

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE Anno 2018

ALLEGATO 1

Estratto dalla DELIBERA n. 116/2019 di adozione del Bilancio di Esercizio 2018 inerente la rendicontazione delle azioni poste in essere per il perseguitamento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 919/2018.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

1. I criteri generali di predisposizione della relazione sulla gestione

La presente relazione sulla gestione, che correda il bilancio di esercizio 2018, viene redatta in applicazione del Decreto legislativo n. 118/2011 e delle indicazioni fornite dalla Regione sulla sua applicazione.

All'interno di tale sezione vengono rendicontate le informazioni minimali richieste dal D.lgs. 118/2011 e i risultati aziendali ritenuti necessari a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio 2018 come richiesto dalla DGR della Regione Emilia-Romagna 919/2018 "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018".

2. Generalità sul territorio servito e sull'organizzazione del Policlinico S. Orsola-Malpighi

2.1 Generalità sul territorio servito

Il Policlinico di Sant'Orsola è sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Alma Mater Studiorum di Bologna. Il primo nucleo dell'ospedale risale al 1592. Oggi si colloca nel cuore della città di Bologna, con 30 padiglioni che coprono un'estensione pari a 1,8 chilometri di lunghezza e 300 mt di larghezza.

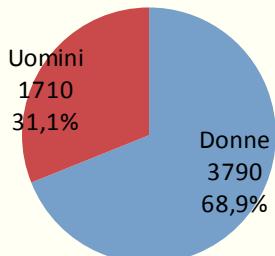
La missione dell'Azienda è quella di erogare e sviluppare l'assistenza sanitaria polispecialistica, la ricerca e formazione, attraverso processi di integrazione continua. Promuovere l'innovazione, perseguire la centralità del paziente/utente e dello studente e favorire la valorizzazione dei professionisti, anche mediante la condivisione degli obiettivi e la responsabilizzazione sui risultati.

L'Azienda è dotata di un organico di 5.500 unità compresi i ricercatori e i medici universitari, in lieve riduzione rispetto al 2017 di 13 unità (-0,2%).

La dotazione organica è articolare per genere e tipologia di contratto come nei grafici sotto riportati.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Composizione di genere



Tipologie contratto AOSP 2016-2018

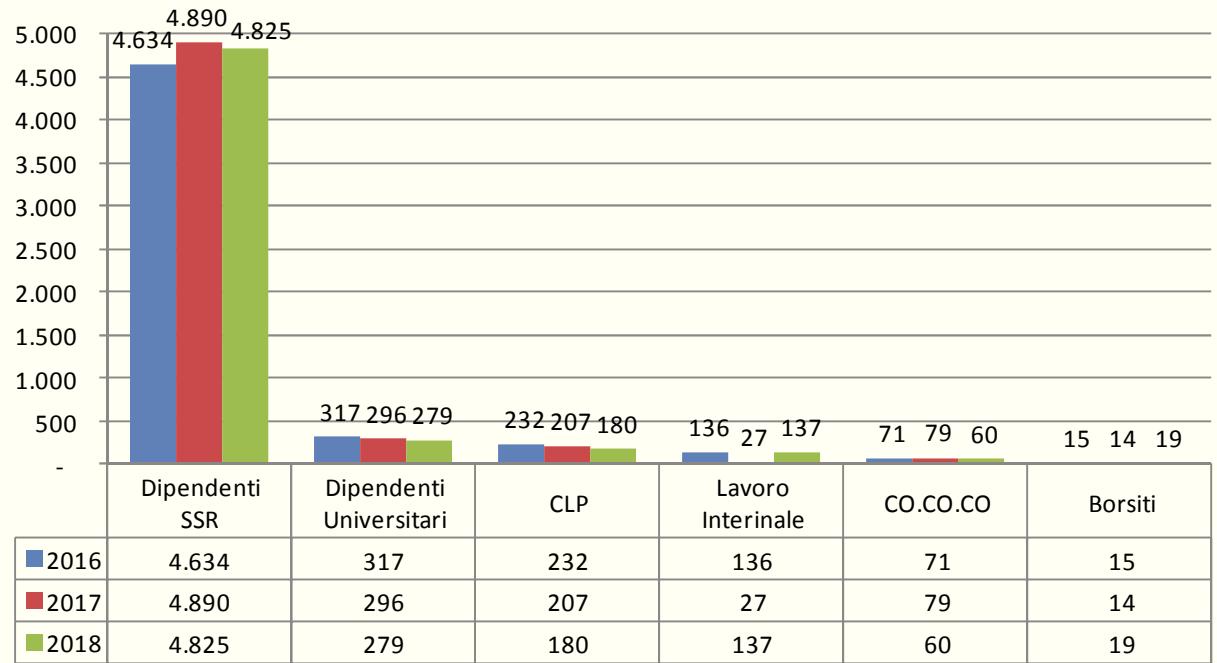


Grafico1: Genere del personale AOU Bologna nell'anno 2018. Fonte: banca dati aziendale
 Grafico 2: Tipo di contratto del personale AOU Bologna nel periodo 2016-2018. Fonte: banca dati aziendale

Sono circa 20mila le persone che frequentano quotidianamente il Policlinico di Sant'Orsola considerando il personale dipendente, gli studenti e docenti universitari, i pazienti e visitatori ed i fornitori.

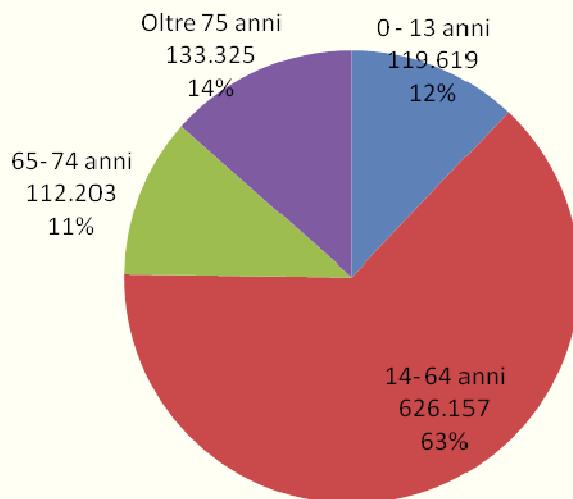
L'Azienda opera sul territorio provinciale di Bologna e regionale nell'ambito del quale la popolazione assistibile complessivamente è pari a 4.355.544, in riduzione rispetto all'anno 2017 di 31.600 unità (-0,07%).

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

	Comuni	Distretti	Assistibili. 0 - 13 anni	Assistibili. 14 - 64 anni	Assistibili. 65 - 74 anni	Assistibili. Oltre 75 anni	Totale assistibili	Età pediatrica	Età adulta
Regione Emilia-Romagna	331	38	536.006	2.744.974	490.205	564.359	4.335.544	536.006	3.799.538
Incidenza % sul totale degli assistibili E-R			12%	63%	11%	13%	100%	12%	88%
Provincia Bologna	55	7	119.619	626.157	112.203	133.325	991.304	119.619	871.685
Incidenza % sul totale degli assistibili Bologna			12%	63%	11%	13%	100%	12%	88%

Tab. N. Pazienti assistibili Regione Emilia-Romagna anno 2018. Fonte: banca dati Emilia-Romagna

Popolazione assistibile 2018 provincia di Bologna



Fonte: banca dati Emilia-Romagna

Nell'ambito della provincia l'Azienda definisce ogni anno i volumi di attività con le due Ausl che insistono sul territorio, Bologna e Imola, coerentemente con le linee di programmazione di Area Vasta, provinciale e metropolitana.

La popolazione assistibile della provincia è di circa 1 milione di persone. Oltre al territorio provinciale e regionale l'Azienda è centro di attrazione di pazienti provenienti dal territorio nazionale e internazionale.

La popolazione esente da ticket della provincia di Bologna nell'esercizio 2018, è pari a 381.427 unità, pari al 38% del totale della popolazione assistibile; il 19% per motivi di reddito e 19% per altri motivi.

Popolazione esente da ticket	Età e reddito	Altri motivi	TOTALE
Popolazione esente da ticket Emilia-Romagna	869.706	825.760	1.695.466
% Esenti ticket sul totale assistibili Emilia-Romagna	20%	19%	39%
Popolazione esente da ticket Provincia di Bologna	191.730	189.697	381.427
% Esenti ticket sul totale assistibili provincia di Bologna	19%	19%	38%

Tab. N. Pazienti esenti da ticket Regione Emilia-Romagna anno 2018. Fonte: banca dati Emilia-Romagna

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Nel 2018 sono stati effettuati 61.123 ricoveri, su una dotazione di 1.463 posti letto, di cui il 75,5% residenti a Bologna, il 9,8% residenti in regione e il restante 14,7% residente fuori regione (grafico 1). Il 37,6% dei ricoveri di pazienti assistiti dall'Ausl di Bologna sono stati ricoverati all'Azienda Ospedaliera Universitaria (grafico 2).

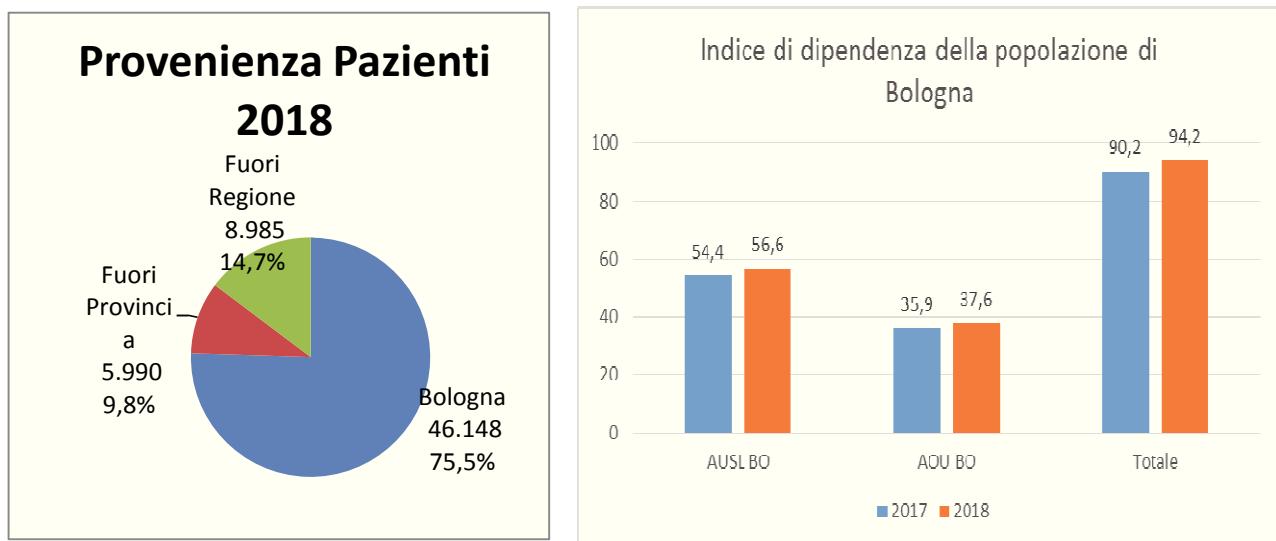


Grafico 1: provenienza dei pazienti ricoverati in AOU Bologna anno 2018. Fonte: banca dati aziendale

Grafico 2: indice di dipendenza della popolazione di Bologna dalle strutture sanitarie anni 2017-2018. Fonte: banca dati regionale

Oltre all'attività di ricovero viene garantita l'assistenza al paziente urgente da pronto soccorso generale e specialistico (ortopedico, oculistico, ostetrico-ginecologico, pediatrico) con complessivi 144.681 accessi/anno. Sono inoltre 1.060.670 gli accessi nel 2018 di pazienti ambulanti per un volume di prestazioni specialistiche di 3.861.098 prestazioni/anno.

All'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna sono presenti quasi tutte le discipline specialistiche, fatta eccezione esclusivamente per la Neurochirurgia, il centro grandi uestionati e sistema 118.

Il Policlinico di Sant'Orsola è inoltre centro di riferimento nazionale ed internazionale per numerose patologie. Le funzioni rispetto alle quali l'Azienda Ospedaliera è centro di riferimento regionale o centro di eccellenza, definite secondo il modello di sviluppo del sistema ospedaliero regionale hub&spoke (DGR 1267/2002) e atti deliberativi successivi sono le seguenti:

Cardiochirurgia e cardiologia interventistica per l'età adulta e pediatrica
Trapianto di organi (cuore, polmone, rene adulti e pediatrico, fegato, intestino isolato e multiviscerale) e di midollo adulti e pediatrico e sede del Centro di riferimento regionale per i trapianti
Terapia intensiva neonatale
Malattie rare in età evolutiva
Screening neonatale
Genetica medica
Centro di riferimento per le emergenze microbiologiche
Sindrome di Marfan

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Centro immunoematologia avanzata
Neuropsichiatria infantile
Fisiopatologia della riproduzione umana
Chirurgia plastica
Chirurgia maxillo facciale
Chirurgia pediatrica
Nefrologia pediatrica per la gestione del paziente con insufficienza renale cronica
Centro per il trattamento della neoplasia ovarica
Centro di riferimento regionale per la diagnosi e trattamento delle malattie croniche intestinali

2.2 Organizzazione del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi

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. Ai Dipartimenti ad Attività Integrata afferiscono 64 Unità operative, 11 strutture semplici dipartimentali, 12 programmi dipartimentali e 63 strutture semplici di unità operativa.

Pur essendo in scadenza di mandato, con delibera N. 286 del 28/12/2018, i DAI sono stati prorogati per un anno, sino al 31 dicembre 2019, in considerazione delle proposte di riordino della rete ospedaliera metropolitana esitate dal lavoro condotto dal Nucleo Tecnico di Progetto, che risultano ancora in fase di progettazione e di sviluppo all'interno della rete metropolitana.

In Azienda, a supporto dell'attività assistenziale, sono presenti strutture in staff e in line alla Direzione Aziendale. In particolare, per quel che concerne l'organizzazione di tali strutture, durante l'anno 2018 si è avviato un percorso di riassetto organizzativo finalizzato a:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- semplificare l'organizzazione, al fine di ottimizzare la gestione dei processi di supporto;
- riposizionare in line i diversi settori di attività in un'ottica di efficienza e qualità dei servizi erogati;
- chiarire responsabilità e ruoli per la corretta determinazione delle competenze e valutazione dei risultati;
- integrare orizzontalmente le funzioni correlate all'ottimizzazione del percorso del paziente, anche attraverso lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi che prevedano il lavoro in team e l'integrazione multiprofessionale;
- ottimizzare la gestione del flusso del paziente;
- adottare il modello di lavoro in team.

Con deliberazione n. 206 del 5 ottobre 2018 si è definita la prima fase di riorganizzazione che ha coinvolto in particolare lo staff del direttore generale, lo staff della Direzione Aziendale, la line del Direttore Amministrativo e la line del Direttore Sanitario.

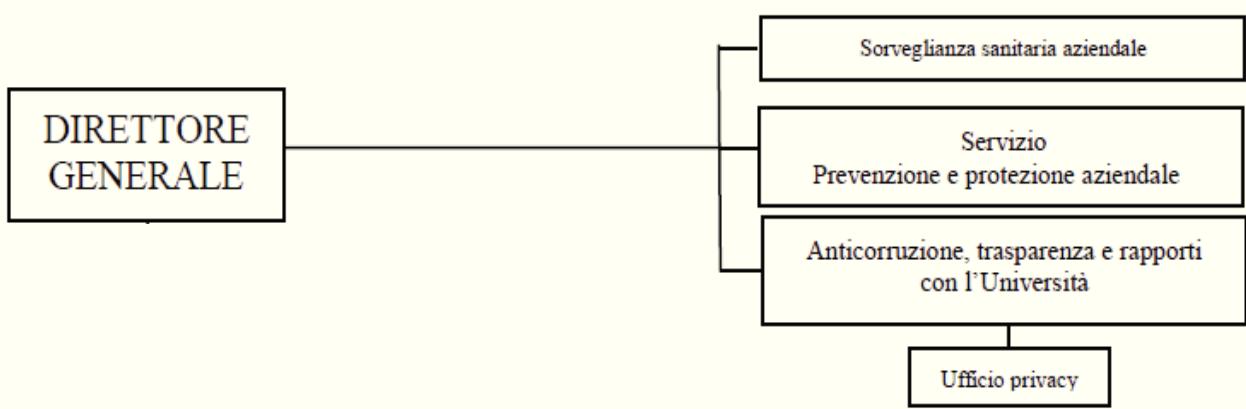
In particolare la riorganizzazione definisce quali **strutture in line** le funzioni core dell'Azienda (sanitarie e amministrative) che garantiscono il buon funzionamento della stessa in un contesto complesso e di grandi dimensioni come quello dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna, la continuità del servizio e il suo corretto svolgimento in un'ottica di efficienza e di offerta del migliore servizio erogato al paziente; che sono caratterizzate da assetto e ruolo stabile e strutturato all'interno dell'Azienda e che gestiscono gruppi di processi affini e le relative risorse assegnate.

Le **strutture in staff** invece svolgono attività trasversali, spesso a supporto della direzione e delle line e operano basandosi su logiche di lavoro in team e di gestione di progetti. Vengono definite in staff al Direttore Generale se funzioni non delegabili dal datore di lavoro, in staff alla Direzione Aziendale se la gestione è integrata tra Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo in quanto i percorsi e i temi hanno una valenza strategica e trasversale, in staff al Direttore Sanitario se funzioni maggiormente legate alle gestione dei percorsi del paziente ed all'interazione con i dipartimenti.

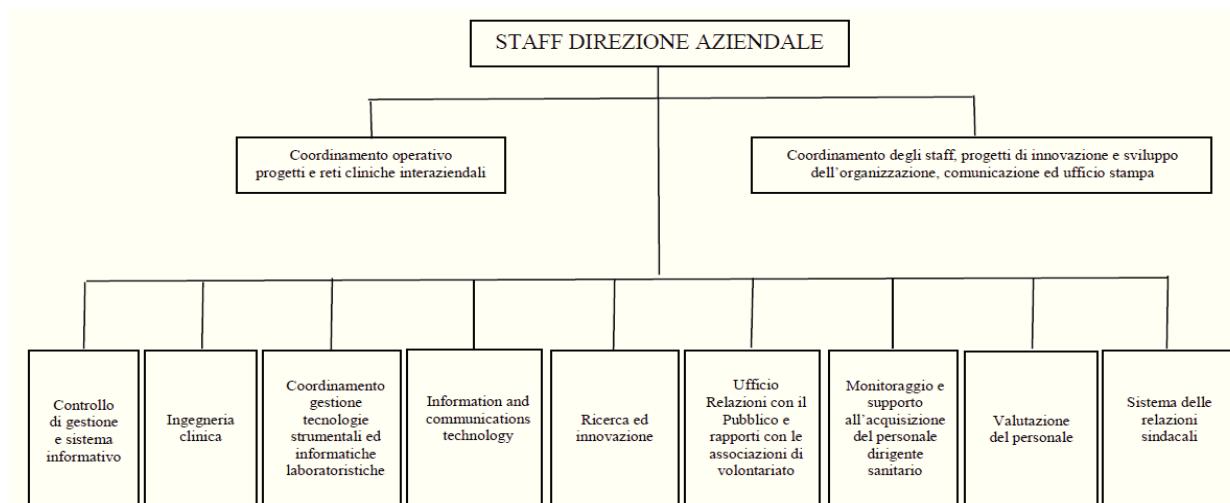
RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Si riportano di seguito gli organigrammi che descrivono la riorganizzazione messa in atto.

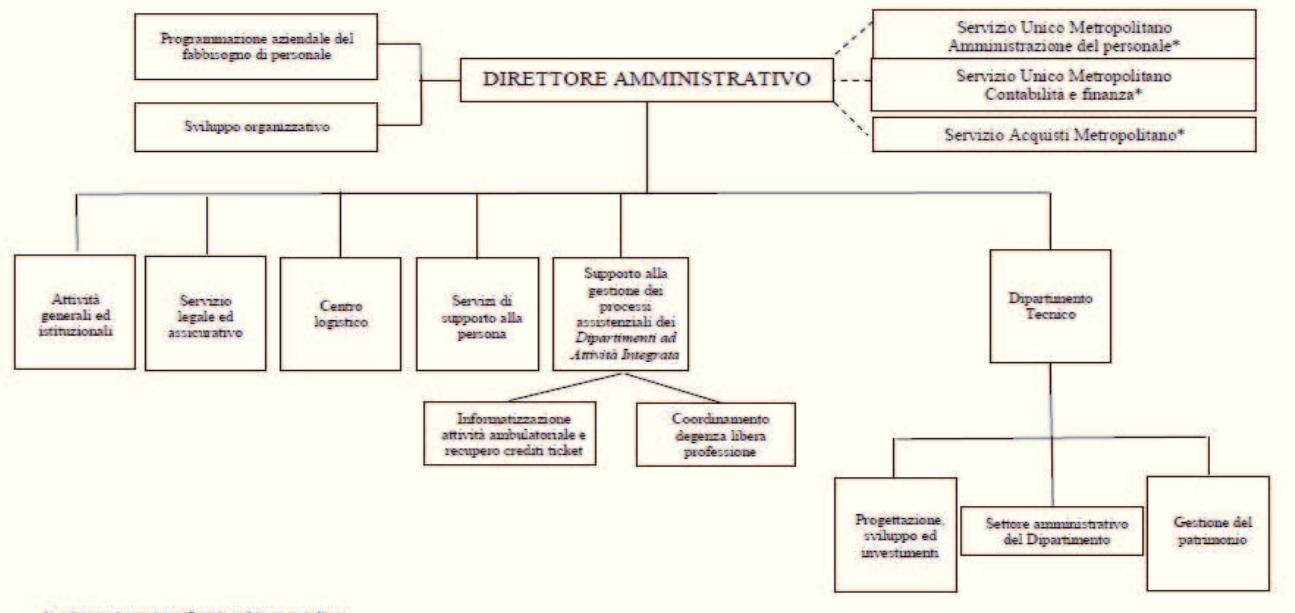
Staff Direttore Generale



Staff Direzione Aziendale

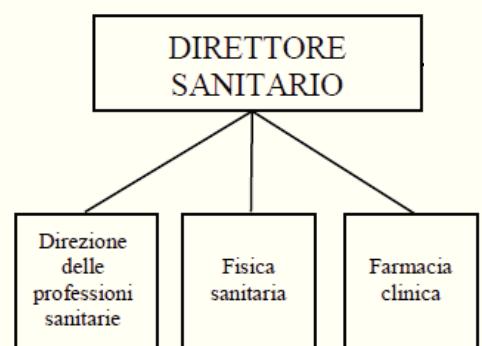


Line Direttore Amministrativo



*servizi amministrativi unificati in ambito metropolitano

Line Direttore Sanitario



Per quel che concerne invece la riorganizzazione dello staff della direzione sanitaria è stata prevista quale formula organizzativa quella del lavoro in team che necessita, per la sua applicazione, di approfondimenti e sviluppi progettuali con il diretto coinvolgimento dei professionisti che andranno a costituire i team. A tal fine è stato programmato uno specifico percorso formativo rivolto ai professionisti più direttamente interessati da una rimodulazione delle proprie funzioni nella logica di lavoro in team. L'avvio della nuova organizzazione è previsto per i primi mesi dell'anno 2019.

