi attribuiti a DRG pot.inappropriati sul totale
Bologna	63.964	8.959	14,0
Parma	47.185	6.474	13,7
Reggio-Emilia	40.215	3.970	9,9
Modena	37.041	5.913	16,0
Ferrara	32.360	3.971	12,3
II.OO.R	19.595	4.293	21,9

Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Nota: Il Patto per la Salute 2010-2012 definisce una lista di DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in Regime ordinario.

Sono esclusi:

i ricoveri urgenti afferenti ai DRG 65, 131, 133, 134, 142, 184, 208, 243, 281, 282, 294, 324, 326, 395, 426, 427, 467

i ricoveri per trapianto di cornea (codice di procedura ICD9-CM 11.6*) afferenti al DRG 42

i ricoveri afferenti al DRG 262 cod MPR diverso da 85.20 o 85.21

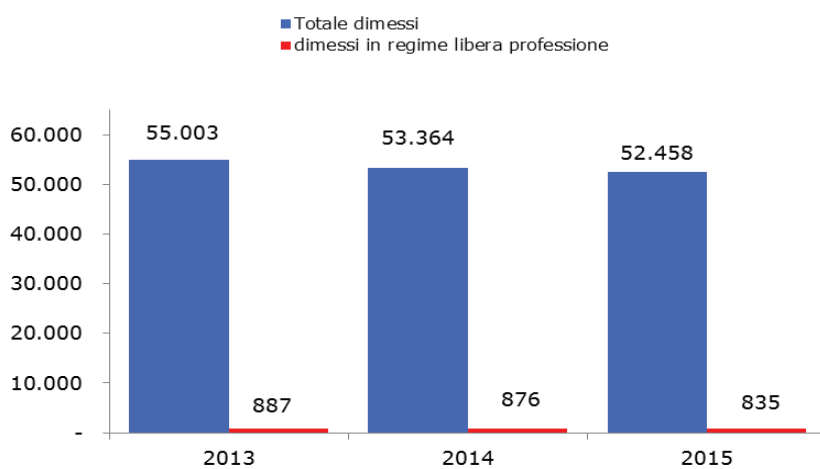
i ricoveri afferenti ai DRG 160, 162 e 163 erogati in regime ordinario con degenza di un giorno.

2.3.9 Libera Professione

L'andamento dei ricoveri in libera professione per la degenza ordinaria registra anche nel 2015 un decremento rispetto all'anno precedente (-4,7%). I ricoveri in libera professione rappresentano una quota pari al 1,5% di ricoveri complessivi dell'azienda. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha attivi 2 reparti di degenza dedicati all'attività libero-professionale. Il primo reparto è stato attivato a giugno 2007 ed è collocato all'ultimo piano del padiglione Nuove Patologie. Nell'ottobre 2008 è stato inoltre attivato il secondo reparto ubicato al 4° piano del padiglione Palagi. I due reparti ALP hanno assorbito il 66% dell'attività di ricovero in Libera professione. Le prestazioni di ricovero derivanti dalle convenzioni stipulate con le Assicurazioni sono state complessivamente 154 (+43 casi) confermando il trend in crescita già registrato nel 2013 e nel 2014.

L'attività libero professionale del Policlinico conferma sostanzialmente i dati dell'anno precedente.

Grafico 2.39 Numero casi dimessi in degenza ordinaria con separata indicazione di quelli in libera professione



Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

I DRG chirurgici rappresentano gran parte dell'attività erogata in libera professione. Nel 2015 rappresentano il 90,5% di tutti i DRG prodotti in libera professione, in incremento rispetto al 2014, che registrava una percentuale pari all'87,6%.

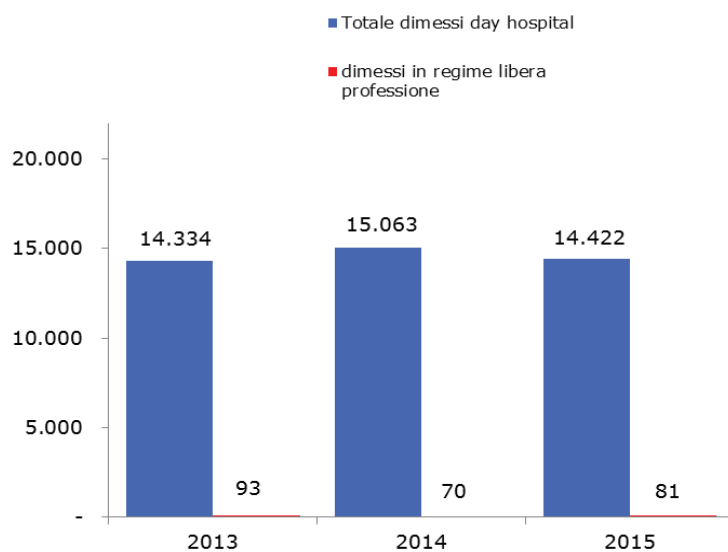
Tabella 2.30 Numero casi chirurgici su totale ricoveri, con separata indicazione di quelli in libera professione

	2013	2014	2015
Totale ricoveri	69.337	68.427	66.880
DRG Chirurgici	26.110	26707	26.208
Totale ricoveri in libera professione	980	946	916
DRG Chirurgici in Libera Professione	822	829	829
Totale ricoveri: % casi chirurgici sul totale	37,7%	39%	39,2%
Libera Professione: % casi chirurgici sul totale	83,9%	87,6%	90,5%

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

L'attività libero professionale in regime di day hospital è sostanzialmente residuale, come si evince dal grafico 2.40. L'andamento dei ricoveri registra un incremento rispetto al 2014, pari a + 15,7%.

Grafico 2.40 Numero casi dimessi in day hospital con separata indicazione di quelli in libera professione

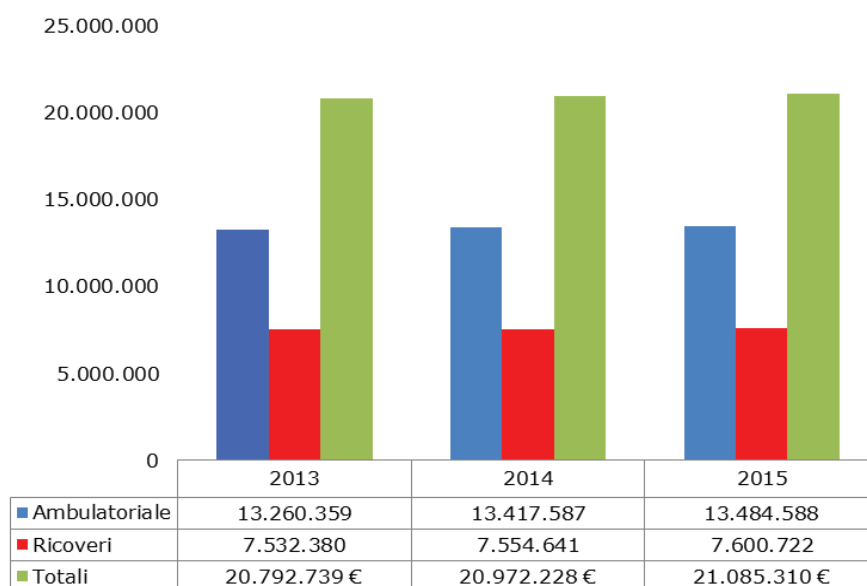


Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Per il regime ambulatoriale è minore l'incremento rispetto all'anno precedente, pari a 67.001 euro; si passa da 13,417 milioni di euro nel 2014 a 13,484 milioni di euro nel 2015. Complessivamente i volumi di attività di ricovero e ambulatoriale in libera professione aumentano di 113.082 euro dal 2014 al 2015, pari allo 0,5%.

Per l'attività di ricovero si registra un incremento di 46.081 euro, pari allo 0,6%, in aumento rispetto all'anno precedente (0,3%).

Grafico 2.41 Valore delle produzioni in libera professione in euro. Anni 2013-2014-2015



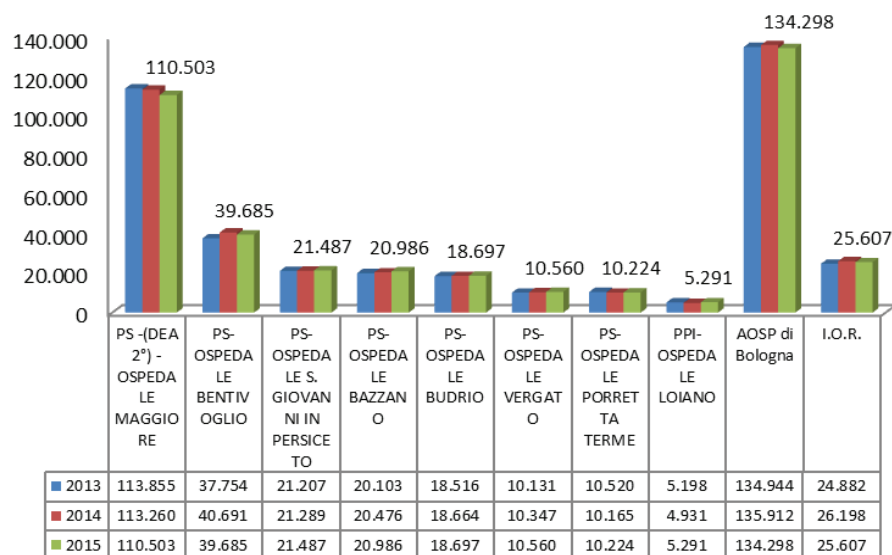
Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nota: Valore della degenza al netto del contributo del SSR

2.3.10 Pronto Soccorso

Gli accessi totali ai PS metropolitani pubblici dal 2014 al 2015 registrano una situazione di stabilità (da 401.933 a 397.338, -1,1%) .Gli accessi sono diminuiti nei PS di tutte le tre aziende metropolitane.

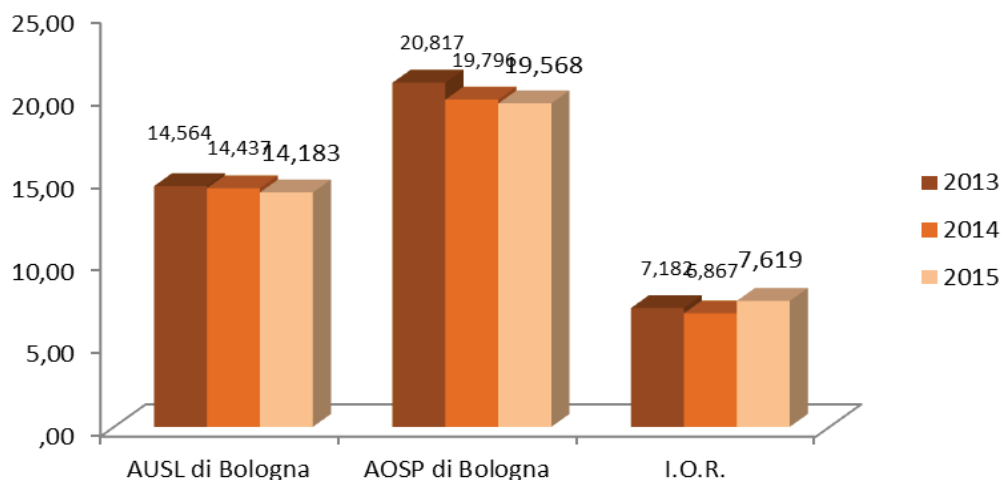
Grafico 2.42 accessi ai pronto soccorso delle strutture pubbliche ospedaliere metropolitane anni 2013-14-15.



Fonte: Regione Emilia – Romagna.

Il numero non include gli accessi al PS della Casa Di Cura Nobili , pari a 3.614 nel 2014 e 3.463 nel 2015

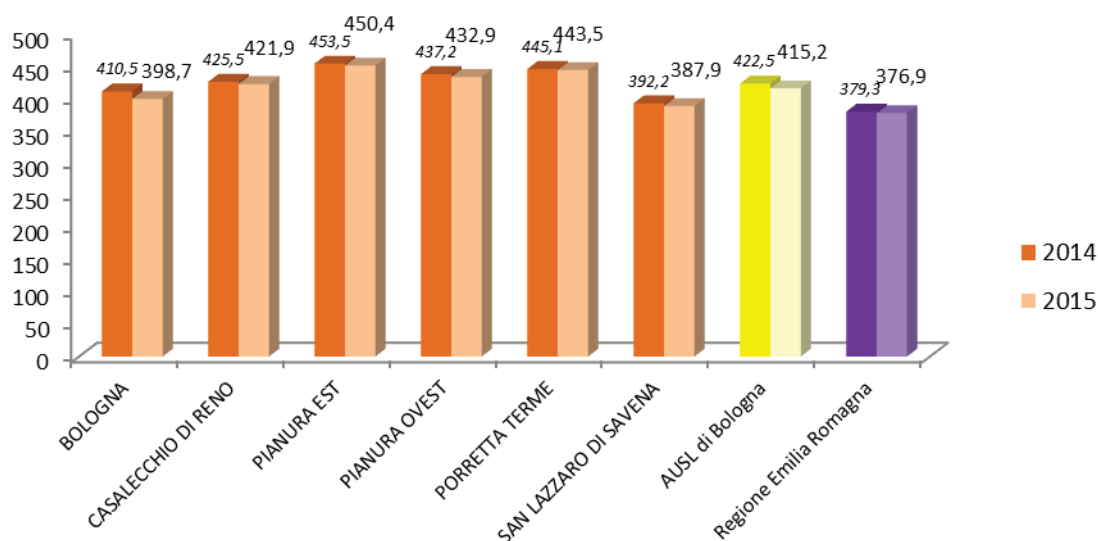
Grafico 2.43: Percentuale di casi ricoverati/totale accessi ai pronto soccorso delle strutture pubbliche ospedaliere metropolitane anni 2013-15.



Fonte: Regione Emilia - Romagna.

La percentuale di ricoverati rispetto agli accessi è in riduzione negli anni, mantenendosi superiore nell'AOU e inferiore nell'Azienda USL e ancor più allo IOR.

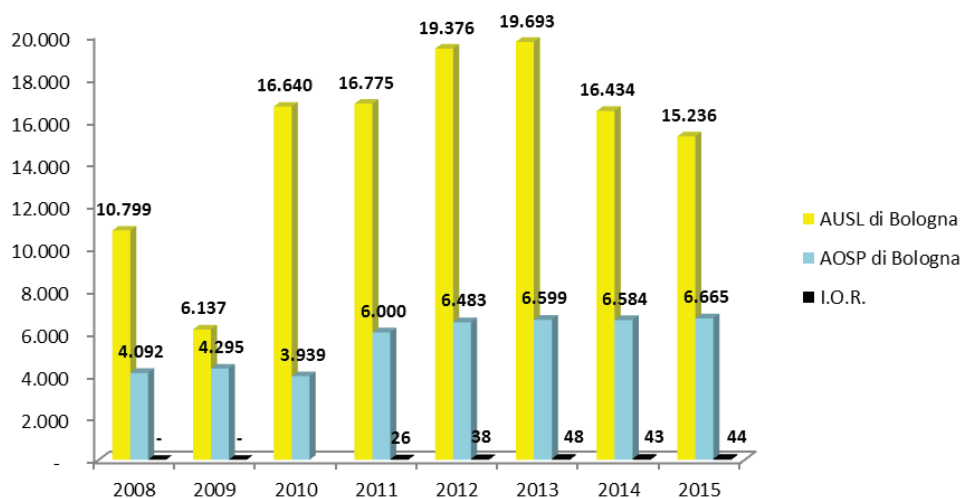
Grafico 2.44: Tasso standardizzato di accessi in PS per 1000 abitanti per distretto anno 2014- 2015



Fonte: Regione Emilia - Romagna

Il tasso di accesso in PS dei residenti nel territorio aziendale nel 2015 è in lieve riduzione rispetto al 2014 e si mantiene superiore a quello regionale. Quello per distretto è inferiore alla media aziendale a San Lazzaro di Savena, come negli anni precedenti.

Grafico 2.45 Accessi in OBI non seguiti da ricovero nelle strutture ospedaliere metropolitane anni 2008-2015



Fonte dati Regione Emilia – Romagna

In riduzione, nel 2015, gli accessi in Osservazione Breve Intensiva (OBI) non seguiti da ricovero nelle strutture dell'azienda USL di Bologna, pur mantenendosi su valori nettamente superiori rispetto alle altre due aziende metropolitane.

Nelle strutture ospedaliere metropolitane gli accessi in OBI sono passati complessivamente da 14.891 nel 2008 a 21.945 nel 2015.

2.3.11 Centrale Operativa 118 Bologna Soccorso

La nuova Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Est

Il processo di accorpamento delle funzioni di CO 118, iniziato nel 2014 con l'ingresso delle ex CO 118 di Bologna e Ferrara nella nuova CO AO EE il 28 gennaio 2014, si è completato con l'ingresso della ex CO 118 di Modena il 21 maggio dello stesso anno.

L'evoluzione del processo di accorpamento e le necessarie implementazioni tecnologiche e procedurali hanno consentito nel contempo di migliorare e ottimizzare le tecnologie già presenti, a garanzia di una migliore efficienza e tempestività nell'invio dei soccorsi.

Tutte le postazioni della Centrale hanno una completa integrazione radio/telefonica/dati sull'applicativo informatico. Ciò consente all'operatore di interagire con i diversi supporti di comunicazione utilizzando un unico computer ed una unica cuffia microfonica. Gli applicativi colloquiano con i database telefonici e cartografici, limitando gli errori di localizzazione dei chiamanti.

L'integrazione dati è completata dai flussi informativi da e verso i computer di bordo dei mezzi di soccorso. Ciò consente di visualizzare le risorse di soccorso sulla base cartografica della Centrale, evidenziando la posizione/velocità/stato del mezzo in tempo reale, con ciò individuando immediatamente il mezzo più vicino al luogo di intervento.

Tra le caratteristiche della Centrale Operativa vanno citate:

- ergonomia delle postazioni, dotate di 4 monitor, e l'insonorizzazione della sala, che consentono di sostenere la simultaneità delle diverse comunicazioni, radio e telefoniche, senza disturbo reciproco tra gli operatori;
- 2 videowall composti ciascuno da 4 schermi affiancati da 50 pollici, che compongono un unico schermo di 2 metri per 3. I videowall consentono a tutti gli operatori nelle diverse postazioni, di visualizzare e quindi scambiare in tempo reale, in una sorta di chat multimediale, informazioni video e applicazioni quali, ad esempio, le telecamere poste sulle autostrade, il dettaglio delle attività in corso e i mezzi utilizzati;
- video controllo dell'elisuperficie;
- comando informatizzato di attivazione dell'elisoccorso.

La CO AO EE ha impiegato nel 2015, come pianificato per la fase di transizione, personale infermieristico proveniente dalle 3 ex centrali, che coprono 8 postazioni operatore in fascia oraria diurna (h 07.00 – 20.00) e 7 postazioni operatore in fascia oraria notturna (20.00 – 07.00); il numero di interventi gestiti è di circa 575 al giorno. La funzione di Coordinamento, 12 ore diurne in presenza e 12 notturne in reperibilità, è assicurata da un pool di Coordinatori provenienti dalle ex CO di Bologna e Modena. La popolazione residente servita è di 2.057.198

L'attività della Centrale 118

L'anno 2015 ha visto quindi il completamento del processo di accorpamento con Modena e Ferrara, ed i dati prodotti dalla CO sono quindi confrontabili con i dati precedenti soltanto per la parte relativa agli eventi generati sul territorio della provincia di Bologna.

In riferimento alla provincia di Bologna la CO 118 nel 2015 ha inviato almeno un mezzo di soccorso in 109.355 interventi primari (+ 4.5% rispetto al 2014). Per effetto del nuovo algoritmo clinico concordato con il SET di Modena e Ferrara il 24% dei casi è stato identificato dalla Centrale operativa come di elevata criticità (codice rosso), il 39% di media criticità (codice giallo) e il 34% di bassa criticità (codice verde). È stato monitorato attentamente il n° delle sottostime gravi che si sono mantenute entro limiti di sicurezza, allo 0.33% di tutti gli interventi.

96.860 pazienti sono stati trasportati agli ospedali della provincia dopo stabilizzazione clinica; il 68,6% di essi è stato inviato ai Pronto Soccorso o ai reparti Hub dell'Ospedale Maggiore e S.Orsola di Bologna.

Il dato generale di attività della CO 118 AO EE in relazione alla ricezione delle richieste di soccorso e gestione dei mezzi del territorio di Area Omogenea (Bologna, Modena e Ferrara) è illustrato nella tabella sottostante, nella quale il 2014 rappresenta l'anno di transizione:

Tabella 2.30: Indicatori di attività della CO 118 Bologna Soccorso: confronto anni 2008-2014 *dati 2014 e 2015 comprensivi dei territori di Bologna, Modena e Ferrara

Attività	2009 BO	2010 BO	2011 BO	2012 BO	2013 BO	2014* BO+par z MO-FE	2015 BO-MO-FE
Interventi eseguiti	98.268	98.543	102.541	104.919	103.863	195.825	207.351
Totale invii in PS	86.359	86.565	89.067	90.622	90.690	170.968	188.477

Fonte dati Regione Emilia – Romagna

Il **sistema di emergenza territoriale** della Provincia di Bologna è garantito, nelle varie postazioni territoriali, da 10 automediche con capacità diagnostico-assistenziali di Advanced Life Support, da 16 Ambulanze Infermieristiche che operano anche sulla base di protocolli ad hoc per specifiche patologie, e da un numero variabile per fascia oraria di mezzi di soccorso BLS-D in grado di somministrare manovre di Rianimazione Cardipolmonare di base e Defibrillazione precoce.

La CO 118 di AO EE gestisce inoltre l'elicottero sanitario della base di Bologna e l'elicottero per il recupero e sanitario della base di Pavullo nel Frignano (MO).

Percorso Politraumi e Traumi Borderline: nel 2015 sono stati soccorsi sul territorio delle ASL di Bologna ed Imola 157 pazienti con politrauma grave, in condizioni di immediato pericolo di vita (Cod 3). L'86% dei casi critici è stato centralizzato al Trauma Center Ospedale Maggiore di Bologna.

I restanti casi, cioè circa 140 Pazienti traumatici identificati come borderline ad elevato rischio evolutivo, sono stati parimenti centralizzati all'Ospedale Maggiore di Bologna.

Rianimazioni cardio-polmonari: 181 i pazienti con arresto cardio-respiratorio sono stati soccorsi e rianimati nell'area urbana di Bologna, nel 2015, dai mezzi del 118. Di questi 31 (17.13%) sono sopravvissuti e sono rientrati a casa in buone condizioni neurologiche. La percentuale sale al 31% per quelli che sono stati trattati con defibrillazione e sale ulteriormente per i pazienti che sono stati trattati con ipotermia nella fase di ricovero in Rianimazione e con Angioplastica Primaria dalla cardiologia, avendo diagnosi di infarto miocardico come causa dell'arresto cardiaco

Sindrome Coronarica Acuta con elevazione del tratto ST: 228 sono stati i pazienti soccorsi, nel corso del 2015, nell'area metropolitana bolognese dai mezzi del 118 con Medico o Infermiere avviati direttamente all'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) dell'Ospedale Maggiore e S. Orsola per l'esecuzione di angioplastica coronarica. Dal domicilio del paziente, infatti, il 118 teletrasmette l'ECG direttamente in UTIC evitando il passaggio in Pronto Soccorso e anticipando così la presa in carico. L'attivazione di questo percorso fast, che risale al 2003, ha consentito negli ultimi anni una riduzione della mortalità per infarto del miocardio.

Rete per la trombolisi nell'Ictus Ischemico: la Centrale Operativa ed i mezzi di soccorso hanno identificato sul territorio dell'Azienda USL di Bologna circa 190 casi di Ictus Ischemico eleggibili al percorso di accesso alle Stroke Unit dell'Ospedale Maggiore e S. Orsola. Di questi circa il 23% sono stati sottoposti a trombolisi sistemica.

Il 92.2% dei casi è stato trasportato alle Stroke Unit entro 120' dalla comparsa dei sintomi, il 98% entro 210' come previsto dalle linee guida.

Attività Elisoccorso: L'intervento dell'elisoccorso è stato richiesto nel 2015 per l'effettuazione di:

- EliBologna: 758 missioni primarie e 94 trasporti secondari per 429 ore di volo totali;
- EliPavullo: 467 missioni primarie, di cui 100 con impiego di verricello /Hovering, e 19 trasporti secondari per 404.5 ore di volo totali, comprensive anche dell'addestramento.

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali: La CO 118 e le equipe di soccorso territoriale sono inoltre impegnati nelle reti di alcuni Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA), alcuni in fase pienamente operativa come il percorso per i pazienti con mielolesione traumatica e pazienti SLA; altri in via di definizione come il PDTA per i pazienti con malattie neuromuscolari e i pazienti pediatrici con malattie croniche. In tali casi la CO riconosce il paziente come inserito nel PDTA e fornisce per via informatica alle equipe territoriali le informazioni cliniche ed organizzative utili al migliore trattamento e alla corretta destinazione al reparto ospedaliero. Sono stati inseriti nell'applicativo di Centrale operativa circa 300 nominativi di pazienti inseriti nel PDTA SLA e Bambino Cronico con le notizie cliniche ed i bisogni assistenziali derivati dai PAI e trasmesse per via informatica agli equipaggi dei mezzi di soccorso.

Trasporti ECMO: nel 2015 i mezzi di soccorso del 118 di Bologna hanno eseguito 2 trasporti ECMO (con Ossigenazione Extracorporea) in ambito regionale, in collaborazione con i cardiocirurghi dell'Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi.

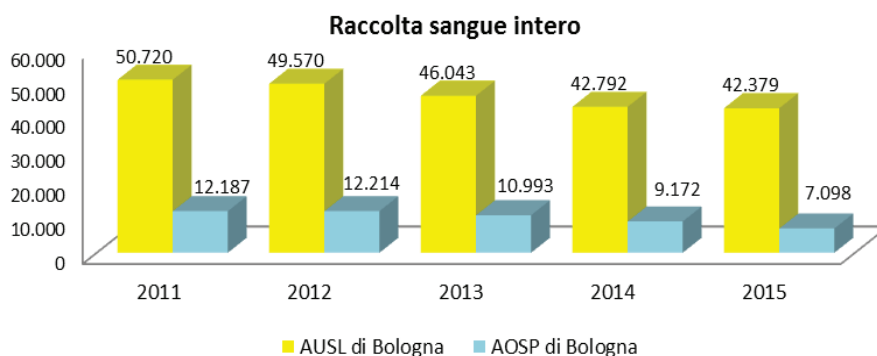
Piano sangue: raccolta e consumi

L'Azienda USL di Bologna è sede di alcune aree di attività individuate come riferimento regionale tra le quali il Centro Regionale Sangue (CRS), definito dal Piano Sangue e Plasma Regionale 2008-2010. Inoltre il Servizio Trasfusionale dell'Azienda coordina il Programma Speciale Sangue Provinciale (PSSP) di Bologna, a cui afferiscono il Servizio Trasfusionale dell'AOU, il Centro Trasfusionale dello IOR e la Struttura Semplice dell'Azienda USL di Imola.

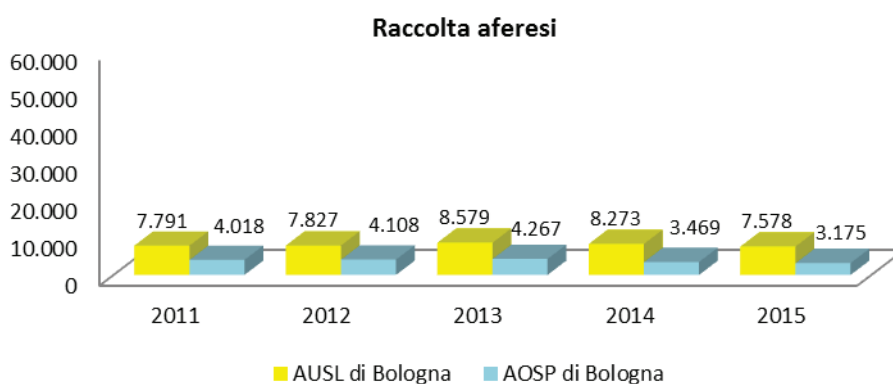
Il trend della raccolta sangue appare in riduzione negli ultimi anni. Alla raccolta di sangue intero va peraltro aggiunta l'attività di aferesi.

Dal 2014 al 2015 il totale dell'attività (raccolta di sangue + aferesi) si è ridotta del 2,2% nell'Azienda USL di Bologna (che comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Imola) e del 18,7% presso l'AOU di Bologna.

Grafico 2.46 Piano sangue: attività di raccolta sangue intero e aferesi AUSL Bologna (comprende Osp. Maggiore/Bellaria e Imola) e AOU. Anni 2011-2015.

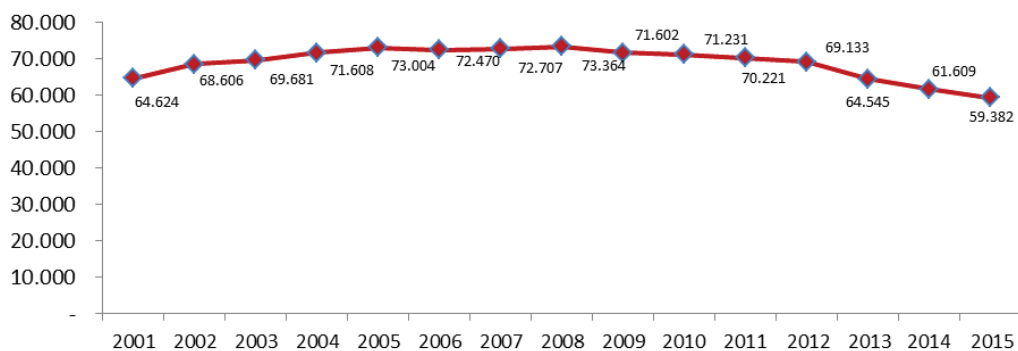


Fonte: Regione Emilia-Romagna



Fonte: Regione Emilia-Romagna

Grafico 2.47 Piano sangue: trend unità "rosse" consumate nella provincia di Bologna (comprende: Osp. Maggiore e Bellaria, AOU, Imola, I.O.R.). Anni 2001-2015.



Fonte dati Regione Emilia-Romagna

I dati relativi ai consumi evidenziano, dopo una sostanziale stabilizzazione, una riduzione a partire dal 2008. Presso l'AUSL in particolare la riduzione nell'ultimo anno è stata del 3,6 %.

Questo risultato va ricondotto ad una maggiore appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti (globuli rossi e plasma) in ambito metropolitano

2.4 Ricerca e didattica

2.4.1 Indicatori sulla Ricerca

Il Dottorato di Ricerca è il terzo e più elevato grado di istruzione previsto nell'ordinamento accademico italiano ed è volto all'acquisizione delle competenze necessarie per esercitare attività di ricerca di alta qualificazione presso le Università o altri soggetti.

L'Area tematica comprendente le Scienze Mediche è strutturata in diversi Corsi di Dottorato che al loro interno sono articolati in Indirizzi di Ricerca di carattere specialistico. Numerose strutture universitarie che insistono nel Policlinico S.Orsola-Malpighi sono interessate ai suddetti Corsi di dottorato.

Nel prospetto che segue, sono indicati, per ciascun ciclo attivo nel 2015 e negli anni precedenti, il Corso di dottorato e il numero di dottorandi.

I diversi Corsi di Dottorato di Ricerca sono articolati in Indirizzi di ricerca. Parte dei dottorandi in area clinica svolge anche compiti assistenziali.

Tabella 2.31 Dottorati di ricerca e numero di dottorandi afferenti ai dottorati di Scienze Mediche e Chirurgiche per i tre cicli attivi nell'anno 2015: 28°, 29° e 30°

Dottorandi di Ricerca in area clinica - anno 2015	Ciclo			Totale
	28°	29°	30°	
Corso di dottorato	28°	29°	30°	Totale
Scienze Biomediche	16	17		33
Scienze Biomediche e Neuromotorie			13	13
Scienze Cardio Nefro Toraciche			7	7
Scienze Chirurgiche	12	7	9	28
Scienze Mediche Generali e Scienze dei Servizi	12	14	10	36
Scienze Mediche Specialistiche	12	12		24
Totale complessivo	52	50	39	141

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.32 Dottorati di ricerca e numero di dottorandi afferenti ai dottorati di Scienze Mediche e Chirurgiche per i tre cicli attivi nell'anno 2014: 27°, 28°, 29°

Dottorandi di Ricerca in area clinica - anno 2014	Ciclo			Totale
	27°	28°	29°	
Corso di dottorato	27°	28°	29°	Totale
Scienze Biomediche	22	16	17	55
Scienze Chirurgiche	9	12	7	28
Scienze Mediche Generali e dei Servizi	14	12	14	40
Scienze Mediche Specialistiche	19	12	12	43
Totale complessivo	64	52	50	166

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.33 Dottorati di ricerca e numero di dottorandi afferenti ai dottorati di Scienze Mediche e Chirurgiche per i tre cicli attivi nell'anno 2013: 26°, 27°, 28°

Dottorandi di Ricerca in area clinica - anno 2013	Ciclo			
	26°	27°	28°	Totale
Scienze Biomediche	21	16	18	55
Scienze Chirurgiche	9	12	6	27
Scienze Mediche Generali e dei Servizi	12	12	14	38
Scienze Mediche Specialistiche	17	12	12	41
Totale complessivo	59	52	50	161

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

I dottorandi dell'area medica possono partecipare all'attività clinico - assistenziale.

L'art. 1, comma 25, della Legge 14 gennaio 1999, n. 4 ("Disposizioni riguardanti il settore universitario e della ricerca scientifica, nonché il servizio di mensa nelle scuole") prevede, infatti, la possibilità di inserimento a domanda dei vincitori di concorso per l'ammissione a corsi di dottorato di ricerca, nelle attività assistenziali, facoltà confermata più di recente dal decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca, 8 febbraio 2013, n. 45.

L'Azienda e l'Università di Bologna hanno stipulato un accordo per disciplinare i criteri e le modalità di ammissione a tali attività e del loro svolgimento.

Nel periodo considerato, i dottorandi di ricerca che hanno svolto anche compiti assistenziali sono stati 68 (68 anche nel 2014, 49 nel 2013, 65 nel 2012).

Il suddetto accordo ha, inoltre, esteso la possibilità di svolgere compiti assistenziali, in presenza dei necessari requisiti, anche ai titolari degli assegni di ricerca (di cui, in precedenza, all'art. 51, comma 6, della legge 25 dicembre 1997, n. 449 e, successivamente, all'art. 22 della legge 30 dicembre 2010, n. 240).

Gli assegni di ricerca sono volti a finanziare contratti di collaborazione con giovani ricercatori per svolgere attività di ricerca e vengono attribuiti in seguito ad un apposito bando di concorso.

I titolari di assegno di ricerca che hanno svolto anche dei compiti assistenziali sono stati 103 (110 nel 2014, 78 nel 2013, 83 nel 2012).

Per quanto riguarda la ricerca con i fondi gestiti dall'azienda, si rinvia al paragrafo 6.1.3 "Capacità di attrazione da parte dell'azienda di risorse finanziarie".

2.4.2 Indicatori sulla didattica

Programmazione dell'attività didattica della Scuola di Medicina e Chirurgia.

Per l'anno accademico 2015/2016 sono stati organizzati, con il coordinamento della Scuola di Medicina e Chirurgia, i corsi di laurea sotto elencati. Quelli che insistono direttamente presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi, sono:

- Biotecnologie Mediche (laurea magistrale);
- Dietistica (laurea abilitante alla professione sanitaria di dietista);
- Fisioterapia (laurea abilitante alla professione sanitaria di Fisioterapista);
- Infermieristica (laurea abilitante alla professione sanitaria di Infermiere) – Bologna;
- Medicina e Chirurgia (laurea magistrale ciclo unico);
- Ostetricia (laurea abilitante alla professione sanitaria di Ostetrica/o)-Bologna;
- Tecniche di Laboratorio Biomedico (laurea abilitante alla professione sanitaria di Tecnico di Laboratorio Biomedico);
- Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia (laurea abilitante alla professione sanitaria di Tecnico di Radiologia Medica) – Bologna;
- Scienze Infermieristiche e Ostetriche (laurea magistrale).

Per l'anno accademico 2014/2015 erano stati organizzati i medesimi corsi di laurea.

Nella sede didattica di Bologna sono attivi altri corsi dell'Università dei quali l'Azienda non è sede:

- Odontoiatria e Protesi Dentaria (laurea magistrale ciclo unico);
- Igiene Dentale (laurea abilitante alla professione sanitaria di Igienista dentale);
- Podologia (laurea abilitante alla professione sanitaria di Podologo);
- Tecniche di Neurofisiopatologia (laurea abilitante alla professione sanitaria di Tecnico di Neurofisiopatologia), al quale l'Azienda, tuttavia, collabora;
- Tecniche Ortopediche (laurea abilitante alla professione sanitaria di Tecnico ortopedico).

Presso la sede didattica di Imola (BO), si svolgono i seguenti corsi:

- Educazione professionale (laurea abilitante alla professione sanitaria di educatore professionale);
- Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (laurea abilitante alla professione sanitaria di tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro);
- Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione (laurea magistrale) attivo dall'anno accademico 2015/2016.

L'offerta formativa si completa poi con i corsi di studio attivi presso i Poli Scientifico-Didattici della Romagna.

In particolare, l'Azienda ha collaborato attivamente, come negli anni precedenti, ai seguenti corsi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, in forza degli accordi attuativi vigenti con l'Università di Bologna: Fisioterapia, Infermieristica, Ostetricia, Tecniche di Laboratorio Biomedico, Tecniche di Radiologia Medica per immagini e Radioterapia, ai quali si è aggiunta Dietistica dall'anno accademico 2015/2016.

Per accedere ai Corsi di Laurea attivati presso la Scuola di Medicina e Chirurgia, gli studenti devono sostenere un test d'ingresso ad accesso programmato a livello nazionale.

È il Ministero che annualmente stabilisce per ogni Corso di Laurea un limite massimo di studenti iscrivibili al primo anno secondo l'Università, le strutture e il bacino d'utenza, mentre spetta a ciascuna Università di disporre dell'ammissione degli studenti comunitari e non comunitari residenti in Italia.

Dalle disposizioni ministeriali si evince una sostanziale stabilità della programmazione.

Dal punto di vista aziendale permane la collaborazione per gli obiettivi di:

- integrazione tra Azienda e Università attraverso la valorizzazione della didattica svolta dal personale del Servizio Sanitario Regionale che esplica attività di insegnamento e tutoraggio nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e nei Master;
- una relazione con altri atenei al fine di partecipare al completamento di percorsi formativi di studenti attraverso gli stage mediante rapporti di convenzione finalizzati a garantire la possibilità di svolgere tirocini formativi e di orientamento presso strutture aziendali;
- un adeguamento delle sedi di tirocinio ai requisiti strutturali e di personale di tutoraggio. Il tirocinio, infatti, deve essere svolto con la supervisione e la guida di tutor professionali in possesso della laurea della rispettiva classe e che abbia un'esperienza formativa non inferiore a 2 anni.

l'Azienda è completamente subentrata, ormai, dal 2013 alla Croce Rossa Italiana nella collaborazione con l'Università per la gestione del Corso di laurea in Infermieristica - sede BO1 (prima gestito dalla stessa Croce Rossa Italiana, in convenzione con l'Università e con l'Azienda). I rapporti di comodato per l'utilizzo delle strutture didattiche prima occupate e utilizzate dalla Croce Rossa sono in una fase di nuova definizione.

Da diversi anni l'Azienda collabora con l'università per la gestione del Corso di laurea in infermieristica facendo le veci della Croce Rossa Italiana.

Per la **professione medica, di odontoiatra e per le professioni sanitarie**, nelle tabelle che seguono è indicato il numero degli allievi iscritti a ciascun corso di studio, per anno di corso. Si è tenuto conto degli iscritti nella sede didattica di Bologna.

Tabella 2.34 Studenti iscritti al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia suddivisi per anno di corso

Anno	Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia Iscritti per anno di corso							Totale iscritti
	1	2	3	4	5	6	FC	
2015/2016	383	575	468	432	415	384	547	3204
2014/2015	580	468	438	416	377	370	650	3299
2013/2014	464	439	430	380	371	316	702	3102

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.35 Studenti iscritti al Corso di Laurea in Odontoiatria e protesi dentaria, suddivisi per anno di corso

Anno	Corso di Laurea in Odontoiatria e protesi dentaria Iscritti per anno di corso							Totale iscritti
	1	2	3	4	5	6	FC	
2015/2016	31	35	33	30	36	29	1	195
2014/2015	36	33	27	30	28	25	12	191
2013/2014	31	26	30	28	26		14	155

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.36 Studenti iscritti al Corso di Laurea in Biotecnologie mediche suddivisi per anno di corso

Anno	Corso di Laurea in Biotecnologie mediche Iscritti per anno di corso			Totale iscritti
	1	2	FC	
2015/2016	43	54	4	101
2014/2015	54	53	1	108
2013/2014	55	31	2	88

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.37 Studenti iscritti al Corso di Laurea in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione suddivisi per anno di corso

Anno	Corso di Laurea in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione			Totale iscritti
	1	2	FC	
2015/2016	15			15

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Nota: Sede didattica: Imola.

Tabella 2.38 Studenti iscritti al Corso di Laurea in Scienze infermieristiche e ostetriche suddivisi per anno di corso

Anno	Corso di Laurea in Scienze infermieristiche e ostetriche Iscritti per anno di corso			Totale iscritti
	1	2	FC	
2015/2016	25	25	6	56
2014/2015	25	24	2	51
2013/2014	25	25	5	55

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.39 Studenti iscritti ai Corsi di Laurea per le Professioni sanitarie- suddivisi per anno di corso – Anno 2015/2016

Denominazione corso	Iscritti per anno di corso Anno 2014/2015				Totale iscritti per corso
	1°	2°	3°	FC	
Dietistica	10	14	20		44
Fisioterapia	67	59	65	15	206
Igiene dentale	17	16	14	3	50
Infermieristica	279	227	231	130	867
Ostetricia	36	20	18	1	75
Podologia	12	12	13	2	39
Tecniche di laboratorio biomedico	17	15	19	3	54
Tecniche di neurofisiopatologia	13	10	7		30
Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia	16	17	13	4	50
Tecniche ortopediche	15	11	13	4	43
Totale	482	401	413	162	1458

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.40 Studenti iscritti ai Corsi di Laurea per le Professioni sanitarie- suddivisi per anno di corso – Anno 2014/2015

Denominazione corso	Iscritti per anno di corso Anno 2014/2015				Totale iscritti per corso
	1°	2°	3°	FC	
Dietistica	15	21	7	1	44
Fisioterapia	60	64	64	18	206
Igiene dentale	16	14	13	7	50
Infermieristica	259	229	249	152	889
Ortottica ed assistenza oftalmologica			6	1	7
Ostetricia	19	19	18	3	59

Podologia	12	15	12	2	41
Tecniche di laboratorio biomedico	16	19	17	4	56
Tecniche di neurofisiopatologia	10	7	8		25
Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia	21	12	19	7	59
Tecniche ortopediche	15	13	14	1	43
Totale					1479

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.41 Studenti iscritti ai Corsi di Laurea per le Professioni sanitarie- suddivisi per anno di corso – Anno 2013/2014

Denominazione corso	Iscritti per anno di corso Anno 2013/2014				Totale iscritti per corso
	1°	2°	3°	FC	
Dietistica	23	7	9	1	40
Fisioterapia	73	67	58	20	218
Igiene dentale	18	12	13	5	48
Infermieristica	276	242	225	195	938
Ortottica ed assistenza oftalmologica		6	8		14
Ostetricia	21	19	12	3	55
Podologia	18	13	13	2	46
Tecniche di laboratorio biomedico	22	18	10	3	53
Tecniche di neurofisiopatologia	13	8	6		27
Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia	20	20	15	9	64
Tecniche ortopediche	15	14	15	3	47
Totale	499	426	384	241	1550

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Nelle tabelle successive si riportano altri dati e informazioni rilevate presso la sede formativa del Policlinico dei 5 Corsi di Laurea sopra citati, che vedono l'impegno più diretto dell'Azienda con l'apporto di personale, strutture e altre risorse (Fisioterapia, Infermieristica, Ostetricia, Tecniche di Laboratorio Biomedico, Tecniche di Radiologia Medica per immagini e Radioterapia), in forza degli accordi attuativi vigenti con l'Università di Bologna.

Tabella 2.42 Corso di laurea in Fisioterapia.

Corso di laurea in Fisioterapia		
Tipologia Dato	Dato Numerico	Eventuali aspetti qualificanti o innovativi rispetto all'anno precedente*
N. studenti I anno	21	I 20 studenti comunitari della sede formativa di Bologna si sono posizionati nei primi 55 posti della graduatoria generale dell'esame di ammissione. 7 è di Bologna, 7 proviene dalla regione Emilia Romagna, 6 arriva da altre regioni

		italiane. Lo studente extracomunitario proviene dall'Africa
N. studenti II anno	24	Arrivati 3 studenti da altre sedi formative
N. studenti III anno	20	Arrivati 2 studenti da altro Ateneo (Palermo e Ferrara); Sono passati 3 studenti al C.L. in Medicina di UNIBO
N. studenti fuori corso	9	Sono conteggiati anche gli studenti che, pur non in regola con i pagamenti delle tasse universitarie, possono regolarizzarsi nei prossimi anni accademici.
N. studenti laureandi	5	4 studenti si sono effettivamente laureati nella sessione di aprile 2015; 1 studente è laureando per novembre 2015
N. studenti laureati	24	nelle sessioni di aprile (n°7) e novembre 2014 (n°17)
N. totale studenti	103	

Fonte: AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Tesi di Laurea

Tra le 24 tesi di laurea, 10 hanno impegnato relatori dipendenti dell'Azienda; 9 di queste sono tesi sperimentali, i cui progetti di ricerca hanno avuto parere positivo da parte dal Comitato Etico dell'Azienda (n.4) e dello I.O.R. (n.5) ed 1 compilativa.

Gli argomenti delle tesi hanno trattato i seguenti argomenti:

- Utilizzo di un sensore inerziale per la registrazione di testo funzionali specifici (timed up and go; 10 mwt)
- Trattamento fisioterapico dei soggetti sottoposti a ricostruzione della cuffia dei rotatori
- Trattamento preoperatorio e valutazione a breve e medio termine dei soggetti in nota operatoria per artroprotesi totale d'anca
- Trattamento fisioterapico delle disfunzioni della articolazione temporo mandibolare
- La disprassia evolutiva
- Riabilitazione del paziente ustionato
- Validità del paindrawing nella valutazione del soggetto con lombalgia
- Trattamento della sindrome femoro-rotulea
- Trattamento fisioterapico della spasticità nel soggetto con esiti di stroke
- Efficacia del drenaggio linfatico nelle persone sottoposte a mastectomia
- Trattamento fisioterapico del disturbo dell'equilibrio nel soggetto con atassia
- Analisi degli effetti di un training fisico intensivo condotto mediante circuitclass (cct) nel paziente in esiti di stroke

Le tesi di laurea giudicate maggiormente interessanti da parte dei colleghi fisioterapisti sono solitamente oggetto di aggiornamento interno, accreditato ECM, organizzato attraverso l'animatore di formazione) per i fisioterapisti dell'Azienda.

Altre attività didattiche

Il CdL in Fisioterapia, in ottemperanza alle indicazioni del D.M. 270/04, è attivo tutti gli anni nella realizzazione di corsi per la formazione dei Tutor di tirocinio, tenuti dai Coordinatori, Tutor e Docenti della sede formativa di Bologna.

In particolare nel corso del 2014 sono stati realizzati 2 corsi di Formazione sul Campo (FSC), accreditati ECM, che hanno coinvolto complessivamente 40 tutor di tirocinio, in maggior parte dipendenti AOU, ASL, ASP di Bologna e IOR.

Durante la FSC i tutor hanno partecipato agli esami di idoneità del tirocinio del 2° e 3° anno.

Tabella 2.43. Corso di laurea in Tecniche di laboratorio biomedico

Corso di laurea in Tecniche di laboratorio biomedico		
Tipologia Dato	Dato Numerico	Eventuali aspetti qualificanti o innovativi rispetto all'anno precedente*
N. studenti I anno	17	
N. studenti II anno	19	
N. studenti III anno	18	
N. studenti fuori corso	4	
N. studenti laureandi	1	
N. studenti laureati	11	
N. totale studenti	70	

Fonte:AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

In relazione agli aspetti qualificanti del corso:

- Percorso compensativo per idoneità professionale – attivazione del percorso quali esclusiva sul territorio nazionale
- Tirocinio finalizzato alla tesi (1 studente) in Germania (Ulm)
- N. 4 Studenti Erasmus in entrata (1 dal Belgio. 1 dal Portogallo, 2 dalla Spagna)
- N. 2 studenti Erasmus in uscita (sede partner Gend- Belgio)

Tabella 2.44 Corso di laurea in Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia

Corso di laurea in Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia		
Tipologia Dato	Dato Numerico	Eventuali aspetti qualificanti o innovativi rispetto all'anno precedente*
N. studenti I anno	21	
N. studenti II anno	12	
N. studenti III anno	20	
N. studenti fuori corso	7	
N. studenti laureandi		
N. studenti laureati		
N. totale studenti	60	

Fonte:AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Tabella 2.45 Corso di laurea in Infermieristica

Corso di laurea in Infermieristica		
Tipologia Dato	Dato Numerico (AA 2013/14 Sezione Formativa Bologna 1 – Aosp Bologna)	Eventuali aspetti qualificanti o innovativi rispetto all'anno precedente*
N. studenti I anno	99	
N. studenti II anno	80	
N. studenti III anno	91	
N. studenti fuori corso	55-147	
N. studenti laureandi	95	
N. studenti laureati	101	Nell'AA 2013/14 si è concluso il primo triennio ai sensi del nuovo Ordinamento Didattico (dm 270/04) che ha portato a un aumento del numero di studenti laureati in corso. I lavori di tesi svolti affrontano argomenti clinico - assistenziali che riguardano aspetti tecnici/operativi, organizzativi, metodologici, relazionali. E' stato segnalato un particolare gradimento da parte delle strutture sanitarie inglesi per i nostri laureati che numerosi stanno recandosi in UK per motivi occupazionali.
N. totale studenti	270 + FC (55-147)	

Fonte: AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Nota: Il numero è variabile: 55 studenti fuori corso regolarmente iscritti e 92 (totale 147) che possono regolare in qualsiasi momento la loro posizione con l'università.
Ogni anno accademico ha due sessioni di laurea (novembre: 1° sessione, e aprile: 2° sessione). 101 è il numero di laureati risultante dalla seconda sessione dell'aa 2012/13 (aprile 2014) e dalla prima sessione dell'aa 2013/14 (novembre 2014) comprensivo di studenti in corso e fuori corso.

Tabella 2.46 Corso di laurea in Ostetricia

Corso di laurea in Ostetricia		
Tipologia Dato	Dato Numerico	Eventuali aspetti qualificanti o innovativi rispetto all'anno precedente*
N. studenti I anno	21	
N. studenti II anno	16	1 studentessa proveniente da CdL in Ostetricia di Vicenza 1 studentessa proveniente da CdL in Ostetricia di Rimini
N. studenti III anno	16	
N. studenti fuori corso	2	
N. studenti laureandi	8	8 studenti in corso laureati nella 2° sessione (aprile 2015)
N. studenti laureati	5	4 studenti in corso laureati nella 1° sessione (novembre 2014) 1 studente fuoricorso
N. totale studenti	55	

Fonte: AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

In assoluto, la maggiore criticità del Corso di laurea in Ostetricia è rappresentata dall'inserimento dei laureati nel mondo del lavoro. La crisi economica influenza sfavorevolmente tutte le professioni sanitarie. Ma per una serie di ragioni, troppe per essere elencate in questa sede, la categoria delle ostetriche è particolarmente sofferente.

A questo proposito l'Ateneo si è espresso per la chiusura della sede formativa di Rimini che rimane sede di tirocinio; è in questa situazione che va letto il progressivo calo del numero di studenti, sia per quanto si riferisce al numero di posti disponibili (concordato con il Collegio professionale sulla base del fabbisogno di professionisti) sia per il consistente calo delle iscrizioni. Si è registrato peraltro una diminuzione degli abbandoni, dal 22% nel 2010-11 all'11% nel 2012-13 al 5% nel 2013-14.

Per quanto concerne l'attività di ricerca (clinica e/o bibliografica) orientata alla produzione della tesi di laurea, si stanno orientando gli studenti su tre diverse tipologie:

- tesi di ricerca quantitativa sperimentale o osservazionale oppure di ricerca qualitativa
- tesi compilativa
- tesi esplorativa per il miglioramento della qualità dei servizi

Per quanto riguarda le tesi di ricerca e quelle esplorative è stato interpellato il Comitato Etico per valutare la possibilità di snellire le operazioni di approvazione.

Per quanto riguarda la formazione dei medici specialisti e la programmazione didattica concernente le Scuole di specializzazione medico-chirurgiche disciplinate dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e successive modificazioni, si ricorda che gli ordinamenti delle Scuole sono stati riformati a norma del DM 1.8.2005. Nuove modifiche al D.Lgs. 368/99 sono state introdotte dall'art. 21, comma 1, del decreto-legge 12 settembre 2013, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2013, n. 128, e dall'art.15 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in legge 11 agosto 2014, n. 114. Con il decreto interministeriale 4.2.2015, n.68 è stato poi approvato un nuovo riordino delle Scuole di specializzazione di area sanitaria. Per gli studenti iscritti alle Scuole di Specializzazione, il decreto prevede la possibilità di scegliere se proseguire con il corso di studi di cui al D.M. 1.8.2005 o passare al corso di studi riformato.

Si evidenziano le nuove modalità per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina, stabilite con D.M. 20.4.2015, n. 48.

Il 2015, nei quali si inscrivono gli anni accademici 2013/2014 e 2014/2015, vede attive 44 scuole di specializzazione nell'area medica, chirurgica e dei servizi clinici.

Dall'anno accademico 2009/2010, le Scuole di specializzazione sono attivate, in alcuni casi, in aggregazione con le corrispondenti Scuole di atenei diversi, designando per ciascuna aggregazione l'università sede amministrativa. In questi casi, le attività formative possono essere svolte dagli specializzandi all'interno della rete formativa degli atenei tra loro aggregati. Per talune Scuole, l'Università di Bologna non è capofila ma fa parte dell'aggregazione.

32 Scuole di Specializzazione hanno la propria struttura di sede nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi.

Tabella 2.47 Scuole di specializzazione dell'area medico-chirurgica.

Scuola di Specializzazione	Area	Durata
Cardiochirurgia	Area Chirurgica	5
Chirurgia Generale	Area Chirurgica	5
Chirurgia Maxillo-Facciale	Area Chirurgica	5
Chirurgia pediatrica	Area Chirurgica	5
Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica	Area Chirurgica	5
Chirurgia Toracica	Area Chirurgica	5
Chirurgia Vascolare	Area Chirurgica	5
Ginecologia ed Ostetricia	Area Chirurgica	5
Oftalmologia	Area Chirurgica	4
Ortopedia e traumatologia	Area Chirurgica	5
Otorinolaringoiatria	Area Chirurgica	4
Urologia	Area Chirurgica	5
Dermatologia e Venereologia	Area Medica	4
Ematologia	Area Medica	4
Endocrinologia e malattie del metabolismo	Area Medica	4
Malattie dell'apparato cardiovascolare	Area Medica	4
Malattie dell'apparato digerente	Area Medica	4
Malattie dell'apparato respiratorio	Area Medica	4
Malattie Infettive e Tropicali	Area Medica	4
Nefrologia	Area Medica	4
Neurologia	Area Medica	4
Neuropsichiatria infantile	Area Medica	4
Pediatria	Area Medica	5
Psichiatria	Area Medica	4
Reumatologia	Area Medica	4
Scienza dell'alimentazione	Area Medica	4
Geriatrics	Area Medica	4
Medicina dello sport e dell'esercizio fisico	Area Medica	4
Medicina interna	Area Medica	5
Oncologia medica	Area Medica	5
Anatomia Patologica	Area Servizi Clinici	4
Anestesia Rianimazione, Terapia Intensiva e del dolore	Area Servizi Clinici	5
Audiologia e foniatra	Area Servizi Clinici	4
Fisica Medica	Area Servizi Clinici	3
Genetica medica	Area Servizi Clinici	4
Igiene e Medicina Preventiva	Area Servizi Clinici	4
Medicina del Lavoro	Area Servizi Clinici	4
Medicina fisica e riabilitativa	Area Servizi Clinici	4
Medicina Legale	Area Servizi Clinici	4
Medicina nucleare	Area Servizi Clinici	4
Microbiologia e Virologia	Area Servizi Clinici	4
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	Area Servizi Clinici	4

Radiodiagnostica	Area Servizi Clinici	4
Radioterapia	Area Servizi Clinici	4

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Nota: Scuole di Specializzazione riformate ai sensi del DM n. 68/2015

Le Scuole di Specializzazione medico - chirurgiche dell'Università di Bologna non aventi la struttura sede nell'Azienda o delle quali l'Azienda, in ogni modo, non è la sede prevalente dell'attività formativa sono:

- Anatomia Patologica (sede presso Azienda USL di Bologna);
- Medicina Fisica e Riabilitativa (sede presso Istituto Ortopedico Rizzoli);
- Neurologia (sede presso Azienda USL di Bologna IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche);
- Neuropsichiatria Infantile sede presso Azienda USL di Bologna - Istituto delle Scienze Neurologiche);
- Ortopedia e Traumatologia (sede presso Istituto Ortopedico Rizzoli);
- Psichiatria (sede presso Azienda USL di Bologna).

Il numero complessivo dei medici in formazione specialistica iscritti nell'anno 2015 è di 948. Si consideri che le iscrizioni agli anni di corso delle Scuole di specializzazione hanno date proprie, diverse ogni anno, in funzione dell'inizio dell'attività formativa, che è determinato con decreto ministeriale.

Nella tabella successiva è riportato il numero dei medici in formazione specialistica suddivisi per Scuola di Specializzazione e per anno di corso.

Tabella 2.48 Numero complessivo di medici in formazione specialistica presenti nel 2015, suddivisi per Scuola di specializzazione dell'Università di Bologna

Denominazione Scuola	Anno Corso						
	1	2	3	4	5	6	Totale
Anatomia Patologica	3	2	2	3	1		11
Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva e del Dolore	18	11	13	14	12		68
Audiologia e Foniatria		1	1		1		3
Cardiochirurgia	4	2	3	3	1		13
Chirurgia Generale	9	8	9	10	8	9	53
Chirurgia Maxillo-Facciale	2	1	1	1	2		7
Chirurgia Pediatrica	1	1	1	3	3		9
Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica	1	2	1	1	2		7
Chirurgia Toracica	1	1	1	1	3		7
Chirurgia Vascolare	4	3	2	2	3		14
Dermatologia e Venereologia	4	4	3	3	3		17
Ematologia	5	3	3	4	2		17
Endocrinologia e Malattie del Ricambio	2	1	2	2	2		9
Genetica Medica	1	2	2	1	3		9
Geriatrics	4	5	2	4	7		22
Ginecologia ed Ostetricia	10	10	9	9	13		51
Igiene e Medicina Preventiva	5	5	4	4	5		23
Malattie dell'Apparato Cardiovascolare	10	9	7	11	10		47
Gastroenterologia Malattie dell'Apparato Digerente	2	3	2	4	1		12
Malattie dell'Apparato Respiratorio	2	2	2	2	2		10
Malattie Infettive Malattie Infettive e Tropicali	5	3	2	3	1		14
Medicina del Lavoro	3	2	3	2	3		13
Medicina dello Sport Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico	2	1	1	1	1		6
Medicina Fisica e Riabilitativa	6	7	8	7	8		36
Medicina Interna	12	11	11	10	9		53
Medicina Legale	1	1	1	1	4		8
Medicina Nucleare	5	3	4	5	4		21

Microbiologia e Virologia		1	1	2	3		7
Nefrologia	6	6	7	4	5		28
Neurologia	5	5	5	3	5		23
Neuropsichiatria Infantile	2	2	2	2	5		13
Oftalmologia	3	3	2	4	2		14
Oncologia Medica	6	4	3	4	4		21
Ortopedia e Traumatologia	17	14	14	14	10		69
Otorinolaringoiatria	3	3	2	3	4		15
Patologia Clinica Patologia Clinica e Biochimica Clinica	2	1	5	5			13
Pediatria	12	11	10	14	9		56
Psichiatria	7	6	6	8	5		32
Radiodiagnostica	10	11	9	7	10		47
Radioterapia	4	1	3	5	4		17
Reumatologia	1	1	1	1	2		6
Scienza dell'Alimentazione	1	1	1	1	2		6
Urologia	4	4	4	4	5		21
Totale Complessivo	205	178	175	192	189	9	948

Fonte: AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

L'Azienda contribuisce anche alla formazione professionalizzante di medici in formazione specialistica provenienti da università che non fanno parte della rete formativa dell'Università di Bologna e università aggregate. Nella tabella seguente è riportato il numero di medici in formazione specialistica che hanno frequentato, provenienti da 17 Atenei.

Tabella 2.49 Numero complessivo di medici in formazione specialistica presenti nel 2015, suddivisi per Scuola di specializzazione e Università di provenienza

Denominazione Università	Scuola di Specializzazione	N.
Università degli Studi di Catania	Malattie dell'apparato Cardiovascolare	1
	Ginecologia e Ostetricia	2
Università degli Studi di Ferrara	Anestesia, Rianimazione e Terapia intensiva	1
	Pediatria	8
Università degli Studi di Foggia	Ginecologia e Ostetricia	1
Università degli Studi di Firenze	Malattie dell'apparato Cardiovascolare	1
	Radiodiagnostica	2
Università degli Studi di Genova	Radiodiagnostica	1
Università degli Studi di Messina	Medicina Nucleare	1
	Chirurgia Maxillo - Facciale	1
Università degli Studi di Milano	Ginecologia e Ostetricia	1

Denominazione Università	Scuola di Specializzazione	N.
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	Dermatologia e Venereologia	2
Università degli Studi di Napoli "Federico II"	Malattie dell'apparato Cardiovascolare	4
	Anestesia, Rianimazione e Terapia intensiva	1
	Pediatria	3
	Geriatria	1
	Malattie Infettive	2
	Gastroenterologia	1
Seconda Università degli Studi di Napoli	Radiodiagnostica	1
	Ginecologia e Ostetricia	1
Università degli Studi di Palermo	Malattie Infettive	1
	Malattie dell'apparato Cardiovascolare	3
Università degli Studi di Parma	Pediatria	1
	Nefrologia	1
	Gastroenterologia	1
	Medicina D'emergenza/Urgenza	1
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"	Pediatria	1
	Medicina Interna	1
	Oncologia Medica	1
Università degli Studi di Sassari	Radioterapia	1
	Dermatologia e Venereologia	1
Università degli Studi di Torino	Ginecologia e Ostetricia	1
	Malattie dell'apparato. Respiratorio	1
Università Politecnica delle Marche	Ginecologia e Ostetricia	1
Università degli Studi di Verona	Dermatologia e Venereologia	1
	Chirurgia Generale	1
Totale complessivo		54

Fonte: AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il Master, introdotto con il D.M. 509/99, è un titolo accademico post laurea di perfezionamento scientifico e di alta formazione, successivo al conseguimento della laurea triennale o della laurea magistrale, finalizzato a formare figure professionali molto specializzate. Si divide in primo e secondo livello: il primo si consegue dopo la laurea, il secondo dopo la laurea magistrale.

Le tabelle successive riportano i Master di 1° e di 2° livello dell'area disciplinare degli studi medici e psicologici attivi presso la sede di Bologna nel 2015.

Tabella 2.50 Master di 1° e di 2° livello per le professioni medica, odontoiatrica e per le professioni sanitarie a.a. 2015/2016

Livello	Master afferenti area medica a.a. 2015/2016	Studenti immatricolati
2°	Alimentazione ed educazione alla salute	41
1°	Amministratore di sistema in diagnostica per immagini e radioterapia	14
1°	Assistenza infermieristica in area critica	49
1°	Assistenza infermieristica in ortopedia e traumatologia	12
1°	Biomeccanica, patologia e trattamento terapeutico dell'arto superiore	12

2°	Cardiologia pediatrica e dell'età evolutiva	19
2°	Chirurgia mini-invasiva ginecologica	20
2°	Chirurgia mini invasiva pediatrica	6
1°	Counseling sanitario: tecniche di supporto al paziente	13
2°	Cure palliative e terapia del dolore per psicologi	13
2°	Endoscopia avanzata "Luigi Barbara"	3
1°	Evidence-based practice e metodologia della ricerca clinico-assistenziale	13
2°	Funzioni direttive e gestione dei servizi sanitari	33
2°	Medicina del sonno	13
2°	Medicina, chirurgia e biologia della riproduzione	15
1°	Posturologia: percezione e movimento	17
2°	Pulmonary vascular diseases	14
1°	Radiologia vascolare, interventistica e neuroradiologia	12
2°	Terapia intensiva e semintensiva respiratoria	19
1°	Trattamento integrato dei disturbi del comportamento alimentare e dell'immagine corporea	30
	Master Clinica Odontoiatrica	
2°	Chirurgia orale e implantologia	8
2°	Endodonzia clinica	10
2°	Odontoiatria conservativa estetica	15
2°	Protesi e Implantoprotesi con tecnologie avanzate	25
	Totale	426

Tabella 2.51 Master di 1° e di 2° livello per le professioni medica, odontoiatrica e per le professioni sanitarie a.a. 2014/2015

Livello	MASTER afferenti area medica A.A 15/16	Studenti immatricolati
2°	Alimentazione ed educazione alla salute	37
2°	Alta formazione e qualificazione in cure palliative	30
1°	Amministratore di sistema in diagnostica per immagini e radioterapia	11
1°	Assistenza infermieristica in ortopedia e traumatologia	7
1°	Biomeccanica, patologia e trattamento terapeutico dell'arto superiore	10
2°	Cardiologia pediatrica e dell'età evolutiva	19
1°	Case management infermieristico	18
2°	Chirurgia mini invasiva pediatrica	8
1°	Counseling sanitario: tecniche di supporto al paziente	19

1°	Cure palliative e terapia del dolore	30
2°	Endoscopia avanzata "Luigi Barbara"	3
1°	Funzioni di coordinamento nelle professioni sanitarie *	38
2°	Funzioni direttive e gestione dei servizi sanitari	32
2°	Medicina del sonno	15
2°	Medicina, chirurgia e biologia della riproduzione	10
1°	Posturologia e terapie manuali	25
2°	PulmonaryVascularDiseases	17
1°	Radiologia vascolare, interventistica e neuroradiologia	15
2°	Valutazione dei farmaci e farmacoepidemiologia	10
Master Clinica Odontoiatrica		
2°	Chirurgia orale e implantologia	8
2°	Endodonzia clinica	5
2°	Odontoiatria conservativa estetica	6
2°	Protesi e Implantoprotesi con tecnologie avanzate	20
Totale		393

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Nell'ambito della formazione post base si collocano anche i corsi di Alta Formazione. L'Azienda concorre alla gestione del "CAF Case Management in Infermieristica e Ostetrica".

Docenti e tutor dei Corsi di studio coordinati dalla Scuola di Medicina e Chirurgia.

Il numero complessivo dei professori e dei ricercatori universitari di ruolo afferenti ai Dipartimenti di Scienze Mediche e Chirurgiche, di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale, di Scienze Biomediche e Neuromotorie è di **379** (cfr. anche paragrafo 3.6). Di questi, sono integrati nell'attività assistenziale presso l'Azienda **229**, di cui **46** professori di I fascia, **88** professori di II fascia, **73** Ricercatori di ruolo e **22** Ricercatori a tempo determinato.

I dipendenti dell'Azienda danno un importante contributo all'attività formativa della Scuola di Medicina e Chirurgia. I dipendenti titolari di insegnamento nei corsi di laurea o laurea magistrale sono 73 (2258 ore di didattica), i dipendenti titolari di incarichi di insegnamento nelle scuole di specializzazione sono **64** (1294 ore di didattica). Nelle tabelle che seguono sono esposti i dati con maggiore dettaglio.

Tabella 2.52 Dipendenti titolari di incarichi didattici A.A. 2015/2016 (Corsi di laurea)

Laurea	Numero docenti	Ore
Tecniche di Radiologia Medica	17	460
Infermieristica Bologna	15	528

Ostetricia	11	292
Tecniche di Laboratorio Biomedico	13	292
Fisioterapia	15	424
Neurofisiopatologia	1	24
Magistrale Scienze Infermieristiche e Ostetriche	11	238

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.53 Dipendenti titolari di incarichi di tutorato A.A. 2015/2016 (Corsi di laurea)

Laurea	Numero tutor
Tecniche di Radiologia Medica	29
Infermieristica Bologna	172
Ostetricia	49
Dietistica	14
Tecniche di Laboratorio Biomedico	47
Fisioterapia	45
Magistrale ciclo unico Medicina e Chirurgia	299
Magistrale Scienze Infermieristiche e Ostetriche	11

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.54 Dipendenti titolari di incarichi didattici A.A. 2014/2015 (Scuole di specializzazione)

Scuola di Specializzazione	Incarichi didattici - a.a. 2014/2015	Totale ore
Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva	1	16
Audiologia e Foniatria	2	14
Cardiochirurgia	3	24
Chirurgia Generale	5	64
Chirurgia Maxillo Facciale	3	56
Chirurgia Toracica	1	8
Dermatologia e Venereologia	2	24
Ematologia V.O.	6	80
Fisica Medica	5	88
Malattie dell'apparato Digerente	2	16
Geriatrics	4	80
Ginecologia ed Ostetricia	4	56
Malattie dell'apparato Respiratorio	1	16
Malattie dell'apparato Cardiovascolare	2	32

Malattie Infettive V.O.	1	8
Medicina Fisica e Riabilitativa	2	40
Nefrologia	5	80
Neurologia	1	8
Oftalmologia	11	168
Oncologia Medica	1	8
Scuola di Specializzazione	Incarichi didattici - a.a. 2014/2015	Totale ore
Ortopedia e Traumatologia	1	8
Otorinolaringoiatria	5	64
Pediatria	3	24
Radiodiagnostica	2	24
Radioterapia	15	152
Reumatologia	2	64
Medicina del Lavoro	3	40
Medicina dello Sport e dell'esercizio Fisico	1	16
Medicina Nucleare	1	16
Totale	95	1294

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Infine, la funzione di tutor individuale dei medici in formazione specialistica ha impegnato 141 dirigenti medici e 134 universitari (*).

Nota (*) Dati basati sui piani individuali di formazione effettivamente pervenuti

2.5. Assetto Organizzativo

In questa sezione si tratteggia il modello organizzativo dell'Azienda, si disegna la mappa delle sue strutture e si forniscono alcuni dati di maggiore rilievo.

Il Policlinico S. Orsola - Malpighi è un ospedale polispecialistico ad alta specializzazione che si estende per circa 1,8 km e le cui attività cliniche, didattiche e di ricerca si svolgono all'interno di 27 padiglioni che costituiscono il cuore strutturale dell'Azienda.

Il Policlinico ha una dotazione media di 1.546 posti letto, vengono effettuati circa 67.000 ricoveri all'anno e 3.000.000 prestazioni specialistiche per esterni; presenta un organico di 4.883 dipendenti, comprendenti i medici universitari.

Fondamentale per il Policlinico è la presenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna con cui si realizza la piena integrazione tra le funzioni universitarie e quelle ospedaliere nei campi dell'assistenza, della ricerca e della didattica.

Da un punto di vista organizzativo, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è rappresentata dalla Direzione Aziendale che ha l'obiettivo di perseguire gli indirizzi di politica sanitaria della Regione e della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Alla Direzione Aziendale compete l'esercizio delle funzioni strategiche, per garantire la promozione e la tutela della salute della popolazione, ottimizzando il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti.

L'attività assistenziale è articolata in 9 Dipartimenti ad Attività Integrata:

- Dipartimento della Medicina Diagnostica e della Prevenzione;
- Dipartimento dell'Emergenza-Urgenza;
- Dipartimento della Donna, del Bambino e delle Malattie Urologiche;
- Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare;
- Dipartimento dell'Apparato Digerente;
- Dipartimento di Oncologia e di Ematologia;
- Dipartimento Testa, Collo e Organi di Senso;
- Dipartimento Medico della Continuità Assistenziale e delle Disabilità;
- Dipartimento della Insufficienze d'Organo e dei Trapianti.

I Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) assicurano la piena integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca, garantendo il miglior percorso di cura per il paziente. I DAI sono costituiti da strutture complesse, strutture semplici dipartimentali, strutture semplici di unità operativa e programmi.

A supporto dell'attività assistenziale, in Azienda, sono presenti inoltre strutture in staff e in line alla Direzione Aziendale.

I riferimenti normativi nazionali e regionali pubblicati nel corso dell'anno 2015, hanno ulteriormente incentivato il percorso di riorganizzazione delle attività in base ai principi di trasversalità e integrazione, già intrapreso dal Policlinico in questi ultimi anni. L'Azienda non dovrà più essere focalizzata esclusivamente sulle singole discipline, ma sui raggruppamenti omogenei di specialità, sui percorsi infraspecialistici e sulla complessità assistenziale.

Il DL 70 del 2 aprile 2015 e la successiva DGR 2040 del 10 dicembre 2015 sottolineano la necessità di costruire un sistema basato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri e sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali anche attraverso la ripuntualizzazione delle discipline Hub & Spoke, la revisione della dotazione di posti letto, la definizione dei bacini di utenza e la concentrazione delle UOC e l'analisi e la valutazione dei volumi di attività e degli esiti per le principali patologie.

Per realizzare e sviluppare tali indirizzi normativi e gli obiettivi di mandato affidati alle Direzioni a febbraio 2015, si sta creando una collaborazione fattiva e continuativa tra le Aziende di area metropolitana per la strutturazione di percorsi integrati di cura e la razionalizzazione e omogeneizzazione delle strutture presenti su territorio.

L'anno 2015 ha visto la realizzazione, a livello metropolitano, di alcuni esempi di modelli organizzativi interaziendali che integrano le attività ed i percorsi di diverse Aziende di area metropolitana quali ad esempio :

- il Servizio Unico Metropolitano di Microbiologia (AOU Bologna, Ausl Bologna, IOR);
- il Laboratorio Unico Metropolitano (AOU Bologna, Ausl Bologna);
- l'Unità Operativa Interaziendale di Radiologia (AOU Bologna-Ausl Imola);
- il Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale (AOU Bologna, Ausl Bologna, IOR);
- il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (AOU Bologna, Ausl Bologna, IOR).

Tali riorganizzazioni implicheranno conseguentemente alcune revisioni dell'assetto organizzativo aziendale al fine di rendere l'organizzazione interna coerente con i progetti di integrazione interaziendale.

Capitolo 3: Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Nel terzo capitolo vengono illustrati gli obiettivi di salute perseguiti e le strategie aziendali messe in atto dal Policlinico, in accordo anche con gli indirizzi emersi dalla programmazione territoriale. Sono individuate cinque aree per le quali l'Azienda descrive i macro-obiettivi: partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria, universalità ed equità d'accesso, centralità del cittadino; qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale, promozione dell'eccellenza e integrazione tra attività assistenziali, di didattica e di ricerca.

3.1 Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria

Nel corso dell'anno 2015 la **partecipazione degli Enti Locali della provincia di Bologna alla programmazione sanitaria regionale** e al suo controllo periodico locale sono state realizzate, come di consueto, attraverso la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e in stretta collaborazione con l'Azienda USL di Bologna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli. Anche nel corso di quest'anno sono stati attuati: il percorso per l'approvazione dei bilanci sia consuntivi che preventivi, nonché le altre attività di programmazione congiunta da parte delle Aziende, con particolare riferimento ai progetti a valenza trasversale (Laboratorio Unico Metropolitano, Officina Trasfusionale, Unificazioni Area Amministrativa e Tecnico-Logistica, Radiologia Unica Metropolitana e Medicina Nucleare interaziendale e coordinamento delle Relazioni Sindacali). Alla Conferenza sono stati presentati, come di consueto, i Piani di riduzione attività per ferie estive e natalizie, .