Per quel che concerne invece l'ambito metropolitano è ulteriormente proseguito il percorso di sviluppo delle integrazioni, in particolare in ambito sanitario, che hanno coinvolto il Policlinico di Sant'Orsola e le altre aziende del territorio metropolitano. In particolare, durante i primi mesi dell'anno 2018 sono stati avviati i servizi interaziendali di Chirurgia della mammella e di Genetica Medica tra AOU e Ausl di Imola ed è stata avviata la sperimentazione del DIAP (Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica) di area metropolitana, mentre ad ottobre si è avuta la

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

realizzazione del servizio interaziendale di Chirurgia Vascolare che ha visto coinvolti AOU e le Ausl di Bologna e Imola.

Sempre relativamente all'ambito metropolitano sono inoltre proseguiti i lavori del Nucleo Tecnico di Progetto (NTP) istituito il 10 maggio 2017⁽¹⁾ e composto dai quattro Direttori Generali delle Aziende della Città Metropolitana e da tre esperti nominati dalle Istituzioni coinvolte (Regione Emilia-Romagna, l'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna e la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna) con l'obiettivo di valutare tutti gli strumenti istituzionali e organizzativi utili a realizzare la piena integrazione dei servizi e/o delle strutture delle Aziende sanitarie facilitando, in condizioni di sostenibilità economica, una riorganizzazione dei servizi distrettuali e ospedalieri in Area metropolitana, al fine di migliorare l'accessibilità, la prossimità e la qualità dei servizi, stimolare la ricerca e l'innovazione, qualificare la didattica pre e post-laurea.

Nel mese di giugno 2018 il NTP ha consegnato il documento "Forme di integrazione nell'Area metropolitana di Bologna" che disegna gli scenari e le ipotesi alternative di sviluppo per il futuro della sanità metropolitana bolognese, tale documento è stato acquisito dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna nella seduta del 16 luglio. Per maggiori approfondimenti si rimanda al paragrafo 3.2.2.1.

2.3 Assistenza Ospedaliera: stato dell'arte

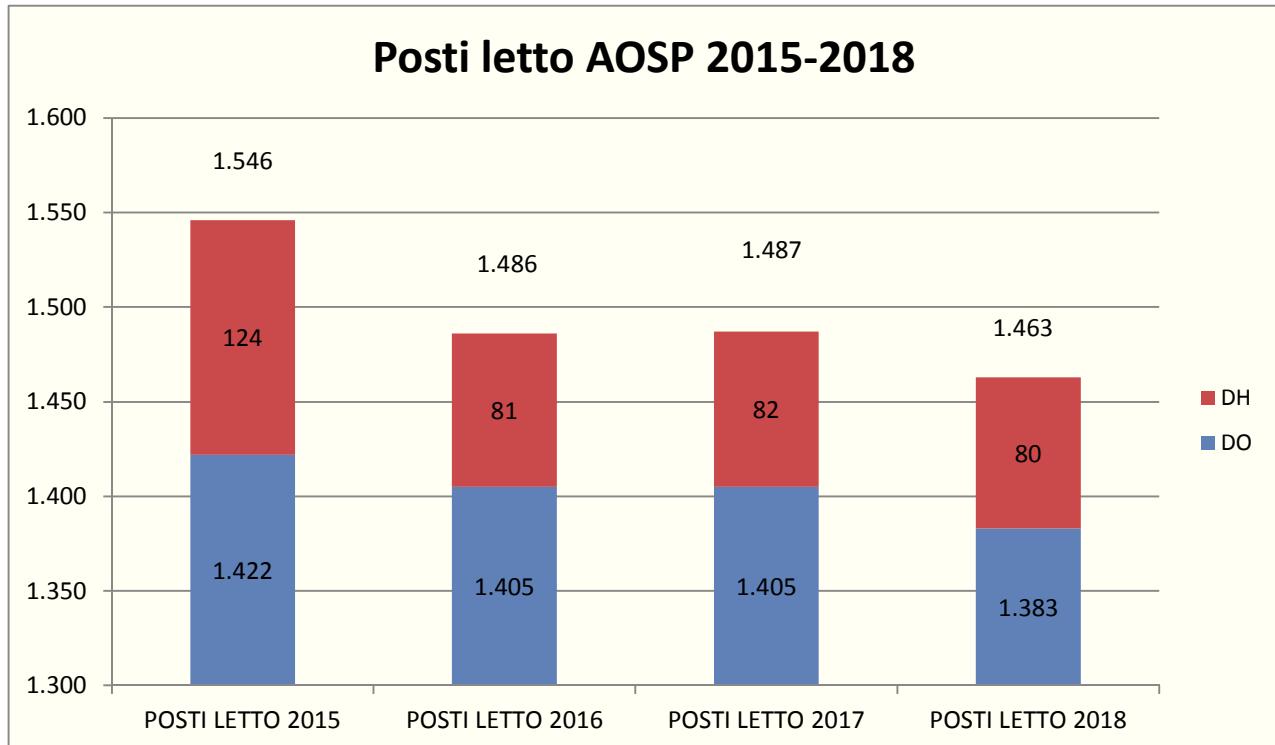
L'azienda opera mediante un presidio a gestione diretta; i posti letto direttamente gestiti sono 1.463 pari al 11% della dotazione complessiva di posti letto delle strutture pubbliche presente a livello regionale (nel 2017 era pari al 11,1%). La dotazione di 1.463 comprende i letti delle sedi erogative esterne:

- Ospedale di Budrio: 12 posti letto
- Ospedale di Bentivoglio: 1 posto letto
- Hesperia Hospital: 2 posti letto

Il 31% dei posti letto dell'Area Vasta Emilia Centro insiste sull'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna.

¹ DGR 841/2017: "Accordo di programma tra Regione Emilia-Romagna, l'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna e la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna la per la realizzazione della piena integrazione dei servizi tra le aziende sanitarie dell'area metropolitana".

La dotazione dell'Azienda registra una riduzione nell'ultimo quadriennio di -83 posti letto (-5%):



Fonte: Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali (Siseps): dotazione posti letto

La riduzione dei posti letto è l'esito del percorso di adeguamento agli standard di dotazione nazionale definiti nella DGR 2040/2015, per effetto di conversione di attività di ricovero a setting assistenziali più appropriati (DSA oncologici) e a rimodulazioni delle attività nell'ambito del percorso di integrazione metropolitana. Per quanto riguarda il 2018 sono stati disattivati:

- 21 posti letto di degenza ordinaria afferenti alla disciplina di Chirurgia generale, per effetto della chiusura della convenzione con l'Ausl di Imola per Chirurgia generale interaziendale Pinna c/o Imola;
- 3 posti letto di day hospital afferenti alla disciplina di Radioterapia.

Per la Chirurgia Pediatrica il day hospital registra un incremento di 1 posto letto con contestuale riduzione di 1 posto letto per la degenza ordinaria. In quest'ultimo caso la rimodulazione dei posti letto è dovuta al miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale di erogazione delle prestazioni di ricovero.

3. L'Attività del periodo

3.1.1 Assistenza Ospedaliera: confronto dei dati di attività dell'esercizio 2018

L'andamento dell'attività sanitaria e dei consumi dell'Azienda è oggetto in corso d'anno di un monitoraggio costante al fine di avviare le opportune azioni correttive nel caso di risultati non coerenti con l'obiettivo definito in fase di previsione. A tale scopo viene elaborato con periodicità mensile, normalmente 20 giorni dopo la chiusura del periodo, un report direzionale che ha appunto la finalità di rappresentare in modo sintetico i principali andamenti di attività e consumo di beni e quindi di evidenziare eventuali criticità da valutare ed eventualmente gestire.

L'analisi degli andamenti che verrà commentata nella presente relazione prende spunto proprio da tale report denominato *"Monitoraggio andamento attività e costi"*. Tale analisi è accompagnata da un approfondimento sull'andamento dei ricavi rispetto ai principali obiettivi di produzione e da un *benchmarking* con le altre aziende ospedaliere della Regione. Viene inoltre sviluppato l'andamento delle singole unità operative per individuare gli eventuali ambiti di miglioramento.

L'analisi che viene condotta sui volumi di attività focalizza l'attenzione sull'andamento dei ricavi rispetto alle tre principali dimensioni economiche:

- l'attività svolta a favore di pazienti residenti in provincia di Bologna: il cui valore complessivo in termini di volumi e contenuti sono definiti negli accordi di fornitura con le aziende territoriali di riferimento: Bologna ed Imola;
- l'attività a favore di pazienti residenti nelle altre province (mobilità attiva infraregionale);
- l'attività per residenti in altre regioni.

Attività di ricovero

L'Azienda a fine anno 2018 registra, rispetto al 2017, un aumento dell'attività di ricovero per effetto dell'incremento della valorizzazione economica (+0,9%) e della complessità della casistica trattata (+5,9% il valore medio del caso trattato in degenza ordinaria), seppure si registri un lieve calo del numero dei ricoveri (-0,2%), dovuto sostanzialmente alla conversione al regime ambulatoriale del day hospital oncologico.

La tabella successiva rappresenta gli andamenti rilevati dei pazienti in termini di numero di dimessi e valorizzazione economica dell'attività complessiva e al netto dei trapianti (importi rappresentati in migliaia di euro). La valutazione viene fatta al netto dell'attività svolta c/o l'Ospedale di Imola, in quanto la regolazione economica collegata a questo progetto di integrazione non ha ricadute economiche sui valori della mobilità sanitaria.

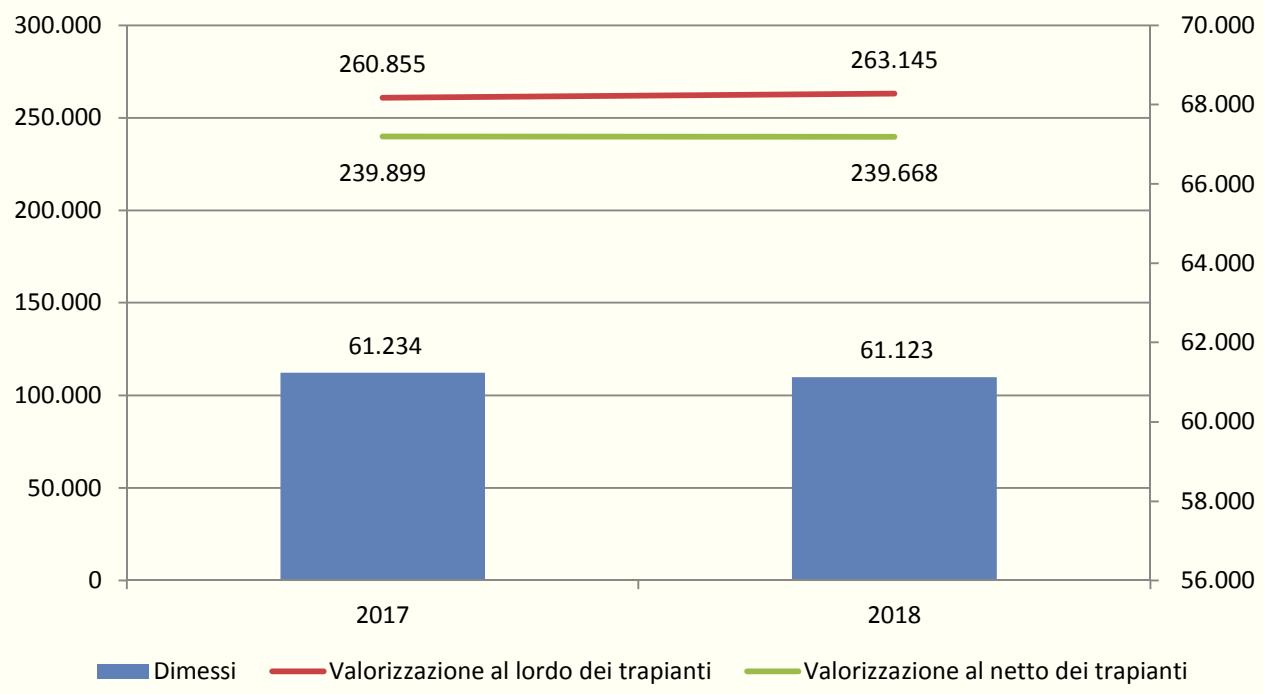
RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

ANDAMENTO N. RICOVERI - PERIODO Gennaio Dicembre 2017 - 2018

* Onere della degenza: Mobilità sanitaria (1 2 6 10)	nr. Dimessi				Valorizzazione al lordo dei trapianti				Valorizzazione al netto dei trapianti			
	gen-dic 17	gen-dic 18	Dass.18_17	var% 18_17	gen-dic 17	gen-dic 18	Dass.18_17	var% 18_17	gen-dic 17	gen-dic 18	Dass.18_17	var% 18_17
DIMESSI IN REGIME ORDINARIO (al netto del nido)	49.265	48.417	-848	-1,7%	243.133	245.921	+2.788	1,1%	222.177	222.443	+266	0,1%
Val medio DO					4,94	5,08		2,9%	4,54	4,63		2,0%
NIDO	2.592	2.554	-38	-1,5%	1.060	1.056	-4	-0,3%	1.060	1.056	-4	-0,3%
TOTALE RICOVERI DEGENZA ORDINARIA	51.857	50.971	-886	-1,7%	244.192	246.977	+2.784	1,1%	223.237	223.499	+262	0,1%
DIMESSI in DH	9.377	10.152	+775	8,3%	16.662	16.169	-494	-3,0%	16.662	16.169	-494	-3,0%
Val medio DH					1,78	1,59		-10,4%	1,78	1,59		-10,4%
DH ONCOLOGICI	535	264	-271	-50,7%	1.872	579	-1.293	-69,0%	1.872	579	-1.293	-69,0%
DH NO ONCOLOGICI	8.842	9.888	+1.046	11,8%	14.791	15.589	+799	5,4%	14.791	15.589	+799	5,4%
TOTALE RICOVERI DO+DH	61.234	61.123	-111	-0,2%	260.855	263.145	+2.291	0,9%	239.899	239.668	-232	-0,1%

Fonte dati: banca dati aziendale prestazioni ambulatoriali

Ricoveri AOSP: dimessi e valorizzazione economica



Fonte dati: banca dati aziendale prestazioni ambulatoriali

L'analisi degli andamenti rispetto alla provenienza dei pazienti evidenzia un aumento della valorizzazione dell'attività di ricovero, con particolare evidenza rispetto ai pazienti residenti a Bologna ed infraregione, a seguire il dettaglio per provenienza dei pazienti:

⇒ *Bologna*: i ricoveri sono sostanzialmente stabili (-55, pari a -0,1%) mentre la valorizzazione economica è incrementata di +1,723 mln di euro (+1%) con un aumento del valore medio della casistica trattata in regime ordinario del +2,9%.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

In quest'area si osserva un incremento dei ricoveri a seguito di piani di sviluppo connessi al perseguitamento di obiettivi di riduzione delle liste di attesa e a progetti di integrazione in ambito metropolitano/provinciale. Le linee di attività incremento sono:

- cardiologia/cardiochirurgia (361mila euro, +1%) e pneumologia (+250mila euro,+2%);
- interventi di chirurgia generale (+910mila euro, +5%) in particolare di chirurgia bariatrica, chirurgia epato-pancreatica e delle vie biliari, ano e stoma, interventi di ernia;
- malattie infettive (+765mila euro, +9%) per effetto della completa centralizzazione in azienda ospedaliera provinciale;
- trapianti: si rileva un incremento di trapianto di midollo (+1.920mln di euro, +45%) e una riduzione di trapianti d'organo (-834mln, -28%);
- urologia (+886mila euro, +10%): incremento di attività per riduzione di liste di attesa della patologia oncologica.

⇒ *Imola*: si rileva un lieve decremento della mobilità attiva relativa a pazienti di Imola pari a -10 dimessi (-0,5%) con una diminuzione della valorizzazione economica pari a -507 mila euro (-4,9%). Analizzando il dato al netto dell'attività di trapianto la valorizzazione economica è sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente. Nel dettaglio si rileva un aumento l'attività per patologia neonatale maggiore (+337mila euro, +50%) e un calo dell'attività di trapianto, sia d'organo (-453mila euro, -11%) sia di midollo (-123mila euro, -11%);

⇒ *Infraregione*: relativamente all'attività per pazienti della Regione Emilia-Romagna si registra un lieve aumento dei ricoveri di +44 dimessi pari a +0,7% che si accompagna ad un aumento della valorizzazione dell'attività di +2,441 mln di euro (+7,1%);

Si registra in particolare un incremento della valorizzazione dell'attività infraregione per l'area di cardiologia/cardiochirurgia (+1,649 mln di euro, +16%), dell'attività dei trapianti di midollo e di organo (1,080 mln di euro, +79%), urologia (+445 mila euro, +19%) nefrologia e urologia medica (+127 mila euro, +30%). In riduzione la valorizzazione di emolinfopatie, di neonatologia, di radio-chemioterapia, di gastroenterologia e chirurgia vascolare;

⇒ *Extraregione*: si registra una diminuzione della mobilità extraregionale -90 casi (-1,1%) con una corrispondente valorizzazione pari a -1,367 mln di euro (-2,9%), al netto dell'attività di trapianto la valorizzazione si riduce ulteriormente (-5,7%).

La riduzione dell'attrazione riguarda in modo diffuso varie linee di attività: la chirurgia generale (-990 mila euro, -9%), ortopedia (-506mila euro, -24%), cardiologia cardiochirurgia (-425mila euro, -4%), medicina dell'emergenza urgenza (-260 mila, -11%), neonatologia e nido (-116mila euro, -22%). Si rileva un incremento di attività per la chirurgia toracica (+191mila euro, +26%), nefro-urologia medica (+240mila euro, +28%) e trapianti di organi (+391mila euro, +10%) e di midollo (+504mila euro, +17%).

L'attività in regime di **day hospital** registra un aumento di +775 dimessi (+8,3%): nell'anno 2018 è proseguito il percorso di riduzione del day hospital oncologico (-271 ricoveri, -50,7%)

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

e all'incremento dei day hospital non oncologici (+1.046, +11,8%) dovuto ad azioni di miglioramento dei setting di ricovero in particolare nelle discipline di Chirurgia pediatrica, Week surgery Budrio.

Benchmark regionale

Al fine di osservare il posizionamento dell'Azienda rispetto alle altre aziende ospedaliere presenti sul territorio, vengono analizzati gli andamenti dell'attività di ricovero delle aziende ospedaliere della Regione Emilia-Romagna. L'andamento è rappresentato l'attività in regime di ricovero ordinario in quanto l'attività di ricovero in day hospital registra, per tutte le aziende, una significativa riduzione a seguito della conversione del day hospital oncologico al regime ambulatoriale. Nelle tabelle sono state inserite le AUSL di Modena e Reggio Emilia in quanto nel corso del 2017 il Policlinico di Modena ha acquisito un presidio ospedaliero dell'AUSL di Modena e l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia è stata acquisita dall'AUSL di Reggio Emilia.

Per quanto riguarda l'attività a favore di pazienti residenti **extraprovincia** si rileva a livello regionale un diffuso trend di riduzione, sia in termini di casi trattati sia in termini di valorizzazione economica. Le realtà che presentano un incremento sono l'AOUPU Bologna (importo +7,44%) e l'AOUPU Parma dove si osserva un incremento sia del n. di dimessi sia della valorizzazione economica (importo +0,49%), AUSL Bologna e AUSL Romagna presentano un incremento solo per quanto riguarda l'importo (+3,22%). L'Azienda Ospedaliera di Bologna registra un incremento del peso medio dei DRG prodotti, che continua ad attestarsi come il più elevato della Regione (1,87).

In relazione alla valorizzazione dell'attività per pazienti **extra-regionali**, vi è un trend negativo sia per quanto riguarda i dimessi (unica provincia in aumento è Ferrara con +5,19%) sia per gli importi, con Parma unica azienda in positivo (+2,07%). Le altre aziende regionali registrano una diminuzione negli importi che va dal -3,07% dell'AOUSPU di Ferrara al -11,25% dell'AOSP di Modena. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna registra un decremento del fatturato pari al -3,25%; si rileva inoltre una leggera diminuzione del peso medio dei DRG prodotti, che continua, comunque, ad attestarsi come il più elevato della Regione (1,72).

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

ATTIVITÁ IN DEGENZA ORDINARIA - MOBILITÁ INFRAREGIONALE (ESCLUSA AUSL DI RESIDENZA)

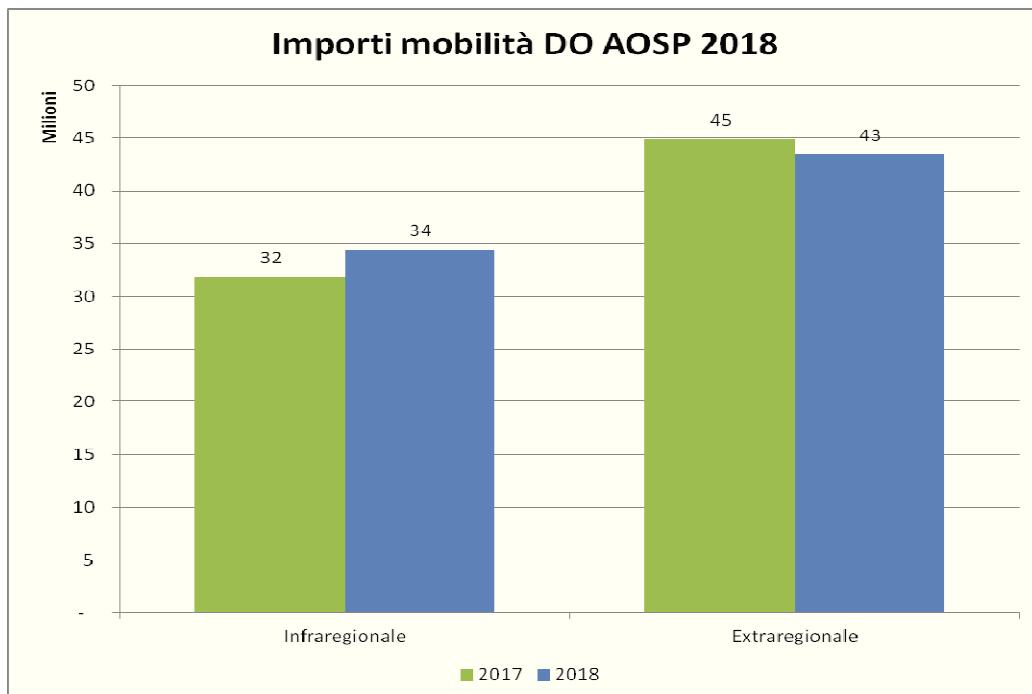
Azienda di ricovero	Anno 2017			Anno 2018			Delta ass.		Delta %	
	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo
BOLOGNA	2520	9.673.826	1,23	2.444	9.995.256	1,24	76 ↓	321.430 ↑	-3,11% ↓	3,22% ↑
AOSPU PARMA	3429	22.266.353	1,66	3.470	22.376.131	1,66	41 ↑	109.777 ↑	1,18% ↑	0,49% ↑
REGGIO EMILIA di cui	3259	11.780.354		3.144	11.608.705		115 ↓	171.650 ↓	-3,66% ↓	-1,48% ↓
AOSP REGGIO EMILIA	1054	4.106.142	1,21	-	-		1.054 ↓	-4.106.142 ↓		
REGGIO EMILIA	2205	7.674.212	0,98	3.144	11.608.705	1,04	939 ↑	3.934.492 ↑	29,87% ↑	33,89% ↑
MODENA di cui	6228	19.753.456		5.968	19.048.239		260 ↓	705.217 ↓	-4,36% ↓	-3,70% ↓
AOSPU MODENA	3207	13.374.918	1,32	3.196	13.026.765	1,32	11 ↓	348.153 ↓	-0,34% ↓	-2,67% ↓
MODENA	3021	6.378.538	0,76	2.772	6.021.474	0,78	249 ↓	357.064 ↓	-8,98% ↓	-5,93% ↓
AOSPU FERRARA	1415	7.406.833	1,26	1.392	7.111.675	1,20	23 ↓	295.159 ↓	-1,65% ↓	-4,15% ↓
AOSPU BOLOGNA	4867	31.908.443	1,76	4.872	34.475.008	1,87	5 ↑	2.566.565 ↑	0,10% ↑	7,44% ↑
AUSL ROMAGNA	2753	10.481.864	1,22	2.647	10.892.466	1,28	106 ↓	410.603 ↓	-4,00% ↓	3,77% ↑

Fonte:Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali (Siseps): Schede di Dimissione Ospedaliera

ATTIVITÁ IN DEGENZA ORDINARIA - MOBILITÁ EXTRAREGIONALE

Azienda di ricovero	Anno 2017			Anno 2018			Delta ass.		Delta %	
	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo
BOLOGNA	3249	13.747.972	1,30	3.131	13.315.986	1,31	118 ↓	431.986 ↓	-3,77% ↓	-3,24% ↓
AOSPU PARMA	3544	18.538.669	1,48	3.507	18.931.078	1,55	37 ↑	392.409 ↑	-1,06% ↑	2,07% ↑
REGGIO EMILIA di cui	3188	12.424.491		3.128	11.800.828		60 ↓	623.663 ↓	-1,92% ↓	-5,28% ↓
AOSP REGGIO EMILIA	1146	5.167.445	1,26	-	-		1.146 ↓	-5.167.445 ↓		
REGGIO EMILIA	2042	7.257.046	1,04	3.128	11.800.828	1,08	1.086 ↑	4.543.782 ↑	34,72% ↑	38,50% ↑
MODENA di cui	4694	21.691.424		4.678	19.937.417		16 ↓	1.754.007 ↓	-0,34% ↓	-8,80% ↓
AOSPU MODENA	3708	18.636.985	1,51	3.611	16.752.937	1,40	97 ↓	1.884.048 ↓	-2,69% ↓	-11,25% ↓
MODENA	986	3.054.439	1,04	1.067	3.184.481	1,01	81 ↑	130.041 ↑	7,59% ↑	4,08% ↑
AOSPU FERRARA	2119	12.146.937	1,19	2.235	11.785.332	1,15	116 ↓	361.605 ↓	5,19% ↓	-3,07% ↓
AOSPU BOLOGNA	7002	44.906.908	1,73	6.789	43.493.870	1,72	213 ↓	1.413.038 ↓	-3,14% ↓	-3,25% ↓
AUSL ROMAGNA	9212	38.017.751	1,23	9.108	37.915.763	1,24	104 ↓	101.987 ↓	-1,14% ↓	-0,27% ↓

Fonte:Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali (Siseps): Schede di Dimissione Ospedaliera



Fonte:Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali (Siseps): Schede di Dimissione Ospedaliera

Specialistica ambulatoriale

Per quanto riguarda la **specialistica ambulatoriale per pazienti esterni** l'andamento ha registrato, a livello complessivo, un aumento rispetto ai valori economici del 2017 (complessivamente: +5,674 mln di euro, pari al +7,07%): incrementa l'attività per prestazioni di specialistica ambulatoriale +4,132 mln di euro, pari al +6,61%), le prestazioni di dialisi (+987 mila euro, pari al +9,6%) e le prestazioni di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (+555 mila euro, pari al +7,42%).

Il trasferimento dell'attività dei **day hospital** oncologici al regime assistenziale di day service ambulatoriale si traduce in una valorizzazione pari a +907 mila euro, pari al 6,11% (DSA oncologico: prestazioni diagnostiche e terapeutiche)

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

	Totale		Articolazione per area di attività						
			Specialistica		Dialisi		Pronto soccorso		
	N.Prest	Importo Lordo	N.Prest	Importo Lordo	N.Prest	Importo Lordo	N.Prest	Importo Lordo	
Gennaio Dicembre 2017	3.484.037	80.307.468	2.332.562	62.553.150	477.050	10.273.493	674.425	7.480.825	
Gennaio Dicembre 2018	3.861.080	85.981.534	2.466.354	66.685.213	664.763	11.260.623	729.963	8.035.698	
Variazione assoluta	377.043	5.674.066	133.792	4.132.063	187.713	987.130	55.538	554.873	
Var. %	10,82%	7,07%	5,74%	6,61%	39,35%	9,61%	8,23%	7,42%	

Tabella: Attività specialistica ambulatoriale per pazienti ambulatoriali al lordo del ticket anno 2017-2018

Fonte dati: banca dati aziendale prestazioni ambulatoriali

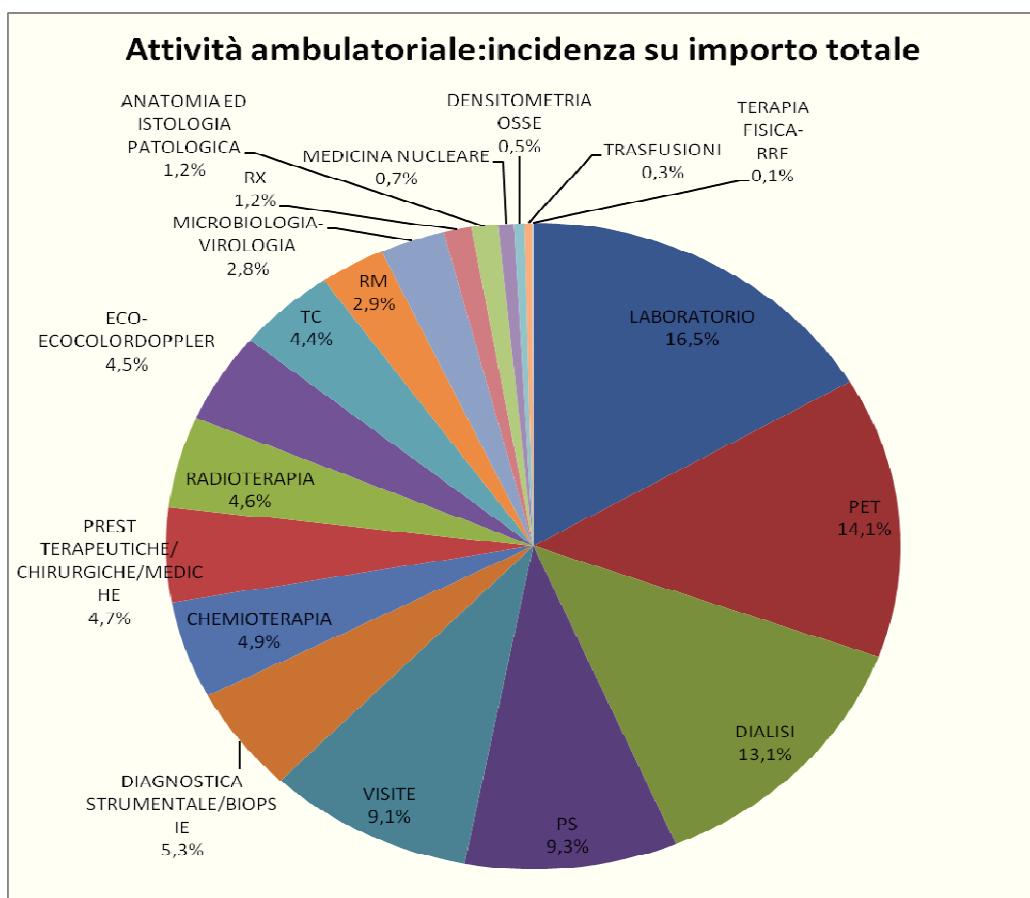


Grafico: composizione % della valorizzazione economica delle prestazioni ambulatoriali anno 2018.
Fonte dati: banca dati aziendale prestazioni di specialistica ambulatoriale anno 2018.

In relazione all'attività di prestazioni complesse, di imaging diagnostico (TC, RM, PET), le attività di specialistica ambulatoriale e di dialisi si rilevano i seguenti andamenti:

- i settori della specialistica che hanno visto un aumento di attività sono legate alle attività di chemioterapia le prestazioni di supporto, in particolare di laboratorio, che valorizzano rispettivamente +736mila euro (+21%) e +1.086mln (8,3%). In ambito oncologico si osserva un incremento anche di prestazioni di radioterapia (+449mila euro, +12,9%) e la diagnostica PET (+1,161 mln, +10,6%). Le prestazioni di dialisi rilevano un incremento di +987mila euro (+9,6%);
- di segno leggermente negativo visite (-36mila, -0,46%) e le prestazioni di anatomia patologica -15,7mila euro (-1,5%).

Per quanto riguarda la provenienza dei pazienti trattati si rileva che:

- l'attività per assistiti della provincia di Bologna rappresenta il 72% della valorizzazione complessiva, in incremento rispetto al 2017;
- l'attività per pazienti assistiti da altre Ausl della regione è il 13% e per pazienti extraregione il 14%; in entrambe i casi in incremento rispetto al 2017.

Consumo di beni

L'andamento dei **consumi** è stato caratterizzato da alcuni elementi rilevanti, con particolare riferimento ai medicinali innovativi, di cui la rappresentazione dettagliata degli elementi di consumo, dei meccanismi di valorizzazione dei costi e dei rimborsi si rimanda al paragrafo "3.2.3.13 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici" precisando che:

BENI SANITARI:

- **Medicinali ed emoderivati:** per la descrizione dell'andamento dei costi per farmaci si rimanda al paragrafo "3.2.3.13 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici";
- **Sangue ed emocomponenti:** gli accordi intercorsi con l'Ausl di Bologna valorizzano l'acquisto sangue dal Centro Regionale Sangue e si attestano a 4,682 milioni di euro. L'incremento è dovuto all'aumento della richiesta di sangue ed emocomponenti e una riduzione della raccolta presso il centro dell'Azienda Ospedaliera;
- **Diagnostici e service sanitari:** si rileva un decremento rispetto all'anno precedente dei consumi di diagnostici di 568 mila euro pari a -7,22% e un aumento dei service sanitari di 909 mila euro pari a +19,10%;

L'incremento di service è dovuto a:

- attività di microbiologia relativamente alle prestazioni di immunogenetica a seguito dell'incremento di attività;
- trasfusionale;
- anatomia patologica per quanto riguarda il service relativo all'attività di immunoistochimica;
- blocco ortopedico l'incremento che si registra è relativo al service di robotica per protesi anca e ginocchio;
- neonatologia per le attività di screening neonatale;

Dialisi e service per dialisi: rileva un incremento rispetto all'anno precedente di circa 72,5 mila euro pari a +3,24%;

- **Dispositivi medici:** la spesa complessiva per i dispositivi medici nel 2018 è stata di 45,7 mln con un incremento di 2,2 mln (+5,1 %). Il 57% dei consumi (26,1 mln) è a carico del polo Cardio Toraco Vascolare dove si è registrato +1,3mln, pari al 61% dell'incremento complessivo. La maggior parte dell'utilizzo dei dispositivi medici è correlato ad attività chirurgiche ed interventistiche che hanno visto un significativo incremento quali: impianti di valvole biologiche percutanee, dispositivi medici per apparato circolatorio, endoprotesi, altri dispositivi impiantabili attivi e non attivi.

Gli altri incrementi dei DM sono correlati allo sviluppo di attività chirurgiche complesse, di chirurgia generale e specialistica, ivi inclusa la chirurgia robotica e bariatrica.

- **Radioisotopi e annessi:** si rileva un aumento del consumo di beni di circa 90 mila euro (pari a +5,51%): l'incremento è relativo all'attività in Medicina Nucleare.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Si riporta di seguito la tabella che riepiloga il valore assoluto relativo agli scostamenti rispetto all'anno precedente:

Consumi Gennaio-Dicembre 2017 vs 2018							
AGG	Desc. AGG	Gen-Dic 2017	Gen-Dic 2018	Delta ass. 2018 vs 2017	Delta % 2018 vs 2017	Budget 2018	% assorbim. 2018 su Budget 2018
FAO1	MEDICINALI	93.844.537	104.774.722	10.930.186	11,65 %	100.199.055,	104,57 %
FAO2	EMODERIVATI	8.495.170	8.954.619	459.448	5,41 %	10.455.885,	85,64 %
FAO3	DISPOSITIVI MEDICI	43.468.385	45.702.234	2.233.849	5,14 %	46.396.940,	98,50 %
FAO4	DIAGNOSTICI	7.871.056	7.302.856	-568.201	-7,22 %	7.825.168,	93,33 %
FAO5	DIALISI	2.238.438	2.310.917	72.480	3,24 %	2.237.885,	103,26 %
FAO6	GAS	2.098.021	1.979.500	-118.521	-5,65 %	1.444.954,	136,99 %
FAO7	ALTRI BENI SANITARI	367.363	402.116	34.752	9,46 %	264.975,	151,76 %
Totale beni al netto dei Fatt. Coagul. e dei Farmaci per Epatite C gestiti da FARMACIA		158.382.970	171.426.963	13.043.994	8,2%	168.824.862	101,5%
Totale Fattori della Coagulazione		1.270.461	575.092	-695.369	-54,7%		
Totale Farmaci per Epatite C		4.715.380	6.256.930	1.541.550	32,7%	5.809.484	107,7%
Totale beni gestiti da FARMACIA		164.368.810	178.258.985	13.890.175	8,5%	174.634.346	102,1%
CLO1	ALTRO MATERIALE SANITARIO	4.950.523	5.277.353	326.830	6,60 %	4.196.067,	125,77 %
CLO2	STRUMENTARIO CHIRURGICO	1.638.064	1.727.743	89.678	5,47 %	1.654.891,	104,40 %
CLO3	MATERIALE DI PULIZIA	152.300	157.518	5.218	3,43 %	161.464,	97,56 %
CLO4	MATERIALE DI GUARDAROBA	373.019	386.627	13.608	3,65 %	389.820,	99,18 %
CLO5	CANCELLERIA E STAMPATI	586.922	571.982	-14.940	-2,55 %	569.306,	100,47 %
CLO6	SUPPORTI INFORMATICI	434.449	459.151	24.703	5,69 %	433.628,	105,89 %
CLO7	MATERIALE DI CONVIVENZA	282.942	270.324	-12.619	-4,46 %	280.622,	96,33 %
CLO8	MATERIALE TECNICO (C.LOG)	199.175	251.528	52.353	26,28 %	242.671,	103,65 %
CLO9	SERVICE (C.LOG)	3.179	50	-3.129	-98,43 %	730.000,	0,01 %
Totale beni gestiti da CENTRO LOGISTICO		8.620.575	9.102.276	481.701	5,6%	8.658.470	105,1%
FS01	RADIOISOTOPI ED ANNESSI	1.631.428	1.721.275	89.847	5,51 %	1.641.000,	104,89 %
Totale beni gestiti da FISICA SANITARIA		1.631.428	1.721.275	89.847	5,5%	1.641.000	104,9%
TB01	SERVICE SANITARI TB	4.760.710	5.669.958	909.247	19,10 %	5.500.000,	103,09 %
Totale beni gestiti da INGEGNERIA CLINICA		4.760.710	5.669.958	909.247	19,1%	5.500.000	103,1%
SA01	ALIMENTARI	2.383.445	2.473.280	89.835	3,77 %	2.350.000,	105,25 %
Totale beni gestiti da SAP		2.383.445	2.473.280	89.835	3,8%	2.350.000	105,2%
Totale generale		181.764.968	197.225.773	15.460.805	8,5%	192.783.816	102,3%

Fonte: banca dati aziendale consumi di beni

3.1.2 Le funzioni di rilievo regionale

Si rappresentano a seguire le attività centri di riferimento regionali è stato assegnato un finanziamento a funzione come da delibera Delibera Giunta Regionale n.1095 del 9 luglio, 2018.

Attività cardiochirurgia adulti e cardiologica pediatrica

In quest'area l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna è riferimento regionale (HUB) per le funzioni di cardiochirurgia e cardiologia interventistica per l'età adulta e pediatrica e per l'attività di trapianto di cuore e di polmone. Anche nel 2018 è stato riconosciuto un finanziamento integrativo all'attuale sistema tariffario.

La nuova struttura del Polo-Cardio-Toraco Vascolare (CTV) ha permesso di realizzare in una sede unificata le attività di diagnostica, ricovero ordinario e intensivo, chirurgica e interventistica delle discipline per le quali siamo sede di riferimento a livello regionale e nazionale:

- cardiologia e cardiochirurgia adulti;
- cardiologia e cardiochirurgia pediatrica;
- anestesia e rianimazione;
- chirurgia vascolare e toracica;
- attività relative ai trapianti di cuore e polmone.

Grazie alla disponibilità delle nuove sale ibride ora disponibili presso il polo CTV sono stati ulteriormente implementati interventi con l'uso di tecniche endovascolari e percutanee in ambito cardiovascolare.

All'interno delle sale ibride della struttura sono state applicate le più moderne tecniche di trattamento percutaneo di patologie cardiologiche (TAVI, sistema mitraclip, chiusura percutanea dell'auricola sinistra, valvuloplastica), si sono consolidate e sviluppate tecniche endovascolari per la riparazione di aneurismi e/o dissezioni aortiche. E' stato altresì possibile eseguire sia il posizionamento di stent coronarici che l'esecuzione di by-pass chirurgici senza la necessità di trasferire il paziente da un ambiente all'altro. 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.

La nuova struttura ha comportato anche l'adozione del modello per intensità di cura che ha mutato la composizione delle equipes infermieristiche e le modalità di lavoro del personale medico ed infermieristico e nel corso del 2017 è stata fatta un'importante azione di strutturazione del personale.