La Conferenza Territoriale Socio Sanitaria è la sede nella quale si realizza la partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria

3.2 Universalità ed equità di accesso

Uno dei principali obiettivi dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna è la rimozione delle barriere, da quelle architettoniche a quelle linguistiche, per consentire a tutti i cittadini che ne hanno necessità di usufruire dei servizi erogati. Nel primo caso l'Azienda si è impegnata ad eliminarle in tutti gli edifici in ristrutturazione e nella progettazione di quelli nuovi. In questa azione l'Azienda è affiancata dai componenti del **Comitato Consultivo Misto che effettuano periodicamente valutazioni ed analisi sullo stato delle strutture** e le trasferiscono ai Servizi competenti per la definizione e la programmazione delle specifiche azioni. Su questo aspetto è attivo un gruppo di lavoro aziendale a cui partecipano i componenti del Comitato Consultivo Misto ed un rappresentante aziendale. Inoltre le Associazioni di Volontariato insieme all'Azienda, hanno un ruolo molto importante nel percorso di accoglienza del cittadino straniero, il loro contributo è notevole. La presenza nel nostro tessuto sociale e nel Policlinico delle Organizzazioni di Volontariato aiuta e facilita la permanenza del cittadino straniero nell'adeguatezza degli interventi informativi, educativi, di empowerment e di sostegno durante il percorso di cura.

Anche con l'aiuto del Comitato Consultivo Misto, prosegue l'impegno dell'Azienda per l'eliminazione delle barriere di ogni genere

L'Ufficio Relazione con il Pubblico e rapporti con le Associazioni di Volontariato ha partecipato alla realizzazione del progetto "L'impatto storico-sociale dell'immigrazione moderna nella sanità. I nuovi pellegrini" con il Centro Studi Investimenti Sociali - Censis - di Roma. L'obiettivo è stato quello di rappresentare, attraverso la fotografia, il rapporto tra i migranti e la Sanità

Realizzazione di progetti quali: "L'impatto storico-sociale dell'immigrazione moderna nella sanità. I nuovi pellegrini", "Laboratorio Sperimentale di Mediazione Interculturale nel Dipartimento Salute Donna Bambino e Adolescente", "L'integrazione tra cittadino straniero e il professionista dell'area pediatrica"

Italiana; il tutto ha dato vita a un libro e ad una mostra fotografica tenutasi a Milano ed in altre città italiane sotto il patrocinio del Ministero della Salute.

In collaborazione con l'Agenda Sanitaria e Sociale Regionale - Regione Emilia-Romagna Area Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute è stato progettato un percorso formativo: "Laboratorio Sperimentale di Mediazione Interculturale nel Dipartimento Salute Donna Bambino e Adolescente". Il progetto definisce principalmente le modalità e gli strumenti utili per migliorare e per favorire l'accoglienza, l'accesso e la fruizione dei Servizi aziendali da parte degli utenti stranieri e dei loro familiari.

Nel corso del 2015 è continuato il percorso formativo "L'integrazione tra cittadino straniero e il professionista dell'area pediatrica". Il corso di formazione si è articolato sulla realizzazione di alcuni laboratori che hanno visto l'ampia partecipazione di molti professionisti - medici ed infermieri - dell'area pediatrica. Mentre per l'area ostetrico-ginecologica sono stati progettati degli specifici percorsi formativi attraverso la realizzazione di laboratori e la costituzione di gruppi di lavoro.

Sul versante dell'eliminazione delle **barriere "linguistiche" e culturali**, nel 2015 sono proseguite le attività nell'ambito dell'**Applicazione indicazioni regionali sulle nuove dimensioni della relazione di cura in un contesto pluriculturale**, condotte in collaborazione con il Servizio Assistenza Distrettuale Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo di Servizi Sanitari Regione Emilia-Romagna. In particolare, gli obiettivi definiti per il 2015 hanno riguardato il consolidamento ed il miglioramento dei Servizi di mediazione implementati negli anni precedenti e la loro riprogettazione in relazione alle nuove esigenze emerse sia dall'analisi dell'andamento degli accessi di utenti stranieri all'interno del Policlinico, sia dall'analisi dei bisogni espressi dai professionisti dell'area sanitaria e del personale addetto all'accoglienza. I dati dell'analisi e la raccolta delle testimonianze dei professionisti hanno evidenziato l'importanza della relazione del mediatore culturale con il team multidisciplinare che opera all'interno delle Unità Operative.

Applicazione indicazioni regionali sulle nuove dimensioni della relazione di cura in un contesto pluriculturale.

A tal proposito il responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha progettato e realizzato il primo corso aziendale dal titolo - **La mediazione culturale in ambito ospedaliero** - rivolto ai mediatori culturali che operano nell'AOSP e nell'Azienda USL di Bologna.

Obiettivo del corso è stato fornire ai circa 80 mediatori che lavorano quotidianamente nelle due Aziende sanitarie bolognesi maggiori informazioni ed approfondimenti sull'organizzazione, nel nostro caso del Policlinico in generale e dell'URP in particolare, e ai fini della gestione di situazioni complesse.

Nel corso del 2015 è stato ripetuto il percorso formativo al fine di garantire la partecipazione a tutti i mediatori culturali.

Inoltre sono stati realizzati i seguenti seminari rivolti specificamente ai mediatori culturali dal titolo - **La privacy in ambito ospedaliero - La comunicazione delle cattive notizie**.

I mediatori culturali hanno partecipato ad eventi formativi aziendali, sempre realizzati dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, come **Il corretto lavaggio delle mani** e **La tutela della salute nei luoghi di lavoro**.

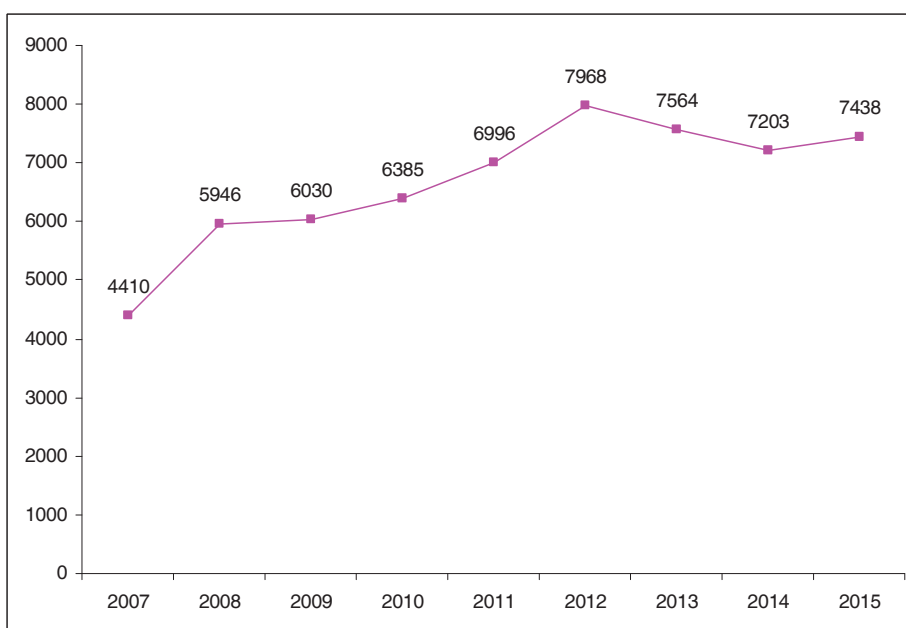
L'Ufficio Relazioni con il Pubblico e rapporti con le Associazioni di Volontariato nel 2015, ha, come ogni anno, compilato il report della Regione Emilia-Romagna, **"Monitoraggio dell'offerta dei servizi sanitari a favore delle persone straniere"**. I risultati di questo monitoraggio inviati ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie hanno evidenziato come aree d'intervento di priorità regionali:

- le barriere linguistiche e culturali nella comunicazione;
- l'adeguatezza degli interventi informativi, educativi e di empowerment;
- la competenza culturale degli operatori.

Il grafico che segue, evidenzia il trend delle presenze di utenti stranieri nel Policlinico. Nell'anno 2015 si rileva un aumento delle presenze, resta fondamentale il ruolo svolto dai servizi di mediazione interculturale.

Il trend delle presenze di utenti stranieri all'interno del Policlinico nel 2015 ha registrato un aumento, vi è stata una crescita esponenziale della richiesta di mediatori culturali, come conseguenza del riconoscimento di questo ruolo ai fini del superamento delle barriere nella comunicazione.

Grafico 3.1 Trend delle presenze di utenti stranieri all'interno del Policlinico



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nell'ambito dei Servizi di mediazione attivi nel Policlinico, anche nel 2015 grande attenzione è stata rivolta alla **"mediazione fissa"**, tipologia di servizio che prevede la presenza fissa di un mediatore culturale presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dove si verifica un considerevole afflusso di utenti stranieri.

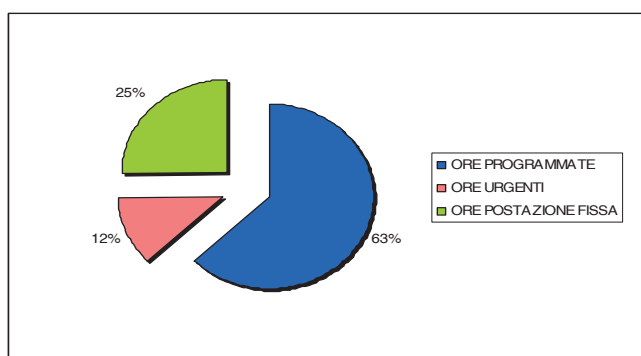
Nel 2015 la mediazione fissa ha previsto la presenza di una mediatrice culturale che parla serbocroato, inglese e francese, in specifiche giornate e fasce orarie, disponibile per l'esecuzione di interventi di mediazione ed interpretariato nelle Unità Operative afferenti principalmente all'area pediatrica. Il numero di ore dedicate alla mediazione fissa è stato di 539.

Non sono stati invece apportati cambiamenti significativi nell'ambito delle altre due tipologie di servizi: la mediazione a chiamata e la mediazione telefonica.

La "mediazione a chiamata", che comprende la mediazione a **chiamata urgente e programmata**, prevede la possibilità da parte delle unità operative e direzioni di richiedere la presenza di un mediatore culturale esperto in grado di affrontare situazioni particolari e delicate, in cui è necessario trasmettere informazioni e notizie e occorre farlo in modo efficace e con attenzione alla modalità di comunicazione. Nel 2015 l'analisi dei dati di utilizzo del servizio ha evidenziato un numero complessivo di 1.335 ore per la "mediazione a chiamata programmata"- 256 ore per la "mediazione a chiamata urgente" ed un numero di 539 ore per la "mediazione da postazione fissa" - confermando l'utilità del servizio nelle UU.OO. a supporto della relazione tra sanitari e utenti di nazionalità e lingua non italiana.

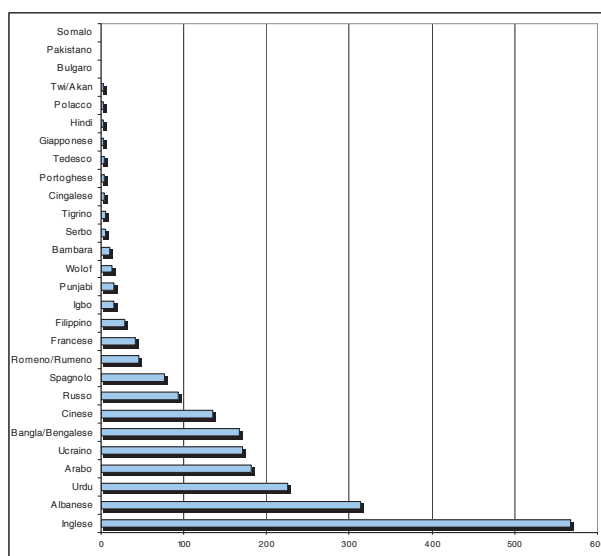
I grafici che seguono evidenziano la distribuzione delle richieste per la mediazione a chiamata urgente, programmata e da postazione fissa (grafico 3.2) e il numero di interventi di mediazione a chiamata per lingua (grafico 3.3), e per unità operativa (grafico 3.4).

Grafico 3.2 Interventi di mediazione a chiamata "urgente", "programmata" e da postazione fissa



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

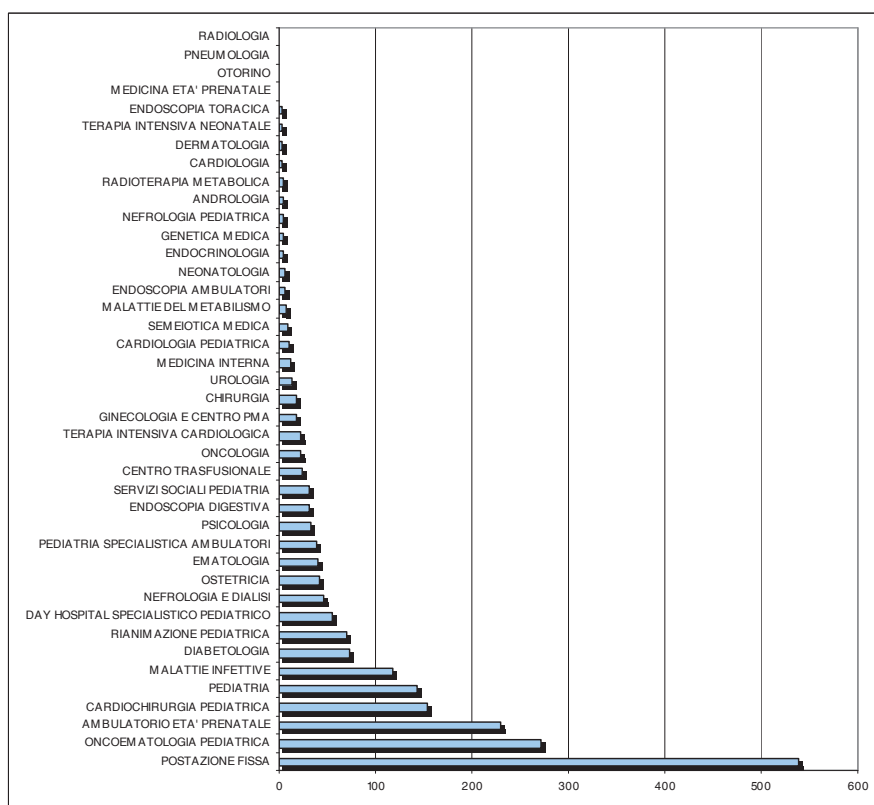
Grafico 3.3 Interventi di mediazione a chiamata per lingua



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Le lingue più richieste a seguito dell'incremento dei flussi migratori sono l'inglese, l'albanese, l'urdu, l'arabo. Rilevante è stata la richiesta per la lingua ucraina, bengalese, cinese, russa e spagnola.

Grafico 3.4 Interventi di mediazione a chiamata per Unità Operativa



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nel corso del 2015 le lingue più richieste sono state: inglese, albanese, urdu, arabo, ucraino e bangla-bengalese. Rispetto all'anno 2013, sono aumentate le richieste di mediazione anche per le seguenti lingue: albanese, ucraino, spagnolo, russo e cinese.

Le Unità Operative che hanno maggiormente utilizzato il servizio di mediazione culturale sono state: Oncoematologia pediatrica, Ambulatorio età prenatale, Cardiocirurgia pediatrica, Pediatria e Malattie infettive.

Hanno registrato un afflusso notevole di pazienti stranieri nel corso del 2015 a seguito dell'incremento dei flussi migratori le Unità Operative di: Malattie Infettive, Ostetrica e Medicina dell'Età Prenatale, Nefrologia e Dialisi ed il Servizio Sociale ospedaliero.

La "mediazione telefonica", che fornisce assistenza e supporto informativo tramite un Call Center di mediatori madrelingua, ha come caratteristica principale l'immediata disponibilità del mediatore. La risposta infatti è garantita entro **60 secondi**. Importanti e sostanziali modifiche sono state apportate al servizio di mediazione telefonica nel corso del 2015; la riorganizzazione del servizio iniziata già nel corso del 2013 ha permesso di renderlo disponibile a tutte le Unità Operative e Servizi del Policlinico.

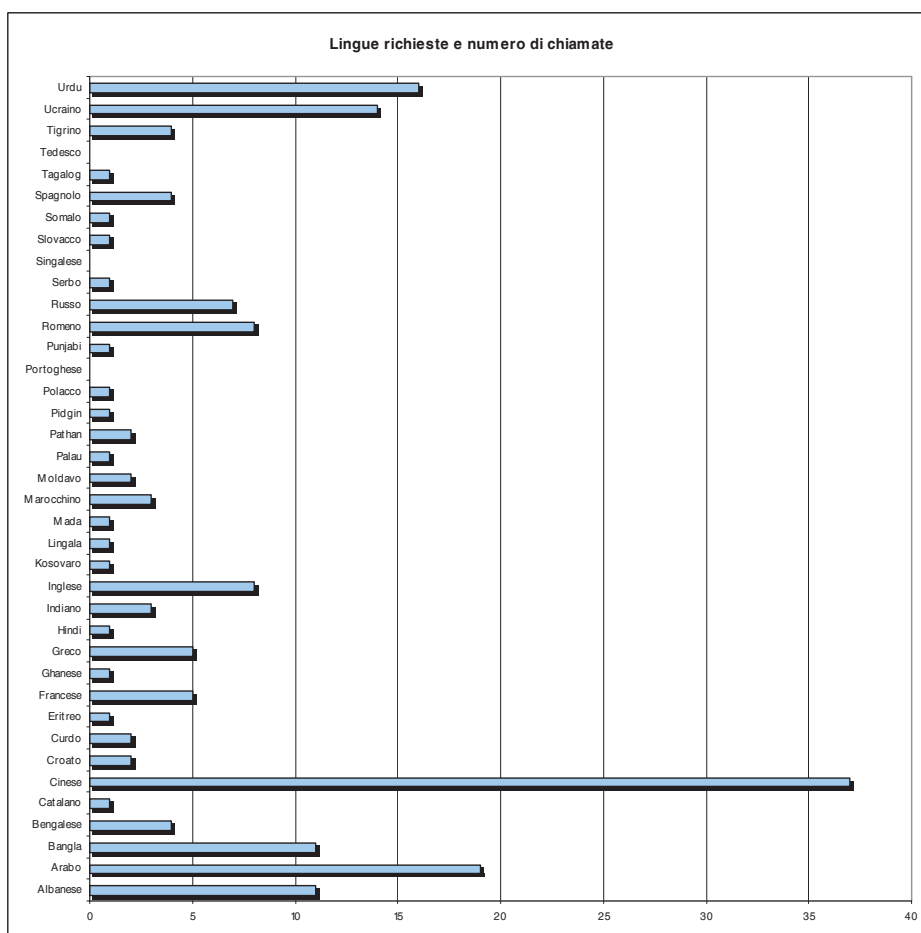
Il servizio di mediazione telefonica è disponibile a tutte le Unità Operative e Servizi del Policlinico 24 ore su 24 per 365 giorni.

Per facilitare l'accesso al servizio di mediazione telefonica, sono stati messi a disposizione del personale sanitario ed amministrativo un numero verde ed un numero breve aziendale, inoltre un risponditore vocale consente di dialogare con il servizio/sistema e di effettuare la scelta della lingua desiderata in brevissimo tempo.

Il servizio è disponibile attraverso l'utilizzo di un qualsiasi apparecchio telefonico aziendale, 24 ore su 24 per 365 giorni. Altre vantaggiose soluzioni di accesso e di utilizzo del servizio, sono state oggetto di studio e di valutazione nel corso del 2015, al fine di ridurre e di contenere la spesa per le altre forme di mediazione disponibili, in particolare quelle a chiamata programmata ed urgente. Il personale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico e rapporti con le Associazioni di Volontariato, ha cercato attraverso incontri specifici con gli operatori sanitari sul "campo" - di sensibilizzare notevolmente il personale all'utilizzo del servizio di interpretariato telefonico. Al fine di incentivare l'utilizzo di tale servizio sono state realizzate anche delle simulazioni dimostrative.

I dati relativi alle lingue richieste nell'ambito dei servizi di mediazione telefonica hanno evidenziato che la lingua maggiormente richiesta è quella Cinese. Il grafico che segue evidenzia il numero di interventi di mediazione a chiamata telefonica per lingua.

Grafico 3.5 Interventi di mediazione a chiamata telefonica per lingua



Le lingue più richieste nella mediazione telefonica sono il cinese, l'arabo, l'urdu, l'ucraino, l'albanese e il bangla.

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nel corso del 2015, sono stati realizzati e rivisitati vari opuscoli informativi in più lingue, inoltre sono state realizzate locandine informative relative alla Prevenzione delle cadute del bambino e sulla Guida all'assunzione della terapia per i pazienti con Tuberculosis - messi a disposizione dell'utenza straniera nei Servizi e nelle Unità Operative. E' stata tradotta in più lingue l'Informativa e consenso per il Dossier Sanitario Elettronico (DSE).

La trasparenza sui tempi di attesa è assicurata attraverso la disponibilità di specifici indicatori all'interno delle guide all'utente delle unità operative e nelle aree dedicate del portale. Periodicamente, su specifica richiesta del Comitato Consultivo Misto, l'Azienda relaziona a questo organismo sullo stato delle liste di attesa per le specifiche prestazioni.

Le informazioni sulle **possibilità di accesso e l'orientamento** all'interno del Policlinico sono erogate dal punto URP e dai punti informativi dell'ospedale.

Nel 2015 sulla base di quanto previsto dalla DGR 1056/2015 in tema di abbattimento dei tempi di attesa e semplificazione dell'accesso alla specialistica ambulatoriale, l'AOSP ha attuato un piano di potenziamento del sistema dell'offerta di prestazioni specialistiche e diagnostiche tramite prenotazione CUP, rispondendo alla richiesta di committenza straordinaria da parte dell'AUSL di Bologna.

L'impegno profuso dal S. Orsola nell'abbattimento dei tempi di attesa in area metropolitana bolognese ha contribuito a raggiungere entro dicembre 2015 il 90% di indice di performance per tutte le prestazioni monitorate dal MAPS regionale.

A tal fine è stato definito un piano di acquisizione di personale medico e infermieristico finanziato con il fondo dedicato all'abbattimento dei tempi di attesa, così come previsto dal Decreto Balduzzi. Il piano è stato completamente finanziato dai fondi accantonati dall'attività libero professionale (istituto decreto Balduzzi) che a consuntivo anno 2015 rileva questa consistenza:

Tabella 3.1 Fondo Balduzzi

	Importo
FONDO BALDUZZI AL 31.12.2014	1.352.957
FONDO BALUZZI UTILIZZATO ANNO 2015	299.133
RESIDUO FONDO BALDUZZI AL 31.12.2015	1.053.824
ACCANTONAMENTO FONDO BALDUZZI 2015	682.285
FONDO BALDUZZI AL 31.12.2015	1.736.109

Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Il piano di potenziamento ha riguardato numerose discipline specialistiche, quali: cardiologia pediatrica, endocrinologia e diabetologia pediatrica, gastroenterologia (visite, colonscopia, gastroscopia), ginecologia (visite, ecografie ginecologiche e trans vaginali), radiodiagnostica (TC body, Eco addome), nefrologia, urologia, pneumologia (visita e spirometria), oculistica, endocrinologia/diabetologia, chirurgia vascolare (visite ed ecodoppler), maxillo-facciale.

In alcuni casi (Endocrinologia/diabetologia, Urologia e Pneumologia) il piano di potenziamento ha previsto l'attivazione di ambulatori dedicati presso strutture dell'AUSL di Bologna, quali l'Ospedale Maggiore, la Casa della Salute Chersic (Distretto di Bologna), la casa della Salute di Budrio (Distretto Pianura Est), il poliambulatorio di S. Lazzaro e quello di Ozzano (Distretto di S. Lazzaro). Presso questi ambulatori gli specialisti del S. Orsola effettuano visite a prenotazione CUP con possibilità di alcuni approfondimenti diagnostici in loco e, se necessario, prenotazione e invio dei pazienti al S. Orsola per approfondimenti diagnostici di 2° livello e presa in carico.

Oltre al potenziamento dell'attività, sono state attuate altre misure riorganizzative volte ad eliminare i vincoli prenotativi all'accesso, se presenti, mediante eliminazione del quesito diagnostico quale requisito necessario per accedere all'agenda CUP. Ciò ha consentito di rendere disponibile l'accesso alle prenotazioni delle medesime prestazioni anche tramite web (CUPWEB).

Il potenziamento dell'attività specialistica ha riguardato anche l'incremento di posti di visite di controllo e diagnostica dedicati alla presa in carico, con prescrizione da parte dello specialista delle prestazioni diagnostiche necessarie per l'inquadramento e la prenotazione della visita di controllo successiva, attività rese più facili dalla diffusione della ricetta dematerializzata che, nel 2015, ha riguardato gli ambulatori di Malattie del metabolismo, di chirurgia vascolare e di chirurgia toracica.

3.3 Centralità del cittadino

L'ordinamento regionale riconosce **al cittadino - in quanto titolare del diritto alla salute - un ruolo attivo di partecipazione alla definizione delle prestazioni, dell'organizzazione dei servizi e della loro valutazione**. A tal fine, l'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale è chiamata a garantire la trasparenza nei confronti dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze organizzate. Lo scopo dell'analisi riportata in questo punto è di analizzare quanto e come l'Azienda sia capace di rapportarsi ai propri utilizzatori e di modificare se stessa, riconoscendo loro una **posizione di assoluta centralità**.

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna riconosce il ruolo di interlocutore primario del cittadino assicurandogli la possibilità di **partecipare alla valutazione della qualità dei servizi ed alla tutela dei diritti degli utenti**. Questa possibilità è riconosciuta al singolo come soggetto attivo, attraverso le Associazioni di Volontariato che operano all'interno del Policlinico e nell'ambito del Comitato Consultivo Misto. Attraverso i rapporti con il Comitato Consultivo Misto e le Associazioni di Volontariato è, inoltre, garantita la trasparenza delle informazioni che sono rese disponibili agli utenti con gli strumenti a tal fine predisposti.

Gli strumenti attraverso i quali può essere assicurata la partecipazione sono:

- la carta dei servizi nella quale sono declinati gli indicatori generali di qualità che possono essere valutati nel loro andamento annuale;
- la guida all'unità operativa che contiene informazioni dettagliate sull'erogazione dei servizi e sugli indicatori di processo collegati alle prestazioni;

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna riconosce il ruolo di interlocutore primario del cittadino assicurandogli la possibilità di partecipare alla valutazione della qualità dei servizi ed alla tutela dei diritti degli utenti.

Numerosi sono gli strumenti attraverso i quali si garantisce al cittadino la partecipazione nelle scelte e nell'organizzazione dei servizi

- la disponibilità e la diffusione delle informazioni attraverso il portale aziendale con particolare riferimento a tutto quanto raggruppato nell'area "informazioni utili per i cittadini";
- la partecipazione alla valutazione dei risultati della gestione delle segnalazioni sia nel momento della presentazione al Comitato Consultivo Misto, che con la partecipazione attiva di alcuni rappresentanti al gruppo di lavoro aziendale per il miglioramento del processo gestionale;
- la partecipazione attiva al processo di gestione delle segnalazioni attraverso l'evidenziazione di situazioni particolari che possono creare disagio a specifiche categorie di utenti;
- la possibilità di inviare segnalazioni sulle modalità di funzionamento dell'Azienda, sugli strumenti (anche informatici) disponibili e sulla loro efficacia;
- la partecipazione alla valutazione dei risultati ottenuti nella misurazione della soddisfazione dell'utente;
- il contatto diretto con il punto URP da parte dei cittadini o attraverso le loro Associazioni di tutela.

Per i dati relativi a questi strumenti rinviamo al capitolo 5 del presente Bilancio.

Nel 2015 è proseguito il progetto, avviato nel 2013, finalizzato alla reingegnerizzazione tecnologica ed organizzativa del sistema di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale basata sulla separazione del percorso amministrativo da quello clinico. Tale riorganizzazione ha lo scopo di semplificare il percorso del cittadino, soddisfare i debiti informativi della struttura verso la Regione e rendere disponibile allo specialista un sistema di prescrizione informatizzato (e-prescription) che utilizza le ricette elettroniche dematerializzate per le prescrizioni di prestazioni "aggiuntive" in corso di visita e di prestazioni necessarie per la successiva presa in carico del paziente. Il medico ha la possibilità di prenotare direttamente in ambulatorio, utilizzando lo strumento EASY CUP, le visite di controllo e le prestazioni specialistiche di diagnostica correlate ai percorsi di presa in carico dei pazienti, al fine di evitare il rinvio degli stessi al proprio medico di medicina generale. Il modulo è stato diffuso nelle aree ambulatoriali interessate al cambiamento previa formazione sul campo del personale medico e infermieristico con abilitazioni funzionali diverse. Tale modulo è stato arricchito con la funzione di "forzatura" che permette di inserire in agenda le prenotazioni dei controlli in aggiunta ai posti già previsti.

Per facilitare e velocizzare l'accettazione del paziente, nelle aree ambulatoriali interessate al cambiamento, è presente un totem self-check integrato con le agende ambulatoriali utilizzabile dal paziente mediante la tessera sanitaria allo scopo di semplificare il percorso e ridurre le file agli sportelli. Le interfacce di tutte le componenti con cui il paziente deve interagire sono state studiate e sviluppate in modo da essere facilmente comprensibili anche alle persone meno abituate a utilizzare le componenti tecnologiche. Il pagamento del ticket, se dovuto, è effettuabile tramite Punti Gialli (casche automatiche) presenti in zone limitrofe ai setting ambulatoriali.

Il progetto di reingegnerizzazione del sistema di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ha lo scopo di semplificare il percorso del cittadino.

Nel 2015 il progetto (già diffuso in area pediatrica , in area cardiocirurgica adulti e pediatrica, presso gli ambulatori di cardiologia Pediatrica e in area dermatologica) è stato attivato presso gli ambulatori di chirurgia vascolare e di chirurgia toracica, anche in funzione dell'attivazione del Polo CTV e dei nuovi sistemi informatici di governo dei percorsi assistenziali all'interno di esso. Seguirà l'attivazione nel 2016 della medesima piattaforma informatica per gli ambulatori di Cardiologia, a completamento dei percorsi cardiovascolari.

Sempre nel 2015 è continuata la diffusione dell'utilizzo del sistema easy CUP, che consente e facilita la prenotazione dei controlli da parte dello specialista stesso.

Si riporta di seguito un grafico che visualizza l'andamento crescente ed esponenziale del numero di operazioni (prenotazioni) effettuate con questo sistema.

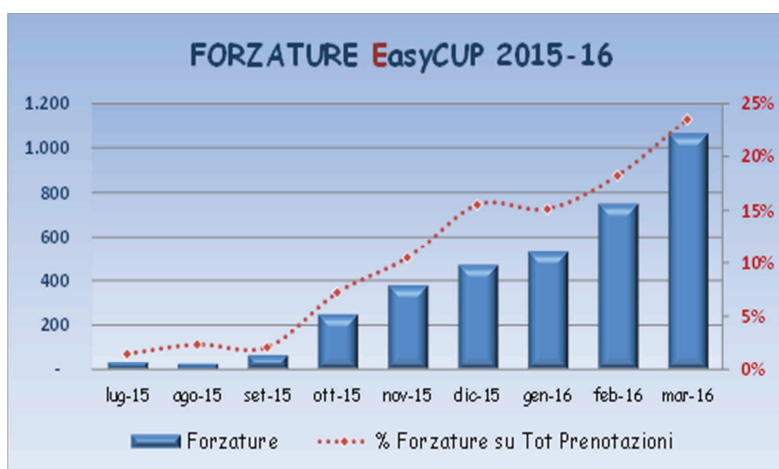
Grafico 3.6 Operazioni EasyCUP



Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Si riporta di seguito un ulteriore grafico che visualizza l'andamento crescente dell'utilizzo della funzione di "forzatura" delle agende tramite easyCUP, che consente di aggiungere, nelle agende di presa in carico, le prenotazioni di controlli sulla base della necessità clinica di rivedere un paziente a una certa distanza di tempo.

Grafico 3.7 Forzature EasyCUP



Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

3.4.1 Qualità e Accredimento

Ai fini della sicurezza dei processi assistenziali, nel 2015 è proseguita l'attività di sorveglianza e verifica, attraverso audit sul campo o in remoto, del recepimento, diffusione e applicazione delle procedure aziendali di maggiore rilievo e di impatto nella gestione dei processi assistenziali.

In particolare, si è rivalutata la corretta applicazione delle procedure aziendali inerenti:

- la gestione delle attività trasfusionali;
- la gestione della movimentazione del materiale biologico;
- l'informazione e l'acquisizione/negazione del consenso informato al trattamento sanitario nel percorso chirurgico;
- la compilazione e gestione della documentazione sanitaria;
- l'identificazione del paziente e del sito/lato dell'intervento chirurgico (applicazione checklist ministeriale);
- la gestione delle consulenze (applicazione del sistema informatizzato richiesta-refertazione);
- l'identificazione del paziente nei diversi setting assistenziali;
- la gestione del processo diagnostico (imaging) e la corretta applicazione delle procedure RIS - PACS.

In tutti gli audit è stata valutata la conoscenza e l'applicazione delle regole definite nelle procedure identificate. La metodologia di valutazione ha previsto sempre un colloquio con gli operatori (medici e infermieri), in altri casi un'osservazione diretta delle attività. In molti casi è stata necessaria anche una verifica sulle cartelle cliniche.

L'audit rappresenta peraltro uno utile strumento per valutare l'impatto e l'applicazione delle procedure e assume al tempo stesso anche un valore formativo, soprattutto nei casi in cui si riscontrino disallineamenti, dubbi o erronee interpretazioni rispetto ai criteri e alle regole definite.

La restituzione dei risultati - complessivamente in linea con l'atteso se pur con alcune aree di criticità - è stata effettuata tramite report specifico per procedura con i risultati, le osservazioni e l'eventuale richiesta di attivazione di azioni di miglioramento.

In particolare per il **processo di consulenza**, gestito con l'utilizzo di un programma informatizzato, la valutazione aziendale ha riguardato 9 mesi di attività con i seguenti risultati di sintesi:

- N. di consulenze richieste: 36.994;
- % consulenze refertate informaticamente/tot. richieste pervenute: 91.5%;

L'Azienda, ai fini della sicurezza dei processi assistenziali, verifica la corretta applicazione delle procedure aziendali più rilevanti

- % richieste "prese in carico"/totale richieste pervenute: 95.0%;
- % consulenze refertate informaticamente/totale richieste "prese in carico": 96.3%.

E' stata effettuata attività di sensibilizzazione al fine dell'utilizzo ottimale del supporto informatico e quindi delle attività.

Un ulteriore sistema di sorveglianza finalizzato al miglioramento è quello relativo alla sistematica valutazione della qualità della documentazione sanitaria. Scopo della valutazione, a cui partecipano professionisti formati (medici e infermieri), è garantire una sorveglianza continua sulla corretta compilazione della cartella clinica, con particolare riferimento a tutti gli aspetti di sicurezza del percorso di cura, di informazione e consenso, di identificazione del paziente, della continuità nel processo diagnostico-terapeutico e della gestione del dolore.

Nel 2015, sulla base dei risultati della valutazione effettuata nel 2014, sono state identificate le strutture più critiche alle quali assegnare obiettivi specifici di budget relativi alla complessiva tenuta della documentazione sanitaria. La valutazione è stata effettuata tramite verifica sul campo delle cartelle cliniche ancora aperte, senza preavviso, potendo verificare così anche gli eventuali miglioramenti attuati a seguito dei risultati 2014. Oltre alle unità operative che avevano lo specifico obiettivo di budget, sono state incluse ulteriori strutture ai fini del monitoraggio "continuativo" della qualità della documentazione.

La valutazione sul campo delle cartelle cliniche su un panell completo di fattori ha riguardato 17 Unità Operative (90 cartelle esaminate) con un'appropriatezza complessiva pari al 84% (85% per gli item medici e 81 % per quelli infermieristici).

3.4.2 Processi aziendali

Valutazione degli esiti e delle performance.

Ai fini della valutazione comparativa con altri soggetti erogatori, in particolare con altre aziende del Sistema Sanitario Regionale, si è data continuità anche nel 2015 alle analisi dei dati del Piano Nazionale di valutazione di Esito (PNE) nel quale si evince che l'Azienda per la maggior parte degli indicatori - e in particolare per le tematiche di alta specializzazione - riporta valori migliori della media nazionale. Le aree critiche saranno oggetto di analisi nell'ambito di processi di valutazione con i professionisti.

L'Azienda aderisce a sistemi nazionali e regionali per la valutazione delle performance in sanità

Di seguito è riportata una sintesi degli obiettivi PNE 2015 (dati 2014).

Indicatori PNE 2015 (dati 2014)	Indicatori PNE 2015			Cfr media naz		Sign esito	Cfr anno prec	
	N	Rischio grezzo	Rischio ADJ	RR ADJ	p ADJ°			p ADJ°
INDICATORI di ESITO								
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	579	7,77	5,7	0,62	0,002		0,93	0,707
Infarto Miocardico Acuto senza PTCA: mortalità a 30 giorni	268	13,43	11,63	0,69	0,028		0,94	0,772
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	579	36,44	42,92	1,04	0,530		1,01	0,932
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA nel ric. indice o succ. entro 7gg	579	53,54	60,86	1,03	0,341		0,99	0,793

Indicatori PNE 2015 (dati 2014)	Indicatori PNE 2015			Cfr media naz		Sign esito	Cfr anno prec	
	N	Rischio grezzo	Rischio ADJ	RR ADJ	p ADJ°			p ADJ°
INDICATORI di ESITO								
Infarto Miocardico Acuto con PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni	211	3,32	2,34	0,53	0,099		0,8	0,645
Infarto Miocardico Acuto con PTCA oltre 2 giorni dal ric: mortalità a 30 giorni	103	1,94	1,31	0,36	0,162		0,54	0,473
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di ricoveri entro 2 giorni	579	4,84	5,14	0,72	0,077		2,08	0,017
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	672	11,16	7,1	0,69	0,005			
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	672	24,26	21,35	0,94	0,396			
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	379	1,85	2,05	0,88	0,753		2,66	0,249
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	796	2,01	1,86	0,65	0,099		0,57	0,286
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	1008	7,64	6,78	0,66	0,000		1,2	0,269
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	711	16,88	15,88	1,07	0,405		1,03	0,822
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	227	1,32	1,29	0,69	0,516		1,54	0,723
Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni	269	2,6	2,48	0,69	0,338		1,81	0,632
Colecist. (DO e DH): proporzione di colecistectomie laparoscopiche	265	86,04	90,18	0,97	0,022		1,05	0,119
Colecist. laparoscopica: % ricoveri ordinari con deg post-operatoria inf. a 3gg	227	82,82	84,98	1,28	0,000		1,09	0,101
Colecist. laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	368	5,71	5,37	2,39	0,000		0,73	0,481
Colecist. laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	368	0,54	0,51	0,47	0,290		0,68	0,783
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	2701	27,03	19,67	0,77	0,000		0,95	0,409
Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	4046	0,52	0,46	1	0,997		1,32	0,524
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	4046	0,79	0,8	1,47	0,029		0,85	0,649
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio	2177	1,33	1,06	1,34	0,123		1,45	0,328
Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	2177	1,7	1,58	1,92	0,000		0,9	0,741
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	381	3,94	2,89	0,52	0,013		0,98	0,962
Frattura del collo del femore: Intchir entro 2 giorni	379	80,74	83,02	1,66	0,000		1,05	0,193
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	289	0	0	-	-		-	-
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	353	11,05	9,87	0,88	0,439		1,11	0,650
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	322	9,32	8,9	1,22	0,257		1,21	0,462
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	568	11,62	8,22	0,93	0,573			
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	519	16,18	14,12	1,05	0,643			
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	1944	7,87	7,28	0,63	0,000		1,08	0,526
Intchir per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	182	2,75	2,72	0,46	0,093			
Intchir per TM colon: mortalità a 30 giorni	421	6,41	4,76	1,17	0,461		0,74	0,479
Intchir per TM retto: mortalità a 30 giorni	74	0	0	-	-		-	-

Intchir per TM polmone: mortalità a 30 giorni	171	3,51	2,42	1,82	0,167		1,28	0,796
Intchir per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	260	8,08	9,09	2,27	0,000		1,65	0,131
Intchir per TM rene: mortalità a 30 giorni	540	0,93	0,74	0,61	0,301		0,86	0,889
Intchir per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	136	7,35	9,61	1,79	0,097		0,9	0,902
Intchir per TM fegato: mortalità a 30 giorni	464	2,16	2,83	1,07	0,834		-	-
Intchir per TM mammella: % interventi in reparti con attività superiore ai 135 casi	363	86,5	-	-	-			
Intchir per TM mammella: Proporzione di interventi conservativi	363	63,36	-	-	-		1,05	0,416
Intchir per TM mammella: ricostr. o inserz espansore in ric con interv.demolitivo	90	40	45	1,01	0,962		1,14	0,591
Intchir per TM mammella: nuove resezioni a 90 giorni da un interv. conservativo	201	0	0	-	-		-	-
Intchir per TM mammella: nuove resezioni a 120 giorni da un interv. conservativo	202	0,5	0,49	0,05	0,003		-	-

Risultato migliore rispetto alla media nazione ($p < 0,05$)	
Risultato peggiore rispetto alla media nazione ($p < 0,05$)	
Risultato non difforme rispetto alla media nazionale ($p > 0,05$)	

p ADJ = in **verde** o **rosso grassetto** se p significativo in senso positivo o negativo

Sempre in tema di valutazione della performance relativamente alla qualità dell'assistenza, oltre a fornire i dati richiesti nei flussi regionali, è in corso di predisposizione e validazione uno strumento interno di monitoraggio di un set di indicatori aziendali per la sistematica misurazione della performance clinica in alcuni settori di specifico interesse, utilizzando principalmente il sistema informativo corrente. Le fonti degli indicatori sono rappresentate sia da dati di letteratura sia da indicazioni regionali e nazionali, contemplando il monitoraggio di tutti gli indicatori previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015.

Sono stati identificati specifici indicatori di processo e di esito che riguardano aree assistenziali e percorsi di cura definiti. Saranno inoltre misurati i volumi di attività per le condizioni cliniche in cui è stata dimostrata in letteratura l'associazione tra volume ed esito. L'obiettivo finale per l'anno 2016 è quello di pubblicare sistematicamente il monitoraggio di un set di indicatori dando evidenza dei risultati - e del confronto con standard riconosciuti in letteratura - ai fini del miglioramento delle performance e per l'analisi dei profili critici.

Già nel corso del 2015, rispetto ad alcune aree di attività e/o condizioni cliniche (es. chirurgia generale, ortopedia e percorso frattura di femore), sono stati restituiti in appositi incontri con i clinici interessati i risultati di misurazioni delle performance.

Gran parte dell'offerta assistenziale del Policlinico è basata su percorsi clinico - organizzativi e su percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), strutturati per garantire la presa in carico del paziente. I percorsi hanno come denominatore comune la possibilità, per il cittadino, di una valutazione multidisciplinare da parte degli specialisti più qualificati nella cura della propria malattia e la garanzia della continuità delle cure.

Gran parte dell'offerta assistenziale dell'Azienda è basata su percorsi clinico - organizzativi e PDTA

I PDTA strutturati in questi ultimi anni hanno riguardato in particolare pazienti con patologia oncologica (tumori della tiroide, del polmone, della mammella, del distretto testa – collo, del fegato, della prostata, GIST e sarcomi, melanoma), neurovascolare (es. Stroke, TIA) e cardiovascolare (es. Scompenso cardiaco, SCA-IMA) e hanno contribuito al miglioramento delle performance in questi ambiti.

A partire dal 2013 è stato strutturato fra le due Aziende sanitarie di Bologna un sistema per la valutazione della performance dei percorsi clinico -assistenziali a valenza interaziendale con l'obiettivo di uniformare le attività dei professionisti verso comportamenti appropriati e per quanto possibile "omogenei" a fronte di analoghe situazioni cliniche.

Nel 2015 si è data continuità al monitoraggio interno di definiti percorsi di cura allo scopo di proseguire nelle azioni utili alla conferma dei livelli di performance raggiunti o di migliorare i profili di eventuali criticità rilevati.

Fra i percorsi monitorati c'è quello di presa in carico delle pazienti con tumore della mammella. Per la totalità della casistica è garantita la valutazione nell'ambito del team multidisciplinare e sono garantite le clinical competence previste.

Il PDTA è stato certificato secondo lo standard ISO 9001:2008 ed è sottoposto alle sistematiche verifiche per il mantenimento della certificazione europea EUSOMA per le Breast Unit.

L'attività chirurgica senologica è effettuata in un'unica sede chirurgica che nel 2015 ha eseguito 407 interventi di chirurgia conservativa o demolitiva (dati aziendali) a garanzia dei volumi previsti dai dati di letteratura e dalle indicazioni normative, con una proporzione di re-intervento chirurgico per tumore della mammella a 90 giorni intorno allo 0%.

Il numero di nuove pazienti prese in carico nel 2015 è risultato pari a 558.

Sono inoltre monitorati gli indicatori di qualità indicati da EUSOMA:

INDICATORE	RISULTATO ATTESO	RISULTATO OTTENUTO
21.0 Diagnosi cito/istologica preoperatoria positiva (C5/B5) di carcinoma/n. totale dei carcinomi operati	80%	283/299 (95%)
22.0 Casi di cancro infiltrante trattati con chirurgia primaria, per cui sono stati segnalati i seguenti parametri: tipo istologico, grado, ER&PR, stadio patologico (T e N), diametro in mm per la componente invasiva/totale di casi trattati con chirurgia primaria con cancro infiltrante	90%	256/261 (98%)
23.0 Rapporto di casi di cancro non infiltrante, per cui sono stati segnalati i seguenti parametri predittivi: quadro istologico dominante e grado	80%	256/261 (98%)

INDICATORE	RISULTATO ATTESO	RISULTATO OTTENUTO
24.0 Rapporto di pazienti con cancro infiltrante e rimozione ascellare effettuata, con almeno 10 linfonodi esaminati	85%	66/66 (100%)
25.0 N. pazienti trattate con chirurgia conservativa per carcinoma infiltrante con radioterapia complementare/totale delle pazienti trattate con chirurgia conservativa per carcinoma infiltrante	90%	158/168 (91%)
26.0 Rapporto di pazienti con cancro invasivo al seno non superiore ai 3 cm e sottoposte a chirurgia conservativa (grandezza totale includendo le componenti DCIS)	70%	159/182 (87%)
27.0 N. pazienti con tumore non invasivo non superiore ai 2 cm trattate con BCT/totale pazienti	70%	38/38 (100%)
28.0 Rapporto di pazienti con DCIS che non hanno effettuato dissezione ascellare	93%	38/38 (100%)

Fonte: Piano nazionale esiti (Dati relativi ai 12 mesi 2015)

Il percorso di cura per l'assistenza integrata alle persone anziane con frattura di femore, tuttora una delle patologie con il più alto impatto sulla salute, è un ulteriore PDTA monitorato anche a livello interaziendale

Il percorso aziendale è attivo dal 2008 ed è integrato con l'Azienda territoriale per la presa in carico riabilitativa post - acuta.

Nel 2015 la proporzione di interventi chirurgici effettuati entro 2 giorni dall'ingresso in ospedale per frattura di femore è stato dell'83% a conferma del trend positivo degli ultimi 3 anni (dati aziendali su modalità calcolo PNE).

ANNO	N. interventi FF totali	N. casi entro 48 h	% casi entro 48h
2013	430	331	76,98%
2014	457	374	81,84%
2015	414	343	82,85%

L'importante risultato è stato conseguito grazie al consolidamento del modello ortogeriatrico e alla fattiva integrazione operativa interprofessionale e interdisciplinare nel trattamento che rappresentano, al momento, i tipi di intervento più efficaci per migliorare i risultati a breve e lungo termine.

Il percorso di cura della frattura di femore non si esaurisce durante la fase acuta, ma necessariamente richiede una fase post-acuta per la stabilizzazione clinica e generalmente per il recupero funzionale. Da un'analisi svolta in Area Vasta Centro nel corso del 2015 su dati 2013 - 2014 è emerso che, analizzando il percorso che il paziente segue al termine del ricovero per il trattamento della frattura, si osserva che circa i due terzi dei pazienti ricevono un trattamento in ambito riabilitativo o lungodegenza di qualche tipo (interno e/o esterno alle rispettive strutture o in entrambi i contesti). Dai dati analizzati il paziente ricoverato presso il Policlinico S. Orsola - Malpighi risulta effettuare un'attività riabilitativa nel 73% dei casi.

In conclusione, si può affermare che, relativamente alla presa in carico complessiva del paziente anziano con frattura di femore, gli esiti del Policlinico appaiono in linea con i risultati di altre strutture di riferimento e con gli standard presenti in letteratura.

Il monitoraggio di specifici PDTA attraverso indicatori selezionati o di specifiche condizioni cliniche con dati di esito costituisce parte integrante del **Piano dipartimentale della performance di governo clinico**, al fine di monitorare l'efficacia e l'appropriatezza delle cure negli ambiti o percorsi assistenziali più rilevanti.

3.4.3 Altri progetti di qualità dell'assistenza

Gestione ferite difficili e lesioni da pressione.

Nel 2015 è proseguita l'attività di consulenza da parte dell'infermiere esperto in Wound Care ai pazienti ricoverati a rischio o portatori di lesioni da pressione (LdP) o di altre tipologie di ferite croniche. I pazienti valutati e trattati nel corso del 2015 sono stati 91 (88 nel 2014) con 302 consulenze/anno.

Nel trattamento di ferite di difficile guarigione può essere utilizzata la tecnologia Terapia a Pressione Negativa (TPN), il cui appropriato utilizzo è oggetto di monitoraggio aziendale e regionale.

Nel corso del 2015 sono stati trattati con TPN 79 pazienti: la maggior parte dei casi per deiscenza di ferita chirurgica, con una durata media di trattamento di 22,8 giorni (circa il 60% dei pazienti risulta trattato all'interno del range temporale di appropriatezza).

L'incidenza di Lesioni da Pressione rilevata nel 2014 nell'ambito di un progetto di ricerca regionale sui Nursing Sensitive Outcome condotto in 5 reparti pilota del Policlinico risulta, nel periodo considerato, compresa fra lo 0% e il 4,2% del PARE, in linea con i dati di letteratura che oscillano dal 1% al 7%. E' prevista nel 2016 la realizzazione di una indagine di prevalenza delle Lesioni da Pressioni.

Cadute

Il fenomeno "cadute" continua ad essere oggetto di monitoraggio e sorveglianza con apposita scheda inserita nel database aziendale per periodiche valutazioni. Inoltre, nel corso del 2015 sono stati programmati ed eseguiti audit specifici in area pediatrica, ostetrica e internistica per la valutazione dell'adesione alle raccomandazioni aziendali per la prevenzione delle cadute del paziente adulto/anziano, del bambino e della madre/neonato diffuse nel 2014.

I risultati sono stati complessivamente positivi: le valutazioni in area ostetrica e pediatrica hanno evidenziato una forte sensibilizzazione degli operatori alla problematica e l'appropriato coinvolgimento e collaborazione da parte dei genitori; l'audit in area internistica ha evidenziato la necessità di una maggiore sistematicità nell'applicazione sistematica degli strumenti a disposizione.

Un focus specifico sulla valutazione dell'efficacia e del rapporto costo-efficacia di un insieme di interventi (care bundle) per ridurre l'incidenza e gli esiti delle cadute accidentali nei pazienti anziani ricoverati è l'obiettivo di uno studio randomizzato per cluster attualmente in corso nell'ambito del programma di ricerca Regione Università – Area 2 Ricerca per il Governo clinico 2013.

Gestione degli accessi venosi centrali – PICC

La scelta e il posizionamento dell'appropriato accesso vascolare per la somministrazione della terapia infusiva riveste grande importanza assistenziale, in quanto in grado di ottimizzare i tempi terapeutici e ridurre al minimo le possibili complicanze. Sono, inoltre, numerose le evidenze di una maggiore appropriatezza dei trattamenti e del contenimento dei costi mediante la costituzione di team interprofessionali, i PICC team, per il posizionamento bedside dei dispositivi venosi centrali ad accesso periferico.

Nel corso del 2015 è stato strutturato l'appropriato percorso finalizzato all'impianto e alla gestione degli accessi venosi centrali e periferici in vena profonda nei pazienti ricoverati e sono stati individuati interventi e modalità per l'attivazione di un PICC team aziendale a garanzia di un servizio stabile di posizionamento bedside di accessi vascolari.



Ospedale – Territorio senza dolore

Le azioni inerenti la gestione del dolore sono proseguite anche nel 2015 sulla base dell'esperienza acquisita negli anni precedenti.

Anche nell'anno 2015 il Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore (COTSD) ha recepito gli obiettivi regionali, definito le priorità d'intervento e pianificato le attività.

In particolare, si è proceduto alla elaborazione di un unico e aggiornato documento di riferimento aziendale per la gestione del dolore allo scopo di diffondere la cultura del sollievo dal dolore attraverso l'opera integrata di tutti i professionisti e l'informazione adeguata dei pazienti.

Il documento riporta le corrette modalità operative per la valutazione clinica del dolore, le scale di valutazione validate e utilizzate nelle Unità Operative per la rilevazione del dolore per il paziente adulto (NRS e PAINAD) e per i pazienti pediatrici nelle diverse fasce di età (PIP, EDIN modificata, FLAC, WONG-BAKER), nonché gli indicatori identificati per il monitoraggio della gestione del dolore nel Policlinico. La corretta e appropriata valutazione e misurazione del dolore è valutata attraverso audit su campione di cartelle cliniche tramite la verifica di un set di item specifici.

Allo scopo di rendere il paziente consapevole e partecipe degli intenti e degli obiettivi relativi alla gestione del dolore, è stata predisposta una informativa da consegnare al paziente al momento del ricovero con informazioni dettagliate sulla rilevazione e gestione del dolore.

Sono stati istituiti diversi gruppi di miglioramento per area clinico - assistenziale allo scopo di valutare le specifiche criticità e adattare protocolli per la gestione del dolore e realizzate iniziative formative sul campo e residenziali sulla gestione del dolore.

Il 31 maggio 2015 l'Azienda ha partecipato, in collaborazione con AUSL di Bologna, alla XIV Giornata Nazionale del Sollievo attivando diverse iniziative di comunicazione e informazione interna ed esterna, anche attraverso le pagine internet e intranet, per la diffusione di materiale informativo specifico per area e altro materiale distribuito dalla Regione.

Rete delle cure palliative in ambito oncologico

L'Azienda rappresenta un nodo della rete locale di cure palliative in ambito oncologico e collabora con l'Azienda USL nel raccordare le azioni intraprese all'interno del Policlinico alle opzioni assistenziali offerte dalla rete territoriale di cure palliative.

Inoltre, nell'ambito delle cure palliative pediatriche, si realizza la domiciliazione dei pazienti pediatrici cronici, si formano i care giver e si fornisce il supporto per la corretta individuazione dei presidi da erogare e per rispondere a specifiche necessità cliniche e/o antalgiche.

Nel corso del 2015, in coerenza con le linee di indirizzo regionali contenute nella D.G.R. 560/2015 «Riorganizzazione della rete locale di cure palliative», è stata garantita la partecipazione aziendale alla ridefinizione con l'AUSL di Bologna della rete metropolitana.

Operativamente sono stati ridefiniti i programmi organizzativi di presa in carico di pazienti oncologici critici dimessi dai reparti degenza e dai day hospital del Policlinico attraverso programmi di dimissioni protetta condivisi al fine di snellire le procedure di presa in carico extra-ospedaliera di pazienti con patologie oncologiche severe croniche irreversibili. Nello stesso tempo sono state avviate le procedure per l'attivazione della rete territoriale di Cure Palliative dedicata alla presa in carico di pazienti oncologici in fase avanzata di malattia da parte degli hospice del territorio metropolitano. Tutte le azioni messe in campo, unitamente alla attivazione nel giugno 2015 della Medicina di Continuità Assistenziale in Oncologia, hanno la finalità di rendere progressivamente più efficiente il programma di continuità assistenziale in ambito oncologico.

Al fine, in particolare, di offrire un utile supporto ai professionisti del Policlinico per la continuità assistenziale e l'interazione con i servizi domiciliari dedicati e le attività degli hospice di Bologna, contribuendo così alla realizzazione degli obiettivi previsti della rete, sarà progressivamente implementato il modello già sperimentato nel corso del 2014 di consulenza mobile da parte di personale medico e infermieristico competente in cure palliative per i pazienti ricoverati con bisogni complessi nella fase avanzata di malattia e nel fine vita.

3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica clinica e organizzativa

3.5.1 L'eccellenza organizzativa

Nell'ambito del percorso regionale "Realizzazione di modelli organizzativi di ospedali per intensità di cure e/o complessità assistenziale" l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna ha sviluppato un progetto di innovazione organizzativa, suddiviso in tre sottoprogetti così individuati:

- Riorganizzazione del Polo Cardiochirurgico e dei Trapianti;

L'Azienda collabora con l'azienda USL di Bologna per l'organizzazione della rete delle cure palliative e partecipa al percorso regionale per la rete delle cure palliative in età pediatrica

L'Azienda ha sviluppato progetti per la realizzazione di modelli organizzativi di ospedali per intensità di cura e/o complessità assistenziale.

- Riorganizzazione delle attività chirurgiche;
- Riorganizzazione dell'area internistico - geriatrica del Padiglione 2.

Per quanto riguarda l'area internistico – geriatrica del padiglione 2 le attività sviluppate fin dal 2012 sono state da tempo consolidate.

In questa sede si riferisce in merito alle attività relative ai sottoprogetti Riorganizzazione del Polo Cardiochirurgico e dei Trapianti e Riorganizzazione delle attività chirurgiche.

Nell'anno 2015 è stata completata l'attivazione del Polo Cardio-Toraco-Vascolare (CTV) il cui modello gestionale ha perseguito quanto già predisposto nella DGR 2040/2015, applicando il modello per intensità di cura. In questo nuovo paradigma del concetto di cura il bisogno assistenziale si separa, secondo un parametro di intensità, dal legame tradizionalmente univoco con il percorso clinico. Per rispondere, in maniera flessibile e personalizzata alle esigenze dei pazienti, svanisce il concetto di attribuzione dei posti letto prefissati alle unità operative e si attiva un passaggio ai cosiddetti "letti funzionali", il personale infermieristico è chiamato a non lavorare più per compiti, ma per funzioni garantendo un ruolo di "cerniera" necessario per l'integrazione e la condivisione dei processi tra le diverse discipline.

Applicazione dei principi della DGR 2040/2015 per il miglioramento dell'efficienza: il modello di intensità di cura del Polo CTV

Indispensabile al buon funzionamento, la precisa definizione dei ruoli (coordinatore, responsabile organizzativo, case manager, responsabile flussi etc.), delle procedure (es. gestione sale operatorie) e dei percorsi. Inoltre, nell'ottica di una maggiore standardizzazione dei flussi dei pazienti, la programmazione dei ricoveri nel Polo CTV prevede un approccio integrato con dimissioni e ricoveri gestiti in sincronia da una cabina di regia operativa, formata da un'equipe di professionisti sanitari con competenze in bed e case management. La cabina di regia gestisce la programmazione delle attività di ricovero in relazione alla disponibilità di posti letto dei diversi setting di cura, della programmazione delle sale operatorie e ai tempi di attesa.

Tutti questi elementi, frutto dei gruppi di lavoro interdisciplinari avviati nell'anno 2014, lavoreranno per la continua ottimizzazione della degenza media e del tasso di occupazione per incrementare il numero delle dimissioni utili alla **riduzione dei pazienti in lista di attesa**, in un contesto di **elevata qualità degli esiti** per pazienti ad alta complessità clinica. In tal senso è utile evidenziare (esempi di indicatori riportati in tabella) che la forbice tra l'indicatore grezzo e quello aggiustato, elaborato nel PNE dell'anno 2015, documenta la gestione di pazienti complessi (si veda la metodologia di aggiustamento del PNE).

Tabella 3.2 Forbice tra indicatore grezzo e aggiustato – PNE 2015

INDICATORE	N	% GREZZA	% ADJ	RR	P
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	579	7,77	5,70	0,62	0,002
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	552	7,43	5,44	0,64	0,007
Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni	268	13,43	11,63	0,69	0,028
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni	211	3,32	2,34	0,53	0,099
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento	103	1,94	1,31	0,36	0,162
Infarto Miocardico Acuto: mortalità	672	11,16	7,1	0,69	0,005
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità	796	2,01	1,86	0,65	0,099
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	1008	7,64	6,78	0,66	0

Fonte: PNE 2015

Nel 2015 è stato consolidato il progetto di riorganizzazione delle attività chirurgiche sulla base dei percorsi di cura ed è stata implementata la piastra di chirurgia robotica.

Nel corso del 2015 è stato consolidato il **modello di gestione per percorsi di cura in area chirurgica** (chirurgie generali) e nel contempo si è attuata la definizione di alcuni percorsi di bassa complessità in ambito Urologico, di Chirurgia Plastica e Chirurgia Vascolare. Per queste tre branche specialistiche si sono individuate alcune tipologie di pazienti e/o di patologie da trattare presso la Week Surgery di Budrio (andrologia, lesioni pigmentate cutanee quali ad esempio i basaliomi e la patologia venosa agli arti inferiori). Presso la Day Surgery aziendale ubicata al Padiglione 1 sono stati trasferiti interventi di piccola chirurgia urologica gestibili in regime di Day Surgery o di One day Surgery. Questo ulteriore sviluppo dei percorsi, volto a concentrare l'attività di elezione in percorsi di cura, indipendentemente dalla UO erogante, ha comportato una ottimizzazione delle sale operatorie e dei posti letto aziendali. Sono stati ipotizzati sistemi di monitoraggio per ogni singolo percorso che considerasse volumi di attività, costi ma anche esiti in termini di re-interventi e decessi. Nel corso del 2015 il sistema di rendicontazione è stato applicato soprattutto sui percorsi più maturi rappresentati da quelli presenti nell'area di chirurgia generale rappresentati da:

- Percorso chirurgia del tratto alimentare;
- Percorso chirurgia pancreatica e endocrina;
- Percorso chirurgia epatica e delle vie biliari;
- Percorso di chirurgia della mammella;
- Percorso di chirurgia della patologia oncologica della pelvi femminile;
- Percorso dell'emergenza-urgenza chirurgica;
- Percorso delle patologie a bassa complessità.

Per migliorare i percorsi sono stati mensilmente forniti ai Coordinatori di ogni percorso i volumi, i consumi, gli esiti specificando anche l'apporto che ogni singola UO aveva dato al singolo percorso. Data la peculiarità della casistica trattata, una rendicontazione a parte è stata adottata per la Week Surgery di Budrio e la Chirurgia in Urgenza. Di seguito vengono riportate alcune delle schede di monitoraggio dei percorsi.

Tabella 3.3 attività della Week Surgery di Budrio

DEGENZA BUDRIO 2015 VS 2014 MESI 12	CASI							
	DO		DH		Amb./No SDO		Totale	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
NUMERO POSTI LETTO								
AMMESSI	674	615	881	1117	26	43	1581	1.775
Bologna e provincia	79,82 %	78,05 %	79,11 %	82,36 %	2100,00 %	74,42 %	79,13 %	80,68 %
Fuori provincia	7,72 %	7,48 %	6,70 %	4,92 %	100,00 %	6,98 %	7,08 %	5,86 %
Fuori regione	12,46 %	14,47 %	13,85 %	12,62 %	300,00 %	13,95 %	13,22 %	13,30 %
Stranieri o sconosciuti			0,34 %	0,09 %	3,85 %	4,65 %	0,25 %	0,17 %
DIMESSI	658	586	881	1.117			1539	1.703
Bologna e provincia	79,79 %	78,84 %	79,11 %	82,36 %			79,40 %	81,15 %
Fuori provincia	7,75 %	7,51 %	6,70 %	4,92 %			7,15 %	5,81 %
Fuori regione	12,46 %	13,65 %	13,85 %	12,62 %			13,26 %	12,98 %
Stranieri o sconosciuti			0,34 %	0,09 %			0,19 %	0,06 %
NUMERO INTERVENTI CHIUSI	602	525	827	1055	26	43	1455	1623
GIORNATE DI DEGENZA	1225	1070						
DEGENZA MEDIA DIMESSI	1,86	1,83						
DEGENZA MEDIA (transitati)	1,83	1,80						

Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

Nell'anno 2015 presso la week surgery di Budrio si è consolidata l'attività delle chirurgie generali e di alcune chirurgie specialistiche rappresentate da Andrologia e Chirurgia Plastica (avvio a novembre 2014) e l'inizio dell'attività di bassa complessità presso Budrio da parte della Chirurgia Vascolare, limitatamente alla patologia venosa degli arti inferiori.

La tabella sotto riportata rappresenta la frequenza dei vari interventi eseguiti presso la week surgery nel corso del 2015.

Tabella 3.4 frequenza degli interventi eseguiti presso la Week surgery di Budrio (anno 2015)

Patologia/percorso	% sul totale
Miscellanea	10,49
Tratto Alimentare	1,48
Proctologia	13,89
Ernia	27,28
Colecisti	12,28
Vascolare	5,43
Plastica	13,64
Andrologia	15,43

Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

L'attivazione della week surgery presso l'ospedale di Budrio ha permesso la riduzione delle liste attese

A dimostrazione delle ottime performance dei singoli professionisti e dell'ottima selezione da parte dell'Equipe anestesiologicala dell'Ausl di Bologna si riporta il numero di re interventi (6/1623 nell'anno 2015, pari allo 0,36% dei casi trattati) e il numero di casi sottoposti al trasferimento da Week Surgery presso le unità operative dell'AOU in quanto non dimissibili entro il venerdì sera (31/1623 , pari a 1,91%). Di seguito sono riportate le schede di rendicontazione periodica predisposte dal controllo di gestione affinché ogni coordinatore di percorso possa costantemente monitorare l'attività e i costi, ma anche le performance dei singoli professionisti.

PERCORSO MAMMELLA

OBIETTIVI DI ATTIVITA' (p.mammella)

Indicatore	Budget 2016	Note per il Budget 2016	Anno 2015	6 mesi 2015	6 mesi 2016	proiezione 2016
INTERVENTI - PERCORSO MAMMELLA	550		532	276	295	568,62

DURATA MEDIA DEGENZA - PERCORSO MAMMELLA	1,76	Mantenimento	1,8	1,84	1,62	1,57
DURATA MEDIA DEGENZA PREOPERATORIA - PERCORSO MAMMELLA	0,14		0,2	0,21	0,12	0,12
INTERVENTI CON RICOVERO DA PS - PERCORSO MAMMELLA		Monitoraggio	1		1	
INTERVENTI PROGRAMMATI - PERCORSO MAMMELLA	531	Mantenimento	531	276	294	565,63
PESO MEDIO DO DRG DIMESSI - PERCORSO MAMMELLA	1,05		1	1,04	1,02	1,03

CONSUMI DI SALA OPERATORIA (p.mammella)

Indicatore	Budget 2016	Note per il Budget 2016	Anno 2015	6 mesi 2015	6 mesi 2016	proiezione 2016
% INTERVENTI CON SCARICO - PERCORSO MAMMELLA %	99 %	Obiettivo Coordinatore Infermieristico	99 %	100 %	100 %	99 %
COSTO DEL MATERIALE SCARICATO IN SALA - PERCORSO MAMMELLA		Monitoraggio	176.812,3	47.565,6	100.576,92	373.867,52
COSTO MEDIO PER INTERVENTO - PERCORSO MAMMELLA	218,99		334,9	172,97	343,27	664,58

PERCORSO FEGATO

OBIETTIVI DI ATTIVITA' (p.fegato)

Indicatore	Budget 2016	Note per il Budget 2016	Anno 2015	6 mesi 2015	6 mesi 2016	proiezione 2016
INTERVENTI - PERCORSO FEGATO	280		237	115	114	234,94
DURATA MEDIA DEGENZA - PERCORSO FEGATO	12		12,6	12,84	10,95	10,75
DURATA MEDIA DEGENZA PREOPERATORIA - PERCORSO FEGATO	2,3		3,3	3,36	3,07	2,99
% REINTERVENTI SU TOTALE INTERVENTI - PERCORSO FEGATO %	0 %		0 %	1 %		
% DECEDUTI SU TOTALE INTERVENTI - PERCORSO FEGATO %	0 %	Monitoraggio	0 %	1 %	1 %	0 %
INTERVENTI CON RICOVERO DA PS - PERCORSO FEGATO	10	Monitoraggio	13	6	5	10,83
INTERVENTI PROGRAMMATI - PERCORSO FEGATO	273		224	109	109	224

CONSUMI DI SALA OPERATORIA (p.fegato)

Indicatore	Budget 2016	Note per il Budget 2016	Anno 2015	6 mesi 2015	6 mesi 2016	proiezione 2016
% INTERVENTI CON SCARICO - PERCORSO FEGATO %	98 %	Obiettivo Coordinatore Infermieristico	98 %	99 %	94 %	92 %
COSTO DEL MATERIALE SCARICATO IN SALA - PERCORSO FEGATO		Monitoraggio	318.486,2	127.771,78	156.420,86	389.897,39
COSTO MEDIO PER INTERVENTO - PERCORSO FEGATO	1.294,6	Monitoraggio	1.454,3	1.183,07	1.533,54	1.885,08

PERCORSO VIE BILIARI

OBIETTIVI DI ATTIVITA' (p.vie biliari)

Indicatore	Budget 2016	Note per il Budget 2016	Anno 2015	6 mesi 2015	6 mesi 2016	proiezione 2016
INTERVENTI - PERCORSO VIE BILIARE	30		27	15	15	27
DURATA MEDIA DEGENZA - PERCORSO VIE BILIARI	15,2		15,2	12,77	20,36	24,24
DURATA MEDIA DEGENZA PREOPERATORIA - PERCORSO VIE BILIARI	3,5		4,1	3,85	5,09	5,43
% REINTERVENTI SU TOTALE INTERVENTI - PERCORSO VIE BILIARI %						
% DECEDUTI SU TOTALE INTERVENTI - PERCORSO VIE BILIARI %		Monitoraggio	5 %	0 %	0 %	0 %
INTERVENTI CON RICOVERO DA PS - PERCORSO VIE BILIARI		Monitoraggio	7	2	4	14
INTERVENTI PROGRAMMATI - PERCORSO VIE BILIARI			20	13	11	16,92

CONSUMI DI SALA OPERATORIA (p.vie biliari)

Indicatore	Budget 2016	Note per il Budget 2016	Anno 2015	6 mesi 2015	6 mesi 2016	proiezione 2016
% INTERVENTI CON SCARICO - PERCORSO VIE BILIARI %		Obiettivo Coordinatore Infermieristico	100 %	100 %	100 %	100 %
COSTO DEL MATERIALE SCARICATO IN SALA - PERCORSO VIE BILIARI		Monitoraggio	37.314,4	14.446,55	20.615,02	53.247,1
COSTO MEDIO PER INTERVENTO - PERCORSO VIE BILIARI	1.358,63	Monitoraggio	1.865,7	1.111,27	1.874,09	3.146,42

PERCORSO PANCREAS

OBIETTIVI DI ATTIVITA' (p.pancreas)

Indicatore	Budget 2016	Note per il Budget 2016	Anno 2015	6 mesi 2015	6 mesi 2016	proiezione 2016
INTERVENTI - PERCORSO PANCREAS/ENDOCRINO	102	Monitoraggio	102	59	39	67,42

DURATA MEDIA DEGENZA - PERCORSO PANCREAS/ENDOCRINO	19,12		20,5	21,57	13,92	13,25
DURATA MEDIA DEGENZA PREOPERATORIA - PERCORSO PANCREAS/ENDOCRINO	1,66		2,6	3,19	2	1,65
% REINTERVENTI SU TOTALE INTERVENTI - PANCREAS/ENDOCRINO %		Monitoraggio	3 %			
% DECEDUTI SU TOTALE INTERVENTI - PERCORSO PANCREAS/ENDOCRINO %		Monitoraggio	8 %	11 %	0 %	0 %
INTERVENTI CON RICOVERO DA PS - PERCORSO PANCREAS/ENDOCRINO	23	Monitoraggio	23	13	14	24,77
INTERVENTI PROGRAMMATI - PERCORSO PANCREAS/ENDOCRINO	115		79	46	25	42,93

CONSUMI DI SALA OPERATORIA (p.pancreas)

Indicatore	Budget 2016	Note per il Budget 2016	Anno 2015	6 mesi 2015	6 mesi 2016	proiezione 2016
% INTERVENTI CON SCARICO - PERCORSO PANCREAS/ENDOCRINO %		Mantenimento	100 %	100 %	96 %	96 %
COSTO DEL MATERIALE SCARICATO IN SALA - PERCORSO PANCREAS/ENDOCRINO		Monitoraggio	151.119,1	76.634,93	42.296,53	83.406
COSTO MEDIO PER INTERVENTO - PERCORSO PANCREAS/ENDOCRINO	1.763,64	Monitoraggio	1.912,9	1.665,98	1.762,36	2.023,56

PERCORSO SURRENE

OBIETTIVI DI ATTIVITA' (p.surrene)

Indicatore	Budget 2016	Note per il Budget 2016	Anno 2015	6 mesi 2015	6 mesi 2016	proiezione 2016
INTERVENTI - PERCORSO SURRENE	18	Monitoraggio	15	7	7	15

DURATA MEDIA DEGENZA - PERCORSO SURRENE	4,47		4,5	4,14	5,33	5,75
DURATA MEDIA DEGENZA PREOPERATORIA - PERCORSO SURRENE	1		1	0,71	2,6	3,64
% REINTERVENTI SU TOTALE INTERVENTI - PERCORSO SURRENE %						
% DECEDUTI SU TOTALE INTERVENTI - PERCORSO SURRENE %		Monitoraggio	0 %	0 %	0 %	0 %
INTERVENTI CON RICOVERO DA PS - PERCORSO SURRENE		Monitoraggio			1	
INTERVENTI PROGRAMMATI - PERCORSO SURRENE			15	7	6	12,86

CONSUMI DI SALA OPERATORIA (p.surrene)

Indicatore	Budget 2016	Note per il Budget 2016	Anno 2015	6 mesi 2015	6 mesi 2016	proiezione 2016
% INTERVENTI CON SCARICO - PERCORSO SURRENE		Mantenimento 2015 Obiettivo Coordinatore Infermieristico	1	1	1	1
COSTO DEL MATERIALE SCARICATO IN SALA - PERCORSO SURRENE		Monitoraggio	24.792,3	12.064,39	12.626,91	25.948,25
COSTO MEDIO PER INTERVENTO - PERCORSO SURRENE		Monitoraggio	1.652,8	1.723,48	2.104,49	2.018,2

Oltre all'aggiornamento mensile da parte del Controllo di Gestione dei dati di attività e dei costi, ogni Coordinatore di Percorso è responsabile della tenuta e dell'aggiornamento delle liste d'attesa, anche queste collegate ad ogni singolo percorso.

Con cadenza annuale viene infine eseguita la cosiddetta "REVISIONE DEI PERCORSI" presente la Direzione Sanitaria e la Direzione Generale dell'Azienda, I Coordinatori dei Percorsi e i direttori di unità operativa. In questo momento vengono analizzate le criticità ed individuate ipotesi di miglioramento che rappresentano una assunzione di responsabilità da parte dei professionisti ma anche della direzione aziendale.