Con riferimento al monitoraggio dell'andamento economico del nuovo Polo Cardio-Toraco-Vascolare si rileva si rileva il seguente stato dei costi e dei ricavi di funzionamento:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

RICAVI	ANNO 2018
VALORE DELLA PRODUZIONE	68.599.984
FINANZIAMENTO A FUNZIONE di cui:	4.520.000
<i>funzione hub cardiochirurgia pediatrica</i>	<i>3.750.000</i>
<i>funzione hub trapianto cuore artificiale VAD</i>	<i>600.000</i>
<i>funz hub marfan</i>	<i>170.000</i>
ALTRI FINANZIAMENTI	4.520.000,
TOTALE RICAVI	73.119.984
COSTI	
CONSUMO BENI	7.115.952
BENI DI CONSUMO DI SALA OPERATORIA (DIRETTI)	27.669.324
ACQUISTO DI SERVIZI APPALTATI E UTENZE	4.443.202
COSTO DEL PERSONALE	34.408.811
AMMORTAMENTI E NOLEGGI	3.698.807
MANUTENZIONI	1.023.984
TOTALE COMPLESSIVO COSTI DIRETTI	78.360.080,
PRIMO MARGINE (ricavi-costi diretti)	-5.240.096,

In particolare, per particolari tipologie di device oggetto di finanziamento regionale (Delibera Giunta Regionale n.1095/2018) si dettagliano gli andamenti di attività e dei costi.

Cuore artificiale (VAD)

Il trapianto di cuore artificiale rappresenta un ambito di particolare rilievo e innovazione. Questa tipologia di trattamento rappresenta oggi l'opzione terapeutica di elezione (gold standard) nei pazienti con scompenso cardiaco di grado avanzato.

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

La casistica, è rappresentata nella tabella di seguito riportata:

Residenza assistito	Anno 2006 - 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Residenti in Regione	4	3	4	5	4	14	4	5
Residenti fuori Regione	1	2		1	3	1	4	1
Totale	5	5	4	6	7	15	8	6

Fonte dati: banca dati SDO aziendale.

Nel 2018 sono stati fatti 6 interventi di impianto di cuore artificiale di cui 1 in ambito pediatrico proveniente da fuori regione.

Il finanziamento integrativo deliberato per il 2018 di € 600.000 è a copertura parziale dei costi, per soli device, quantificati in € 533.867, con costo medio per device di € 88.978

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Valvole

Nell'anno 2018 sono stati eseguiti i seguenti interventi di "alta complessità" presso il centro di riferimento regionale per la cardiologia e cardiochirurgia adulti e pediatrica e il relativo costo di acquisto delle valvole:

Tipo Valvola e classificazione ICD9CM	numero dimessi			Costo device		
	2017	2018	Delta 18/17	2017	2018	Delta 18/17
Aortica ((35.21 o 35.22) e 3891)	147	170	23	2.656.072	3.310.992	654.920
Mitraclip (35.12 e 38.91)	20	17	-3	416.000	353.600	-62.400
Mitralica (35.23 o 35.24)	6	8	2	120.309	160.412	40.103
Polmonare (35.25 o 35.26)	11	13	2	128.960	143.364	14.404
Totale complessivo	184	208	24	3.321.341	3.968.368	647.027

Fonte dati: banca dati SDO aziendale e Farmacia.

Sindrome di Marfan

In Emilia-Romagna esiste una rete Hub & Spoke per la diagnosi e cura della sindrome di Marfan.

Il centro Hub è rappresentato dall' Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna e sono stati organizzati dei conti spoke presso le cardiologie delle Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia, Imola e delle AOSP di Parma, Modena e Ferrara.

Il centro hub si trova nel polo cardio-toraco-vascolare dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna e possiede un team multidisciplinare di professionisti dedicati alla cura di tutte le problematiche della malattia (cardiologi, cardiochirurghi, radiologi, radiologi interventisti, neuroradiologi, oculisti, ortopedici, pneumologi, fisioterapisti, genetisti, pediatri).

La rete attualmente prende in carico circa 300 pazienti, di cui buona parte sono provenienti da altre regioni d'Italia. Solo a Bologna vengono seguiti regolarmente circa 180 pazienti con diagnosi clinica e conferma genetica di MFS, circa 40 pazienti con Sindrome di Loeys Dietz, circa 20 pazienti con altre sindromi genetiche più rare (come Ehlers Danlos o Aneurismi aortici familiari). La rete inoltre si prende carico dello screening familiare dei pazienti affetti e di tutti i pazienti inviati con il sospetto diagnostico di patologia del connettivo eseguendo valutazioni cliniche e strumentali volte ad inquadrare correttamente il paziente. A supporto delle attività della rete è stato istituito un tavolo tecnico costituito dai medici dei centri e dai rappresentanti dell'associazione dei pazienti che si incontra regolarmente per verificare lo stato dell'arte, analizzare le eventuali problematiche emergenti ed individuare possibili soluzioni. Infine i coordinatori del centro hub svolgono anche una attività di sensibilizzazione.

Dal 2006 al 2018 il numero di pazienti venuti a contatto col centro è stato pari ad 803. Si riporta la loro distribuzione per provenienza e l'analisi delle prese in carico.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Regione di provenienza paziente	N. Pazienti	Inc. %
Fuori Regione	332	41
Regione ER	471	59
Totale	803	100

Di cui:

Presi in carico	320
Non presi in carico	471
Dec	12
Totale	803

	Anno 2017	Anno 2018	Var. %
Fuori Regione	319	332	+4.07%
Regione ER	442	471	+6.56%
Totale	761	803	+5.52%

Fonte: Centro Marfan

Si riporta, inoltre, l'evoluzione delle prestazioni ambulatoriali eseguite presso il Centro Marfan dal 2008 al 2018

SEDE	VISITE SPECILISTICHE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CENTRO MARFAN	RIVALUTAZIONE INQUADRAMENTO ECOC TC AORTA RELAZIONE CONSULENZA	110	121	206	207	241	224	323	345	334
RADIOLOGIA	RM AORTA RM AO+RM RACH TC AORTA CORONAROTC TC POLMONI		53	64	69	88	83	101	104	140

Fonte: Centro Marfan

Screening neonatale

Il centro di riferimento regionale dello screening neonatale individuato presso l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna è costituito dal Laboratorio di Screening Neonatale e dal Centro Clinico (U.O. PED. A.O.U. Bologna e U.O. Neonatologia e Pediatria dell’azienda USL di Piacenza) operanti in stretta sinergia per la corretta interpretazione dei dati laboratoristici, individuazione dei richiami a basso ed alto rischio. Il sistema di screening neonatale dall’avvio sperimentale gennaio 2010 (Delibera Regionale 107/2010) ad oggi ha ampiamente consolidato le esperienze in ambito sia laboratoristico che clinico-assistenziale. Il D. M. del 13 Ottobre 2016 “Disposizione per l’avvio dello Screening Neonatale (S.N.) per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie “contiene indicazioni riguardanti: la lista delle patologie oggetto dello screening neonatale, l’informativa ed il consenso, le modalità di raccolta e invio e conservazione dello spot ematico. Il laboratorio di S. N., oltre ad effettuare lo screening di tutte le patologie previste dalla normativa vigente (DGR n.2260 del 27/12/2018):

- esegue il second tier test fino alla conferma diagnostica di II livello;
- opera una formazione continua sui sanitari dei punti nascita ed ostetriche domiciliari per la corretta raccolta del campione, corretta esecuzione dei protocolli speciali e corretto utilizzo dell’applicativo dedicato alla gestione del processo.

Il personale sanitario dell’ambulatorio dell’età adulta è stato coinvolto nell’applicativo dedicato alla gestione del processo per una migliore presa in carica dei follow-up dei pazienti affetti che sono passati dai centri dell’età pediatrica a quelli dell’età adulta. I pazienti in follow-up che eseguono prelievi domiciliari su Guthrie Cards pervenuti al laboratorio saranno programmati e processati, gli esiti saranno visibili all’ambulatorio pediatrico o dell’adulto a seconda della loro afferenza. Il laboratorio inoltre collabora con la genetica medica sia per la conferma diagnostica di alcune malattie metaboliche e della Fibrosi Cistica fornendo il materiale biologico residuo prelevato su Guthrie Cards per lo Screening Neonatale materiale che può essere richiesto anche dalla Microbiologia per la ricerca del Citomegalovirus/toxoplasma per escludere o confermare una infezione congenita. Come ultimo aspetto nell’allegato 3, sempre della sopracitata delibera, viene affrontato il parto nelle case maternità e a domicilio ed anche per questo argomento il percorso è ben consolidato ed aderente alla normativa.

I finanziamenti pervenuti a supporto delle attività di laboratorio (€ 2.500.000) sia per le attività di centro clinico di pediatria (€ 200.000) sono a copertura di costi di funzionamento della funzione per € 2.426.931. Il relativo costo è così ripartito:

COSTI	ANNO 2018
COSTO DEL PERSONALE	710.348
CONSUMO BENI E SERVICE	1.199.714
ACQUISTO DI SERVIZI	490.466
AMMORTAMENTI E MANUTENZIONI	26.402
TOTALE	2.426.931

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Il numero dei neonati per l'anno 2018 è pari a 32.954 (Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna – Flusso CEDAP), in riduzione rispetto al 2017 di 531 unità pari a -1,61%.

Malattie Rare Pediatriche

Il centro hub per le Malattie Rare Pediatriche Emilia-Romagna, che è attualmente riconosciuto nella SS-UO di Malattie Rare Congenito-Malformative risponde ai criteri di designazione e valutazione dei centri di "expertise" per le malattie rare (Piano Nazionale Malattie Rare 2013/16 Ministero della Salute). La diagnosi di Malattie Rare richiede competenze specifiche multidisciplinari pertanto ha strutturato una rete assistenziale multidisciplinare, costituita da numerosi specialisti con livelli di alta specializzazione presenti all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, della Azienda USL Città di Bologna, dell'Ospedale Bellaria e degli Istituti Ortopedici Rizzoli.

Il centro fornisce supporto alla conferma della diagnosi (clinica ed eziologia) ed alla costruzione del 'progetto clinico individualizzato'; inoltre, organizza percorsi diagnostico-terapeutici codificati, individualizzati, facilitati e condivisi da tutti gli specialisti, favorendo la continuità assistenziale e semplificando la gestione del paziente e del nucleo familiare.

I pazienti seguiti nel corso degli anni sono progressivamente aumentati, come rappresentato nella tabella di seguito riportata:

Anno	N. totale pazienti gestiti	Nuovi pz. presi in carico
2009	1.350	
2010	1.465	175
2011	1.640	180
2012	1.572	245 e 1.326 controlli
2013	1.963	338 e 1.625 controlli
2014	2.020	304 e 1.716 controlli
2015	1.903	232 e 1.671 controlli
2016	1.951	279 e 1.672 controlli
2017	2.101	236 e 1.865 controlli
2018	2.151	267 e 1.884 controlli

Fonte: Centro Malattie Rare Pediatriche

E' stato altresì strutturato il percorso per la "transazione all'età adulta" per definire ed attuare percorsi di continuità assistenziale per i pazienti con MR, che diventano maggiorenni, con gli specialisti competenti per l'età giovane-adulta.

- Nell' ambulatorio della *"transizione delle pazienti con Sindrome di Turner in età adulta"* sono transitate nel 2018 11 pazienti per un totale di 144 pazienti con Sindrome di Turner;
- Nell' ambulatorio della *"transizione dei pazienti con Sindrome di Klinefelter in età adulta"* sono transitati nel 2018 4 pazienti con Sindrome di Klinefelter;

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- Nell' ambulatorio della "transizione dei pazienti con sindrome di Prader-Willi in età adulta" sono transitati all'adulto 2 pazienti con Sindrome di Prader-Willi.

I finanziamenti assegnati per centro malattie rare pediatriche sono stati pari a 770.000 euro sono a copertura di costi di funzionamento della funzione per € 787.511. Il relativo costo è così ripartito:

COSTI	ANNO 2018
COSTO DEL PERSONALE	472.972
CONSUMO BENI E SERVICE	51.126
ACQUISTO DI SERVIZI	251.071
AMMORTAMENTI E MANUTENZIONI	12.342
TOTALE	787.511

Ambulatorio Poliallergie (MCS)

Allo scopo di garantire il protocollo di assistenza per i pazienti che presentano manifestazioni di intolleranza alle sostanze chimiche non trattabili farmacologicamente è stato attivato il Centro di Riferimento per le Intolleranze alle sostanze Chimiche. L'attività ambulatoriale è rivolta a pazienti che presentano Intolleranze alle Sostanze Chimiche (ISC) e a pazienti affetti da Sindrome da Fatica Cronica (SFC) sia per il percorso ISC che per quello SFC. Ciascun paziente assistito viene instradato nel relativo protocollo clinico:

- ISC: esami di laboratorio, Prima Visita Pneumologica, Prima Visita Allergologica, Prima Visita Gastroenterologica, Prima Visita Cardiologica con Elettrocardiogramma, Prima Visita Psichiatrica, Colloquio Psicologico clinico con test;
- SFC: esami di laboratorio, Ecografia dell'addome completo, Radiografia del torace in due proiezioni, Prima Visita Infettivologica, Prima Visita Cardiologica con Elettrocardiogramma, Prima Visita Reumatologica, Prima Visita Antalgica, Prima Visita Neurologica, Prima Visita Fisiatrica, Colloquio Psicologico clinico con test, Prima Visita Psichiatrica.

Il finanziamento riconosciuto per l'ambulatorio delle poliallergie (50.000 euro) è finalizzato alla copertura di costi di funzionamento per € 57.029.

Il relativo costo è così ripartito:

COSTI	ANNO 2018
COSTO DEL PERSONALE	48.790
CONSUMO BENI E SERVICE	8.238
TOTALE	57.029

Centro di Riferimento Regionale per le emergenze microbiologiche

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

In particolare, il CRREM esegue il continuo monitoraggio delle infezioni emergenti, con impegno costante di studio e di aggiornamento riguardante la situazione epidemiologica internazionale, al fine di implementare e aggiornare le metodologie diagnostiche e rispondere alle nuove emergenze microbiologiche. Oltre alla diagnosi rapida delle infezioni sostenute da Arbovirus e alla caratterizzazione di patogeni responsabili di malattie batteriche invasive, il CRREM è attivo nella sorveglianza e diagnosi dei casi gravi e complicati di influenza come laboratorio di riferimento appartenente alla rete Influnet, dei casi di malaria provenienti da paesi ad alta endemia e per la caratterizzazione di ceppi batterici multi-resistenti.

Inoltre, il CRREM è in grado di affrontare in tempi rapidi nuove eventuali emergenze che possano coinvolgere soggetti provenienti da paesi a rischio (per esempio casi di febbre gialla e casi di sindrome respiratoria medio-orientale (MERS)).

Analogamente agli anni precedenti, il laboratorio CRREM è stato coinvolto nei piani di sorveglianza nazionale e regionale delle arbovirosi (piano sorveglianza Dengue/Chikungunya/Zika e piano sorveglianza integrato West Nile).

Nel 2018 la Regione Emilia-Romagna ha riconosciuto un finanziamento di 750.000 euro a copertura dei costi per il personale e per l'acquisto del materiale diagnostico per ottemperare ai compiti preposti (Delibera Giunta Regionale n.1095/2018).

Per quanto riguarda gli obiettivi come richiesti dalla Regione Emilia-Romagna (Delibera Num. 919 del 18/06/2018) è stato tenuto in considerazione il seguente indicatore:

- n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di Riferimento Regionale CRREM.
Risultato Atteso = 100%
Risultato Conseguito = 100%

Per quanto riguarda la sorveglianza delle infezioni sostenute dai virus Dengue, Chikungunya e Zika, nel corso del 2018 l'attività del CRREM è risultata complessivamente paragonabile a quella del 2017 in termini di richieste ricevute e analisi sierologiche/molecolari effettuate (**Tabella 1**).

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

	2017			2018		
	Dengue	Chikungunya	Zika	Dengue	Chikungunya	Zika
N. Positivi/N. Richieste	14/295	10/329	10/299	15/225	0/274	0/218
N. test molecolari	225	410	696	205	406	580
N. test sierologici	858	654	620	648	544	448

Tabella 1. Attività relativa alla sorveglianza casi sospetti Dengue/Chikungunya/Zika nel 2017 e 2018.

Fonte: CRREM

15 pazienti sono risultati positivi per infezione da virus Dengue. Per tutti i casi, veniva riportata una storia di viaggi in territori a circolazione endemica/epidemica per l'infezione. In Tabella 2 vengono riportati alcuni dati relativi ai casi di Dengue diagnosticati nel 2018

N. casi	Sesso	Data diagnosi	Soggiorno estero	Provincia residenza	Classificazione	Dengue serotype
1	F	05/03/18	n.d.	Bologna	confermato	Dengue 2
2	M	06/04/18	Maldivi	Bologna	confermato	Dengue 3
3	F	06/04/18	Maldivi	Bologna	confermato	Dengue 3
4	M	06/04/18	Maldivi	Bologna	confermato	Dengue 3
5	M	06/04/18	Maldivi	Bologna	confermato	Dengue 3
6	M	12/04/18	Maldivi	Bologna	confermato	Dengue 3
7	M	12/04/18	Maldivi	Bologna	confermato	Dengue 3
8	F	30/06/18	Maldivi	Forlì-Cesena	confermato	Dengue 2
9	F	19/07/18	Thailandia	Reggio Emilia	confermato	Dengue 1
10	M	07/08/18	Bangladesh	Rimini	confermato	Dengue 1
11	M	09/08/18	Cuba	Modena	probabile	-
12	F	08/10/18	Cuba	Modena	probabile	-
13	M	08/11/18	Cuba	Ravenna	confermato	-
14	M	08/11/18	Cambogia	Rimini	confermato	Dengue 1
15	M	19/11/18	Santo Domingo	Bologna	confermato	Dengue 1

Tabella 2. Casi di infezione Dengue nel corso del 2018. Fonte: CRREM

Nel corso del 2018 non sono stati identificati casi di infezione da virus Chikungunya e Zika. In tutti i casi la risposta è stata resa disponibile entro 24 ore dall'arrivo dei campioni in laboratorio.

Nonostante gli obiettivi indicati dalla Regione Emilia-Romagna per il CRREM riguardino esclusivamente i casi sospetti per Chikungunya/Dengue/Zika, si ritiene utile riportare anche i

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

dati dell'attività riguardante la sorveglianza delle arbovirosi autoctone quali quelle sostenute dai virus West Nile, Toscana e Usutu. Nel corso del 2018 l'attività del CRREM ha registrato un deciso incremento rispetto agli anni precedenti del numero complessivo di richieste di diagnosi per i virus West Nile, Toscana e Usutu (Tabella 3).

	2017			2018		
	West Nile	Toscana	Usutu	West Nile	Toscana	Usutu
N. Positivi/N. Richieste	15/451	52/416	0/416	171/1324	53/863	2/863
N. test molecolari	1061	554	565	2130	1224	2018
N. test sierologici	1388	832	-	3424	1728	-

Tabella 3. Attività relativa alla sorveglianza casi sospetti West Nile/Toscana/Usutu. Fonte: CRREM.

Nel 2018, in linea con la situazione epidemiologica europea, si è riscontrato un incremento rilevante dei casi di infezione da virus West Nile: sono stati identificati 101 casi confermati di malattia neuro invasiva (WNND) e 70 casi di malattia febbrale (WNF).

Per 53 pazienti è stata confermata l'infezione da virus Toscana associata ad un quadro di meningite e meningoencefalite. Inoltre, sono stati identificati due casi di malattia da virus Usutu: uno con encefalite e uno con sintomatologia febbrale.

Per l'anno 2018 la Regione Emilia-Romagna ha riconosciuto un finanziamento di 750.000 euro a copertura dei costi per il personale e per l'acquisto del materiale diagnostico per ottemperare ai compiti preposti (Delibera Giunta Regionale n.1095 del 9 luglio, 2018).

Il finanziamento, per l'attività del laboratorio CRREM, copre il costo relativo al personale per € 223.334, e costi di beni, servizi e attrezzature per € 327.498.

L'attività di emergenze microbiologiche West Nile Virus ha sostenuto costi per diagnostici e materiale sanitario pari € 133.649.

COSTI	ANNO 2018
Costo del personale	223.334
Attrezzature (amm.ti, manut.)	5.788
Beni di consumo	290.100
Service	
Servizi non sanitari	31.610
Totale costo	550.832

Diagnosi e sorveglianza morbillo, rosolia e pertosse

Sempre con riferimento al livello assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, un finanziamento di € 50.000 viene assegnato per la diagnosi e la sorveglianza di laboratorio per morbillo, rosolia e pertosse. Tale finanziamento è stato completamente assorbito da costi per il personale pari ad € 29.523 e per diagnostici e materiale sanitario pari ad € 20.235.

Centro Regionale di Nefrologia Pediatrica per la gestione del paziente con insufficienza renale cronica

Il Centro Regionale di Nefrologia Pediatrica è nato come struttura semplice di Nefrologia Pediatrica, trasformata nel 2012 in Programma di Nefrologia con i seguenti obiettivi:

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

Presso il centro è stata avviata e implementata la gestione di bambini con insufficienza renale acuta e cronica, di bambini portatori di trapianto, la dialisi pediatrica, la cura e la diagnosi delle altre malattie nefrologiche. Infine, è stato avviato il percorso del trapianto pediatrico da vivente e da cadavere.