Parallelamente è stato consolidato il progetto per l'integrazione delle funzioni di chirurgia generale presso l'ospedale di Imola con la creazione dell'unità operativa interaziendale di chirurgia generale, attiva in via sperimentale dal mese di agosto 2014, in cui vengono effettuati interventi chirurgici di media complessità.

Nel contesto della rimodulazione dell'attività chirurgica per percorsi, quello dell'urgenza reso autonomo con afferenza al dipartimento dell'emergenza e l'assegnazione di un responsabile e di risorse umane dedicati, ha favorito al massimo l'attività di elezione. La missione dell'unità di chirurgia d'urgenza è provvedere alla diagnosi e al trattamento chirurgico dei pazienti con patologia chirurgica urgente indifferibile e provvedere alla stabilizzazione e al monitoraggio dei pazienti critici potenzialmente suscettibili d'intervento chirurgico urgente nelle 24-48 ore successive. La tabella sottostante mostra i dati di attività dei primi 2 anni .

La riorganizzazione dell'attività chirurgica per percorsi ha consentito di rendere autonomo quello dell'urgenza assegnandovi risorse umane dedicate, favorendo al massimo l'attività di elezione

Tabella 3.5 Attività chirurgica per percorsi di cura – Chirurgia d'Urgenza

		Anno 2014	Anno 2015
		8 mesi	12 mesi
INTERVENTI IN URGENZA	Posti letto deliberati	10	10
	OM %	150%	134%
	Totale ricoveri	635	1074
	Interventi	697	1020
	Interventi in Urgenza	545	795
	Durata media della degenza	3,68	3,41
	Durata media degenza preoperatoria	1,11	1,44
	Peso Medio DRG Ricoveri	1,576	1,641
	Deceduti	9,52 %	9%
	Reinterventi durante il medesimo ricovero	6%	7%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Come per le Chirurgie Generali e la Week Surgery di Budrio, anche per la Chirurgia in Urgenza sono stati inseriti indicatori di Performance che potessero indicare anche la qualità del lavoro svolto dalla Equipe.

Le tabelle che seguono rappresentano in sintesi come il pool di professionisti dedicati a tale attività siano stati misurati da un lato in base all'appropriato utilizzo delle risorse a disposizione della chirurgia in urgenza (sala operatoria - posti letto) e dall'altro sugli esiti.

Tabella 3.6 Appropriato utilizzo delle risorse (sala operatoria e posto letto)

Indicatore	Descrizione	Risultato atteso	Risultato ottenuto
Monitoraggio appropriato utilizzo della Sala Urgenza	Appropriatezza indagini endoscopiche eseguite in sala operatoria /totale delle indagini endoscopiche eseguite in sala operatoria (come da Procedura Aziendale 71).	> 95%	60/60 (100%)
Monitoraggio appropriato utilizzo della Sala Urgenza	Appropriato utilizzo della sala urgenza da parte di UO Chirurgie Specialistiche/totale degli interventi eseguiti nella sala dell'Urgenza.	> 50%	485/679 (71.4%)
Monitoraggio appropriato utilizzo della Sala Urgenza	Interventi in elezione eseguiti da Chirurgie Generali / totale degli interventi eseguiti nella sala dell'urgenza/	<50%	194/1630 (11.9%)

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.7: Performance dei professionisti della Chirurgia in Urgenza

Indicatore	Descrizione	Risultato atteso	Risultato ottenuto
Indicatori di performance della Chirurgia in Urgenza	N. reinterventi eseguiti entro 30 giorni/totale degli interventi in urgenza	<6%	Reinterventi entro 30 giorni: 35/951 (3.7%) Reinterventi entro 48 h: 7 (0.7%)

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

I dati relativi alla Week Surgery , ai percorsi delle chirurgie generali e in urgenza mostrano un buon mantenimento dell'attività chirurgica anche se persistono alcuni margini di miglioramento circa la ottimizzazione dei tempi di sala operatoria, la gestione della lista d'attesa e della nota operatoria.

Dall'attivazione dei percorsi di bassa complessità l'Azienda ha potuto giovare di una sala disponibile e pertanto a fine 2014 si è dotata di un robot in modo che all'inizio del 2015 è iniziata la chirurgia robotica in ambito urologico prima e ginecologico poi.

Nel 2015 è stata implementata l'attività di chirurgia robotica

La tabella che segue rappresenta l'attività del 2015 e dei primi mesi del 2016 da parte delle unità operative avviate a tale tipo di chirurgia e formate (urologia e ginecologia) o in corso di Formazione (chirurgia pediatrica).

Tabella 3.8 Performance delle UO- chirurgia robotica

Conteggio di IPaziente	Reparto						
CodiceDeg	Diagnosi	Urologia - CHIR. ROBOTICA CONCETTI	Ginecologia - CHIR. ROBOTICA DE IACO	Chirurgia Pediatrica - CHIR. ROBOTICA LIMA	Ginecologia CHIR. ROBOTICA SERACCHIOLI	Urologia - CHIR.ROBOTICA UROL.MARTORANA	Totale Risultato
180.9	TUMORI MALIGNI DELLA CERVICE UTERINA, NON SPECIFICATA		1				1
182.0	TUMORI MALIGNI DEL CORPO DELL'UTERO, ECCEETTO L'ISTMO		5			6	11
185	TUMORI MALIGNI DELLA PROSTATA	29					140
189.0	TUMORI MALIGNI DEL RENE, ECCEETTO LA PELVI	3					38
189.1	TUMORI MALIGNI DELLA PELVI RENALE					3	3
189.2	TUMORI MALIGNI DELL'URETERE					1	1
194.0	TUMORI MALIGNI DELLE GHIANDOLE SUPRENALI					1	1
233.2	CARCINOMI IN SITU DI ALTRE E NON SPECIFICATE PARTI DELL'UTERO					1	1
753.20	DIFETTO OSTRUTTIVO NON SPECIFICATO DELLA PELVI DEL RENE E DELL'URETERE					8	8
758.81	ALTRE MANIFESTAZIONI DOVUTE AD ANOMALIE DEI CROMOSOMI SESSUALI			1			1
Totale Risultato		32	6	1	7	159	205

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

La delibera regionale 199/2013 prevede, tra le linee di indirizzo destinate alle aziende sanitarie, l'obiettivo di "migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi, avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie, concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo".

Di seguito si rendicontano sinteticamente le linee di intervento. Alcuni di questi temi saranno ripresi ed ampliati nel capitolo 7.

LUM - Nel 2015 sono stati identificati insieme all'Azienda USL le attività, il personale, gli spazi, le attrezzature connesse alle attività di laboratorio di patologia clinica oggetto di cessione. Si è quindi proceduto con la cessione del ramo di azienda ed alla condivisione di un modello economico che regolamenti gli scambi fra le aziende. Per quanto concerne l'attività di microbiologia la concentrazione di tutti gli esami provinciali presso quest'azienda si completerà entro il 2016.

TUM - Il progetto originariamente attivato per l'unificazione dei Servizi Trasfusionali delle Aziende Sanitarie (AUSL Bologna, AOU S. Orsola, AUSL Imola e IOR) nel Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale di Area Metropolitana di Bologna e di Area Vasta AVEC si è sviluppato in concomitanza con i mandati regionali derivati dalla legge di Piano Sangue e Plasma 2013-2015 che dava indicazioni di portata più ampia dei confini della AVEC. L'esperienza condotta nei 2 anni di attivazione ha portato in luce aspetti di grande impatto e complessità per la sua attuazione, ma anche in quanto novità assoluta nell'ambito panorama organizzativo del settore della Medicina Trasfusionale per le attività trasfusionali stesse, per i rapporti con e tra le Aziende sanitarie regionali, per la programmazione regionale. In particolare nel 2016 si dovrà affinare ulteriormente il progetto andando a valutare quelle attività che oggi vengono effettuate presso la sede del Policlinico S. Orsola, e che sono strettamente interconnesse con alcune attività "core" aziendali, rendendo pertanto necessario l'ulteriore evoluzione del modello organizzativo a suo tempo proposto.

I progetti più significativi ai sensi della Delibera Regionale 199/2013

Genetica Medica - E' stato avviato un gruppo di progetto interaziendale con l'obiettivo di valutare le possibili integrazioni di attività, di spazi, di dotazione strumentale e le risorse umane dedicate alle attività al fine costituire una Unità Operativa unica di Genetica Medica in Area Metropolitana a Bologna, che riunisca le attività cliniche e di laboratorio esistente garantendo:

- la costituzione di un servizio unico con mantenimento dello stretto raccordo esistente tra Genetica Clinica e Laboratorio di Genetica
- la centralizzazione della produzione laboratoristica, ovviamente comprensiva delle attività "core" e delle nuove tecnologie di studio del genoma che rappresentano l'innovazione più rilevante degli ultimi anni;
- il mantenimento dell'equità di accesso alle prestazioni da parte dell'utenza in Area Metropolitana
- l'appropriatezza prescrittiva al centro delle valutazioni in relazione anche alle indicazioni del nuovo decreto ministeriale
- la valutazione, in relazione all'evoluzione tecnologica ed alla fisiologica modificazione dei volumi di attività, delle risorse umane e strumentali necessarie

Anatomia Patologica - E' stato costituito un gruppo di professionisti delle varie aziende interessate al fine di proporre alle Direzioni generali ed all'Università un progetto di riorganizzazione delle attività di Anatomia Patologica dell'AUSL di Bologna e dell'AOU di Bologna che, entro giugno, deve presentare il progetto condiviso dai partecipanti. Il gruppo partendo dalle esperienze nazionali ed internazionali deve presentare un'ipotesi di unificazione delle attività laboratoristiche che garantisca la qualità, uniformità delle prestazioni e nel contempo comprenda anche le esigenze formative degli studenti e dei professionisti.

Medicina del Lavoro - E' stato costituito un gruppo che, partendo dall'attuale situazione metropolitana, elabori un'ipotesi riorganizzativa delle attività tenendo conto anche dell'integrazione con i Servizi di prevenzione e protezione.

Radiologie Uniche Metropolitane (RUM) - Il progetto prevede la riconfigurazione dell'organizzazione dei servizi radiologici in area metropolitana orientato ad ottimizzare l'efficienza e la flessibilità d'uso delle risorse critiche anche attraverso lo sviluppo di interazioni polispecialistiche favorevoli processi multidisciplinari e multiprofessionali, in modo da valorizzare al massimo grado tutte le competenze presenti.

Pneumologia Interventistica - Il progetto prevede la costituzione di un unico Servizio di Pneumologia Interventistica avente come bacino di riferimento l'area territoriale metropolitana bolognese.

Medicina Nucleare - Il progetto prevede la creazione di un unico servizio di Medicina Nucleare che opererà sulle due sedi attualmente presenti allo scopo di garantire il governo unitario dell'offerta, l'appropriatezza delle prestazioni e il miglioramento dei percorsi dedicati al paziente.

Dermatologia - L'obiettivo che si pone il progetto è quello di organizzare una rete clinico-assistenziale, secondo percorsi di cura, che unisca tra loro gli ambulatori dermatologici presenti sul territorio bolognese (AUSL e AOU), definendo modalità e strumenti di integrazione tra 1° e 2° livello, sviluppando così sul piano del governo clinico e dell'appropriatezza le attività dermatologiche.

Rete Infettivologica - Il progetto prevede lo sviluppo di una infettivologia trasversale a livello metropolitano, finalizzata sia ad assicurare una gestione integrata che porti ad una sistematizzazione della metodologia di approccio clinico e ad una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Chirurgia Vascolare - Il progetto prevede l'integrazione a livello metropolitano dei percorsi e delle funzioni di chirurgia vascolare.

Chirurgia Toracica - Il progetto prevede l'integrazione a livello metropolitano dei percorsi e delle funzioni di chirurgia toracica.

Medicina Nucleare - Il progetto prevede la creazione di un unico servizio di Medicina Nucleare che opererà sulle due sedi attualmente presenti allo scopo di garantire il governo unitario dell'offerta, l'appropriatezza delle prestazioni e il miglioramento dei percorsi dedicati al paziente. Nel corso del 2015 dalla fase progettuale si è passati alla fase attuativa, con un complessivo riassetto dal punto di vista funzionale (specie della MN AUSL), attivazione del piano di aggiornamento tecnologico delle strutture cittadine e numerose altre sinergie, che hanno consentito di pianificare una serie di miglioramenti:

- armonizzazione delle procedure operative;
- allineamento delle modalità di prenotazione, con gestione sinergica della prenotazione tramite agende CUP;
- gestione integrata dei programmi di lavoro, sia per gli esami PET, che per quelli di MN convenzionale;
- attivazione del TAVOLO METROPOLITANO DI NEUROLOGIA NUCLEARE, che ha prodotto un documento di riferimento riguardo ai criteri di accesso ed alla tipologia di esami erogabili;
- estensione della rete formativa specialistica di UNIBO alla Medicina Nucleare della AUSL di Bologna.

Il progetto di unificazione del Servizio di Medicina Nucleare

3.5.2 L'eccellenza tecnologica

Al termine dei lavori edili - impiantistici per la realizzazione del Polo Cardio Toraco Vascolare, luglio 2014, è iniziata la fase di acquisizione della dotazione tecnologica della nuova struttura tuttora in corso. Tra gli acquisti sono sicuramente da segnalare per l'avanzato livello tecnologico i seguenti:

- sistema di monitoraggio che copre tutte le esigenze delle sale operatorie, blocco interventistico, terapie intensive e sub-intensive, degenze ordinarie. Tale sistema è integrato con una cartella clinica anestesologica che gestisce ed integra tutte le informazioni di competenza dell'anestesista che si sviluppano durante il percorso di cura del paziente con i dati strumentali (monitoraggio, ventilazione, infusione);

- blocco interventistico costituito da due sale di emodinamica con sistemi angiografici monoplanari, una sala di emodinamica con sistema angiografico biplanare e due sale ibride per interventi combinati realizzate con tecnologie avanzate;
- sistema di gestione audio/video che permette una gestione integrata di tutti i flussi video, imaging e audio utilizzati in ausilio alle attività delle sale operatorie e delle sale ibride interventistiche oppure prodotti all'interno delle stesse sale. La visualizzazione è possibile mediante monitor di elevata qualità e con un numero adeguato alla visualizzazione da parte di tutti gli operatori presenti all'interno delle sale. E' inclusa anche la possibilità di distribuzione dei flussi audio e video sulla rete aziendale a scopi clinici, didattici o per memorizzazione.
- sistemi di diagnostica radiologica ed ecografica con elevate prestazioni: TC a 128 slice dotata di software per elaborazioni cardiologiche e vascolari avanzate, risonanza magnetica 1,5 T completa con accessori ed applicativi di elaborazione dedicati all'attività cardio-vascolari, ecografi di elevato livello con sonde trans-esofagee 3D.

Nel corso del 2014 si è completata la fase progettuale post-acquisizione per il nuovo acceleratore lineare e si è avviata l'installazione del sistema che si è conclusa nel primo trimestre 2015. Il sistema acquisito è completo con le più moderne tecnologie, hardware e software, che permettono l'esecuzione di tecniche all'avanguardia nel trattamento radioterapico dei tumori.

Tra queste nuove tecnologie quella di maggiore interesse è un' innovativa applicazione (VMAT – Volumetric Modulated Arc Therapy) che permette una maggior precisione di trattamento, un minor tempo di esecuzione ed una maggiore capacità di conformazione di dose e protezioni dei tessuti sani e degli organi circostanti.

3.5.3 L'eccellenza clinica

L'Azienda è sede di un centro di eccellenza, di rilievo regionale e nazionale, per i trapianti d'organo e di midollo.

Le attività correlate alla funzione trapianto presenti all'interno dell'azienda sono le seguenti:

- coordinamento da parte del CRT (Centro Riferimento Trapianti e Centro Nazionale Trapianti) di tutte le attività di donazione e trapianto, di raccolta ed elaborazione dati e di gestione delle liste di attesa nell'ambito del SSR;
- supporto al trapianto mediante:
 - banca del sangue cordonale, vasi e valvole, biobanca e tipizzazione;
 - attività di laboratorio legata all'immunogenetica e alla sicurezza organi (Anatomia Patologica, Microbiologia, Centro Trasfusionale);

- presenza di unità operative dedicate al supporto all'attività di trapianto: SSD Trapianto di fegato (assistenza medica precoce ai pazienti trapiantati), SSD Centro regionale di riferimento per l'insufficienza intestinale cronica benigna, DH Scopenso e Trapianto Cardiaco, Medicina Interna per il Trattamento delle Gravi Insufficienze d'Organo.

Nell'anno 2015 l'attività di **trapianto di cuore** è stata condizionata da un ulteriore calo della disponibilità degli organi utilizzati rispetto al totale pool di donatori. Complessivamente sono stati effettuati tre trapianti pediatrici mantenendo questa attività in linea con gli anni precedenti mentre i trapianti in pazienti adulti è stato di 15 per un totale di 18.

L'attività di trapianto di cuore, di polmone, di fegato, di intestino multiviscerale, di rene

I risultati del Programma di cuore mostrano una sopravvivenza tendenzialmente superiore alla media nazionale considerando i trapianti effettuati negli ultimi 14 anni.

In seguito all'approvazione del comitato etico del Policlinico nel 2014 è stato avviato uno studio che, nel corso dei prossimi cinque anni, inquadrerà in maniera più dettagliata il sistema immunitario dei pazienti in carico al centro trapianti consentendo così una maggiore tipizzazione. Inoltre è in corso la valutazione clinica degli eventi di rigetto mediante test AlloMap, attraverso il quale potrebbe ridursi notevolmente la necessità di effettuare biopsie cardiache.

Il programma **trapianti di Polmone** ha eseguito cinque interventi bipolmonari (per un totale di 10 organi trapiantati). In uno di questi casi nell'immediato post operatorio, per prevenire il rischio di primary graft, è stato applicato il protocollo ECMO.

L'età media dei trapiantati è di 53,4 anni, mentre è di 52,8 per i donatori. Infine si precisa che due delle cinque donazioni provenivano da rianimazioni extraregionali.

Nell'anno 2015 sono stati effettuati complessivamente 77 **trapianti di fegato**, in linea con il numero di trapianti degli anni precedenti.

Il numero dei re-trapianti è pari a sette mentre non sono stati eseguiti trapianti da donatore vivente. In cinque casi si è effettuato un trapianto combinato mentre in uno è stata utilizzata la tecnica "split" (che prevede la suddivisione dell'organo in due e il successivo trapianto in due pazienti diversi) assegnando il lobo destro ad un paziente ricoverato presso il Policlinico, mentre il lobo sinistro è stato utilizzato da altri centri per pazienti pediatrici.

L'età media dei trapiantati è stata pari a 54,2 anni mentre per i donatori risulta di 58,8 anni, il punteggio MELD reale mediano calcolato sia sui trapianti che sui re-trapianti è risultato pari a 20.

L'attività di **trapianto d'intestino e multiviscerale** ha visto la realizzazione di 1 nuovo intervento ed è proseguito il follow up dei pazienti trapiantati in passato.

I pazienti trapiantati di rene nel 2015 sono stati 97 di cui 20 da donatore da vivente. Si rileva un aumento complessivo (+32 trapianti) con l'aumento di quelli da donatore vivente e un continuo sviluppo dei programmi di trapianti combinati.

I pazienti residenti in Regione su cui è stato eseguito il trapianto con organo proveniente da cadavere sono pari al 59,7% del volume totale. Quelli per i quali è stato effettuato un trapianto da donatore vivente sono 12, mentre i re-trapianti effettuati sono 13.

Il tempo d'attesa per l'inserimento in lista dei residenti in regione è stato inferiore ai 30 giorni, mentre per quelli residenti in altre regioni si è determinato un allungamento che ha portato l'attesa a 11 mesi.

Nel corso del 2015 sono state eseguite 3292 visite specialistiche post trapianto e sono stati seguiti 1257 pazienti trapiantati.

La donazione e il trapianto di organi fanno parte del sistema di garanzia che valuta e misura l'appropriatezza e la capacità di erogazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale, nelle singole realtà regionali, dei livelli essenziali di assistenza. I risultati di donazione di organi da donatori in "morte encefalica", giunti ad ottimi livelli nella nostra Regione, sono oggi mantenuti relativamente stabili in termini numerici nonostante il radicale cambiamento epidemiologico, di eziologia ed età dei pazienti con lesione cerebrale acuta trattati nei reparti di rianimazione. Per aumentare il numero di donatori si sono sviluppati programmi di donazione a cuore fermo (cioè in soggetti deceduti per arresto cardiocircolatorio) a cui anche il S. Orsola ha aderito, creando un percorso specifico che vede coinvolte molte professionalità (Anestesisti, Chirurghi, Cardiocirurghi, Medici d'Urgenza, Perfusionisti, Infermieri). L'implementazione del programma di donazione a cuore fermo ha una valenza strategica e non rimandabile per incrementare il numero di donazioni e conseguentemente il numero di trapianti. A questo innovativo programma ha fatto seguito la necessità di promuovere la ricerca e l'utilizzo di tecniche di perfusione degli organi, che, per altro, possono essere utilizzate non solo nel caso di donazione a cuore fermo ma anche per il recupero di organi (definiti marginali) e per una più completa valutazione funzionale nel donatore a cuore battente in cui i criteri di idoneità non sono standard. Queste metodiche di perfusione vedono da un lato la necessità di un sostegno economico importante e dall'altro l'impegno dei professionisti (medici, infermieri, tecnici perfusionisti, ingegneri clinici) di definire percorsi di formazione e aggiornamento così come studi collaborativi per migliorare le conoscenze specifiche, e arrivare a definire criteri omogenei per l'utilizzo di queste metodiche e ambiti clinico-organizzativi relativi all'impiego dei sistemi di perfusione.

E' noto che il trapianto cardiaco rappresenta oggi l'opzione terapeutica di elezione (gold standard) nei pazienti con scompenso cardiaco di grado avanzato. Sebbene il numero di soggetti trapiantati sia aumentato progressivamente dal 2004 ad oggi, solo il 45%-65% dei pazienti in lista viene trapiantato, con un tempo medio di attesa di 1,2 anni, e la mortalità ad un anno dei pazienti in lista è del 10-20%. E' altrettanto noto il fatto che la disponibilità di donatori è progressivamente diminuita grazie alla riduzione di mortalità per traumi stradali e al miglioramento del regime di cure intensive.

L'impiego del "cuore artificiale" come ponte al trapianto cardiaco è straordinariamente cresciuto e la disponibilità di sistemi portatili ha aperto prospettive ai malati con insufficienza cardiaca

Il problema della reperibilità degli organi è particolarmente critico per i pazienti pediatrici, con elevata mortalità dei pazienti in lista d'attesa (50% su 8 pazienti in lista presso la Cardiocirurgia Pediatrica dell'AOU di Bologna).

Di conseguenza, per avere a disposizione alternative al trapianto cardiaco e per supportare i pazienti con progressivo deterioramento clinico, l'impiego di supporti circolatori temporanei come ponte al trapianto cardiaco è straordinariamente cresciuto e la disponibilità di sistemi portatili (di seconda, terza e quarta generazione) che consentono l'attesa al trapianto, ha aperto promettenti prospettive ai malati con insufficienza cardiaca.

I sistemi attualmente più diffusi sono i VAD intracorporei a flusso continuo applicati al ventricolo sinistro (LVAD), i pazienti già in lista trapianto dovrebbero essere sorvegliati e trattati in modo da prevenire l'aggravamento estremo, i pazienti non in lista trapianto, ma privi di evidenti controindicazioni, possono essere classificati come BTC (bridge to candidacy) se l'idoneità a trapianto è probabile, o BTD (bridge to decision) se l'idoneità al trapianto è incerta.

La Commissione Cardiologica e Cardiocirurgica Regionale ha elaborato il "Documento di indirizzo per l'utilizzo appropriato dei Supporti Circolatori Meccanici", inviato il 14.03.2012 (prot. PG/2012/67042) dall'Area Governo Clinico dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie regionali.

Nel corso del 2015 sono 4 i dispositivi di assistenza ventricolare meccanica (LVAD) montati ad altrettanti pazienti.

In ambito radioterapico si segnalano i seguenti progetti portati a termine nel corso dell'anno 2015

- attivazione del 4° acceleratore lineare (acceleratore lineare Sinergy, dotato di tecnologia IMRT e IGRT) con svolgimento di corsi in sede per personale medico, fisico, tecnico ed amministrativo;
- attivazione della rete informatica MOSAIQ con svolgimento di corsi di formazione in sede per personale medico, fisico, tecnico ed amministrativo;
- sostituzione TAC-simulatore con acquisizione di un nuovo apparecchio dotato di gantry di ampio diametro per l'impiego di nuovi sistemi di immobilizzazione finalizzato all'implementazione di tecnologie radioterapiche avanzate, con svolgimento di corsi di formazione per personale medico, fisico e tecnico;
- introduzione tecnica "Image-Guided Radiation Therapy" basata su metodica "cone beam";
- introduzione della tecnica di radioterapia stereotassica extracranica (fase pilota);
- intensificazione dei trattamenti con ²²³Radium nei pazienti affetti da metastasi ossee da carcinoma della prostata;

- riorganizzazione dell'orario di servizio con completa integrazione funzionale del personale e delle apparecchiature delle 2 unità operative;
- riorganizzazione dell'orario di servizio per il personale strutturato ed in formazione considerando spazi disponibili e partecipazione ai meeting interdisciplinari;
- riorganizzazione dell'attività clinica e del tutoraggio al personale in formazione con attribuzione di una patologia neoplastica e del tutoraggio di uno specializzando per singolo medico strutturato;
- adeguamento sistemi informatici della direzione e dell'aula meeting (completato sistema Wi-Fi per direzione, nuovo PC e stampante per direzione, sistema di videoconferenza per aula meeting (acquisiti con fondi scuola di specializzazione));
- adeguamento del sistema di aggiornamento professionale per il personale strutturato ed in formazione (utilizzo del sistema di videoconferenza per corso di alta formazione infermieristica e per rete ROMEO per l'aggiornamento continuativo in rete; attivazione meeting FARO, AGORA);
- introduzione delle "impegnative dematerializzate", con svolgimento di corsi in sede per personale medico ed amministrativo;
- passaggio al sistema informatico ERIS (al posto del sistema GSA), che ha permesso la riduzione di un elemento del personale di accettazione anche grazie all'integrazione con il personale della medicina nucleare, con svolgimento di corsi in sede per personale medico, fisico ed amministrativo.

Nel corso degli ultimi anni (presso l'UO di Radiologia – Golfieri) sono state messe a punto prima in ambito sperimentale e successivamente introdotte nella pratica clinica tecniche innovative, in particolare nella diagnostica – interventistica di alcune patologie. Le principali sono di seguito specificate:

- **Percorso diagnostico del surrene in pazienti con ipertensione secondaria da sospetto adenoma surrenale.** Tale percorso è pubblicato tra i documenti aziendali "Percorso clinico-assistenziale del paziente con patologia espansiva surrenalica (incidentalomi surrenalici" Rev.1- applicata da aprile 2013) ed è ormai ampiamente collaudato. Nella nostra UO durante il 2015 si è osservato un incremento delle "second opinion" su studi TC ed RM eseguiti altrove, a noi sottoposti dall'UO Endocrinologia Pasquali, per la diagnosi di patologia surrenale.
- **Diagnosi precoce del tumore prostatico.** Nel 2015 è stato realizzato l'ambulatorio unico di biopsie (Prostate Unit) condiviso tra le UUOO Radiologia Golfieri e Urologia Martorana e Chirurgia Pelvica Complessa Concetti che è stato dotato di una innovativa apparecchiatura ecografica con software per la fusione delle immagini ecografiche real time e di RM multiparametrica allo scopo di effettuare prelievi mirati delle lesioni sospette, migliorando l'accuratezza diagnostica rispetto alla precedente tecnica bioptica di mapping.

Nell'ambito del meeting multidisciplinare della Prostate Unit, che vede coinvolte le stesse unità operative, oltre l'Anatomo-patologo, Oncologo, Radioterapisti è stata introdotta una sezione di discussione e revisione dei casi biopsiati mediante tecnica di fusione e loro confronto con il risultato istologico. E' stata istituita una consensus tra le discipline coinvolte nella gestione del paziente con tumore prostatico al fine di chiarire le indicazioni all'esecuzione della RM multiparametrica con bobina endorettale, dato il crearsi nel tempo di una evidente sproporzione tra la domanda e l'offerta, con l'ottimizzazione dell'accesso a tale indagine.

- **Diagnostica PET/TC con mdc.** Nella diagnostica PET/TC routinaria, la TC viene utilizzata a basso dosaggio e senza impiego di mezzo di contrasto. Dalla collaborazione tra la UO di Medicina Nucleare Prof.Fanti e la Radiologia Diagnostica ed Interventistica Dott.ssa Golfieri, è nata l'idea di studiare i pazienti che necessitano di un doppio esame PET/TC e TC anche con intento diagnostico dopo somministrazione di mdc in una singola seduta. Vengono studiati pazienti con vari tipi di patologia neoplastica ad alto grado in varie fasi della storia clinica della malattia, per i quali l'oncologo prevede l'esecuzione di entrambe le metodiche. Dall'Aprile 2014 al Luglio 2016 sono stati sottoposti a PET/TC con mdc 92 pazienti per un totale di 185 prestazioni TC con la suddetta metodica combinata PET-TC con mdc con una media di circa 3 pazienti a settimana.

L'associazione delle due procedure diagnostiche comporta multipli vantaggi:

- il paziente oncologico, che spesso deve sottoporsi ad entrambe le procedure per ottenere una stadiazione di malattia il più accurata possibile, vede ridursi drasticamente i tempi dell'iter diagnostico, con una significativa ottimizzazione dell'informazione diagnostica ottenuta e del disagio derivante dal doversi recare più volte presso una o più strutture ospedaliere;
 - è possibile aumentare il numero delle TC diagnostiche senza aggravio sulla programmazione delle TC in Radiologia;
 - la lettura dell'esame congiunta tra medico nucleare e radiologo migliora la possibilità interpretativa delle due metodiche, con conseguente aumento della quota di esami conclusivi che non richiedono, pertanto, altri approfondimenti diagnostici.
- **Studio dell'endometriosi.** La Colon-TC con mdc ev e fase Urografica, a dose ridotta, (U-CTC) viene eseguita come normale procedura assistenziale nelle pazienti con sospette localizzazioni di endometriosi profonda infiltrante (DIE) che necessitano di terapia chirurgica. L'endometriosi profonda infiltrante è definita dalla presenza di ghiandole endometriali e stroma che penetrino ad una profondità di almeno 5 mm nello spazio retroperitoneale. Il sito anatomico principalmente colpito è la pelvi, ove può coinvolgere sia strutture del comparto posteriore (setto rettovaginale, legamenti uterosacrali, retto, sigma, parametri, vagina e ureteri), che strutture del comparto anteriore (vescica). Clinicamente la DIE è responsabile di sintomi dolorosi quali dismenorrea, dispareunia, dischezia, disuria e dolore pelvico cronico oltre che di infertilità.

Il trattamento è chirurgico, preferibilmente per via laparoscopica, con rimozione di tutte le lesioni endometriosiche. Il trattamento della DIE dei compartimenti anteriore e posteriore è complesso e rischioso. I tassi di complicazione intra- e post-operatoria correlata alla chirurgia sono superiori quando i noduli di endometriosi interessano le vie urinarie e l'intestino. L'esatta conoscenza preoperatoria della precisa localizzazione ed estensione della DIE pelvica è di grande aiuto non solo nel programmare un trattamento appropriato, ma anche nel valutare rischi e complicazioni legati alla chirurgia, nel coinvolgere in anticipo eventuali ulteriori specialisti e nel mettere in pratica eventuali gesti profilattici preoperatori quali l'inserimento di stent ureterali.

Nella valutazione preoperatoria delle pazienti con sospetta DIE pelvica, in caso di noduli multipli coinvolgenti sia il comparto anteriore che il posteriore non è ancora stata dimostrata una metodica di imaging che permetta di valutare contemporaneamente tutti i possibili siti di localizzazione. Essendo largamente disponibile, economica e ben tollerata, l'ecografia transvaginale (TVS) è il metodo di scelta per la valutazione delle masse annessiali ed è stata dimostrata utile per la diagnosi di DIE pelvica. La risonanza magnetica permette una valutazione accurata di molti siti pelvici di endometriosi profonda, tuttavia la sua disponibilità è limitata e non può essere utilizzata per pazienti con controindicazioni assolute. Inoltre, spesso le pazienti claustrofobiche o ansiose rifiutano tale indagine. Abbiamo pertanto sviluppato un protocollo dedicato di U-CTC a dose ridotta per lo studio preoperatorio di pazienti selezionate, con sospetto di DIE intestinale e lungo le vie escrettrici urinarie.

- **La Radioembolizzazione con particelle caricate con ⁹⁰Y, anche detta TARE (Trans Arterial Radio-Embolization)** è stata introdotta nel nostro centro nel 2005, tra i primi in Italia: consiste nell'infusione nelle arterie del fegato di microsferiche caricate con ittrio 90, elemento radioattivo in grado di emettere radiazioni ad alta energia. L'iniezione intraarteriosa selettiva consente di eseguire una terapia radiante delle sole lesioni tumorali senza danneggiare i tessuti circostanti sani. La procedura consiste nell'introduzione attraverso l'arteria femorale di un microcatetere sino alla zona da trattare; le manovre sono seguite in diretta attraverso un apparecchio radioscopico: una volta raggiunti i noduli si iniettano le microsferiche radioattive. La TARE è indicata nei tumori primitivi del fegato (Epatocarcinoma, colangiocarcinoma intraepatico) non resecabili, di grosse dimensioni o multifocali e nelle metastasi diffuse. Nel corso del 2015 sono continuati i trattamenti dopo accurata selezione dei pazienti da parte del gruppo multidisciplinare (n. 40 nell'anno 2015, per un totale di n. 240 procedure eseguite) anche arruolando pazienti in n. 4 trial (Yes-P, STOP HCC, EPOCH, LT-Y90). Nei casi di maggiore successo si è ottenuta una tale riduzione dimensionale delle lesioni che ha consentito di avviare il paziente alla resezione chirurgica o al trapianto.

- **Trattamenti della teleangectasia emorragica ereditaria.** Nel 2105 è iniziata la collaborazione con il Centro autorizzato per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia per la malattia rara: teleangectasia emorragica ereditaria (HHT) afferente alla U.O. Medicina Interna Bolondi. La teleangectasia emorragica ereditaria (HHT) nota anche come sindrome di Rendu-Osler-Weber è una malattia genetica autosomica dominante, con incidenza stimata di 1 caso su 5000 senza distinzione di sesso o gruppo etnico. E' caratterizzata da anomalie del piccolo circolo con tendenza alla formazione di comunicazioni fra il circolo arterioso e venoso e quindi teleangectasie. Possono interessare anche vasi di calibro maggiore, dando origine a malformazioni artero-venose (MAV) che possono svilupparsi in qualsiasi organo. Le manifestazioni più frequenti sono secondarie e teleangectasie mucose (epistassi nel 90% dei casi) e sanguinamento GI. Il 40% dei pazienti presenta MAV viscerali per lo più asintomatiche: le più frequenti sono polmonari, epatiche e cerebrali.

Le MAV polmonari possono causare embolie paradosse esitanti in ictus ischemici o, nel caso di emboli settici, in ascessi cerebrali; se di grandi dimensioni, le MAV polmonari possono inoltre causare insufficienza respiratoria ipossiémica. Le MAV epatiche possono causare ipertensione portale e conseguentemente la comparsa di ascite e l'apertura di circoli collaterali come le varici esofagee con il rischio di sanguinamento. La collaborazione con la Radiologia Interventistica consiste nella messa a punto di procedure di embolizzazione transarteriosa selettiva delle MAV viscerali (polmonari ed epatiche) che caratterizzano tale patologia.

- **Misurazione e trattamento dell'Ipertensione portale (HVPG e TIPS).** La misurazione del gradiente pressorio delle vene sovraepatiche (HVPG- hepatic venous pressure gradient) è una tecnica per la misurazione indiretta della pressione portale, indicata nella diagnosi, prognosi e classificazione della ipertensione portale (IP) e della cirrosi. E' altresì indicata nella valutazione preoperatoria in previsione di resezione epatica in pazienti con cirrosi. In questo centro solo nell'anno 2015 sono state eseguite 298 di queste procedure. Tale procedura prevede la misurazione dei seguenti valori pressori: 1) pressione venosa epatica "libera" (FHVP); 2) pressione venosa epatica "bloccata" (WHVP); 3) pressione in vena cava inferiore; 4) pressione in atrio dx. Per ottenere il valore della pressione portale si ricorre al calcolo del gradiente pressorio portale espresso dal gradiente pressorio delle vene epatiche ossia dalla differenza tra WHVP e FHVP. L'HVPG è una procedura semplice, riproducibile e sicura che deve essere eseguita preliminarmente alla moderna terapia mini-invasiva dell'IP, rappresentata dalla TIPS (Transjugular intrahepatic portosystemic shunt). Quest'ultima viene eseguita nel nostro centro dal 2003 (solo nell'anno 2015 ne sono state eseguite 48) ed è volta a ridurre l'IP e pertanto a risolvere le sue principali conseguenze, in particolare l'ascite refrattaria alla terapia medica, il sanguinamento da varici gastro-esofagee acuto o recidivo, la pleurascite, la Sd epato-renale ed epato-polmonare in pz cirrotici; altra indicazione rilevante per il posizionamento della TIPSS è la Sd di Budd-Chiari.

In assistenza anestesiológica, con approccio trans-giugulare destro, si procede alla creazione di uno shunt tra una vena sovraepatica ed un ramo portale, shunt ottenuto previo posizionamento di stent dei diametri e della lunghezza adeguati, in base al gradiente porto-sistemico, all'età del paziente, alla presenza o meno di encefalopatia pre-procedura. In considerazione della consolidata esperienza del nostro centro in tale ambito, la Radiologia Golfieri è uno dei centri pilota di uno studio multicentrico italiano sul trattamento dell'ascite refrattaria [(Strategia di posizionamento multi-step come approccio pragmatico per ridurre il rischio di encefalopatia epatica post-TIPS in pazienti cirrotici con ascite refrattaria)].

- **Denervazione renale.** La denervazione simpatica renale (RDN) è stata introdotta nel nostro centro nel 2014 (tra i primi centri in Europa) e a oggi sono state eseguite 15 procedure nel 2014-2015. Tale procedura mininvasiva è volta a ridurre in modo significativo la pressione arteriosa nei pazienti con ipertensione resistente ai farmaci, con PA sistolica ≤ 140 mmHg e diastolica ≤ 90 mmHg.

La procedura consiste nell'inserimento di un catetere per ablazione nell'arteria renale che eroga energia a radiofrequenza (RF) per disattivare in modo selettivo parte dei nervi simpatici che decorrono lungo le pareti esterne (avventizia) delle arterie renali, fascio nervoso che contribuisce a regolare la pressione, in relazione al documentato legame, tra nervi renali del Sistema Nervoso Simpatico (SNS) e pressione sanguigna. Il nuovo approccio terapeutico con il sistema di termoablazione è un semplice intervento mini-invasivo endovascolare eseguito in sala angiografica con durata complessiva variabile tra i 40 e i 60 minuti. Dopo cateterismo delle arterie renali, condotto tramite una puntura dell'arteria femorale all'inguine, si procede all'inserimento del catetere ablatore all'interno di un catetere-guida posizionato all'origine dell'arteria renale: questo dispositivo, collegato a un generatore, una volta a contatto con le pareti del vaso eroga energia a radiofrequenza a bassa potenza, disattivando selettivamente i nervi renali, e, di conseguenza, riduce la pressione sanguigna, mantenendo la funzionalità dell'organo. Nella medesima seduta vengono effettuate 4-6 ablazioni per ogni arteria. In considerazione della esperienza maturata dal nostro centro in tale ambito, la Radiologia Golfieri è uno dei centri pilota di uno studio multicentrico internazionale non randomizzato nel controllo dell'ipertensione resistente mediante denervazione renale (EnligHTN II).

- **Referto strutturato** - All'interno dell'UO Golfieri da diversi anni sono stati predisposti, grazie alla collaborazione con la ditta Exprivia, alcuni modelli di referto strutturato sia nell'ambito della radiologia gastroenterologica, in particolare per la Colonscopia Virtuale e per la stadiazione del tumore rettale con RM, che nell'ambito della radiologia interventistica. E' inoltre in corso un progetto aziendale, da noi coordinato, in collaborazione con le altre radiologie del Policlinico che ha lo scopo di produrre differenti tipologie di referti strutturati per ogni singola sub-specialità radiologica.

Questa innovativa modalità di refertazione consente di ottenere referti riproducibili, che seguono una logica strutturale univoca, redatta secondo linee guida validate, contenenti immagini chiave e 'metadata', eliminando quindi la possibile ambiguità data dal referto in prosa ed aumentandone sia la precisione che la chiarezza; inoltre la loro natura digitale ne consente l'archiviazione e condivisione in ambito multidisciplinare.

- **Biopsie TC-PET guidate** - Nel corso del 2015 è proseguito il progetto di esecuzione delle biopsie PET guidate, in collaborazione fra Medicina Nucleare e Radiologia. La biopsia mirata di una lesione consente di prelevare un campione di tessuto che può essere analizzato dall'anatomopatologo allo scopo di effettuare la diagnosi di masse o processi infiammatori e/o di effettuare la caratterizzazione biomolecolare per indirizzare la chemioterapia nel caso di lesioni neoplastiche note. Le neoformazioni tuttavia, in particolare quelle neoplastiche, sono caratterizzate da disomogeneità strutturali, citologiche e funzionali che non sempre rendono il campione prelevato idoneo alla diagnosi. Non è infrequente che il risultato della biopsia TC mirata sia gravato da una riduzione di sensibilità dovuta al campionamento di una componente della massa non rappresentativa della patologia in studio, riduzione di sensibilità che non dipende da errori procedurali ma dall'imprevedibilità del campionamento.

Con l'introduzione delle metodiche ibride di imaging morfologico - funzionale è possibile studiare il metabolismo della massa sospetta (FDG PET/TC) prima della biopsia per poi indirizzare l'ago su aree maggiormente metaboliche, utilizzando le immagini PET/TC precedentemente acquisite come guida puramente visiva ed off-line in corso di biopsia TC guidata. Dalla collaborazione della UO di Medicina Nucleare e della Radiologia Golfieri è nata l'idea di utilizzare una guida PET/TC, invece che solamente TC, per i pazienti che necessitano di un prelievo bioptico TC guidato, nel sospetto di patologia neoplastica o infettivo-infiammatoria. Il progetto è stato compiutamente iniziato, con eccellenti risultati.

- **Introduzione di nuovi radiofarmaci** - nel corso del 2015 sono iniziate le procedure per poter introdurre nella pratica clinica (attraverso protocolli di ricerca) alcuni nuovi radiofarmaci, ed in particolare il FACBC (già usato per un protocollo) ed il Ga-PSMA (che verosimilmente verrà approvato a partire dal 2016).

3.6 Integrazione tra assistenza didattica e ricerca

Il paragrafo di chiusura del terzo capitolo illustra gli aspetti di **integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e ricerca svolte da entrambe le componenti, ospedaliera e universitaria**. Al riguardo, sono da tenere presenti i collegamenti di questo con i paragrafi 1.2. "Il sistema delle relazioni con l'Università" e 2.4. "Indicatori sulla ricerca e sulla didattica".

3.6.1. Informazioni sul personale

Di seguito, sono esposti i dati complessivi riguardanti la consistenza del personale universitario (professori e ricercatori) dei tre dipartimenti che costituiscono la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna. Sono poi riportati i numeri relativi agli assunti e ai cessati.

Dati relativi alla consistenza ed alle variazioni dei professori e ricercatori dei dipartimenti che costituiscono la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna.

Tabella 3.9 Numero dei professori e dei ricercatori universitari presso i dipartimenti costituenti la Scuola di Medicina e Chirurgia

Anno	Professori I fascia	Professori II fascia	Ricercatori tempo indeterminato	Totale
2015	72	161	146	379
2014	77	155	161	393
2013	79	130	204	413

Fonte: Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

Tabella 3.10 Numero dei professori e dei ricercatori universitari cessati/assunti presso i dipartimenti costituenti la Scuola di Medicina e Chirurgia

Anno	Professori I fascia		Professori II fascia		Ricercatori tempo indeterminato		Assistenti ordinari
	C	A	C	A	C	A	Ci
2015	5		7	13	5		
2014	7	5	9	39	7	1	
2013	7		3	2	2	1	1

Fonte: Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

Nota: Vanno aggiunti, inoltre, 19 Ricercatori a tempo determinato assunti (art. 24, comma 3, lett. a) l.240/2010)

Le tabelle successive riportano il numero dei professori e ricercatori integrati nell'attività assistenziale presso l'Azienda e i cessati e assunti per anno.

Tabella 3.11 Numero dei professori e dei ricercatori universitari integrati nell'attività assistenziale presso l'Azienda

Anno	Professori I fascia	Professori II fascia	Ricercatori tempo indeterminato	Ricercatori tempo determinato	Totale
2015	46	88	73	22	229
2014	50	86	81	18	235
2013	50	67	120		236

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.12 Numero dei professori e dei ricercatori universitari integrati nell'attività assistenziale presso l'Azienda, cessati/assunti

Anno	Professori I fascia		Professori II fascia		Ricercatori		Assistenti ordinari		Ricercatori TD	
	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A
2015	4		5	2	2					4
2014	3	2	4	1	3	2	0	0		3
2013	2	0	3	1	3	16	1	0		

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Riguardo alla programmazione del personale universitario, nel periodo di riferimento, le procedure di reclutamento già approvate dagli organi accademici al 31.12.2015 e in itinere sono le seguenti:

- 2 Procedure selettive ex art. 18, legge 240/2010:
 1. MED/36 Diagnostica per Immagini e Radioterapia. Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale, 1 posto di professore associato;
 2. MED/27 Neurochirurgia Associato. Dipartimento di Medicina Specialistica Diagnostica e Sperimentale, 1 posto di professore associato.
- 4 procedure valutative ex art. 24, legge 240/2010:
 - 1) MED/08 Anatomia patologica Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale, 1 posto di professore ordinario;
 - 2) MED/11 Malattie dell'apparato cardiovascolare. Dipartimento di Medicina Specialistica Diagnostica e Sperimentale, 1 posto di professore ordinario;
 - 3) MED/15 Malattie del sangue. Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale, 1 posto di professore ordinario;
 - 4) MED/11 Malattie dell'apparato cardiovascolare. Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale, 2 posti di professore associato.
- MED/50 Scienze tecniche mediche e applicate - 1 posto di professore associato – Procedura di valutazione comparativa bandita nel 2008 dalla ex Facoltà di Medicina e Chirurgia ai sensi della legge 210 del 1998, ad oggi ancora in itinere.

Nell'Azienda, l'integrazione tra le funzioni proprie dell'Università e quelle del Servizio sanitario si esplica innanzitutto attraverso la compresenza del personale nelle strutture organizzative. Delle 65 unità operative - strutture complesse dell'area assistenziale, in cui si articolano i 9 Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda, 40 sono classificate, in base all'Accordo vigente tra Azienda e Università, come strutture a direzione universitaria essenziali per le esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia (allegato 1 dell'Accordo attuativo Azienda-Università). La direzione delle strutture di allegato 1 è affidata dal Direttore Generale, d'intesa col Rettore al quale spetta la designazione, esclusivamente a docenti universitari.

Altre 8 unità operative sono strutture complesse affidate temporaneamente alla direzione di professori universitari, ma qualificate non essenziali per dette funzioni. Tali strutture rientrano nella piena disponibilità dell'azienda, una volta cessato il professore universitario che svolgeva l'incarico di Direttore (allegato 2 dell'Accordo) e 17 sono le strutture complesse affidate alla direzione di personale dirigente del Servizio sanitario nazionale (allegato 3 dell'Accordo).

Il personale dirigente medico e sanitario "ospedaliero" è largamente presente anche nell'organico delle Unità Operative o delle strutture semplici dipartimentali "a direzione universitaria" e opera in modo integrato con la componente professionale di estrazione universitaria, non solo nelle attività assistenziali, ma contribuisce anche alla formazione e alla ricerca. Nelle Unità Operative a direzione c.d. "ospedaliera" vi è, solo in alcuni casi, una presenza in organico di universitari.

3.6.2 Integrazione Ospedale-Università

L'integrazione operativa con i servizi dell'Università che svolgono analoghe funzioni si realizza mediante svariate forme di collaborazione, in genere formalizzate attraverso accordi documentati.

Collaborazione alla formazione universitaria delle professioni sanitarie.

L'Area Formazione dell'Azienda collabora in modo sistematico con l'Università per quanto riguarda i Corsi di Laurea, i Master e i Corsi di Alta Formazione per le professioni sanitarie infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, preventiva e riabilitativa (vedi paragrafo 2.4.2).

L'Area aziendale della Formazione partecipa direttamente alle attività formative riferite a:

- **Corsi di laurea** in: Infermieristica; Tecniche di Laboratorio Biomedico; Fisioterapia.
- **Master di 1° livello** in:
 1. "Management nell'area Infermieristica e Ostetrica, Tecnico Sanitaria, Preventiva e Riabilitativa";
 2. "Assistenza Infermieristica in Area Critica";
 3. "Case Management in Infermieristica";
 4. "Evidence-Based Practice e Metodologia della Ricerca Clinico-Assistenziale".
- **Corso di laurea magistrale** in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche;

La collaborazione inerente i Corsi di Laurea, i Master e i corsi di Alta Formazione per le figure professionali specifiche della sanità si sostanzia:

- nel coordinamento didattico e tecnico pratico;
- nell'espletamento delle docenze per le aree professionalizzanti;

L'integrazione tra Azienda e Università si concreta attraverso svariate forme di collaborazione, accordi formalizzati o prassi consolidate

- nel garantire il collegamento con le sedi di tirocinio e favorire l'integrazione delle attività di didattica e ricerca con l'assistenza;
- nel facilitare l'apprendimento dello studente nella sede di tirocinio.

In particolare, l'AOU, in conformità a quanto stabilito nel protocollo d'intesa Regione-Università e nelle specifiche convenzioni in materia, mette a disposizione le seguenti risorse:

- i Responsabili delle attività didattiche professionalizzanti e i coordinatori didattici/tutori di corso dei Corsi di laurea in Scienze Infermieristiche, Fisioterapia, Tecniche di Laboratorio Biomedico, Ostetricia;
- il coordinatore didattico/tutore di corso del Corso di laurea in Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia;
- il Referente Scientifico e il Tutor per il Master in Management nell'area Infermieristica e Ostetrica, Tecnico Sanitaria, Preventiva e Riabilitativa;
- il Referente Scientifico e il tutor per il Master in Assistenza Infermieristica in Area Critica;
- il Tutor per il Master in "Evidence-Based Practice e Metodologia della Ricerca Clinico - Assistenziale";
- il Tutor per il Corso di Alta Formazione/Master "Case Management in Infermieristica ed Ostetricia";
- i tutor clinici nelle Unità Operative sedi di tirocinio.

Altri accordi e forme di collaborazione in settori diversi.

- Accordo fra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Policlinico S. Orsola – Malpighi e l'Alma Mater Studiorum-Università di Bologna sull'impiego nell'attività assistenziale dei ricercatori a tempo determinato di cui all'art. 24 co. 3 lettera a) l. 240/2010" (delibera n. 577 del 27 dicembre 2012);
- "Accordo tra l'Università di Bologna e l'Azienda Ospedaliera sulla rilevazione del debito orario del personale universitario convenzionato, equiparato alla dirigenza sanitaria", sottoscritto il 26 febbraio 2002;
- "Protocollo integrativo concernente il personale tecnico-amministrativo, tra l'Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi e l'Università degli Studi di Bologna", approvato con deliberazione del Direttore generale n. 112 del 22 luglio 2002 (per le parti tuttora compatibili);
- "Accordo tra l'Università degli Studi di Bologna e l'Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi, sull'impiego nell'attività assistenziale dei Dottorandi (L. 14/01/99, n. 4) e dei Titolari di Assegno di Ricerca (L. 27 dicembre 1997, n. 449)", operativo dal 2003, con il quale sono stati stabiliti i criteri e le modalità per l'impiego dei dottorandi e degli assegnisti nelle attività assistenziali all'interno dell'Azienda;

- Gestione unificata delle infrastrutture di rete e delle attrezzature informatiche. E' una collaborazione che ha avuto inizio dal 1997 con accordi sempre rinnovati e in seguito ampliati.

Tutela della sicurezza e salute dei lavoratori

La materia è disciplinata da un "Accordo con l'Università di Bologna per il miglioramento della prevenzione, della sicurezza e della salute dei lavoratori universitari e ospedalieri nei luoghi di lavoro all'interno del Policlinico S. Orsola-Malpighi, in attuazione dell'art. 10 del D.M. 363/98.", stipulato nel 2013. La norma prevede che "al fine di garantire la salute e la sicurezza di tutto il personale che presta la propria opera per conto delle Università presso Enti esterni, [...] i soggetti cui competono gli obblighi previsti dal D.Lgs. 626/94 (oggi sostituito dal D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81) sono individuati di intesa tra gli enti convenzionati e le singole Università, attraverso specifici accordi".

Nel 2013 è stato stipulato un nuovo accordo con l'Università di Bologna per il miglioramento della prevenzione e della sicurezza dei lavoratori.

Unità Operativa di Medicina del Lavoro dell'Università

L'Unità Operativa di Medicina del Lavoro dell'Università svolge le funzioni attribuite dal D.Lgs. 81/08 al Medico Competente e dal D.Lgs. 230/95 al Medico Autorizzato e si occupa della sorveglianza sanitaria del personale dell'Università di Bologna. Le sue funzioni interagiscono con quelle dell'omonima struttura complessa dell'Aziendale. Rappresenta un'utile sinergia la collocazione delle due strutture in un'unica sede con l'opportuna suddivisione degli spazi. E' stato rinnovato l'Accordo concernente la messa a disposizione degli spazi e dei servizi per la U.O. di Medicina del Lavoro dell'Università di Bologna.

Centro di Ricerca Biomedica Applicata (CRBA)

La "Convenzione tra l'Università degli Studi di Bologna e l'Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi per l'istituzione di un Centro di Ricerca Biomedica Applicata (CRBA)" vigente dal 2001 e più volte prorogata è stata rinnovata nel 2014. Essa disciplina il concorso dell'Università nella gestione del CRBA, che rappresenta un modello di integrazione nel campo della ricerca e dell'assistenza, essendo un laboratorio di ricerca a carattere multidisciplinare di tipo aperto, ideato con le finalità di accogliere, soddisfare e integrare le esigenze dei diversi gruppi di ricerca presenti all'interno del Policlinico S. Orsola-Malpighi, con particolare orientamento al trasferimento nell'ambito clinico degli avanzamenti diagnostici e terapeutici e con la finalità di contribuire, inoltre, all'attività formativa attraverso lo svolgimento di tesi, tirocini e corsi. Con l'ultimo rinnovo si è convenuto di proseguire la collaborazione per la gestione del CRBA, per un periodo transitorio. Tale periodo è teso a consentire il passaggio definitivo a una gestione del CRBA interamente universitaria, con l'assunzione di impegni specifici di collaborazione da parte di Azienda ed Università.

3.6.3 Assetto istituzionale e organizzativo dell'Azienda

L'assetto istituzionale dell'Azienda è stato completato secondo le previsioni della legge regionale n. 29 del 23 dicembre 2004. L'Atto Aziendale è stato adottato con deliberazione del Direttore generale n. 147 del 4 novembre 2008, d'intesa con il Rettore dell'Università di Bologna per le parti riguardanti, in modo specifico, i Dipartimenti ad Attività Integrata e le Strutture assistenziali complesse essenziali per la Facoltà di Medicina e Chirurgia. L'Atto aziendale è stato dichiarato conforme alle direttive della Regione Emilia-Romagna, con deliberazione di Giunta regionale n. 2158 del 15 dicembre 2008.

Comitato di Indirizzo

Nel corso del 2015, il Comitato di Indirizzo ha terminato il proprio mandato ed è stato rinnovato con decreto del Presidente della Giunta regionale n. 190 del 21.10.2015.

Il Comitato di indirizzo ha esercitato le proprie funzioni esprimendo i prescritti pareri sul Bilancio di esercizio e sul Bilancio economico preventivo.

Collegio di Direzione

Nel Collegio di Direzione trovano la loro espressione i Dipartimenti ad Attività Integrata direttamente rappresentati al livello di organo dell'Azienda. La presenza dei dipartimenti caratterizza, inoltre, il Collegio di Direzione come sede sostanziale di integrazione tra l'Ospedale e l'Università per la consistente presenza della componente universitaria alla direzione della maggioranza dei DAI.

Collegio aziendale delle professioni sanitarie

L'assetto istituzionale dell'Azienda, come previsto dall'Atto aziendale, si è completato nel 2012 con l'istituzione del Collegio aziendale delle professioni sanitarie, composto di 25 membri elettivi, organismo che concorre allo sviluppo delle competenze professionali presenti in Azienda (delibera n. 455/2012).

Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) e Dipartimenti Universitari.

L'istituzione e attivazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata, realizzata d'intesa con l'Università, che ne ha condiviso l'assetto, l'organizzazione e la disciplina di funzionamento, risale al 2007 (Delibera del Direttore Generale n. 79 del 7 giugno 2007 e Decreto Rettorale 751/27311 del 6 giugno 2007).

Dal 1° agosto 2014, previa intesa con il Rettore dell'Università di Bologna sono stati istituiti gli attuali 9 Dipartimenti ad attività integrata che hanno sostituito i 7 precedenti:

- Dipartimento della Medicina diagnostica e della prevenzione;
- Dipartimento dell'Emergenza-urgenza;
- Dipartimento della Donna, del bambino e delle malattie urologiche;
- Dipartimento Cardio-toraco-vascolare;
- Dipartimento dell'Apparato digerente;

- Dipartimento di Oncologia e di Ematologia (D.A.P.P.);
- Dipartimento Testa, collo e organi di senso;
- Dipartimento Medico della continuità assistenziale e delle disabilità;
- Dipartimento delle Insufficienze d'organo e dei trapianti.

In corso d'anno è proseguito il percorso di perfezionamento del nuovo assetto dei Dipartimenti ad Attività Integrata in collaborazione con l'Università, anche se non ha esitato con la definizione del regolamento di funzionamento e il relativo aggiornamento dell'Atto Aziendale per effetto del percorso di nomina del nuovo Rettore e conseguente adeguamento dell'assetto istituzionale.

3.6.4 Altre strutture assistenziali essenziali per l'attività didattica

In quest'ultima parte sono riepilogati i **rapporti fra l'Università e altre strutture, pubbliche o private**, per far fronte a specifiche esigenze, ai sensi dell'articolo 14, comma 4, del vigente protocollo d'intesa Regione-Università.

Per soddisfare le esigenze dell'attività formativa e scientifica dell'area di Medicina e Chirurgia, l'Università di Bologna fa ricorso a un'area assistenziale più ampia di quella offerta da questa Azienda, che pure è il principale riferimento. Sia l'Istituto Ortopedico Rizzoli sia l'Azienda USL di Bologna sono interessati. L'Università, inoltre, si articola in una **struttura "Multicampus" per permettere la diffusione dell'offerta formativa e l'attivazione di una stabile attività di ricerca sul territorio**. A tale scopo sono stati costituiti i Poli di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini, dotati di particolari forme di autonomia.

A livello normativo, la legge regionale 23.12.2004, n. 29 e l'art. 14 del Protocollo d'intesa Regione - Università stabiliscono che la programmazione sanitaria regionale individua eventuali ulteriori sedi, rispetto all'Azienda Ospedaliero - Universitaria di riferimento, nelle quali si realizza la collaborazione tra Regione e Università.

L'Università, previo accordo con la Regione, ha stipulato varie convenzioni per assicurarsi la disponibilità di specifiche strutture sanitarie pubbliche e, in taluni casi, private accreditate, valutate essenziali per l'attività didattica, non presenti all'interno dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi o ad integrazione di quelle presenti nel Policlinico.

Di seguito è riportato l'elenco dei rapporti dell'Università, regolati da appositi accordi o convenzioni, con altre strutture sanitarie pubbliche e private:

- Convenzioni attuative Università - Azienda USL di Bologna (Convenzione Attuativa Università degli Studi di Bologna - ex Usl N. 29 , Convenzione Attuativa Università degli Studi di Bologna - ex Usl N. 27 per la gestione ai fini assistenziali dell'Istituto di Psichiatria "P. Ottonello" e Protocollo d'intesa per lo svolgimento delle attività assistenziali della Clinica Neurologica);

- Accordo Attuativo tra l'Università degli Studi di Bologna e l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico "Istituti Ortopedici Rizzoli" di Bologna;
- Accordo Attuativo Università di Bologna – Azienda USL di Rimini per le esigenze della Scuola di Medicina e Chirurgia e per lo svolgimento dell'attività assistenziale del dott. Bulletti;
- Accordo Attuativo tra l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna e l'Azienda Usl di Imola per le esigenze della Scuola di Medicina e Chirurgia e per lo svolgimento dell'attività assistenziale del prof. Caletti e del dott. Fusaroli;
- Accordo tra l'Università di Bologna e la Montecatone Rehabilitation Institute S.P.A. per le esigenze della Scuola di Medicina e Chirurgia e per l'attività assistenziale del dott. Gabriele Bazzocchi;
- Accordo tra l'Università degli Studi di Bologna, il Gruppo Villa Maria e le case di cura private accreditate Villa Maria Cecilia spa e San Pier Damiano spa per l' Unità Operativa di Chirurgia Toracica;
- Accordo tra Università degli Studi di Bologna e l'Azienda USL di Imola per le esigenze della Scuola di Medicina e Chirurgia e per l'attività assistenziale del prof. Francesco Taroni;
- Università di Bologna – Azienda Ospedaliera Policlinico S.Orsola Malpighi – Azienda Usl di Imola. Progetto per lo sviluppo e l'integrazione delle funzioni di chirurgia generale. Atto d'Intesa per la fase transitoria;
- Università di Bologna – Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola Malpighi – Azienda Usl di Imola. Atto d'intesa per la sperimentazione dell'integrazione delle funzioni di radiodiagnostica (in vigore dal 16 Ottobre 2015).

Capitolo 4: Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Il capitolo presenta i dati relativi al personale delle tre aziende sanitarie pubbliche dell'area metropolitana per dar conto, in maniera integrata, delle caratteristiche complessive.

Viene poi illustrato il sistema di conferimento di incarichi al personale, sviluppato per incentivare l'assunzione di ambiti di autonomia e responsabilità e lo sviluppo delle competenze professionali. In quest'ottica, l'Organismo di Valutazione verifica annualmente i risultati per attribuire la retribuzione di risultato e incentivare la produttività collettiva.

Il documento espone anche l'attività di formazione, le azioni poste in gioco in merito alla sicurezza sul lavoro, e da conto dei rapporti tra azienda e gli organismi di partecipazione dei lavoratori.

4.1. La carta d'identità del personale

Alla "carta d'identità" del personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna anteponiamo, anche quest'anno, alcuni dati relativi al personale dipendente e universitario delle tre aziende sanitarie pubbliche dell'area metropolitana di Bologna.

4.1.1. Il personale dipendente metropolitano

In questo paragrafo, dedicato alle caratteristiche del personale dipendente metropolitano, sono analizzate - per ciascuna azienda - la suddivisione in categorie professionali e la distribuzione percentuale e per genere.

Il personale dipendente delle tre aziende al 31 Dicembre 2015, ammonta complessivamente a **13.888** unità.

Tabella 4.1 Personale dipendente delle tre Aziende sanitarie di Bologna suddiviso per categorie professionali al 31 Dicembre 2015

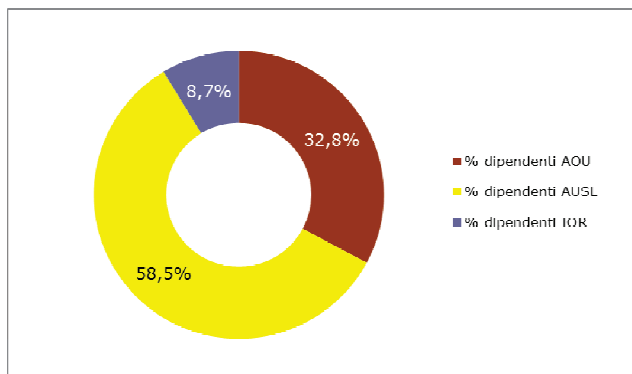
Il personale dipendente delle tre aziende sanitarie pubbliche dell'area metropolitana di Bologna, suddiviso per diverse categorie professionali, conta complessivamente 13.088 unità

Categoria professionale	Dipendenti AOU	Dipendenti AUSL	Dipendenti IOR	Totale dipendenti metropolitani
Dirigenti medici e veterinari	635	1.286	167	2.088
Dirigenti sanitari	79	225	50	354
Dirigenti PTA	36	76	24	136
Personale infermieristico	2.058	3.365	434	5.857
Personale tecnico sanitario	261	460	67	788
Personale della prevenzione	18	147	1	166
Personale della riabilitazione	73	377	40	490
Assistenti sociali	8	78	3	89
Personale tecnico	528	489	125	1.142
O.T.A.	50	36	1	87
O.S.S.	494	768	92	1.354
Ausiliari specializzati	7	9	39	55
Personale amministrativo	312	807	162	1.281
Qualif.atipiche ruolo professionale	0	1	0	1
Totale 2015	4.559	8.124	1.205	13.888

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

In termini percentuali, come si evince dal grafico 4.1, il 58.5% del personale è dipendente dall'Azienda USL di Bologna, il 32.8% dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e l'8.7% dall'Istituto Ortopedico Rizzoli.

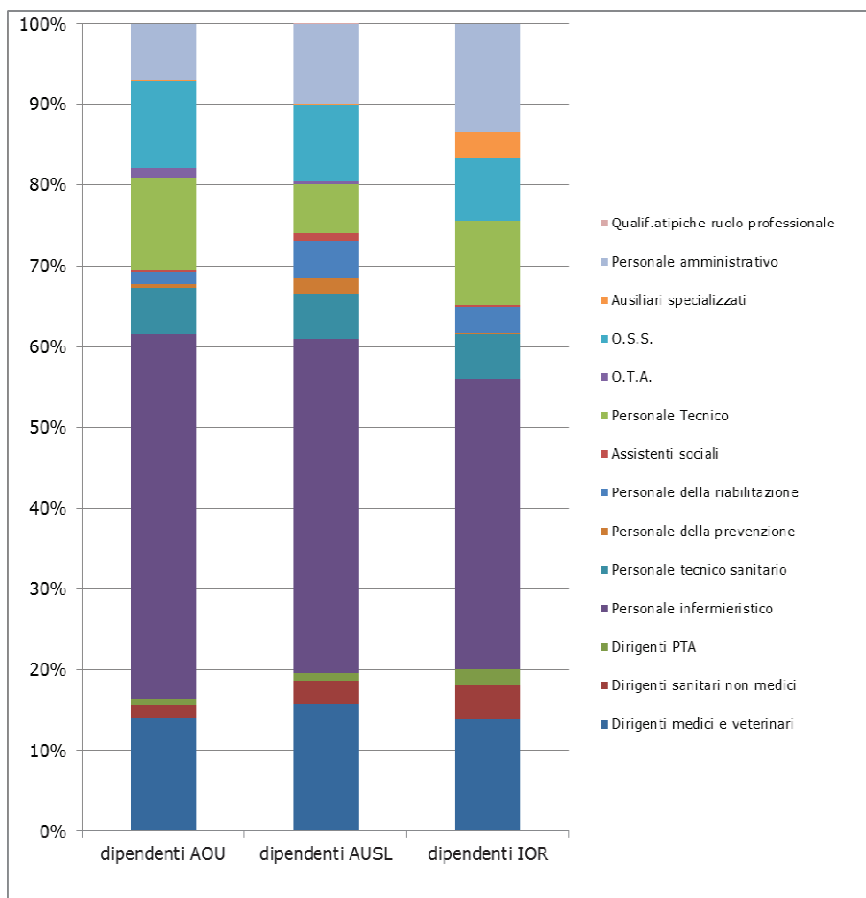
Grafico 4.1 Distribuzione percentuale del personale dipendente delle tre Aziende sanitarie di Bologna al 31 Dicembre 2015



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

La distribuzione percentuale per categoria professionale evidenzia che circa il 42% del personale dipendente è costituito dal "personale infermieristico". A seguire il personale della dirigenza medica e veterinaria, che rappresenta il 15% dei dipendenti dell'area metropolitana.

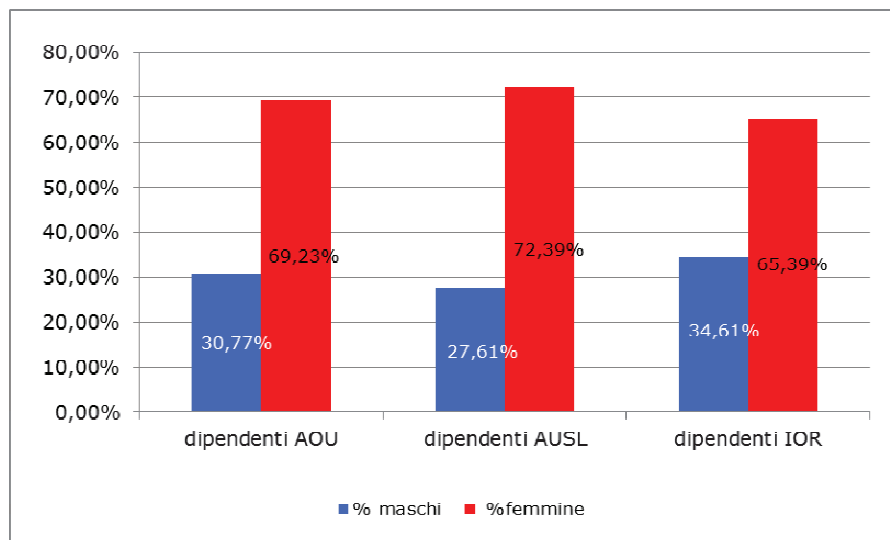
Grafico 4.2 Distribuzione percentuale per categoria professionale del personale dipendente delle tre Aziende sanitarie di Bologna al 31 Dicembre 2015



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

Infine, la distribuzione per genere mostra una forte prevalenza del personale femminile su quello maschile in tutte e le tre aziende. Il dato conferma la tendenza, già evidenziata nei Bilanci di Missione degli anni precedenti, ossia che le professioni "di aiuto alla persona" sono ancora prerogativa femminile. Le uniche eccezioni sono rappresentate dal personale dirigente medico e veterinario e da quello della prevenzione che è in prevalenza maschile.

Grafico 4.3 Distribuzione per genere del personale dipendente delle tre Aziende sanitarie di Bologna al 31 Dicembre 2015



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

4.1.2. Il personale universitario metropolitano

Il personale universitario metropolitano, rappresentato nella Tabella 4.2, è in diminuzione rispetto agli anni precedenti e conta complessivamente 424 unità.

Tabella 4.2 Personale universitario convenzionato delle tre Aziende sanitarie di Bologna suddiviso per categorie professionali al 31 Dicembre 2015

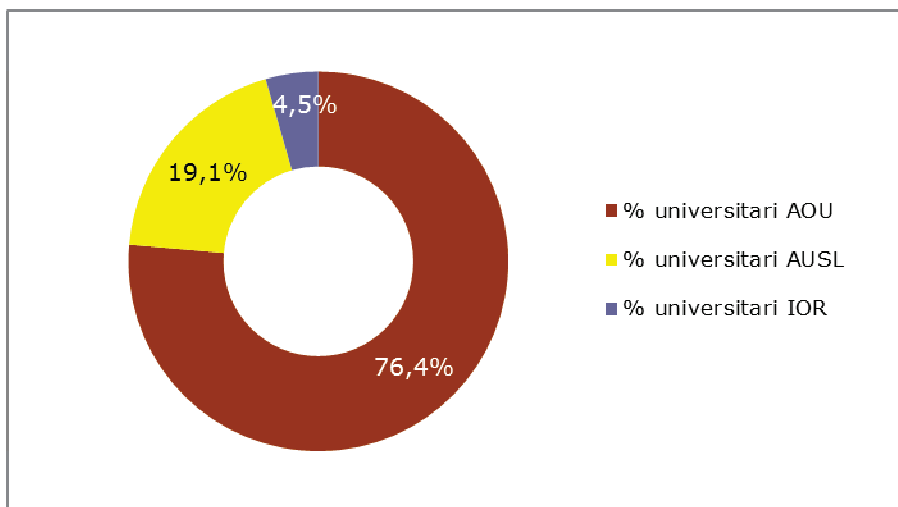
Categoria Professionale	UNIVERSITARI CONVENZIONATI			
	AOU	AUSL	IOR	Totale
Dirigenti medici e veterinari	216	30	16	262
Dirigenti sanitari	16	3	-	19
Dirigenti PTA	2	-	-	2
Personale infermieristico	12	18	-	30
Personale tecnico sanitario	20	18	-	38
Personale della prevenzione	-	-	-	-
Personale della riabilitazione	1	-	-	1
Assistenti sociali	-	-	-	-
Personale tecnico	11	5	2	18
O.T.A.	-	-	-	-
O.S.S.	-	-	-	-
Ausiliari specializzati	-	-	-	-
Personale amministrativo	46	7	1	54
Qualif.atipiche ruolo professionale	-	-	-	-
Totale 2015	324	81	19	424

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

Il personale universitario delle tre Aziende sanitarie pubbliche dell'area metropolitana di Bologna, appartenente prevalentemente alla Dirigenza Medica e Veterinaria, conta complessivamente 424 unità

La concentrazione maggiore si rileva nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, come si evince dal Grafico 4.4, ed appartiene, per il 62%, alla Dirigenza Medica e veterinaria.

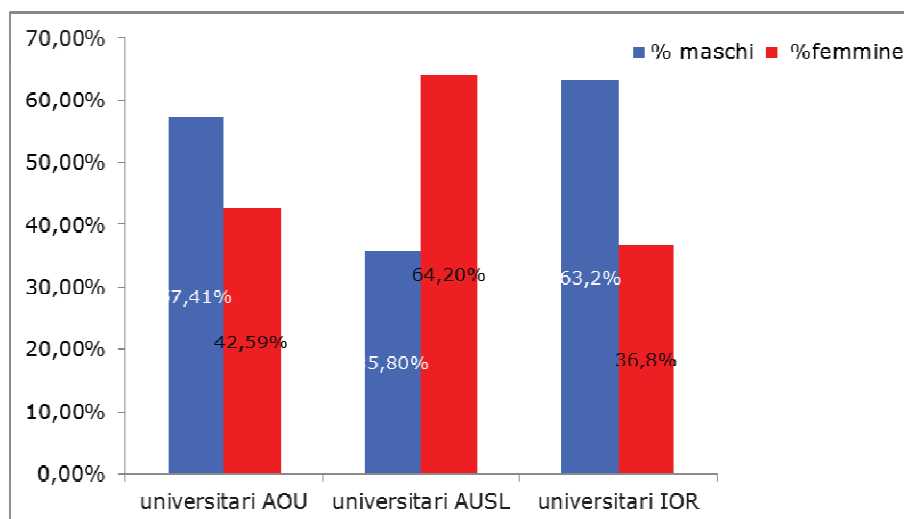
Grafico 4.4 Distribuzione percentuale del personale universitario delle tre Aziende sanitarie di Bologna al 31 Dicembre 2015



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

La distribuzione per genere mostra una prevalenza del personale maschile nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria e nell’Istituto Ortopedico Rizzoli, e una prevalenza femminile nell’Azienda USL di Bologna. Il dato è interessante in quanto mostra che il personale universitario maschile è maggiore nelle due aziende dove il personale della dirigenza medica e veterinaria è in percentuale superiore al restante personale universitario; è confermata la tendenza che vede una maggioranza di uomini tra il personale dirigente medico e veterinario e una maggioranza di donne tra il personale del comparto.

Grafico 4.5 Distribuzione per genere del personale universitario delle tre Aziende sanitarie di Bologna al 31 Dicembre 2015



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

4.1.3 Il personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

In questo paragrafo, dedicato alle caratteristiche del personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, sono analizzati nel dettaglio il tipo di rapporto contrattuale, la suddivisione in categorie professionali, il genere, l'età anagrafica, ecc., per fornire un quadro completo delle persone che lavorano in Azienda.

Il **personale presente all'interno dell'Azienda al 31 dicembre 2015**, secondo i dati forniti dal sistema informativo aziendale, **ammonta a 5.196 unità**, in costante diminuzione nel triennio di riferimento.

Nella Tabella 4.3 è rappresentato il personale che lavora in Azienda **diviso per tipologia contrattuale**. Nel corso dell'anno di riferimento il personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale è diminuito di 165 unità, il personale universitario di 14 unità, mentre l'entità dei contratti riconducibili al lavoro atipico (voce "altro personale") ha subito un incremento, trattandosi per la maggior parte dei casi, di contratti attivati in relazione a progetti di ricerca/attività finanziati da risorse dedicate.

Tabella 4.3 Personale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi al 31.12.2015 articolato per tipologia di contratto (Anni 2013-2014-2015)

Tipologia contrattuale		Totale personale 2013	Totale personale 2014	Totale personale 2015
Servizio Sanitario Regionale		4.808	4.724	4.559
Universitario		345	338	324
Convenzionato		0	0	0
altro personale		249	261	313
di cui:	Borsisti	8	10	15
	Contratti libero professionali	162	186	228
	Co.co.co.	79	65	70
Totale		5.402	5.323	5.196

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Nel corso dell'ultimo triennio, inoltre, si rileva un notevole ricorso all'utilizzo di contratti di fornitura di prestazioni di lavoro (cd. personale interinale), sia per consentire la fruizione delle ferie estive che per far fronte alle difficoltà riscontrate nelle procedure di reclutamento; il ricorso a tale personale è stato circoscritto alle qualifiche strettamente addette all'assistenza. Nel corso degli anni 2013-2014 e 2015 il numero complessivo del personale impiegato secondo questa modalità è stato rispettivamente di 34, 87 e 54 unità, con contratti di durata variabile in riferimento alle necessità assistenziali.

Il personale che lavora nel Policlinico, 5.196 unità al 31.12.2015, è suddiviso in diverse categorie professionali e presta la propria attività in Azienda a vario titolo

Le Tabelle 4.4 e 4.5 espongono, più nel dettaglio, l'entità del personale dell'AOU in riferimento al rapporto di dipendenza (**personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università**), per categoria professionale, tipologia di rapporto di lavoro e genere.

Come negli ultimi tre anni, si è ritenuto opportuno utilizzare il raggruppamento dei profili professionali previsto dalla rilevazione LEA regionale, per consentire un confronto immediato con le altre aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna e, in particolare, con quelle dell'area metropolitana di Bologna (Azienda USL e Istituto Ortopedico Rizzoli).

Dalle tabelle riportate di seguito si desume una forte prevalenza del personale a tempo indeterminato su quello a tempo determinato: il 98,5% del personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale ha un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Tabella 4.4 Personale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, dipendente dal Servizio Sanitario Regionale, articolato per categoria professionale, rapporto di lavoro e genere al 31.12.2015.

Categoria professionale	Tempo indeterminato			Tempo determinato			Totale dipendenti del SSR			
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	%
Dirigenti medici e veterinari	303	311	614	6	15	21	309	326	635	13,9
Dirigenti Sanitari	17	60	77	-	2	2	17	62	79	1,7
Dirigenti PTA	12	19	31	5	-	5	17	19	36	0,8
Personale Infermieristico	525	1.510	2.035	4	19	23	529	1.529	2.058	45,1
Personale Tecnico Sanitario	83	178	261	-	-	-	83	178	261	5,7
Personale della prevenzione	13	5	18	-	-	-	13	5	18	0,4
Personale della riabilitazione	15	58	73	-	-	-	15	58	73	1,6
Assistenti sociali	-	8	8	-	-	-	-	8	8	0,2
Personale Tecnico	223	302	525	2	1	3	225	303	528	11,6
O.T.A.	7	43	50	-	-	-	7	43	50	1,1
O.S.S.	143	336	479	4	11	15	147	347	494	10,8
Ausiliari Specializzati	2	5	7	-	-	-	2	5	7	0,2
Personale Amministrativo	39	273	312	-	-	-	39	273	312	6,8
Totale 2015	1.382	3.108	4.490	21	48	69	1.403	3.156	4.559	100
Totale 2014			4.671						4.724	
Totale 2013			4.769						4.808	

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Il personale che lavora nel Policlinico, circa 5.200 unità al 31.12.2015, è suddiviso in diverse categorie professionali e presta la propria attività in Azienda a vario titolo.

Come per gli anni precedenti si rileva che il personale delle professioni amministrative, sanitarie e tecniche del comparto dipendente dal Servizio Sanitario Regionale, ha una consistenza numerica molto più elevata rispetto alla stessa tipologia di personale universitario. L'incidenza è infatti del 97.7% sul totale del personale del comparto che presta la propria attività. Il personale universitario è concentrato invece, principalmente nella dirigenza medica (i medici universitari sono il 25.4% dei professionisti medici operanti in Azienda).

Nell'ultimo anno si è registrata una sensibile riduzione di quasi tutte le categorie di personale, in particolare quelle appartenenti all'area tecnico-amministrativa e quella del personale infermieristico.

Tabella 4.5 Personale Universitario convenzionato dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, articolato per categoria professionale, rapporto di lavoro e genere al 31.12.2015

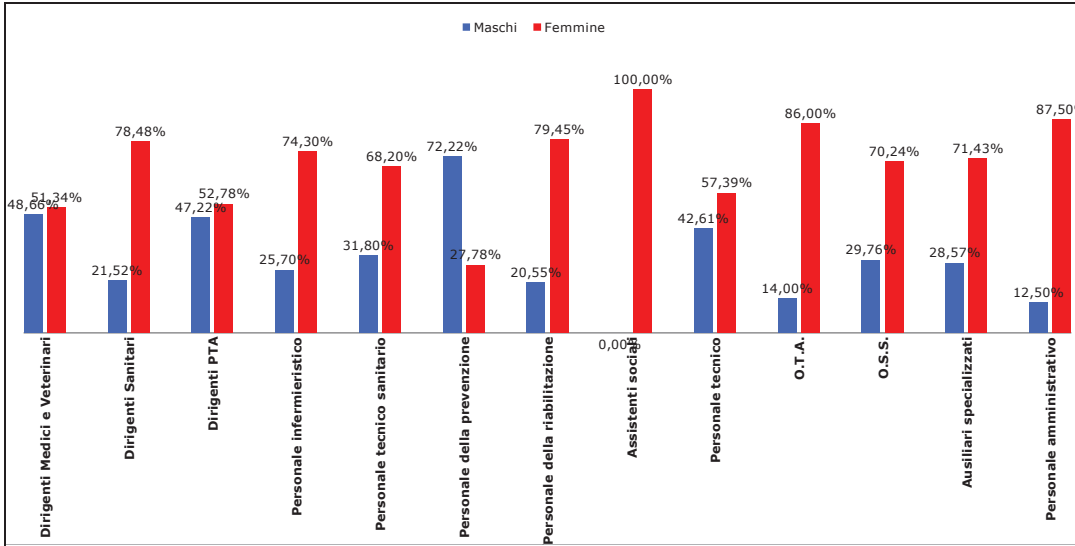
Categoria professionale	Totale personale universitario			
	Maschi	Femmine	Totale	% su Totale
Dirigenti medici e veterinari	157	59	216	66,7
Dirigenti sanitari	4	12	16	4,9
Dirigenti PTA	1	1	2	0,6
Personale infermieristico	-	12	12	3,7
Personale tecnico sanitario	8	12	20	6,2
Personale della prevenzione	-	-	-	-
Personale della riabilitazione	1	-	1	0,3
Assistenti sociali	-	-	-	-
Personale tecnico	6	5	11	3,4
O.T.A.	-	-	-	-
O.S.S.	-	-	-	-
Totale 2015	186	138	324	100
Totale 2014	338			
Totale 2013	345			

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Nell'anno 2015 viene confermata la netta prevalenza di personale di sesso femminile (circa il 69.2% del totale) su quello maschile.

I Grafici 4.6 e 4.7 mostrano la distribuzione per genere tra le categorie del personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università.

Grafico 4.6 Distribuzione per genere in termini percentuali tra le categorie del personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi. Anno 2015

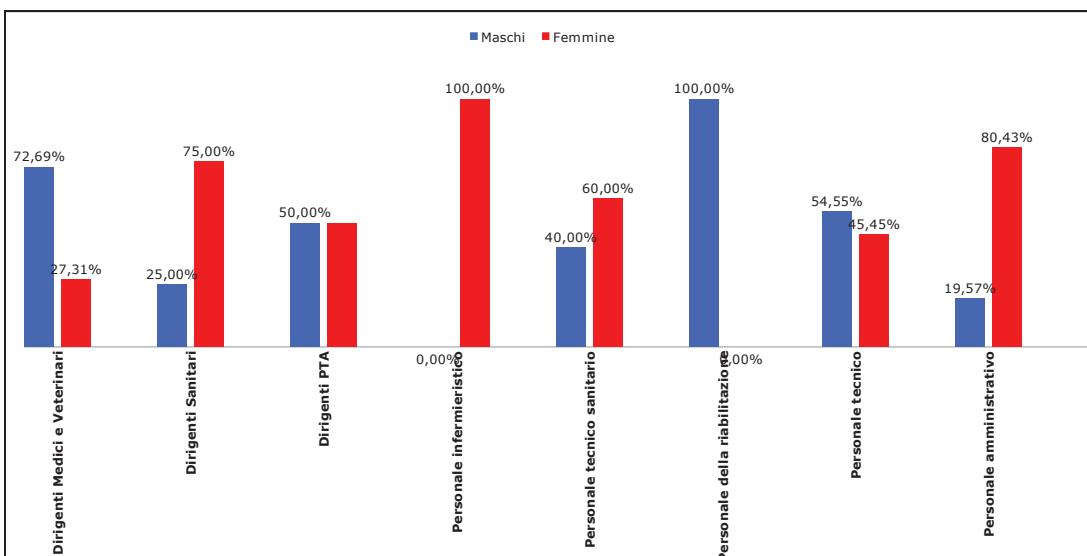


L'analisi dell'anagrafica mostra che il personale è prevalentemente di sesso femminile ed ha un'età media compresa tra i 35 e i 54 anni

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Nell'anno di riferimento, a differenza di quanto registrato finora, anche la dirigenza medica mostra una prevalenza di donne sugli uomini (51.3% femmine contro 48.7% maschi). La percentuale di questi ultimi aveva già registrato un progressivo decremento nell'ultimo triennio, ma rimane invece costante nel personale universitario dove gli uomini rappresentano il 72.7% del totale dei medici universitari.

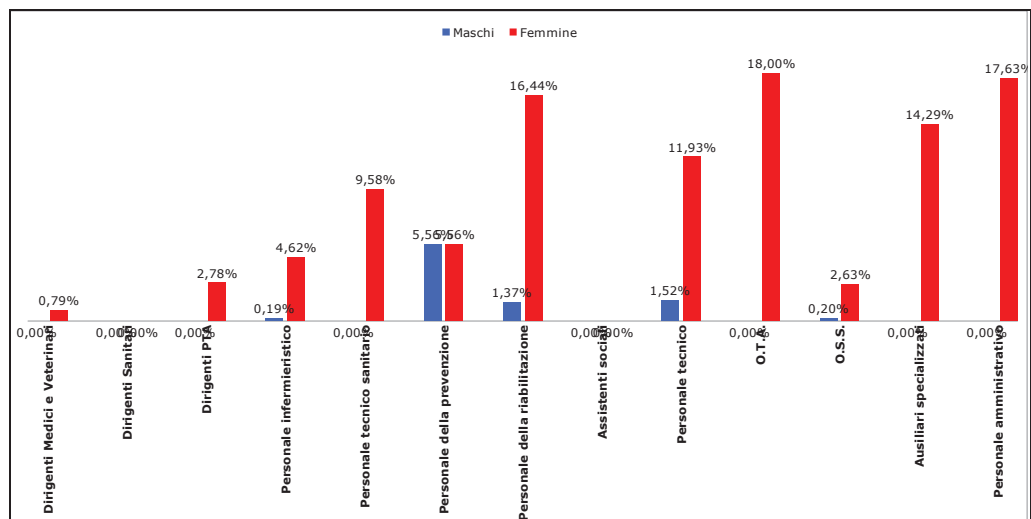
Grafico 4.7 Distribuzione per genere in termini percentuali tra le categorie del personale dipendente dall'Università. Anno 2015



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Continuando ad osservare le caratteristiche del personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale, nel grafico 4.8 viene rappresentata la **distribuzione del part time** per genere e per categoria.

Grafico 4.8 Distribuzione per genere dei rapporti a tempo parziale con riferimento alle diverse categorie di personale.

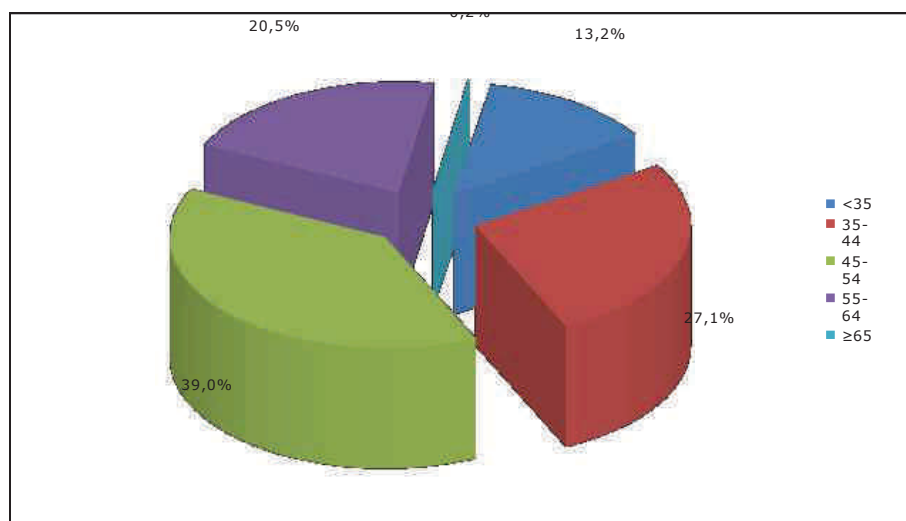


Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Circa il 6.6% del personale usufruisce dell'istituto del part time; dal grafico si evince che la scelta dell'orario ridotto è una scelta prevalentemente femminile e, in particolare, del personale dell'area del comparto.

Per quanto riguarda l'età, circa il 66% del personale dell'Azienda ricade nelle fasce di età comprese tra i 35 e i 54 anni come si evince dal grafico sotto riportato.

Grafico 4.9 Percentuale di distribuzione del personale dell'Azienda per classi di età



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Nel 2015 la classe "under 35", è diminuita di circa 100 unità rispetto all'anno precedente ma, in particolare, è significativa la diminuzione, in questa classe, del personale infermieristico che invece aumenta nelle fasce 45-54 e 55-64 anni (Tabella 4.6), segno questo di una lieve diminuzione della mobilità in uscita di questa categoria di personale.

Rimane dentro le 10 unità il personale appartenente all'ultima fascia (gli "over 65").

Tabella 4.6 Distribuzione per classi di età delle categorie del personale dell'Azienda

Categoria personale dipendente	Classi di età in anni					Totale Dipendenti
	<35	35-44	45-54	55-64	>=65	
Dirigenti medici e veterinari	18	188	187	239	3	635
Dirigenti sanitari	4	17	22	36	-	79
Dirigenti PTA	-	6	16	14	-	36
Personale infermieristico	440	657	735	225	1	2.058
Personale tecnico sanitario	71	70	91	29	-	261
Personale della prevenzione	-	2	9	7	-	18
Personale della riabilitazione	6	13	32	22	-	73
Assistenti sociali	-	5	2	1	-	8
Personale tecnico	8	67	284	167	2	528
O.T.A.	-	3	30	17	-	50
O.S.S.	41	173	202	78	-	494
Ausiliari specializzati	-	1	3	3	-	7
Personale amministrativo	13	35	166	96	2	312
Totale 2015	601	1.237	1.779	934	8	4.559

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Un'ulteriore caratteristica del personale, la cittadinanza, mostra che l'Azienda richiama anche **personale straniero**. Nell'ultimo triennio il dato è in lievemente incrementato (Tabella 4.7).

Tabella 4.7 Totale personale straniero al 31.12 (Anni 2013-2014-2015)

Anno	Personale straniero
2013	21
2014	22
2015	25

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Per quanto riguarda, invece, la **distribuzione del personale occupato nell'ambito di categorie protette** si ha la seguente rappresentazione, che denota per il triennio, un andamento decrescente.

Tabella 4.8 Personale occupato appartenente a categorie protette (Anni 2013-2014-2015)

Anno	Personale categorie protette
2013	82
2014	81
2015	76

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi (dati Prospetto Informativo del personale in servizio ai sensi della L. 68 del 12.3.99 D.M. 22 novembre 99)

Per quanto attiene alla mobilità nel personale dipendente nel corso dell'anno di riferimento, la situazione al 31.12.2015, è sinteticamente analizzata nella Tabella 4.9.

Tabella 4.9 Totale personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale dimesso/assunto nel corso dell'anno 2015.

Causale	Personale cessato	Personale assunto
Pensionamenti	96	-
Concorso	-	102
Mobilità	49	25
Altri motivi	150	3
Totale 2015	295	130

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

I dati per l'anno 2015 registrano un numero di "personale cessato" maggiore rispetto al "personale assunto". Nel corso del 2015, infatti, come evidenziato nella tabella 4.3, il personale dipendente è diminuito di 165 unità. Complessivamente le unità di personale con contratto a tempo indeterminato registrano un saldo negativo di 191 unità nel 2015, mentre per i contratti a tempo determinato si rileva un incremento di 26 unità.

La mobilità interaziendale registra per l'anno 2015 un saldo a favore del personale cessato.

4.2 Gestione del rischio e sicurezza

In questa parte del documento, l'Azienda descrive le principali attività finalizzate alla **gestione del rischio e della sicurezza**.

La gestione e il controllo dei rischi derivanti dalle attività lavorative (infortuni, rischio biologico, rischio chimico, movimentazione manuale dei pazienti e carichi, ecc.) sono funzioni svolte dal Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA) che supporta la Direzione Aziendale affinché sia garantito il miglioramento delle condizioni dei luoghi di lavoro per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e di quanti altri, a vario titolo, frequentano le strutture aziendali e dalla Medicina del lavoro (MdL).

Gli obiettivi ed i compiti del SPPA sono descritti nell'art. 33 del D.Lgs 81/08 definito anche "Testo unico sulla tutela della salute e della sicurezza sul lavoro". L'obiettivo primario di tale struttura è quello di promuovere (in collaborazione con il Medico Competente), nel luogo di lavoro, condizioni che garantiscano il più alto grado di qualità della vita lavorativa:

- proteggendo la salute dei lavoratori;
- migliorando il benessere fisico, psichico e sociale del lavoratore prevenendo malattie ed infortuni e fungendo da consulente specializzato del datore di lavoro su ciò che attiene a tutte le incombenze (valutazione dei rischi, individuazione delle misure preventive, definizione delle procedure, informazione, ecc.) relative alla promozione e tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.

Per la realizzazione delle funzioni in materia di sicurezza (sicurezza delle strutture e attrezzature, prevenzione degli incendi, ecc.) del lavoro previste dal D.Lgs. 81/2008, e successive modificazioni, il Direttore Generale ha delegato (ai sensi dell'art. 16), un Dirigente Tecnico. I programmi di valutazione e controllo del rischio (lavorativo e non) legati all'esposizione alle radiazioni ionizzanti ed alle radiazioni non ionizzanti, sono posti in capo agli Esperti Qualificati nominati dal Datore di lavoro, operanti presso la Fisica Sanitaria aziendale ed ai Medici Autorizzati della Medicina del Lavoro (D.Lgs. 230/95 e successive modificazioni).

L'uso sicuro ed efficiente di attrezzature ed impianti sono invece in capo, per le proprie competenze, alle Direzioni di Fisica Sanitaria, Ingegneria Clinica e Informatica Medica e Coordinamento Attività Tecniche Integrate, mentre gli aspetti legati all'igiene dei luoghi di lavoro e ambientale, compreso la gestione dei rifiuti, rientrano fra le attività dell'Area Igiene Ospedaliera e Prevenzione.

Di seguito sono illustrati i risultati più significativi raggiunti nel corso del 2015. In particolare si è proceduto:

- alla valutazione dei rischi per l'esposizione a gas anestetici, farmaci antiblastici e composti organici volatili. Il monitoraggio ha interessato tutti i blocchi operatori (per i gas anestetici), i laboratori e i reparti di degenza (per gli altri agenti chimici) coinvolti nell'utilizzo di tali sostanze; tale attività è stata riprogrammata anche per il 2016;
- alla valutazione dei rischi per l'esposizione ad agenti cancerogeni. Il monitoraggio ha interessato tutti i blocchi operatori (per la formaldeide), i laboratori coinvolti nell'utilizzo di tali sostanze; tale attività è stata riprogrammata anche per il 2016;

Sono prese in esame le iniziative dell'Azienda per la tutela delle condizioni di lavoro degli operatori e i principali risultati raggiunti

- alla predisposizione del documento di valutazione dei rischi per il Pad. 18 Anatomia Patologica e per l'esposizione/rimozione dei silicati fibrosi;
- al sostegno dei dirigenti e preposti delle U.U.O.O., nella risoluzione di problematiche quotidiane in tema di tutela della salute nei luoghi di lavoro (uso sostanze e miscele, segnaletica, uso attrezzature, uso DPI, ecc.);
- alla predisposizione dei DUVRI (documento unico della valutazione dei rischi interferenti) per le imprese appaltate per la fornitura di beni e servizi
- alla collaborazione con le direzioni in line con la direzione generale, sanitaria e amministrativa per la risoluzione dei problemi legati ai trasferimenti delle attività, alle misure di prevenzione da adottare a seguito di ristrutturazione e/o valutazione dei rischi, eccetera;
- alla collaborazione con l'U.O. Governo Clinico, Qualità e Formazione e area Sicurezza delle Cure per la realizzazione di corsi di formazione/aggiornamento nei confronti degli operatori addetti alla gestione dei farmaci antiblastici, di formalina, addetti all'emergenza incendio, addetti alla gestione dell'azoto, addetti alla guida dei carrelli elevatori, ed alla diffusione seminariale dei piani di emergenza incendio; nel 2015 è stata anche promossa la diffusione del corso di formazione in modalità e-learning di 4 ore sul D.Lgs 81/08 (realizzato e sperimentato nel 2014) con accreditamento ministeriale;
- all'aggiornamento di alcune procedure di "sicurezza" utili all'acquisizione di competenze per lo svolgimento delle attività in azienda (art. 33 del D.Lgs. 81/08) e per la gestione delle emergenze in presenza di atmosfere sottossigenate ed in presenza di metano;
- all'aggiornamento del fascicolo informativo (art. 26 D. Lgs. 81/08), documento che ha l'obiettivo di informare tutti i lavoratori "esterni" sui rischi specifici presenti e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate negli ambienti di lavoro dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna;
- all'aggiornamento costante, in collaborazione con il CATI, dei piani di emergenza incendio ed alla redazione del piano di emergenza del pad. 23;
- alla redazione di 26 relazioni per l'INAIL sulla richiesta, da parte dei dipendenti, di riconoscimento di malattia professionale;
- all'analisi statistica degli infortuni occorsi nel 2015: tale studio ha evidenziato che l'infortunio più ricorrente è quello relativo alla movimentazione del paziente; il numero totale degli infortuni aziendali risulta diminuito rispetto agli anni precedenti con una diminuzione della "durata media"; per gli infortuni in itinere si rileva un decremento rispetto agli anni precedenti sia della durata media sia del numero di eventi;
- alla sperimentazione, completata con esito positivo, di sistemi di conservazione, dei campioni biologici, al fine di eliminare e/o ridurre drasticamente l'uso dell'aldeide formica;
- alla sorveglianza sanitaria periodica del personale eseguita dai medici competenti ed autorizzati;
- alla sorveglianza del rischio biologico mediante indagini su soggetti che hanno avuto possibili contatti con portatori di tubercolosi o altre malattie infettive;

- alla valutazione del rischio tubercolosi per gli operatori sanitari dell'Azienda;
- alle misure profilattiche (vaccinazioni) per proteggere il personale dal rischio biologico.
- al controllo della contaminazione degli impianti da legionella; l'Azienda ha redatto e approvato il "Documento di Valutazione per il rischio Legionella" previsto dalle Linee Guida della Regione Emilia-Romagna per la sorveglianza e il controllo della Legionellosi. Per ogni struttura edilizia ed Unità Operativa è stata effettuata la valutazione di rischio per la Legionella considerando sia le componenti sanitarie dei pazienti assistiti, sia quelle impiantistiche. In seguito alla valutazione, ad ogni singola struttura assistenziale è stato attribuito un livello di rischio. Sulla base degli indici di rischio sono stati pianificati gli interventi di prevenzione e controllo.

Gli interventi di controllo microbiologico, di sorveglianza degli impianti di clorazione dell'acqua calda, delle temperature di esercizio, degli interventi di bonifica e manutenzioni straordinarie degli impianti vengono monitorati da un apposito gruppo di lavoro multidisciplinare ed annotate in appositi registri. Annualmente vengono effettuati gli aggiornamenti del sistema di controllo e prevenzione conseguenti alle variazioni delle attività assistenziali, strutturali ed impiantistiche.

Infine, come per gli anni precedenti e sulla base dei requisiti posseduti, è stata accolta l'istanza, presentata all'INAIL, di riduzione del tasso medio di tariffa del premio assicurativo per gli infortuni sul lavoro.

4.3. Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Sistema di valutazione

Il sistema di valutazione rappresenta per l'azienda uno strumento fondamentale di gestione per i professionisti che operano all'interno dell'organizzazione; questo sistema intende basarsi sulla promozione, sulla valorizzazione e sullo sviluppo delle relazioni interne e presuppone il coinvolgimento delle diverse espressioni professionali ai processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

Nel mese di gennaio 2015 l'Azienda ha individuato l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) cui spettano le seguenti funzioni:

- assicurare il supporto all'attività di programmazione e valutazione interna aziendale, in particolare per la definizione e manutenzione della metodologia, degli indicatori e degli strumenti di valutazione, in applicazione delle linee guida e di indirizzo emanate dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) del Sistema Sanitario Regionale (SSR);
- garantire la corretta gestione procedimentale del processo valutativo, monitorando il funzionamento complessivo del Sistema di valutazione aziendale e riferendo periodicamente all'OIV-SSR;
- verificare e promuovere il corretto confronto tra valutato e valutatore in ogni fase del procedimento di valutazione, in special modo nei casi di posizioni difformi, anche nell'ambito delle valutazioni di 2° istanza;

Nel corso del 2015 sono proseguite le attività impostate nel 2013 e 2014 relativamente al sistema di valutazione ed alla revisione del sistema premiante

- validare, a conclusione del percorso, il processo di valutazione annuale e l'attribuzione dei premi al personale, in particolare per quanto attiene alla corretta applicazione nel corso dell'anno delle linee guida e di indirizzo fornite dall'OIV-SSR;
- supportare l'OIV-SSR nello svolgimento delle attività previste dalla L. n. 190/2012 e dalle norme correlate in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione.

Per quel che concerne la valutazione legata alla performance e agli obiettivi annuali di risultato legati al budget, l'azienda, nel mese di settembre 2015, ha sottoscritto un accordo per la revisione della retribuzione di risultato in cui viene ridefinita la modalità di gestione della quota di fondo destinata al raggiungimento degli obiettivi di budget. Tale modalità prevede:

- la definizione di obiettivi specifici per ogni unità operativa;
- l'assegnazione ai professionisti degli obiettivi definendo il coinvolgimento di ciascuno nel concorrere al raggiungimento degli stessi;
- la valutazione del raggiungimento degli obiettivi legati alla retribuzione di risultato.

Nel mese di dicembre è stata inoltre assegnata la responsabilità del programma "Referente della direzione aziendale per la valutazione dei dirigenti" che avrà il compito di sviluppare all'interno dell'Azienda il sistema di valutazione aziendale.

4.3.1 Incarichi dirigenziali

Il sistema di graduazione degli incarichi dirigenziali, in vigore già dal 2003 e costantemente in evoluzione in riferimento agli obiettivi aziendali, alla consistenza dei fondi contrattuali e allo sviluppo delle carriere, al 31 dicembre 2015 presenta la seguente distribuzione:

Tabella 4.10 Tipologie di incarico e numero di incarichi conferiti al 31.12.2015

Tipologie di Incarico	Numero incarichi conferiti al 31/12/2015
Incarico di Direzione di Struttura Complessa - Direttore di Dipartimento	9
Incarico di Direzione di Struttura Complessa - Direttore di U.O.	83
Incarico di Responsabilità di Programma	11
Incarico di Direzione di Struttura Semplice dipartimentale	21
Incarico di Direzione di Struttura Semplice interna all'U.O.	69
Incarichi Professionali di alta specializzazione	166
Incarichi Professionali specialistici	488
Incarichi Professionali	136

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

4.3.2 Posizioni organizzative.

Di particolare rilievo, per il personale del comparto, è l'attribuzione di incarichi su posizioni organizzative, previste dal Contratto Nazionale di Lavoro, che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità. Anche questo istituto è costantemente in evoluzione in relazione agli obiettivi aziendali e alla consistenza dei fondi contrattuali. Al 31 dicembre 2015 le posizioni organizzative presentano la seguente distribuzione:

Tabella 4.11 Posizioni organizzative suddivise per ruolo professionale al 31.12.2015

Ruolo professionale	Numero incarichi conferiti al 31/12/2015
Ruolo sanitario	37
Ruolo amministrativo	22
Ruolo tecnico	1

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

4.4. Formazione

Nel 2015 l'attività di formazione rivolta a tutti gli operatori dell'Azienda è stata programmata attraverso il **Piano di Formazione Aziendale** (PAF) che definisce le strategie formative in grado di assicurare:

- la coerenza delle tematiche e delle tecniche della formazione con gli obiettivi di sviluppo aziendale;
- il sostegno a quei meccanismi della gestione operativa che diminuiscono il rischio professionale e favoriscono l'individuazione e l'adozione di buone pratiche;
- lo sviluppo di un ambiente culturale favorevole al programma regionale per la ricerca e l'innovazione (di cui alla specifica successiva sezione di questo documento).

Le attività formative che compongono il PAF riguardano diverse aree, a ciascuna delle quali è attribuito uno specifico budget economico:

- formazione a supporto delle azioni strategiche aziendali su tematiche trasversali di tipo organizzativo - gestionale o tecnico-professionale;
- formazione su progetti e obiettivi specifici dei Dipartimenti;
- formazione di base;
- formazione per la specializzazione delle competenze.

Nel PAF 2015 i **temi formativi trasversali e dipartimentali** considerati prioritari sono stati i seguenti:

- sicurezza sul lavoro e tutela della salute dei lavoratori;
- aggiornamenti tecnico-legislativi in materia di trasparenza e anticorruzione (L. 190/2012 e DLgs 33/2013);
- sicurezza delle cure e qualità dell'assistenza;

- prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza in area intensivologica;
- miglioramento dei processi di comunicazione e intercultura;
- nuovi modelli organizzativi e integrazione delle competenze, in relazione all'attivazione del nuovo Polo Cardio – Toraco - Vascolare e all'introduzione del modello assistenziale per intensità di cura.

La **rilevazione del fabbisogno formativo**, è stata effettuata, per le aree tematiche trasversali, dalle strutture/servizi aziendali trasversali sulla base degli indirizzi della programmazione regionale e aziendale e, per l'area dei Dipartimenti, dalla rete degli Animatori di Formazione, che mediante la definizione dei Dossier Formativi di Gruppo, in relazione agli obiettivi assegnati, ai ruoli professionali e allo sviluppo delle competenze, ha effettuato la programmazione e facilitato la realizzazione di specifici progetti formativi, sia interni che esterni all'Azienda.

La formazione realizzata è stata pertanto indirizzata a favorire il trasferimento delle conoscenze nel contesto lavorativo a supporto del perseguimento degli obiettivi aziendali, per favorire il miglioramento della qualità e la sicurezza delle cure, la relazione con il paziente e con i colleghi e sostenere le interazioni organizzative, anche attraverso collaborazioni formative interaziendali, prevalentemente in area vasta e in ambito regionale.

In particolare, la distribuzione delle iniziative formative trasversali per aree tematiche ha visto una particolare concentrazione della formazione nell'area "**Gestione del rischio e Sicurezza delle Cure**", con la realizzazione di corsi di rianimazione cardiopolmonare base e avanzati sia nell'adulto che nell'età pediatrica.

Tali iniziative hanno interessato anche la formazione universitaria, attraverso uno specifico accordo Azienda-Università in merito alla formazione BLS per i medici in formazione specialistica.

Una particolare attenzione è stata posta all'attivazione di iniziative formative coerenti con l'applicazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute per la **sicurezza del paziente e degli operatori**, in particolare, per ciò che concerne la prevenzione:

- la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto;
- la prevenzione degli episodi di violenza verso gli operatori;
- la prevenzione degli episodi di suicidio in ospedale;
- la prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie; gestione clinica dei farmaci e riconciliazione farmacologica.

Nell'area tematica "**Controllo delle infezioni correlate all'assistenza - Igiene ospedaliera**" sono stati effettuati numerosi corsi per illustrare il razionale ed i metodi per l'effettuazione in sicurezza delle attività assistenziali, prevenendo il rischio infettivo legato alla trasmissione per contatto, con particolare riferimento all'igiene delle mani.

Sono state portate a termine le diverse iniziative programmate nell'area tematica "**Sicurezza sul Lavoro**", per fornire le conoscenze di base sulla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro in applicazione al Dlgs 81/2008 e per formare gli utilizzatori sui concetti base della radioprotezione con la realizzazione di eventi sia in FAD che blended (FAD+formazione residenziale). Nella stessa area sono state realizzate iniziative di diffusione sul concetto di rischio biologico, finalizzate al corretto utilizzo dei dispositivi di sicurezza e delle procedure da seguire in caso di infortunio.

Iniziative formative obbligatorie sono state realizzate nell'area "**Aggiornamenti Tecnico-Legislativi**" per ciò che riguarda la normativa anticorruzione in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 190/2012 per i dipendenti della Pubblica Amministrazione, mediante formazione FAD e residenziale.

L'area tematica della "**Comunicazione, Consenso e Privacy**" ha visto la realizzazione di diversi eventi formativi focalizzati sia sull'applicazione della normativa sulla Privacy, sia sul miglioramento delle capacità degli operatori di gestire le situazioni di conflittualità con i cittadini, eventi, questi ultimi, che hanno visto il coinvolgimento particolare del personale afferente al Pronto Soccorso e dei mediatori culturali.

La necessità di valutare la ricaduta formativa e organizzativa degli eventi formativi attivati a livello aziendale ha richiesto la preliminare realizzazione di eventi formativi rivolti a tutti gli Animatori di Formazione dei DAI e all'Area della Formazione più in generale, onde poter approfondire le logiche e gli strumenti per la valutazione di impatto e porre le basi per progettare la formazione, a partire dal 2016, tenendo conto anche di indicatori e standard per poterne stimare l'efficacia rispetto agli obiettivi prefissati.

Per quanto riguarda l'area della "**Riorganizzazione attività sanitaria**", l'attivazione del nuovo Polo Cardio-Toraco-Vascolare che ha visto l'adozione del modello per intensità di cura e complessità assistenziale, ha richiesto la realizzazione di eventi formativi dedicati al personale ad esso afferente, sia in relazione alla necessità di diffondere criteri e strumenti per la realizzazione di questo modello innovativo, sia in relazione alle necessità di addestramento sulle tecnologie altamente innovative introdotte nel Polo e all'integrazione delle conoscenze del personale proveniente dalle diverse realtà dell'area cardio-toraco-vascolare.

In relazione alle richieste pervenute dagli operatori e alla necessità di ottemperare ad alcune iniziative che, per il loro carattere di obbligatorietà, richiedono il coinvolgimento di una larga fascia di operatori sanitari, la **FAD ha subito un forte impulso nel 2015**, con la realizzazione di eventi sui temi: tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro D.Lgs. 81/2008; prevenzione dei rischi da taglio e puntura; obblighi e responsabilità per prevenire e contrastare fenomeni a rischio corruttivo; prevenzione e controllo della trasmissione di enterobatteri produttori di carbapenemasi; radioprotezione.

Nell'anno 2015 l'AOU di Bologna ha programmato internamente e accreditato **937** eventi formativi (residenziali, FSC e FAD) di cui **846 ECM e 91 non ECM** con **3.337** operatori formati, pari al **69 %** del personale dipendente.

Di seguito si riporta un'analisi di dettaglio sulla distribuzione numerica degli eventi in base a 12 aree tematiche di interesse aziendale. I dati elaborati si riferiscono alle iniziative terminate al 31.12.2015.

Nel 2015 l'AOU di Bologna ha realizzato numerosi eventi sulle tematiche inerenti la sicurezza del paziente e degli operatori, sulla sicurezza sui luoghi di lavoro e sulla riorganizzazione dell'attività sanitaria

Nel 2015 l'AOU di Bologna ha programmato internamente e accreditato 937 eventi formativi di cui 846 ECM e 91 non ECM con 3.337 operatori formati, pari al 69% del personale dipendente

Codice area	Area formativa	Traversale	Dipartimentale	FAD	Totale
1	QUALITA' DELLE CURE	27	441	21	490
2	GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE	78	58	8	144
3	CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA - IGIENE OSPEDALIERA	15	3	5	23
4	METODOLOGIA DELLA RICERCA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA	2	1	-	3
5	COMUNICAZIONE, CONSENSO E PRIVACY	17	43	-	60
6	SVILUPPO DELLE COMPETENZE ED EMPOWERMENT DEGLI OPERATORI	25	44	-	69
7	RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' SANITARIA E NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI	-	14	-	13
8	AGGIORNAMENTI TECNICO-LEGISLATIVI	12	1	2	17
9	SERVIZI DI SUPPORTO	1	9	-	10
10	GESTIONE AMBIENTALE E SVILUPPO SOSTENIBILE	-	-	-	0
11	SICUREZZA SUL LAVORO E TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI	37	24	7	68
12	INFORMATIZZAZIONE	2	16	-	18
	FAD su altre tematiche	-	-	22	22
Totale					937

Aspetti specifici della Formazione interna

Rispetto alla TIPOLOGIA DI FORMAZIONE, le ore complessivamente dedicate sono state così suddivise:

36.192	ore formazione residenziale
49.533,35	ore formazione sul campo (FSC)
23.903	ore formazione a distanza (FAD)

La suddivisione della formazione interna realizzata PER AREA CONTRATTUALE è di seguito illustrata:

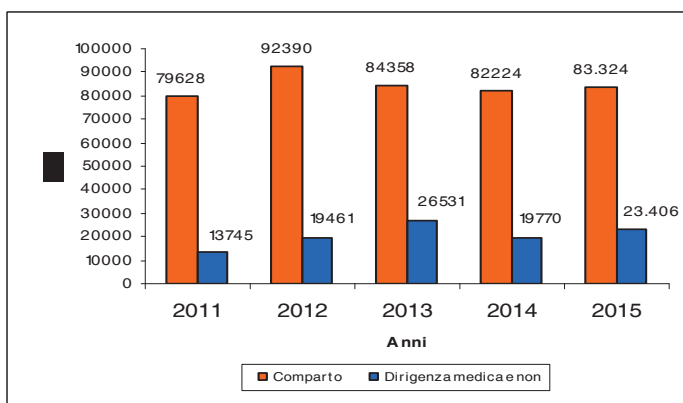
Tabella 4.12 Attività di formazione interna per aree contrattuali

Area contrattuale	N. Iniziative	N. Operatori formati	N. Ore dedicate
Comparto	670	2.655	83.324
Dirigenza medica e non medica	378	681	23.406

Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

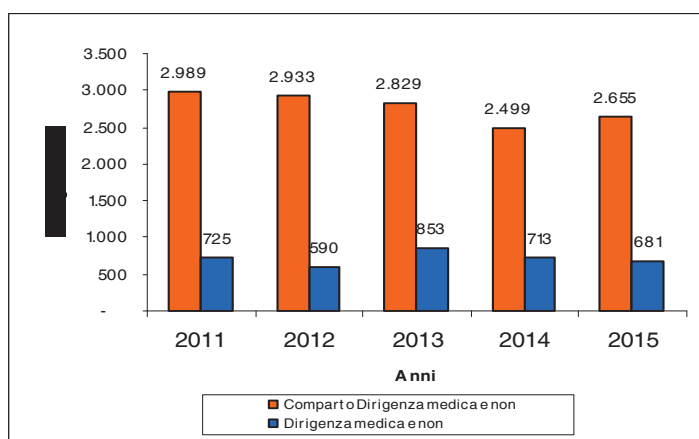
Nei grafici che seguono sono rappresentati il numero di ore dedicate alla formazione interna nel periodo 2011 - 2015, suddivise per area contrattuale mette in evidenza un incremento in entrambe le aree nell'ultimo biennio ed il numero di operatori coinvolti nella formazione interna nel periodo 2011 - 2015, suddivisi per area contrattuale.

Grafico 4.10 : Ore dedicate alla Formazione interna



Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 4.11: Operatori coinvolti dalla Formazione interna



Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

I dati mettono in evidenza un discreto incremento del numero di operatori coinvolti per quanto riguarda l'area del comparto ed una lieve flessione di quello della dirigenza. In generale, la riduzione delle ore e del numero di operatori coinvolti nella formazione interna rispetto al triennio 2011-2013 si spiega in parte con un maggiore utilizzo della formazione esterna (in particolare quella legata ai progetti messi in campo per l'innovazione tecnologica, non realizzabili all'interno dell'Azienda), in parte con un ampliamento dell'offerta e della realizzazione di eventi FAD.

Di seguito si riporta il quadro delle iniziative formative, suddivise per livello (**trasversale, dipartimentale**), con la specifica del numero degli operatori formati, ore dedicate e costi.

Tabella 4.13 Iniziative formative dell'anno 2015

	N. iniziative	N. operatori formati	N. ore dedicate	Costi (in €)
SOSTEGNO A PROGETTI AZIENDALI	217	1.794	26.083	235.113,49(*)
INIZIATIVE A SOSTEGNO DEI PROGETTI DIPARTIMENTALI	837	2.303	58.693	157.558,06

Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nota (*) i costi comprendono la FAD

Si riporta di seguito il confronto delle attività di Formazione esterna (in ore) relativo all'ultimo quinquennio. I dati mettono in evidenza una diminuzione delle attività rispetto al 2014, in linea con le indicazioni aziendali di privilegiare la formazione e in probabile relazione con una maggiore offerta formativa interna.

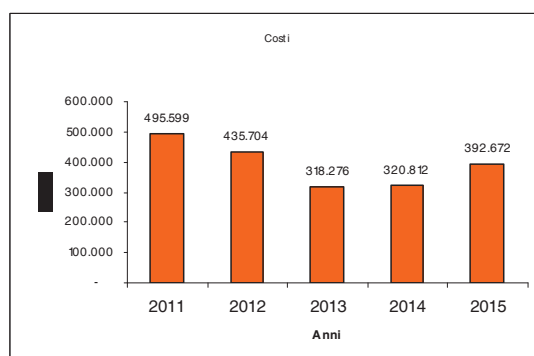
Tabella 4.14 Attività di formazione esterna per area dirigenza

Anni	2011	2012	2013	2014	2015
N. ore aggiornamento esterno	2.556	3.080	2.177	3.997	2.472

Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Il grafico mostra l'andamento, nei tre anni di riferimento 2012-2105, dei costi complessivi della formazione, comprensivi dei costi per l'aggiornamento esterno, evidenziando un aumento dei costi sostenuti nel 2015 rispetto all'ultimo biennio, in relazione all'aumento dell'offerta formativa, sia in residenziale sia in FAD, e all'incremento delle iniziative formative trasversali.

Grafico 4.12 Costi complessivi della Formazione



Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Si riporta di seguito un quadro di sintesi delle iniziative formative 2015 (eventi residenziali e di FSC) promosse da istituzioni esterne per le quali l'Area Formazione dell'AOU di Bologna ha svolto il ruolo di Provider ECM.

Tabella 4.15 Iniziative formative anno 2015 in cui AOU ha svolto ruolo di provider ECM

Area	Titolo iniziativa	N. eventi	Committe nte
Politica del Farmaco	1. 2015/275 - Commissione del farmaco di area vasta centrale 2. 2015/276 - "Gruppo di lavoro a supporto della commissione del farmaco di area vasta centrale"	2	AVEC

Nel 2015 calano significativamente le ore di formazione esterna rispetto all'anno precedente; l'andamento è in linea con le indicazioni di privilegiare l'offerta formativa interna

	<p>3. 2015/596 - Seminario regionale sulla sicurezza delle cure farmacologiche. parte 1 raccomandazioni regionali</p> <p>4. 2015/597 - Seminario regionale sulla sicurezza delle cure farmacologiche. parte 2 audit clinici</p> <p>5. 2015/534 - Centro regionale di farmacovigilanza "la farmacovigilanza in età pediatrica"</p>	3	RER
Documentazione sanitaria	6. 2015/486 - Corso di formazione sulla corretta tenuta della documentazione clinica nei servizi del dsm-dp e salute nelle carceri e predisposizione modulistica unica regionale. seconda annualità	1	RER
Rischio infettivo	7. 2015/50 - Corso di formazione G.I.A.N.O. 2 parte	1	RER
Sicurezza sul lavoro e tutela della salute dei lavoratori	8. 2015/51 - "Lo stato dell'arte nella gestione dei gas medicali regione Emilia Romagna"	1	RER
Qualità delle cure	9. 2015/494 - L'applicazione del piano sulla malattia diabetica nella regione Emilia Romagna. seconda annualità	1	RER
Gestione del rischio e sicurezza delle cure	<p>10. 2015/174 - Addestramento del personale all'emergenza intra- ospedaliera: corso di basic life support and defibrillation (blsd) – rivolto agli studenti dei corsi di laurea</p> <p>11. 2015/481- Addestramento del personale all'emergenza intra- ospedaliera: corso di basic life support and defibrillation (blsd) – rivolto ai medici in formazione specialistica</p>	2	UNIBO

Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nel corso degli ultimi due anni si è posta attenzione al tema della valutazione di impatto degli eventi formativi, attraverso un primo approccio, definendo nella Procedura Aziendale 18 la tipologia di eventi e gli strumenti cui applicare la valutazione di ricaduta (es. rischi per il paziente e/o per l'operatore, condivisione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, relazionale su familiari e caregiver dei pazienti e fra gli operatori stessi).

Si riporta una sintesi delle valutazioni realizzate nel corso del 2014-2015.

Nel 2015 l'Area della Formazione ha posto particolare attenzione al tema della valutazione di impatto degli eventi formativi, ossia della ricaduta in termini di cambiamento dei comportamenti conseguenti all'acquisizione delle competenze

Laboratorio sperimentale di mediazione interculturale: la valutazione della ricaduta del percorso formativo sulla sensibilizzazione e conoscenza dei temi della mediazione interculturale è stata realizzata attraverso una ricerca qualitativa che ha messo in evidenza, attraverso la somministrazione di un questionario quali/quantitativo, ossia con risposte aperte e chiuse, una sostanziale soddisfazione da parte del personale dell'assistenza nella relazione con gli assistiti e i loro familiari e con i colleghi, e buone capacità di ascolto e tolleranza nei confronti dei pazienti di altre culture. Tale valutazione positiva ha posto le basi per un'estensione del progetto formativo ad altre aree, in particolare quella ostetrico-ginecologica.

Cartella unica integrata in Neuropsichiatria Infantile: percorso formativo orientato alla sperimentazione della cartella clinica integrata, quale strumento unico, interprofessionale e interdisciplinare che raccoglie tutte le informazioni legate al percorso di cura e di assistenza del paziente. La valutazione di impatto, basata su audit della corretta compilazione e tenuta della documentazione sanitaria, ha fornito elementi per modificare le modalità di compilazione della documentazione che influivano sulla comprensione del testo riportato anche nel diario integrato.

Digitopressione e moxa in travaglio/parto: si tratta di un percorso formativo basato sulla diffusione delle tecniche di digitopressione e moxa, utili a sostenere la donna durante i prodromi ed il travaglio di parto, per il controllo del dolore da parto. I risultati, basati sulla valutazione del dolore mediante scala NRS, hanno evidenziato una riduzione del dolore di 2 punti sulla scala, e, in alcuni casi, un aumento della dinamica uterina.

Nel 2015 sono stati realizzati alcuni interventi di miglioramento e razionalizzazione degli spazi dedicati alla formazione aziendale, per soddisfare le crescenti richieste di utilizzo delle aule. In particolare, è stato realizzato il trasferimento delle aule didattiche del Corso di Laurea in Tecnico di Laboratorio Biomedico presso la sede del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, rendendo disponibili le aule che sono state attrezzate, con pc, videoproiettori e linee telefoniche, ad uso della formazione continua. Altre aule, di capienza fino a circa 75 persone, sono state dotate di nuovi sistemi di proiezione, al fine di migliorare la fruizione degli strumenti audio-visivi anche in situazioni di massima occupazione.

4.5 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

In questa sezione vengono illustrate le azioni promosse dall'Azienda riferite alle attività dei diversi organismi istituiti dai contratti di lavoro e da specifiche normative in merito al benessere organizzativo. Le relazioni con il personale dipendente sono improntate alla massima disponibilità e sono principalmente mediate dal confronto con le rappresentanze dei lavoratori (Rappresentanza Sindacale Unitaria - RSU, Organizzazioni Sindacali, Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza) e attraverso le attività dei suddetti organismi.

Le relazioni con il personale dipendente sono improntate alla massima disponibilità e sono principalmente mediate dal confronto con le rappresentanze dei lavoratori

4.5.1. Relazione con gli organismi sindacali

L'Azienda e le **Organizzazioni Sindacali**, nella consapevolezza dei vincoli normativi sempre più stringenti e del ridimensionamento degli ambiti della contrattazione e nonostante il perdurare del blocco dei rinnovi contrattuali, hanno mantenuto aperto il canale del confronto sia sulla gestione corrente sia su processi di riorganizzazione rilevanti posti in essere per esigenze correlate alle riduzioni di spesa ed al risanamento del bilancio.

Il modello partecipativo, attraverso un contraddittorio costruttivo, si è esplicitato così come segue:

Tabella 4.16 Tipologia e numero di incontri realizzati anno 2015

Aree di contrattazione collettiva	Incontri aziendali tra le delegazioni trattanti di parte pubblica e di parte sindacale	Incontri a livello di area metropolitana	Incontri a livello di gruppi tecnici + sedi decentrate
Personale del comparto Sanità	35 (in regime di tavoli separati) 3 (in regime di tavoli uniti)	25*	6
Dirigenza Medica e Veterinaria e Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa	14	11	4
Totali	52	* 25 (di cui 11 Comparto+Dirigenza SPTA e 6 Comparto+Dirigenza SPTA + Dirigenza Medica)	10

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Tabella 4.17 Accordi sottoscritti anno 2015

Area di contrattazione del personale del comparto Sanità	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dichiarazione congiunta di intenti e di impegni del 25/5/2015 2. Verbale di consultazione e di accordo "Progetto LUM" 3. Verbale di esame congiunto "Progetto DAM" 4. Verifica congiunta delle modalità di attuazione degli accordi relativi ai processi di unificazione SAM e SPM e accordo di integrazione in merito all'operatività di alcune azioni alla luce del quadro normativo attuale 5. Progetto LUM-intesa relativa alla quantificazione delle risorse contrattuali oggetto di trasferimento all'AUSL di Bologna 6. Accordo relativo alla distribuzione delle risorse ex art 16 DL 98/2011 convertito in L. 111/2011 7. Accordo per la finalizzazione delle risorse destinate alla contrattazione integrativa- prima finalizzazione anno 2015 8. Intesa a stralcio per la modifica dell'art 5 comma 4 del protocollo di intesa in materia di rappresentanti dei lavoratori
----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>per la sicurezza</p> <p>9. Accordo relativo alla individuazione dei criteri per la attribuzione delle progressioni economiche orizzontali anno 2015</p>
<p>Area di contrattazione della Dirigenza Medica e veterinaria</p> <p>Area di contrattazione della dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica e Amministrativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verbale di consultazione e di accordo "Progetto LUM" 2. Verbale di esame congiunto "Progetto DAM" 3. Accordo per la revisione della retribuzione di risultato ripartizione delle risorse e loro modalità di utilizzo 4. Progetto LUM- intesa relativa alla quantificazione delle risorse contrattuali oggetto di trasferimento all'AUSL di Bologna 5. Protocollo d'intesa in materia di rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Aspetto significativo delle relazioni anno 2015 è costituito dalle sinergie attivate dalle tre aziende sanitarie di area cittadina, in un'ottica di integrazione dei processi di esame congiunto preordinati all'individuazione comune di modalità e criteri per la gestione degli aspetti pratico-operativi strettamente correlati alla progressiva realizzazione degli obiettivi di unificazione di funzioni trasversali (amministrative, tecniche ed anche sanitarie) definiti dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito delle linee e linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, approvate con deliberazione della Giunta n. 199 del 25 febbraio 2013. Vedasi in particolare il ricorso innovativo, per una pubblica amministrazione, all'istituto della cessione di ramo d'azienda per il progetto LUM

A livello aziendale si segnala inoltre, in particolare, che nell'anno 2015 si sono regolarmente svolte le elezioni per il rinnovo della RSU (3, 4 e 5 marzo 2015) che hanno rappresentato un momento particolarmente significativo nella gestione delle relazioni con le organizzazioni sindacali del comparto.

Si segnala infine la sottoscrizione del Protocollo d'intesa in materia di rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) siglato con le organizzazioni sindacali delle due aree della dirigenza in data 29/9/2015; a completamento del percorso che aveva visto la sottoscrizione di pari protocollo con le organizzazioni sindacali dell'area di contrattazione del comparto in data 11/12/2014. I predetti accordi hanno consentito la designazione, da parte sindacale, dei RLS aziendali e l'avvio degli adempimenti conseguenti al fine di attivare in modo efficace ed efficiente la collaborazione tra le deputate strutture aziendali e la figura del RLS indispensabile per una corretta gestione dei temi legati alla sicurezza dei lavoratori, nel rispetto dei rispettivi ambiti di competenza

4.5.2. Comitato Unico di Garanzia (CUG)

Il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" istituito 4.11.2011 con Delibera n. 390 dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha cessato il mandato nel Novembre del 2015 al termine dei previsti quattro anni d'incarico.

Nel mese di Giugno 2015 il C.U.G. si è riunito un'ultima volta. Nel corso di tale incontro il Presidente richiamando la naturale scadenza del Comitato ha pre - annunciato le Sue dimissioni tenuto conto di sopraggiunti impegni personali e professionali, dimissioni che sono state formalizzate a fine 2015 al Direttore Generale.

Nel corso della riunione i presenti hanno colto l'occasione per delineare lo stato dei Progetti ancora aperti e richiamare le competenze prioritarie così come di seguito riportato :

- Monitoraggio riguardo l'attuazione del Codice di comportamento aziendale, prevedendo l'interesse ad intervenire anche attraverso proposte e suggerimenti;
- Valutazioni inerenti l'applicabilità, anche in relazione alla parità di genere, del Piano annuale di formazione aziendale (PAF);
- Prosecuzione della collaborazione con i Consiglieri di Fiducia e con il CUG dell'AUSL e degli Istituti Ortopedici Rizzoli;
- Prosecuzione della collaborazione con "Gender Community" per l'elaborazione di proposte e la condivisione di progetti finalizzati a favorire la Donna nel mondo del Lavoro;
- Attenzione all'uscita di Call Europee nell'ambito del Programma dell'Unione Europea Horizon 2020;
- Partecipazione, anche a seguito di richieste specifiche da parte delle Organizzazioni Sindacali, agli incontri di presentazione dei Progetti di riorganizzazione interaziendale, similmente a quanto avvenuto per il LUM – Laboratorio Unico Metropolitano – svolgendo un ruolo di garanzia sui temi di competenza.
- Disamina della documentazione aziendale (delibere e atti amministrativi aziendali) per verificarne la congruità con argomenti quali : parità di genere e pari opportunità.

Dopo l'incontro del Giugno 2015 non sono stati effettuati ulteriori incontri sia per la posizione dimissionaria del Presidente, sia per la naturale scadenza di tutti i componenti del CUG (molti dei quali già assenti per diverse motivazioni) e, infine, per la necessità di aprire un confronto sulle prospettive del CUG aziendale e dei Progetti interaziendali con la Direzione aziendale insediatasi nel Marzo 2015.

In data 26 Aprile 2016 è stato pubblicato un Avviso di manifestazione di interesse per la designazione dei componenti titolari e supplenti dei CUG rivolto ai dipendenti interessati alla designazione dei componenti titolari e supplenti dei CUG della Azienda USL di Bologna, della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli.

In tal senso si può fin d'ora anticipare l'attivazione di una fase di stretta collaborazione dei CUG a livello metropolitano per l'avvio di alcune iniziative comuni rivolte al miglioramento del Benessere aziendale.

4.5.3. Consiglieri di fiducia (CdF)

Le aziende USL e Ospedaliero Universitaria di Bologna, in attuazione di quanto raccomandato da norme comunitarie e nazionali e dai rispettivi Codici di Condotta adottati, nel 2011 hanno attivato la funzione dei CdF.

Le finalità principali di questa funzione sono l'ascolto del personale in condizione di disagio lavorativo, la gestione dei conflitti interpersonali e la promozione del benessere lavorativo e della cultura del rispetto reciproco.

I 10 Consiglieri (5 per l'AUSL e 5 per l'AOU), sono nominati dai Direttori Generali e costituiscono un unico gruppo operativo che opera in modo congiunto sui due contesti. Il gruppo è formato da 2 infermieri, 2 medici, 1 educatore, 1 assistente sociale, 1 collaboratrice amministrativa P.E., 1 dirigente amministrativa, 1 ostetrica, 1 tecnica di radiologia. Ognuno di loro dedica a questa funzione una media di 2 ore settimanali nell'ambito del debito orario previsto continuando, per il resto del tempo-lavoro, la propria attività istituzionale.

E' stata individuata, come responsabile del gruppo ed interfaccia interaziendale la dott.ssa Sabrina Colombari, che svolge un ruolo di coordinamento e supervisione delle attività del gruppo.

Nel 2014 si è concluso il primo triennio di incarico che, a seguito di valutazione positiva da parte delle Direzioni Generali, è stato rinnovato per il triennio 2015-2017.

Nel periodo considerato sono state prese in carico dai CdF 24 richieste, delle quali 19 dell'AUSL e 5 dell'AOU.

La tabella seguente illustra la macroarticolazione di provenienza delle richieste.

Tabella 4.18 Provenienza delle richieste

Macroarticolazione di provenienza AUSL	2015
Dipartimento di salute mentale	2
Dipartimento oncologico	1
Dipartimento delle Cure Primarie	1
Dipartimento dei Servizi	1
Dipartimento Chirurgico	1
Dipartimento Attività Amministrative Territoriali	1
Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa	12
Totale	19

Macroarticolazione di provenienza AOSP	
Dipartimento delle Insufficienze d'organo e trapianti	1
Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo	4
Totale	5

Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

La distribuzione nelle professioni dei richiedenti non presenta differenze tra le due aziende, per cui la tabella che segue le presenta in maniera aggregata.

Tabella 4.19 Professioni dei richiedenti

Professioni dei richiedenti	2015
Infermiere	11
Dirigente medico	4
Operatore Socio Sanitario	2
Ruolo Amministrativo Comparto	2
Dirigente Ruolo Tecnico	2
Dirigente Biologo	1
Personale della Riabilitazione	1
Ruolo Tecnico Comparto	1
Totale	24

Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

E' prevalente la componente femminile (21 donne e 3 uomini) e l'area del comparto (18) rispetto alla dirigenza (6).

L'anzianità media di lavoro è di 19 anni (min. 4- max. 37).

La maggioranza delle persone si è rivolta di propria iniziativa ai CdF (18). In alcuni casi le persone sono state inviate da altri interlocutori. In particolare 2 persone sono state inviate dalla direzione aziendale, 1 dalla Consigliera di Parità regionale ed 1 da un medico aziendale che aveva in cura la persona.

Osservando il motivo alla base della richiesta si evidenzia come il conflitto, con il superiore gerarchico e/o tra pari, continui ad essere la causa principale di disagio lavorativo.

Alcune persone hanno manifestato due o più motivi di disagio, che sono riassunti nella tabella seguente.

Tabella 4.20 Disagio riferito

Disagio Riferito	Numero
Conflitto con superiori	10
Conflitto tra pari	6
Demansionamento	4
Aggressioni Verbali	4
Extralavorativo	2
Molestia Psicologica	1
Contrattuale	1

Fonte AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Alla presa in carico della richiesta è stato svolto un primo colloquio, nel rispetto dei tempi previsti (15 giorni), con ognuna delle 24 persone.

Il primo colloquio consente ai CdF di formulare un primo inquadramento, attraverso la valutazione della rilevanza delle circostanze riferite e del livello di disagio/sofferenza manifestata dalla persona. Tale prima valutazione si traduce in una graduazione della "gravità" del caso.

Nel 2015 le persone che si sono rivolte ai CdF presentavano una gravità lieve in 10 casi, media in 8 ed elevata nei rimanenti 6 casi. Sei richieste sono state gestite e concluse nell'ambito del primo ed unico colloquio, attraverso una azione di coaching e/o di facilitazione verso percorsi di aiuto adeguati alle necessità (medico competente, responsabile gerarchico della persona, sostegno psicologico)

Con le 18 persone per le quali la presa in carico è proseguita sono stati svolti complessivamente 46 colloqui, 32 con la persona stessa e 14 con colleghi, superiori gerarchici o altre figure coinvolte nella gestione del caso.

Il totale dei colloqui svolti ha comportato complessivamente 104 ore di lavoro, ai quali si sommano le 48 ore di attività di revisione della pratica svolta durante gli incontri quindicinali.

Al termine della presa in carico, durante l'ultimo colloquio di feed back, sono state valutate le condizioni generali di benessere lavorativo riferito e la persistenza o meno degli elementi di disagio (conflitto, molestia, ecc.) riferiti dalla persona.

Detta valutazione, nei 18 casi seguiti, mostra un miglioramento delle condizioni lavorative per 14 persone, mentre per 4 persone le circostanze sono rimaste invariate.

Il totale dei colloqui svolti ha comportato complessivamente 104 ore di lavoro, ai quali si sommano 48 ore di attività di revisione della pratica svolta durante gli incontri quindicinali.

Nel corso del 2015, parallelamente alla gestione delle richieste ed alla trattazione dei casi, i Consiglieri sono stati impegnati in alcune iniziative di diffusione della propria esperienza e di docenza sui temi propri della funzione:

- Docenza ai due corsi di perfezionamento post laurea per Consiglieri di Fiducia organizzati dall'Università di Verona;
- Tutor di tirocinio del sopra citato corso universitario per 7 tirocinanti;
- Docenza su "promozione del benessere, gestione dei conflitti, ruolo dei CdF" al corso di formazione "Il Coordinatore di U.A. e gli sviluppi normativo-procedurali in materia di gestione del personale", organizzato dalla AUSL di Bologna;
- Intervento sul tema "I Consiglieri di Fiducia – Una azione possibile e concreta contro vessazioni e molestie" al Convegno organizzato dall'Università di Bologna "CUG e Azioni Positive - Il punto all'Università di Bologna sulla visibilità di genere e sul Mobbing";
- Partecipazione, finalizzata alla diffusione del modello bolognese di organizzazione dei CdF, al progetto EX-CHANGE; Iniziativa integrata sperimentale di formazione universitaria e supporto istituzionale alla valorizzazione del benessere nelle Pubbliche Amministrazioni, promosso dall'Ateneo Veronese;
- Aggiornamento del sito intranet dedicato ai Consiglieri.

Come per il quadriennio passato anche nel 2015 le valutazioni fatte dalle persone che si sono rivolte ai CdF e relative alla gestione del caso sono state complessivamente molto soddisfacenti.

Anche nel 2015 le prese in carico sollecitate dalle Aziende, anziché dai diretti interessati, hanno permesso un intervento tempestivo ed hanno facilitato la ripresa della comunicazione tra le parti e la ricerca di accordi soddisfacenti.

La casistica conferma come la possibilità di un esito favorevole nella gestione del disagio sia direttamente proporzionale alla tempestività di accesso ai Consiglieri.

Situazioni lavorative problematiche e fonti di malessere, giunte ai CdF a distanza di mesi dalla loro insorgenza, hanno avuto un esito meno soddisfacente.

In questi casi recuperare relazioni positive all'interno del gruppo non è stato possibile e la soluzione purtroppo più efficace è risultata essere la ricerca di una diversa collocazione lavorativa per la persona richiedente.

Ove, invece, l'intervento dei CdF è stato tempestivo gli esiti sono stati positivi. Le persone hanno valutato utile il lavoro dei Consiglieri e la gestione dei casi non ha comportato ricollocazioni.

Nell'ultima parte dell'anno è stato completato il follow up a 6-12 mesi di alcuni casi gestiti nel 2015. Le persone ricontattate riferiscono un mantenimento degli effetti positivi sulle relazioni lavorative ed una buona valutazione circa il complessivo intervento dei Consiglieri.

Questa attività di valutazione degli outcome a 6-12 mesi fornirà, nel corso del nuovo mandato, informazioni quali-quantitative di rilevante interesse per comprendere in che misura il lavoro dei CdF è in grado di produrre esiti positivi duraturi sulle relazioni nei gruppi di lavoro. Esiti che si potranno tradurre in maggior benessere per le persone e, di conseguenza, in riduzione dei costi legati al disagio lavorativo.

4.5.4. Avvocatura interna

Nell'anno 2015 l'Avvocatura interna ha consolidato il proprio ruolo di prevenzione e riduzione dei conflitti sia nella gestione giudiziale del contenzioso sia nell'ambito della gestione del contenzioso extragiudiziale, nonché di supporto giuridico per l'attuazione degli indirizzi strategici della Direzione.

L'Avvocatura interna, un ulteriore strumento di mediazione dei conflitti e di riduzione del contenzioso tra dipendenti e direzione aziendale

Con riferimento al contenzioso giudiziale, l'Avvocatura ha preso in carico tutte le cause civili in materia di responsabilità sanitaria, rientranti nel valore di competenza aziendale sulla base del Programma regionale di gestione diretta dei sinistri, assistendo altresì l'Azienda nella fase del tentativo di mediazione obbligatoria ex art. 28 Dlgs. 28/2010 e s.m.i. in n. 14 procedimenti avanti agli Organismi di Mediazione. Inoltre, ha gestito direttamente le cause in materia giuslavoristica instaurate contro l'Azienda dal personale dipendente o in convenzione.

In termini numerici, nell'anno 2015, sono state notificate all'Azienda 61 nuove cause di seguito suddivise per tipologia di contenzioso:

- - n. 22 cause relative a contenzioso avviato dal personale dipendente avanti al Tribunale Civile Sezione Lavoro;
- - n. 24 cause avanti al Tribunale Civile;
- - n. 15 cause in altra materia

In particolare, con riferimento alle cause notificate nell'anno 2015 (n. 61), l'Avvocatura interna ha gestito direttamente n. 46 cause, a cui si aggiungono n. 3 cause gestite in mandato congiunto con un legale esterno.

Oltre alla gestione delle nuove cause 2015, si è aggiunta l'attività giudiziale delle cause notificate in anni precedenti, ma ancora pendenti, con un incremento dell'attività rispetto all'anno precedente. In termini numerici nell'anno 2015 sono state trattate anche n. 41 cause notificate nell'anno 2014, n. 31 notificate nel 2013 e n. 1 notificata nel 2012.

In ambito stragiudiziale, l'Avvocatura ha fornito un supporto giuridico-legale alla Direzione ed ai Servizi/Unità Operative aziendali provvedendo alla redazione di pareri, approfondimenti di tematiche anche complesse, ed assicurando la necessaria assistenza nella redazione di atti di diversa tipologia e adempimenti conseguenti, partecipando altresì alla individuazione delle strategie necessarie per la soluzione delle problematiche incorse e corroborando da un punto di vista tecnico giuridico e interpretativo le scelte dell'organo assistito, anche in un ottica di . riduzione del contenzioso compreso quello tra dipendenti e direzione aziendale

In considerazione dello sviluppo dei processi di unificazione di alcuni servizi e unità operative in ambito interaziendale, l'Avvocatura ha supportato la Direzione in tutte le attività di analisi, studio, redazione di atti necessari per l'avvio dei nuovi servizi.

L'attività di recupero crediti ha visto un incremento del numero di azioni stragiudiziali con chiusura di n. 55 posizioni portanti un incasso di € 256.931,70 cui vanno aggiunti € 20.000,00 riferiti alle prime rate di n. 8 piani di rateizzazione sottoscritti con le controparti, che genereranno ulteriori incassi anche per l'anno 2016. Inoltre, all'esito di istruttoria, reperimento documentazione ed approfondimenti normativi, sono state inviate oltre nr. 150 diffide a debitori dell'Azienda a diverso titolo mentre è stata proposta la chiusura di n. 32 posizioni creditorie infruttuose con analisi dell'infruttuosità e non convenienza dell'azione giudiziale di recupero. Infine, sono state depositate n. 4 istanze di ammissione al passivo oltre a n. 3 procedure concordatarie.

Prosegue inoltre l'attività di consulenza giuridico/assicurativa svolta per il Comitato Etico Aziendale, anche mediante diretta partecipazione alle sedute del Comitato, o a specifici tavoli con preliminare valutazione degli specifici aspetti assicurativi legati ai singoli protocolli.

4.6. L'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione

Nel corso dell'anno 2015, in coerenza con la programmazione del Piano Aziendale 2015 - 2017, rispetto ai processi già mappati sono state attivate le misure di prevenzione e si è lavorato sull'individuazione di indicatori atti a monitorarne l'andamento.

Ciò anche nell'ottica di fornire al Responsabile Prevenzione della Corruzione un cruscotto di indicatori da riesaminare periodicamente consentendo di svolgere la funzione di controllo sui processi a rischio.

L'identificazione delle aree a rischio ha ricompreso, oltre a quelle riconducibili all'art.1 comma 16 della L.190/2012, anche ulteriori aree che tengono conto del contesto organizzativo e di alcuni processi connessi alla specificità aziendale. È stata quindi avviata l'analisi del rischio del processo "Liste di attesa" con la Direzione Sanitaria.

Anche per l'anno 2015, particolare cura è stata riservata alla formazione, per garantire che il personale, a vario titolo coinvolto in aree di attività interessate dal rischio corruttivo, possa essere adeguatamente formato e sensibilizzato sui temi contenuti nel piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e sull'importanza del rispetto delle indicazioni ivi 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 contenuti nel presente piano. Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione ha continuato ad avvalersi del gruppo di lavoro aziendale permanente che vede la presenza di tutte le competenze necessarie a supportarlo nella realizzazione delle fasi del processo di gestione del rischio.

L'Azienda ha proseguito, poi, l'attività di studio della normativa e il confronto a livello interaziendale in area vasta e metropolitana, coinvolgendo sempre i Dirigenti dell'Azienda, sui seguenti temi:

- Misure adottate per la riduzione dei rischi corruzione
- Aggiornamento del Codice di Comportamento
- Verifica del rispetto degli obblighi di pubblicazione da parte delle Società partecipate
- Applicazione del Patto d'integrità nel rapporto con i fornitori
- Iniziative di formazione
- Analisi interpretativa delle sezioni dell'area Amministrazione Trasparente delle singole Aziende
- Individuazione eventuali misure tecnologiche a favore dello snellimento delle procedure di pubblicazione

4.7. L'esercizio dell'azione disciplinare

Nel corso dell'anno 2015 sono stati attivati n. 43 procedimenti disciplinari, di cui n. 33 gestiti dai Dirigenti Responsabili delle strutture organizzative dell'Azienda e n. 10 dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari, nel rispetto della ripartizione delle competenze legislativamente previste.

Nelle sotto riportate tabelle si riepilogano le fattispecie di violazioni commesse e le sanzioni comminate:

Tabella 4.21 Azioni disciplinari anno 2015

PROCEDIMENTI GESTITI DALL'UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI		
PERSONALE DELLE CATEGORIE/LIVELLI DEL COMPARTO SANITÀ		
PROFILO PROFESSIONALE: INFERMIERE		
	INFRAZIONE	SANZIONE
1	Negligenza professionale	sospensione dal servizio giorni 15
2	Negligenza professionale	sospensione dal servizio mesi 1
3	Negligenza professionale	sospensione dal servizio giorni 11
PROFILO PROFESSIONALE: OPERATORE SOCIO SANITARIO		
4	Condotta scorretta	sospensione dal servizio giorni 12
5	Negligenza professionale	Archiviazione
6	False dichiarazioni in occasione instaurazione rapporto di lavoro	sospensione dal servizio mesi 1
PROFILO PROFESSIONALE: TECNICO DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRC. E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE		
7	False dichiarazioni in occasione instaurazione rapporto di lavoro	sospensione dal servizio mesi 2
PROFILO PROFESSIONALE: OP. TECN. CENTRALINISTA CON FUNZIONI DI PORTINERIA		
8	Assenza ingiustificata	Sospensione dal servizio giorni 5
PERSONALE DELLE AREE DIRIGENZIALI DEL COMPARTO SANITÀ		
PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO		
9	Violazione di legge e di contratto	sospensione dal servizio giorni 7
10	Violazione di legge e di contratto	sospensione dal servizio giorni 14

PROCEDIMENTI GESTITI DAI DIRIGENTI		
SERVIZIO INFERMIERISTICO TECNICO E RIABILITATIVO		
PERSONALE DELLE CATEGORIE/LIVELLI DEL COMPARTO SANITÀ		
PROFILO PROFESSIONALE: INFERMIERE		
	INFRAZIONE	SANZIONE
1	Negligenza professionale	Rimprovero Verbale
2	Negligenza professionale	Rimprovero Verbale
3	Relazione – comportamento scorretto	Rimprovero verbale
4	Relazione – comportamento scorretto	Rimprovero verbale
5	comportamento scorretto	Rimprovero verbale
6	comportamento scorretto	Rimprovero verbale
7	comportamento scorretto	Rimprovero verbale
8	comportamento scorretto	Rimprovero verbale
9	comportamento scorretto	Rimprovero verbale
10	Negligenza professionale	Sospensione dal servizio gg. 10
11	Negligenza professionale	Sospensione dal servizio gg. 1
12	Comportamento scorretto	Archiviazione
13	Negligenza professionale	Sospensione dal servizio gg. 10
14	Negligenza professionale	Rimprovero scritto
15	Comportamento scorretto	Sospensione dal servizio gg. 2
16	Negligenza professionale	Sospensione dal servizio gg. 3
PROFILO PROFESSIONALE: OP. TECN. SPEC.TO ADD. ASSISTENZA BS		
17	Comportamento scorretto	Rimprovero Verbale
18	Comportamento scorretto	Rimprovero Verbale
PROFILO PROFESSIONALE: OP TECN. SPEC.TO ADD. ASSISTENZA B		
19	Negligenza Professionale	Sospensione dal servizio gg. 10
20	Comportamenti scorretti	Rimprovero verbale
21	Comportamenti scorretti	Rimprovero verbale
PERSONALE DELLE CATEGORIE/LIVELLI DEL COMPARTO SANITÀ		
PROFILO PROFESSIONALE: OPERATORE SOCIO SANITARIO		
22	Inosservanza disposizioni di servizio	Rimprovero Verbale
23	Comportamento scorretto	Rimprovero Verbale
24	Negligenza professionale	Rimprovero Verbale
25	Falsa testimonianza	sospensione dal servizio gg. 1
26	Comportamento scorretto	sospensione dal servizio gg. 1
PROFILO PROFESSIONALE: AUSILIARIO SPECIALIZZATO		
27	Irregolarità timbrature	Rimprovero verbale
PROFILO PROFESSIONALE: FISIOTERAPISTA		
28	comportamento scorretto	sospensione dal servizio gg. 1

PROFILO PROFESSIONALE: TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA		
29	comportamento scorretto	Rimprovero Verbale
PROFILO PROFESSIONALE: COORDINATORE INFERMIERISTICO		
30	Condotta scorretta	Rimprovero verbale
31	Condotta scorretta	Rimprovero verbale
PROCEDIMENTI GESTITI DAI DIRIGENTI		
DIP. AMM.: ATTIVITA' AMMINISTRATIVA A SUPPORTO D.A.I.		
PERSONALE DELLE CATEGORIE/LIVELLI DEL COMPARTO SANITÀ		
PROFILO PROFESSIONALE: COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE		
	INFRAZIONE	SANZIONE
1	Condotta scorretta	Rimprovero scritto
STRUTTURA ORGANIZZATIVA GESTIONE DEL PATRIMONIO		
PERSONALE DELLE AREE DIRIGENZIALI DEL COMPARTO SANITÀ		
PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE AMMINISTRATIVO		
1	Responsabilità per danni	Multa 250 euro

Fonte AOU Policlinico S. Orsola - Malpighi

Capitolo 5: Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

La comunicazione è fatta di esperienza e di professionalità ed è estremamente delicata quando concerne le pubbliche amministrazioni che devono coniugare la trasparenza con i doveri istituzionali di riservatezza, imparzialità e correttezza. La Pubblica Amministrazione comunica per fare partecipare i cittadini alle decisioni assunte ed alle opportunità offerte, ampliando la dimensione sociale della comunicazione. La comunicazione intesa come rete di relazioni è anche uno snodo importante dei processi di cambiamento e di innovazione. Una buona comunicazione interna favorisce il miglioramento dei risultati.