Per quanto riguarda in volumi di attività, dall'avvio dell'attività sono stati fatti 9 trapianti di rene in pazienti in età pediatrica, di cui 4 da vivente e 5 da cadavere. Nel 2018 sono stati seguiti ambulatorialmente o come ricoverati 90 pazienti pediatrici in insufficienza renale cronica (IRC), 1 dei quali è tuttora sottoposto a dialisi peritoneale e 1 ad emodialisi. Sempre nel 2018 è stato eseguito un trapianto di rene, da vivente. Sono 2 i pazienti trapiantati di rene ai quali viene assicurata la continuità assistenziale post trapianto, il cui trapianto è stato eseguito in altra sede fuori regione.

Le prospettive sono quelle di mantenere e possibilmente aumentare numericamente sia l'attività di assistenza ai pazienti in IRC (in terapia conservativa o dialitica), sia quella trapiantologica, con l'ulteriore obiettivo di ridurre l'iscrizione in lista a centri trapianto extraregionali.

L'attività di trapianto in età pediatrica nel 2018 ha mantenuto l'attività di assistenza ai pazienti in IRC (in terapia conservativa o dialitica).

L'andamento dei trapianti nel corso degli anni è riportato nella seguente tabella:

	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
N.TRAPIANTI DI RENE PEDIATRICO	1	2	3	2	0	1

Tabella. Numero trapianti di rene pediatrico. Fonte: centro regionale nefrologia pediatrica.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Il finanziamento ricevuto da DGR 1095/2018 pari ad € 500.000 è a copertura del relativo costo pari a € 457.009.

Centro per le malattie emorragiche congenite (MEC)

Il centro svolge attività di laboratorio per eseguire i test di coagulazione funzionali alla diagnosi, terapia e follow-up dei pazienti e quelli deputati all'esecuzione dei test in emergenza.

Ove necessario organizza attività di formazione destinate a medici, infermieri e specialisti dei centri spoke, dei presidi che trattano tali casistiche finalizzate alla corretta gestione del paziente dalla fase diagnostica, a quella di follow-up dei pazienti a quella di emergenza.

Il finanziamento di € 60.000 è a fronte di costi relativi a personale pari a 88.666 euro altri costi per beni di consumo e service per 546.526 euro, di cui 464.375 euro di fattori della coagulazione.

Centro regionale per la diagnosi ed il trattamento medico-chirurgico delle malattie croniche intestinali (MICI)

L'azienda ospedaliero-universitaria Sant'Orsola-Malpighi rappresenta il centro di riferimento per i pazienti affetti da MICI, siano essi residenti in Emilia-Romagna oppure provenienti da fuori regione.

Nel corso dell'ultimo biennio è stata effettuata una riorganizzazione dei percorsi di cura al fine di migliorare la qualità dell'assistenza, l'ottimizzazione del percorso dei pazienti e la loro presa in carico, favorendo l'integrazione di tutto il personale coinvolto e valorizzare le capacità di assistenza, didattica e ricerca.

Il centro regionale per la diagnosi e cura delle MICI potenzia l'organizzazione legata al trattamento in riferimento alla popolazione adulta (>14 anni), mediante la strutturazione di specifici percorsi di cura in un'ottica di rete integrata tra le strutture ospedaliere ed extraospedaliere che insistono sul territorio bolognese, nonché mediante collaborazioni con centri regionali ed extra-regionali.

A tal fine nel corso del 2018 si è iniziata la realizzazione di un'unica piastra ambulatoriale ove concentrare tutte le attività inerenti la patologia. La piastra ambulatoriale unica garantisce le funzioni legate ai percorsi di cura e terapia medico-chirurgica integrata e personalizzata.

La riorganizzazione dell'attività consente:

- La presa in carico di volumi importanti (previste almeno 10.000 visite l'anno);
- La valutazione multispecialistica e multidisciplinare dei casi;
- La massima garanzia di continuità assistenziale;
- La condivisione di protocolli per la gestione dei pazienti da parte di centri di primo livello presenti sul territorio nazionale, per consentire una migliore qualità della vita dei pazienti MICI.

La delibera (DGR 1095/2018) riconosce, a favore del centro regionale per la diagnosi ed il trattamento medico-chirurgico delle malattie croniche intestinali (MICI), un finanziamento a

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

funzione pari ad € 200.000, in attuazione di quanto disposto con propria delibera n.1188/2017 che ha istituito Centro regionale MICI.

La ricognizione delle attività svolte nel Policlinico Sant'Orsola-Malpighi evidenzia la presa in carico di volumi importanti di pazienti.

Dal confronto tra il 2017 ed il 2018 emerge l'incremento in assoluto del numero dei casi trattati. Tale aumento riguarda sia l'attività di ricovero (+57 dimessi, pari a +6%) e rimane significativa l'attività ambulatoriale così come dettagliato nelle tabelle (tabella 1 e 2 di seguito riportate). L'alta percentuale di pazienti provenienti da fuori regione (62%) e fuori provincia (13%) conferma il fatto che l'Aosp sia centro di riferimento nazionale per pazienti affetti da MICI.

DRG	DIMESSI 2018	N. ACCESSI URGENTI/ PS	Sesso		Provenienza			
			F	M	Bologna	Provincia Bologna	Fuori provincia	Fuori regione
DRG 149 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	110	5	53	57	10	1	20	79
DRG 152 - INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	13	1	5	8	1	0	1	11
DRG 153 - INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	40	0	23	17	3	0	5	32
DRG 158 - INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	72	2	25	47	10	0	7	55
DRG 179 - MALATTIE INFAMMATORIE DELL'INTESTINO	173	126	72	101	66	5	24	78
DRG 181 - OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE SENZA CC	8	7	3	5	5	0	1	2
DRG 208 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI SENZA CC	2	1	2	0	1	0	0	1
DRG 569 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON DIAGNOSI	174	81	75	99	28	1	18	127
DRG 570 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI	111	21	41	70	11	3	17	80
ALTRI DRG	260	139	112	148	87	6	35	132
Totale	963	383	411	552	222	16	128	597
Incidenza/Totale			39,8%	42,7%	57,3%	23,1%	1,7%	13,3%
								62,0%

Tabella 1: Attività di ricovero 2018: selezione casi con diagnosi di dimissione morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa. Fonte dati: banca dati SDO aziendale.

PRESTAZIONI 2018	N. PRESTAZIONI	IMPORTO
Prestazioni diagnostiche(colonscopia,sgmoidoscopia,biopsia)	1649	129.808
Visite	5670	104.680
Diagnostica ecografica	718	43.114
Anatomia patologica	548	34.361
Diagnostica radiologica	126	12.230
Laboratorio	1435	5.374
Altre prestazioni	791	10.743
Totale	10937	340.310

Tabella 2: Attività ambulatoriale per pazienti esterni 2018: selezione casi con codice esenzione 009 Colite ulcerosa e morbo di Crohn. Fonte dati: banca dati ASA aziendale.

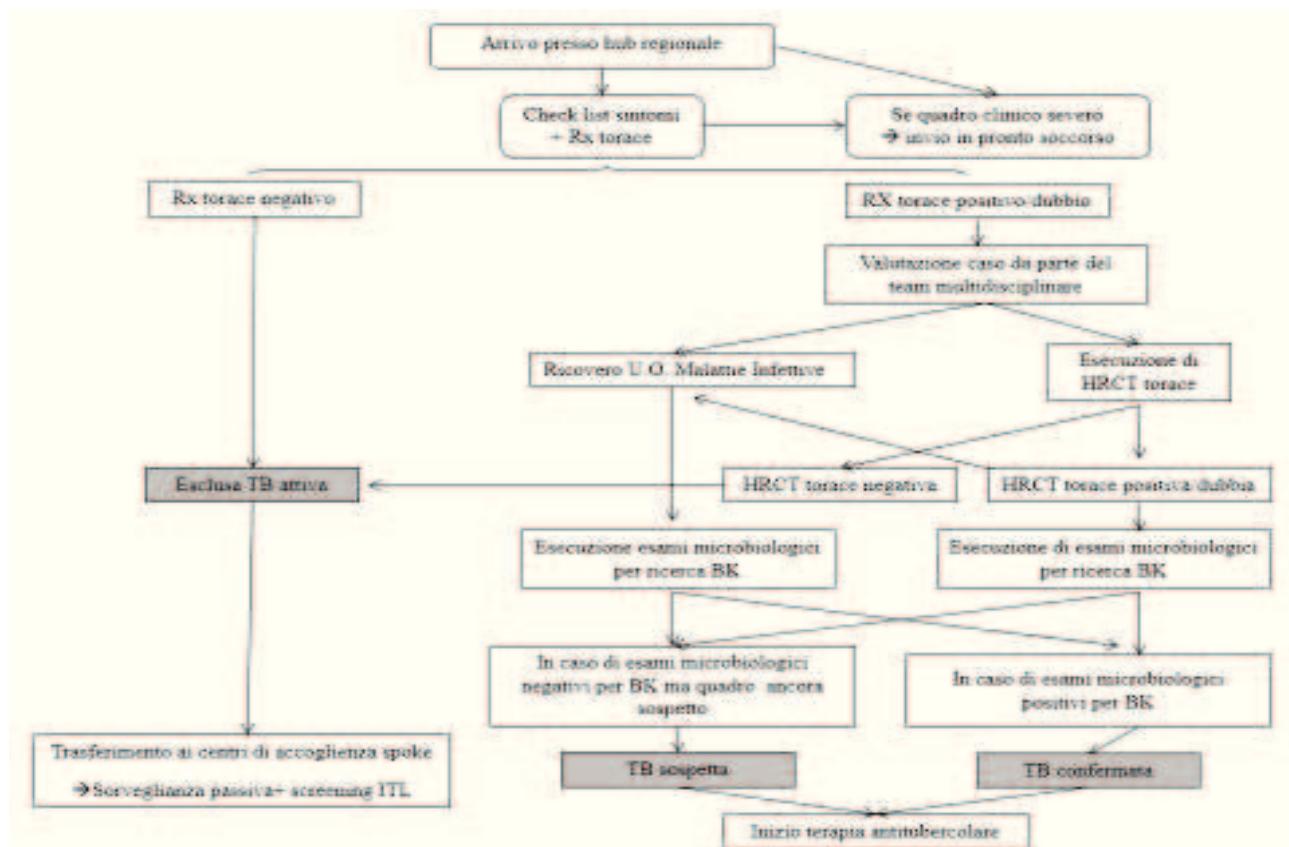
Attività di divulgazione sulle modalità di gestione delle liste di attesa dei ricoveri ospedalieri programmati

Si è concluso un contratto di collaborazione per attività di esperto in comunicazione sanitaria connessa alla realizzazione del progetto denominato "Sostegno per comunicazione esterna della campagna per la riduzione dei tempi d'attesa per i ricoveri ospedalieri". Il contratto valido dal 2/10/17 al 1/4/18 per un costo complessivo di € 12.000, è a carico del 2018 per € 6.000.

Centro per il servizio specialistico regionale di consulenza in ambito vaccinale e consulenza infettivologica ai migranti

Il Centro svolge il suo servizio su problematiche di elevata complessità e con particolare riferimento alla tubercolosi.

L'attività è svolta in base ad un articolato percorso volto ad individuare i casi di TBC attiva o latente. Il migrante viene preso in carico sin dal suo arrivo presso l'hub regionale per essere sottoposto allo screening in base allo schema sotto riportato.



Lo screening della tubercolosi latente nei migranti in Emilia-Romagna, nella quasi totalità dei casi, conferma l'infezione (escludendo i casi di TBC attiva e TBC pregresse) ed il percorso porta all'inizio del trattamento profilattico. All'uopo si è implementata l'attività del relativo ambulatorio.

Nel corso del 2018 è stato altresì attivato il servizio altamente specialistico, a valenza regionale, finalizzato alla gestione delle problematiche complesse inerenti le vaccinazioni. Le indicazioni fornite di fatto rappresentano una vera e propria perizia su singolo paziente e sono declinate in modo approfondito sulle peculiarità del singolo caso, con espressione di parere favorevole o contrario ad una o più vaccinazioni, oppure con consigli di ulteriori accertamenti finalizzati ad un migliore inquadramento del caso. In ognuno di essi, ciascuna valutazione esita in una presa di posizione definitiva in termini positivi o negativi. Il finanziamento riconosciuto di € 100.000 è

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

finalizzato alla copertura dei costi di funzionamento, che comprendono il costo del personale, beni di consumo e servizi.

Neoplasia ovarica

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

Rilevato l'obiettivo di offrire alle pazienti affette da questa patologia un percorso integrato e di qualità e per garantire la presa in carico assistenziale in linea con i più attuali risultati della ricerca scientifica, la delibera di finanziamento regionale (DGR 1095/2018) stanzia € 100.000 all' Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna individuandola quale Centro di Riferimento Regionale per il trattamento della neoplasia ovarica. Il Centro di Riferimento regionale nasce per perseguire diversi obiettivi:

- concentrare la casistica e garantire volumi di attività adeguati;
- favorire un iter terapeutico appropriato ad opera di un apposito team multidisciplinare;
- migliorare la tempestività e l'efficacia dell'iter diagnostico terapeutico con un generale miglioramento dei tempi di attesa per l'intervento chirurgico;
- promuovere la didattica e la ricerca nel settore specifico;
- collaborare con le associazioni di pazienti per ottimizzare e condividere le informazioni e migliorare la comunicazione con la persona assistita.

Il Centro costituisce il riferimento per la casistica regionale e si interfaccia con altri centri al fine di giungere allo sviluppo di un progetto di rete clinica.

Si riportano le evidenze empiriche relative ai volumi di attività ospedaliera per la neoplasia ovarica.

SCHEDA 18

Chirurgia del cancro dell'ovaio

Surgery for ovarian cancer

VOLUME DI ATTIVITÀ OSPEDALIERA				
ESITO	SOPRAVVIVENZA A 5 ANNI	ASSENZA RESIDUI TUMORALI	TUMORE RESIDUO ≤10 mm	TUMORE RESIDUO ≤20 mm
n. studi (n. partecipanti)	13 (133.434)	2 (822)	2 (822)	3 (1.504)
n. studi con associazione positiva (n. partecipanti)	10 (120.125)	1 (470)	1 (470)	1 (682)
Cut-off ad alto volume (casi/anno) range: media: mediana:	7-100 29,6 24	20	20	10

Tabella 18. Chirurgia del cancro dell'ovaio: risultati della revisione sistematica.
Table 18. Surgery for ovarian cancer: systematic review results.

Azienda ricovero	2015	2016	2017	2018*
PIACENZA	71	74	61	69
PARMA	43	48	48	38
AOSPU PARMA	95	100	134	174
REGGIO EMILIA	122	127	150	140
MODENA	96	91	69	74
AOSPU MODENA	51	75	71	83
BOLOGNA	106	88	121	145
AOSPU BOLOGNA	280	308	293	284
IMOLA	13	7	21	23
FERRARA	38	27	15	18
AOSPU FERRARA	47	61	55	38
ROMAGNA	328	309	277	264
Totale RER	1.290	1.315	1.315	1.350
<i>Mobilità attiva</i>	117	121	146	138
<i>% attrazione</i>	9,1	9,2	11,1	10,2
<i>Mobilità passiva</i>	77	79	81	n.d.
<i>% fuga</i>	6,2	6,2	6,5	n.d.

Tabella: n. ricoveri per tumore ovarico in Emilia-Romagna.

Fonte: SDO 2015-2018*

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Funzione Trapianti

L'attività di trapianto rappresenta un punto di eccellenza e di primaria importanza all'interno del nostro Policlinico non solo a livello regionale, ma anche nazionale e di pari passo, per importanza, va il processo di donazione degli organi, tessuti e cellule non solo per i risvolti clinici, etici e sociali che lo stesso processo comporta, ma soprattutto perché è base imprescindibile per il mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica. Quest'ultima può essere suddivisa in tre tipologie: organi solidi, tessuti e cellule.

Il trapianto di organi riguarda cuore, rene, fegato, intestino/multiviscerale, pancreas e polmone; il trapianto di tessuti riguarda segmenti vascolari, valvole cardiache, cornee e cute; il trapianto di cellule riguarda cellule staminali ematopoietiche (allogeniche ed autologhe) e gli epatociti.

La Regione, ogni anno, definisce con apposita delibera il programma pluriennale degli interventi per il potenziamento, la razionalizzazione ed il coordinamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti, assegna i finanziamenti per la realizzazione del programma trapianti dell'anno in corso ed individua le tariffe di scambio delle attività correlate ai trapianti.

Per il 2018 il finanziamento è stato di 8.410.000 euro (DGR 1171/2018): la delibera riporta le funzioni regionali, vale a dire, le attività che la nostra Azienda deve svolgere con tale finanziamento.

Facendo riferimento ai dati di attività nell'anno 2018, i trapianti di organi solidi sono diminuiti rispetto all'anno 2017, mentre, in assoluto, è aumentato notevolmente il numero dei trapianti di midollo. Si riporta il riepilogo dei trapianti di organi e di midollo:

TRAPIANTI - CONFRONTO Anno 2018 vs Anno 2017 - dati SDO -

TRAPIANTO	2017	2018	Var.	2017	2018	Var.
TRAPIANTO CUORE	23	16	-7	1.857.093	1.094.664	-762.429
TRAPIANTO CUORE ARTIFICIALE	6	8	2	483.320	523.914	40.594
TRAPIANTO CUORE POLMONE	0	0				
TRAPIANTO CUORE RENE	0	0	0			0
TRAPIANTO FEGATO	79	68	-11	5.265.019	5.072.202	-192.817
TRAPIANTO FEGATO CUORE	0	0	0			0
TRAPIANTO FEGATO RENE	0	2	2		201.306	201.306
TRAPIANTO INTESTINO ISOLATO	0	0	0			
TRAPIANTO INTESTINO MULTIVISCERE	0	0	0			
TRAPIANTO POLMONE	7	7	0	543.566	537.761	-5.806
TRAPIANTO RENE	100	96	-4	3.597.932	3.353.619	-244.313
TOTALE TRAPIANTO ORGANI	215	197	-18	11.746.930	10.783.465	-963.465
TRAPIANTO MIDOLLO ALLOGENICO	54	58	4	3.578.739	3.990.549	411.810
TRAPIANTO MIDOLLO AUTOLOGO	102	151	49	6.367.409	9.336.639	2.969.229
TOTALE TRAPIANTI MIDOLLO	156	209	53	9.946.149	13.327.188	3.381.039
TOTALE TRAPIANTI	371	406	35	21.693.079	24.110.653	2.417.574

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Alla complessità dell'attività trapiantologica si affianca anche l'articolata gestione contabile-amministrativa del sistema di compensazione regionale relativo alle attività di procurement (CRT e CNT).

Quanto contenuto nelle note seguenti trova il proprio riferimento normativo nella DGR n. 1171 del 23.07.2018 (delibera di finanziamento).

L'analisi dei costi di funzionamento del sistema trapianti tiene conto:

- attività svolte da numerose unità operative della struttura coinvolte del processo;
- coordinamento da parte del CRT di tutte le attività di donazione e trapianto, di raccolta dati e di gestione delle liste di attesa nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, rendicontazione annuale alle Aziende Sanitarie della Regione degli scambi inerenti le attività di trapianto infra ed extra Regione e invio trimestrale della rendicontazione dei prelievi e dei trapianti di organo effettuati;
- banca del sangue cordonale, vasi e valvole, biobanca e tipizzazione;
- attività di laboratorio legata all'immunogenetica ed alla sicurezza organi (Microbiologia, Anatomia Patologica, Centro Trasfusionale);
- presenza di unità operative dedicate al supporto alla gestione del paziente con insufficienza d'organo: SSD Centro di riferimento per l'insufficienza intestinale cronica benigna, DH Cardiologia-Trapianti, Medicina Interna per il Trattamento delle Gravi Insufficienze d'Organo, Ufficio di Coordinamento Ospedaliero Locale alle donazioni di organi e tessuti.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Di seguito si riporta, in sintesi, il resoconto relativo al finanziamento per la funzione trapianti:

SINTESI RENDICONTAZIONE FINANZIAMENTO FUNZIONE TRAPIANTO_ANNO 2018 vs ANNO 2017

RIEPILOGO SCHEDE FUNZIONE	COSTI 2017	COSTI 2018	RICAVI 2017	RICAVI 2018
CENTRO RIFERIMENTO TRAPIANTI	1.270.088	1.223.076	5.000	0
BANCHE TESSUTI E BANCA SANGUE CORDONALE, IMMUNOGENETICA PER REGISTRO DONATORI MIDOLLO E PER TRAPIANTI D'ORGANO	2.713.820	2.598.258	1.923.574	2.073.901
SCAMBI TRA AZIENDE PER ATTIVITA' DI TRAPIANTO ORGANI	2.763.499	2.669.918	1.047.462	973.086
UNITA' OPERATIVE A SUPPORTO DELL'ATTIVITA' DI TRAPIANTO	6.875.851	6.814.386	5.711.879	5.584.030
VAD - CUORI ARTIFICIALI	668.050	533.867	600.000	600.000
SISTEMA INCENTIVANTE (CRT, OSTESTRICHE, U.O. SUPPORTO)	735.701	667.805	447.752	428.129
PRONTA DISPONIBILITA' DIRIGENZA	217.919	200.328	0	0
PRONTA DISPONIBILITA' COMPARTO	175.835	220.264	0	0
TOTALE COSTI DIRETTI E RICAVI	15.420.763	14.927.902	9.735.667	9.659.146
TOTALE COSTO PIENO E RICAVI	18.042.293	17.465.645	9.735.667	9.659.146

FINANZIAMENTO REGIONE EMILIA ROMAGNA 2017 (DGR 1049 del 17/07/2017)	8.380.000
FINANZIAMENTO REGIONE EMILIA ROMAGNA 2018 (DGR 1171 del 23/07/2018)	8.410.000

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Dal rendiconto si evince che, i costi dell'U.O. CRT sono diminuiti nel 2018. Il decremento è dovuto ad una diminuzione dei costi del personale per un IPa che ha cessato il rapporto di lavoro e ad un medico trasferitosi ad altra U.O. nel corso del 2017, figure non sostituite nel corso del 2018. Altra fonte di decremento dei costi è dovuto al fatto che il corso di formazione TPM, organizzato dal CRT, si è tenuto solo nell'anno 2017 e non nel corso del 2018.