*In questa sezione saranno illustrate le logiche impiegate e le azioni attivate nello specifico della comunicazione esterna ed interna nell'ambito della rete di relazioni costruite dall'ospedale. Si tratterà innanzitutto il delicato e fondamentale tema dei **rapporti con i cittadini**, strettamente collegato con l'area relativa alla **comunicazione esterna**. Nel paragrafo 5.3 sono elencate le azioni inerenti la **comunicazione interna**, focalizzate a sostenere le scelte organizzative ed il coinvolgimento del personale nella vita del Policlinico.*

5.1. I rapporti con i cittadini

Fondamentale è stata, come sempre, la collaborazione fra l'Azienda e il **Comitato Consultivo Misto** delle associazioni di volontariato presenti in ospedale e sul territorio, così come è proseguita l'attività di misurazione della customer satisfaction del cittadino/cliente.

5.1.1 La facilitazione per l'accesso

Come rendicontato in maniera più approfondita al capitolo 3, nel 2015 sono continuate le azioni per la realizzazione di quanto previsto all'interno del progetto aziendale "**Il percorso del cittadino**", punto di riferimento delle attività per la riorganizzazione delle funzioni di accettazione, informazione, accoglienza. Questo progetto, che vede nel punto unico per l'accesso alle prestazioni il riferimento nella progettazione dei percorsi amministrativi, prevede anche specifici interventi di miglioramento nei punti di accesso privilegiati per l'utente dei servizi, rendendo più fluido il passaggio delle informazioni.

5.1.2 L'URP aziendale

Nel 2015 l'**Ufficio Relazioni con il Pubblico** ha proseguito l'attività nel rispetto delle funzioni principali ad esso assegnate, consolidando i percorsi di gestione e diffusione delle **informazioni** sui servizi offerti, sulle disposizioni normative e amministrative e sulle strutture, garantendo un'attività di ascolto dei bisogni espressi dai cittadini. Si è lavorato per rendere sempre più efficiente il processo di gestione delle **segnalazioni**, che l'URP aziendale coordina attraverso una rete di referenti interni, integrato nel sistema regionale CCRQ.

5.1.2.1 Il Front Office

Nel 2015 il Front Office dell'URP ha registrato **15019 contatti**, di cui **13135** come **punto accoglienza** e **1884** come **II livello del Numero Verde Regionale**. I contatti relativi al II livello del Numero Verde Regionale sono diminuiti del 19% rispetto al 2014; questo dato di andamento negativo, già presentatosi lo scorso anno, conferma il buon aggiornamento delle informazioni di pertinenza aziendale presenti in Banca Dati da parte degli operatori preposti dell'URP.

L'attività del front office dell'URP si riduce nel 2015 come numero di contatti evidenziando un miglioramento delle altre fonti informative.

La tabella che segue mostra la distribuzione dei contatti in relazione alla modalità di presentazione delle richieste informative. In calo progressivo il numero di utenti che si sono recati di persona allo sportello e che hanno contattato l'URP telefonicamente. Si evidenzia una flessione del dato riferito al contatto che avviene attraverso l'indirizzo e-mail istituzionale (urp@aosp.bo.it) e il modulo di contatto presente sulle pagine web del sito aziendale.

Tabella 5.1 Contatti punto URP aziendale in relazione alla modalità di presentazione

	2015	2014	2013
Telefonico	11930	14713	17494
Di persona	1562	2606	3058
Via mail/web	1515	1870	1917
Via fax	12	12	3
Utente interno	20	137	324

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nella tabella successiva sono invece evidenziati i contatti suddivisi in relazione alle tipologie di domande poste dai cittadini. In particolare, il confronto con gli anni precedenti evidenzia un **dato riferito alle richieste informative relative all'attività libero professionale in diminuzione rispetto a quello del 2014**.

Tabella 5.2 Contatti punto URP aziendale suddivisi per argomento

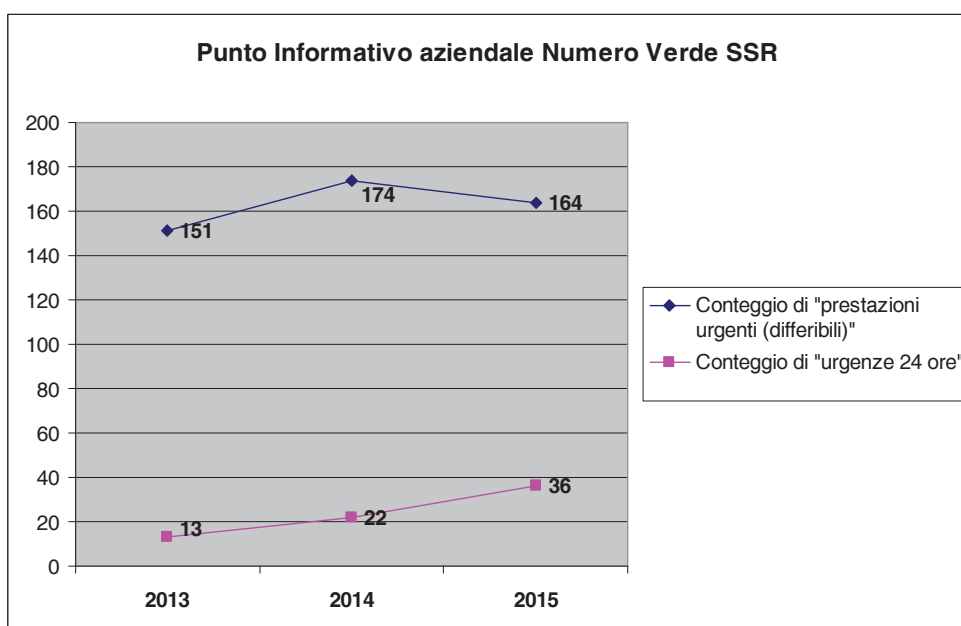
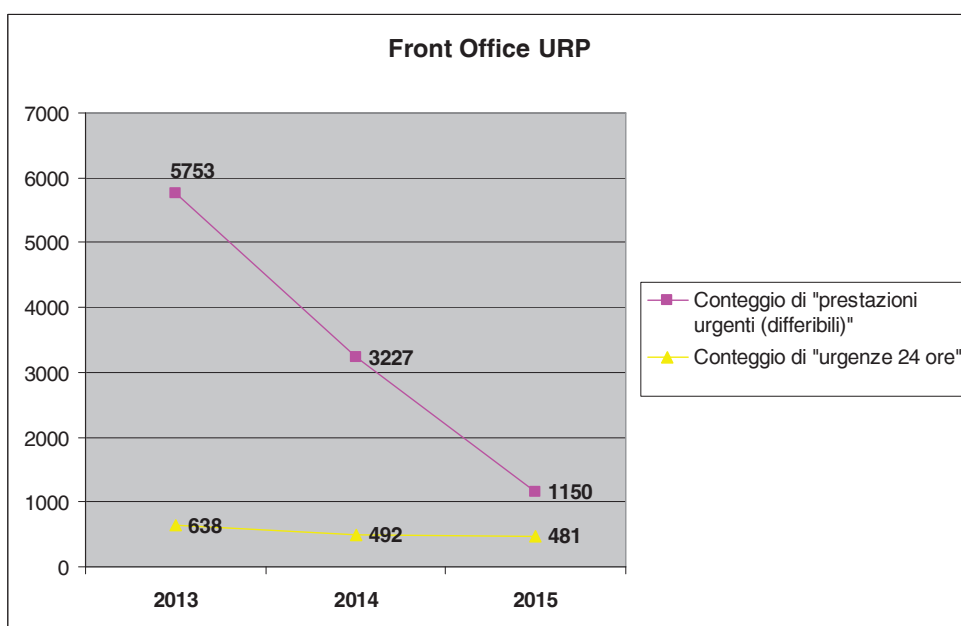
	Attività libero professionale	Urgenze	Altro	Ticket	Totale
Anno 2013	4703	6555	11214	1513	23985
Anno 2014	4440	3915	7976	1042	17373
Anno 2015	3530	1831	9176	460	14997

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

La richiesta informativa relativa alle **prestazioni in urgenza** è invece **diminuita**, grazie allo snellimento dei percorsi per l'accesso che si è messo in atto dal gennaio 2013. I grafici che seguono mostrano il dato relativo ai contatti pervenuti al front-office dell'URP e ai contatti pervenuti al punto informativo di secondo livello del Numero Verde Regionale, distinguendo le chiamate relative alle prescrizioni con priorità urgente differibile e urgente 24 ore.

In particolare si rileva una riduzione delle richieste di informazioni per il percorso dell'urgenza come conseguenza del miglioramento dei percorsi si accesso.

Grafico 5.1 Contatti pervenuti relativi alle prestazioni in urgenza



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

In netto calo il dato numerico - **460** - sulle **pratiche gestite nel corso del 2015 relative al pagamento del ticket** per prestazioni erogate presso le strutture di Pronto Soccorso del Policlinico, e per le quali l'URP ha valutato l'appropriatezza e, quando necessario, ha regolarizzato le singole posizioni degli utenti; di queste 460 richieste, l'84.35% ha avuto come esito l'annullamento della richiesta di pagamento, mentre per il 15.65% di esse si è confermato l'operato dell'Azienda.

Si riducono sensibilmente anche le pratiche gestite per il pagamento del ticket, per le quali il personale URP svolge una funzione di interfaccia con l'utente.

I rilievi URP

Per l'anno 2015 i dati relativi all'andamento dei **rilievi URP** - segnalazioni di disservizio dove è importante l'attenzione verso il cittadino e l'evento segnalato, che **non presuppongono l'avvio dell'istruttoria formale del reclamo** ma che vengono risolti tempestivamente dal responsabile e dagli operatori del URP, a volte anche in collaborazione con altre strutture aziendali - hanno registrato un **aumento**, passando dai 302 del 2014 ai 389 del 2015 (+ **28.8%**). Si è implementato sostanzialmente la "presa in carico" in modo diretto del reclamo/disservizio segnalato dall'utente. Questa nuova modalità di gestione delle segnalazioni ha contribuito ad un calo numerico delle stesse nell'anno 2015.

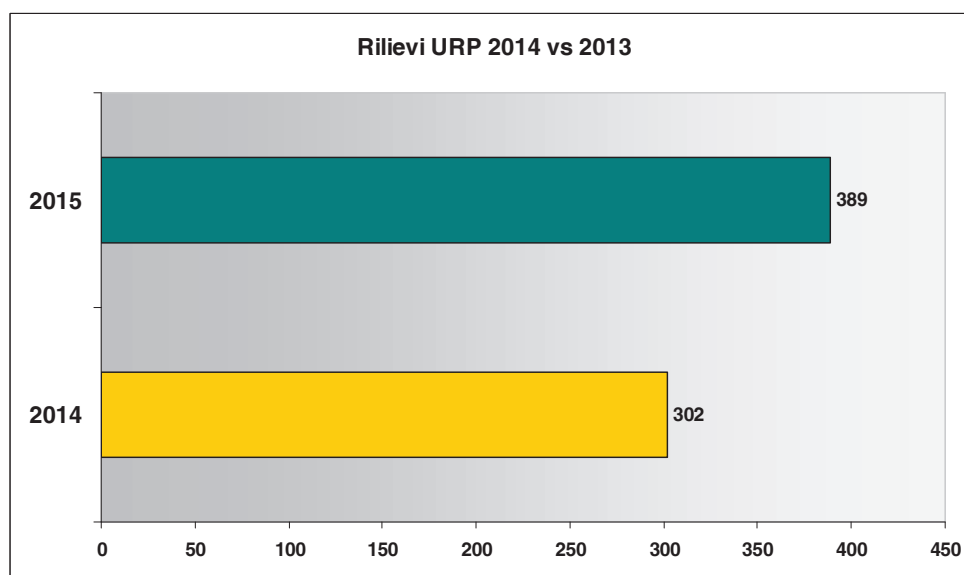
Si incrementano del 28.8% i rilievi URP, ovvero gli eventi per i quali non si attiva formalmente un reclamo ma si evidenziano situazioni di potenziale disservizio.

Proprio per la particolare rilevanza di questi dati, utili ai fini del miglioramento delle attività, la loro diffusione alla Direzione aziendale e alle Unità Operative viene effettuata in maniera integrata alla diffusione delle informazioni relative alle segnalazioni.

La macrocategoria più segnalata in tutti i Dipartimenti e rispettive Unità Operative è quella relativa agli "**Aspetti Organizzativi e Burocratici**". Gli utenti hanno richiesto aiuto per le **difficoltà di contatto telefonico** riscontrate durante la prenotazione di esami e visite, in particolare per quelle eseguite in **regime libero professionale**. Anche l'applicazione delle **esenzioni** del pagamento del **ticket** è stata oggetto di numerose chiamate da parte dei cittadini.

Per la macrocategoria "**Tempi**" la problematica più critica segnalata ha riguardato i tempi di **attesa fra la prenotazione e la fruizione delle prestazioni**.

Grafico 5.2 Rilievi URP 2015 vs 2014



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

5.1.2.2 Il Settore Gestione Informazioni

Il Settore Gestione Informazioni ha proceduto con le attività di inserimento, aggiornamento e modifica delle informazioni presenti sulle **Banche Dati** informative in uso presso l'URP.

In particolare il lavoro si è concentrato sulla **Banca Dati IAP - Informazioni Accesso Prestazioni**, applicativo web per la gestione delle informazioni aziendali riferite in primo luogo alle modalità di accesso all'attività ambulatoriale. Disponibile in tutte le postazioni pc aziendali, rappresenta il principale strumento per la raccolta e la divulgazione delle informazioni che vengono utilizzate dagli operatori del front office URP, dai centralinisti e dagli operatori dei punti informativi. La sua ampia base dati è distinta dall'insieme delle informazioni aziendali e dal sottoinsieme delle informazioni che l'Azienda predispone per l'implementazione della Banca Dati del Numero Verde del Servizio Sanitario Regionale; quest'ultima Banca Dati viene aggiornata utilizzando una procedura semiautomatica di allineamento dei dati. Su IAP vengono inoltre inserite ed aggiornate le informazioni relative all'attività libero professionale dei medici del Policlinico, e alle segnalazioni degli operatori del front office URP, del centralino e dei punti informativi.

La banca dati IAP è il punto di riferimento informativo/gestionale per il personale dell'URP ed è stata mantenuta aggiornata grazie alle informazioni provenienti dalle articolazioni dell'ospedale che gestiscono i processi.

Inoltre, il settore gestione informazioni cura lo sviluppo e la manutenzione tecnica dei database informativi - db Access - in uso presso il front-office dell'URP per la rilevazione di tutti i contatti con gli utenti.

Da sottolineare, nel corso del **2015**, la **revisione costante delle informazioni relative all'attività libero professionale** dei medici del Policlinico realizzata ricavando i dati dalle comunicazioni dell'Ufficio Attività Libero Professionale e effettuando continue verifiche sull'applicativo di CUP2000 I.S.E.S. Offerta e Agende; gli interventi effettuati sono stati **1055**.

E' proseguita l'attività di aggiornamento della Banca Dati PIU-CUP-SOM - **121 interventi**, contenente le informazioni relative ai percorsi di accesso delle **prestazioni urgenti** gestite dalla nostra Azienda all'interno del protocollo interaziendale concordato con l'Azienda USL di Bologna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Si riporta di seguito la tabella contenente gli interventi di modifica, aggiornamento, revisione delle informazioni effettuati su IAP.

Tabella 5.3 Aggiornamenti informazioni IAP

IAP - Informazioni Accesso Prestazioni	Conteggio	%
Conteggio degli interventi relativa all'attività libero professionale	1055	30%
Conteggio degli interventi sulle informazioni relativi ai percorsi d'urgenza delle prestazioni ambulatoriali	121	3%
Conteggio degli interventi vari (*)	2287	66%
Totale	3463	100%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nota (*) vengono conteggiati gli interventi: sulle informazioni relative ai luoghi di IAP (inserimento, aggiornamento, modifica e cancellazione) eseguiti su segnalazione proveniente principalmente dagli uffici della Logistica sanitaria - percorsi ambulatoriali integrati; su segnalazione giunta dagli operatori di centralino/punti informativi/front office URP; sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale legate ai luoghi di IAP (inserimento, aggiornamento, modifica e cancellazione) eseguiti su segnalazione proveniente principalmente dagli uffici della Logistica sanitaria - percorsi ambulatoriali integrati; delle attività legate alle CDS - Comunicazioni di Servizio di CUP2000 -; delle attività di aggiornamento legate alle agende CUP di prenotazione delle prestazioni (realizzata con l'utilizzo della procedura CUP I.S.E.S. Offerta e Agende e in collaborazione con il servizio Logistica sanitaria - percorsi ambulatoriali integrati);

delle revisioni (cancellazioni/inserimenti) del personale medico (Realizzata con l'utilizzo del database gestionale del personale).

5.1.2.3 Il Settore Gestione Segnalazioni

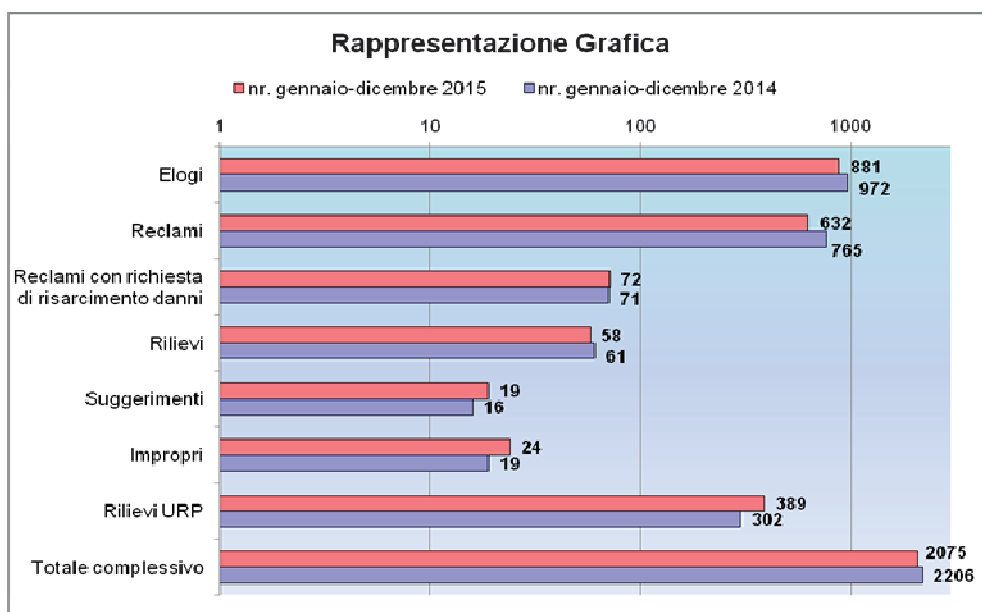
Nel 2015 sono pervenute al Settore Gestione Segnalazioni del Policlinico **1686 segnalazioni**, così numericamente suddivise: **704 reclami e 58 rilievi**: sono le segnalazioni di disservizio che vengono prese in carico dal Settore gestione segnalazioni e per le quali viene avviata un'istruttoria (come da PA37) che coinvolge le Unità operative aziendali, al termine della quale viene sempre fornita una risposta scritta all'utente; **19 suggerimenti**: sono le proposte che giungono dai cittadini per poter migliorare i servizi e cambiare procedure; ad anch'esse viene data risposta scritta; **24 impropri**: sono le segnalazioni che non riguardano l'Azienda, ma che erroneamente vengono inviate dai cittadini e che vengono trasmesse agli Enti di competenza; **881 elogi**: sono le manifestazioni di apprezzamento e stima espresse dai cittadini nei confronti di persone o servizi.

Tutte le segnalazioni vengono inserite nella banca dati "Gestione delle Segnalazioni dei Cittadini", sistema informativo e informatizzato comune dal 2003 a tutte le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna e che consente una lettura regionale del fenomeno. La conseguente elaborazione dei dati realizzata dall'URP rende possibile un riscontro sulle attività dell'Azienda e, in particolare, fornisce informazioni utili all'organizzazione ed ai professionisti per individuare sia i punti di forza sia le aree di criticità e le possibili azioni di miglioramento.

Nel 2015 i reclami hanno registrato una diminuzione rispetto all'anno precedente (-15.8%), mentre gli elogi sono diminuiti (-9.3%).

Numericamente parlando, confrontando i dati dell'anno 2015 con quelli del 2014, si assiste ad una **diminuzione dei reclami** (734 contro 836 **-15.8%**), anche il numero dei **rilievi** (segnalazioni che molto spesso i cittadini identificano come "lamentela più blanda") **è diminuito**, passando da 61 a 58 (**-4.9%**). I suggerimenti hanno mostrato un lieve aumento, 19 nel 2015 e 16 nel 2014. Il dato numerico relativo agli **elogi** presenta un **calo** del **-9.3%** (da 971 a 881).

Grafico 5.3 Andamento delle segnalazioni



Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Tabella 5.4 Andamento delle segnalazioni negli anni di riferimento

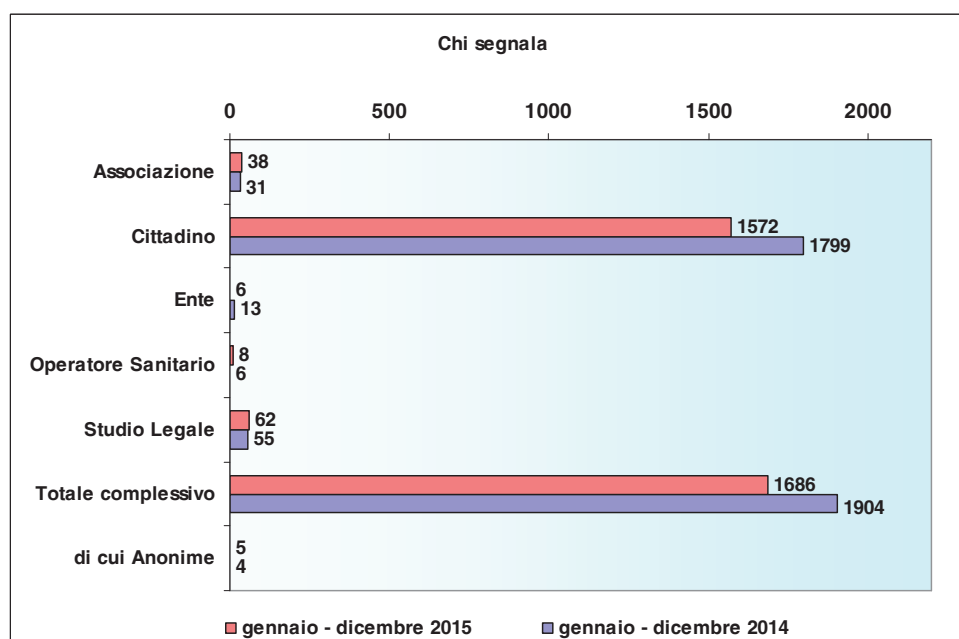
	2015	2014	2013
Elogi	881 (-10,3%)	972 (-9,5 %)	1074
Reclami	704 (-18,8%)	836 (+4,8 %)	798
Rilievi	58 (-5,2%)	61 (-17,6 %)	74
Suggerimenti	19 (+18,8%)	16(=)	16
Impropri	24 (+26,3%)	19 (-17,4 %)	23
Totale	1686 (-12,9%)	1904 (-4,1%)	1985

Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Come si è registrato negli anni scorsi, emerge in modo netto come il **cittadino** sia il soggetto che si attiva più frequentemente (1572 **93.2%**), confrontandosi direttamente con l’Azienda ed evidenziando non solo le criticità presenti ma anche (questo è dimostrato dall’alto numero di elogi) valorizzando le buone pratiche. Segue la categoria **Studio Legale** (62 **3.7%**) nella quale si concentrano le segnalazioni rientranti nella tipologia reclami/risarcimento danni. Le altre categorie presentano tutte valori di scarso rilievo.

Il cittadino è colui che più di frequente segnala situazioni sia positive che negative registrate all’interno dell’Azienda

Grafico 5.4 Provenienza delle segnalazioni



Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Nel corso del 2015, tra tutte le macrocategorie, la categoria “**Aspetti tecnici professionali**”, è stata oggetto di una **maggiore quantità di segnalazioni**, in relazione alle altre categorie.

La macrocategoria degli “Aspetti tecnici professionali” è quella che più di tutte ha registrato più segnalazioni nel corso del 2015; confermando la generale tendenza dei cittadini ad attribuire importanza alla qualità della prestazione sia in termini positivi che in termini negativi.

Il numero dei reclami dei cittadini è pari a 168 nel 2015 contro i 194 nel 2014, solo 8 invece i rilievi nel 2015 rispetto ai 5 nel 2014; rispettivamente il 22.0% e l’1.0% sul totale dei reclami e dei rilievi pervenuti nel 2015 per tutte le macrocategorie, che presenta però, nel 2015, un **decremento percentuale del -11.6%** rispetto al 2014.

A fronte di ciò va segnalato anche l'elevato numero di elogi (800, il 90.8% sul totale dei ringraziamenti), che conferma così la generale tendenza dei cittadini ad attribuire importanza alla qualità della prestazione sia in termini positivi che in termini negativi.

La macrocategoria "**Aspetti alberghieri e comfort**", è quella che ha registrato un **maggior** numero di segnalazioni rispetto all'anno precedente (da 61 nel 2014 a 70 nel 2015 i reclami, **+3%**; in calo i rilievi, da 14 nel 2014 a 13 nel 2015). Il trend degli elogi resta invariato (da 6 nel 2014 a 6 nel 2015).

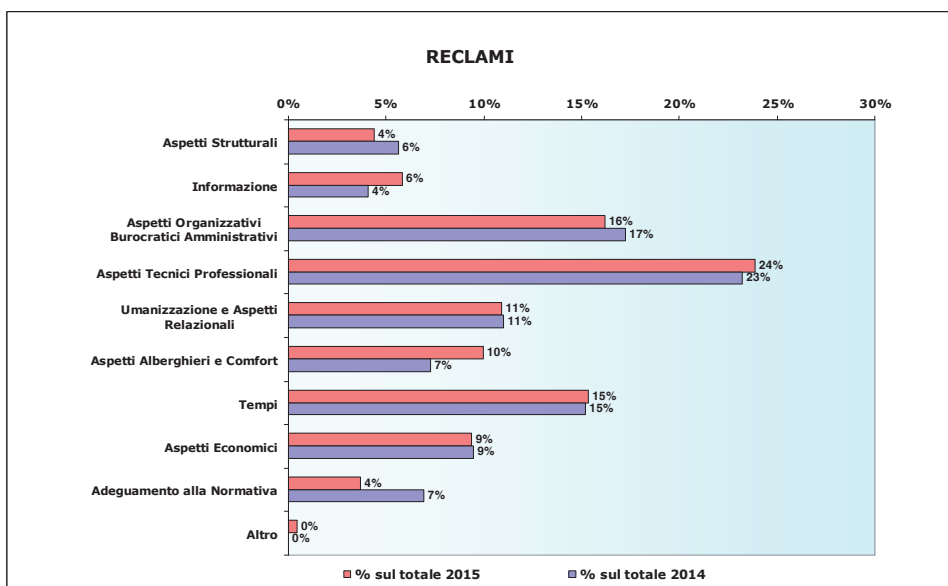
La macrocategoria degli "Aspetti alberghieri e comfort" è quella, che più di tutte, ha registrato un aumento dei reclami nel corso del 2015.

La macrocategoria che, invece, ha registrato un **minor** numero di segnalazioni, rispetto all'anno precedente, è: "**Adeguamento alla normativa**" (da 58 nel 2014 a 26 nel 2015 i reclami, mantenendo costanti i rilievi, **-3%**). Trend in calo anche nel numero degli elogi (da 7 nel 2014 a 2 nel 2015).

Le macrocategorie che hanno presentato un **andamento uniforme** nel numero dei reclami, con una variazione di + o - 2% rispetto all'anno precedente sono quelle degli: "**Aspetti strutturali**" (da 47 reclami nel 2014 si è passati a 31 nel 2015, corrispondente al 4.4% sul totale dei reclami pervenuti, - **2%**); "**Informazione**" (da 34 a 41 i reclami, + **2%**, da 9 a 6 i rilievi); "**Aspetti organizzativi e burocratici**" (da 144 reclami nel 2014, si è scesi a 114 nel 2015, **-1%**, mentre i rilievi sono passati da 9 a 10).

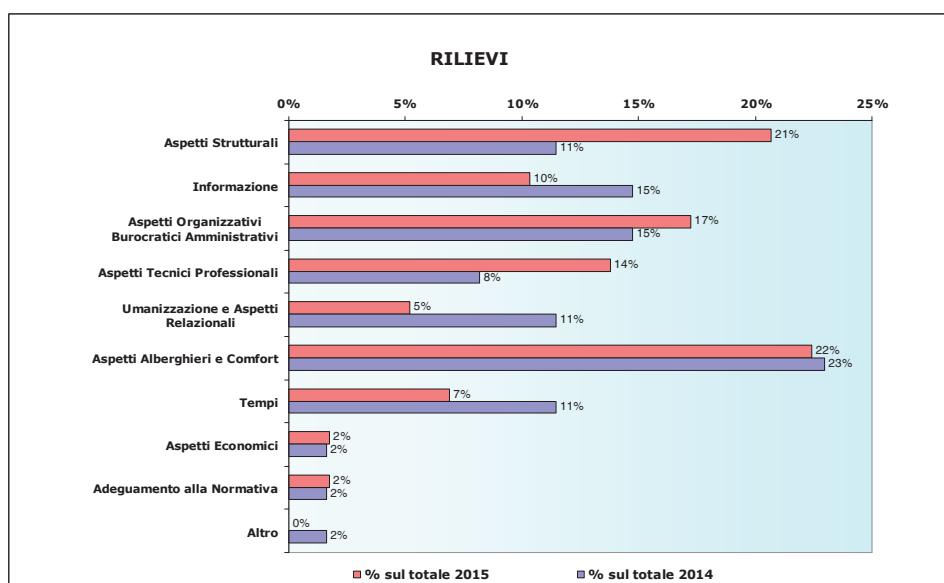
Con **percentuali pressoché invariate** rispetto all'anno precedente le macrocategorie dell' "**Umanizzazione e Aspetti Relazionali**" (da 92 a 77 i reclami, da 7 a 3 i rilievi), dei "**Tempi**" (da 127 a 108 i reclami e da 7 a 4 i rilievi) e degli "**Aspetti Economici**" (da 79 a 66 i reclami, invariati i rilievi, da 1 a 1).

Grafico 5.5 Confronto categorie reclami 2015 vs 2014



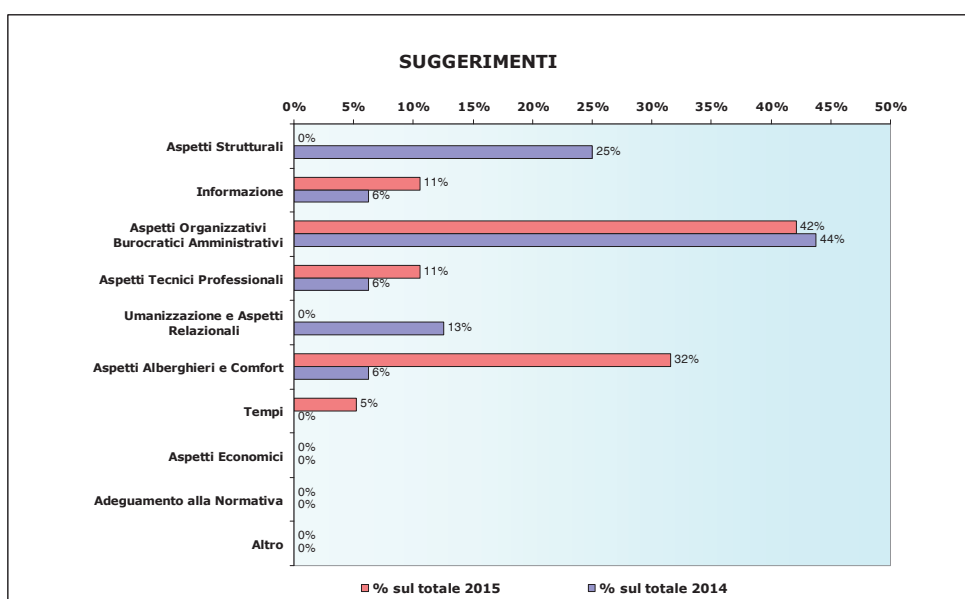
Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Grafico 5.6 Confronto categorie rilievi 2015 vs 2014



Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Grafico 5.7 Confronto categorie suggerimenti 2015 vs 2014

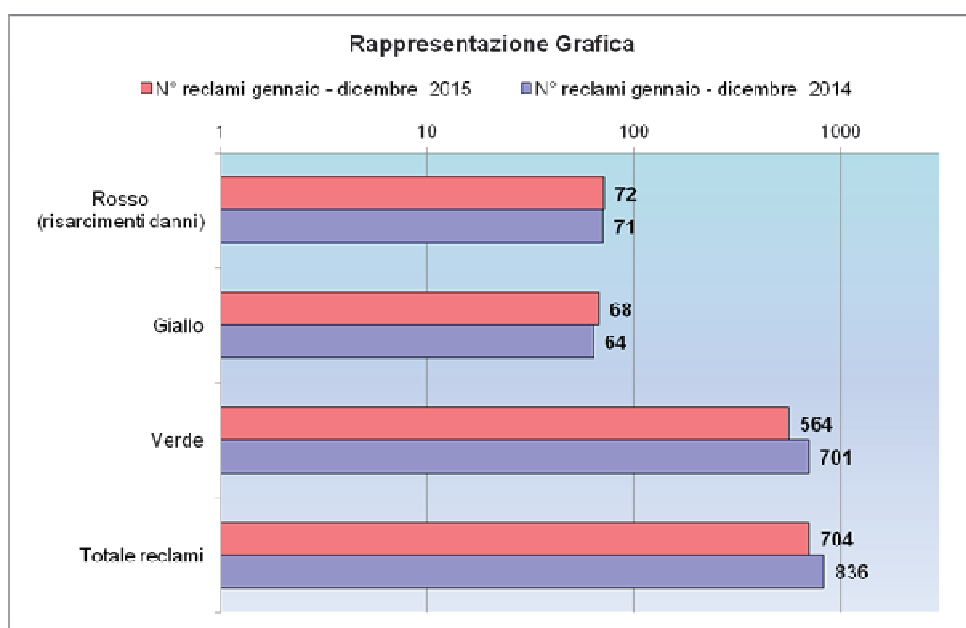


Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

La stratificazione per codice colore del contenuto dei reclami evidenzia un leggero aumento per i **codici gialli** reclami di natura tecnico-professionale, assistenziale, relazionale importanti con richiesta di chiarimenti e/o con riserva di azioni legali, molto spesso di interesse per la gestione del rischio, che però non contengono un'esplicita richiesta di risarcimento danni) del **+6.3%** (da 64 a 68). I **codici rossi** (reclami che contengono una specifica richiesta di risarcimento danni) restano presso che invariati, con un aumento del **+1.4%** (da 71 a 72). I **codici verdi** (reclami rientranti nelle altre tipologie o riguardanti disservizi di entità minore) hanno presentato un netto calo, rispetto al 2014, del **-19.5%** (da **701 a 564**).

Nel 2015 si registra un leggero aumento dei codici rossi e gialli ed un forte calo dei codici verdi.

Grafico 5.8 Codici reclami 2015 vs 2014



Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Tabella 5.5 Suddivisione reclami % per codice colore

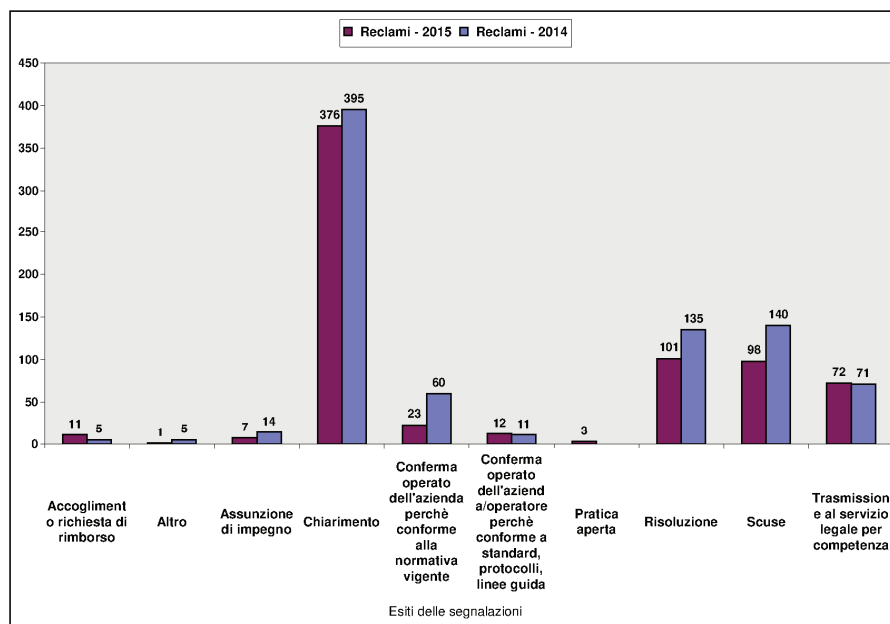
CODICE	N° reclami gennaio - dicembre 2015	% reclami sul totale	N° reclami gennaio - dicembre 2014	% reclami sul totale
Rosso (risarcimento danni)	72	10.23	71	8.49
Giallo	68	9.66	64	7.66
Verde	564	80.11	701	83.85
TOTALE RECLAMI	704	100.00	836	100.00

Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Dall'analisi degli **esiti** delle segnalazioni si conferma anche quest'anno l'attribuzione per quasi tutte le tipologie di segnalazioni di un esito specifico, con pochissimi esiti "altro". Nella categoria dei reclami, per gli **esiti negativi** (che evidenziano la possibile presenza di una criticità/problematica rispetto a quanto segnalato dall'utente) diminuiscono **risoluzione** (-25,2 %) e **scuse** (-30%). In netto calo l'**assunzione d'impegno** (-200%) e la **conferma operato dell'azienda** (-50.7%). Tra gli **esiti positivi** (esiti che complessivamente indicano il corretto operato dell'azienda o solo la necessità di chiarire l'aspetto segnalato dall'utente senza evidenziare particolari problematiche/criticità) **chiarimento** diminuisce lievemente (-4.8%).

I numeri relativi a rilievi e suggerimenti come sempre sono decisamente inferiori rispetto ai reclami, ma anche quest'anno si conferma la volontà dell'Azienda a prendere seriamente in considerazione la voce del cittadino, rispondendo sempre in forma scritta e assumendosi, dove possibile, l'impegno di condurre azioni migliorative.

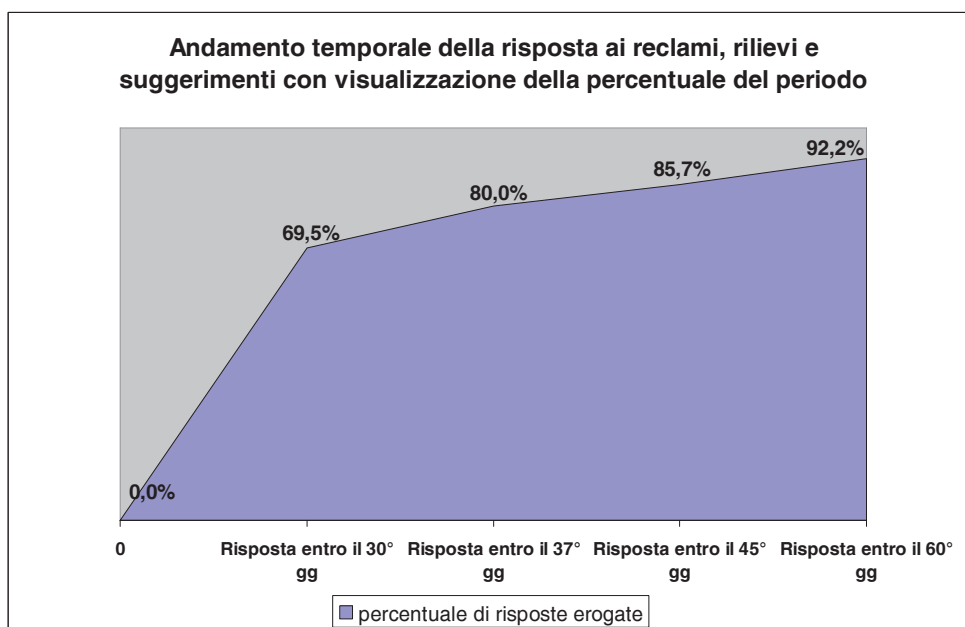
Grafico 5.9 Esiti dei reclami 2015 vs 2014



Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Per quanto riguarda gli **indicatori di gestione**, è continuata l'attenzione costante dedicata ai tempi di chiusura, è stato registrato un peggioramento della performance, rispetto all'anno precedente, il 69% dei reclami, rilievi e suggerimenti **chiuso entro 30 giorni** (nel 2014: 86%).

Grafico 5.10 Andamento temporale della risposta ai reclami, rilievi e suggerimenti



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Si è inoltre proseguito, attraverso momenti di supervisione, al **consolidamento del Team di ascolto e mediazione dei conflitti aziendale**, formato da professionisti in grado di prevenire ed evitare, finché possibile, la conflittualità e la sua escalation che spesso porta alla presentazione di reclami o richieste di risarcimento danni.

Si sono attivati i percorsi di ascolto in ambito sanitario per la gestione di quelle situazioni in cui si è reso necessario un accompagnamento articolato e dedicato per la presenza di significativi fattori di natura emotiva ed interpersonale e per l'intrecciarsi di questi con aspetti di natura tecnica e/o organizzativa. Gli incontri/ascolti realizzati sono numericamente aumentati nel confronto (45 nel 2015 e 40 nel 2014).

La maggior parte degli incontri ha avuto un esito positivo realizzando un sostanziale chiarimento con l'utente. La modalità dell'incontro infatti permette ai cittadini di esprimere emozioni e pensieri che spesso la forma scritta non consente di esplicitare, con il risultato finale di una migliore comprensione dell'accaduto e delle motivazioni ad esso sottese.

5.1.4 I progetti di "Servizio Civile"

La Regione Emilia-Romagna, con la legge regionale 20/2003, ha istituito il Servizio Civile Regionale e ha definito le modalità per lo sviluppo e la valorizzazione dell'esperienza di Servizio Civile Nazionale, all'estero e di Servizio Civile Regionale. La Regione, per lo svolgimento delle proprie funzioni, si avvale delle attività propositive e consultive della Consulta regionale per il Servizio Civile. Inoltre per avvicinare ancor più il servizio civile al territorio e alle comunità locali sono stati istituiti i Coordinamenti provinciali degli Enti di Servizio Civile (CO.PRE.S.C.).

Nel corso del 2015 è continuata la collaborazione con il Coordinamento Provinciale degli Enti di Servizio Civile (CO.PRE.S.C.) di Bologna, sono stati molti gli argomenti trattati durante gli incontri con l'obiettivo di continuare a "snellire" la procedura nella realizzazione e nella presentazione di progetti di Servizio Civile Regionale e Nazionali.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna è accreditata come Ente di Servizio Civile di 4^a classe, può presentare progetti di Servizio Civile Regionale (SCR) e di Servizio Civile Nazionale (SCN). I volontari di Servizio Civile sono giovani di nazionalità non italiana per il SCR mentre per il SCN sono giovani di nazionalità italiana, hanno un'età tra i 18 ed i 28 anni. I progetti hanno una durata variabile dai dieci ai dodici mesi. Le figure professionali aziendali accreditate che hanno sviluppato competenze sulla progettazione frequentando specifici corsi di formazione, ricoprono ruoli come quello di formatore specifico e di operatore locale di progetto. Continua l'attività di coprogettazione con l'AUSL di Bologna nel settore dell'assistenza, prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento sociale, promozione e tutela dei diritti sociali e di cittadinanza.

Nell'autunno del 2014 con i colleghi dell'Azienda USL di Bologna sono stati fatti alcuni incontri per decidere su quali aree d'intervento realizzare il nuovo progetto di Servizio Civile Nazionale per l'anno 2015. E' la prima esperienza di coprogettazione con i colleghi dell'AUSL per realizzare in modo sinergico il progetto di SCN, negli anni passati la coprogettazione c'è sempre stata ma nello specifico solo per i progetti di SCR.

Nel 2015 si è proseguito nel consolidamento del team di ascolto e mediazione dei conflitti aziendale e si sono attivati percorsi di ascolto in ambito sanitario che hanno portato nella maggior parte dei casi ad un chiarimento con l'utente

Nel 2014 è iniziata la coprogettazione per il bando di Servizio Civile Nazionale insieme ai colleghi dell'Azienda USL di Bologna.

Le aree sanitarie d'intervento sulle quali si andrà a progettare per l'Azienda USL di Bologna saranno – Psichiatria e Disabilità – mentre per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna saranno – Geriatria, PARE e Medicina Interna.

Il nuovo progetto di Servizio Civile Nazionale dal titolo Occasioni di benessere e migliore qualità della vita degli adulti fragili e degli anziani, nel contesto ospedaliero e territoriale, ha visto impegnati due volontari che hanno svolto attività di accoglienza e sostegno rivolte alle persone più fragili e bisognose, in particolare agli anziani.

5.1.5 Le Associazioni rappresentative dei cittadini ed il Comitato Consultivo Misto (CCM)

Il 2015 è stato per il Comitato Consultivo Misto degli utenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, un anno di intenso lavoro, infatti numerosi sono stati gli argomenti trattati dai Gruppi di lavoro costituiti nell'anno precedente.

Il **Comitato Consultivo Misto** ha proseguito nel proprio ruolo di stimolo e di attenzione nei confronti della Direzione Aziendale e dell'ospedale. Ad alcuni incontri ha partecipato il Direttore Generale.

La modalità di funzionamento del CCM prevede alcuni incontri durante l'anno tra i rappresentanti delle Associazioni ammesse al CCM ed i responsabili aziendali al fine di affrontare temi e problematiche che hanno rilevanza per il benessere dei pazienti. La nuova modalità di lavoro del CCM fa sì che alcune tematiche precedentemente incluse tra gli obiettivi dei Gruppi di lavoro, siano trattate all'interno degli stessi sempre interfacciandosi e collaborando con il referente aziendale e con il coordinatore dei gruppi, per poi essere presentati in plenaria a tutti i membri del CCM.

Nel corso del 2015 il CCM è intervenuto sui seguenti **temi aziendali**:

- La qualità percepita nei Servizi di degenza (indagine aziendale 2015-2016);
- Normative e regolamenti;
- Igiene, alimenti e fumo;
- Informazione agli utenti;
- Segnalazioni;
- Accessibilità;
- Umanizzazione.

Sono attivi i seguenti **gruppi di lavoro** costituiti da componenti delle Associazioni e componenti del Policlinico:

- **gruppo "Accessibilità"** per la valutazione delle barriere presenti nelle diverse aree e segnalazione delle criticità alle direzioni interessate;

Il 2015 è stato, per il Comitato Consultivo Misto (CCM), un anno di intenso lavoro, ha proseguito con il proprio ruolo e funzionamento.

I gruppi di lavoro costituiti dal CCM sono stati sulle tematiche: "Accessibilità", "Controllo qualità", "Criticità e verifiche, segnalazioni e suggerimenti", "Informazione e formazione", "Igiene, alimenti e fumo", "Normative e regolamenti", "Umanizzazione e assistenza non sanitaria", "Ad obiettivo in vista di particolari necessità".

- **gruppo "Controllo qualità"** identifica e propone altri indicatori di performance dal punto di vista dell'utente per comprendere nel breve termine la qualità percepita;
- **gruppo "Criticità e verifiche, segnalazioni e suggerimenti"** che ha lo scopo di analizzare le aree critiche che emergono dai reclami e condividere le eventuali azioni di miglioramento e monitorarne i risultati;
- **gruppo "Informazione e formazione"** dedicato a trattare le modalità d'informazione messe in atto verso i cittadini e gli utenti per favorirne l'orientamento all'interno del Policlinico. La formazione è dedicata ai volontari che ogni giorno si trovano ad operare all'interno della nostra organizzazione sanitaria, permettendo loro di sviluppare conoscenze sulla logistica e sulle funzioni degli uffici, servizi ed Unità Operative;
- **gruppo "Igiene, alimenti e fumo"** si occupa di fare verifiche sul campo e del rispetto della legge regionale per la tutela dei non fumatori all'interno delle aree del Policlinico. Attraverso specifiche verifiche sul campo osserva la tipologia e la qualità degli alimenti distribuiti dalle macchine erogatrici a pagamento presenti all'interno del Policlinico;
- **gruppo "Normative e regolamenti"** si occupa dello studio di questioni giuridiche su materie di interesse del CCM;
- **gruppo "Umanizzazione e assistenza non sanitaria"** contribuisce all'ottimizzazione della rete dei percorsi. Non è possibile definire un approccio progettuale univoco, poiché deve essere individuata di volta in volta una soluzione di equilibrio e mediazione tra i vari fattori presenti nel setting del momento;
- **gruppo "Ad obiettivo in vista di particolari necessità"** questo gruppo di lavoro ha come obiettivo quello di prendere in esame le particolari necessità nel momento in cui insorge una problematica di rilevanza sanitaria in ospedale. Potrebbe trattarsi di eventi non prevedibili e non di emergenze, già trattate in altri gruppi.

Attraverso specifici accordi con la Direzione Aziendale, il Comitato Consultivo Misto realizza progetti di **miglioramento del comfort alberghiero** per i pazienti e i loro familiari.

Il Comitato Consultivo Misto dispone di un proprio spazio sul portale internet e allo stesso modo tutte le Associazioni di volontariato presenti all'interno dell'Azienda sono descritte attraverso una scheda informativa.

Nel corso dell'anno 2015 numerosi sono stati i contatti tra la segreteria del CCM dell'AOSP ed il Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (Ccrq), l'organismo istituito presso l'Assessorato politiche per la salute con funzioni consultive e propositive rispetto alla qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati dal Servizio sanitario regionale.

Nel corso del 2015 ha avuto seguito il percorso formativo rivolto ai volontari delle Organizzazioni di Volontariato presenti in Azienda dal titolo: Progetto Conoscersi - il Policlinico e le Associazioni si incontrano.

Il corso nasce dall'esigenza di fare conoscere sempre meglio alle Associazioni presenti al nostro interno un'Azienda complessa, articolata ed in continua evoluzione come quella del Policlinico, e per rispondere al loro bisogno informativo, spesso espresso all'Urp che coordina la presenza delle Associazioni all'interno dell'Ospedale.

E' stata realizzata una nuova edizione di due sessioni di quattro ore ciascuna, nel mese di aprile e maggio.

Il percorso formativo nuovo ed innovativo per la realtà delle Aziende sanitarie di Bologna verrà ripetuto anche nel 2015 vista la soddisfazione espressa dai partecipanti.

Nel percorso formativo attuato sono stati trattati i seguenti argomenti:

- Organizzazione sanitaria, atto aziendale, mission, vision, i rapporti con l'Università;
- Sanità Sociale Provincia di Bologna: le Associazioni di Volontariato e il territorio: la volontà di fare rete;
- URP, i cittadini, le Associazioni, il Comitato Consultivo Misto;
- I nuovi percorsi di prenotazione e di accettazione per i cittadini;
- I fabbisogni formativi dei volontari nel contesto ospedaliero – in collaborazione con VOLABO.

Inoltre sono stati realizzati i seguenti seminari rivolti specificamente ai Volontari dal titolo – **La privacy in ambito ospedaliero.**

I Volontari hanno partecipato ad eventi formativi aziendali, sempre realizzati dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, come **Il corretto lavaggio delle mani** e **La tutela della salute nei luoghi di lavoro** (Corso valutazione rischi ai sensi degli artt. 26 e 36 D. Lgs 81/08).

Durante il 2015 l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna ha continuato la collaborazione al Progetto Regionale "Sperimentazione di un sistema di valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini nelle strutture di degenza", promosso dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) che sarà sviluppato nel corso del 2016.

Sono anche continuate le collaborazioni con due Associazioni senza scopo di lucro esterne al Policlinico: Sogni d'oro e Cuori di maglia. Le donne che fanno parte di entrambe le Associazioni, producono utilizzando filati pregiati come lana purissima, cashmere, merinos e cotone, indumenti quali cuffiette, scarpine, body, copertine e corredini destinati ai bimbi della Terapia Intensiva Neonatale e della Neonatologia. Ne beneficiano soprattutto bambini con famiglie in difficoltà.

"Io Volontario e tu? Gestire l'attesa dei bambini in ospedale da tensione e noia ad intrattenimento e svago" è stata l'iniziativa formativa realizzata in collaborazione con l'Associazione Crescere Onlus.

Il progetto formativo rivolto ai Volontari delle Organizzazioni di Volontariato nasce dall'esigenza espressa di fare conoscere a queste organizzazioni la realtà in trasformazione del Policlinico.

Il corso di formazione per volontari educatori e operatori sanitari, ha visto come partecipanti numerosi infermieri dell'area pediatrica. I contenuti del corso, temi come: incontro con la malattia, la relazione d'aiuto, contenimento delle emozioni, l'ansia del bambino e dei genitori, motivazione e necessità di volontariato, hanno coinvolto i partecipanti nell'ascolto e nel confronto in un clima di interattività con i docenti molto piacevole. Il corso è alla terza edizione, ne seguiranno altre, al fine di promuovere la cultura del volontariato nelle strutture e nella società. Anche l'edizione 2015 ha visto una crescente richiesta di partecipazione all'evento formativo.

I numerosi progetti di collaborazione con le Associazioni di volontariato testimoniano la vivacità dei rapporti tra le Associazioni ed il Policlinico.

Sempre nel corso del 2015 l'Azienda ha rinnovato la collaborazione con l'Associazione Emergency che promuove una cultura di pace, solidarietà e rispetto dei diritti umani. Emergency è un'Associazione italiana nata nel 1994 per offrire cure medico-chirurgiche gratuite e di elevata qualità alle vittime delle guerre, delle mine antiuomo e della povertà. Ultimamente l'Associazione Emergency è stata impegnata in Italia ed in Emilia-Romagna sull'emergenza immigrazione ed ha continuato il suo impegno nelle zone disagiate e nelle città colpite dal terremoto.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha collaborato nella realizzazione del convegno "Il piano biennale per i diritti della persone con disabilità", organizzato dall'Associazione Crescere e nel Settembre 2015 ha avuto modo di collaborare con alcune Associazioni che hanno partecipato alla decima edizione di VolontAssociate realizzata presso i Giardini Margherita della città di Bologna. L'iniziativa nasce dal desiderio delle Organizzazioni No-profit di creare nuove opportunità per promuovere i propri valori e le proprie attività. VolontAssociate è divenuta ormai prassi consolidata ed assume sempre maggiore visibilità, creando un vero e proprio evento di incontro del mondo del Volontariato e del Non profit bolognese con la cittadinanza. L'obiettivo dell'evento è anche quello di sensibilizzare e coinvolgere anche i giovani, con una particolare attenzione all'inclusione sociale.

Nel Marzo 2015, l'URP e rapporti con le Associazioni di Volontariato ha collaborato alla realizzazione del Concerto di Primavera "Musica in pillole: una cura per l'anima, il corpo e la mente" – che si è tenuto presso l'Aula Magna del Padiglione 5, rivolto a tutti i degenti, ai loro parenti, ai medici, agli infermieri ed agli studenti.

La partecipazione al progetto no profit "Segui il cuore" ha permesso di donare alcune copie dei libri dedicati ai bambini ricoverati: Le favole dell'attesa e Racconti in sala d'attesa. L'evento si è tenuto nei mesi di febbraio e maggio.

Anche nel corso del 2015, l'URP ha continuato a collaborare con Città Metropolitana di Bologna - Ufficio Terzo Settore e con VOLABO, centro per i Servizi del Volontariato della provincia di Bologna.

5.1.6 Rilevazione della qualità dal lato dell'utenza

L'Azienda ha partecipato ai lavori di revisione del questionario regionale finalizzato alla rilevazione della qualità percepita nelle aree di degenza.

Il nuovo questionario è stato utilizzato per la rilevazione della customer satisfaction pianificata per il biennio 2015-2016.

Il progetto aziendale ha avuto inizio nel primo trimestre 2015 e ha coinvolto strutture con degenza afferenti a 5 Dipartimenti (Dipartimento della Donna, del Bambino e delle Malattie Urologiche, Dipartimento Cardio-toraco-vascolare, Dipartimento di Oncologia e di Ematologia, Dipartimento delle Insufficienze d'organo e dei trapianti, Dipartimento dell' Emergenza – urgenza).

Il contenuto del questionario consente la valutazione della qualità percepita rispetto a diverse aree tematiche e a singoli fattori/item inerenti a:

- Esperienza sul ricovero (dall'ingresso alla dimissione);
- Informazioni, gentilezza, umanizzazione da parte del personale sanitario;
- Riservatezza;
- Attenzione al dolore;
- Aspetti organizzativi;
- Ambienti;
- Comfort e servizi alberghieri.

I questionari elaborati nel 2015 sono stati 1392, pari ad una percentuale di ritorno del 59.5%.

L'elaborazione dei dati è stata effettuata per unità operativa, per Dipartimento e a livello aziendale con l'obiettivo di fornire ai professionisti e alla Direzione informazioni analitiche e di sintesi per le opportune riflessioni e attività di miglioramento.

Inoltre, i risultati sono stati illustrati e discussi con il Comitato Consultivo Misto.

I dati relativi alla valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero sono rappresentati nella seguente tabella. I cittadini rispondevano alla domanda: "Come valuta complessivamente la qualità dei servizi che ha ricevuto?"

Tabella 5.6 Risultati dell'indagine di customer satisfaction

	N.	%
Totale	1.392	100,0%
Molto inadeguato	6	0,4%
Inadeguato	6	0,4%
Adeguito	659	47,3%
Molto adeguato	658	47,3%
Risposta mancante	63	4,5%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

I dati elaborati evidenziano che il 94,6% (valore di soddisfazione atteso > 85%) delle persone ricoverate ha espresso parere positivo relativamente alla sua esperienza e, in particolare, circa il 50% ha dichiarato che la qualità dei servizi ricevuti era superiore alle proprie aspettative.

5.2 La comunicazione esterna

La comunicazione esterna è un'attività di grande rilievo per una struttura sanitaria, fondamentale per accrescere un clima di fiducia che tanti elementi oggi contribuiscono ad erodere, consolidare l'immagine del Policlinico e porre le fondamenta per un rapporto positivo tra il personale sanitario e i cittadini.

La pervasività della comunicazione digitale, a cui fanno riferimento anche i monitor distribuiti nell'area del Policlinico, sta provocando una progressiva convergenza di attività fino a pochi anni fa separate. Sempre più forti sono le interconnessioni con le azioni di ufficio stampa, con i comunicati che si rivelano fonti per l'aggiornamento del sito e le notizie pubblicate on line e magari riprese dai social network che svolgono un'implicita ma molto efficace azione di media relation. Già forte, ma in ulteriore evoluzione, risulta poi l'interazione tra la comunicazione digitale e gli strumenti a servizio dei cittadini, come la Carta dei Servizi e il sistema delle guide a strutture, prestazioni e percorsi.

5.2.1 L'immagine coordinata e l'identità visiva

Nel corso del 2015 è stato condotto in porto un percorso che ha portato alla ridefinizione del logo del Policlinico e, conseguentemente, del sistema di identità visiva che orienterà la realizzazione di prodotti e strumenti di comunicazione ad ogni livello, dalla comunicazione istituzionale (carta intestata, biglietti da visita, slide, brochure e video istituzionale) a quella digitale (sito internet, social network) passando per i materiali di comunicazione rivolti ai cittadini (brochure, guide di reparto, Carta dei servizi) e finalizzati alla promozione di eventi o campagne di comunicazione (leaflet, locandine).

Nel lavoro di aggiornamento dei materiali per i pazienti, le schede informative sono state rese disponibili anche sul portale aziendale, all'interno delle pagine di ciascuna struttura, in una nuova sezione denominata "Informazioni per pazienti e familiari". Per alcune di queste è stata realizzata anche la versione in più lingue, in considerazione della nazionalità degli utenti che accedono alle Unità Operative stesse. La traduzione di questa documentazione è parte integrante del progetto denominato "l'ospedale multiculturale".

5.2.2 Media relation

Nel 2015 l'Ufficio Stampa ha continuato a curare i rapporti con i mass media attraverso collaborazioni e contatti diretti a livello sia locale sia nazionale, redazione di comunicati stampa, documenti e materiali informativi rivolti alle redazioni giornalistiche quotidiane e periodiche, organizzazione di conferenze stampa, realizzazione e collaborazione trasmissioni televisive e radiofoniche.

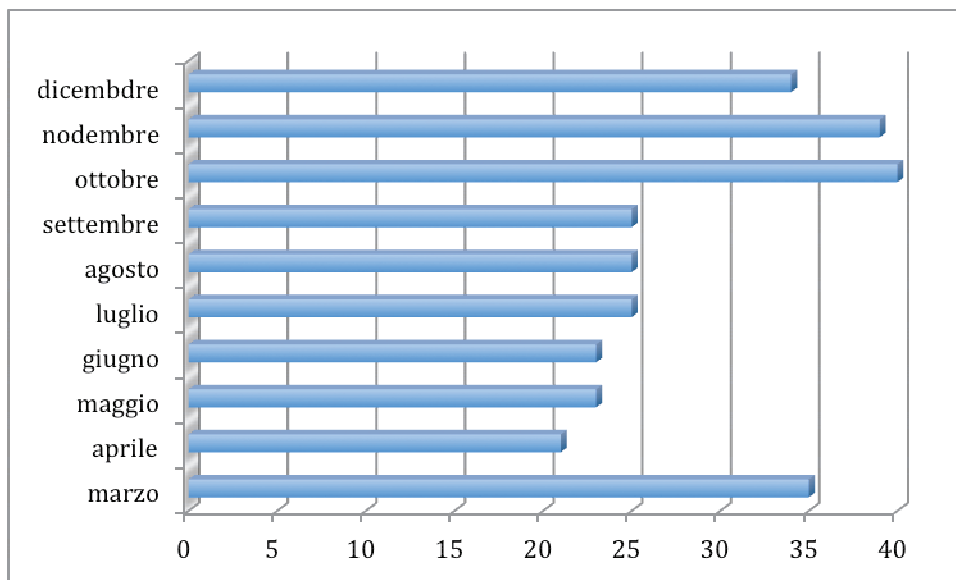
Questa attività è resa possibile da un raccordo costante con la Direzione, i Dipartimenti Assistenziali Integrati (DAI) e le strutture aziendali per individuare gli spunti di notiziabilità e con la Regione e le altre Aziende Sanitarie (AUSL di Bologna; Istituti Ortopedici Rizzoli e Ausl di Imola in particolare) ed eventualmente gli Enti locali per concordare le modalità di valorizzazione in tutti i casi – sempre più frequenti – in cui le attività vedono un coinvolgimento di più soggetti del Sistema Sanitario Regionale.

L'evoluzione del sistema dei media e le modalità di organizzazione del lavoro all'interno delle redazioni hanno innescato un'evoluzione strutturale nell'attività dell'ufficio stampa. Sempre più efficaci per la promozione delle notizie si rivelano, infatti, non gli strumenti istituzionali (comunicati e conferenze stampa), ma i contatti informali con i giornalisti, una modalità più difficile da governare ma indubbiamente più efficace.

L'Ufficio stampa ha seguito la completezza della rassegna stampa e il monitoraggio di servizi televisivi a livello locale e nazionale svolgendo attività di collaborazione e verifica dei contenuti, ma soprattutto nel corso del 2015 è stato avviato, nel mese di marzo, un monitoraggio costante dei risultati ottenuti dalle attività di media relation, anche per verificarne l'efficacia nel corso del tempo, permettendo di mirare in modo ottimale le azioni e gli strumenti.

Nei 10 mesi oggetto dell'indagine sono stati recensiti complessivamente 290 articoli inerenti il Policlinico, pari a una media di 29 al mese, in pratica uno al giorno.

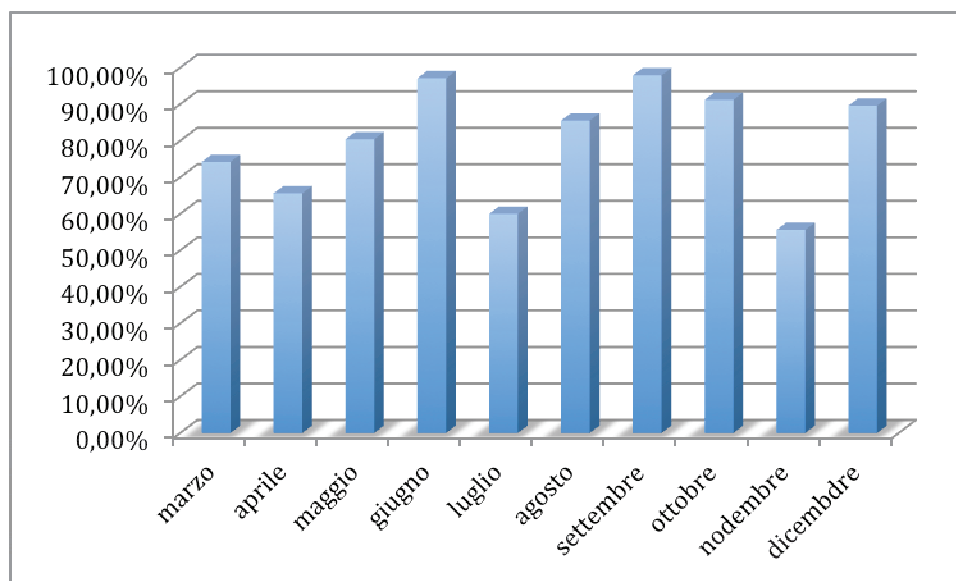
Grafico 5.11 Numero di articoli inerenti il Policlinico



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

Particolarmente interessante è il dato inerente il tono dei suddetti articoli, risultato positivo nella maggior parte dei casi in tutti i 10 mesi considerati (percentuale sul totale sempre superiore al 50%, ndr), con picchi che per tre mesi hanno superato addirittura il 90%.

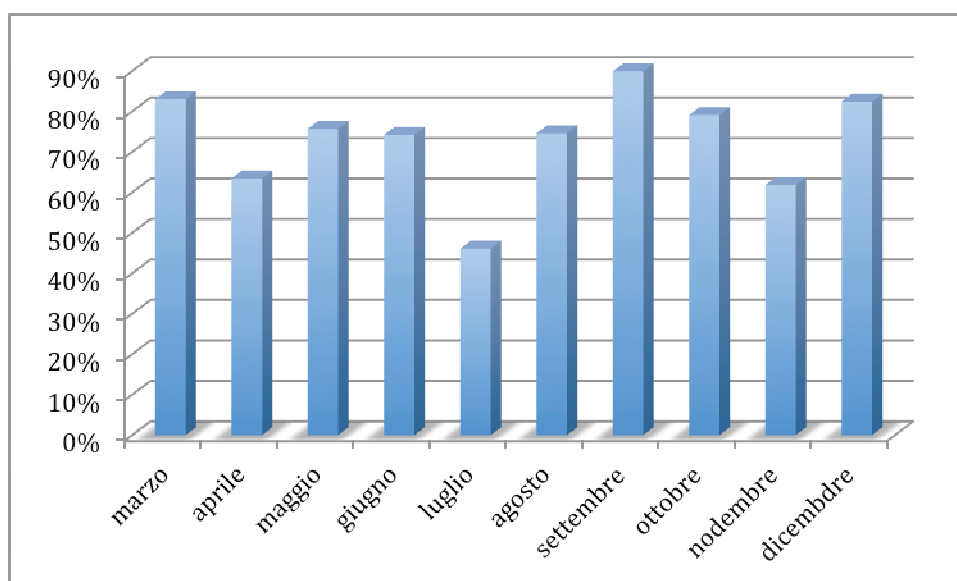
Grafico 5.12 Tono degli articoli inerenti il Policlinico



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

L'utilità dell'attività di media relation per la reputazione del Policlinico è stata garantita grazie alla forte proattività raggiunta, come testimonia un altro dato raccolto dalla suddetta rilevazione.

Grafico 5.13 Utilità dell'attività di media relation per la reputazione del Policlinico



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

5.2.3 Il portale internet

I contatti al portale del Policlinico nel 2014 sono stati 1.587.118 contro i 1.520.646 dell'anno precedente, pari a un leggero incremento del 4,3%.

L'andamento delle pagine visitate (complessivamente pari a 5.680.056) ha segnato un lieve decremento pari al 3,5% rispetto al 2014, quando il totale delle pagine si era attestato a quota 5.885.110.

L'analisi di dettaglio delle pagine visitate pone – anche quest'anno – al primo posto quelle dei reparti/servizi che riportano le informazioni sulle Unità operative, la loro organizzazione, le prestazioni erogate. Seguono l'area aperta ai visitatori esterni relativa a bandi e concorsi e le pagine raggiungibili grazie ai motori di ricerca disponibili sul portale, in particolare "cerca un medico", per rintracciare rapidamente i professionisti, accedere al loro curriculum e all'organizzazione di afferenza.

Per quanto riguarda la provenienza dei visitatori, resta sensibilmente alta la percentuale di coloro che provengono da fuori regione, che si attesta al 51,71%.

Il portale aziendale continua sempre più ad essere seguito anche da utenti che utilizzano, per consultarlo, i loro dispositivi mobili; gli accessi di questo tipo (con smartphone e tablet) passano dai 505.115 del 2014 a 655.801 (più 29,83%) pari al 41,32% del totale.

Nel 2015 si è consolidata e ulteriormente rafforzata l'attenzione sviluppata già a partire dal 2013 con il percorso di sviluppo del Portale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna previsto dal D. Lgs 14 marzo 2013 n.33 verso il principio della trasparenza inteso come "accessibilità totale" alle informazioni che riguardano l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni. Una Trasparenza, quindi, chiamata ad assolvere molteplici funzioni, tra cui favorire il controllo sociale sull'azione amministrativa e promuovere la diffusione della cultura della legalità e dell'integrità nel settore pubblico.

Questa attività è avvenuta senza perdere di vista la necessità di attuare parallelamente il miglioramento continuo dei servizi e delle informazioni rivolte ai cittadini, in coerenza con le linee guida per i siti web della PA emanate dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e Innovazione del 2010 e il decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179.

5.2.4 Eventi pubblici

Nell'estate del 2015 è stato avviato il progetto "Le parole necessarie", in collaborazione con il Centro di Poesia contemporanea dell'Università di Bologna, grazie a cui sono stati tra l'altro realizzati 4 laboratori per personale, pazienti e familiari e quattro poeti contemporanei hanno trascorso un periodo all'interno di altrettanti reparti dell'ospedale, traendone spunto per comporre tre brevi raccolte di poesia e un cortometraggio. I materiali prodotti - dai laboratori e dai poeti in corsia - sono stati presentati nel corso di un evento pubblico conclusivo, in occasione della Festa di Sant'Orsola.

Nel dicembre 2015 è stato aperto il Polo Cardio-toraco-vascolare. L'evento è stato seguito con azioni di media relation, la predisposizione e la distribuzione di un video e di una brochure, rimandando l'inaugurazione vera e propria alla presenza delle autorità all'anno successivo.

5.3 La comunicazione interna

Questo ambito di comunicazione riguarda il riferimento a tutte quelle azioni che sono volte a migliorare da una parte i meccanismi di funzionamento dell'organizzazione e, dall'altra, il clima aziendale. In esso sono potenzialmente coinvolte tutte le aree e i livelli gerarchici. Si descrivono, quindi, le principali iniziative e gli strumenti volti a migliorare il sistema delle relazioni interne.

Nel 2015 sono proseguite le attività di sviluppo e riqualificazione delle informazioni disponibili nell'area intranet con il supporto attivo delle redazioni periferiche, che contribuiscono al puntuale mantenimento delle informazioni di competenza.

Interventi sostanziali sono stati attuati in corrispondenza di variazioni legislative legate a tematiche organizzative ad alto impatto aziendale, con creazione di aree specificamente dedicate; in esse sono stati pubblicati materiali informativi e indicazioni aziendali atti a supportare il personale coinvolto e a rendere più sicuri i processi sanitari.

Nel corso dell'anno, in particolare, è stata arricchita e costantemente aggiornata una specifica sezione chiamata CoorLab, coordinata dalla Direzione Generale e dedicata ai Coordinatori, strutturata come piattaforma di confronto e scambio in cui affrontare e condividere tematiche di lavoro, aree di miglioramento, nuovi progetti.

Nell'area intranet sono, inoltre, presenti diversi strumenti per la gestione di documenti di servizio e per la consultazione on line della documentazione aziendale. È possibile dunque accedere ai documenti approvati, che contengono regole di funzionamento dell'organizzazione o indicazioni utili per il personale. In una specifica area dedicata è possibile consultare documentazione inerente i percorsi aziendali e gli indicatori di governo clinico utili al monitoraggio delle attività assistenziali.

I contenuti del portale intranet più visitati, oltre alla home page, sono:

- quelli relativi ai servizi informatici, per l'accesso a diverse funzionalità predisposte dalla direzione competente e a tutte le procedure sanitarie informatizzate;
- quelli dell'area servizi e utilità, che racchiude altri strumenti fondamentali per l'invio e la gestione delle richieste rivolte ai servizi di supporto;
- quelle che comprendono argomenti attinenti alla vita professionale del personale, ossia le comunicazioni dalle direzioni aziendali, i contenuti della Ricerca e della Formazione e quelli fondamentali della Sicurezza delle cure.