Anche i costi della banca dei tessuti, la banca del sangue cordonale e l'immunogenetica nel 2018 sono diminuiti. Ciò è dovuto ad una flessione dei costi dei beni di consumo del laboratorio di immunogenetica e dei costi di ammortamento, noleggio attrezzature e servizi.

L'aumento dei ricavi nel 2018 rispetto al 2017 è dovuto: per l'immunogenetica all'attività ambulatoriale per esterni. Per la banca dei tessuti, si è dimezzata la vendita di sacche di sangue cordonale rispetto al 2017 (da n. 6 passata a n. 3 nel 2018). In crescita nel 2018 i trapianti di midollo.

Le UU.OO. di supporto i costi di funzionamento sono complessivamente sono in linea con l'andamento dell'anno precedente. I ricavi delle UU.OO. di supporto nel complesso sono diminuiti per l'anno 2018 rispetto al 2017, si rileva che il decremento è unicamente attribuibile all'UO di Medicina Interna per il Trattamento delle Gravi Insufficienze d'Organo, che rileva una significativa riduzione della valorizzazione dei dimessi.

Nel 2018 sono stati acquistati meno cuori artificiali rispetto al 2016 e per i ricavi è stato rappresentato il relativo finanziamento.

Gli accantonamenti relativi al sistema incentivante per il finanziamento delle équipe trapianto di organi, sono diminuiti, in quanto come abbiamo già detto, c'è stato un calo dell'attività.

Nella tabella, sono riportate le spese sostenute per far fronte alla pronta disponibilità della dirigenza e del comparto, importo relativo alla sola all'attività trapiantologica complessivamente aumentate.

Infine, nel rendiconto di sintesi, sui costi totali è stata applicata una percentuale di costi generali pari al 17%.

3.2 Obiettivi di attività dell’esercizio 2018 e confronto con il livello programmato

3.2.1 Il vincolo dell’equilibrio di bilancio in capo alle Aziende Sanitarie

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha raggiunto pienamente l’obiettivo economico finanziario assegnato dal livello regionale, evidenziando a chiusura esercizio 2018 un risultato di sostanziale pareggio di bilancio (utile pari a 14.036 euro). Per l’analisi dettagliata delle singole componenti economiche si rinvia al capitolo Relazione del Direttore Generale sulla Gestione – 4.2 Scostamento dei risultati rispetto al consuntivo 2018 e bilancio economico preventivo 2018.

A seguire la rendicontazione dei risultati rispetto agli obiettivi definiti dalla Regione nella delibera di mandato della Direzione Generale e nelle Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale 2018.

3.2.2 Obiettivi di mandato della Direzione Generale

Gli obiettivi di mandato della Direzione Generale ai sensi della DGR 2151/2016

3.2.2.1 Riordino dell’assistenza ospedaliera: elaborazione di un piano di adeguamento della rete ospedaliera sulla base delle linee guida di riorganizzazione della rete di concerto con le aziende dell’are metropolitana e AVEC

Il riordino dell’assistenza ospedaliera e territoriale in ambito metropolitano è stato principalmente caratterizzato dai lavori del Nucleo tecnico di Progetto (NTP) che hanno portato nel mese di giugno alla presentazione del documento “Forme di integrazione nell’Area metropolitana di Bologna” che disegna gli scenari e le ipotesi alternative di sviluppo per il futuro della sanità metropolitana bolognese; tale documento è stato acquisito dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna nella seduta del 16 luglio.

Durante l’anno di lavoro, che ha portato alla realizzazione del documento sopra citato, il Nucleo ha svolto 28 incontri ufficiali, preceduti da numerose riunioni di gruppi di lavoro istruttoria, e incontrato oltre 400 professionisti delle diverse componenti professionali delle Aziende Sanitarie metropolitane. Le analisi del Nucleo hanno approfondito, tra l’altro, gli elementi di maggior rilievo dei sistemi di welfare sanitario dei paesi occidentali più avanzati, sviluppando una serie di potenziali scenari evolutivi, con attenzione anche per gli aspetti epidemiologici.

All’interno del documento redatto dal NTP si evidenziano possibili ambiti di sviluppo, sia sul livello territoriale che sul livello ospedaliero.

In particolare, a livello territoriale si evidenzia la necessità di:

- rafforzare il ruolo del Direttore di Distretto, quale rappresentanza del Direttore Generale dell’Azienda nel proprio territorio, mediante l’assegnazione di un budget, comprendente

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- anche le risorse per le prestazioni ospedaliere di base e di poteri di indirizzo, coordinamento e verifica sui Dipartimenti, compresi quelli clinici, del territorio di riferimento;
- istituire Dipartimenti di continuità che garantiscono maggiore autosufficienza dei territori rispetto ai servizi di primo livello, anche grazie al consolidamento della rete di ospedali attualmente presenti e al riconoscimento e alla valorizzazione del profilo e delle vocazioni dei singoli presidi. All'interno dei dipartimenti di continuità saranno ricomprese le strutture ospedaliere del Distretto, per le attività di tipo generalista o specialistico di primo livello, le cure intermedie e le case della salute, per le attività che garantiscono risposte ad esigenze di prossimità e di continuità assistenziale.

A livello ospedaliero invece si ipotizza la possibilità di istituire Dipartimenti interaziendali di ambito metropolitano che potranno interessare ambiti trasversali (per es.: Emergenza-urgenza, Diagnostica per immagini e di laboratorio) oppure strutture specialistiche aggregate per apparati o organi. L'istituzione di dipartimenti interaziendali dovrà essere accompagnata da un rafforzamento delle competenze e del mandato dei Direttori di Dipartimento e dall'allocazione del budget da parte di un Organo di Governo Metropolitano, rappresentante le aziende dell'area metropolitana, in maniera da incentivare tra le diverse strutture appartenenti al dipartimento interaziendale forme di collaborazione e integrazione più efficaci per il conseguimento di obiettivi di interesse metropolitano

Il documento inoltre evidenzia diverse opzioni relativamente ai possibili assetti organizzativo-istituzionali, in particolare vengono indicati quattro principali e possibili scenari per la sanità metropolitana bolognese:

Il primo scenario prevede la definizione di un **Accordo di programma** tra le Aziende dell'area metropolitana che disciplini gli ambiti di attività in comune (a partire dai Dipartimenti interaziendali) e le principali regole organizzative e finanziarie per la gestione di tali attività. Questa ipotesi ha un impatto istituzionale relativamente modesto, ma non consente ai Direttori dei Dipartimenti interaziendali di poter disporre in modo unitario delle risorse affidate loro, in particolare per quanto riguarda le risorse umane che continuano a mantenere rapporti datoriali con le Aziende di origine.

La seconda proposta prevede l'istituzione di un **soggetto giuridico autonomo di tipo Consortile** al quale le Aziende conferiscono le risorse necessarie per lo svolgimento delle attività di interesse comune e al cui interno i Direttori Generali (insieme) e i Direttori dei Dipartimenti sono dotati di poteri analoghi a quelli previsti per un'Azienda. L'attuazione di tale soluzione richiede l'introduzione di una norma regionale che introduca e disciplini una nuova tipologia di azienda sanitaria e la verifica della sostenibilità della co-datorialità nei rapporti con il personale.

Il terzo scenario vede lo sviluppo di una **nuova Azienda Ospedaliero-Universitaria** quale centro per il trattamento di patologie complesse a vocazione chirurgico-interventistica che potrebbe qualificarsi come terzo IRCCS dell'area metropolitana bolognese.

Il quarto ed ultimo modello propone una **Azienda di nuovo tipo, Sanitario-Universitaria** con l'integrazione tra Azienda USL e Università. Il modello proposto garantirebbe il collegamento tra

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

assistenza, didattica e ricerca nei livelli territoriali ed ospedaliero distrettuale di riferimento e lo sviluppo di una collaborazione organica e stabile per sviluppare attività di formazione a sostegno dell’acquisizione delle competenze richieste alle professioni mediche e sanitarie per rispondere alla nuova articolazione territoriale di servizi prima ospedalieri. Quest’ultimo modello richiede interventi normativi di carattere regionale.

La realizzazione di questi scenari rafforzerebbe ulteriormente la vocazione per la ricerca sanitaria di Bologna, che già oggi si colloca ai primi posti a livello nazionale. Le collaborazioni che potrebbero instaurarsi tra il nuovo IRCCS multi-specialistico e i due IRCCS esistenti, l’ISNB e lo IOR, oltre che con l’Istituto di Montecatone, potrebbero dar vita ad un network per la ricerca sanitaria di livello europeo in grado di incrementare significativamente l’attrattività del polo bolognese nei confronti di fondi pubblici e privati. Bologna si candiderebbe, quindi, al ruolo di hub internazionale della ricerca, con una elevata potenzialità di trasferimento dei risultati scientifici all’applicazione sul piano clinico ed assistenziale.

Il documento contiene infine diverse proposte relativamente a strumenti volti a migliorare l’efficienza dei processi decisionali, tenendo conto in parte di esigenze già maturate nel corso degli ultimi anni, in parte del necessario sostegno alle diverse ipotesi di integrazione avanzate. A questo scopo viene proposto, come già indicato precedentemente, il rafforzamento del ruolo dei Direttori di Distretto e dei Direttori dei Dipartimenti interaziendali di ambito metropolitano e l’istituzione di un nuovo Organo strategico di governo metropolitano, composto dai Direttori Generali delle quattro Aziende, tra i quali la Regione sceglierà un coordinatore. Al nuovo Organo tecnico saranno affidati ampi poteri di programmazione a alta gestione, quindi le decisioni riguardanti le attività comuni, a partire dalla individuazione e allocazione delle risorse necessarie. L’Organo lavorerà in stretto raccordo e coerenza con gli indirizzi di Regione, CTSSM e Università. Per garantire al nuovo Organo la capacità di incidere negli ambiti di interesse comune, il documento suggerisce il ricorso ad un intervento normativo regionale per la sua istituzione, prevedendo inoltre l’adeguamento degli Atti aziendali e la definizione delle funzioni negli ambiti di interesse comune.

Il documento del Nucleo Tecnico di Progetto è stato oggetto, a partire dal mese di settembre di un percorso di ascolto e confronto, organizzato dalla CTSS metropolitana con l’obiettivo di informare e raccogliere opinioni e suggestioni di tutti coloro che sono coinvolti all’interno del percorso sanitario metropolitano, con particolare riferimento alle diverse categorie professionali, sanitarie e amministrative, oltre che le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali, le forze sociali e i cittadini. All’interno del Policlinico di Sant’Orsola sono stati programmati due incontri che si sono tenuti nelle giornate del 13 settembre e 3 ottobre 2018.

È inoltre proseguita a livello metropolitano l’attività legata allo sviluppo di servizi/percorsi interaziendali, che ha visto la proroga di attività la cui convenzione era in scadenza quali Pneumologia Interventistica, Malattie Infettive e Medicina del Lavoro e l’avvio di nuovi servizi quali la Chirurgia Senologica, la Genetica Medica, la Chirurgia Vascolare, la Chirurgia Bariatrica e il Dipartimento Interaziendale sperimentale di Anatomia Patologica (DIAP).

Si riporta di seguito una tabella di sintesi dei differenti percorsi di integrazione avviati a livello metropolitano che coinvolgono il Policlinico di Sant’Orsola.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Denominazione progetto	Aziende coinvolte (C= azienda capofila)				Anno di avvio
	AUSL BO	AOU	IOR	AUSL IM	
Week surgery Ospedale di Budrio	X	C	-	-	2014
Servizio Unico Metropolitano di Microbiologia	X	C	X	X	2015
LUM (Laboratorio Unico Metropolitano)	C	X	X	X	2015
Pneumologia Interventistica	X	C	-	-	2016
Medicina Nucleare Metropolitana	X	C	-	-	2016
Rete Infettivologica	X	C	-	-	2016
Medicina del Lavoro	X	C	X	-	2016
Dermatologia	X	C	-	-	2017
Chirurgia Senologica	-	C	-	X	2018
Genetica Medica	X	C	-	X	2018
DAI Sperimentale Interaziendale di Anatomia Patologica (DIAP)	X	X	X	X	2018
Chirurgia Vascolare	X	C	-	X	2018
Chirurgia Bariatrica	X	C	-	-	2018

Sono inoltre in fase di sviluppo i progetti relativi alla realizzazione di servizi integrati a valenza interaziendale di Neurologia, Chirurgia Toracica e Neurochirurgia Pediatrica.

Si riporta di seguito una breve descrizione dei progetti di integrazione metropolitana avviati nell'anno 2018

Chirurgia Senologica

In data 01.01.2018 le Direzioni Generali di AOU e dell'Ausl di Imola hanno formalizzato la presa d'atto e il recepimento dell'Accordo per la gestione integrata del servizio di Chirurgia Senologica, affidando il coordinamento al Direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia Senologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi.

La riorganizzazione della struttura in ambito metropolitano ha come obiettivo quello di garantire l'omogeneità operativa, standard qualitativi elevati e lo sviluppo di percorsi secondo livelli differenziati di complessità assistenziale e percorsi di cura. In particolare il percorso di riorganizzazione si propone di:

- garantire una direzione comune che assicuri l'organizzazione dell'attività e la funzionalità dei servizi;
- uniformare i percorsi di cura garantendo la piena integrazione professionale tra le due aziende, anche all'interno dei meeting multidisciplinari;
- sviluppare le *clinical competence* dei professionisti che operano all'interno del servizio integrato;
- garantire i volumi di attività per il trattamento del carcinoma mammario, sia complessivamente che per singolo operatore;
- garantire alla donna di poter accedere, in caso di ravvisata necessità, alle tecniche chirurgiche più innovative;

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- garantire maggiori opportunità di ricerca, di formazione e di valorizzazione delle professionalità presenti presso l’Ospedale di Imola e l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna contribuendo quindi al miglioramento della qualità assistenziale;
- inserire l’Ausl di Imola all’interno della certificazione europea Eusoma;
- uniformare le codifiche dei DRGs, i target degli indicatori di efficienza ed efficacia.

Il percorso di integrazione prevede la seguente riorganizzazione dei diversi ambiti che caratterizzano il percorso breast unit:

1. realizzazione di un unico PDTA per la gestione della paziente con tumore della mammella;
2. realizzazione di un unico team multidisciplinari integrato tra le due aziende per la discussione pre e post operatoria dei casi clinici;
3. rotazione del team di chirurghi sulle due sedi per sviluppare e omogeneizzare le *clinical competence*;
4. suddivisione della casistica sulle due sedi con l’effettuazione di interventi di routine presso le due sedi, per garantire la prossimità di cura alla paziente e l’effettuazione di interventi specialistici di secondo livello, che richiedono la collaborazione con chirurghi di altre UU.OO. presso la sede di AOU;
5. integrazione delle attività di anatomia patologica sulle due sedi con condivisione delle procedure diagnostiche di I livello, di II livello IIC, delle modalità di refertazione ed utilizzo di check-list comuni tra i due laboratori; centralizzazione presso AOU degli algoritmi diagnostici dei test molecolari (ISH-FISH); pianificazione di controlli di qualità interlaboratorio per valutare l’appropriatezza dei test eseguiti con revisione condivisa mediante audit; e attivazione di controlli di riproducibilità diagnostica interosservatore.

Trasferimento dell’attività del laboratorio della coagulazione presso il LUM

Nel corso 2018 si è proceduto al consolidamento del progetto di centralizzazione delle prestazioni di laboratorio presso il LUM (Laboratorio Unico Metropolitano) con il completamento del trasferimento degli esami svolti dal laboratorio di Angiologia aziendale, secondo la tempistica concordata a suo tempo con l’Ausl di Bologna.

Particolare attenzione è stata dedicata al trasferimento delle indagini relative alla MEC (malattie emolitiche congenite) in quanto trattasi di esami peculiari dalla cui interpretazione dipende l’approccio terapeutico. Il progetto regionale MEC prevede la presenza di un HUB a Parma e due Spoke: Policlinico S. Orsola e Ospedale di Cesena.

Nel corso del 2018 si è proceduto alla individuazione dei supporti informatici da dare in dotazione ai pazienti, all’inizio del trasferimento dei pazienti assistiti nei vari centri regionali verso l’Hub o gli Spoke.

Nello specifico si è verificata la progressiva migrazione dei pazienti dell’area ferrarese verso il Policlinico con la presa in carico da parte della struttura designata.

Questa fase si completerà nel 2019.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Progetto Genetica Medica

La riorganizzazione dell'attività di genetica medica in ambito metropolitano ha visto al termine dell'anno 2017 la presentazione del progetto di sviluppo alle Direzioni Generali coinvolte e i passaggi con CUG e Organizzazioni sindacali, mentre a partire dai primi mesi dell'anno 2018 si è avviata la fattiva realizzazione della riorganizzazione.

In particolare, a partire dal 01-01-2019 sono afferiti alla SC di Genetica Medica i laboratori di genetica molecolare e di citogenetica precedentemente assegnati rispettivamente alle SC di Pediatria e di Ostetricia e Medicina dell'età Prenatale dell'AOU, mentre a partire dal mese di marzo 2018 è stata siglata la convenzione tra AOU e Ausl di Imola per la gestione unificata dell'attività di genetica clinica e diagnostica in ambito metropolitano.

La riorganizzazione della struttura di Genetica Medica, articolata in attività cliniche e attività di laboratorio, si pone i seguenti obiettivi:

- integrare ed omogeneizzare i percorsi, i protocolli e le procedure tra le aziende coinvolte;
- garantire il coordinamento e l'armonizzazione delle attività ambulatoriali con criteri di accesso e qualità elevata delle prestazioni per tutti i cittadini all'interno dell'area metropolitana, attraverso la definizione e adozione di criteri e procedure uniche e condivise negli ambiti di attività interessati;
- effettuare le attività diagnostiche di laboratorio esistenti e implementare nuove tecnologie con lo scopo di mantenere il livello di innovazione e di eccellenza ed offrire standard qualitativi elevati nei confronti dei pazienti e degli specialisti che si rivolgono alla struttura;
- sviluppare competenze professionali e collaborare con le strutture regionali, come previsto dal ruolo di Hub assegnato alla struttura complessa;
- sviluppare nell'ambito della ricerca nuove tecnologie mantenendo o incrementando i fondi dedicati;
- razionalizzare le attività di laboratorio mediante lo sfruttamento ottimale delle risorse strumentali ed umane, lo sviluppo delle tecnologie NGS, la formazione del personale e la revisione delle dotazioni di personale.

Per quel che concerne l'area laboratoristica il piano di riorganizzazione prevede:

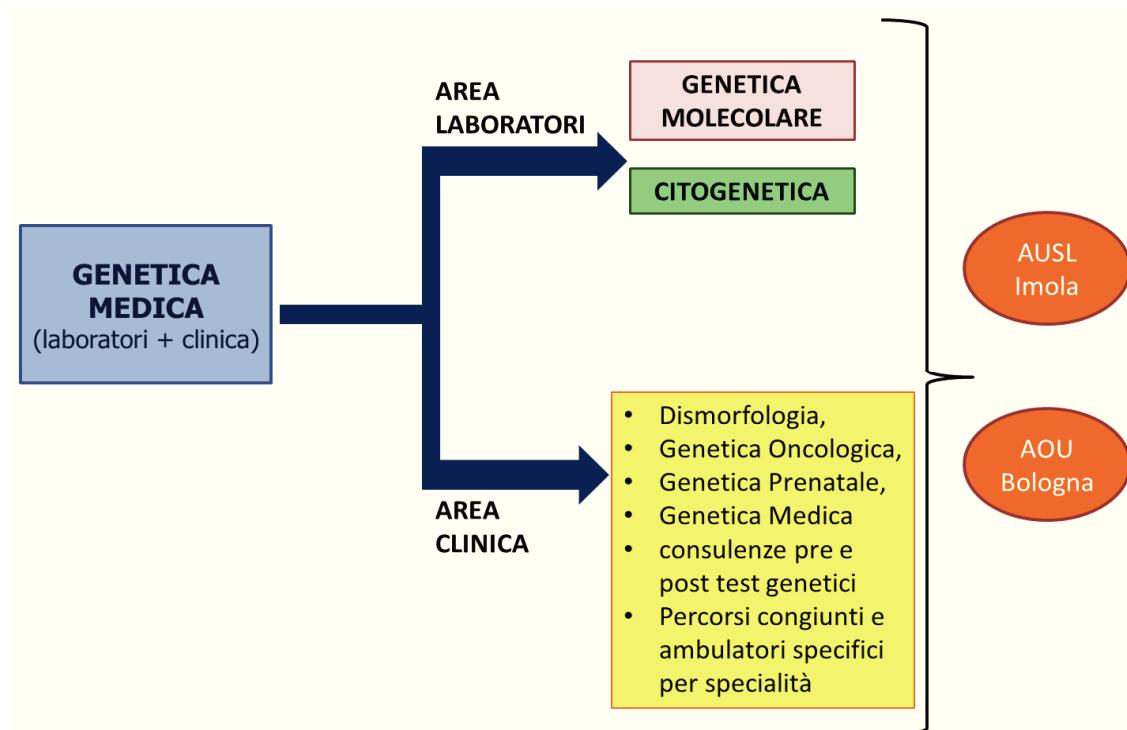
- laboratorio di citogenetica attualmente afferente all'UO Medicina dell'Età prenatale: a partire dall'01/01/2018 afferenza di responsabilità alla SC Genetica Medica-Seri;
- laboratorio di genetica molecolare attualmente afferente all'UO Pediatria: a partire dall'01/01/2018 afferenza di responsabilità alla SC Genetica Medica-Seri;
- sviluppo di un progetto di integrazione tra i vari laboratori garantendo una programmazione comune nell'intento di ridurre la dipendenza da risorse specifiche, sia professionali che tecnologiche, dei singoli laboratori e favorendo l'interdipendenza reciproca;
- avvio di programmi interni di formazione del personale, che favoriscono la diffusione delle conoscenze tecnico-professionali ed offrono maggiori opportunità per acquisire competenze gestionali.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Per quel che invece concerne l'area ambulatoriale le attività cliniche di Genetica Medica saranno riviste su tutto l'ambito metropolitano² con l'obiettivo di facilitare l'accesso alla consulenza genetica nei vari presidi presenti sul territorio, di offrire ai cittadini uguali opportunità ed equità di accesso ed un percorso integrato e uniforme. In particolare la riorganizzazione prevede:

- la creazione di un team di medici che garantisca uniformità nell'assistenza ai pazienti e garanzia nella continuità del servizio;
- l'ampliamento della capacità di gestione del rischio e del governo clinico;
- la garanzia agli utenti di uguali opportunità ed equità di accesso con lo sviluppo di percorsi assistenziali simili in tutti i presidi;
- l'interscambio professionale affrontando le nuove sfide della Medicina Genetica;
- il mantenimento di uno stretto raccordo con il Laboratorio di Genetica e con le altre strutture interessate alle attività della Genetica Clinica (Pediatrica, Ginecologia, Oncologia, etc.);
- lo sviluppo dell'appropriatezza prescrittiva e la valutazione, nella loro completezza, delle prestazioni cliniche erogate in Area Metropolitana per apportare eventuali azioni correttive.