Le news sono tra gli strumenti di comunicazione più utilizzati dal personale interno. L'adozione di criteri rigorosi nella selezione delle notizie ha condotto ad un miglioramento progressivo dell'area, che rappresenta un forte stimolo per il personale a segnalare eventi da pubblicare. Il 2015 ha continuato a registrare un incremento di richieste di pubblicazione e di varietà di argomenti per le news in intranet, rendendo queste ultime sempre più specifiche e orientate al personale interno. Le notizie pubblicate in quest'area sono state 93.

Nel 2015 sono state inviate oltre 800 "mail a tutti". Questo strumento consente la comunicazione veloce di informazioni interne, trattandosi, nella maggior parte dei casi, di messaggi di natura operativa. Si tratta di uno strumento con il quale ogni articolazione organizzativa può comunicare a tutti gli indirizzi mail del Policlinico informazioni utili per il personale: è attiva la possibilità, da parte di ciascun utente, di scegliere quali tipologie di mail ricevere, aumentando l'efficacia dei messaggi e diminuendo il numero di mail ricevute. Tale selezione può essere effettuata in piena autonomia, accedendo da intranet a una specifica sezione delle pagine di gestione della posta su web.

Capitolo 6: Ricerca e innovazione

In questo capitolo vengono prese in esame le azioni intraprese relativamente all'attività di promozione della ricerca e dell'innovazione e lo stato di avanzamento relativo allo sviluppo dell'infrastruttura locale per la ricerca e l'innovazione, al progetto anagrafe della ricerca, allo sviluppo delle regole per la trasparenza e alla valorizzazione del ruolo del Comitato Etico. In questo quadro sono presentati i progetti di ricerca e le sperimentazioni condotti e l'attività del gruppo di lavoro tecnico - professionale che supporta la Direzione Aziendale ed il Collegio di Direzione nelle decisioni riguardanti l'introduzione di nuove tecnologie ad elevato impatto clinico.

6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

6.1.1 Azioni della infrastruttura locale

Presso l'Azienda è attivo lo staff Ricerca e Innovazione a disposizione di tutto il personale del Policlinico (personale dipendente e convenzionato e giovani ricercatori operanti a vario titolo presso le strutture del Policlinico) per fornire supporto ai ricercatori nella predisposizione e nella gestione dei progetti di ricerca scientifica.

Nel corso del 2015 sono proseguite le attività relative alla diffusione delle diverse opportunità di finanziamento, al supporto al Collegio di Direzione e ai ricercatori nella predisposizione e sottomissione dei progetti ai bandi, alla gestione delle relazioni con altre aziende ed istituzioni, alla gestione amministrativa dei fondi di ricerca e dei contratti relativi alle sperimentazioni cliniche.

E' proseguita la gestione dei progetti del **Programma di Ricerca Regione – Università** delle edizioni 2007-2009, 2011-2012, 2013 e 2014.

6.1.2 Capacità di attrazione da parte dell'Azienda di risorse finanziarie

Relativamente ai fondi acquisiti per lo svolgimento di progetti di **ricerca sanitaria** nelle tabelle sotto riportata sono indicati i **progetti attivi** al dicembre 2015 e i relativi finanziamenti per ente erogatore.

I progetti attivi

In particolare nell'anno di gestione 2015 risultano attivati 17 nuovi progetti (capofila e unità di ricerca) per un finanziamento complessivo di 1.585.148 €.

I progetti attivati nel corso del 2015 e i relativi finanziamenti

Tabella 6.1 Progetti attivi e relativi finanziamenti per ente erogatore

ENTE EROGATORE	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2013	N. PROGETTI 2013	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2014	N. PROGETTI 2014	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2015	N. PROGETTI 2015
Programma Regione-Università	9.469.000	28	9.565.236	39	9.138.436	33
Ministero Salute	4.258.411	23	6.051.928	30	5.380.550	31
Regione	1.998.555	12	1.308.876	19	1.205.196	17
Aziendali	213.500	19	-	-	-	-
ISS	209.000	2	168.800	7	77.984	3
AIFA	275.000	1	275.000	1	275.000	1
Progetti Europei	274.927	2	274.927	2	1.042.427	3
Fondazioni	222.000	3	135.000	5	210.000	6
Altri Enti (*)	796.627	3	158.429	4	545.897	8
TOTALE	17.717.020	93	17.938.196	107	17.875.489	102

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 6.2 Progetti avviati nell'anno e relativi finanziamenti per ente erogatore

ENTE EROGATORE	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2013)	N. PROGETTI 2013	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2014)	N. PROGETTI 2014	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2015)	N. PROGETTI 2015
Programma Regione-Università	6.511.400	22	1.409.920	11	124.300	1
Regione	532.961	8	428.876	7	137.696	5
Fondazioni	45.000	2	80.000	3	85.000	3
Ministero Salute			2.335.957	11	-	-
AIFA	275.000	1	-	-	-	-
ISS	90.000	3	11.800	2	46.184	1
Progetti Europei	90.026	1	-	-	767.500	1
Altri Enti	585.345	9	-	-	424.468	6
TOTALE	8.129.732	46	4.266.553	34	1.585.148	17

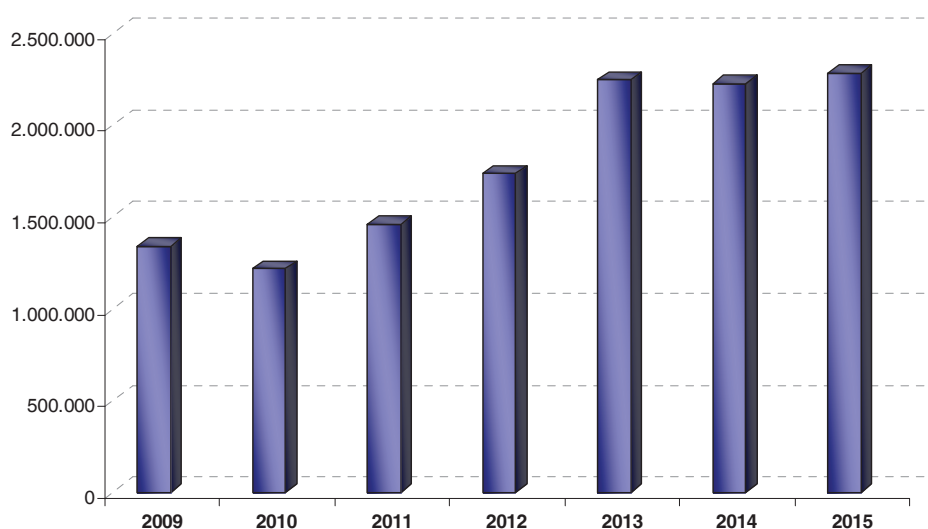
Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Per quanto riguarda la sperimentazione clinica nel 2015 sono stati finalizzati 38 contratti commerciali.

I finanziamenti provenienti dalla sperimentazione clinica profit

L'impatto economico dei contratti inerenti gli studi profit del periodo 2009 - 2015 è desumibile dal relativo fatturato (grafico 6.1)

Grafico 6.1 - Contratti inerenti gli studi profit - Fatturato periodo 2009-2015



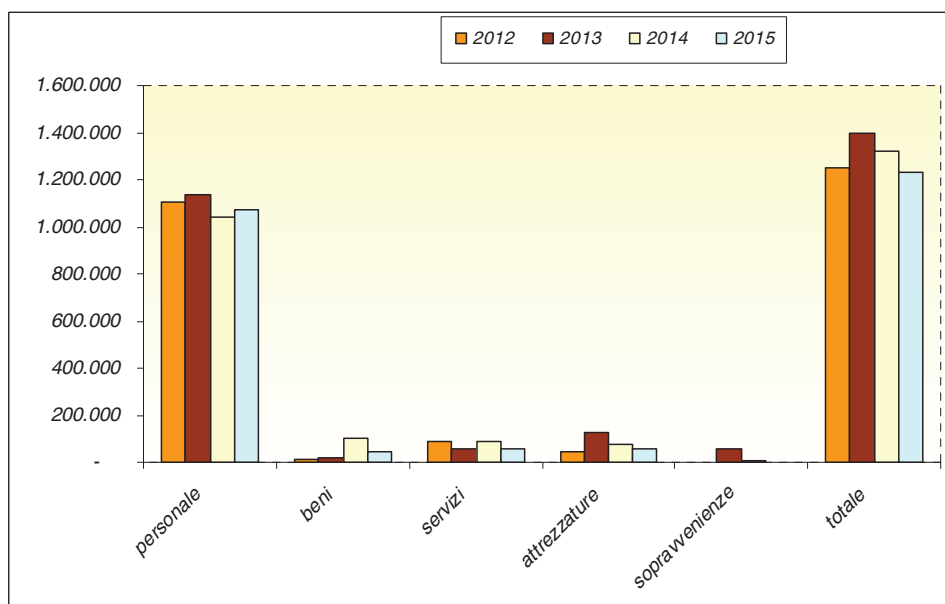
Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

I finanziamenti derivanti dalla sperimentazione clinica commerciale sono utilizzati conformante al regolamento aziendale di cui alla Delibera del Direttore Generale 30/2000 emendato con Delibera del Direttore Generale 159 /2012.

Detratta la quota aziendale a copertura dei costi (pari al 35%), restano in disponibilità alle Unità Operative di afferenza dello sperimentatore principale, per l' utilizzo secondo le indicazioni previste nel citato regolamento aziendale.

Di seguito sono riportati i dati relativi all'impiego di tali finanziamenti negli anni 2012 - 2015, dati che evidenziano l'uso prevalente per sostenere costi di personale (1.231.614 € nel 2015).

Grafico 6.2 Impiego di finanziamenti derivanti da studi clinici profit



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Si rileva infine che tutte le considerazioni sopra riportate inerenti ai **finanziamenti disponibili** (no profit e profit) sono riferite ai soli finanziamenti gestiti dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria.

Per quanto concerne i finanziamenti acquisiti dai Dipartimenti Universitari di area clinica, l'Unità di Processo Finanziamenti per la ricerca dell'ARIC ha fornito i dati relativi ai finanziamenti acquisiti nell'ambito di Horizon 2020.

Tabella 6.3 Finanziamenti acquisiti dai Dipartimenti Universitari nell'ambito di Horizon 2020

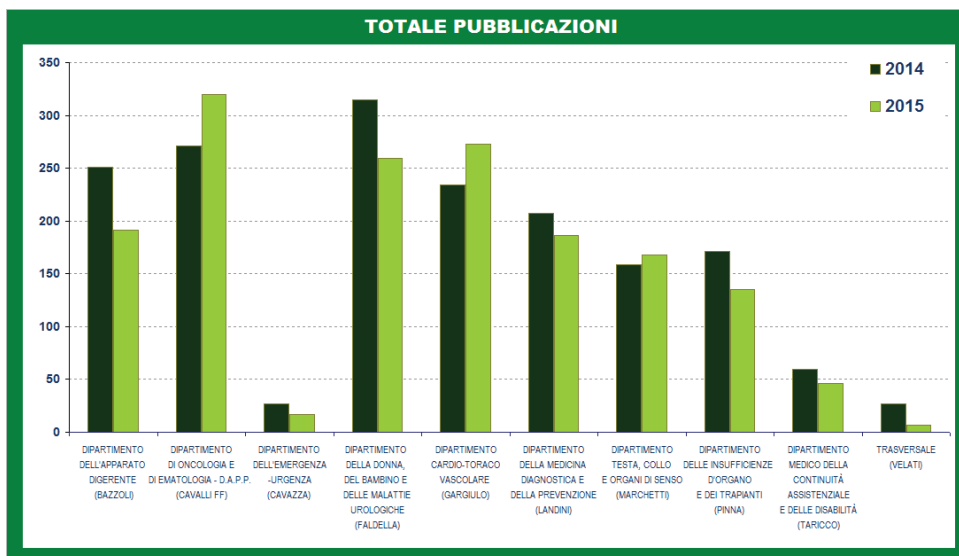
Ente Erogatore	Titolo	Programma	Tema	Responsabile	Dipartimento / Struttura	Contributo UNIBO
Unione Europea-Horizon 2020	The continuum between healthy ageing and idiopathic Parkinson Disease within a propagation perspective of inflammation and damage: the search for new diagnostic, prognostic and therapeutic targets	SOCIETAL CHALLENGES	Health , demographic change and wellbeing	GARAGNANI PAOLO	Centro Interdipartimentale "L. Galvani" per Studi Integrati di Bioinformatica, Biofisica e Biocomplexità - CIG	€ 292.252,25
Unione Europea-Horizon 2020	Clinical evaluation of carbons of controlled porosity as a new therapeutic for the treatment of liver cirrhosis and non-alcoholic fatty liver disease.	SOCIETAL CHALLENGES	Health , demographic change and wellbeing	CARACENI PAOLO	Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche	€ 306.321,00
Unione Europea-Horizon 2020	Exploiting Glycosylation of Colorectal Cancer for the development of improved diagnostics and therapeutics	EXCELLENT SCIENCE	MSCA-Marie Skłodowska Curie Actions	DALL'OLIO FABIO	Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale	€ 258.061,00

Fonte: Unità di Processo Finanziamenti per la ricerca dell'ARIC dell'Università degli Studi di Bologna

6.1.4 La produzione scientifica

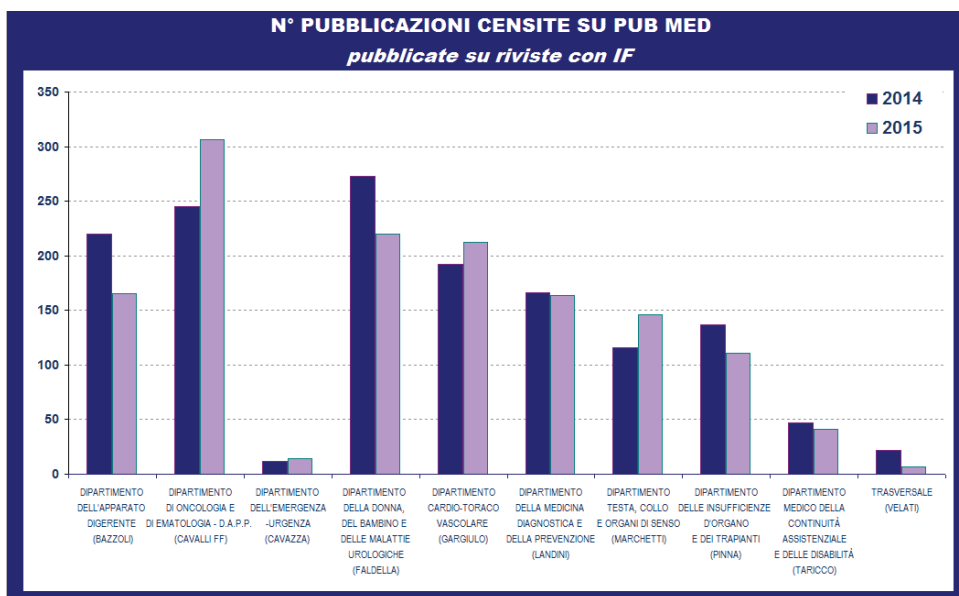
Sulla base dei dati forniti dai Dipartimenti ad Attività Integrata si illustra il trend del periodo 2014 – 2015 nei tre grafici di seguito riportati relativi al numero complessivo delle pubblicazioni rilevate, al numero delle pubblicazioni con IF, al valore complessivo di IF.

Grafico 6.3 Pubblicazioni per Dipartimento ad Attività Integrata - anno 2014 – 2015



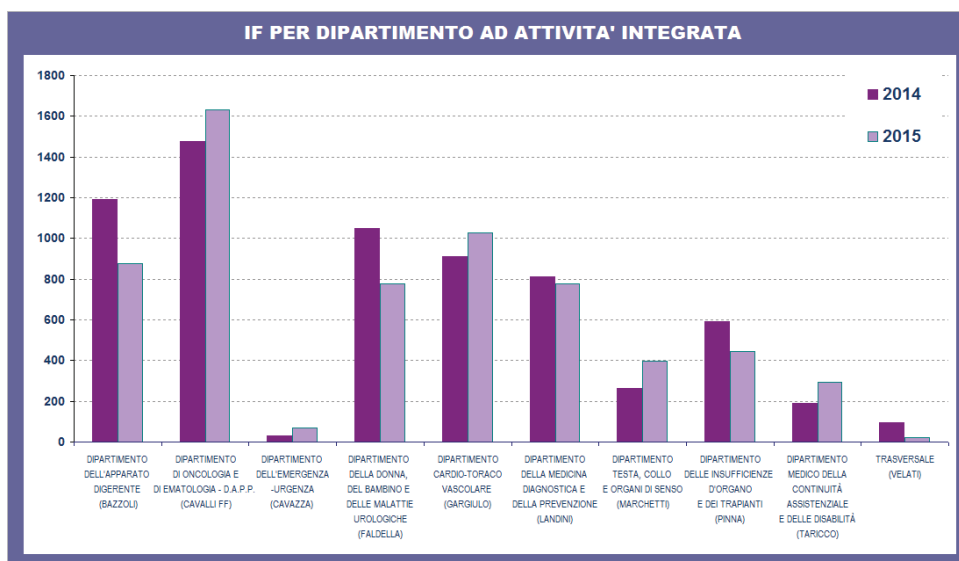
Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

Grafico 6.4 Pubblicazioni con IF per Dipartimento ad Attività Integrata - anno 2014-2015



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

Grafico 6.4 bis – Valore complessivo di IF per Dipartimento ad Attività Integrata - anno 2014- 2015

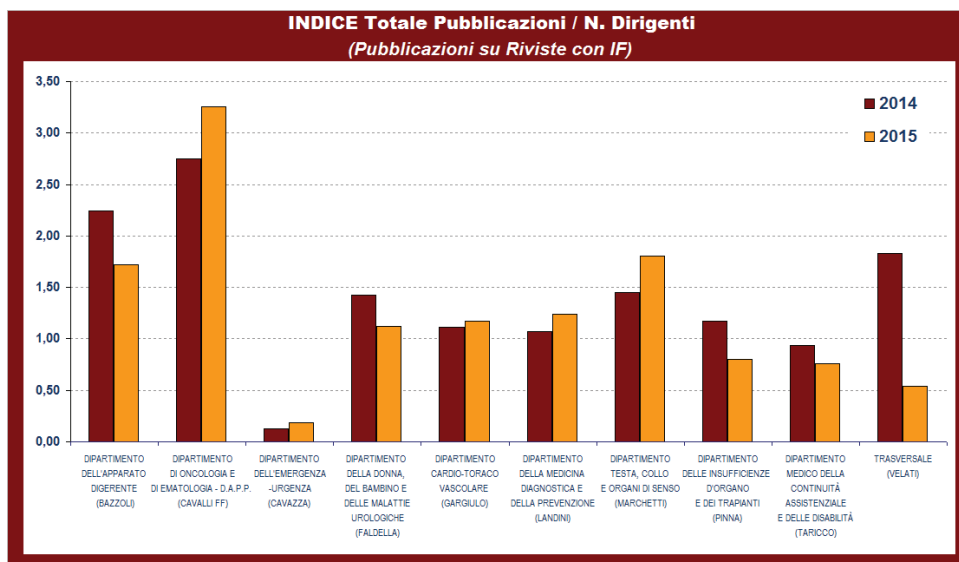


Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

L'andamento della produttività scientifica dei Dipartimenti ad Attività Integrata, valutata prendendo in esame tutti i lavori con IF censiti rispetto alla numerosità dei professionisti afferenti ai singoli DAI (considerando a tal fine il personale dipendente, il personale universitario integrato e le forme di collaborazione quali i CLP e i Co. Co. Co. della dirigenza medica e della dirigenza non medica), è illustrato nel seguente grafico.

La produttività scientifica dei DAI

Grafico 6.5 Pubblicazioni con IF per dirigente afferente per Dipartimento ad Attività Integrata - anni 2014-2015



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Si riportano anche le informazioni acquisite dall'Ateneo per i Dipartimenti Universitari dell'Area Clinica, intendendo in questo modo valorizzare l'apporto di tutte le diverse componenti che operano nel contesto dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria.

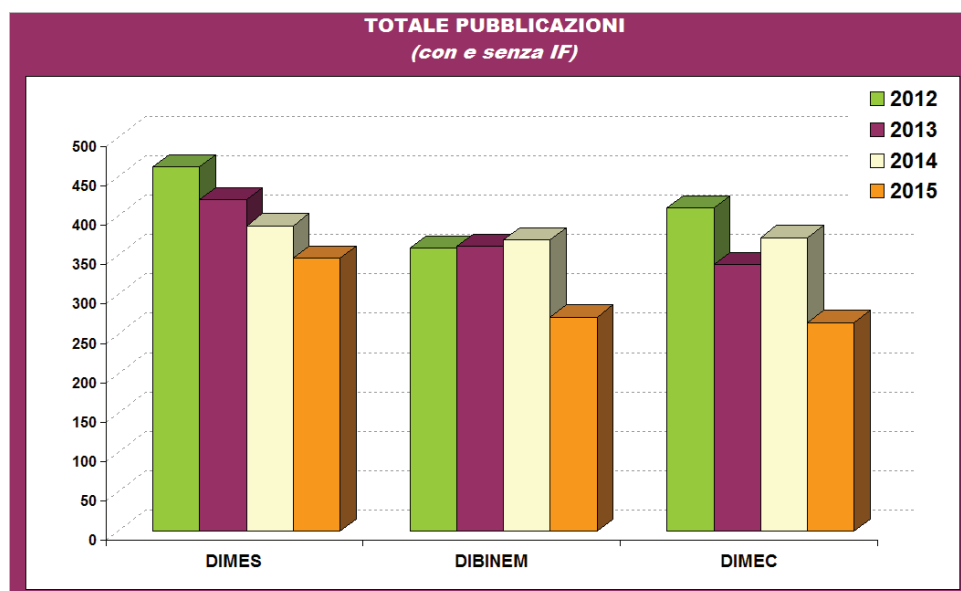
Per quanto riguarda i **Dipartimenti Universitari dell'Area Clinica**, le informazioni relative agli anni 2012 – 2015 sono state fornite dal Settore Monitoraggio e Supporto alla Valutazione della Ricerca dell'Area Ricerca e Trasferimento Tecnologico.

Il trend delle pubblicazioni dei Dipartimenti Universitari dell'area clinica

I dati riguardano il numero delle pubblicazioni, il numero degli articoli con IF e il numero degli articoli senza IF relativamente all'anno 2012,2013,2014 e 2015, presenti in anagrafe della ricerca, che abbiano tra gli autori almeno uno dei docenti afferenti ai dipartimenti di area clinica (428 docenti nel 2012, 443 docenti nel 2013, 423 nel 2014, 431 nel 2015), con esclusione delle pubblicazioni online ad eccezione di quelle riconducibili ad un editore e quindi equiparabili a pubblicazione a stampa.

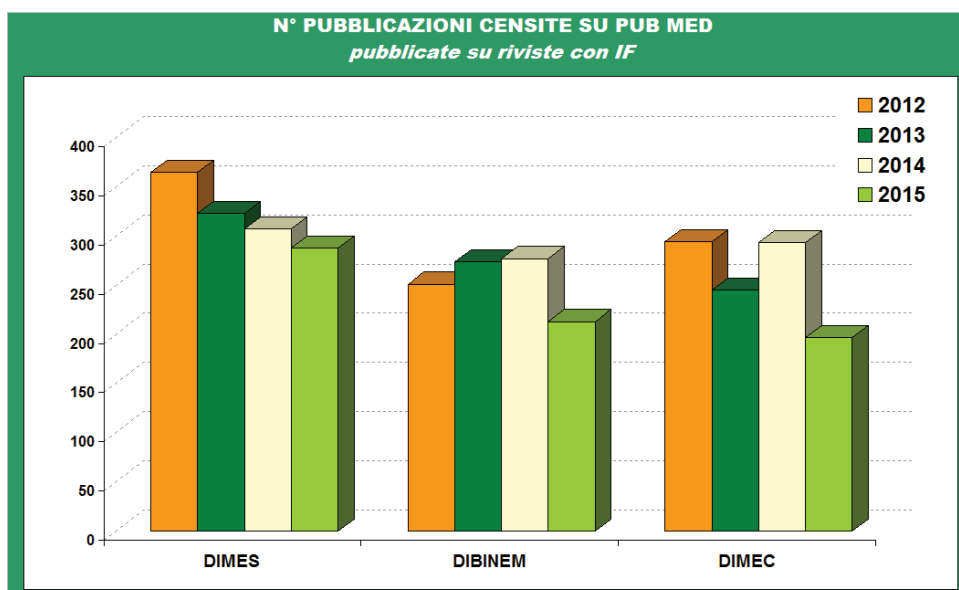
Ai fini della valutazione dei dati 2015 si deve considerare che le schede del catalogo della ricerca di Ateneo non rappresentano tutte le pubblicazioni di area medica ma solo le pubblicazioni inserite dai docenti prima della scadenza per l'aggiornamento 2015; i numeri restituiscono pertanto una realtà parziale.

Grafico 6.6 Pubblicazioni per Dipartimenti Universitari dell'Area Clinica 2012 – 2013-2014 – 2015 (pubblicazioni, articoli con IF, articoli senza IF)



Fonte: Settore Gestione dati e sviluppo applicativi dell'Area Ricerca e Trasferimento Tecnologico dell'Università di Bologna

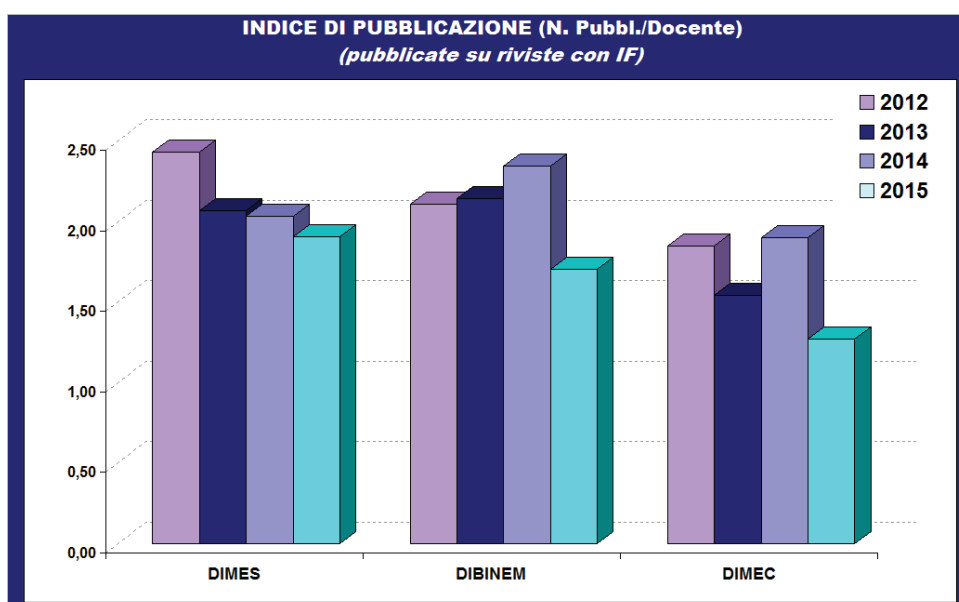
Grafico 6.7 Pubblicazioni con IF per Dipartimenti Universitari dell'Area Clinica 2012 -2013-2014-2015



Fonte: Settore Gestione dati e sviluppo applicativi dell'Area Ricerca e Trasferimento Tecnologico dell'Università di Bologna

La produttività scientifica, valutata prendendo in esame gli articoli con IF rispetto alla numerosità dei professionisti afferenti ai singoli DU negli anni 2012 - 2015 è illustrata nel seguente grafico, per il quale, in merito all'anno 2015, valgono i medesimi limiti sopra riferiti.

Grafico 6.8 Pubblicazioni con IF per docente per Dipartimento Universitario dell'Area Clinica 2012 -2015



Fonte: Settore Gestione dati e sviluppo applicativi dell'Area Ricerca e Trasferimento Tecnologico dell'Università di Bologna

6.1.5 Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche

L'innovazione tecnologica è uno dei maggiori driver del miglioramento della salute della popolazione. Ha contribuito a prevenire, diagnosticare e curare un numero sempre maggiore di patologie, riducendo la mortalità e migliorando la qualità della vita. Il progresso tecnologico, tuttavia, può rappresentare anche un determinante significativo dell'aumento dei costi sanitari e non vi è dubbio che i benefici debbano essere maggiori dei costi per produrre valore in un sistema sanitario caratterizzato da risorse scarse.

Tra le innovazioni tecnologiche, una componente rilevante - in particolare nel nostro Policlinico - è certamente rappresentata dai dispositivi medici, per i quali gli interventi legislativi degli ultimi anni hanno mostrato una particolare attenzione, mettendo a disposizione puntuali strumenti di verifica e monitoraggio per i diversi livelli istituzionali preposti al governo della commercializzazione e dell'utilizzo di prodotti indispensabili per la salute dei pazienti.

Al fine di promuovere nella gestione aziendale un approccio sistematico e multidisciplinare alla valutazione delle tecnologie sanitarie innovative, nel 2009 è stata istituita la CADM - Commissione Aziendale dei Dispositivi Medici, uno specifico gruppo di lavoro aziendale tecnico-professionale multidisciplinare a supporto della Direzione aziendale e del Collegio di Direzione nelle decisioni riguardanti l'introduzione di nuove tecnologie ad elevato impatto clinico, organizzativo ed economico, con particolare riferimento a dispositivi medici.

Alla CADM è affidato principalmente il compito di valutare, dal punto di vista del beneficio clinico, della sicurezza e dei costi, le richieste di inserimento di nuovi DM, promuovendo altresì la realizzazione di studi clinici laddove le richieste di tecnologie non sono supportate da robuste evidenze scientifiche sulla efficacia e sicurezza d'impiego.

Una sintesi dell'attività svolta dalla CADM nell'ultimo triennio è riportata nelle tabelle che seguono.

Tabella 6.4 Attività della CADM

Attività	2012	2013	2014	2015
Riunioni	7	10	9	9
Presenza media dei componenti	77%	82%	74%	72%
Richieste valutate	59	72	80	99

Fonte Segreteria Scientifica CADM

Tabella 6.5 Richieste valutate per area

Area	2012	2013	2014	2015	Var%
Chirurgia	21	22	31	37	19
Radiologia Interventistica/Emodinamica	3	10	13	15	15
Materno Infantile	5	7	9	9	0
Medicina	7	18	17	17	0
Laboratorio	23	15	10	21	110
Totale	59	72	80	99	24

Fonte Segreteria Scientifica CADM

Tabella 6.6 Richieste valutate per area

Parere	2012		2013		2014		2015	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Positivo	28	47	41	57	36	45	55	56
Negativo	19	32	14	19	20	25	15	15
Sospeso (*)	12	20	13	18	11	14	17	17
Altro (**)		0	4	6	13	16	12	12
Totale	59	100	71	100	80	100	99	100

Fonte Segreteria Scientifica CADM

<p>Note</p> <p>(*) parere sospeso:</p> <p>a) richieste in corso di valutazione</p> <p>b) richieste incomplete in attesa di integrazioni</p> <p>(**) altro</p> <p>a) richiesta riconducibile a gara</p> <p>b) richiesta annullata, decaduta</p>

Tabella 6.7 Richieste CADM per classificazione CND

CND	descrizione CND	2013	2014	2015	inc% 2015
W	DISPOSITIVI MEDICO-DIAGNOSTICI IN VITRO (D. Lgs. 332/2000)	14	10	20	20%
H	DISPOSITIVI DA SUTURA	4	10	15	15%
K	DISPOSITIVI PER CHIRURGIA MINI-INVASIVA ED ELETTROCHIRURGIA	5	15	13	13%
C	DISPOSITIVI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	5	9	9	9%
G	DISPOSITIVI PER APPARATO GASTROINTESTINALE	10	1	8	8%
P	DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTABILI E PRODOTTI PER OSTEOSINTESI	17	7	5	5%
V	DISPOSITIVI VARI	1		5	5%
M	DISPOSITIVI PER MEDICAZIONI GENERALI E SPECIALISTICHE		4	4	4%
U	DISPOSITIVI PER APPARATO UROGENITALE		1	4	4%
Z	APPARECCHIATURE SANITARIE E RELATIVI COMPONENTI ACCESSORI E MATERIALI	7	10	4	4%
A	DISPOSITIVI DA SOMMINISTRAZIONE, PRELIEVO E RACCOLTA	1	6	3	3%
J	DISPOSITIVI IMPIANTABILI ATTIVI	2	2	3	3%
T	DM PROTEZIONE E AUSILI PER INCONTINENZA (D.Lgs.46/97)		2	3	3%
D	DISINFETTANTI, ANTISETTICI E PROTEOLITICI (D.Lgs.46/97)			1	1%
N	DISPOSITIVI PER SISTEMA NERVOSO E MIDOLLARE			1	1%
Q	DISPOSITIVI PER ODONTOIATRIA, OTALMOLOGIA E OTORINOLARINGOIATRIA			1	1%
B	DISPOSITIVI PER EMOTRASFUSIONE ED EMATOLOGIA	2	1		0%
F	DISPOSITIVI PER DIALISI	1			0%
R	DISPOSITIVI PER APPARATO RESPIRATORIO E ANESTESIA	3	2		0%
totale		72	80	99	100%

Fonte Segreteria Scientifica CADM

Accogliendo infine l'auspicio di una sempre maggiore integrazione a livello di Area Vasta per la valutazione, acquisizione e gestione dei dispositivi medici, attraverso un coordinamento delle commissioni locali dei dispositivi medici, al fine di garantire la diffusione dei documenti regionali e il monitoraggio per valutarne l'applicazione nella pratica clinica, sono proseguite le attività di confronto con le CADM della Provincia di Bologna, in particolare sulle seguenti tematiche:

- 1) **introduzione di Nuove Tecnologie** : regolamenti aziendali delle CADM, criteri di richiesta e valutazione delle nuove tecnologie
- 2) **valutazioni di appropriatezza e adesione alle raccomandazioni regionali**: l'attenzione si è focalizzata sulle metodologie di implementazione e monitoraggio di alcune raccomandazioni, ponendo in particolare l'attenzione sui dispositivi per elettrochirurgia - ultrasuoni e radiofrequenza, medicazioni avanzate per il trattamento di ferite, piaghe, ulcere acute e croniche, terapia a pressione negativa, per le quali è necessario un miglioramento nell'appropriatezza d'uso;

- 3) **condivisione di strategie di acquisto** comuni e successiva proposta alle centrali di committenza;
- 4) **condivisione di prassi** per l'approccio alla ricerca nel campo dei nuovi Dispositivi Medici.

Si conferma l'esigenza di poter disporre di una **piattaforma informatica comune** alle quattro aziende partecipanti, al fine di assicurare il continuo scambio di informazioni e la reale possibilità di istituire una Commissione provinciale per i Dispositivi Medici.

6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

6.2.1 Attività di formazione del personale

Attraverso il contributo delle varie strutture aziendali coinvolte (Formazione, Investigational Drug Service, Segreteria del Comitato Etico, Area Governo Clinico, Gruppo EBM e Centro Studi EBN) nel corso del 2015 sono state svolte le seguenti iniziative finalizzate alla diffusione della metodologia della ricerca:

- CORSO EVIDENCE BASED - CORSO BASE - 3 edizioni con la partecipazione di 70 professionisti;
- CORSO EVIDENCE BASED - CORSO AVANZATO - 3 edizioni con la partecipazione di 64 professionisti.

Per quanto riguarda la formazione sul campo è stato attivato un gruppo di supporto alle attività del Centro EBN composto da professionisti che hanno completato il corso EBN avanzato e che hanno manifestato la volontà di essere coinvolti in progetti, ricerche, revisioni della letteratura al fine di poter mettere in pratica le competenze acquisite con i corsi EBN base ed avanzato e mantenere costantemente aggiornate le competenze specifiche sulla ricerca. Hanno iniziato il percorso 52 professionisti e lo hanno concluso 47.

6.2.2 Accessibilità all'informazione e documentazione scientifica

Nel corso del 2015 sono proseguite le attività per la realizzazione degli obiettivi di cui all' accordo sottoscritto dal Direttore Generale dell'AOU di Bologna e dal Magnifico Rettore di UNIBO per la gestione unificata del servizio bibliotecario del Policlinico.

In particolare si è proceduto al controllo e alla individuazione delle riviste duplicate cartacee facenti parte del patrimonio dell' AOU di Bologna con l'obiettivo di selezionare il patrimonio da conservare e di riordinare la documentazione depositata all' archivio di Minerbio che, a seguito del terremoto del maggio 2012, non è ancora fruibile per la consultazione.

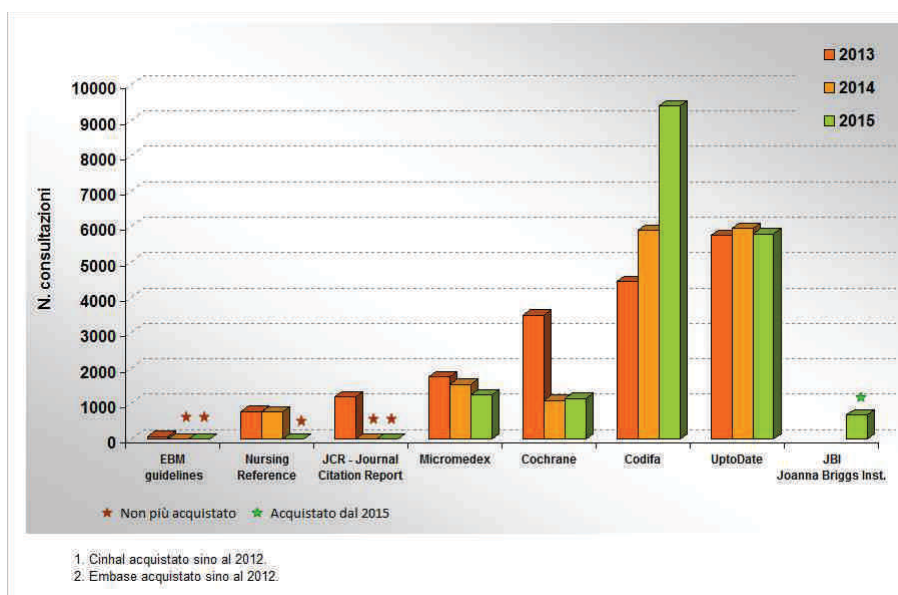
Lo studio di fattibilità condotto dal gruppo tecnico ha messo in evidenza che l'effettiva separazione fra annate di riviste doppie e annate uniche, il recupero e la ricollocazione dei fascicoli da conservare, e la dislocazione o smaltimento di quelli duplicati, richiede un' attività particolarmente onerosa. Al fine di valutare costi e fattibilità dell'espletamento del lavoro da parte di una ditta specializzata è stata predisposta una indagine di mercato (da svolgersi nel 2016).

All'inizio del 2016 è inoltre subentrata una modifica legislativa che rende notevolmente più complesse le procedure relative a trasferimenti e scarti, e pone in capo non più alla Soprintendenza bensì al Ministero per i Beni e le Attività culturali e il Turismo la relativa autorizzazione; ciò determina una notevole incertezza sui tempi di realizzazione del nuovo iter autorizzativo per lo scarto dei duplicati.

Pur razionalizzando progressivamente la spesa sostenuta, è stata mantenuta la sottoscrizione ad una rilevante quantità di risorse per assicurare la disponibilità della migliore documentazione scientifica per gli operatori.

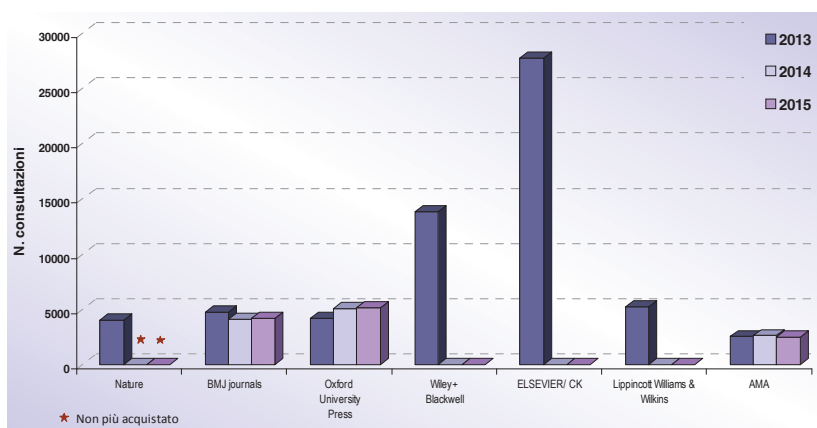
Nei grafici seguenti sono riportati i dati relativi alla consultazione delle risorse on line (banche dati e riviste) nel periodo 2013 - 2015 degli utenti con account aziendale.

Grafico 6.9 Andamento utilizzo banche dati (Anni 2013 - 2015)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 6.10 Andamento utilizzo riviste elettroniche (Anni 2013 – 2015)



Nota - In attesa dati 2014/2015 per le risorse acquisite con UNIBO (WB, Elsevier/ClinicalKey e Lippincott)

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

6.3 Garanzie di trasparenza

6.3.1 Progetto regionale "Anagrafe della Ricerca"

Nel corso del 2015 è proseguita la partecipazione al progetto promosso dalla Agenzia Sanitaria Regionale relativo all'**Anagrafe della Ricerca**, completando l'inserimento dei dati relativi al periodo 2009-2015 secondo le indicazioni del gruppo regionale.

Sono inoltre proseguite le attività per l'alimentazione del **data base aziendale degli studi clinici** sottoposti al Comitato Etico e la diffusione trimestrale della reportistica finalizzata alla realizzazione dell' "osservatorio aziendale delle sperimentazioni e degli studi clinici" (sistema di reporting per livello aziendale, dipartimentale e di Unità Operativa, che consente di monitorare la gestione degli studi clinici, con particolare riguardo agli studi con farmaco ed alla sperimentazione no profit).

I principali dati caratterizzanti l'attività di ricerca clinica del policlinico sono rappresentati nei grafici e nelle tabelle che seguono.

I dati relativi agli studi clinici del periodo 2010 – 2015 evidenziano

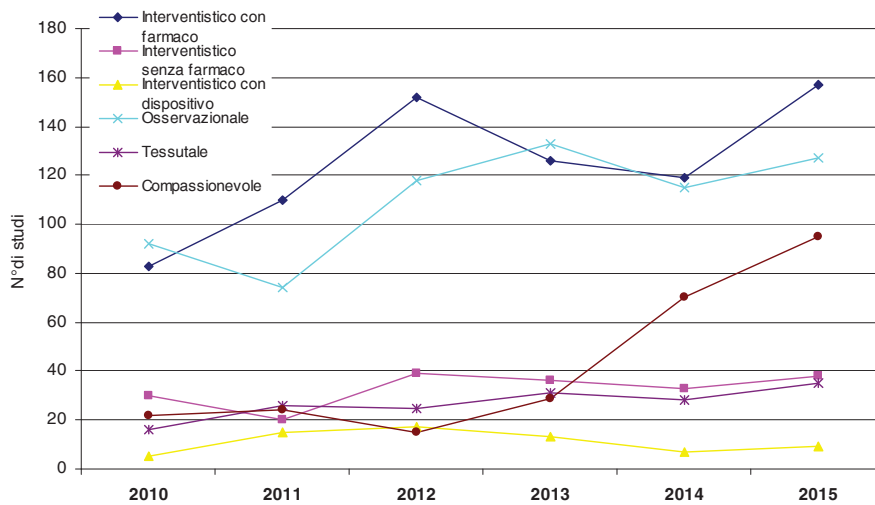
- la prevalenza degli studi interventistici con farmaco (36%) e degli studi osservazionali (32%) (grafico 6.11);
- la prevalenza degli studi no profit (62%) sul totale degli studi (grafico 6.12) e la prevalenza degli studi profit (79%) negli studi interventistici di medicinale (grafico 6.13);
- negli studi interventistici di medicinale la prevalenza degli studi di fase III (55%) e II (34%) (tabella 6.8) - nel grafico 6.15 l'andamento degli studi clinici per fase nel periodo 2010 – 2015 nel Policlinico è posto a confronto con l'analogo andamento a livello nazionale;

Nel 2015 sono proseguiti i progetti "Anagrafe della ricerca" e "database aziendale studi clinici"

- la prevalenza degli studi interventistici con farmaco nell'area dei tumori e delle malattie infettive (tabella 6.9).

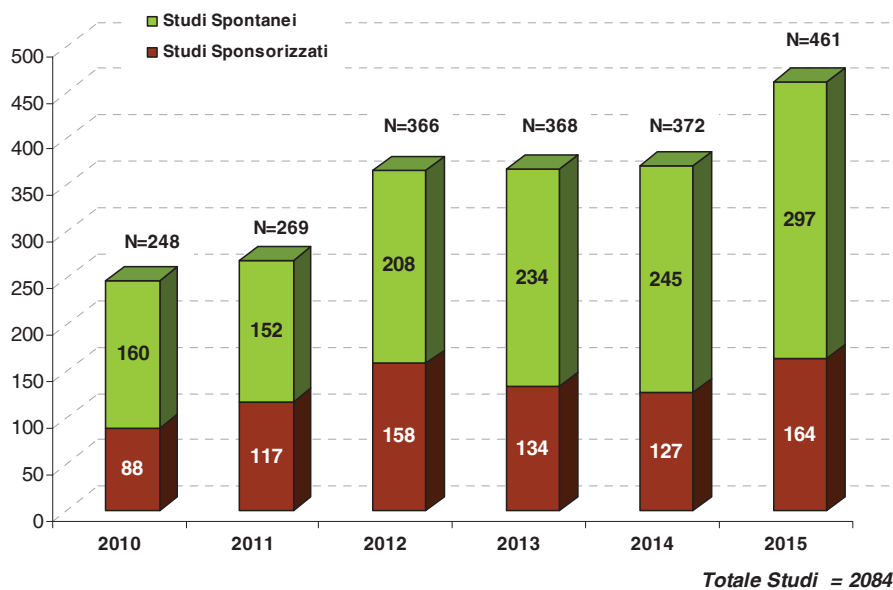
Grafico 6.11 Tipologia degli studi 2010 - 2015

Tipologia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Totale	%
Interventistico con farmaco	83	110	152	126	119	157	747	36%
Interventistico senza farmaco	30	20	39	36	33	38	196	9%
Interventistico con dispositivo	5	15	17	13	7	9	66	3%
Osservazionale	92	74	118	133	115	127	659	32%
Tessutale	16	26	25	31	28	35	161	8%
Compassionevole	22	24	15	29	70	95	255	12%
TOTALE	248	269	366	368	372	461	2084	100%



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

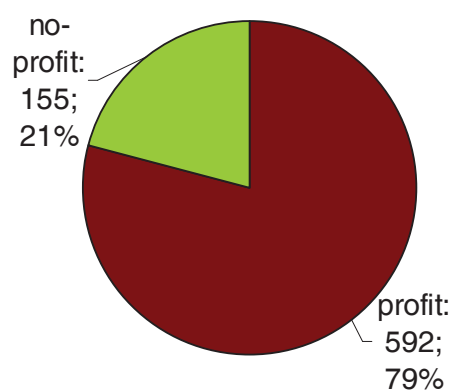
Grafico 6.12 Studi clinici per promotore 2010 - 2015



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 6.13 Studi clinici con farmaco per promotore 2010 – 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Totale
Sponsorizzato	63	85	121	97	96	130	592
Spontaneo	20	25	31	29	23	27	155
Totale	83	110	152	126	119	157	747



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

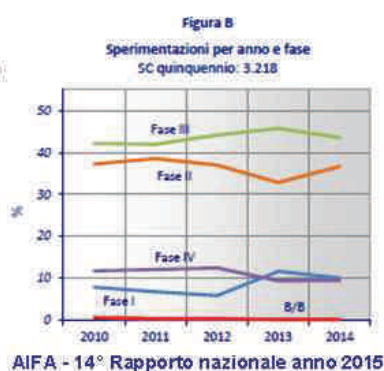
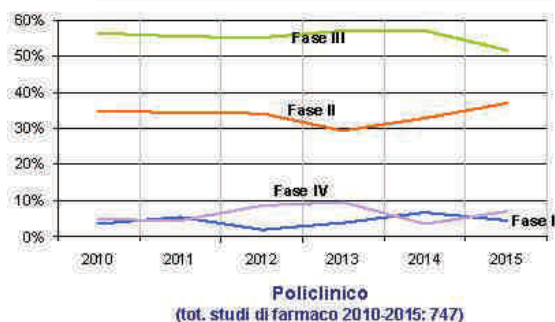
Tabella 6.8 Studi clinici con farmaco per fase 2010 – 2015

Studi con farmaco (2010-2015)	N.	%
Fase I	32	4%
Fase II	253	34%
Fase III	413	55%
Fase IV	49	7%
Totale	747	100%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 6.14 Confronto trend studi con farmaco per fase presso il Policlinico con trend studi con farmaco per fase a livello nazionale 2010 – 2015

Fasi delle Sperimentazioni trend Policlinico e nazionale



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 6.9 Studi clinici interventistici con farmaco per area terapeutica 2010 – 2015

Raggruppamento ICD9-CM	N.	%	%cum
Tumori	329	45,0%	45,0%
Mal. Infettive	90	12,3%	57,3%
Mal. endocrine e disturbi immunitari	53	7,3%	64,6%
Mal. del Sist.Circolatorio	53	7,3%	71,8%
Mal. del Sist.Nervoso e organi di senso	35	4,8%	76,6%
Mal. dell'App.Digerente	34	4,7%	81,3%
Mal. del sangue e organi emopoietici	17	2,3%	83,6%
Mal.della cute	15	2,1%	85,6%
Mal. dell'App.Respiratorio	14	1,9%	87,6%
Mal. del Sist.Genitourinario	13	1,8%	89,3%
Mal. del Sist.Osteomuscolare	13	1,8%	91,1%
Disturbi psichici	8	1,1%	92,2%
Altro	57	7,8%	100%
TOTALE	731	100%	

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

6.3.2 Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori privati

La gestione dei finanziamenti correlati alla **sperimentazione clinica e alla ricerca scientifica** avviene sulla base di procedure e di istruzioni operative di servizio pubblicate nel 2009 e progressivamente aggiornate.

Sperimentazione clinica

La trasparenza nel rapporto con i finanziatori privati è assicurata dall'adozione di contratti economici per le **sperimentazioni sponsorizzate** e di specifici accordi economici per le **sperimentazioni non profit** con sostegno di terzi privati, conformi a schemi tipo pubblicati sul sito del Comitato Etico (<http://www.aosp.bo.it/content/convenzione-economica>).

Lo schema di convenzione economica è stato rivisto alla luce delle indicazioni normative applicabili e adottato con Delibera del Direttore Generale n. 327 del 4 luglio 2014 "Approvazione dello schema di contratto avente oggetto studi clinici con promotore commerciale".

Ricerca Scientifica

Per la corretta gestione dei finanziamenti provenienti da enti pubblici e privati, nazionali ed internazionali (Ministero, CNT, CNS, AIFA, CNR, Regione, Fondazioni, Società, Associazioni pubbliche e private, UE) vincolati alla realizzazione dei progetti di **ricerca scientifica** sono utilizzate diverse forme legali (Convenzione, Protocollo di Intesa, Atto di assegnazione di contributo, Delibera Regionale); le quote vengono conseguentemente assegnate con differenti modalità (erogazione di contributi, trasferimento di quote a fronte di fatture o note, anticipazioni ed acconti a fronte di specifica richiesta) anche sulla base delle specifiche regolamentazioni/indicazioni stabilite dall'ente erogatore.

6.3.3 Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico

Al fine di garantire che la ricerca sia condotta secondo criteri di correttezza e ammissibilità etica e scientifica, l'Azienda ha investito il Comitato Etico della funzione di valutazione dei protocolli di studio come previsto dal Decreto 12 maggio 2006 e dal DM 8/02/2013.

Il Comitato Etico del Policlinico S. Orsola - Malpighi (di seguito CE) è un organismo indipendente, costituito nell'ambito dell'Azienda in conformità ai "Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali" definiti nel Decreto del Ministero della Salute del 12/05/2006 (G.U. n. 194 del 22/08/2006) nonché ai "Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici" (DM 08/02/2013), ed è composto da membri interni ed esterni all'Azienda, rappresentativi di competenze multidisciplinari di area medica e non medica, in modo da garantire le qualifiche e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti.

Il Comitato Etico è l'organismo aziendale che ha la funzione di valutare i protocolli di studio avvalendosi della consulenza di un gruppo di esperti

Conformemente ai suddetti decreti, si avvale della consulenza di un gruppo di consulenti esperti per le materie non coperte dai componenti individuati a cui viene demandata l'istruttoria tecnica e l'attività di relazione delle sperimentazioni connesse alle aree di specifica competenza (sicurezza sui luoghi di lavoro, ostetricia-ginecologia, medicinale legale, pediatria, genetica medica, materia assicurativa, malattie infettive, medicina interna, privacy, anestesia e rianimazione, medicina di laboratorio, valutazione dei farmaci ed aspetti regolatori, valutazione metodologica degli studi).

Il CE è supportato dalla segreteria tecnico-scientifica che è composta da personale farmacista e da personale amministrativo che lavora in integrazione con l'Ufficio di Staff Ricerca e Innovazione della Direzione Sanitaria.

Il CE ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti coinvolti in ogni sperimentazione clinica di medicinali e/o in qualsiasi procedura diagnostica o terapeutica innovativa condotta presso l'Azienda o presso strutture che ad essa facciano riferimento, e di fornire pubblica garanzia di tale tutela.

Il CE valuta la corrispondenza ai principi etici ed alle disposizioni stabilite dalle norme di legge vigenti in materia per le seguenti tipologie di studi:

- sperimentazioni farmacologiche e cliniche;
- protocolli chirurgici, diagnostici e terapeutici innovativi;
- sperimentazione clinica di dispositivi medici nuovi o utilizzati con nuove modalità;
- studi osservazionali;
- ogni procedura che implichi l'uso di tessuti umani a scopi scientifici;
- uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica (cosiddetto uso compassionevole).

Il CE valuta la domanda di approvazione della sperimentazione in tutti i suoi aspetti, compresi quelli economici rilevanti ai fini del giudizio etico (sostenibilità dei costi previsti dalla sperimentazione e congruità del compenso economico), nonché quelli relativi alla congruità della struttura ove si svolge la sperimentazione. Inoltre il CE verifica che ai soggetti in sperimentazione sia garantita, da parte del promotore, una idonea copertura assicurativa, che li tuteli da qualunque danno direttamente o indirettamente derivante dalla sperimentazione, e che sia altresì prevista una copertura assicurativa degli sperimentatori.

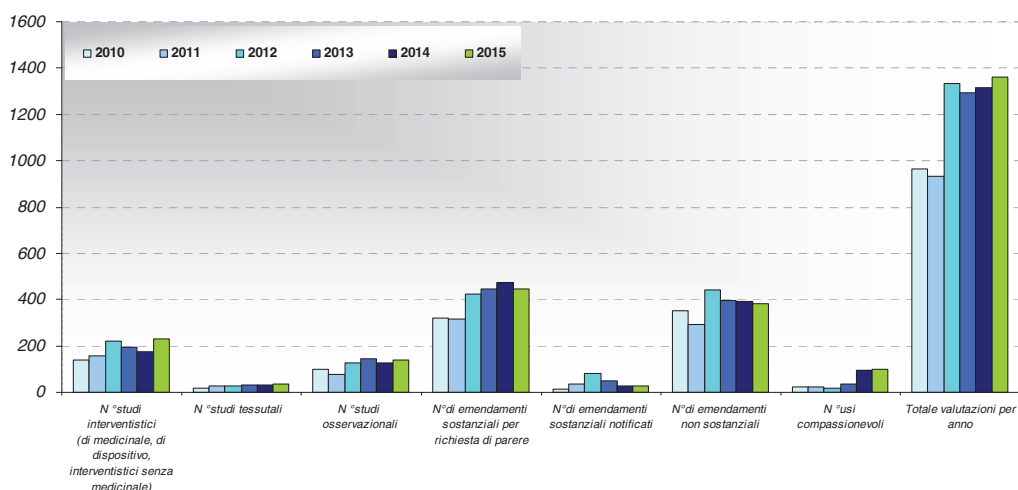
Il parere del CE è vincolante per la realizzazione di ogni sperimentazione all'interno dell'Azienda e condizione necessaria per l'autorizzazione da parte della autorità competente locale.

Il CE valuta inoltre gli emendamenti ai protocolli, riceve le segnalazioni di eventi avversi ed i risultati finali degli studi e predispone procedure operative ai fini dell'applicazione della normativa vigente in materia.

Inoltre, la Direzione Aziendale (con Delibera 90 del 20 giugno 2008) ha delegato al Comitato Etico la valutazione di tutta la documentazione tecnica (protocollo sperimentale e documenti annessi), dando atto che per esprimere le proprie valutazioni nelle materie di competenza (rischio/benefici, copertura assicurativa, pubblicazione dei risultati, congruità dei costi) verifica le proposte di promotore/sponsor e la loro conformità alla modulistica aziendale (schema di convenzione, modulo dei costi).

L'attività del Comitato Etico nel periodo 2010 – 2015 è descritta in termini di protocolli di studio e di emendamenti valutati nel grafico seguente.

Grafico 6.15 Attività del Comitato Etico (Anni 2010- 2015)



Fonte: Comitato Etico Indipendente AOSP Bologna S. Orsola – Malpighi

I dati che seguono evidenziano per le sperimentazioni esaminate dal Comitato Etico nell'anno 2015 la tipologia degli studi e per le sperimentazioni con farmaco la tipologia del promotore, il ruolo di centro coordinatore e la tipologia di convenzione economica.

Tabella 6.10 Protocolli esaminati dal Comitato Etico per tipologia

Tipo di studio	N °
Sperimentazioni cliniche interventistiche di farmaco (Decreto Legislativo 211/2003)	176
Sperimentazioni cliniche interventistiche di Dispositivo Medico	12
Sperimentazioni cliniche interventistiche senza farmaco (es. chirurgiche)	43
Studi osservazionali	140
Studi tessutali	36
Usi terapeutici (cosiddetti usi compassionevoli) (D.M. 8 maggio 2003)	98
TOTALE	505

Fonte: Comitato Etico Indipendente AOSP Bologna S. Orsola – Malpighi

Tabella 6.11 Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs. 211/2003) suddivise per tipologia di promotore

Tipo di promotore	N°
Non-profit	35
profit	141
Totale studi	176

Fonte: Comitato Etico Indipendente AOSP Bologna S. Orsola – Malpighi

Tabella 6.12 Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs. 211/2003) sponsorizzate multicentriche suddivise per centro coordinatore

Centro coordinatore	N°
AOU S. Orsola –Malpighi	37
Altri centri	102
Totale studi multicentrici	139

Fonte: Comitato Etico Indipendente AOSP Bologna S. Orsola – Malpighi

Tabella 6.13 Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs. 211/2003) sponsorizzate suddivise per tipologia di convenzione economica

Tipo di convenzione	N°
Ospedaliera	75
Universitaria	66
Totale studi	141

Fonte: Comitato Etico Indipendente AOSP Bologna S. Orsola – Malpighi

Nel corso del 2015 oltre alla attività correlata alla espressione dei pareri, sono state svolte specifiche attività in merito ai seguenti argomenti:

- **valutazione delle richieste di uso terapeutico ai sensi del D.M. 8 maggio 2003 “Uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica”** - valutazione delle richieste urgenti di uso terapeutico. In particolare, al fine di monitorarne l’andamento e valutarne l’adeguatezza delle motivazioni a supporto dell’urgenza, il CE è dotato al suo interno un gruppo di valutazione permanente coinvolto nell’esame di ogni nuova richiesta appartenente alla suddetta tipologia;
- **valutazione degli studi no profit ai sensi del D.M. 17/12/2004 “Prescrizioni e condizioni di carattere generale, relative all'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali, con particolare riferimento a quelle ai fini del miglioramento della pratica clinica, quale parte integrante dell'assistenza sanitaria”** - in particolare, nell’ambito di un apposito gruppo di lavoro, è stata approfondita la reale indipendenza di tali studi mediante la valutazione degli elementi presenti nei contratti che regolano l’eventuale erogazione di fondi e la fornitura del farmaco sperimentale da parte di aziende farmaceutiche o altre organizzazioni a fini di lucro;

- **monitoraggio** sullo stato di avanzamento degli studi approvati dal CE;
- valutazione degli studi cosiddetti **“di non inferiorità” e “di equivalenza”**;
- valutazione degli **studi osservazionali retrospettivi** che vengono proposti **senza il consenso al trattamento dei dati personali da parte dell’interessato** (tali aspetti sono stati analizzati all’interno del CE da uno specifico gruppo di lavoro);
- **arruolamento** in una sperimentazione clinica di **soggetti incapaci di intendere e di volere**, anche nell’ambito di studi clinici osservazionali condotti in contesti di emergenza;
- problematiche legate alla **durata della fornitura gratuita dei medicinali** nelle sperimentazioni cliniche e negli usi terapeutici;
- adesione alla procedura europea **“Voluntary Harmonization Procedure” – VHP** - proposta da AIFA.
- revisione dei documenti di indirizzo prodotti dal CE in merito alla **copertura assicurativa degli studi clinici**;
- revisione della **griglia di presentazione degli studi** a seguito dell’approfondimento di un gruppo di lavoro ad hoc;
- revisione della **struttura della sintesi predisposta dalla Segreteria Scientifica** relativa ai chiarimenti forniti dai Richiedenti per gli studi precedentemente sospesi dal Comitato Etico.

Per l’attività di monitoraggio degli studi clinici il Comitato Etico si avvale anche della Unità Investigational Drug Service della Farmacia Clinica che svolge *il monitoraggio sull’andamento degli studi* (inizio arruolamento, fine arruolamento, relazioni periodiche, chiusura dello studio) ed inserisce le informazioni nell’apposita banca dati “IDS Clinical Trials Database” che comprende tutti gli studi valutati dal Comitato Etico dal gennaio 2000 ad oggi (vedi paragrafo 6.3.1).

L’unità aziendale per la sperimentazione clinica (afferente al Servizio di Farmacia), denominata Investigational Drug Service (IDS), istituita nel 2004 per svolgere una specifica attività di supporto agli sperimentatori al fine di superare criticità/irregolarità nella conduzione degli studi, è stata inoltre individuata quale responsabile della trasmissione delle informazioni di competenza del promotore in riferimento alle sperimentazioni di natura non commerciale promosse dall’Azienda.

In particolare nell’anno 2015 IDS ha svolto le seguenti attività:

- inserimento nell’IDS Clinical Trials Data Base delle informazioni di dettaglio relative ai 505 studi valutati dal CE nell’anno 2015 e aggiornamento delle informazioni inerenti a 4421 studi clinici approvati dal CE dal gennaio 2000;
- monitoraggio amministrativo degli studi clinici approvati registrati nell’IDS Clinical Trials Data Base;

- pubblicazione trimestrale della reportistica monitoraggio sperimentazioni cliniche per i livelli aziendale, dipartimentale e di unità operativa sul Portale della Reportistica Aziendale;
- attività di consulenza agli sperimentatori per stesura protocollo, aspetti gestionali, procedure autorizzative, GCP, aspetti legislativi, gestione del farmaco sperimentale (484 consulenze);
- transito di materiale sperimentale per tutti gli studi clinici con medicinale e/o dispositivo medico in corso nell'anno 2015 (2374 transiti relativi a 430 studi clinici). Nell'ambito di questa attività il settore IDS è stato sottoposto a 13 AUDIT condotti dalle aziende del settore biomedico e a 2 ispezioni FDA. Le verifiche non hanno rilevato alcuna criticità;
- gestione come responsabile dell'accesso e dell'utilizzo del sistema informativo - profilo Promotore - dell'Osservatorio Nazionale Sperimentazione Clinica OsSC - AIFA per gli studi interventistici con medicinale e del Registro Studi osservazionali RSO-AIFA per gli studi osservazionali farmacologici promossi dalla nostra azienda;
- inserimento nella banca dati Anagrafe della Ricerca Emilia-Romagna (A-RER) delle informazioni inerenti ai progetti di ricerca approvati per la nostra azienda;
- attività di formazione nell'ambito dei corsi di aggiornamento professionale interni e nell'ambito di specifici corsi universitari.

Capitolo 7 Obiettivi specifici e di particolare rilevanza istituzionale

Nel capitolo conclusivo vengono prese in esame le principali linee di azione messe in campo nel corso del 2015 per migliorare la qualità delle cure e l'efficienza nella produzione dei servizi. In particolare sono rendicontati i progetti connessi alle strategie di integrazione a livello di Area Vasta, quelli specifici di area sanitaria e altri progetti aziendali di particolare rilievo per potenziare aree di eccellenza o rispondere a specifiche indicazioni normative di livello nazionale o regionale.

Il capitolo termina con un focus sull'andamento economico finanziario dal 2010 al 2015.

Di seguito si descrivono gli obiettivi di particolare rilevanza aziendale su cui l'Azienda si è impegnata nel corso del 2015. Alcuni di questi hanno avuto una trattazione più sintetica in altri punti del bilancio di missione ma si è scelto di riprenderli per consentirne un approfondimento.

7.1 Le strategie di integrazione in Area Vasta e di area provinciale

Sempre più la Regione Emilia Romagna sta incentivando lo sviluppo di forme di integrazione a livello provinciale e di Area vasta relativamente agli aspetti sanitari/produttivi, sia ai servizi di supporto nell'esigenza di migliorare la qualità dell'offerta e l'efficienza nella produzione dei servizi.

Nel 2015 l'Area vasta Emilia Centro (AVEC) ha proseguito l'intenso processo di integrazione di attività e funzioni tra aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare le risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie.

Di seguito si rendicontano i risultati raggiunti per i progetti metropolitani e di area vasta che hanno maggiormente impegnato le professionalità aziendali.

7.1.1 Servizio Trasfusionale

Per quel che concerne il progetto di creazione di un servizio unico di immunoematologia e medicina trasfusionale, nel 2015 sono state realizzate le seguenti azioni, oggetto di specifica programmazione annuale:

- installazione delle nuove apparecchiature per le attività di Immunoematologia a Bologna (Ospedale Maggiore, Sant'Orsola, Bellaria), Ferrara e Imola;
- completamento dei corsi di formazione congiunti tra Ausl di Bologna e AOU di Bologna per medici, tecnici e infermieri per la definizione di procedure comuni;
- trasferimento al SIMT della Ausl di Bologna della lavorazione degli emocomponenti raccolti presso l' AOU S. Orsola - Malpighi (100% dal 4 giugno 2015);
- completamento dell'installazione delle apparecchiature necessarie all'avvio del Laboratorio di Immunoematologia Avanzata (progetto di interesse regionale);
- allineamento della struttura informatica Ausl BO/AOU BO/ IOR: è stata completata l'unificazione del sistema gestionale trasfusionale Eliot;
- integrazione dei sistemi qualità ed accreditamento e della formazione;

- definizione dei meccanismi di controllo, valutazione e compensazione dei costi;
- allineamento della struttura informatica dell'AOU di Ferrara mediante l'installazione del sistema gestionale trasfusionale "Eliot" utilizzato presso il SIMT AMBO.

Rispetto agli **obiettivi di progetto** si riporta nel dettaglio lo stato di avanzamento delle attività:

- sono state trasferite le attività di qualificazione delle unità e degli esami sui donatori dal S. Orsola all'Ausl di Bologna (dal 4/9/2014, completata 1/6/2015);
- sono state sostituite le apparecchiature per le attività di Immunoematologia presso lo IOR ed è stato installato il sistema di validazione a distanza collegato con AUSL di Bologna e con AOU, al pari di quanto già installato presso i SIMT di Imola e Bellaria;
- è stato avviato il Laboratorio di Immunoematologia Avanzata (progetto di interesse regionale) presso l'Ospedale S. Orsola;
- sono state centralizzate presso lo IOR le attività di prelievo, lavorazione, conservazione e distribuzione di emocomponenti ad uso topico con definizione di linee guida metropolitane;
- è stato introdotto in routine, da aprile 2015 un nuovo metodo automatico di lavorazione degli emocomponenti, primo centro in Italia;
- è stato completato il trasferimento delle attività trasfusionali negli spazi ristrutturati al 3° piano dell'ala lunga dell'Ospedale Maggiore e in particolare del Polo Trasfusionale di Qualificazione Biologica e di Lavorazione degli emocomponenti (1-10/7/2015);
- è stata completata l'unificazione del sistema gestionale trasfusionale "Eliot" per AUSL Bologna-AOU S. Orsola-IOR e Ferrara (7/7/2015);
- sono state centralizzate tutte le attività di qualificazione delle unità e degli esami sui donatori di Ferrara (7/7/2015);
- è stata definita la rete dei trasporti in AVEC a carico del Polo di Qualificazione Biologica e Lavorazione (TrasER) (7/7/2015);
- dal 15/9/2015 è stato avviato, ed è a regime, il Polo Trasfusionale di Qualificazione Biologica e Lavorazione con la produzione per tutta AVEC di prodotti trasfusionali standardizzati e di elevata qualità (globuli rossi concentrati filtrati in linea);
- sono stati definiti e condivisi i criteri per la gestione delle scorte di emocomponenti omogenee per tutta l'AVEC;
- è stato avviato il percorso di revisione e affiancamento dell'intero Sistema della Qualità: dall'inizio del 2015 sono stati coinvolti attivamente anche i referenti qualità dell'AUSL di Imola e dello IOR. Dal settembre 2015 le procedure della raccolta di emocomponenti sono state unificate anche con Ferrara. Il riesame della direzione viene effettuato in modo integrato;
- è stata completata la ricognizione degli inventari dei beni e delle apparecchiature, sono state avviate e concluse le gare per l'acquisizione dei sistemi per il controllo e la convalida del plasma ad uso industriale, l'acquisizione delle apparecchiature per il congelamento rapido, per la dotazione di spazi freddi per il Polo Trasfusionale di Qualificazione biologica e di Lavorazione e Validazione di AVEC.

Nel 2015 sono proseguite le azioni definite nella programmazione pluriennale per la realizzazione del Servizio Trasfusionale Metropolitano

- è stata avviata la definizione dei meccanismi di controllo dei costi di gestione dei vari settori della Medicina TrASFusionale. È stato concordato un unico percorso per le attività formative inerenti al SIMT AMBO. In seguito alle visite ispettive condotte dalla Agenzia regionale è stato completato, nei tempi previsti, il percorso di accreditamento istituzionale di tutte le sedi ospedaliere (Ospedale Maggiore, Bellaria, Imola e IOR) e di 10 sedi territoriali, delle 11 concordate con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue;
- è stato costituito il Gruppo di coordinamento con le 3 Direzioni sanitarie aziendali metropolitane che consente di focalizzare gli aspetti critici, di individuare possibili soluzioni e di predisporre i percorsi atti a risolverli.

Il monitoraggio delle attività unificate e della sostenibilità economica ha consentito di individuare i principali aspetti economici inerenti alle attività trasfusionali in AVEC e Modena e di uniformare le modalità delle rilevazioni dei costi, al fine di effettuare il monitoraggio del costo complessivo della riorganizzazione e dei costi crescenti e cessanti per le singole aziende e di monitorarne progressivamente nel tempo gli andamenti.

7.1.2 Avvio del LUM presso l'ospedale Maggiore e centralizzazione delle attività di microbiologia presso l'Azienda Ospedaliera

L'Area Vasta Emilia Centrale (AVEC) rappresenta il luogo dell'integrazione fra le Aziende Sanitarie: Azienda USL di Bologna, Azienda USL di Imola, Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna per l'esercizio congiunto di funzioni specifiche e costituisce uno strumento organizzativo per consolidare e sviluppare le prerogative di autonomia territoriale delle Aziende stesse.

Il laboratorio unico di AVEC è una struttura operativa unica con articolazioni territoriali orientate ad una risposta appropriata, sia qualitativa sia in termini di efficienza operativa, ai bisogni di diagnostica chimico clinica della popolazione delle province di Bologna e Ferrara.

Il modello organizzativo prevedrà a regime:

- due Laboratori Hub, uno collocato a Bologna all'Ospedale Maggiore presso la palazzina L, l'altro collocato a Ferrara presso l'Ospedale di Cona. Queste due strutture saranno i nodi principali della rete, su questi andranno a convergere, oltre che le attività per esterni di tutto il territorio di riferimento, anche quelle per interni con valenza specialistica non eseguite nelle strutture satelliti Spoke. I due Laboratori Hub saranno di riferimento per la supervisione qualitativa anche dei punti POCT inseriti nella rete. L'organizzazione del lavoro avverrà sulla base di una turnistica H 24 che terrà conto dell'afflusso giornaliero dei campioni;
- un Laboratorio Spoke collocato presso l'ospedale ad altissima complessità Sant'Orsola Malpighi. L'organizzazione di questo Laboratorio sarà tarata per dare risposte alle attività per interni e percorsi dedicati dell'Azienda Ospedaliera Universitaria (H24) e per tutte quelle funzioni di riferimento regionale che già da oggi si avvalgono di questo Laboratorio;
- una rete di Laboratori Spoke collocati negli ospedali ad alta e media complessità al fine di dare una risposta ai bisogni dei pazienti interni. L'organizzazione del lavoro sarà tarata sulla base delle esigenze locali caratterizzate in particolare dai volumi e dalla complessità degli esami richiesti, e la turnistica varierà quindi dalla tipologia H 12 alla H 8 o H 6.

L'anno 2015 ha visto la realizzazione a regime del Laboratorio Unico Metropolitano e l'attuazione delle azioni previste per la centralizzazione del Servizio di Microbiologia

- Sulla base delle esigenze locali questa organizzazione potrà essere supportata da servizi guardia attiva, reperibilità o POCT.

Il complessivo degli esami prodotti in area vasta supera i 30 milioni all'anno dove la provincia di Ferrara con le sue strutture concorre per circa 7 milioni di esami.

L'obiettivo di questo progetto prevede che tutti i Laboratori di AVEC siano uniformati:

- nella dotazione di tecnologie strumentali e metodologiche;
- nella dotazione di un unico sistema informatico;
- nella dotazione di tipologie dei contenitori comuni;

Garantendo

- la complementarità ed un reale backup analitico;
- la flessibilità delle risorse su tutto il territorio;
- la sicurezza dei processi;
- la produzione di referti con caratteristiche omogenee a garanzia della equità di trattamento per tutti i pazienti del territorio AVEC.

Le aggiudicazioni hanno permesso di disporre di strumentazioni e tecnologie all'avanguardia garantendo, non solo la sicurezza dei processi, ma anche la flessibilità delle risorse.

In relazione al processo di cui sopra sono state poste in essere le seguenti attività:

- passaggio sulla nuova strumentazione delle urgenze, della routine chimica e dell'ematologia dell'Ospedale Maggiore;
- parziale passaggio degli esterni e specialistica dall' Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola all'Ospedale Maggiore;
- passaggio, per quanto riguarda la microbiologia, all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola, delle indagini, attualmente svolte presso lo IOR, entro luglio 2015.

Nel 2015 Il modello organizzativo è andato a regime e l'organizzazione dei laboratori in Area Vasta Emilia Centro risulta essere la seguente:

- due **Laboratori Hub**, uno collocato a Bologna presso l'Ospedale Maggiore-palazzina L, l'altro collocato a Ferrara presso l'Ospedale di Cona. Queste due strutture sono i nodi principali della rete, su questi convergono, oltre che le attività per esterni di tutto il territorio di riferimento, anche le attività per interni con valenza specialistica non eseguite nelle strutture satelliti Spoke. L'organizzazione del lavoro avviene sulla base di una turnistica H 24 che tiene conto dell'afflusso giornaliero dei campioni;
- un **Laboratorio Spoke** collocato presso l'ospedale ad alta complessità Sant'Orsola Malpighi. L'organizzazione di questo Laboratorio è definita per dare risposte alle attività per interni e a percorsi dedicati dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (H24) e per tutte quelle funzioni di riferimento regionale che si avvalgono di questo Laboratorio;

Il modello organizzativo andato a regime in AVEC prevede due laboratori "Hub", un laboratorio "Spoke" collocato presso il S. Orsola Malpighi e una rete di laboratori "Spoke" collocati negli ospedali ad alta e media complessità

- una **rete di Laboratori Spoke** collocati negli ospedali ad alta e media complessità al fine di dare una risposta ai bisogni dei pazienti interni. L'organizzazione del lavoro è definita sulla base delle esigenze locali, caratterizzate in particolare dai volumi e dalla complessità degli esami richiesti, con una turnistica variabile, a seconda della tipologia di attività: H 12 alla H 8 o H 6;
- la responsabilità per l'attività di screening neonatale svolta per tutta la Regione è restata all'AOU di Bologna;
- per quanto concerne l'attività di microbiologia, la SC di Microbiologia dell'AOU di Bologna, dove già confluivano le indagini microbiologiche di tutta l'area bolognese, ha acquisito la gestione degli esami richiesti dall'Istituto Ortopedico Rizzoli per i pazienti degenti.

Contestualmente a tali attività di riorganizzazione, le aziende Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola Malpighi e Azienda USL di Bologna, al fine di completare anche su un piano giuridico ed economico il progetto di cui sopra, hanno realizzato dal 1 settembre 2015 la cessione del ramo di attività, ai sensi del combinato disposto art. 31 D. Lgs. 165/01, art. 15 L. 241/90, art. 2112 cod. civ., art. 47 L. 428/90, che ha comportato il trasferimento all'azienda AUSL di Bologna della titolarità di tutti i fattori produttivi riconducibili al LUM quali: contratti di lavoro, beni materiali ed immateriali, attrezzature, contratti ed accordi per l'utilizzo dei locali.

A seguito del completamento del progetto di riorganizzazione delle attività di laboratorio in ambito metropolitano, trasmesso con nota PG 23985 del 27.08.2015 e la relativa formalizzazione della cessione del Laboratorio Analisi all'Ausl di Bologna (dal 1°settembre 2015) con la centralizzazione delle prestazioni di microbiologia all'Azienda Ospedaliera, nel 2015 sono stati contabilizzati gli effetti economici della riorganizzazione sono stati concordati con AUSL BO in variazione rispetto a previgente accordo atta a limitare la differenza del venir della marginalità positiva prima costituita dal previgente sistema del cd "Bilancio LUM":

A seguito della cessione del ramo d'azienda si è inoltre proceduto ad addebitare all'Ausl per la cessione di beni di proprietà dell'Azienda Ospedaliera all'Ausl di Bologna:

- cessione scorte di reparto: importo 633.970 euro;
- cessione attrezzature: 2.062 euro.

7.1.3 Progetto HPV

Nel 2013 la Regione Emilia-Romagna ha deliberato (DGR 703/2013) la modifica del protocollo di screening cervico-vaginale con passaggio all'HPV-DNA test come test primario e Pap-test come test successivo di triage, secondo le procedure contenute nel documento HTA italiano (per le donne di 30-64 anni) e con graduale passaggio dell'intervallo di screening da 3 a 5 anni.

La regione Emilia-Romagna ha successivamente fornito indicazioni operative sulle azioni da mettere in campo per la modifica dei programmi di screening cervico-vaginale ed ha altresì espletato le gare per la fornitura delle attrezzature di laboratorio e dei materiali occorrenti (convenzione IntercentER).

Negli obiettivi regionali per l'anno 2015 è compreso l'avvio della riconversione del programma di screening ad HPV test con la centralizzazione del test stesso in un unico laboratorio di Area vasta entro il 2015.

A tal fine, in Area Vasta Emilia Centro (AVEC), è stato costituito un gruppo di lavoro per valutare ed attuare gli adeguamenti organizzativi e funzionali che dovranno essere adottati dai tre Programmi di screening afferenti (Ausl Bologna, Ausl Ferrara e Ausl Imola) e dal Laboratorio Unico ai fini della centralizzazione richiesta dalla riconversione dei programmi con l'utilizzo del test HPV come test primario.

L'obiettivo del gruppo AVEC è quello di garantire unitarietà e integrazione nella presa in carico e gestione attiva del percorso diagnostico-terapeutico e di follow-up andando ad accentrare presso Ferrara l'esecuzione del test. Nulla cambia invece circa l'esecuzione in loco del prelievo, presso gli ambulatori territoriali e per quanto concerne la presa in carico nell'eventualità di risposta positiva al test.

All'interno del gruppo di lavoro AVEC sono stati istituiti diversi sottogruppi, ai quali per le parti di competenza ha partecipato anche l'AOU, incaricati di approfondire le seguenti tematiche:

- Aspetti informatici;
- Procedure nei centri screening e nei consultori;
- Logistica;
- Privacy;
- HPV di triage e di follow-up in sede locale.

L'Azienda Ospedaliero
Universitaria ha partecipato ai
sottogruppi definiti nel gruppo
AVEC per garantire la gestione
centralizzata dello screening
HPV

Durante l'anno 2015 sono state approntate tutte le attività necessarie per poter permettere l'avvio delle attività di centralizzazione, per l'area bolognese, entro l'inizio dell'anno 2016 (approntamento del laboratorio presso l'AOU di Ferrara, adeguamenti informatici di hardware e software per l'integrazione delle informazioni tra il laboratorio centralizzato e i programmi screening, revisione dell'informativa privacy, riconversione dei programmi di screening e relativa formazione agli operatori, attività di informazione alla popolazione).

7.1.4 Progetto Medicina Nucleare

Nel corso del 2014 la UOC Medicina Nucleare dell'Ospedale Maggiore diviene struttura vacante e, a fronte di ciò, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi, con nota prot. n. 6590 del 23/1/2014, propone all'Azienda USL di Bologna, in capo al Prof. Stefano Fanti, Direttore dell'Unità Operativa Medicina Nucleare dell'Azienda Ospedaliera, il coordinamento di un progetto di riorganizzazione della medicina nucleare in ambito metropolitano.

Tale riorganizzazione vede come esito la realizzazione di un'unica struttura organizzativa di Medicina Nucleare con due sedi di attività, una presso l'Ospedale Maggiore ed una presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, con differenziazione delle tipologie di attività.

Nell'anno 2015 sono stati razionalizzati i percorsi diagnostici in ambito metropolitano, con incremento dell'attività PET presso il Sant'Orsola. Si riportano sotto i dati degli ultimi 3 anni che evidenziano un incremento sostanziale dell'attività PET.

Tabella 7.1 Attività PET negli anni

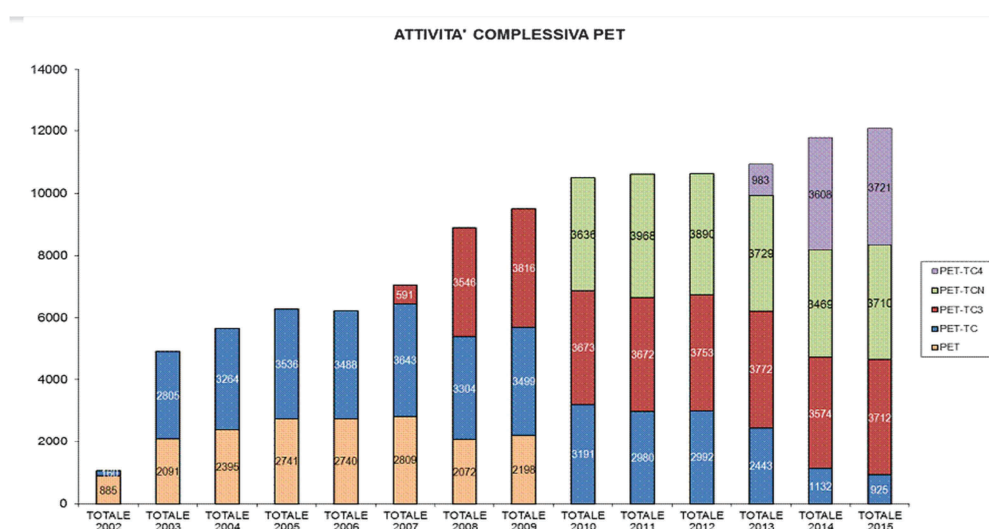
	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
ESTERNI	8.297	8.948	9.171
INTERNI	846	1.017	1.099
OSPEDALE MAGGIORE	1.421	1.437	1.442
ALTRI OSPEDALI	358	368	386
TOTALE	10.925	11.769	12.100

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nel grafico sottostante si riporta l'andamento negli anni che evidenzia l'implementazione costante dell'utilizzo delle PET, in particolare nel 2015 è stato messo a regime l'utilizzo delle macchine di ultima generazione.

Il 2015 registra un incremento dell'attività PET presso la Medicina Nucleare del S. Orsola.

Grafico 7.1 Attività complessiva PET negli anni



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nel corso del 2015 è stata sostituita la prestazione SPECT cerebrale di perfusione, eseguita all'Ausl, dalla prestazione PET cerebrale (la letteratura dimostra che la PET è più accurata). Il problema relativo alla disponibilità di spazi macchina presso l'Ausl è stato superato eseguendo gli esami in AOSP in spazi agenda AOSP, senza nessun costo aggiuntivo (le 200 dosi di FDG non hanno alcun costo, essendo comunque già prodotte) e gli spazi sui tomografi sono stati ritagliati nel pomeriggio poiché l'esame è più breve di un total-body.

7.1.5 Progetto Genetica

Nel corso del 2015 è stato elaborato un progetto di riorganizzazione della Genetica Medica che ha come scopo principale la costituzione di una Unità Operativa unica di Genetica Medica in Area Metropolitana bolognese, che riunisca le attività cliniche e di laboratorio esistenti.

Il progetto ha una doppia valenza: aziendale poiché prevede l'unificazione dell'attività laboratoristica oggi svolta in laboratori afferenti a diverse UU.OO dell'AOU ed interaziendale poiché prevede l'unificazione dell'attività laboratoristica e consulenziale svolta presso le altre aziende di area metropolitana (Ausl Bologna e Ausl Imola).

Il progetto di riorganizzazione della Genetica Medica in ambito metropolitano prevede l'unificazione dell'attività di laboratorio e di quella di consulenza.

Il progetto ha come principali obiettivi:

- la costituzione di un servizio unico di genetica Medica, con mantenimento dello stretto raccordo esistente tra Genetica Clinica e Laboratorio di Genetica;
- la centralizzazione della produzione laboratoristica, comprensiva delle attività "core" e delle nuove tecnologie di studio del genoma che rappresentano l'innovazione più rilevante degli ultimi anni;
- il mantenimento dell'equità di accesso alle prestazioni da parte dell'utenza in Area Metropolitana;
- l'appropriatezza prescrittiva al centro delle valutazioni, anche in relazione alle indicazioni del nuovo decreto ministeriale;
- la valutazione, in relazione all'evoluzione tecnologica ed alla fisiologica modificazione dei volumi di attività, delle risorse umane e strumentali necessarie.

Il progetto non comprende le attività laboratoriste dell'IRCCS Istituti Ortopedici Rizzoli e dell'IRCCS di Scienze Neurologiche Ospedale Bellaria che prevedono attività diagnostiche specifiche. Si auspica comunque che nel prossimo futuro si realizzi una integrazione del laboratorio dell'IRCCS di Scienze Neurologiche all'interno della rete Hub and Spoke della Regione Emilia Romagna (RER) e una integrazione funzionale più stretta tra la U.O. unica di Genetica Medica e queste due realtà con le quali sussistono già programmi di sviluppo comune.

I laboratori interessati dalla unificazione sono i seguenti:

- AOU di Bologna, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi: Laboratorio UO Genetica Medica, Laboratorio Citogenetica UO Medicina dell'Età Prenatale, Laboratorio Genetica Molecolare UO Pediatria.
- AUSL Imola: Laboratorio di Citogenetica.
- AUSL Bologna: Laboratorio di Biologia Molecolare, LUM Ospedale Maggiore.

Il progetto prevede per l'area di laboratorio la centralizzazione e lo sviluppo della produzione laboratoristica

La centralizzazione della produzione dei diversi laboratori è coerente con i riferimenti normativi e con le spinte al cambiamento che derivano dalla necessità di contenimento dei costi sanitari garantendo nel contempo la prestazione più appropriata, compatibilmente con le risorse dedicate, in relazione al quesito diagnostico.

Il progetto prevede una prima fase di valutazione e condivisione fra gli attori del progetto, delle metodologie, procedure dell'appropriatezza prescrittiva delle indagini ed una seconda fase di realizzazione, che per esigenze strutturali potrà avvenire solo nell'anno 2017 e per la quale sono già in corso le valutazioni tecniche.

Nell'ambito del laboratorio unificato è opportuno che siano mantenute le due aree di attività di citogenetica e di genetica molecolare. Per entrambe, tuttavia, la vicinanza funzionale e logistica offre importanti opportunità di sviluppo e vantaggi nella complementarietà diagnostica.

Inoltre, la centralizzazione delle attività di laboratorio offre un'opportunità per lo sviluppo in Area Metropolitana delle applicazioni diagnostiche connesse al sequenziamento su larga scala di nuova generazione (Next Generation Sequencing o NGS).

L'integrazione strutturale dei vari laboratori avverrà non appena saranno resi disponibili gli spazi adeguati per accogliere tutti i professionisti e le apparecchiature dei vari laboratori che saranno necessarie per lo svolgimento della normale attività diagnostica nelle differenti aree. Il tempo stimato di questo trasferimento è di circa 18 mesi (giugno 2017). A regime, il progetto di integrazione includerà anche le funzioni amministrative (accesso alle prenotazioni, gestione delle liste di attesa, PDA autonomo, etc), di governo clinico, i compiti di programmazione e la rendicontazione economico-finanziaria.

7.1.6 Integrazione dei servizi logistici

Il progetto di logistica integrata di Area Vasta Emilia Centrale (AVEC) si è sviluppato a partire dalle nuove indicazioni fornite dai Direttori Generali di AVEC (riunione del 16 Aprile 2015) che hanno richiesto una focalizzazione del progetto nei termini della centralizzazione del processo e delle infrastrutture mediante la creazione di un magazzino unico. La centralizzazione riguarda, di conseguenza, anche i processi di acquisto dei beni, la gestione delle anagrafiche, dei rapporti con i fornitori e di tutti gli aspetti che contraddistinguono la filiera di approvvigionamento.

Il responsabile del Centro Logistico aziendale ha ricevuto il mandato, da parte di AVEC, di coordinare il gruppo di lavoro interaziendale individuato per l'aggiornamento del progetto, che vede quale azienda capofila l'Ausl di Ferrara.

L'aggiornamento di progetto è stato approvato dai Direttori Generali di AVEC nel mese di settembre 2015 entro i tempi previsti. E in particolare prevede:

- di allocare la gestione complessiva ed unitaria, dell'intero processo in capo all'"Azienda capofila" in modo da poter ottenere una reale ottimizzazione complessiva;
- la gestione centralizzata delle anagrafiche di prodotto (farmaceutica, economale e dispositivi medici) per l'intera Area Vasta;
- l'identificazione e la locazione di un unico magazzino centrale di Area Vasta con caratteristiche base per la logistica operativa e diviso in spazi modulari per la progressione di inserimento delle varie aziende. Tale unità funge da "hub" verso le "spoke" (transit point nelle aziende/territorio per la consegna del materiale);
- una automazione non spinta per mantenere sotto controllo il costo della progettualità;
- un modello organizzativo che vede l'inserimento di figure tecniche di gestione dei processi di logistica per una governance di sistema improntata alla tecniche logistico - organizzative più attuali.

In seno al progetto di logistica centralizzata di AVEC ha preso il via il sub progetto, per la definizione ed implementazione di un Portale AVEC di gestione centralizzata delle anagrafiche di prodotti farmaceutici, dispositivi medici e prodotti economali, che mira alla gestione condivisa delle anagrafiche associate a tutti i prodotti, compresi quelli gestiti a livello centrale. Il portale è stato attivato il 1 luglio 2015. Le aziende sanitarie di AVEC hanno quindi iniziato una profonda revisione dei processi di creazione delle anagrafiche aziendali, di ingegnerizzazione dei processi di interazione con il portale AVEC e di necessaria fase di allineamento delle anagrafiche attive nelle gare valide. Tale fase si prevede che traguardi i primi sei mesi del 2016.

L'integrazione dei servizi logistici prevede l'individuazione di un magazzino unico per le aziende AVEC, la centralizzazione dei processi di acquisto dei beni, delle anagrafiche e di tutti gli aspetti connessi alla filiera dell'approvvigionamento.

La gestione delle anagrafiche centralizzate nel portale di AVEC, ma anche (con il software contabile regionale) la possibilità di ricevere attraverso la stazione di acquisto (ad esempio Intercent-ER) le informazioni sorgente per la gestione dei contratti e delle anagrafiche prodotti correlate alle gare, diviene di importanza strategica nei rapporti con i fornitori.

La partecipazione ai progetti di logistica centralizzata di AVEC hanno costituito lo spunto per una serie di verifiche e di reingegnerizzazioni dei processi di approvvigionamento e logistici interni all'Azienda Ospedaliero-Universitaria, anche in previsione dei processi di centralizzazione logistica AVEC.

In un'ottica di gestione della supplychain (catena del valore) sono state individuate alcune linee direttrici da perseguire nel corso del 2015 che direttrici si illustrano di seguito.

Il completamento informatico della filiera attraverso l'adozione di uno strumento di contabilità di reparto

In questi anni si stanno introducendo in seno alla Azienda, alcuni strumenti informatici per gestire il carico e scarico della merce nelle UU.OO. in maniera efficiente e tracciata, quali:

- la creazione ed implementazione informatica, nel software contabile aziendale, di un processo informatizzato di rilevazione delle rimanenze aziendali;
- il processo di validazione di una richiesta (detto del terzo validatore) che permette la gestione di un validatore "informatico" ad una richiesta espressa da un avente diritto al servizio e da un esecutore (la logistica);
- il processo delle richieste informatizzate per gas medicali.
- i resi informatizzati.

Il miglioramento della tracciatura delle informazioni nei flussi logistici e una maggiore consapevolezza nei reparti degli strumenti logistici utili al governo dei consumi e alla gestione della contabilità di reparto

L'azienda è al secondo anno di sperimentazione del progetto **Resolution** (tecnologie RFID), con ottimi risultati in termini, sia di riduzione dell'immobilizzo finanziario di scorte, sia di know-how specifico sulla tecnologia. Il processo, impostato nel corso del 2015, è stato oggetto di rimodulazione per l'imminente avvio del progetto di dematerializzazione del ciclo passivo. Il progetto Resolution è stato di fatto un precursore delle logiche di tracciabilità insite nella dematerializzazione.

la sistematizzazione dei check panel lato fornitori e l'azione verso le centrali di acquisto regionali per una maggiore omogeneizzazione dei contratti/gare in merito agli strumenti di controllo dei fornitori stessi

L'azione verso le centrali di acquisto regionali per una maggiore omogeneizzazione dei contratti/gare in merito agli strumenti di controllo dei fornitori stessi. L'Azienda, ha avviato una sperimentazione di trattazione del dato contrattuale di performance del fornitore all'interno del software aziendale contabile attraverso l'inserimento dei dati base contrattuali (tempi di approvvigionamenti) e focalizzata a consentire una agevole valutazione della performance dei fornitori attraverso un check panel condiviso con i fornitori stessi.

Sono stati analizzati tutti i contratti in essere di Intercent-ER di cui l'Azienda si avvale per gli acquisti e sono stati tradotti nel sistema contabile aziendale un pool di aziende fornitrici che possono essere misurate su tali dati.

La risultanza attesa è:

- un maggior controllo dei livelli di servizio (relativi ai tempi di approvvigionamento in primis);
- l'identificazione dei reali tempi di approvvigionamento delle merci e la loro contestuale traduzione negli algoritmi di calcolo degli ordini di acquisto (Lead time dinamico);
- una capacità di monitoraggio dei contratti per i direttori della esecuzione (DE) degli stessi;
- un conseguente riscontro qualitativo ai dipartimenti di Provveditorato nelle fasi di valutazione dei fornitori e formulazione di nuovi accordi contrattuali.

In tale ottica l'Azienda ha aperto dei tavoli di confronto ricorrenti con i responsabili delle strutture di logistica centralizzata sia di Area Vasta Emilia Nord, sia dell'Azienda Usl della Romagna per poter condividere i percorsi più idonei affinché le modifiche dei contratti a partire dall'ambito regionale siano massimizzate per i temi di competenza (gare, contratti, capitolati tecnici, anagrafiche, standard mondiali GS1, ecc).

7.1.7 Processi di integrazione dei servizi di amministrazione e di supporto

Da alcuni anni la Regione Emilia-Romagna ha incentivato lo sviluppo di forme di collaborazione e di integrazione a livello provinciale e di Area Vasta, relativamente agli aspetti sanitari/produttivi ed agli aspetti di tipo tecnico-amministrativo, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'offerta e l'efficienza nella produzione di servizi.

A livello regionale è stato avviato un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende finalizzato alla condivisione delle migliori professionalità presenti ed alla razionalizzazione delle risorse umane, tecnologiche, materiali e finanziarie.

Le Direzioni delle Aziende dell'area metropolitana, tra cui il Policlinico di Sant'Orsola, hanno deciso di attuare un progetto di unificazione dei propri servizi amministrativi e di supporto, in attuazione delle indicazioni regionali.

Gli obiettivi strategici che si intendono conseguire mediante il progetto delineato sono i seguenti:

- fusione delle funzioni amministrative centrali delle Aziende di area metropolitana, con creazione di uffici unificati e con unica direzione;
- creazione del modello dell'Azienda capofila, ritenuto nell'immediato di più facile attuazione, nel quale un'Azienda, in particolare l'Azienda USL di Bologna, struttura al proprio interno tutta l'organizzazione delle funzioni unificate;
- adozione di strumenti informatici unici, che fungano da supporto operativo in un'ottica di revisione ed omogeneizzazione dei processi in oggetto;
- creazione di una maggiore omogeneità, intra aziendale e interaziendale, nelle procedure e nelle interpretazioni normative;

I progetti di integrazione dei servizi di amministrazione e supporto hanno l'obiettivo di condividere le migliori professionalità, razionalizzare le risorse umane, tecnologiche e materiali.

- conseguimento di un maggior livello di professionalizzazione e specializzazione del personale;
- razionalizzazione delle risorse impiegate, come conseguenza di economie di specializzazione conseguibili mediante l'unificazione dei servizi (economie di scala ed economie di processo);
- progressiva riduzione delle strutture complesse (UOC) presso le singole aziende.

A seguito dell'avvicendamento delle direzioni generali nelle aziende coinvolte nei processi di unificazione e, tenuto conto degli obiettivi di mandato loro affidati (nello specifico: parte 2, obiettivo 2.2 "Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle aziende"), si è ritenuto utile programmare le nuove linee di attuazione.

In particolare le aziende hanno definito il modello giuridico-organizzativo entro cui realizzare l'integrazione dei servizi amministrativi e le aree per le quali procedere prioritariamente, entro il 2015, alla unificazione.

Per l'anno 2015 le nuove Direzioni Aziendali hanno perciò ritenuto di istituire il Dipartimento Amministrativo Metropolitano (DAM) in capo all'Azienda Capofila, identificata nell'Azienda USL di Bologna, e di unificare le seguenti aree:

- Amministrazione del Personale;
- Contabilità e Finanza;
- Economato (solamente AUSL Bologna e IOR).

Il modello giuridico di riferimento

Il modello organizzativo dell'Azienda Capofila viene attuato attraverso lo strumento della Convenzione tra Enti, prevista dall'art. 15 della legge n. 241/90 e s.m.i. "Accordi fra pubbliche amministrazioni" ai sensi del quale "le amministrazioni pubbliche possono sempre concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune", così individuato al termine di una approfondita analisi giuridica.

Il modello individuato prevede la sottoscrizione di un Accordo Quadro che definisce gli obblighi e i reciproci rapporti finanziari tra gli enti contraenti, e determina i principi e le modalità operative e di processo riguardanti il complessivo percorso di unificazione dei servizi, cui segue la sottoscrizione di convenzioni specifiche in relazione ai singoli progetti esecutivi di attuazione dei servizi da unificare.

Lo strumento convenzionale di cui sopra, in forza del quale due o più enti si accordano per lo svolgimento in comune di funzioni, prevede la costituzione di strutture unificate, incardinate nell'organizzazione di una delle medesime aziende (azienda capofila), nonché il conferimento, da parte degli enti convenzionati, delle deleghe per lo svolgimento delle funzioni ed attività unificate, fatta salva la possibilità di modificare od ampliare tali ambiti in maniera coerente tra le diverse aziende conferenti.

Nel 2015 è stato istituito il DAM (Dipartimento Amministrativo Metropolitano) nel quale confluiranno le aree oggetto di unificazione, secondo il modello dell'Azienda Capofila.

Le aziende che partecipano alla unificazione delegano pertanto all'azienda capofila le funzioni amministrative, tecniche e professionali che saranno individuate dettagliatamente nella singola convenzione specifica; tali funzioni saranno così svolte dalla azienda capofila a favore degli enti convenzionati, in ragione della specifica delega, attraverso i servizi unificati e le relative strutture operative.

Nelle convenzioni specifiche, sottoscritte successivamente alla definizione dell'Accordo quadro e al relativo recepimento da parte di tutti gli enti coinvolti, sono pertanto esplicitate le finalità e gli obiettivi previsti, le concrete modalità operative con cui le direzioni aziendali intendono attuare i singoli progetti di unificazione, stabilendo le funzioni e attività oggetto di attribuzione al servizio unificato, i livelli di servizio quali-quantitativi richiesti, le specifiche deleghe conferite, i tempi e le modalità di attuazione delle diverse fasi di progetto. Alle convenzioni specifiche sono allegati i progetti esecutivi.

Alla sottoscrizione delle convenzioni segue necessariamente la fase operativa connessa alla organizzazione strutturale conseguente, che richiede la creazione della struttura unica nella quale le funzioni ed attività delle aziende convenzionate sono conferite attraverso lo strumento della delega e la conseguente rimodulazione degli assetti organizzativi e delle responsabilità, nell'ambito delle aziende conferenti, rispetto alle strutture ed attività oggetto di unificazione.

In relazione alla creazione della struttura unica, è naturalmente previsto il conferimento dell'incarico dirigenziale di Responsabile del Servizio Unico Metropolitan, attraverso una procedura di selezione, per titoli e colloquio, al fine di garantire trasparenza ed equità nella individuazione del dirigente, prevedendo specifici criteri indicati nel bando di selezione, cui possono partecipare i dirigenti delle Aziende convenzionate.

Il personale dipendente coinvolto nel processo di unificazione (fatta eccezione per il responsabile unico di cui sopra, assegnato all'azienda capofila), verrà assegnato temporaneamente, ai sensi della L.R. n. 43/01 modificata dalla L.R. n. 26 del 20 dicembre 2013, all'azienda capofila, che esercita i conseguenti poteri di gestione ed organizzazione, mentre i rapporti di lavoro restano in capo alle aziende di provenienza, fino a diversa determinazione in merito.

Il Dipartimento Amministrativo Metropolitan (DAM)

Al DAM afferiscono i Servizi unificati (denominati Servizi Unici Metropolitan), creati con il preciso intento di orientare le attività e le funzioni in un'ottica di processo: in tale prospettiva i servizi oggetto di unificazione saranno articolati su più linee di processo, ciascuna delle quali raccoglierà le varie attività che concorrono allo stesso output. A capo di ciascuna linea di processo sarà individuato un referente di linea che avrà la responsabilità dell'intero processo, oltre che:

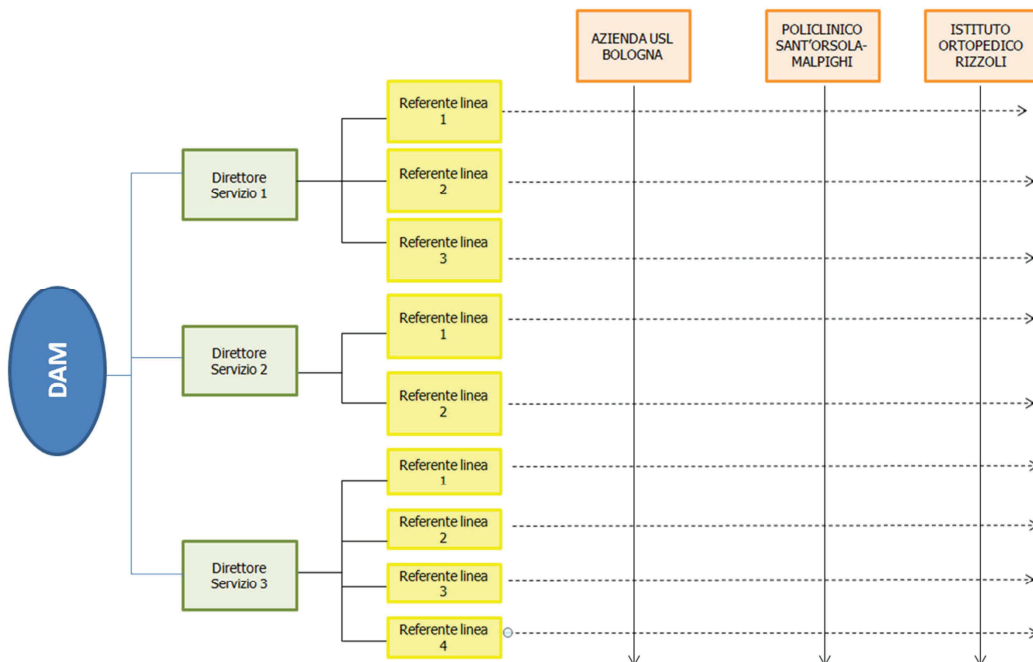
- presidiarne gli aspetti organizzativi e gestionali;
- perseguirne l'efficacia e l'efficienza, anche mediante un monitoraggio periodico delle attività;
- rilevarne aree di potenziale sviluppo/criticità, proponendo ipotesi di miglioramento e soluzioni;

Al DAM affluiscono i servizi unificati che vengono riorganizzati in una logica di processo.

- collaborare in ottica sinergica con i responsabili degli altri processi, facenti capo allo stesso servizio ed al tempo stesso con le interfacce aziendali.

Di seguito è riportato il modello organizzativo del DAM, articolato per Servizi Unici e processi, "a servizio" delle Aziende coinvolte.

Figura 7.1 Modello organizzativo del DAM



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Le tappe di realizzazione del progetto

Di seguito si riportano in sintesi le tappe di realizzazione del progetto:

- presentazione progetto in CTSS: 8 luglio 2015;
- conclusione esame congiunto con le Organizzazioni Sindacali in merito all'Accordo Quadro: 6 agosto 2015;
- validazione progetti esecutivi relativi alla realizzazione dei servizi unici metropolitani (personale, contabilità e finanza, economato) da parte dei Direttori Amministrativi: 11 agosto 2015;
- pubblicazione delle delibere di recepimento dell'accordo Accordo Quadro da parte delle aziende interessate: 25 Agosto 2015;
- pubblicazione delle delibere di recepimento delle convenzioni specifiche (con allegati progetti esecutivi): 26 Agosto 2015;
- istituzione Servizi Unici in Azienda Capofila: 28 Agosto 2015;
- emissione dei bandi per la selezione dei Responsabili dei Servizi Unici: 31 agosto 2015;
- individuazione Responsabili dei Servizi Unici: 1 ottobre 2015;
- insediamento dei Responsabili dei Servizi Unici: 1 novembre 2015;
- trasferimento nella nuova sede (via Gramsci): dicembre 2015-gennaio 2016.

7.2 I progetti di area sanitaria

7.2.1 La realizzazione del Polo Cardio Toraco Vascolare

L'Azienda è sede di riferimento regionale (Hub) per le funzioni di cardiocirurgia e cardiologia clinica e interventistica per l'età adulta e pediatrica e per l'attività di trapianto di cuore e di polmone.

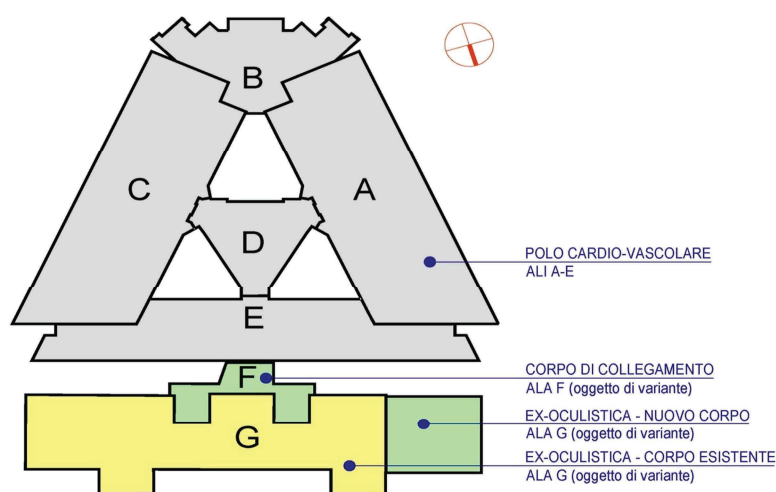
In questo ambito, nel mese di dicembre 2015 si è concretizzata l'attivazione del nuovo Polo Cardio-Toraco-Vascolare (CTV) con il trasferimento delle funzioni cardiologiche e cardiocirurgiche, degenza e aree interventistiche, per il paziente adulto e pediatrico, secondo il modello per intensità di cure. Le funzioni di Chirurgia Vascolare e Toracica sono state trasferite nel nuovo padiglione nel mese di gennaio 2016.

Il Polo CardioToracoVascolare si trova all'interno di un'area collocata nel quadrante sud - ovest del Policlinico Sant'Orsola che consente di avere per il nuovo fabbricato una facile ed immediata accessibilità dai viali di circosollazione e dal circuito viario interno del complesso ospedaliero, tramite un percorso autonomo e diretto, evitando così che le ambulanze ad esso dirette siano costrette ad attraversare l'area ospedaliera.

La nuova struttura, di circa 40.000 mq complessivi di superficie e costruita con tutti i requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici richiesti dall'accreditamento istituzionale, ha permesso di realizzare una sede unificata per le attività di diagnostica, ricovero ordinario e intensivo, attività operatoria e interventiva delle seguenti discipline per le quali il Policlinico è sede di riferimento a livello regionale e nazionale:

- cardiologia e cardiocirurgia adulti;
- cardiologia e cardiocirurgia pediatrica;
- anestesia e rianimazione;
- chirurgia vascolare e toracica;
- attività relative ai trapianti di cuore e polmone.

Figura 7.2 Il nuovo Polo



PIANTA CHIAVE ALI FABBRICATO

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

A dicembre 2015 è stato attivato nuovo Polo Cardio Toraco Vascolare con il trasferimento nella nuova struttura delle funzioni cardiologiche e cardiocirurgiche secondo il modello per intensità di cure.

Il nuovo edificio contiene otto livelli, di cui uno interrato, uno seminterrato e sei fuori terra, così organizzati:

- il Piano Interrato ospita un parcheggio per i dipendenti;
- al Piano Seminterrato nell'ala C è stata realizzata l'area di imaging (diagnostiche radiologiche con ecografia, telecomando, TC e RM), mentre l'ala A è destinata ad accogliere spazi ambulatoriali cardiologici e la sala endoscopica della pneumologia interventistica che verrà realizzata fra il 2016 e il 2017. Completa il piano l'area che accoglie gli spogliatoi centralizzati della struttura;
- Al Piano Terra sono collocate le degenze pediatriche, organizzate per intensità di cure, con area a bassa e a medio - alta intensità e gli ambulatori di cardiologia e cardiocirurgia pediatrica;
- il Piano Primo e il Piano Secondo contiene le aree di degenza destinate alle funzioni di cardiologia, cardiocirurgia, chirurgia vascolare e toracica organizzate per intensità di cura (bassa e media intensità);
- il Piano Terzo è occupato dalle funzioni di alta e altissima intensità (rianimazione, terapia intensiva post-operatoria e cardiologica);
- il Piano Quarto è dedicato all'area interventistica e operatoria e contiene 6 sale operatorie specialistiche tradizionali, 3 sale di emodinamica e 2 sale operatorie ibride.

Grazie alla disponibilità delle nuove sale ibride potranno essere ulteriormente implementati interventi con l'uso di tecniche endovascolari e percutanee in ambito cardiovascolare. La sala operatoria ibrida è un ambiente multifunzionale, dove è possibile effettuare procedure che combinano un approccio mini-invasivo, percutaneo, endovascolare e transcutaneo con un approccio chirurgico tradizionale per l'effettuazione di interventi multidisciplinari.

L'interazione fra le discipline di Cardiologia interventistica, Cardiocirurgia, Chirurgia vascolare e Radiologia Interventistica permette di avere a disposizione nuove opzioni terapeutiche, più sicure per il paziente e più efficaci per qualità dei trattamenti.

L'attività che viene espletata all'interno delle sale ibride riguarderà le tecniche percutanee cardiologiche (TAVI, sistema MitraClip, chiusura percutanea dell'auricola sinistra, valvuloplastica), le tecniche endovascolari per la riparazione di aneurismi e/o dissezioni aortiche, consente, inoltre, l'esecuzione in contemporanea dei trattamenti di posizionamento di stent coronarici e bypass chirurgici senza la necessità di trasferire il paziente da un ambiente all'altro o l'intervento tempestivo in caso di complicanze in corso di in procedure percutanee.

Nel nuovo Polo sono state predisposte tre sale angiografiche con requisiti strutturali e tecnologici in grado di garantire l'esecuzione di tutte le tecniche percutanee all'avanguardia. La gestione delle immagini e un sistema di poligrafia avanzati fanno delle nuove sale angiografiche un ambito di assoluta innovazione per la possibilità di effettuare procedure ad alta complessità grazie anche all'integrazione con le sale ibride.

Dal punto di vista organizzativo, il Polo Cardio Toraco Vascolare è stato progettato per intensità di cure e complessità assistenziale. Le strutture titolari di funzioni operative restano dotate di piena responsabilità e autonomia tecnico-professionale, ma il modello storico del reparto differenziato per disciplina e fisicamente distinto viene superato da un nuovo modello organizzativo che prevede l'individuazione di aree logistiche che aggregano i pazienti in base alla loro maggiore o minore gravità clinica e al minore o maggiore livello di complessità assistenziale e una assistenza multi-specialistica e interprofessionale.

Ai fini dell'attivazione del Polo, nel corso del 2015 sono stati attivati specifici momenti di incontro tra i professionisti per condividere:

- il nuovo modello organizzativo e le relative modalità di applicazione;
- la scelta delle modalità di classificazione dei pazienti per instabilità clinica e complessità assistenziale;
- la definizione del modello assistenziale, delle competenze necessarie e dei nuovi ruoli delle professioni coinvolte;
- i percorsi di accesso dei pazienti e le modalità di presa in carico;
- la quantificazione e acquisizione dei presidi tecnologici e dei sistemi di monitoraggio, dei sistemi integrati di trasmissione dati e dei relativi applicativi;
- la definizione delle funzioni di supporto al Polo riguardanti sia le attività di degenze, interventistiche/operatorie e ambulatoriali;
- le specifiche necessità formative sia per quanto riguarda il modello assistenziale adottato sia per le innovazioni tecnologiche inerenti le degenze e le sale operatorie/interventistiche.

7.2.1.1 Strutturazione profili di cura integrati fra le diverse professionalità, avvio e sviluppo di aree con gestione per intensità di cura

Nel mese di dicembre 2015 è stato attivato il Polo Cardio Toraco Vascolare progettato, come esplicitato nel paragrafo precedente, per intensità di cure e complessità assistenziale. Le strutture titolari di funzioni operative restano dotate di piena responsabilità e autonomia tecnico-professionale, il modello storico del reparto differenziato per disciplina e fisicamente distinto viene però superato da un nuovo modello organizzativo che prevede l'individuazione di aree logistiche che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al minore o maggiore livello di complessità assistenziale.

In un modello per intensità di cura è necessario curare con attenzione i principali meccanismi di coordinamento e il passaggio delle informazioni intra e interdisciplinari. A questo fine sono previsti momenti strutturati di coordinamento e comunicazione (cabine di regia) per la condivisione delle informazioni e dell'integrazione tra i professionisti.

Il briefing giornaliero a livello di area rappresenta il momento di condivisione fra medici (responsabile di area e referenti del percorso) e infermieri (coordinatore di area, case manager e coordinatore dei flussi) per discutere i casi clinici, condividere le scelte diagnostiche - terapeutiche e per pianificare i ricoveri, le dimissioni o i trasferimenti ad altri setting assistenziali.

Nel modello per intensità di cura e complessità assistenziale le strutture titolari di funzioni operative restano dotate di piena responsabilità ma si supera il modello storico del reparto differenziato per disciplina.

Sono inoltre previsti specifici Meeting settimanali di programmazione dell'attività chirurgica, interventistica e medica ai quali partecipano, in particolare, il coordinatore dei flussi, i coordinatori del comparto operatorio/area interventistica, i responsabili di lista e i responsabili e coordinatori di area.

La valutazione clinica di ogni singolo paziente è effettuata dal medico responsabile di area che condivide le scelte clinico – assistenziali sia con il medico referente di specialità o del percorso sia con il team infermieristico. Il briefing giornaliero può ridurre la necessità del giro visita con la contemporanea presenza di più figure di diversa professionalità e disciplina ai casi selezionati come più complessi.

Il "giro visita" va adeguatamente preparato e pianificato; è interprofessionale e prevede la presenza del medico responsabile di area (o medico responsabile di specialità nel caso della Chirurgia vascolare/toracica) e, se del caso, del medico responsabile di percorso/specialità e dell'infermiere case manager.

La cartella clinica integrata è il principale strumento di integrazione e comunicazione professionale tra le varie figure che intervengono sul paziente. Lo strumento accompagnerà il paziente in tutte le fasi dell'intensità di cura e rappresenta uno dei presupposti della continuità e della personalizzazione dell'assistenza favorendo la visione immediata degli interventi di tutte le figure coinvolte (medici, infermieri, fisioterapisti, consulenti).

Afferiscono alle strutture del Polo CTV i pazienti affetti da patologia cardiologica, vascolare o toracica per i quali è prevista o prevedibile l'esecuzione di procedure interventistiche (es. cateterismo cardiaco, coronarografia, trattamento endovascolare/intracardiaco, intervento cardiocirurgico, vascolare o toracico, supporto circolatorio meccanico, ecc.) e che possono accedere in elezione o in urgenza tramite trasferimento da Pronto Soccorso o accesso diretto.

Il flusso dei pazienti prevede la determinazione di un appropriato percorso clinico – assistenziale e di un percorso logistico attraverso le diverse aree del Polo (aree di degenza, blocco operatorio e/o emodinamica, alta intensità e terapia intensiva) dal momento del suo primo accesso alla struttura fino alla dimissione e alla fase post-acuta.

Nell'ottica di una maggiore standardizzazione dei flussi dei pazienti, la programmazione dei ricoveri prevede un approccio integrato e un sostegno informatico con dimissioni e ricoveri gestiti in sincronia. I flussi informativi sono gestiti da una cabina di regia operativa che ha una visione di insieme delle disponibilità e delle attività delle diverse aree. In particolare:

- posti letto liberi o che si renderanno liberi nelle aree di degenza per ricoveri elettivi o per trasferimenti provenienti da aree differenti (es. TI);
- programmazione delle sale operatorie (tradizionali e ibride) e di emodinamica;
- eventuali urgenze/emergenze;
- richieste degli ambulatori, ecc..

I flussi dei pazienti sono più standardizzati e la programmazione dei ricoveri prevede un approccio integrato e un sostegno informatico con dimissioni e ricoveri gestiti in sincronia.

La cabina di regia è formata da un'equipe di professionisti sanitari con competenze in Bed e Case management, che si occupa in particolare di:

- monitorare l'occupazione dei posti letto delle diverse aree di degenza;
- pianificare/gestire i ricoveri delle diverse aree in base alla disponibilità dei PL e/o delle sedute operatorie;
- effettuare la convocazione dei pazienti ai fini del ricovero;
- effettuare una prima classificazione (complessità assistenziale) del paziente alla convocazione.

Nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse, anche il comparto operatorio (blocco operatorio ed emodinamica), che è multidisciplinare per la convergenza di vari attori e la confluenza di diverse liste operatorie, richiede necessariamente la programmazione puntuale delle attività e un forte coordinamento delle risorse disponibili.

Ai fini della programmazione coordinata degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche e conseguentemente per la corretta gestione del blocco operatorio multidisciplinare sono essenziali una corretta gestione della lista d'attesa, la condivisione dei criteri di priorità di intervento in caso di urgenze/emergenze (es. trapianto) e di riprogrammazione degli interventi in elezione.

Il monitoraggio dell'utilizzo delle sedute da parte della cabina di regia consente l'eventuale riallocazione delle risorse (sedute) al fine di ottimizzare l'intera filiera: riduzione dei tempi di attesa per gli interventi in elezione e risposta immediata all'emergenza/urgenza.

7.2.2 Screening oncologici e sviluppo della rete clinico organizzativa del paziente oncologico

L'Azienda ospedaliera ha confermato l'impegno relativo al mantenimento e consolidamento dei volumi di diagnostica per lo screening mammografico, in sinergia con il Centro Senologico dell'AUSL, mantenendo i tempi di attesa entro i limiti temporali previsti in area metropolitana per quanto riguarda la refertazione e gli eventuali richiami delle pazienti positive alla terza lettura

Per quel che concerne lo screening oncologico del colon l'AOU ha mantenuto l'impegno in ambito metropolitano e ha ottemperato alle richieste di maggior impegno, incrementando le indagini diagnostiche.

Compito dell'Azienda è garantire che il paziente oncologico, che ha partecipato ad attività di screening, possa eseguire in congruo tempo la fase di completamento diagnostico, di stadiazione e di successivo trattamento chemio-radioterapico e/o chirurgico.

All'interno del Policlinico sono attivi numerosi PDTA per la gestione delle singole patologie aventi lo scopo di garantire equità e trasparenza nell'accesso alle singole fasi del percorso. In particolare sono attivi da anni percorsi per il tumore della mammella, del colon-retto (direttamente collegati anche all'attività di screening dell'AUSL) mentre più di recente sono stati predisposti PDTA per i GIST, dei tumori tiroidei differenziati, i tumori del pancreas e della prostata (questi ultimi in fase di avanzata predisposizione).

L'integrazione tra professionisti è presente, sia nella discussione collegiale dei casi da inserire in lista d'attesa che nel momento di individuazione del follow-up.

Di particolare rilievo nel corso del 2015 è stata l'attivazione, a partire dal 1 Giugno, di una nuova U.O. di area internistica ad indirizzo oncologico ("Medicina della continuità assistenziale oncologica"). Il paziente oncologico, in ragione della comparsa di alcuni tumori solidi in età avanzata, tende a sviluppare un quadro di complessità clinica elevato derivante da numerose comorbidità intercorrenti. Ciò aumenta il grado di fragilità e richiede un approccio non solo specialistico (oncologico) ma anche di medicina generale. Per tali ragioni presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria è stata implementata la nuova unità operativa che, in maniera sinergica con l'Oncologia, possa prendersi carico dei pazienti con scompenso acuto e/o multiorgano legato alla patologia oncologica od al suo trattamento (tossicità da farmaci).

Nel corso di quest'anno è stata attivata una nuova UO di area internistica ad indirizzo oncologico in sinergia con l'Oncologia si prenda carico dei pazienti con scompenso acuto e/o multiorgano legato alla patologia oncologica.

Da ultimo nel corso del 2016, l'Azienda Ospedaliero Universitaria perseguirà l'obiettivo di riunire in un unico contenitore la degenza oncologica e il DH Oncologico, sarà così possibile realizzare i percorsi di cura dell'area comune oncologica che vedranno la loro naturale prosecuzione nella continuità assistenziale sul territorio attuata da ADI, ANT e Nodo-ANT.

7.2.3 Cure palliative

Le strutture ospedaliere rappresentano, nel modello regionale, un nodo della rete locale di cure palliative per la presa in carico integrata dei pazienti affetti da patologie evolutive e a prognosi infausta.

In coerenza con le linee di indirizzo regionali è stata garantita:

- **la partecipazione alla ridefinizione con l'AUSL di Bologna della rete metropolitana** alla luce della D.G.R. 560/2015 «Riorganizzazione della rete locale di cure palliative». Nel 2015 il Policlinico ha partecipato alla ridefinizione dei programmi organizzativi di presa in carico di pazienti oncologici critici dimessi dai reparti degenza e dai day hospital. La definizione dei programmi di dimissioni protetta sono state condivise con la direzione del dipartimento di Cure Primarie dell'AUSL Città di Bologna e con i consulenti territoriali. Nel corso di riunioni avvenute nel 2015 sono state condivise modalità di dimissione e di trasferimento in strutture domiciliari e residenziali di pazienti in trattamento nelle strutture operative oncologiche del Policlinico. La condivisione porta ad uno snellimento delle procedure di presa in carico extra-ospedaliera di pazienti con patologie oncologiche severe croniche irreversibili. Nello stesso tempo sono state attivate le procedure per la attivazione della rete territoriale di Cure Palliative, questa dedicata maggiormente alla presa in carico di pazienti oncologici in fase avanzata di malattia da parte degli hospice del territorio metropolitano. Questa azione stanno portando ad una progressiva maggior efficienza del programma di continuità assistenziale che trova il suo punto di forza interno all'Azienda nella operatività della neonata Unità Operativa Complessa di Medicina di Continuità Assistenziale in Oncologia;
- **la prosecuzione della formazione**, già avviata negli anni passati, rivolta ai propri operatori per la migliore conoscenza dell'organizzazione della rete e per garantire ai pazienti un approccio palliativo. E' in fase quasi terminale un programma di formazione per medici e infermieri dedicati alla gestione di problematiche internistiche di pazienti oncologici.

L'attività formativa promossa dalla Medicina di Continuità Assistenziale in Oncologia ha connotati seminariali ed ha l'obiettivo di formare personale alla gestione di condizioni critiche relative ai pazienti oncologici. Il programma si è arricchito anche degli interventi di personale medico e infermieristico degli hospice territoriali per un miglioramento della conoscenza delle potenzialità di tali strutture nella presa in carico anticipata di pazienti oncologici e altri pazienti affetti da patologie avanzate inguaribili e bisognosi di cure palliative. Il programma è l'anticamera di altri piani di formazione che si prevede di estendere a tutto il Policlinico, così come realizzato in anni passati;

- **la progressiva implementazione del modello già sperimentato nel corso del 2014 di consulenza mobile** da parte di personale medico e infermieristico competente in cure palliative per i pazienti ricoverati con bisogni complessi nella fase avanzata di malattia e nel fine vita allo scopo, in particolare, di offrire un utile supporto per la continuità assistenziale e l'interazione con i servizi domiciliari dedicati e le attività degli hospice di Bologna, contribuendo così alla realizzazione degli obiettivi previsti della rete.

7.2.4 Percorso nascita e interventi in area pediatrica

Durante il 2015 è stato rimodellato il gruppo AVEC "percorso nascita", che ha l'obiettivo principale di rivalutare e di proporre una ridefinizione della rete provinciale perinatale secondo il modello hub & spoke. Il gruppo ha analizzato l'organizzazione dei singoli punti nascita, le specificità di ogni struttura, i parti e i flussi di mobilità; la discussione ha portato ad una proposta che sarà valutata dettagliatamente nel 2016 al fine redigere il documento definitivo da parte del coordinatore del gruppo.

L'Azienda, inoltre, attraverso i propri specifici sistemi informativi ha garantito in modo tempestivo, accurato e completo la raccolta dei dati che alimentano il sistema di monitoraggio e valutazione dei programmi e dei progetti della Commissione nascita rappresentati nella pubblicazione annuale dati CEDAP a cura della Regione Emilia-Romagna.

Nel 2015 è ulteriormente aumentato, dopo l'ampliamento realizzato nel corso del 2014 dell'offerta di parto analgesia in regime istituzionale a tutte le gestanti che la richiedono, l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto, con metodiche farmacologiche che presso l'AOSP si attesta al 40,38%.

Per quanto riguarda le metodiche non farmacologiche per il controllo del dolore da parto, oltre ad offrire alle partorienti tecniche consolidate, quali il sostegno psicologico, l'assunzione di posizione libera, prosegue la partecipazione aziendale al Programma Sperimentale Regionale "Medicine non Convenzionali 2014-2016" e la conduzione di un progetto sperimentale sulla digitopressione. Nel 2015 sono stati eseguiti due sezioni formative in merito alla applicazione tecnica della digitopressione, che viene offerta alla donna in fase prodromica e attualmente applicata in Sala Parto durante il travaglio.

Nel corso del 2015 è stata diffusa la cartella regionale della gravidanza fisiologica per le donne prese in carico dall'inizio della gravidanza presso gli ambulatori ostetrici ed è stato definito il relativo uso in ambito aziendale.

Nel 2015 si è incrementata l'offerta di parto analgesia in regime istituzionale per tutte le gestanti che la richiedono, ed è stata diffusa la cartella regionale della gravidanza fisiologica presso gli ambulatori ostetrici.

In area pediatrica le azioni più rilevanti nel 2015 sono rappresentate da:

Diabete in età pediatrica

L'azienda ha partecipato nel 2015 alla raccolta dati relativamente ai 270 bambini ed adolescenti seguito presso il centro di diabetologia pediatrica tramite l'apposito programma Mystar web, messo a disposizione per tutti gli 11 centri antidiabetici regionali da parte della regione Emilia-Romagna e il relativo aggiornamento dati.

Allattamento

A livello aziendale per monitorare l'obiettivo n° 6 della delibera regionale 533/08 (Attuare interventi di supporto alla relazione madre-bambino e di promozione e sostegno dell'allattamento al seno), l'apposito gruppo aziendale ha individuato le azioni per promuovere l'allattamento al seno e migliorare i tassi di allattamento esclusivo al seno. A questo scopo è stato redatto e pubblicato un opuscolo informativo dal titolo "I segreti dell'allattamento svelati in 10 punti", reperibile dall'utenza sul sito internet aziendale nella catena "Orientarsi". Sono stati organizzati 70 incontri in reparto di Ostetricia, rivolti alle mamme ricoverate e i componenti della famiglia. Inoltre al momento della dimissione sono stati raccolti i dati per valutare in tasso di allattamento al seno (esclusivo e misto) che si attesta al 97%.

Nel 2015 professionisti di area medica e ostetrica sono stati individuati come componenti del gruppo di lavoro multidisciplinare regionale.

Contrasto alla violenza

I professionisti aziendali, individuati dalla CTSS, hanno continuato a collaborare con la commissione regionale per l'applicazione delle linee d'indirizzo regionale e partecipano all'organizzazione degli incontri formativi volti alla conoscenza dei fattori di rischio e alla formazione dei professionisti. In azienda, conseguentemente alle linee d'indirizzo regionali, è stata revisionata e aggiornata nel 2015 la procedura aziendale di gestione multidisciplinare del maltrattamento/abuso del minorenne. Sono stati individuati i professionisti (medici, tecnici, assistenti sociali e infermieri) che saranno formati nelle sezioni previste.

Procreazione Medicalmente Assistita

Relativamente all'applicazione delle delibere di giunta regionale di riferimento n. 927/2013 e n. 1487/2014, l'Azienda nel 2015, attraverso i suoi professionisti, ha garantito la partecipazione ai lavori regionali e la partecipazione alla definizione della rete assistenziale integrata per la PMA (Procreazione Medicalmente Assistita). Concretamente è stato attivato una collaborazione con le Aziende Ausl e AOU di Ferrara per prestare il proprio know-how utile all'organizzazione di un centro di primo livello a Ferrara e relativamente alla formazione dei professionisti.

In attesa della visita ispettiva relativa alla verifica dei criteri di autorizzazione dei centri PMA, a livello aziendale sono state messe in atto le azioni necessarie per l'adeguamento ai requisiti stabiliti D. Lgs 191 (definizione delle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani) e D. Lgs. 16/2010 (prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani) sia per quanto riguarda la procreazione medicalmente assistita di tipo omologa che tipo eterologa. Inoltre l'azienda ha partecipato ai lavori regionale per la creazione della banca regionale dei gameti e per la definizione dei criteri di formazione dei professionisti e definizione dei criteri per la diagnosi pre-impianto.

Taglio cesareo

L'Azienda ha garantito anche per il 2015 la partecipazione dei propri professionisti ai lavori, già avviati negli anni precedenti, per l'implementazione della linea guida regionale sull'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo e sulla induzione del travaglio di parto con l'obiettivo di tendere ad una riduzione dei TC primari. La proporzione di parti con taglio cesareo primari effettuati in azienda risulta dai dati PNE 2014 (dati 2013) già al di sotto degli standard fissati dal DM 2 aprile 2015, n.70, collocandosi al 20.23%.

È inoltre prevista l'attivazione in area provinciale di STAM e STEN sulla base delle indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013

7.2.5 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero

Gli aspetti connessi alla riduzione dei tempi di attesa sono stati rendicontati nel capitolo 3, qui si riportano approfondimenti relativi alla gestione dei ricoveri programmati

La DGR 901/2015 - Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende per l'anno 2015- definisce che "le modalità di gestione dell'accesso ai ricoveri programmati saranno oggetto di uno specifico progetto regionale coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna: da subito è necessario garantire univocità ed uniformità dei percorsi di accesso alle prestazioni di ricovero programmato, individuare un riferimento unico aziendale per il presidio di tali percorsi, migliorare le performance relativamente alle prestazioni di ricovero programmato individuate come prioritarie a livello nazionale e regionale".

Anche per i ricoveri programmati perciò, l'applicazione delle **indicazioni regionali in materia di accessibilità assume carattere prioritario**. Il progetto del quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è coordinatrice si pone l'obiettivo di sviluppare un modello unico per garantire, a livello regionale, caratteristiche di unicità ed uniformità dei percorsi di accesso alle prestazioni di ricovero programmato, definendo univocamente le modalità di gestione.

L'Azienda coordina un progetto regionale per la gestione delle liste d'attesa dei ricoveri programmati che si pone l'obiettivo di sviluppare un modello unico per garantire uniformità nei percorsi di accesso a livello regionale.

Nel corso dell'anno 2015:

- è stato costituito il gruppo di coordinamento composto dalla Direzione Generale Assessorato alla Sanità dal Policlinico di Sant'Orsola e dal Policlinico di Modena;
- è stata effettuata un'analisi del sistema dei flussi Sistema Integrato Di Gestione Delle Liste Di Attesa (SIGLA) tale da consentire la maggiore uniformità possibile:
 - è stato analizzato lo stato dell'arte dell'informatizzazione a livello regionale delle liste di attesa ed è stato effettuato un primo censimento sui tempi di attesa;
 - è stato definito un sistema di categorizzazione semplificato per identificare raggruppamenti omogenei di interventi o procedure e sono stati analizzate e ri-categorizzate alcune categorie di intervento raggruppate per disciplina.
- sono stati definiti gli obiettivi per l'anno 2016 che prevedono una prima fase di monitoraggio e di omogeneizzazione di percorsi per la gestione dei ricoveri programmati a livello regionale.

Il gruppo operativo svilupperà, in coerenza ed in continuità con le indicazioni nazionali e regionali oggi vigenti nell'ambito dell'accessibilità alle prestazioni programmate, un modello di analisi delle prestazioni erogate, regole di gestione delle liste di attesa e delle modalità di accesso alle prestazioni chirurgiche, che sottoporrà, tramite questionario, a tutte le Direzioni Sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

7.3 I progetti di particolare rilievo aziendale

7.3.1 Il Programma regionale per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità Civile

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".

Il suddetto Programma è nato dall'esigenza di prevenire gli eventi avversi in ambito sanitario e, contestualmente, assicurare un'adeguata copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie, con l'obiettivo di perseguire la tutela complessiva della salute degli utenti che si rivolgono al Servizio Sanitario Regionale; ha, inoltre, come finalità, la presa in carico della persona rispetto ai danni eventualmente causati dall'attività sanitaria, la prevenzione, gestione e risarcimento degli eventi avversi, nonché l'obiettivo di una maggiore tutela, serenità e trasparenza degli operatori del Servizio Sanitario Regionale nello svolgimento della propria attività professionale.

Con la successiva L.R. 7 novembre 2012, n. 13: "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale" sono state disciplinate, in particolare, le forme di gestione diretta dei sinistri e le modalità di corresponsione dei risarcimenti conseguenti a responsabilità civile per l'attività sanitaria delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per migliorare l'efficienza e la trasparenza dei relativi procedimenti, per ottimizzare la gestione delle risorse per tale tipo di rischio, nonché per conoscere le cause degli errori e ridurre gli eventi avversi prevenibili.

Nell'anno 2014 con la LR 28/2013 sono state apportate modifiche alla Legge regionale 13/2012 con particolare riferimento alle fasce economiche di competenza rispettivamente aziendale e regionale nel senso di prevedere una prima fascia in cui sono ricompresi i sinistri entro la soglia di euro 250.000,00 e una seconda fascia che ricomprende sinistri oltre la predetta soglia.

Nell'anno 2014 non è più prevista una fascia con copertura assicurativa a seguito del recesso dall'1/1/2014 della Compagnia QBE che assicurava i sinistri sopra la soglia di euro 1.5 milioni.

Conseguentemente, il programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie è stato aggiornato con delibera di Giunta Regionale n. 2079 del 23/12/2013 da applicarsi per i sinistri pervenuti dall'1/1/2014, fermo restando quanto previsto dai suddetti atti regionali per l'anno 2013.

In base al nuovo programma, risulta di maggiore centralità il ruolo diretto ed esclusivo delle Aziende sanitarie in ordine ad una fascia di sinistri in cui convergono la maggior parte delle richieste risarcitorie. Anche la fascia di competenza regionale prevede una forma di condivisione tra Aziende sanitarie e Regione, ispirata a principi di collaborazione. È confermato il ruolo del Comitato Valutazione Sinistri aziendale quale organismo tecnico di primaria importanza, deputato alla valutazione dei sinistri.

Inoltre, per quanto attiene ai rapporti tra le Aziende Sanitarie sperimentatrici, alle attività del Responsabile dell'attuazione del Programma regionale e del Nucleo Regionale di Valutazione, trova applicazione la Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 4955 del 10/4/2014 che esplicita operativamente i rispettivi ruoli anche in ordine ai procedimenti di mediazione, ai procedimenti civili e penali con riferimento agli incarichi di difesa connessi alla fascia economica in cui è compreso il sinistro.

Nel 2015 sono proseguite le azioni per la realizzazione del programma regionale per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile.

In conformità con quanto stabilito dalla L.R. 13/2012 (come modificata dalla L.R. 38/2013 e dalla DGR n. 2079/2013), la gestione diretta dei sinistri in ambito aziendale è stata affidata alle figure e agli organismi sotto elencati, che hanno agito in modo sinergico integrando le loro specifiche competenze e in base alla procedura aziendale PA 45, opportunamente revisionata.

L'Unità Operativa Complessa di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio (U.O.C. MLGIR) svolge il compito relativo alla valutazione del caso, sia sulla base della documentazione sanitaria, sia della visita diretta, qualora possibile, in termini di responsabilità professionale con relativa eventuale quantificazione del danno. Nel corso dello studio del caso, il medico legale reperisce la documentazione sanitaria necessaria e formulare una corretta valutazione medico-legale, anche alla luce della conoscenza dei meccanismi organizzativi interni all'Azienda ed al coinvolgimento costante dei clinici, sia quelli coinvolti nella vicenda, sia altri della disciplina, come specialisti "terzi neutrali".

Valutato il caso, provvede – se opportuno – all'attivazione del Team di ascolto e mediazione dei conflitti dell'Azienda che attiva il percorso di mediazione dei conflitti (il Tutor del Team è il Direttore dell'UO di MLGIR).

Nel 2015 sono proseguite le azioni per la realizzazione del programma regionale per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile.

Lo studio dei casi si avvale, appunto, della collaborazione dei professionisti clinici, momento fondamentale per la comprensione della concatenazione dei fatti che hanno dato luogo all'evento avverso, per la valutazione delle sue conseguenze e la messa in atto di azioni di miglioramento in ambito assistenziale. Tale collaborazione fra clinici e medici legali si è rivelata ancora più fondamentale e solida nelle fasi di contenzioso giudiziario, in particolare nei casi in cui si sia reso necessario l'affiancamento del medico legale aziendale da parte di uno specialista clinico.

L'U.O.C. di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio svolge un ruolo fondamentale, non solo nella gestione del contenzioso, ma anche proattivamente sulla gestione del rischio.

Il Direttore dell'U.O.C. di MLGIR, infatti, partecipava sia all'Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure, sia al Nucleo Regionale di Valutazione, integrando l'esperienza aziendale e quella regionale, partecipando e contribuendo attivamente alla formazione continua e sul campo. Attualmente partecipa ancora al Nucleo Regionale di Valutazione dei sinistri ed al Gruppo Regionale Eventi Sentinella ed a quello dei Risk Managers aziendali che hanno, per il momento, sostituito l'Osservatorio Regionale.

Al Servizio Legale e Assicurativo sono state affidate competenze di natura legale-amministrativa e di mantenimento delle relazioni con i Legali rappresentanti del cittadino/utente. Il Servizio Legale e Assicurativo ha agito direttamente nella fase di negoziazione, subito dopo la valutazione medico-legale, la quantificazione del danno e la discussione in Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS), avanzando al richiedente una proposta economica quale risarcimento onnicomprensivo tacitante la pretesa.

Il confronto sui sinistri tra i due Servizi si è realizzato nell'ambito di incontri programmati a livello aziendale (CVS) a cui partecipa, oltre all'U.O.C. di MLGIR, anche il legale esperto individuato a seguito di apposito avviso.

Responsabilità primaria del CVS è la raccolta di informazioni inerenti il sinistro, l'analisi del caso e la valutazione delle criticità emerse, per uno svolgimento più agile delle relative pratiche e per favorire la transazione extragiudiziale. È stata, comunque, sempre assicurata l'integrazione con la funzione aziendale di gestione del rischio, particolarmente agevole nell'AOU di Bologna, essendo espletata dall'U.O.C. di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio che già fa parte del CVS aziendale.

In ambito aziendale si è, pertanto, perseguito l'obiettivo di una fattiva e reciproca stretta collaborazione fra il Servizio Legale e Assicurativo e l'U.O.C. di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio affinché il programma di gestione diretta producesse i suoi effetti positivi, in primis attraverso la gestione in tempi brevi del processo di negoziazione, volta a semplificare il più possibile i passaggi procedurali.

Operativamente, quindi, la gestione e la valutazione degli eventi avversi è avvenuta come segue:

Gestione dei sinistri di prima fascia, di importo inferiore o uguale ad € 100.000,00 (anno 2013) e € 250.000,00 (anno 2014 e seguenti)

La caratteristica peculiare della gestione dei sinistri di prima fascia ha attribuito alle Aziende Sanitarie un ruolo diretto e tendenzialmente esclusivo.

La trattazione del sinistro è stata effettuata direttamente dall'Azienda Sanitaria, tramite il Comitato Valutazione Sinistri, organismo interdisciplinare composto dal Direttore del Servizio legale e assicurativo e/o suo delegato e dal Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio e/o suo delegato che ha, in linea generale, la funzione di attuare una più efficace e puntuale gestione dei sinistri con l'obiettivo di minimizzare l'impatto economico del sinistro stesso ed è deputato ad assumere decisioni circa la definizione dei sinistri, con particolare riferimento alla necessità, opportunità e/o convenienza di giungere ad una definizione transattiva stragiudiziale delle controversie, laddove le valutazioni medico-legali compiute supportino tale determinazione.

Gestione dei sinistri di seconda fascia, di importo superiore ad € 100.000,00 e inferiore o uguale ad € 1.500.000,00 (anno 2013) e superiore a € 250.000,00 (anno 2014 e seguenti)

In relazione alla gestione dei sinistri di seconda fascia, caratterizzati da una maggiore complessità e da un più elevato peso economico, si è attivata una forma di cogestione tra l'Azienda Sanitaria e la Regione ispirata a principi di collaborazione ed attivata sulla base di una procedura standard.

Gestione dei sinistri di importo superiore ad € 1.500.000,00, ossia di tipo "catastrofale" (solo anno 2013)

Per le richieste di risarcimento di danni c.d. catastrofali (quantificati in un importo superiore a 1.500.000,00 euro), si è mantenuta una copertura assicurativa, mediante la stipulazione di un contratto a livello regionale in proprio ed a favore delle Aziende Sanitarie, nell'ambito del quale il ruolo attivo delle Aziende Sanitarie si è caratterizzato nella fase istruttoria e nella gestione delle fasi successive unitamente alla Regione.

Nel 2015 con **Circolare in data 8/4/2015** del Direttore generale sanità e politiche sociali relativa alla regolazione flussi finanziari aziende sanitarie sperimentatrici della Regione Emilia Romagna si è precisato che la fascia del sinistro ai fini della determinazione della rispettiva competenza aziendale e/o regionale, è determinata in base alla liquidazione del danno a favore del danneggiato comprensivo di capitale, interessi e spese. Con riguardo ai sinistri di seconda fascia, le spese sono anticipate dall'Azienda e rendicontate alla Regione entro il mese di ottobre dell'anno di riferimento che rimborserà l'importo liquidato, comprensivo di spese legali e processuali per la quota superiore a 250.000,00. L'Azienda ha pertanto provveduto a rendicontare i casi di competenza regionale ai fini del dovuto rimborso.

Inoltre con **DGR n. 1889 del 24 novembre 2015** la fase sperimentale regionale è stata prorogata fino al 31/12/2016. In tale ambito sono state ammesse alla sperimentazione, a decorrere dal 1/12/2015 l'Azienda Usl di Piacenza, l'Azienda Usl di Parma, l'Azienda Usl di Reggio Emilia, l'Azienda Usl di Modena, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ed è stata contestualmente confermata la partecipazione alla fase sperimentale delle Aziende già precedentemente ammesse: Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda Usl della Romagna, Azienda Usl di Imola, Montecatone Rehabilitation Institute s.p.a.

Poiché l'AOU di Bologna è Azienda capofila del programma regionale, ha provveduto a prorogare il contratto al consulente per la formazione delle aziende sperimentatrici con finanziamento regionale. Ha poi prorogato il contratto di addetto alle attività della gestione diretta fino al 2017.

Con **Circolare n. 17 in data 23/12/2015** del Direttore generale sanità e politiche sociali recanti specifiche tecniche per la corretta gestione del data base sinistri della Regione Emilia Romagna ove le aziende devono registrare i sinistri di loro competenza. Tale disciplinare contiene le modalità di alimentazione della banca dati, le scadenze gli ambiti di applicazione e i contenuti e le codifiche da utilizzare nella imputazione dei sinistri al programma.

7.3.2 Il sistema integrato di Gestione del Rischio

La sanità, in questo particolare momento, sta attraversando una delicata fase caratterizzata dall'accrescimento dei bisogni dei fruitori dei servizi, dall'esigenza di migliorare continuamente la qualità delle prestazioni da erogare e dalla necessità di allocare correttamente le risorse sempre più limitate, nonché aumentare la sicurezza del sistema, condividendo informazioni e scelte anche con gli utenti.

Rendere la sanità più sicura è un obiettivo strategico, ma per raggiungerlo occorre una radicale modificazione culturale, che ancora non ha permeato in profondità l'ambito in cui ci muoviamo. Per tale motivo, la gestione dei rischi deve essere affrontata secondo una visione sistemica e non per compartimenti separati: trattare solo il rischio clinico, o quello assicurativo, oppure relativo alla salute dei lavoratori o all'ambiente di lavoro, ovvero alle tecnologie, ecc., non permette di sviluppare le competenze e la consapevolezza indispensabili per dominare il problema, posto che l'obiettivo principale delle organizzazioni sanitarie è garantire il diritto alla tutela della salute di tutta la popolazione, in ossequio alla sua fundamentalità costituzionale.

La gestione del rischio globalmente intesa mira a raggiungere l'identificazione dei punti deboli del sistema organizzativo o delle inadeguatezze nei meccanismi di difesa (c.d. barriere), per prevenire – nei limiti del possibile - gli incidenti e applicare, proattivamente, i correttivi necessari prima che essi si verifichino e registrare gli elementi di rilievo subito dopo quelli accaduti (per esempio, i necessari campionamenti e le relative indagini microbiologiche nelle infezioni legate all'assistenza e negli infortuni a rischio biologico).

Un approccio veramente integrato alla gestione del rischio in sanità richiede collaborazione, interazione e sinergia fra tutti gli attori.

Gli errori e gli eventi avversi, in particolare quelli che comportano un danno alla persona, possono essere ridotti nel tempo soltanto se nell'Azienda si lavora sinergicamente, in squadra, facendo comunicare fra loro tutti i Servizi/le Unità Operative coinvolte nel sistema di gestione del rischio/sicurezza e nella produzione, perché è indispensabile conoscere a fondo tutti gli eventuali malfunzionamenti del sistema (strutturali, organizzativi, funzionali) e gli errori umani, anche se questi sono spesso solo l'ultima e più appariscente tessera del mosaico.

La gestione del rischio globalmente intesa mira a raggiungere l'identificazione dei punti deboli del sistema organizzativo per prevenire gli incidenti ed agire proattivamente nell'applicazione dei correttivi.

Gli incidenti devono essere studiati non appena rilevati, quando gli accadimenti sono ancora ben presenti nella memoria del personale coinvolto e la sequenza degli eventi è ricordata chiaramente; va eseguito un esame strutturato e obiettivo dei fatti relativi all'evento per rilevare errori attivi o latenti, guasti meccanici o malfunzionamenti di attrezzature, allo scopo di acquisire le conoscenze per potenziare la sicurezza e migliorare le pratiche cliniche.

Identificare accuratamente modalità di mitigazione dei rischi è arduo in assenza di attività di rilevazione sistematica, notifica, registrazione, analisi e feedback delle informazioni sugli incidenti: le procedure di segnalazione e di raccolta devono essere semplici, chiare e comprese nella loro utilità da tutto il personale, garantendo la confidenzialità e fornendo il ritorno delle informazioni e l'evidenza delle azioni correttive.

Se tali principi possono valere in generale per le organizzazioni sanitarie, è logico che la sicurezza delle cure sia fra gli obiettivi prioritari di un'Azienda Ospedaliero-Universitaria con molte attività distintive, come quella di Bologna, dedicata non solo all'assistenza dei pazienti provenienti da tutto il Paese, ma anche alla formazione dei futuri professionisti della salute. Fin dall'anno 2006, le indicazioni regionali hanno concentrato sull'integrazione e sull'interazione fra tutti i professionisti coinvolti nell'organizzazione, nel supporto e nell'erogazione di prestazioni il segreto del successo di un'attività efficace di prevenzione e di gestione del rischio, senza che, tuttavia, si sia riusciti a modificare radicalmente la cultura del rischio e della sicurezza. L'approccio integrato richiede la modificazione dei punti di vista ed il superamento di alcune concezioni da ritenere ormai obsolete: dalla netta separazione che per molti anni ha governato la sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, all'ottica dell'errore umano e di sistema. La tendenza al superamento delle nette separazioni fra settori non è soltanto "funzionale" alle sempre più pressanti esigenze di fornire buone performances ai fruitori dei servizi sanitari, ma anche di adeguare le reali possibilità di provvedere a cure sicure e di qualità, soddisfacendo i veri bisogni di salute della popolazione in maniera appropriata. D'altro canto, la qualità e la sicurezza delle cure è un requisito imprescindibile delle buone pratiche cliniche e delle buone performances in sanità.

Pertanto, l'applicazione di un modello di approccio integrato alla gestione del rischio è stato sviluppato in questi ultimi anni ed è già in essere nella nostra Azienda, tuttavia, sussiste l'esigenza di individuare strumenti sempre più efficaci, in grado di salvaguardare le singole professionalità ma che concorrano allo sviluppo continuo ed al potenziamento del "gioco di squadra". I professionisti devono percepire che è possibile declinare le proprie competenze, pur non perdendo di vista la meta comune della safety governance aziendale.