Di seguito si riporta uno schema sintetico di rappresentazione dell'attività di genetica sull'area metropolitana.



² La riorganizzazione dell'area ambulatoriale coinvolgerà anche l'Ausl di Bologna mediante la stipula di una convenzione tra AOU e Ausl Bo

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Progetto di Anatomia Patologica

In data 23 aprile 2018 è stato sottoscritto tra l'Università di Bologna e le quattro aziende dell'area metropolitana (AOU Bo, Ausl Bo, Ausl Imola, IOR) di Bologna un accordo per l'avvio in fase sperimentale della riorganizzazione delle attività di Anatomia Patologica in ambito cittadino mediante la realizzazione di un Dipartimento ad Attività Integrata Interaziendale Sperimentale di Anatomia Patologica (DIAP). Il DIAP si caratterizza quale sperimentazione organizzativo-gestionale, di durata di un anno e nella fase sperimentale sono afferite al DIAP le seguenti strutture:

- SC Anatomia Patologica OM (Ausl Bologna);
- SC Anatomia e Istologia Patologica OB (Ausl Bologna);
- SC Anatomia e Istologia Patologica (Ausl Imola);
- SC Anatomia e Istologia Patologica (AOU Bologna);
- SC Emolinfopatologia (AOU Bologna);
- SSD Diagnostica Istopatologica, trapianti e molecolare (AOU Bologna);
- SSD Anatomia e Istologia Patologica (IOR).

All'interno dell'accordo sottoscritto dalle Aziende e dall'Università viene identificato un Direttore di Dipartimento per la fase sperimentale di avvio che, oltre alle funzioni previste dalla vigente normativa per i Direttori dei Dipartimenti Assistenziali, sta assolvendo ai seguenti compiti:

- predisporre una proposta di regolamento di funzionamento del DIAP in armonia anche con eventuali nuove indicazioni da parte del Nucleo Tecnico di Progetto;
- rivedere ed aggiornare il progetto di riorganizzazione con finalità di razionalizzazione delle risorse strutturali, strumentali ed economiche, affinché diventi il documento di riferimento per le Parti per la istituzione del DIAP a regime;
- proporre l'organigramma del DIAP a regime (inserito all'interno del progetto) in cui vengano declinate le job description e le responsabilità assegnate a ciascun settore di attività e le relazioni tra i differenti settori di attività individuati con i responsabili di struttura;
- valorizzare con il progetto le conoscenze e le competenze professionali attualmente disponibili, con un opportuno bilanciamento dei carichi delle attività su tutto il sistema;
- provvedere alla rilevazione della consistenza delle attrezzature disponibili e del loro stato di manutenzione, con la collaborazione dei servizi di ingegneria clinica delle aziende;
- impostare le attività secondo le norme di accreditamento istituzionale ed avviando le procedure per ottenere l'accreditamento di tutti i laboratori;
- ottimizzare l'utilizzo del programma informatico (LIS) comune a tutte le Anatomie Patologiche dell'AVEC superando le attuali criticità in tema di interazione tra le Aziende;
- definire relazioni, tempi e modalità per l'eventuale integrazione dei laboratori attualmente non partecipanti al DIAP.

L'Accordo per la gestione integrata ha come primario obiettivo il potenziamento in senso qualitativo dei servizi all'utenza, la razionalizzazione delle attività e l'ampliamento del potenziale formativo e di ricerca. In particolare lo sviluppo del dipartimento interaziendale di Anatomia Patologica:

- consentirà di dimensionare in modo più appropriato le attività, superando la realtà di laboratori di dimensioni medio-piccole, tenuto conto che secondo gli standard internazionali

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- (cfr. l'allegato progetto) un maggior volume di prestazioni garantisce una più elevata qualità delle stesse;
- permetterà, grazie all'integrazione e alla condivisione di conoscenze e competenze, di rispondere alla complessità crescente dei processi clinico-assistenziali legati allo sviluppo dei team multidisciplinari per la discussione dei casi clinici e all'incremento dei percorsi interaziendali;
 - favorirà la creazione di percorsi di collaborazione disciplinari e multidisciplinari, a carattere interaziendale, potenziando e qualificando ulteriormente anche i percorsi di alta formazione e la ricerca universitaria;
 - permetterà di adottare metodi e strumenti comuni necessari alla formazione continua, all'aggiornamento e allo sviluppo delle competenze professionali;
 - garantirà maggiori opportunità di ricerca e di valorizzazione delle professionalità contribuendo quindi al miglioramento della qualità assistenziale;
 - migliorerà l'utilizzo delle risorse complessivamente disponibili, ottimizzando l'appropriatezza d'uso delle tecnologie.

Proprio a seguito dell'avvio del DIAP è stata sottoscritta in data 08 ottobre 2018 una convenzione tra le aziende (AOU, Ausl Imola e Ausl Bologna) per la centralizzazione degli esami citologici dell'urina e dei liquidi biologici presso l'Ausl di Imola ed è in corso di sviluppo il progetto per la centralizzazione presso l'AOU delle attività di patologia molecolare.

Progetto Chirurgia Vascolare

A partire dal 01 ottobre 2018, a seguito della sottoscrizione di un accordo tra AOU e le Ausl di Bologna e Imola, ha avuto avvio il servizio a valenza interaziendale di chirurgia Vascolare affidando il coordinamento al Direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia Vascolare dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi.

La riorganizzazione della funzione di Chirurgia Vascolare in ambito metropolitano, ha come obiettivo principale lo sviluppo di percorsi di cura che garantiscano ai pazienti un più idoneo trattamento, nella sede opportuna. I benefici attesi da tale riorganizzazione su base metropolitana sono:

- il miglioramento dei percorsi di cura per garantire ai pazienti un più idoneo trattamento, nella sede opportuna, attraverso una migliore collaborazione con la rete territoriale ed una effettiva integrazione professionale;
- lo sviluppo e l'acquisizione di competenze che permetteranno di raggiungere una razionalizzazione delle risorse evitando duplicazioni di servizi;
- il governo dell'intero percorso di presa in carico del paziente dalla prima valutazione ambulatoriale al follow-up, attraverso dei PDTA definiti a livello metropolitano con tutte le professionalità e le strutture coinvolte per le diverse patologie di interesse.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Nel progetto di sviluppo del servizio di chirurgia vascolare a valenza interaziendale sono stati individuati quattro incarichi di programma (tronchi sovraortici, percorso ambulatoriale, percorso varici, percorso arteriopatie obliteranti periferiche) che si caratterizzano per lo svolgimento di funzioni di tipo professionale legate alla definizione di percorsi di patologia condivisi a livello metropolitano (aortica, steno – ostruttiva arteriosa, varici) e di funzioni a valenza organizzativa rappresentate dalla pianificazione ed efficientamento delle attività caratterizzanti il programma sulle sedi metropolitane.

La riorganizzazione delle attività prevede che le patologie principali (aortica, arteriopatie obliteranti arti inferiori e carotide), siano trattate presso i due principali ospedali di Bologna (Sant'Orsola o Maggiore) che risultano sedi Hub individuate per le patologie di alta complessità mentre presso la sede di Imola verrà sviluppata l'attività legata alle varici e la costruzione di FAV per i residenti sul territorio dell'Ausl. Condizione essenziale allo sviluppo di una corretta programmazione delle attività è la creazione di una lista di attesa unica per l'accesso alle prestazioni, con un collegamento informatico tra le diverse sedi che permetta lo scambio di informazioni in tempo reale tra le diverse strutture. L'unificazione delle liste operatorie permette di poter indirizzare i pazienti nei due Hub, per quanto riguarda le patologie principali con un recupero di efficienza complessivo del sistema.

Progetto Chirurgia Bariatrica

Sul territorio metropolitano la gestione clinico-chirurgica del paziente obeso avveniva in maniera frammentata e disomogenea tra le aziende, per tale motivo AOU e Ausl Bologna hanno istituito un tavolo di lavoro multiprofessionale e interaziendale con l'obiettivo di definire un progetto per la realizzazione, in ottica integrata ed interaziendale, di un percorso per la gestione dell'obesità patologica.

Il gruppo di lavoro ha restituito alle Direzioni Aziendali un progetto che prevede la costituzione di un Centro Interaziendale per la gestione del paziente obeso finalizzato a garantire al paziente stesso una presa in carico multidisciplinare, dal primo accesso alla struttura fino alla dimissione post-chirurgica e al follow-up, per migliorare la qualità del servizio offerto e a ridurre la mobilità passiva. A seguito della presentazione del progetto le aziende, nel mese di novembre, hanno siglato un accordo con il quale si intende strutturare un'offerta assistenziale qualificata e distribuita omogeneamente sul territorio bolognese, rivolta a pazienti affetti da obesità patologica.

Al fine di migliorare la qualità del servizio offerto e ridurre la mobilità passiva, l'ipotesi che le aziende intendono perseguire, è quella di istituire in area metropolitana bolognese un centro interaziendale per la gestione del paziente obeso che permetta la strutturazione di un percorso omogeneo e di presa in carico globale basato sulle migliori evidenze disponibili in letteratura, che garantisca al paziente le migliori professionalità e l'utilizzo dei trattamenti più appropriati, sia da un punto di vista clinico che chirurgico, che favorisca lo sviluppo delle competenze dei professionisti e agevoli il potenziamento dell'attività di ricerca scientifica.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

L'obiettivo verrà realizzato mediante l'implementazione in step successivi di sviluppo del progetto, dei quali il primo, siglato mediante convenzione tra le aziende, è rappresentato da una fase propedeutica che prevede la condivisione degli spazi presso l'Ospedale di Bentivoglio da parte delle due equipe che si occupano di chirurgia bariatrica nelle due aziende (SC Chirurgia Generale-Poggioli, Programma chirurgia Malassorbitiva), l'integrazione delle varie professionalità coinvolte, la gestione condivisa dei casi mediante discussione multidisciplinare interaziendale e la ridefinizione e uniformazione del percorso del paziente (PDTA unico).

3.2.2.2 Ottimizzazione del POLO CARDIO TORACO VASCOLARE

Le attività svolte nel corso del 2017 hanno consentito la mappatura puntuale delle performance, della struttura organizzativa e dei processi di gestione che sovraintendono alla gestione del flusso dei pazienti e dell'attività chirurgica ed interventistica del polo CTV.

Come da obiettivo, è stato possibile individuare le principali criticità e definire alcuni corrispondenti progetti di miglioramento volti alla risoluzione delle criticità stesse.

In sintesi, i processi applicati e il corrispondente flusso informativo a supporto delle attività rivelano una gestione del polo CTV che può essere ulteriormente aggregata e integrata al fine di sviluppare e collegare, secondo una visione più sistematica, i processi che rappresentano il cuore dell'attività gestionale con coloro che realizzano le attività all'interno dei vari setting assistenziali.

L'obiettivo per il 2018 è stato quello di proporre ed applicare sul campo dei metodi e delle soluzioni che eliminano/riducono le criticità rilevate e che, soprattutto, possono essere mantenuti nel tempo da parte degli operatori del Polo CTV. L'attività già svolta ha permesso di individuare alcune significative aree di miglioramento da sviluppare nel periodo 2018 - 2019, in particolare:

- 1) Programmazione dell'attività operatoria;
- 2) Riduzione della degenza PRE- POST operatoria;
- 3) Revisione dei ruoli organizzativi all'interno dei setting e legame con l'ufficio flussi.

Stante la situazione sopra descritta si sono realizzati percorsi per incrementare l'efficienza gestionale del Polo CTV costruendo e realizzando un piano di intervento che prevede:

1. l'attivazione dell'ambulatorio pre-ricovero, per contenere la degenza media preoperatoria (attivazione prevista entro il primo semestre 2019);
2. pianificazione delle sedute operatorie e dei ricoveri dei pazienti in rapporto alle liste di attesa per le diverse specialità chirurgiche afferenti al Polo CTV (progetto presentato allo Strategy Meeting del 27/02/2018), con coordinamento affidato all'Ufficio flussi.

In ambito metropolitano, per la specifica area del Polo CTV si sono realizzate:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- l'attivazione della struttura interaziendale di "Chirurgia Vascolare Metropolitana" dal 1° Ottobre 2018 (accordo prot. n. 19160 del 29/09/2018, recepito con delibera n. 228 del 31/10/2018);
- con l'obiettivo di strutturare una funzione che gestisca in modo integrato la patologia toracica chirurgica, garantendo il mantenimento di tutte le attività ed i percorsi di cura svolti in ambito metropolitano (compreso il trapianto di polmone) si è istituito, con nota prot. N. 10085 del 15/05/2018, il Gruppo di lavoro coordinato dall'AUSL di Bologna. Nelle more del completamento del progetto si è stipulata una Convenzione con l'Azienda USL di Bologna (sottoscritta con prot. N. 11466 del 29/05/2018 e presa d'atto con delibera n. 143 del 22/06/2018).

3.2.2.3 Implementazione ed omogeneizzazione delle procedure di soccorso delle emergenze cardiologiche, dei traumi e dello stroke

Nel corso del 2018 si è concluso il terzo *step* per l'implementazione del nuovo modello di rete metropolitana per il trattamento del paziente con ictus ischemico acuto al fine di assicurare un equo ed efficace accesso alle procedure di rivascolarizzazione cerebrale alla luce delle innovazioni disponibili e nel rispetto delle indicazioni ministeriali e regionali.

Il modello adottato prevede la centralizzazione primaria (dal territorio) di tutti i casi eleggibili secondo i criteri clinici per la riperfusione verso la Stroke Unit di II livello (Ospedale Maggiore AUSL Bologna - OM) per l'approfondimento diagnostico ed eventuale trombolisi e.v. e, se indicato, procedure endovascolari (trombectomia primaria e secondaria).

L'Ospedale Maggiore è diventato, pertanto, Hub metropolitano per la terapia riperfusiva in fase acuta dello Stroke, al centro di una rete che comprende gli altri nodi *stroke* nel Policlinico e negli ospedali di Bentivoglio, Porretta Terme e San Giovanni in Persiceto.

Il Policlinico contribuisce alla rete stroke metropolitana con i seguenti servizi:

- Invio al PS OM dei pazienti con ictus intraospedalieri o dei pazienti che accedono al PS AOU con indicazione a terapia riperfusionale;
- Rientro immediato da PS OM a PS AOU di tutti i pazienti non candidabili alla terapia riperfusiva e di pertinenza dell'area territoriale AOU;
- Trasferimento tempestivo dalla degenza OM (*Stroke unit* o altro reparto) a degenza AOU di tutti i pazienti riperfusi o meno di competenza territoriale AOU;
- Accesso diretto in Medicina Fisica AOU dalla Stroke Unit OM anche per pazienti non di competenza territoriale AOU attraverso il cingolo riabilitativo metropolitano.

Inoltre, il percorso stroke aziendale garantisce:

- diagnostica di II livello (es. Doppler transcranico, angioTC o angioRM cerebrale, Doppler Transcranico microbolle, Ecocardio Transesofageo)
- valutazione neurologica urgente per tutti i casi complessi ricoverati presso la Stroke Unit del Policlinico e per tutti i pazienti con stroke ricoverati in altri reparti
- accesso alla chirurgia vascolare in urgenza e programmata.

Dall'avvio del nuovo modello, i risultati, soprattutto per quanto riguarda i pazienti sottoposti a trattamento di riperfusione, testimoniano la maggiore efficienza ed efficacia della rinnovata rete interaziendale stroke: 356 pazienti sottoposti a riperfusione di cui 243 trombolisi e.v., 68 trombectomie primarie e 45 trattamenti doppi (trombolisi e.v. e trombectomie) (dati AUSL BO).

Attacco ischemico transitorio (TIA)

Accanto al PDTA Stroke Interaziendale in AOU è attivo dal 2010 un PDTA fast track dedicato all'attacco ischemico transitorio (TIA), il fattore di rischio più importante di stroke a breve termine, gestito in Pronto Soccorso-OBI e supportato da un team multidisciplinare composto da: neurologi, medici dell'urgenza, neuroradiologi, angiologi, cardiologi, internisti, chirurghi vascolari.

Il coordinamento degli interventi a partire dalla fase di accesso in Pronto Soccorso e la promozione di modalità di assistenza tempestive ha consentito di ridurre del 70% il rischio di ictus a 3 mesi dopo TIA.

3.2.2.4 Sviluppo rete clinico-organizzativa del paziente oncologico

L'Azienda concorre da anni alla realizzazione di una rete integrata per il paziente oncologico in collaborazione con le altre aziende che insistono sul territorio provinciale in un'ottica di dialogo e collaborazione con i servizi intra ed extra ospedalieri (cure palliative, cure primarie, riabilitazione, assistenza domiciliare, eccetera).

Le nuove opzioni terapeutiche aumentano la sopravvivenza dei pazienti e si assiste alla cronicizzazione dei medesimi; la cronicizzazione della malattia oncologica e il contestuale innalzamento della vita media comportano la presenza di un numero sempre maggiore di pazienti con patologie concomitanti, con la necessità di una gestione che richiede competenze esterne all'ambito oncologico di tipo medico, riabilitativo e socio-assistenziale.

In tale contesto, nel corso degli ultimi anni, con l'obiettivo di garantire la continuità del percorso di cura e promuovere l'integrazione fra specialisti ospedalieri e territoriali sia nell'approccio diagnostico e terapeutico sia nel counselling dei pazienti oncologici, sono stati creati gruppi di lavoro multi professionali e multidisciplinari per la riprogettazione su chiave interaziendale dei processi assistenziali con l'obiettivo di uniformare i processi assistenziali e ottimizzare la rete dei servizi coordinando le attività tra le Aziende per la reale presa in carico dei pazienti nel passaggio fra le diverse strutture.

In ambito aziendale e interaziendale, nel 2018, in considerazione della rilevanza della valutazione multidisciplinare nei casi di chirurgia oncologica e della sua correlazione con il miglioramento dell'*outcome* clinico, sono stati formalizzati i team multidisciplinari nella gestione dei percorsi oncologici, in particolare, in relazione all'indicazione all'intervento chirurgico. E' stata formalizzata una istruzione operativa aziendale in relazione alle attività del team Multidisciplinare per la gestione dei pazienti con carcinoma del Colon Retto e una procedura interaziendale per la valutazione multidisciplinare interaziendale delle pazienti con neoplasia della mammella.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Nell'ambito dello sviluppo di piattaforme collaborative cliniche a supporto delle reti cliniche, l'AOU (insieme alle aziende dell'area metropolitana) si è dotata di un software per la condivisione di informazioni sanitarie e la gestione, anche a distanza, dei team multidisciplinari (Healthmeeting). Sono in corso di implementazione gli applicativi per la gestione dei team multidisciplinare dei pazienti con tumore del polmone, della mammella, dell'ovaio, del colon-retto, pancreas.

In ambito regionale, l'azienda ha partecipato con i propri professionisti al gruppo regionale "Coordinamento regionale di rete oncologica e oncoematologica" e ai gruppi tecnici attivati per i tumori rari; ha partecipato al gruppo di lavoro regionale per la definizione della rete regionale per la presa in carico delle pazienti con neoplasia ovarica.

In coerenza con le indicazioni regionali, si è consolidato l'utilizzo da parte dei clinici del Data Base Oncologico di registrazione informatica al fine di rendere trasparente ed efficiente il processo di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva oncologica.

3.2.2.5 Integrazione assistenza, didattica e ricerca: conformarsi a quanto previsto dal protocollo d'intesa

L'anno 2018 ha visto la conclusione dei lavori della Commissione bilaterale Azienda/Università, individuata per la stesura dell'accordo attuativo, in coerenza con quanto previsto da:

- Protocollo di Intesa Regione-Università (DRG 1207/2016);
- Indicazioni regionali per l'attuazione del Protocollo di intesa in ambito sanitario tra la Regione Emilia-Romagna e le Università Regionali (P.G. 613801 del 15/09/2017).