7.3.2.1 Gli strumenti

La cultura della Patient Safety richiede una comunicazione aperta, onesta ed efficace fra i professionisti della salute ed i pazienti, titolari del diritto all'informazione sulle loro condizioni, sulle loro patologie e sui trattamenti sanitari che li riguardano, inclusi i rischi relativi all'assistenza sanitaria, atteggiamento mentale da acquisire ed affinare fin dalle prime fasi della formazione accademica e professionale.

I pazienti – ed in generale coloro che accedono ai servizi sanitari - hanno diritto al rispetto della loro autonomia, in relazione ad età, maturità, condizioni psicofisiche e competenza decisionale: devono quindi essere attivamente coinvolti ed essere messi in grado di scegliere consapevolmente riguardo alla propria salute, condividendo il percorso di cura e le relative decisioni con i sanitari curanti (Shared Decision Making).

Pertanto, nel tentativo di promuovere nuove modalità, oltre alla tradizionale formazione in aula, al refreshing sulle procedure critiche (fra le quali sempre figurano quella relativa all'informazione ed all'acquisizione del consenso del paziente ai trattamenti sanitari e quella inerente la corretta redazione e tenuta della documentazione sanitaria, segnatamente della cartella clinica), nonché alle attività di audit, si è promossa molta più formazione sul campo, nelle Unità Operative ed all'interno di meeting clinici, allo scopo di raggiungere gli operatori nel loro contesto professionale.

Sono stati mantenuti operativi gli strumenti classici di gestione del rischio, già messi in atto negli anni precedenti, quali:

- **l'identificazione dei punti deboli del sistema organizzativo o delle inadeguatezze nei meccanismi di difesa**, per agire e rimediare agli inconvenienti e riuscire ad applicare i correttivi necessari prima che un incidente si verifichi: la gestione attiva del rischio deve mirare a un monitoraggio continuo per la rilevazione degli errori;
- **l'analisi dei reclami, degli infortuni, delle segnalazioni spontanee degli operatori e del contenzioso** per un'identificazione *ex post* delle aree di maggiore criticità, in quanto fonti potenziali di reiterazioni di eventi avversi o di near miss, al fine di pianificare e di attuare azioni di miglioramento mirate;
- **la raccolta e l'analisi della segnalazione di incidente occorso in ambito sanitario** consente, se effettuata tempestivamente, la più adeguata gestione della crisi, dei rapporti interni fra i professionisti, il paziente ed i suoi famigliari; tra gli operatori fra loro e con la direzione aziendale, e di quelli esterni (con i mass media e gli altri enti). Consente, inoltre, l'attivazione del team di ascolto e mediazione dei conflitti aziendale per mitigare gli aspetti conflittuali della vicenda.

Per quanto attiene alla gestione del contenzioso, si è ancora nella fase sperimentale del Programma regionale, che ha inizialmente coinvolto sei Aziende sanitarie, inclusa l'AOU di Bologna, capofila del progetto, a cui si sono aggiunte l'Azienda USL di Imola e l'Ospedale Riabilitativo di Montecatone e, dal 01/12/2015, le altre sei Aziende di AVEN.

Il Programma, volto anche ad arginare i costi dei contratti assicurativi, ha comportato, necessariamente, una crescita culturale nell'ambito della gestione del contenzioso, sviluppando le competenze medico-legali, legali e assicurative necessarie.

Ha, però, reso più cogente il problema dell'obbligo di rivalsa sul professionista nei casi d'individuazione di colpa grave da parte della Corte dei Conti, producendo un'ulteriore difficoltà - rispetto a quelle già esistenti legate alla responsabilità penale, civile e disciplinare - che può precludere la fattiva collaborazione degli operatori sanitari alla gestione del rischio, di quello clinico in particolare (problema al quale si ovvia, in concreto, con l'assicurazione per la colpa grave da parte del professionista, ma che può "incrinare" i rapporti fra professionista e Azienda, soprattutto se non sono spiegati adeguatamente al professionista la portata della responsabilità contrattuale e i risvolti della responsabilità contabile).

Tuttavia, si è convinti che l'obiettivo debba essere quello di "aggredire il sinistro", facendo funzionare un sistema efficace di segnalazione spontanea degli eventi avversi da parte del personale e cercando di ridurre notevolmente i tempi di istruttoria, di accertare l'accaduto presso la struttura sanitaria dove si è verificato l'evento per la formulazione di un primo parere sulla fondatezza o meno della richiesta, in maniera da consentire, laddove ne ricorrano gli estremi, di dare rapida ed equa risposta. Pertanto, si è intrapresa la strada di utilizzare parte delle risorse organizzative, umane e finanziarie per risarcire direttamente i danni prodotti nello svolgimento dell'attività sanitaria, anche per mantenere maggiore e costante consapevolezza di quanto accade nelle strutture sanitarie, ai fini del miglioramento della sicurezza delle cure, per accompagnare il cittadino nel percorso e per ridurre i tempi di ristoro del danno. Ciò nell'ottica di una tutela complessiva della salute dei cittadini, con la presa in carico della persona anche rispetto ai danni eventualmente causati dall'attività sanitaria, diventando responsabili dei percorsi di cura nella loro interezza, anche per quanto attiene alla gestione degli eventi avversi dai quali siano derivate conseguenze dannose, garantendone, in caso di accertata responsabilità, il risarcimento.

Tuttavia, se il presupposto principale della rinuncia all'assicurazione risiede nella volontà di ridurre i tempi di gestione e di ridare fiducia sia ai cittadini, sia ai professionisti, è pur vero che ciò richiede una solida organizzazione, fondata su una robusta tecnostruttura (anche in termini di numero di risorse umane, oltre che di competenze specifiche).

Ciò in quanto sia la partecipazione al Nucleo Regionale di Valutazione, sia al gruppo di lavoro per la costituzione dell'Osservatorio Sicurezza delle Cure, oltre a tutte le altre attività medico-legali e formative nei vari ambiti espletate anche sul livello regionale, risultano molto impegnative.

La gestione dei sinistri è diventata, alla luce del Programma regionale, parte integrante di una politica di gestione del rischio alla cui attuazione concorrono, nel rispetto delle distinte attribuzioni, sia le Aziende, sia la Regione Emilia-Romagna.

L'attribuzione alle Aziende Sanitarie di un ruolo nella gestione dei sinistri (autonomo e diretto nella prima fascia, nel 2013 fino a 100.000,00 euro, dal 1 gennaio 2014 fino a 250.000 euro e di tipo collaborativo con la Regione per quanto concerne i sinistri rientranti nella fascia superiore a tale soglia), ha inoltre reso necessaria l'attivazione di un percorso che, nel rispetto dell'autonomia aziendale ed organizzativa di ciascuna Azienda Sanitaria, garantisca l'adozione di procedure efficaci e abbastanza omogenee sull'intero territorio regionale, per cui oltre alla responsabilità dell'attuazione del Programma Regionale a livello aziendale, l'Unità Operativa di Medicina Legale e

Gestione Integrata del Rischio ha curato e cura la formazione del personale delle Aziende sperimentatrici.

Sul livello aziendale, quando sono inoltrati all'Azienda reclami codificati dall'URP come "codici rossi", vale a dire contenenti un'esplicita richiesta di risarcimento danni, la gestione del sinistro avviene come segue:

- formulazione di un parere medico-legale con l'espressione di un giudizio valutativo sull'eventuale "tenuta" del caso in giudizio, cui può conseguire o meno la scelta di una soluzione transattiva in sede stragiudiziale (da discutere in sede di Comitato Valutazione Sinistri aziendale, insieme al Servizio Legale e Assicurativo), con analisi finalizzata anche al miglioramento dei percorsi e individuazione di eventuali punti di debolezza del sistema;
- attivazione, se e quando opportuno, del percorso di ascolto-mediazione dei conflitti;
- visita medico-legale dei danneggiati, quando possibile, attraverso il proprio personale strutturato (medici legali dipendenti dell'Azienda); tale coinvolgimento, agevola l'apprendimento della qualità percepita da parte dei pazienti nonché la conoscenza di aspetti legati alla comunicazione e/o all'organizzazione, spesso alla base del contenzioso;
- la valutazione dei casi di contenzioso potenziale (i c.d. "codici gialli"), con istruttoria delle pratiche, disamina dei casi e attivazione del percorso di ascolto e mediazione dei conflitti;
- l'inserimento nel software per la gestione del contenzioso della parte di competenza medico-legale;
- il fornire raccomandazioni e consulenze, nonché contribuire attivamente all'elaborazione di procedure;
- il prestare assistenza come consulente tecnico di parte in ambito penale, quando richiesto dal/i professionista/i e come consulente di parte dell'Azienda e dei professionisti in ambito civile.

7.3.2.2 L'assetto organizzativo

L'organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio fa capo ad una funzione in staff alla Direzione Sanitaria aziendale e si esprime anche attraverso il Collegio di Direzione, con il coinvolgimento dei servizi trasversali e di supporto. Da tempo, peraltro, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria è fortemente orientata verso il continuo sviluppo di un sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul lavoro che si coniughi inscindibilmente e sinergicamente con la Gestione del Rischio aziendale, operando in base ad un modello organizzativo che ha chiaramente delineato le responsabilità della Direzione strategica, dei dirigenti e dei preposti aziendali, così come previsto dal D. Lgs. 81/08 e s.m.i.

L'Area "Sicurezza delle cure", posta appunto in staff al Direttore Sanitario aziendale e che comprende la struttura semplice Governo clinico, Qualità e Formazione e la struttura complessa Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, è stata istituita con la riorganizzazione aziendale messa a punto e applicata dal 1 febbraio 2012.

L'organizzazione integrata della gestione del rischio fa capo ad una funzione in staff alla Direzione Sanitaria aziendale e si esprime anche attraverso il Collegio di direzione.

Sovrintende alla radioprotezione dei lavoratori coordinando gli esperti qualificati aziendali e si integra saldamente con il S.P.P.A., con la Sorveglianza Sanitaria aziendale, con la Comunicazione e l'Ufficio Stampa, con l'URP e rapporti con le Associazioni di Volontariato, con l'Ingegneria Clinica e Informatica Medica, con la Farmacia Clinica, ecc..

Nell'ambito del controllo del rischio infettivo, si è data attuazione alle Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per il governo del rischio infettivo correlato all'assistenza (DGR 318/2013), partecipando al Nucleo Strategico ed al Nucleo Operativo "Controllo ICA", collaborando altresì alle iniziative formative e informative rivolte agli operatori sanitari ed agli utenti.

Si è continuato a lavorare all'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali sulla "Prevenzione degli eventi sentinella" e sulla "Sicurezza in Sala operatoria".

7.3.2.3 Il Piano strategico aziendale per la gestione del rischio

Al fine di perseguire una politica aziendale di miglioramento continuo della qualità delle cure, si sono delineati quali obiettivi strategici:

- **Rafforzare e sostenere a livello aziendale la cultura della sicurezza dei pazienti e degli operatori:** favorire il contesto culturale di riferimento e le competenze inerenti la gestione del rischio, "costruendo" la consapevolezza della centralità della safety e della security nell'attività quotidiana, per questo è stata messa in atto un'opportuna formazione, anche integrata (corsi obbligatori ai sensi del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. corredati delle parti relative alla gestione del rischio clinico, in particolare rischio biologico/rischio infettivo);
- **Potenziare la rete per la gestione del rischio (coinvolgimento attivo di tutti gli attori):** la realizzazione di un approccio sistemico alla gestione del rischio richiede l'interazione delle diverse professionalità coinvolte, garantendo un approccio multidimensionale alla complessità del sistema, pur all'interno di una visione unitaria, in quanto non vi è settore aziendale che non sia attivamente coinvolto nell'aumento della sicurezza del sistema;
- **Implementazione dei processi d'informatizzazione aziendale relativi alla gestione della documentazione sanitaria e della terapia farmacologica:** l'obiettivo è arduo, costoso, ma imprescindibile per sperimentare sul campo la riconosciuta maggiore affidabilità di una gestione informatizzata dei processi di compilazione, tenuta e conservazione della documentazione sanitaria oltre che di prescrizione e registrazione della somministrazione della terapia farmacologica, come efficace strumento di prevenzione degli errori (ausilio nel calcolo dei dosaggi, alerts per eventuali sovra-sottodosaggi, interazioni fra farmaci, evitare gli errori di ricopiatura, ecc.) e di fedele tracciabilità rispetto a "chi ha fatto cosa";
- **Includere nel sistema informativo per la rilevazione trasversale delle attività aziendali i dati (indicatori di esito) di interesse per la gestione del rischio:** le attività di identificazione e mappatura dei rischi implicano adeguati flussi informativi intraziendali relativi ai principali indicatori di esito inerenti la qualità delle cure;

- **Individuazione delle criticità e priorità di intervento:** focalizzare pochi, ma chiari e definiti obiettivi, modulati in base alle informazioni provenienti dalle varie fonti disponibili: flussi informativi con indicatori di esito, incident reporting, controlli di qualità sulla documentazione sanitaria, analisi del contenzioso, analisi dei reclami, ecc., paragonando i dati contenuti nei relativi database, al fine di poter valutare la percezione degli operatori (incident reporting), dei cittadini fruitori dei servizi (reclami) e quanto di tutto ciò si trasforma in sinistri;
- **Promuovere il miglioramento della comunicazione interna a tutti i livelli e delle relazioni tra operatori e tra operatori e pazienti:** diffondere la cultura della "buona comunicazione" fra i professionisti sanitari e della sua imprescindibilità per la prevenzione degli errori legati ad un difettoso passaggio di informazioni nelle attività diagnostico-terapeutiche (la cartella clinica come strumento di lavoro del clinico, ma anche come efficace strumento di comunicazione fra i professionisti che si avvicinano nelle cure e, pertanto, necessariamente integrata: l'efficace integrazione richiede l'informatizzazione e la possibilità di accesso contemporaneo da parte di più operatori, da punti diversi, anche in contemporanea); diffondere e sviluppare competenze in merito alla prevenzione/gestione di relazioni conflittuali con i colleghi e con i cittadini/pazienti oltre che alla gestione di situazioni emotivamente intense.

Ancora, in particolare, nel 2015 si è dato ulteriore seguito ad attività rilevanti e già intraprese, ma ritenute importanti dalla Regione:

- rispetto alle indicazioni relative all'allontanamento di pazienti dalle strutture sanitarie, l'AOU di Bologna ha ottemperato alla messa a punto di una procedura interaziendale concordata con le altre Aziende provinciali (Azienda USL di Bologna, di Imola e IOR) e con la Prefettura di Bologna, come da indicazioni regionali, contestualizzandola anche per la propria realtà aziendale;
- riguardo alle Linee di indirizzo sulla gestione clinica del farmaco, sulla ricognizione e la riconciliazione farmacologica, si è continuata la formazione (anche sul campo) per l'implementazione della relativa procedura revisionata nel 2013;
- in merito alla prevenzione e alla gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie, si è continuata l'attività di formazione e si è sottoposta a revisione la procedura aziendale, mettendo a punto anche documenti relativi all'ambito ostetrico, neonatale e pediatrico;
- relativamente alla prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO, pure è stata condotta una formazione specifica (anche sul campo), anche in occasione della revisione della procedura e della messa a punto di varie indicazioni e istruzioni operative, unitamente ad un manuale d'uso del terminale, sottoposto ad alcune modifiche;
- in relazione alla prevenzione della violenza sugli operatori sanitari, è stato organizzato un corso specifico di formazione dedicato, in particolare, ai professionisti (medici e infermieri) dei diversi Pronto Soccorso dell'AOU di Bologna; durante l'anno si è svolta anche una formazione in materia di ascolto empatico per la prevenzione e gestione dei conflitti;

- riguardo l'importante obiettivo di migliorare la sicurezza degli interventi chirurgici attraverso la definizione e la promozione di raccomandazioni e standard di sicurezza, rafforzandone i processi pre-operatori, intra-operatori e post-operatori, durante l'anno la procedura aziendale "per l'identificazione del paziente sottoposto a intervento chirurgico, per l'identificazione del sito dell'intervento e per la conferma dell'intervento" è stata sottoposta a revisione, tutt'ora in corso. A tal fine, è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale con l'obiettivo di fornire strumenti e regole più appropriate agli specifici contesti operativi.

7.3.3 L'Applicazione della normativa privacy

Anche nell'anno 2015 l'Azienda, sia in relazione all'emissione dei provvedimenti dell'Autorità Garante in ambito sanitario sia in relazione all'evoluzione del contesto normativo italiano ed europeo ha provveduto a:

- aggiornare le designazioni dei Responsabili e degli Incaricati del trattamento;
- aggiornare il sito intranet dedicato alla privacy in modo da rendere sempre disponibile la documentazione predisposta e gli strumenti necessari per l'applicazione della normativa, le misure di sicurezza ed i comportamenti da adottare;
- eseguire iniziative di formazione ed informazione aziendali ma anche di unità operativa e di dipartimento a secondo delle differenti problematiche incontrate dal personale.

Continuano le azioni sulla privacy per la gestione il dossier sanitario elettronico, sicurezza informatica e gestione del fascicolo sanitario elettronico.

Relativamente al trattamento dei dati sensibili con modalità informatizzate è stato attivato, in convenzione con l'Azienda USL di Bologna, il progetto relativo alla mappatura ed analisi dei sistemi informativi utilizzati per il trattamento di dati personali da parte delle singole unità operative afferenti ai DAI al fine di migliorare le misure di sicurezza in uso presso l'Azienda.

Grande attenzione ed impegno sono stati posti al tema del **DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO** (DSE) per la gestione del quale sono state attivate le seguenti azioni: programmazione di una specifica sezione DSE nell'ambito dell'attività formativa aziendale con l'obiettivo di sensibilizzare e creare consapevolezza sul significato ed importanza dello strumento DSE nei professionisti, chiara definizione di regole e predisposizione di strumenti cartacei ed informatizzati ad hoc. In linea con quanto disposto dal Garante in tema di dossier sanitario sono state rese disponibili a tutti i professionisti:

- maschere di acquisizione del consenso alla costituzione del DSE nel sistema aziendale denominato "Galileo",
- predisposte: una specifica informativa per l'acquisizione del consenso, una locandina ed un opuscolo destinati ai pazienti
- strutturati manuali e istruzioni operative per supportare il personale nella gestione del DSE;

E' stato inoltre progettata la predisposizione di uno strumento informatizzato per il monitoraggio dell'acquisizione del consenso DSE e la rendicontazione puntuale e sistematica ai professionisti dei DAI.

L'istituzione del Punto Informativo Privacy presso il Pronto Soccorso generale si è rivelata una buona modalità di intervenire nel percorso di acquisizione del consenso DSE per il paziente. Il numero dei consensi DSE raccolti è notevolmente aumentato facilitando l'attività svolta dai professionisti delle strutture sanitarie a cui accede il paziente, dopo l'accesso al PS generale.

Per quanto riguarda il recepimento delle "Disposizioni in materia di consegna dei referti tramite **FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO**" emanate dal Direttore Generale alla Sanità e alle Politiche Sociali, in cui si richiedeva alle aziende sanitarie un piano di attivazione del servizio di consegna referti mediante Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) in collaborazione con l'Azienda USL, è stato predisposto un piano operativo con individuazione delle varie azioni da intraprendere, con particolare attenzione agli adeguamenti informatici necessari all'implementazione della consegna dei referti tramite FSE e alla definizione di un'adeguata campagna informativa rivolta agli utenti, al fine di incentivare l'attivazione del FSE.

7.3.4 Il recupero dell'efficienza dei servizi di supporto

Le attività 2015 dell'area Servizi di Supporto alla Persona (SPP) sono parte di un progetto triennale (2013-15) di razionalizzazione, riorganizzazione, miglioramento dei servizi. Il progetto si colloca nel quadro strategico aziendale ed agisce sui servizi di supporto alla persona per favorire una ulteriore qualificazione ed il potenziamento delle funzioni primarie istituzionali del Policlinico, di prevenzione, cura e riabilitazione.

Le attività 2015 dell'area Servizi alla persona sono parte di un progetto triennale (2013-15) di razionalizzazione, riorganizzazione, miglioramento dei servizi. Base per un ulteriore fase di sviluppo ed innovazione a partire dal 2016.

7.3.4.1 Obiettivi

La struttura Servizi di supporto alla persona agisce per ricomporre processi ed attività tradizionalmente frammentate su più funzioni e unità organizzative, con l'intento di ottimizzare, razionalizzare, migliorare gli output dei processi stessi, con un'attenzione doppia, alla qualità del servizio e alla razionalizzazione dei costi.

L'azione si esercita in parallelo sul miglioramento dei servizi in gestione interna ed appaltata, provvedendo alla riprogettazione dei servizi per i futuri contratti, da attivare alla scadenza di quelli in vigore.

Si possono individuare quattro macro ambiti progettuali di intervento di SSP, il primo trasversale e di sostegno alla struttura di governo delle attività, gli altri focalizzati su processi specifici:

- Organizzazione e sviluppo delle competenze
- Alimentazione e servizi di Ristorazione
- Accoglienza e Servizi commerciali
- Servizi per il comfort e la sicurezza delle persone

Su tutti i fronti individuati, in stretta collaborazione con la Direzione generale, sono state ulteriormente qualificate le relazioni con altre aziende sanitarie ed altri soggetti del territorio al fine di costruire nel triennio 2016-18 ulteriori azioni di sviluppo in un'ottica di sinergia a livello di area metropolitana.

7.3.4.2 Organizzazione e sviluppo delle competenze

Sulla base della progettazione della nuova organizzazione nel corso del 2015, è stata gestita la struttura tenendo fede ai seguenti aspetti:

- focalizzazione delle responsabilità, competenze e mansioni;
- gestione per obiettivi personali e di gruppo;
- raccolta e gestione di indicatori di performance e customer satisfaction;
- azione sistematica di confronto e crescita professionale.

La struttura ha supportato la messa a regime del processo di integrazione delle responsabilità di carattere gestionale sul fronte tecnico-operativo con la responsabilità economica e contrattuale seguendo l'impostazione e gli indirizzi assegnati dalla direzione.

Sono stati impostati e rafforzati nel corso dell'anno i rapporti con le strutture trasversali, in particolare con i nuovi Programma Igiene Ospedaliera e prevenzione ed Epidemiologia e controllo rischio infettivo correlato alle organizzazioni sanitarie, con cui si sono avviate diverse attività in sinergia sul fronte operativo con interfaccia le unità operative da un lato e la Direzione aziendale dall'altro.

Per migliorare gli output dei progetti di competenza è stato rafforzata la collaborazione con le strutture responsabili del Controllo di gestione e sistema Informativo da un lato e delle Tecnologie e sistemi informatiche dall'altro.

In collaborazione con la struttura Progettazione, sviluppo, investimenti è stato presidiato il progetto europeo EcoQuip, in cui Aosp partecipa per l'Italia. Il progetto è indirizzato allo scambio/adozione di pratiche innovative a livello dei partner EU ed Aosp partecipa con l'intenzione di rafforzare e in parte finanziare il progetto di innovazione sui servizi alberghieri, anche supportando il nuovo percorso di gara atteso in avvio durante il 2016.

La struttura SSP ha partecipato all'avvio del nuovo Polo CTV insieme alle altre strutture coinvolte, attivando in particolare soluzioni innovative per la gestione dei servizi di logistica beni e persone ai piani a supporto ed integrazione del personale sanitario. Queste soluzioni, in ottica di sperimentazione, contribuiscono ad alimentare un progetto pilota per testare soluzioni gestionali innovative nella prospettiva di un nuovo modello di servizio per il comfort e la sicurezza della persona in supporto dei reparti, più efficace ed ottimizzato fra gestione interna ed esterna, che sarà anche il format di riferimento per la futura gara d'appalto.

Anche nell'anno 2015 è continuata la stretta collaborazione con i Coordinatori delle Unità operative e con tutte le altre strutture aziendali. Con i Coordinatori ed il servizio Infermieristico aziendale si è lavorato in particolare all'analisi del modello organizzativo legato alla gestione dei servizi di supporto con particolare tensione alla individuazione di soluzioni e proposte migliorative per le attività di competenza del personale interno e degli appaltatori.

Nel 2015 è stata consolidata la struttura organizzativa interna per il governo delle attività con un duplice obiettivo, presidiare la qualità dei servizi nelle unità operative da un lato ed individuare le aree di miglioramento per i futuri contratti d'appalto dall'altro. Si è operato in stretta collaborazione con le altre strutture aziendali e con il contributo tecnico-scientifico dell'Università. Si costruiscono i presupposti per sostenere una successiva fase di sviluppo e qualificazione dei processi innovativi attesi.

Sul fronte specifico della organizzazione del Settore Ristorazione, si è provveduto ad un consolidamento della struttura specifica, focalizzando ulteriormente i ruoli di coordinamento sulle aree produttive più coinvolte dai processi di miglioramento. Sono stati avviati alcuni progetti pilota di ricerca e collaborazione con alcune unità operative sul fronte dell'Alimentazione in supporto alla cura, come meglio definito più oltre.

Sono proseguite attività specifiche di ricerca e collaborazione con le Università, in particolare con l'Università di Bologna e soprattutto con l'Università di Modena e Reggio Emilia, con progetto legati alla ottimizzazione/informatizzazione dei servizi di trasporto pazienti e alla predisposizione della nuova gara per servizi alberghieri, con attenzione anche alla creazione di reportistiche ed archivi dati ottimizzati ed allineati con il Controllo di gestione aziendale.

7.3.4.2.1 Progetto "Coor-Lab" - Laboratorio con i coordinatori su aree trasversali

E' stato consolidato il progetto "Coor-Lab", avviato con la Direzione Generale all'avvio del progetto triennale di riorganizzazione nel 2013. Obiettivo consolidare un sistema di relazione/partecipazione con i Coordinatori infermieristici delle Unità operative.

Il progetto Coor-Lab si configura come una piattaforma di confronto e scambio per affrontare e condividere tematiche di lavoro con i Coordinatori Sanitari

Si ricorda che il "Coor-Lab" si configura come piattaforma di confronto e scambio per affrontare e condividere tematiche di lavoro, aree di miglioramento, nuovi progetti ed è composta da diverse azioni e strumenti:

- interventi in plenaria (tutti i coordinatori, tutte le tematiche);
- interventi in piccolo gruppo (coordinatori a partecipazione volontaria, focalizzati per tematica)
- colloqui e confronti sul campo (incontri piccolo gruppo, visite ad personam);
- un'area dedicata sulla intranet aziendale con documentazione, piano incontri e spazio osservazioni.

Il laboratorio agisce con i seguenti compiti:

- stato avanzamento/monitoraggio condiviso delle soluzioni gestionali adottate;
- analisi/confronto sulle problematiche tecniche specifiche riscontrate nelle aree di riferimento, valutazione della risposta ai bisogni, delle tempistiche e modalità di soluzione ai problemi, proposte di miglioramento;
- individuazione, valutazione, monitoraggio di strumenti e procedure di lavoro;
- analisi di trend di indicatori tecnico-economici: SLA (Service Level Agreement), KPI (Key Performance Indicator), Budget;
- ipotesi di nuove soluzioni tecniche e gestionali, lancio di nuovi progetti.

Il laboratorio, nel corso del 2015, ha visto in particolare un lavoro di approfondimento del modello organizzativo di servizio nel reparto, con analisi di carichi di lavoro, responsabilità e funzioni.

Obiettivo del progetto mettere a punto, in un sistema di co-progettazione, i dati e le specifiche di un modello di gestione integrato, ottimizzato fra gestione interna ed esterna. Sono stati coinvolti circa 40 unità operative con modalità di lavoro a piccoli gruppi.

7.3.4.3 Alimentazione e servizi di Ristorazione

Le azioni individuate si collocano nel contesto del progetto triennale (2013-15) di riorganizzazione, razionalizzazione, miglioramento dei servizi di ristorazione (vedi anche rif. progetto specifico ex art.16) con le seguenti finalità:

- ottimizzazione della produzione, gestione ed organizzazione del servizio;
- razionalizzazione della spesa, per ridurre i costi del processo di circa il 15% in 3 anni;
- potenziamento della capacità di generare reddito del settore, attraverso la valorizzazione dell'offerta e lo sviluppo del mix di prodotti/servizi a pagamento;
- attivazione di progetti di miglioramento ed innovazione sul mix di proposta alimentare attingendo a pratiche eccellenti nazionali ed internazionali.

Sono individuate alcune azioni di intervento specifiche:

a) il continuo monitoraggio della riorganizzazione del personale di cucina e relative responsabilità/mansioni con l'obiettivo di migliorare la produttività, ridurre le inefficienze, migliorare il clima interno.

Sono continuamente monitorati i turni che hanno permesso l'assorbimento del personale in questo triennio. L'organico al 31.12.2015 è pari a 108 persone, con una riduzione di ulteriori 6 unità rispetto all'anno 2014, tutte in uscita per pensionamento. La riorganizzazione ha confermato di poter tenere sotto controllo straordinari e assenze.

E' stato ulteriormente consolidato il progetto "sociale" di inserimento LPU (lavoratori pubblica utilità) avviato nel 2013; i dati registrano un ulteriore aumento delle persone accolte anche nel 2015 (sono state 232 per un totale di 22.885 ore lavorate). Il personale LPU è stato utilizzato per supportare il personale interno in diversi ruoli e mansioni, tutti di carattere accessorio rispetto alla produzione in senso stretto.

Riguardo la crescita delle competenze del personale, nel 2015 è stato avviato il percorso biennale di ricerca/formazione con l'Università di Scienze Gastronomiche di Pollenzo fondata da SlowFood, teso a trasferire al personale di cucina una formazione ampia e differenziata sul prodotto alimentare e sulla cultura gastronomica, con particolare attenzione alla relazione fra cibo e salute. Sono stati coinvolti nel programma circa 40 operatori, selezionati in base al ruolo e alle mansioni svolte.

Nel 2015 è stata realizzata un'altra iniziativa di particolare valore ai fini della qualificazione delle competenze del personale. In occasione del Congresso nazionale su Oncologia Ginecologica e Alimentazione (promosso dal dott. Deiacò e dalla Dott.ssa Perrone), i cuochi della cucina del S.Orsola hanno lavorato fianco a fianco con lo chef Pietro Leeman e gli chef del Ristorante Joia di Milano, unica stella Michelin in Europa per la cucina vegetale.

Il settore ristorazione è stato oggetto di ulteriori azioni di riorganizzazione e miglioramento dei servizi che ha portato risparmi consolidati per oltre 3 milioni di Euro rispetto all'avvio del progetto.

Hanno preparato insieme un menu speciale, offerto per l'occasione ai congressisti e, in forma ridotta, anche ai pazienti dell'ospedale. Il menu è stato elaborato con tecniche particolari e materie prime selezionate, ad un costo in linea con i costi aziendali.

L'organizzazione ed il clima all'interno del personale della Ristorazione sono migliorati, trend confermato anche dai dati gestionali (fra cui ad es. le percentuali di assenza e di straordinario). Periodicamente sono organizzate riunioni collegiali per coinvolgere tutte le persone nel processo di avanzamento del progetto complessivo.

b) una ulteriore revisione degli appalti esterni nell'ottica della razionalizzazione ed ottimizzazione dei processi, in sinergia fra gestione appaltata e gestione diretta; oltre alla conferma delle pulizie di cucina internalizzate (assegnate ai cuochi a fine turno con l'intento di accorpate attività e responsabilità sul posto di lavoro e contemporaneamente risparmiare), è stata consolidata la revisione del trasporto carrelli vitto in collaborazione con il fornitore, così come la revisione del servizio di lavaggio carrelli con operosa, aree in cui è stato riorganizzato il servizio e ridotta la quota di costo a carico dell'azienda.

c) una continua revisione degli acquisti di prodotto alimentare e materiali di consumo, con l'obiettivo di migliorare la resa dei menu nel rapporto qualità-prezzo del mix prodotto-servizio (sia per i degenti che per gli utenti di mensa); sono state confermate scelte di razionalizzazione e miglioramento del paniere d'acquisto (pezzature/confezioni più grandi, meno prodotti confezionati, semplificazione menu veloci) ed attivati sistemi di controllo e verifica dei prodotti utilizzati per evitare sprechi di produzione. Il costo dei prodotti alimentari ha rispettato gli obiettivi di budget 2015 e potrà essere ulteriormente migliorato nel 2016 con ulteriori azioni. Da approfondire anche le strategie di acquisto, in relazione alle nuove gare Intercent ER da un lato e ai progetti innovativi avviati dall'altro.

d) la conferma della riorganizzazione della mensa malpighi, con linea veloce potenziata per incontrare le esigenze degli utenti, in attesa di dar vita ad un progetto più strutturato sul futuro delle mense, in sinergia con l'avvio atteso per la nuova concessione dei servizi commerciali. L'inserimento della linea veloce si conferma una scelta di successo ed apprezzata dagli utenti, con circa il 30% di gradimento. Sulla Mensa S.Orsola è prevista un'azione specifica di miglioramento con azioni specifiche nel primo semestre 2016. In occasione della riorganizzazione complessiva delle mense sarà valutato altresì lo sviluppo di nuovi sistemi di accesso/pagamento automatici (per ottimizzare l'organizzazione, migliorare la tempistica di attesa e fruizione del servizio, rendere più ampio/diversificato l'accesso al servizio) .

e) un continuo monitoraggio del sistema di autocontrollo HACCP (in collaborazione con Programma Igiene e Settore Dietistico).

g) monitoraggio della soddisfazione dell'utente con strumenti ad hoc, in stretta collaborazione con Area Comunicazione e Università di Scienze Gastronomiche di Pollenzo, partner per la formazione/ricerca.

Tra le azioni di comunicazione progettate la presentazione dell'esperienza del S. Orsola sulla spending review virtuosa su Rai3

Con l'Area comunicazione sono state condotte diverse azioni di promozione e sviluppo delle attività specifiche dell'Area della Ristorazione e dei Servizi alla Persona, dedicando particolare attenzione alle relazioni stampa sul caso "spending review virtuosa" e adozione del progetto di cui all'Art 16 (ritorno al personale di cucina di parte dei risparmi ottenuti con il progetto di miglioramento della ristorazione aziendale).

Sul fronte della Comunicazione interna resta da sviluppare un'area web intranet dedicata al servizio, con la predisposizione del menu on-line di mensa e la pubblicazione di informazioni specifiche sui contenuti del servizio a vantaggio dei dipendenti.

E' stato ulteriormente implementato il progetto di recupero pasti non consegnati, in collaborazione con Last Minute Market; ai circa 20 pasti al giorno (cene) già recuperati, che valgono oltre 6000 pasti anno, è stata valutata la possibilità di recuperare altri pasti non consumati durante il pranzo di mensa.

Rispetto alla formazione del personale, oltre alle iniziative già citate, si ritiene opportuno citare l'avvio di un confronto con le principali scuole alberghiere del territorio (es. Riolo Terme, Castel S.Pietro Terme, Serramazzoni) con le quali si ipotizza di attivare scambi formativi e stage dall'anno 2016.

Per quanto riguarda i risultati economici del progetto, con specifico riferimento al contesto di applicazione ex art. 16 del D.L.98/2011 e alla conseguente distribuzione di incentivi al personale, sono stati consolidati ed ulteriormente migliorati gli obiettivi di risparmio attesi per l'anno 2015 consuntivando un risparmio di circa 1,3 milioni di Euro rispetto al 2011. A livello del triennio 2013-15 il risparmio aggregato si attesta a oltre 3 milioni di euro rispetto ai 2,5 milioni di euro previsti, con una riduzione media di circa il 16% sui costi del periodo.

7.3.4.4 Accoglienza e servizi commerciali

Il progetto innovativo di concessione dei servizi commerciali integrati, comprendente bar e ristorazione commerciale così come negozi e nuovi servizi all'utenza, dopo la scadenza del primo bando nella primavera 2015 senza nessuna offerta, è stato oggetto di revisione e nuovo bando di gara a novembre 2015. La scadenza della gara e l'avvio del contratto sono previsti nel 2016.

Una volta avviato, il nuovo progetto consentirà di migliorare la piattaforma dei servizi offerta all'utenza ed il ritorno economico per l'azienda, che potrà accedere a risorse aggiuntive per qualificare ulteriormente i servizi.

Il nuovo progetto relativo ai servizi di accoglienza e commerciali (progetto Smart hospital) è da intendersi un progetto per tutti, pazienti e loro famiglie, personale sanitario, studenti e ricercatori, operatori, cittadini e visitatori che a vario titolo fruiscono quotidianamente dei servizi e spazi del Policlinico. E' teso a valorizzare il ruolo istituzionale dei servizi assistenziali dell'Azienda in una dimensione urbana, strettamente connessa con la città e il territorio ed è finalizzato ad offrire servizi per una migliore qualità della vita delle persone, il loro benessere dentro e fuori l'ospedale. Il progetto, ecologico e sostenibile con un impatto sensibile sull'ambiente e sul territorio in cui si colloca, intende offrire un contesto di qualità sempre presente durante le 24 ore per tutti.

Il progetto in collaborazione con Last Minute Market ha visto nel 2015 un ulteriore incremento e si è attivato un confronto con le principali scuole alberghiere del territorio

Il progetto Smart hospital – Innovative services for people è stato pensato per tutti coloro che a vario titolo fruiscono quotidianamente dei servizi e degli spazi del Policlinico

Il progetto, pensato a sviluppo graduale, intende attivare un rapporto pubblico-privato generativo e produttivo di lavoro e nuove opportunità, culturali, economiche, sociali e un brand esportabile anche fuori dall'Azienda. Inoltre, intende porsi come catalizzatore di diverse identità e soggetti, siano essi locali, nazionali ed internazionali, coinvolgendo l'utenza nelle scelte di servizio, costruendo un network di relazioni ed opportunità partendo dalla città e dalla provincia di Bologna, con l'Università, gli Enti locali, altre aziende sanitarie e soggetti istituzionali a vario livello.

L'Azienda come luogo urbano, offerto non solo ai pazienti ed operatori che quotidianamente lo frequentano per motivi personali o professionali, ma a tutti i cittadini e visitatori .

La fornitura dei servizi vuole essere un'opportunità di integrazione tra risorse pubbliche e risorse private, unite in un'ottica di valorizzazione delle eccellenze e di integrazione di attività. Ad esempio, nella visione dell'Azienda come centro di riferimento Nazionale e Internazionale sul tema Cibo e Salute, il concessionario stesso sarà chiamato a collaborare con il personale sanitario (medico, dietiste, ecc.) e con i ricercatori dell'Azienda che già ad oggi offrono servizi di educazione alimentare alla città e giocano un ruolo importante a livello di ricerca internazionale.

7.3.4.5. Servizi per il comfort e la sicurezza delle persone

La gestione dei servizi in appalto viene realizzata attraverso diversi contratti e rapporti con diversi fornitori nelle seguenti aree-servizi:

Servizio di pulizia e sanificazione ambientale e attività accessorie

La gestione del servizio è stata dedicata principalmente:

- al presidio del servizio nel rapporto con le unità operative;
- al presidio del fornitore per il mantenimento di un livello di servizio adeguato nel quadro contrattuale vigente, anche tenuto conto del contesto di "spending review";
- all'introduzione di elementi di facilitazione gestionale (es. non conformità on-line);
- al consolidamento dei risultati economici da "spending review".

Dopo la riorganizzazione del Settore Igiene nel 2014 (con la creazione del Programma Igiene e del Programma Epidemiologia) è proseguito e si è consolidato il lavoro di collaborazione con le nuove strutture a costruire una sinergia e focalizzazione comune necessaria.

Sul fronte specifico del servizio di lavaggio stoviglie in supporto alla cucina, attività compresa nel contratto igiene, si ricorda la revisione del sistema di remunerazione del servizio, che è stato posto in relazione all'effettivo volume di servizio (n. pasti). Questa azione ha permesso di ottimizzare l'organizzazione e di ottenere un risparmio economico.

Le azioni attuate nel triennio 2013-15 sui servizi appaltati hanno consentito di ottimizzare il livello di spesa sul servizio erogato. In attesa di procedere con l'attivazione di nuove gare d'appalto, è stata attivata una revisione del modello di servizio appaltato in stretta relazione alle attività affidate al personale aziendale.

Dal punto di vista dei risultati economici dell'area pulizie è da rilevare l'effetto positivo aggiuntivo sul 2015 dovuto alla trattativa sulla revisione prezzi.

Servizio di lavanoleggio di biancheria e divise, comprese attività accessorie

E' stato monitorato il servizio erogato dal fornitore, confermando la riduzione dei disservizi sulla biancheria piana e un forte miglioramento nella gestione delle divise e kit sterili rispetto al periodo della gestione precedente (il fornitore è attivo dal novembre 2012).

E' stato potenziata la gestione automatizzata delle divise: al nuovo Polo CTV (affiancando alla gestione delle vestizioni di sala operatoria anche una sperimentazione sulle divise bianche per tutto il personale) sono stati installati armadi nuovi, dedicati ad entrambe le tipologie di articolo. Il fornitore si è accollato gli investimenti senza chiedere maggiorazioni.

Come con le pulizie si procede con la gestione informatizzata delle non conformità (ancora facoltà e non obbligo in attesa di un sistema complessivo a livello aziendale).

Sul fronte delle specifiche contrattuali, è continuata la revisione delle specifiche di servizio per individuare criticità e aree di miglioramento nella prospettiva del nuovo appalto.

Dal punto di vista dell'impatto economico, come per il contratto pulizie, si rilevano nel 2015 gli effetti della trattativa sul pacchetto pluriennale della revisione prezzi.

Servizio di sterilizzazione, comprese attività accessorie.

Si è provveduto a rafforzare il rapporto con il Programma Igiene, cui attiene la gestione tecnica del servizio, per allineare strategie ed azioni e dare continuità alla gestione del contratto.

Spazi di intervento a fini di ottimizzazione restano aperti in particolare sui seguenti fronti: analisi critica dei livelli di servizio/controllo, potenziamento del sistema informativo e di tracciabilità dei ferri, sviluppo dell'indotto dei servizi a valore da proporre ad altri enti nell'area circostante l'azienda.

Trasporto pazienti a livello intra-ospedaliero ed inter-ospedaliero.

E' proseguita l'analisi del servizio e dei dati finalizzata ad azioni di miglioramento e riprogettazione, in parallelo con la trattativa sul nuovo contratto con Catis/Croce Azzurra in rapporto all'Accreditamento regionale e tenuto conto della relazione con Ausl, in particolare per la gestione dei processi a carico della COU (Centrale Operativa Unica).

Il servizio di trasporto con ambulanze/moss, dal 2014 in carico direttamente ad Aosp e affidato con contratto ponte a Catis/Croce Azzurra (alle stesse condizioni del contratto Ausl precedente) è rimasto tale, in proroga di fatto.

Riguardo invece il trasporto interno ai padiglioni e sotto tunnel, è stato ulteriormente implementato il processo di informatizzazione della richiesta di trasporto con particolare azione sul Pronto Soccorso, già in sperimentazione da fine anno 2014. Il contratto con il fornitore è attualmente in fase di proroga nell'attesa della nuova gara alberghieri che assorbirà tutte le attività di logistica paziente interne.

Sul fronte dei sistemi informativi per la gestione del processo trasporto pazienti complessivo (cosiddetto progetto "Gto-middleware"), è continuata l'azione di supporto e monitoraggio nei confronti dei partner tecnici incaricati dello sviluppo del nuovo sistema, coordinati da Area Sistemi informativi. Il nuovo sistema avrà un ruolo cruciale per poter governare in futuro con maggiore efficacia le informazioni e i dati.

7.3.5 La Fatturazione Elettronica e il percorso attuativo della certificabilità (PAC) dei bilanci aziendali

Nel corso del 2015 è stato completato il percorso di avvio della **fatturazione elettronica**: in particolare, l'Azienda, in collaborazione con Intercent-ER, ha intrapreso una sperimentazione che ha coinvolto 54 fornitori, anticipando al 2 marzo 2015 la scadenza per l'avvio del processo, originariamente prevista per il 31 marzo 2015, ed ha completato nei tempi previsti l'avvio della Fattura Elettronica attiva.

Sempre nel corso del 2015, l'Azienda ha avviato la digitalizzazione dei processi amministrativo-contabili, adottando un approccio non limitato al solo adempimento dell'obbligo normativo, ma sfruttando tale attività come opportunità per rivedere e riorganizzare processi in origine cartacei, perseguendo anche la finalità di riduzione dei costi e dei tempi di pagamento verso i fornitori ed un miglioramento dei processi interni di riconciliazione contabile.

L'obiettivo minimo fissato dalla Regione per il 2015, ossia garantire l'omogeneità allo standard minimo definito a livello regionale di attuazione dei progetti di fatturazione elettronica, è stato raggiunto.

Il progetto "fatturazione elettronica" sviluppato dall'Azienda è stato, inoltre, riconosciuto e premiato dal Politecnico di Milano nella categoria Aziende Ospedaliere quale miglior progetto che ha interpretato la Fatturazione Elettronica come un'opportunità di innovazione e miglioramento.

L'azienda, nel 2015, si è infine proposta come sperimentatrice della fase 2 del progetto "peppol" iniziando una serie di analisi di processo interne, finalizzate alla fattibilità dei requisiti di sistema del progetto stesso. In contemporanea ha partecipato agli incontri coordinati da IntercentER, con CUP2000 e i fornitori dei software contabili per eseguire le fasi di test e di sperimentazione per i quali si era candidata.

Inoltre, nel corso del 2015, il Policlinico è stato impegnato nell'assicurare la complessiva **attuazione del PAC regionale**, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste nel Piano attuativo approvato con la DGR n. 150/2015.

Nel 2015 è stato completato il percorso della fatturazione elettronica in collaborazione con Intercent - ER.

E' stata inoltre avviata la digitalizzazione dei processi amministrativo- contabili, raggiungendo lo standard minimo definito a livello regionale

In particolare ha rispettato gli adempimenti richiesti dal PAC regionale, in relazione alle azioni ed alle scadenze previste nel Piano attuativo della certificabilità, approvato con DGR n. 150/2015, e in generale ha:

- recepito ed applicato le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali, tempo per tempo disponibili;
- redatto, adeguato e formalizzato le procedure amministrativo-contabili ed i regolamenti aziendali, coerentemente con i requisiti minimi comuni definiti dalle Linee guida regionali;
- implementato, applicato e verificato le procedure amministrativo-contabili aziendali in relazione alle aree oggetto delle Linee guida regionali;
- proceduto al progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico-contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno;
- assicurato la partecipazione dei collaboratori aziendali ai Gruppi di lavoro operativi interdisciplinari attivati nel 2015 dal Gruppo di progetto PAC regionale;
- attivato iniziative formative.

L'Azienda nel corso del 2015, si è impegnata a garantire i livelli qualitativi della contabilità analitica in coerenza con le indicazioni contenute nel "Manuale delle linee operative" definite dal livello regionale e ad adempiere ai flussi informativi COA01 e LA, secondo le disposizioni regionali e nazionali. La qualità dei dati di contabilità analitica e la relativa riconciliazione con la COGE viene perseguita costantemente dall'Azienda, non soltanto per gli adempimenti ai flussi informativi obbligatori, ma anche in quanto strumento operativo di monitoraggio degli andamenti economici. Nel corso del 2015 è stato implementato un aggiornamento dell'applicativo di contabilità analitica volto a migliorare le rilevazioni utili a:

- perfezionare le valutazioni di sostenibilità economica e di monitoraggio dei progetti di riorganizzazioni in corso a livello provinciale e di area vasta;
- sviluppare e diffondere il conto economico di unità operativa utilizzato come elemento informativo sui livelli di efficienza delle singole unità operative, rispetto ai volumi di attività e livello di assorbimento di risorse;
- adeguare i flussi dei dati coerentemente con quanto previsto dal Progetto it-DRG;
- strutturare un sistema di valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget interrogabile in modo dinamico dalle UU.OO.

7.4 Altre attività a valenza aziendale

Di seguito si rendicontano alcune attività a valenza aziendale, di interesse generale che non hanno trovato spazio in altre parti del bilancio di missione.

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna è Ente **convenzionata con il Tribunale di Bologna per lo svolgimento del lavoro di pubblica utilità**, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274 e dell'articolo 2 - comma 1 - del decreto ministeriale 26 marzo 2001 (limitatamente al reato previsto dall'art.186 del Codice della Strada - guida sotto l'influenza dell'alcool).

L'Azienda ha rispettato gli adempimenti richiesti dal PAC regionale e si è impegnata a garantire i livelli qualitativi della contabilità analitica in coerenza con le indicazioni definite a livello regionale.

La convenzione con il Tribunale di Bologna consente di impiegare risorse, con il coordinamento del Servizio Affari Generali, Istituzionali e Convenzioni, per l'effettuazione di lavori di pubblica utilità.

La convenzione è stata attivata nell'anno 2011 e, in considerazione dei positivi riscontri, è stata successivamente rinnovata, con validità fino al 31 dicembre 2015 (determinazione n. 280/AG del 19 dicembre 2013).

Il Servizio Affari Generali, Istituzionali e Convenzioni è referente per lo svolgimento dei lavori di pubblica utilità, nei confronti di istituzioni e soggetti coinvolti, e cura i necessari adempimenti amministrativi.

L'attività non retribuita in favore della collettività, in conformità con quanto previsto dall'art. 1 del Decreto Ministeriale 26 marzo 2001, ha ad oggetto prestazioni da svolgersi, presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, nelle aree sotto indicate (fatte salve eventuali diverse individuazioni, in relazione ad aspetti organizzativi o sopravvenute indisponibilità delle aree medesime):

- cucine;
- magazzino;
- punti di accettazione - (percorsi di accesso alle prestazioni ambulatoriali);
- area amministrativa.

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, tramite la propria Unità Operativa Neonatologia, si è fatta promotrice di una iniziativa mirata a fornire a neonati critici, soprattutto prematuri, la possibilità di usufruire di latte umano qualora la loro madre non ne abbia a sufficienza e, conseguentemente, ha avviato il progetto di creazione di una **Banca del Latte Umano Donato - BLUD**, ispirata ai più elevati standard internazionali.

Il progetto Banca del Latte Umano Donato (BLUD) è ispirato ai più alti standard internazionali e consente ai neonati prematuri di usufruire di latte umano qualora la loro madre non ne abbia a sufficienza

Per la costituzione della Banca del Latte Umano Donato, nell'anno 2012, è stata sottoscritta una convenzione con Granarolo S.p.A (deliberazione n. 205/2012) che, quale industria leader nella lavorazione del latte, mette a disposizione alcune strutture e presta alcuni servizi di raccolta, trasporto, pastorizzazione, conservazione e successiva consegna delle confezioni di latte materno all'Unità Operativa, sulla base di procedure definite e concordate.

Al progetto BLUD partecipa l'Associazione di volontariato "Cucciolo - Associazione in Bologna dei genitori dei bambini nati pretermine", con cui l'Azienda ha stipulato una convenzione (determinazione n. 99/AG - 2012) che prevede il coinvolgimento di volontari appositamente formati, nel primo contatto con l'utenza, al fine di consentire una prima individuazione delle potenziali donatrici e fissare l'appuntamento con il medico della BLUD.

Nel 2013, la convenzione tra l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna e la Granarolo S.p.A. per la costituzione della Banca del Latte Umano Donato BLUD è stata integrata prevedendo la possibilità di estendere l'iniziativa ad altre Unità Utilizzatrici site nel territorio della Regione Emilia Romagna (deliberazione n. 184/2013). Alla Banca del Latte Umano Donato aderisce l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara.

La convenzione tra Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Azienda USL di Bologna e BolognAIL Onlus per il **servizio di assistenza domiciliare ematologica** prevede terapie di supporto domiciliare a favore di pazienti onco-ematologici, anziani o persone con disabilità, che necessino di assistenza sanitaria e che, a motivo della loro condizione abbiano difficoltà ad accedere al Day Hospital o agli ambulatori dell'Unità Operativa Ematologia.

Il servizio di assistenza domiciliare ematologica consente l'erogazione di assistenza medica ed infermieristica domiciliare al paziente ematologico.

La convenzione, attivata nel 2010, è stata rinnovata con validità fino al 31 dicembre 2017 (deliberazione n. 182/2015). La gestione della chemioterapia antitumorale infusiva domiciliare è disciplinata da apposita istruzione operativa (IO03) - approvata dal Direttore del Servizio di Assistenza Ematologica Domiciliare - BolognAIL Onlus e dal Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione dell'Azienda - che costituisce parte integrante della convenzione medesima.

Alla base dell'assistenza centrata sul paziente c'è la relazione di cura tra paziente ed un team di professionisti preparati e fortemente motivati oltre al prezioso impegno dei volontari di BolognAIL che quotidianamente accolgono, affiancano e guidano persone che necessitano di assistenza

In adesione al progetto "Tetto Amico", promosso e sviluppato da "ATCOM - Associazione Nazionale Trapiantati di Cuore Policlinico S. Orsola - Malpighi", l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, nel 2010, ha sottoscritto il Protocollo d'intenti per l'affidamento ad ATCOM della gestione della struttura "**Casa Tetto Amico**", realizzata per offrire un'adeguata temporanea sistemazione abitativa e di accoglienza a persone con patologie che devono affrontare il trapianto d'organo oppure a pazienti dimessi, nella fase post - trapianto, per i quali i clinici curanti ritengano opportuna la permanenza nelle immediate vicinanze del Policlinico (deliberazione n. 151/2010).

La "Casa Tetto Amico" è affidata alla gestione di ATCOM e consente di offrire una temporanea sistemazione abitativa a persone con patologie connesse all'attività di trapianto

ATCOM pone l'interesse del paziente al di sopra di ogni altro, promuove la fiducia nei confronti del mondo del volontariato e la coesione sociale. Tutto ciò contribuisce ad aumentare la capacità del paziente nell'affrontare le avversità legate alla malattia, di gestire al meglio le emozioni, di pianificare le difficoltà quotidiane e di migliorare la qualità di vita della persona che intraprende un percorso di cura e di trapianto d'organo.

Il Protocollo d'intenti prevedeva l'impegno dell'Azienda a mettere a disposizione dell'Associazione ATCOM, per la durata di quindici anni dalla sottoscrizione dello stesso, i locali destinati alla gestione della struttura "Casa Tetto Amico", presso il padiglione 29, come specificato nel relativo contratto di comodato (determinazione n. 1089/AT - 2010) in considerazione dei positivi riscontri ottenuti nell'esperienza di "Casa Tetto Amico", nel 2014 è stato realizzato un ampliamento dei locali destinati a detta struttura ed, in tale occasione, è stata concordata con ATCOM un'integrazione al Protocollo d'intenti precedentemente sottoscritto, approvata con deliberazione n. 253 del 30 maggio 2014.

Nel 2015 si è consolidata l'attività di **gestione delle richieste relative alla consultazione di documentazione originale o in copia conservata in archivio**. E' inoltre proseguita l'attività di riordino archivistico finalizzata alla corretta gestione del flusso documentale al fine di agevolare la corretta conservazione e la razionalizzazione delle operazioni di scarto, inventariazione e reperimento dei documenti. In particolare, oltre ad aver riordinato la documentazione afferente alle UU.OO. nella successione concordata con il Gruppo di lavoro aziendale, è stato effettuato il riordino degli schedari contenenti le schede dei pazienti relative agli accessi dei ricoveri e contestualmente a tale attività si è provveduto ad un idoneo condizionamento degli stessi. Al termine delle operazioni di riordino e inventariazione i materiali sono stati informatizzati all'interno del software archivistico "xDAMS" al fine di creare un inventario topografico di tipo analitico.

I consulenti archivisti hanno coordinato tutte le operazioni di riordino archivistico della documentazione e hanno collaborato all'impostazione delle corrette modalità di gestione dei flussi documentari in entrata ed in uscita ai fini di una corretta gestione complessiva degli archivi. Contestualmente alle attività di riordino è stata effettuata l'attività di selezione e scarto della documentazione passibile di smaltimento. I consulenti archivisti hanno coordinato tutte le operazioni legate all'individuazione delle tipologie documentarie da smaltire anche presso i depositi di Cup2000. Inoltre sono state avviate le attività relative al versamento in archivio dei registri con i numeri di cartella clinica in precario stato di conservazione che si trovavano in luoghi non idonei presso l'Azienda. Anche i registri sono stati sanificati, riordinati e informatizzati all'interno del software archivistico "xDAMS".

7.5 Focus sull'andamento economico finanziario anni 2010 - 2015

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna nell'esercizio 2015 raggiunge pienamente l'obiettivo economico-finanziario assegnato dalla Regione Emilia-Romagna, realizzando il pareggio di bilancio.

Il rispetto di quanto assegnato dal livello regionale si è realizzato anche negli anni precedenti; nell'analisi seguente vengono presi in considerazione gli esercizi che vanno dal 2011 al 2015, in relazione al mandato regionale assegnato alla Direzione Generale.

L'andamento complessivo del Valore della Produzione (fonte dati: conto economico - schema regionale) e del Costo della Produzione (fonte dati: conto economico - schema regionale) mostra una tendenza in crescita e coerente; dai macro valori si evidenzia un contenimento e governo della struttura dei costi della produzione, che registra rispetto all'anno di riferimento 2011 un incremento inferiore rispetto a quello del valore della produzione.

Nell'esercizio 2015 hanno inciso sia sul Valore della Produzione che sui Costi della Produzione i finanziamenti ed i correlati costi legati all'introduzione della somministrazione di medicinali innovativi per l'epatite C.

In particolare, la Legge 23 dicembre 2014 n. 190, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2015)", ai commi 593-594 ha previsto l'istituzione, per gli anni 2015 e 2016, di un fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di farmaci innovativi e ha stabilito che le somme di tale fondo venissero ripartite alle Regioni in proporzione alla spesa sostenuta per l'acquisto degli stessi farmaci, sulla base di criteri e modalità individuati con apposito decreto ministeriale.

Per l'esercizio 2015 il riparto è stato effettuato sulla base della spesa complessiva regionale effettivamente sostenuta per i farmaci innovativi, oncologici compresi, al netto di sconti e pay-back afferenti a tale tipologia di farmaci, in relazione all'applicazione di accordi negoziali prezzo/volume o in caso di trattamenti effettuati oltre alla dodicesima settimana o in applicazione degli accordi negoziali di condivisione del rischio; per i farmaci innovativi, di cui al D.M. 9 ottobre 2015, il riparto ha tenuto conto della spesa sostenuta dall'Azienda per il trattamento dei pazienti residenti nel territorio regionale, mentre per gli altri farmaci innovativi il riparto è stato effettuato al netto dei farmaci erogati in mobilità extraregionale.

Tabella 7.2 Valore della produzione (Schema regionale in milioni di euro)

Descrizione	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Cons.2015/Cons.2011	
Valore della Produzione	554,086	574,334	562,025	563,590	591,004	36,919	6,66%

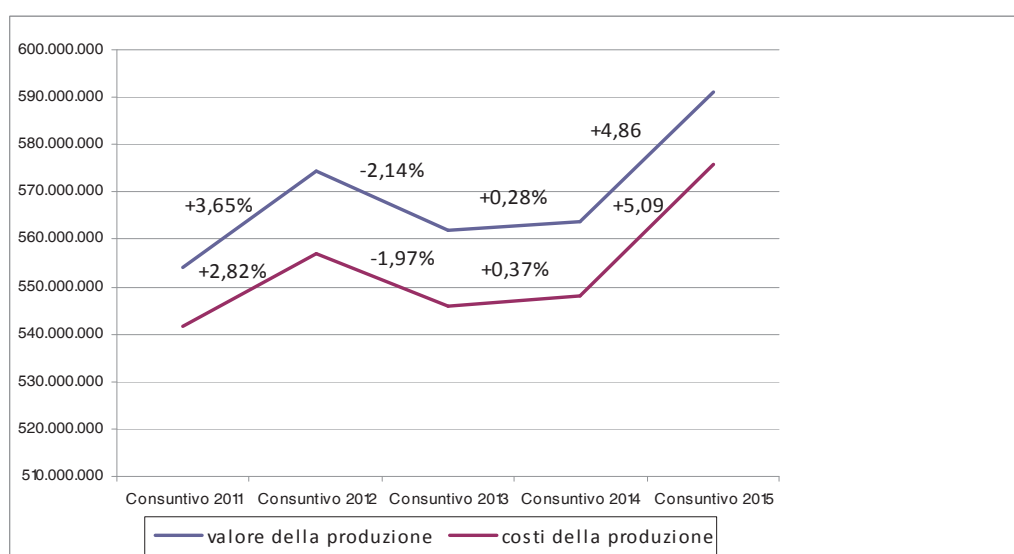
Fonte dati AOSP di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 7.3 Costi della produzione (Schema regionale in milioni di euro)

Descrizione	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Cons.2015/Cons.2011	
Costi della Produzione	541,588	556,837	545,877	547,888	575,749	34,161	6,31%

Fonte dati AOSP di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 7.2 Andamento del valore e dei costi della produzione (anno 2011/2015)



Fonte dati AOSP di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nell'ambito del contributo ricevuto dal livello regionale a garanzia dell'equilibrio economico finanziario aziendale (cd FONDO DI SOSTEGNO), si evidenzia un contenimento significativo negli anni.

Tabella 7.4 Contributo regionale a garanzia dell'equilibrio economico finanziario (anno 2011/2015)

Descrizione	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Cons.2015/Cons.2011	
Contributo regionale a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario	20,690	14,539	10,170	10,940	10,128	-10,562	-51,05%

Fonte dati AOSP di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nell'esercizio 2015 tale contributo è rappresentato al netto della trattenuta regionale degli oneri relativi alle funzioni che sono state unificate in ambito metropolitano (funzione "Sviluppo dei processi di integrazione dei Servizi delle Aziende metropolitane e di area vasta").

Dall'esercizio 2013 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha partecipato con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e le AUSL di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini alla fase sperimentale del programma regionale per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile – AutoAssicurazione –. La Regione Emilia-Romagna ha costituito un fondo per far fronte ai risarcimenti di seconda fascia, trattenendo alle Aziende sperimentatrici le risorse necessarie.

Nell'esercizio 2015 per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna la trattenuta relativa alla quota contributi destinata a finanziare l'accantonamento al Fondo risarcimento danni da responsabilità civile, di cui all'art. 48 della L.R. n. 28/2013, è pari a 3,385 milioni di euro; come già anticipato, tale importo è necessario a far fronte ai risarcimenti assicurativi di seconda fascia, così come previsto dal "Programma regionale per la sicurezza delle cure e la gestione diretta dei sinistri", approvato con DGR n. 2079/2013.

7.5.1 Accordi di fornitura

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi ha definito accordi di fornitura con le aziende presenti sul territorio provinciale, l'Ausl di Bologna e l'Ausl di Imola, in applicazione di quanto disposto dalla delibera di programmazione regionale 2015 (DGR 901/2015).

L'accordo di fornitura con **l'Azienda USL di Bologna** riguarda la fornitura di prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale, di pronto soccorso e la collaborazione su diversi ambiti quali la clinical governance, la politica del farmaco e l'innovazione, lo sviluppo tecnologico ed informatico. I principi di riferimento dell'accordo 2015 e gli ambiti di attività sono in continuità con i precedenti accordi, con particolare attenzione a quanto definito all'interno della programmazione locale dell'offerta, atta a soddisfare la domanda espressa dalla popolazione residente nei territori di competenza, con l'intento di perseguire l'autosufficienza territoriale, nel rispetto del modello organizzativo Hub & Spoke, della valorizzazione delle eccellenze presenti nelle diverse strutture e dell'appropriatezza di sede e del regime di erogazione delle prestazioni, in una logica di programmazione integrata dei servizi. Sono stati presi come principi ispiratori l'appropriatezza della produzione e del setting assistenziale e la qualità del servizio, nonché l'adeguamento delle strutture di produzione alle richieste di rimodulazione della rete provinciale, con l'obiettivo di fornire localmente i massimi livelli di erogazione di prestazioni di ricovero nelle discipline di base e/o di media assistenza, riservando invece la produzione di prestazioni di alta specializzazione ai centri individuati dalla programmazione attuativa regionale e provinciale. L'accordo, come negli anni precedenti, ha contemplato, inoltre, le azioni relative alla politica del farmaco da attivare al fine del raggiungimento degli obiettivi che discendono dalle principali indicazioni normative in materia.

L'attività di ricovero è vede il mantenimento dei volumi di attività storici finalizzati al mantenimento dell'autosufficienza territoriale, in particolare per le attività di alta complessità per le quali l'AOU è riferimento per l'area metropolitana. Il valore della degenza include l'attività di degenza in week surgery presso l'Ospedale di Budrio assicurata dall'equipe chirurgica dell'Azienda Ospedaliera.

L'attività specialistica ambulatoriale l'accordo è stato finalizzato alla copertura della produzione storica di specialistica e all'incremento di attività per migliorare i tempi d'attesa, nelle discipline di ostetricia-ginecologia, endocrinologia, urologia, dermatologia, gastroenterologia, allergologia, cardiologia, angiologia, chirurgia vascolare, oculistica, pneumologia, pediatria, geriatria, otorinolaringoiatria, nefrologia, diagnostica per immagini (RMN, TAC, Ecografie, Ecocolordoppler, ecc.).

Per la voce somministrazione farmaci in considerazione degli obiettivi regionali, in particolare per la riduzione della spesa farmaceutica convenzionata, sono state realizzate varie attività nell'ambito del Progetto "Governare il farmaco" di seguito riportate:

- presa in carico di terapie complete per alcune patologie a partire da pazienti con piano terapeutico, in particolare è stato aperto un nuovo punto di distribuzione diretta al padiglione 17 nell'area S. Orsola;
- intercettare il paziente che accede alle strutture per le visite specialistiche, erogando direttamente i farmaci prescritti;
- prescrizione inibitori della Pompa protonica (PPI).

Sono oggetto di accordo di fornitura anche le seguenti attività:

- riorganizzazione attività di laboratorio (progetto LUM) con la completa centralizzazione delle attività di laboratorio analisi chimico cliniche presso l'Ospedale Maggiore e le attività di microbiologia presso l'Azienda Ospedaliera;
- riorganizzazione attività trasfusionali (progetto TUM): nel corso del 2015 è stata completata la centralizzazione delle attività di lavorazione e validazione delle sacche di sangue presso il polo di lavorazione dell'Ausl di Bologna.

L'accordo con **L'Azienda USL di Imola** ha per oggetto l'erogazione di prestazioni di ricovero, di assistenza specialistica ambulatoriale, compreso pronto soccorso non seguito da ricovero e l'assistenza farmaceutica. Relativamente alla committenza, fatto salvo il riferimento generale a consuntivo 2014 in termini di tipologie di prestazioni, per il 2015 gli obiettivi dell'attività di ricovero sono stati così definiti:

- confermate l'attività di chirurgia vascolare e l'attività di litotrissia mediante ultrasuoni, già individuate per l'anno 2014;
- individuate specifiche aree di attività per le discipline che nel 2014 hanno fatto registrare un importante incremento di attività: cardiocirurgia, chirurgia generale, chirurgia vascolare, neonatologia, oncologia, ostetricia e ginecologia, urologia. Per queste discipline in particolare, le parti dovranno impegnarsi per governare al meglio i flussi di mobilità, nella logica dello sviluppo delle reti cliniche ospedaliere, dando mandato ai professionisti di sviluppare interventi di rete che saranno oggetti di successivi provvedimenti distinti;
- promuovere lo sviluppo di percorsi di gestione del paziente ematologico.

7.5.2 Analisi costi di produzione – costo del personale

L'evoluzione del costo complessivo del personale, ovvero personale dipendente e personale libero professionista nonché ore di lavoro remunerate in simil alpre aggiuntive, vede nel corso degli ultimi 4 anni un contenimento complessivo, fino a registrare una riduzione del -5,39% vs l'anno 2011.

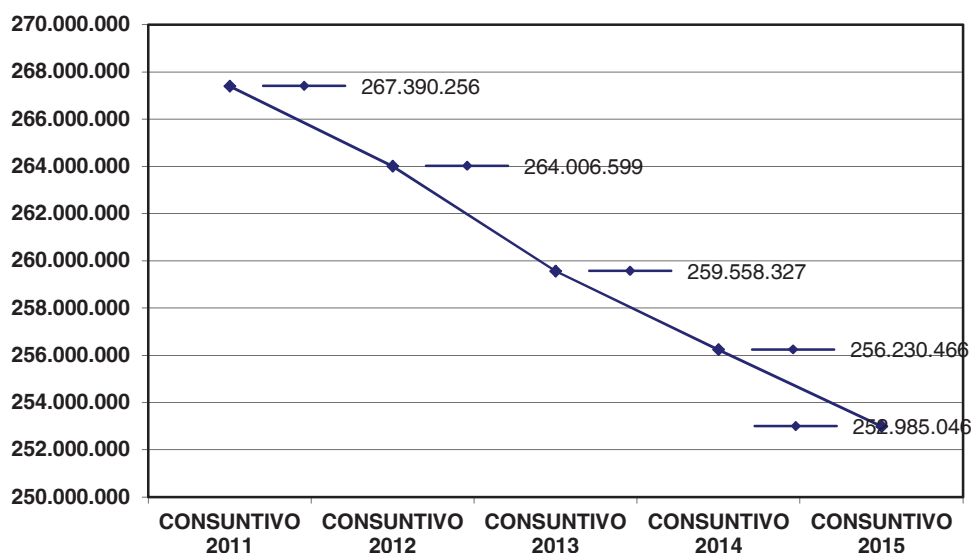
Tabella 7.5 Evoluzione del costo complessivo del personale

	CONSUNTIVO 2011	CONSUNTIVO 2012	CONSUNTIVO 2013	CONSUNTIVO 2014	CONSUNTIVO 2015	DIFFERENZA CONSUNTIVO 2015 VS 2011	SCOSTAMENTO (%) SU CONSUNTIVO 2011
PERSONALE DIPENDENTE E UNIVERSITARIO	245.028.228	242.782.336	238.843.895	234.519.799	229.963.305	- 15.064.923	
LAVORO INTERINALE E COLLABORAZIONI SANITARIE	6.032.623	5.015.630	5.060.623	6.141.395	7.041.225	1.008.602	
LAVORO INTERINALE E COLLABORAZIONI NON SANITARIE	595.474	416.379	483.068	520.796	744.438	148.964	
SIMIL ALP	547.792	700.113	403.705	423.616	589.453	41.661	
AGGREGATO COSTO DEL PERSONALE	252.204.117	248.914.458	244.791.292	241.605.606	238.338.422	- 13.865.696	- 5,50
IRAP	15.186.139	15.092.141	14.767.035	14.624.860	14.646.624	- 539.515	
TOTALE COMPLESSIVO	267.390.256	264.006.599	259.558.327	256.230.466	252.985.046	- 14.405.210	- 5,39

Fonte dati AOSP di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

Grafico 7.3 Aggregato Costo del Personale (anno 2011/2015)

AGGREGATO COSTO DEL PERSONALE 2011 -2015



Fonte dati AOSP di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

In particolare il contenimento del costo del personale dipendente, analizzato per profilo professionale, ha visto l'evoluzione seguente:

Tab. 7.6. Costo del personale dipendente consuntivo (2011-2015)

	2011	2012	2013	2014	2015	Differenza 2015/2011	Scostamento % su consuntivo 2011
Personale medico e veterinario	83.072.484	82.469.771	81.947.327	80.911.287	80.772.863	-2.299.621	-2,77
Personale sanitario non medico	110.987.568	110.176.835	107.689.827	105.507.402	102.621.156	-8.366.412	-7,54
Personale professionale	1.340.345	1.346.618	1.285.921	1.137.898	1.341.855	1.510	0,11
Personale Tecnico	36.561.138	35.957.399	35.559.942	34.765.045	33.712.943	-2.848.195	-7,79
Personale Amministrativo	13.066.693	12.831.713	12.360.878	12.198.168	11.514.488	-1.552.205	-11,88

Fonte dati AOSP di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

L'evoluzione delle unità di personale (tempo pieno equivalente) con contratto di lavoro subordinato e autonomo finanziate con risorse ordinarie di bilancio vede, dal 2011 ad oggi, una riduzione significativa, pur avendo mantenuto il livello di servizio sanitario previsto dalla programmazione cittadina e regionale.

Tab. 7.7 Evoluzione costo personale contratti di lavoro subordinato-autonomo/interinale (2011-2015)

PERSONALE	UNITA' TP EQ ANNO 2011	UNITA' TP EQ ANNO 2012	UNITA' TP EQ ANNO 2013	UNITA' TP EQ ANNO 2014	UNITA' TP EQ ANNO 2015	DIFFERENZA 2015 VS 2011
CONTRATTI DI LAVORO SUBORDINATO	4845	4777	4670	4581	4463	-382
CONTRATTI DI LAVORO AUTONOMO/INTERINALE	65	46	45	72	98	33
TOTALE	4910	4823	4715	4653	4561	-349

Fonte dati AOSP di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

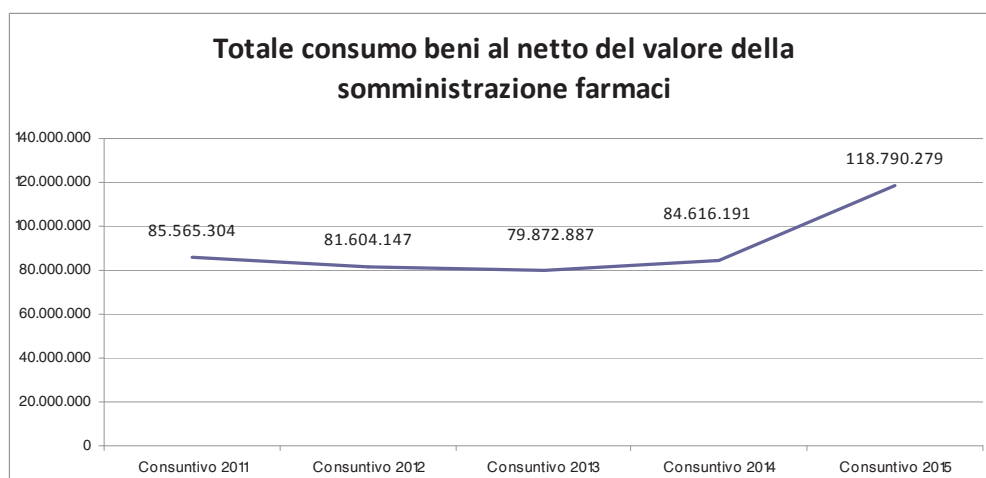
Nel corso del periodo analizzato, sono state sviluppate azioni volte alla razionalizzazione, alla riorganizzazione ed al miglioramento dei servizi aziendali.

In particolare, con l'adozione della delibera aziendale n. 31 del 31/01/2012 "Riassetto organizzativo della direzione Aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna", si è avviato il percorso di riorganizzazione dei servizi trasversali e di supporto; a seguito di tale provvedimento, è stata definita la struttura del Regolamento di Organizzazione Aziendale, al fine di descrivere e definire l'organizzazione e il funzionamento delle strutture organizzative orizzontali e verticali a supporto dell'azione di governo della Direzione.

7.5.3 Analisi costi di produzione – beni e servizi

Al fine di una corretta e completa valutazione del consumo di beni, sanitari e non sanitari, è opportuno analizzare il dato di acquisto ed il dato di variazione delle scorte, oltre all'impatto della somministrazione diretta dei farmaci non direttamente legata al ciclo produttivo (valori in migliaia di euro):

Grafico 7.4 Consumo beni al netto del valore somministrazione farmaci (anno 2011/2015)



Fonte dati AOSP di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi

In relazione alla voce "Prodotti farmaceutici ed emoderivati" si registrano, in particolare, andamenti crescenti; nel 2015 il tema del significativo incremento dei costi dei farmaci innovativi e del relativo livello di finanziamento è stato caratterizzato da elementi di grande incertezza che hanno avuto significativi risvolti sulle previsioni di bilancio, sul monitoraggio e sulla gestione in corso d'anno.