L'accordo è stato sottoscritto in dicembre con delibera n. 275 del 21 dicembre 2018. Brevemente si riassumono i principali contenuti di un Accordo che ha visto la luce a vent'anni dal precedente:

⇒ Sono stati condivisi i principi generali e le finalità, basati sulla collaborazione e orientati ad un modello di relazioni che garantisca una programmazione congiunta delle forme di integrazione tra attività assistenziali, didattico-formativa e di ricerca. Al tal fine è stato costituito *il Board di Coordinamento Azienda ed Università*, ove si svolgono le attività previste all'art. 5 dell'Accordo attuativo. *Il Board* può avvalersi dei seguenti gruppi di lavoro istruttori:

- a) Gruppo Ricerca Azienda-Università con riferimento a quanto previsto al Capo 3 - Ricerca, sperimentazione clinica e attività in conto terzi;
- b) Gruppo Didattica Azienda-Università con riferimento a quanto previsto al Capo 4 - Attività didattico-formativa;
- c) Gruppo Personale Azienda-Università, con riferimento a quanto previsto al Capo 6
- d) Gruppo Edilizia e spazi.

Possono essere ulteriormente definiti ulteriori gruppi di lavoro, qualora ne dovesse ravvisare l'utilità, definendone composizione paritetica e le modalità di lavoro.

⇒ Al **"Capo 2, Ricerca sperimentazione clinica e attività in conto terzi"**, sono state disciplinate le attività di ricerca che prevedono il coinvolgimento di personale universitario e dell'Azienda, ovvero l'utilizzo congiunto o disgiunto da parte degli stessi di risorse, strumenti, infrastrutture dell'Azienda e/o dell'Università. L'Azienda e Università si

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

impegnano a sottoscrivere apposite intese che dovranno disciplinare le eventuali condizioni di compartecipazione finanziaria e le modalità di attuazione, di funzionamento e di monitoraggio da parte delle due Amministrazioni". Si esplicita l'impegno a sostenere progetti condivisi volti a:

- istituire, sviluppare, mantenere in stretta collaborazione, le necessarie infrastrutture a servizio della ricerca;
- valutare la istituzione di servizi unificati quali le biblioteche e la acquisizione e gestione di materiale documentale;
- rendere reciprocamente note le attività di ricerca effettuate con il coinvolgimento di personale universitario in ambito assistenziale o dell'Azienda con finanziamento dell'Università.

Sempre sul tema ricerca, è da sottolineare l'impegno a "definire regole comuni relativamente alle trattenute economiche previste per i vari tipi di progetto per la copertura dei costi generali; nonché "presidiare i casi di conflitti di interesse dei professionisti sanitari dipendenti pubblici, ricercatori universitari con le ditte esterne (farmaceutiche, di dispositivi medici, ecc.), stabilendo misure di prevenzione della corruzione analoghe per ricercatori universitari e i dipendenti dell'Azienda".

Si è condivisa l'opportunità di istituire un tavolo permanente per coadiuvare la progettazione e presentazione dei progetti di ricerca e la gestione delle varie fasi di conduzione degli studi e la diffusione dei risultati raggiunti.

Quale tema ulteriore portato alla trattazione congiunta, all'art 9 si disciplina la **"Proprietà intellettuale"** prevedendo che Azienda e Università gestiscano in contitolarità i diritti di proprietà intellettuale, a loro spettanti in base alle norme di legge o ai regolamenti interni, sui risultati delle attività di ricerca oggetto del presente accordo.

⇒ Per quanto attiene alla **partecipazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale alle attività didattiche** (capo 3 dell'Accordo), l'Azienda e l'Università promuovono la partecipazione del personale dell'Azienda alle attività didattico-formative, in conformità alla normativa vigente e secondo i criteri, i requisiti e i regolamenti dell'Università. La parti si impegnano a salvaguardare le esigenze relative all'esercizio delle attività assistenziali, attraverso la preventiva autorizzazione da parte del Direttore del Dipartimento ad attività integrata e del Direttore/Coordinatore della struttura in cui presta servizio.

L'Accordo approvato sarà ulteriormente integrato in quanto necessitano di ulteriore confronto ed approfondimento altri temi quali:

- la titolarità esclusiva aziendale dei contratti di sperimentazione;
- le specifiche forme di collaborazione tra Università ed Aziende ospitanti ulteriori sedi;
- la modalità di gestione congiunta ed integrata dei rapporti disciplinati dal Protocollo.

3.2.2.6 Razionalizzazione della gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti. Realizzazione Polo Oncologico

In relazione alle attività propedeutiche all’attivazione del Polo Oncologico, l’Azienda nel 2018, a seguito della ristrutturazione dei locali del Pad. 11, ha provveduto al trasferimento in tali locali delle attività precedentemente collocate al Pad. 7 (Malattie del Metabolismo e Dietetica clinica).

Nel 2018 ha dato corso alla redazione del nuovo Piano Direttore 2018-2030 del Policlinico di Sant’Orsola, master plan di sviluppo e ammodernamento del patrimonio edilizio, per delineare strategie programmatiche per l’implementazione ed il miglioramento sostenibile dell’offerta clinica, sanitaria e assistenziale.

Il “Piano Direttore 2018-2030”, che risponde completamente alla primaria necessità di risolvere le molteplici ed eterogenee criticità di natura funzionale-operativa, nonché di promuovere contestualmente nuove strategie per migliorare ed “efficientare” l’erogazione dell’offerta assistenziale in modo integrato, è costituito da un “disegno complessivo” del complesso ospedaliero fortemente innovativo, con l’obiettivo di rafforzare ulteriormente le aree distintive di un polo ospedaliero che, per molte specialità, svolge un ruolo di riferimento regionale e nazionale.

Il quadro integrato degli obiettivi del “Piano Direttore 2018-2030”, può essere così sinteticamente riepilogato:

1. sviluppare percorsi assistenziali integrati all’interno dell’azienda e fra il Policlinico, sistema metropolitano e territorio;
2. completare la configurazione dell’offerta sanitaria ed assistenziale per poli di eccellenza;
3. promuovere l’innovazione assistenziale e l’appropriatezza clinica ed organizzativa;
4. implementare il sistema dell’accoglienza, dell’interazione e dell’informazione nei confronti dell’utenza;
5. garantire in ogni azione di trasformazione la sostenibilità forte in termini ambientali, sociali ed economico-finanziari;
6. migliorare le relazioni di accessibilità, sosta e mobilità per gli utenti e operatori.

All’interno di questa cornice, i principali obiettivi per il Policlinico di Sant’Orsola possono essere così individuati:

- adeguamento strutturale e tecnologico della struttura ospedaliera (per conseguire i requisiti necessari all’accreditamento delle attività);
- raggiungimento degli obiettivi di umanizzazione, centralità del paziente e della sua famiglia e corretto accompagnamento in tutte le fasi di diagnosi, ricovero e convalescenza;
- riorganizzazione efficace ed efficiente delle strutture e dei servizi ospedalieri;
- perseguimento dell’obiettivo generale di innovazione non solo a livello di politiche e programmazione, ma intesa anche come la capacità di introdurre quelle innovazioni tecnologiche e biomediche che la ricerca mette a disposizione dei servizi sanitari e quelle

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

innovazioni organizzative e professionali che sono richieste dai bisogni in evoluzione delle persone e delle famiglie e dai cambiamenti demografici e socio-economici in corso.

Le azioni programmate possono essere sintetizzate sia in interventi di riqualificazione edilizia, sia in nuove realizzazioni, la cui volumetria è quasi totalmente compensata dalla demolizione di strutture edilizie che per vetustà, incongrua configurazione piano-volumetrica, dotazioni tecnologiche e impiantistiche, non sono più in grado di essere recuperate convenientemente alle funzioni ospedaliere.

Il complesso quadro delle trasformazioni edilizie, funzionali e sanitarie in ragione di molteplici fattori che ne impediscono la contestuale attuazione, dovrà essere realizzato mediante più fasi realizzative, sequenziali e di differente incisività sia temporale, sia economica.

A partire dal 2018, il "Primo orizzonte temporale", suddiviso in stralci funzionali successivi, traguarda gli interventi entro un arco temporale di 5-6 anni; il secondo orizzonte gli interventi associati ad un arco temporale di 10-12 anni.

Gli interventi afferenti al primo orizzonte temporale sono stati necessariamente suddivisi in stralci funzionali: il primo stralcio, in particolare, comprende interventi al Polo delle Malattie digestive e dei trapianti (Padiglione 5 – Nuove Patologie e Polo Chirurgico) e al Polo Multifunzione (Padiglione 25/27/28) per un importo complessivo di 16,92 milioni di Euro, al fine di adeguare aree di degenze ed aree ambulatoriali ai requisiti strutturali e tecnologici dell'accreditamento.

La realizzazione degli interventi di "primo stralcio", permetteranno di procedere con la prima parte di adeguamento delle degenze chirurgiche e ambulatori (Padiglione 5) e delle aree ambulatoriali per la Cardiologia / Cardiochirurgia (Padiglione 25-27-28).

Le opere sono necessarie per poter procedere con una ricollocazione adeguata delle degenze e con i trasferimenti delle attività ambulatoriali attualmente collocate nei Padiglioni 14 e 21.

In particolare, le opere del primo orizzonte temporale permetteranno di:

- adeguare le strutture alle normative vigenti e migliorare le condizioni logistiche;
- completare la riqualificazione delle attività ambulatoriali di cardiologia e cardiochirurgia;
- trasferire le attività residue ancora collocate nel Padiglione 21 – Cardiologia, (da demolire per la compensazione del nuovo volume del Polo Materno Infantile).

Considerata la configurazione del Policlinico e la necessità di programmare gli interventi senza diminuire o bloccare le attività sanitarie, risulta necessario intervenire nel "primo orizzonte temporale" per stralci funzionali. Tali stralci permettono altresì di realizzare gli adeguamenti normativo – funzionali necessari e sono preliminari agli interventi del "secondo stralcio" del primo orizzonte temporale.

Il primo stralcio (2018) risulta necessario ed indifferibile e gli interventi previsti sono propedeutici agli interventi successivi nel secondo stralcio del Primo orizzonte temporale del nuovo Piano Direttore 2018-2030.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Per gli interventi relativi al primo stralcio del Primo orizzonte temporale la Regione Emilia-Romagna ha assegnato, con D.G.R. n. 1149 del 16 luglio 2018, finanziamenti per un importo pari a € 16.921.500,00.

3.2.2.7 Riorganizzazione area materno-infantile

La riorganizzazione dell'area materno-infantile prevede il riordino e la riqualificazione delle strutture dell'area pediatrica e dell'area ostetrico – ginecologica, nell'ambito del Polo Materno-Infantile (Pad. 4, 10, 13 e 16). In sintesi si riporta la sequenza delle attività realizzate;

- studio di fattibilità complessivo "Riconfigurazione funzionale e architettonica dell'area pediatrica-neonatologica nell'ambito del Polo Materno-Infantile del Policlinico Sant'Orsola - Malpighi" e il progetto preliminare relativo al primo stralcio "Riordino delle strutture dell'Area Pediatrica e riqualificazione del Padiglione 4 – Ostetricia e Ginecologia – Primo Stralcio Funzionale" (anno 2015);
- riqualificazione dell'area materno - infantile con rifunzionalizzazione e parziale ampliamento - sopraelevazione del Padiglione 4 e dell'area pediatrica al secondo e terzo piano del Padiglione 13 (anno 2016);
- aggiudicato il servizio di architettura, ingegneria e geologia, con relative indagini, per la redazione della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva e il coordinamento della sicurezza in fase di progettazione per un importo contrattuale pari ad € 2.141.192,30, oltre IVA e contributi previdenziali (anno 2017);
- approvato il progetto di fattibilità tecnico economica (Progetto P/45/2017) "Riordino e riqualificazione delle strutture dell'area pediatrica nell'ambito del polo materno infantile (Padiglioni 4, 10, 13 e 16), comprensivo dell'ampliamento del Padiglione n. 4 e della demolizione del Padiglione n. 21 presso il Policlinico per un importo complessivo di € 41.799.390,00 IVA inclusa, finanziato con fondi statali, regionali e aziendali (anno 2018).

Con nota agli atti PG 13084 del 20 giugno 2018 il Gruppo Tecnico Regionale nella seduta del 12 giugno 2018 ha valutato positivamente la documentazione integrativa del progetto di fattibilità tecnica ed economica dell'intervento in oggetto, trasmessa con nota PG. 11620 del 31 maggio 2018 a seguito delle richieste formulate dal medesimo Gruppo Tecnico nella precedente seduta del 13 marzo 2018.

Con determina n. 75 del 30 ottobre 2018 l'Azienda ha provveduto ad aggiudicare il servizio di verifica preventiva, finalizzato alla validazione, della progettazione esecutiva relativa ai lavori di riordino e riqualificazione delle strutture dell'area pediatrica nell'ambito del polo materno infantile (padiglioni 4, 10, 13 e 16), comprensivo dell'ampliamento del padiglione n. 4 e della demolizione del padiglione n. 21 presso il policlinico – primo stralcio funzionale (interventi P.2, PB.4, 39) e secondo stralcio funzionale (intervento Apb 16).

Infine, con nota agli atti PG. 822 del 14 gennaio 2019, la Regione Emilia-Romagna ha comunicato la valutazione positiva in linea tecnica del progetto esecutivo dell'intervento, richiesta dall'Azienda con nota PG. 25204 del 10 dicembre 2018. (seduta del Gruppo Tecnico del 18 dicembre 2018).

3.2.2.8 Valorizzazione del capitale umano

Integrare la ricerca e la formazione

Le iniziative svolte nell'anno 2018 in ambito aziendale sono descritte al paragrafo 3.4 punto 5.

Razionalizzazione offerta ECM

L'obiettivo della razionalizzazione dell'offerta ECM è stato perseguito attraverso un ampliamento dell'offerta formativa sui temi di interesse generale, di prevalente carattere organizzativo-gestionale o comunicativo-relazionale (PAF trasversale).

Un contributo alla razionalizzazione dell'offerta formativa ECM è derivato dall'orientamento alla realizzazione di alcuni eventi formativi di carattere trasversale in collaborazione con le altre Aziende di Area Vasta Emilia Centro, o, laddove i temi trattati coinvolgessero solo una parte delle Aziende di tale contesto, a livello di area metropolitana. L'individuazione dei temi formativi che conduce alla redazione del PAF AVEC è stata guidata da due criteri fondamentali condivisi dalle aziende: "l'allineamento" sulla realizzazione di processi comuni, attraverso la condivisione e la promozione di eventi formativi di carattere trasversale e la "best practice", ovvero l'opportunità che le aree di eccellenza di ciascuna Azienda su tematiche specifiche siano valorizzate sul livello di Area Vasta, così da rappresentare un patrimonio comune di esperienze per un confronto sistematico.

Le iniziative organizzate hanno riguardato in prevalenza tematiche di carattere tecnico-amministrativo e normativo e, in misura minore, di carattere sanitario.

Esperienze formative innovative

Nel piano di formazione 2018 sono state realizzate iniziative formative orientate all'integrazione della formazione teorica, svolta prevalentemente con attività di tipo residenziale o di formazione a distanza, con diversi strumenti applicativi come simulazioni, audit, project work, utilizzo e applicazione di strumenti informatici ed altre tecniche finalizzate al trasferimento dei contenuti acquisiti nella realtà lavorativa.

Un'opportunità per lo sviluppo di esperienze formative innovative è stata rappresentata dall'utilizzo del Centro di Simulazione per la gestione delle emergenze cliniche, tramite tecniche di rianimazione cardiopolmonare, anche nel 2018 sono stati infatti realizzati eventi di simulazione condotti in una struttura dotata di tecnologie e strumenti innovativi che facilitano l'apprendimento delle principali sequenze scelte, condivise nel gruppo di lavoro, rispetto a manovre cardio polmonari e/o altri interventi in emergenza nel lattante e/o nel bambino. Il

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Centro di Simulazione è stato teatro di eventi sulla gestione del rischio in ostetricia per la prevenzione della morte materna, in accordo con la specifica raccomandazione ministeriale sul tema. La simulazione facilita la valutazione delle azioni messe in campo dal team di emergenza, finalizzate al contenimento dei rischi in ambiti diversi.

L'esperienza condotta negli anni precedenti rispetto all'acquisizione di nuovi strumenti per la formazione, come la tecnica dello storytelling e del videostorytelling, ha consentito ai professionisti formati, di mettere a disposizione dei pazienti e della comunità cittadina le proprie competenze, attraverso alcune attività di sensibilizzazione al corretto lavaggio delle mani, in linea con l'obiettivo di riduzione delle infezioni nosocomiali e nel corso dell'iniziativa realizzata presso il Policlinico, denominata "Le Stelle di S. Orsola".

Un'esperienza formativa innovativa è stata offerta dall'iniziativa "Percorso di allineamento del Sistema di Governo Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Sant'Orsola Malpighi al Sistema di Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie della Regione Emilia-Romagna" attivata nell'ottica dell'applicazione dei nuovi requisiti di Accreditamento Istituzionale previsti dalla DGR 1943/2017. L'iniziativa, condotta in più edizioni, ha coinvolto sia le strutture di staff e line alla Direzione, sia le Unità Operative afferenti ai DAI, ed in particolare le funzioni dei Direttori, Coordinatori, Rappresentanti della Direzione per la Qualità e gli Animatori di Formazione.

I progetti di formazione-intervento realizzati nell'ambito delle riorganizzazioni dell'area della Direzione delle Professioni Sanitarie e della Direzione Sanitaria sono stati condotti attraverso una metodologia basata su un percorso partecipativo che ha visto l'alternanza di momenti teorici con momenti esercitativi, offrendo la possibilità ai partecipanti di predisporsi positivamente all'apprendimento e cogliere l'utilità e la trasferibilità di quanto appreso.

Il progetto "La gestione del cambiamento e lo sviluppo di processi di integrazione" ha visto l'applicazione di una metodologia basata sul presupposto che, le persone apprendono quello che gli serve e non quello che gli è imposto. L'intervento per la costituzione e il funzionamento dei Laboratori del personale afferente alla Direzione delle professioni sanitarie si è articolato in due fasi: 1) intervista ai professionisti coinvolti al fine di agire direttamente sulle persone, sul ruolo agito, sulle competenze necessarie a gestire i processi di lavoro, sul senso di appartenenza al gruppo e al ruolo e 2) individuazione delle aree di intervento su cui attivare il miglioramento nei processi e nelle attività di lavoro. L'intervento "Ultimo miglio" rivolto ai professionisti afferenti alla Direzione Sanitaria e alla Direzione delle professioni sanitarie, in relazione all'introduzione del nuovo modello di funzionamento basato sul lavoro in team, preceduto e accompagnato da interviste ai Direttori di Dipartimento e incontri di coordinamento con la Direzione Aziendale, si è realizzato attraverso attività formative atte a favorire l'empowerment dei Team di Direzione Sanitaria costituiti con l'obiettivo di un miglioramento dell'integrazione tra le diverse componenti professionali e una più chiara referenza a supporto dei dipartimenti aziendali.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Sistemi di valutazione delle performance individuale, delle competenze: sistemi premianti e sistemi di valutazione per lo sviluppo professionale e di carriera

La valutazione della performance dei professionisti è uno degli strumenti per il perseguimento dell'obiettivo generale di coordinare il lavoro, ottimizzare la produttività e di garantire l'efficienza e la trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

Nel 2018 è stato predisposto e strutturato il piano di avvicinamento con pianificazione triennale in linea con le indicazioni dell'OIV regionale. Il piano è stato deliberato e inviato all'OIV (PG 20392 del 15.10.2018) e successivamente integrato a seguito di ulteriori indicazioni regionali (delibera AOU 289/2018).

Per quanto riguarda le azioni specifiche, nel corso del 2018:

- è stata avviata una azione di miglioramento mediante la costituzione di apposito gruppo di lavoro al fine di integrare il sistema di valutazione delle performance del personale con il sistema di definizione e valutazione delle competenze professionali e con il processo di addestramento/inserimento e formazione/aggiornamento e presentato/diffuso il nuovo modello all'interno dell'organizzazione;
- sono iniziati i lavori per avviare la valutazione del periodo di prova per Strutture Organizzative Complesse e la dirigenza che verrà formalizzata nel 1° semestre 2019;
- sono stati formalizzati i criteri aziendali di valutazione degli stati di avanzamento dei risultati al fine del superamento di ogni forma di "acconto periodico" nel pagamento degli incentivi;
- l'integrazione con GRU, nel 2018, ha riguardato l'utilizzo del modulo "verifiche"; sono stati effettuati i primi incontri propedeutici all'attivazione del modulo "valutazione del personale" da implementare nel secondo semestre 2019.

Nel 2018, in particolare per l'area della **dirigenza**, gli esistenti strumenti per la valutazione della performance organizzativa e della performance individuale, sono stati potenziati e ulteriormente implementati mediante:

- il processo di budget in cui è stato fornito un supporto capillare alle singole UU.OO. per collegare la valutazione della performance organizzativa alla valutazione della performance individuale per l'utilizzo di strumenti capaci di individuare obiettivi e progetti collegati ai singoli professionisti, accompagnati da modalità di misurazione ed indicatori utili a leggere il contributo individuale;
- la continua mappatura di tutti gli incarichi di nuova attivazione con l'inserimento di obiettivi nelle Job Description. Sono stati revisionati gli obiettivi di mandato dei direttori di struttura complessa e di struttura semplice dipartimentale con valutazione dell'incarico in scadenza.

3.2.2.9 Processi di integrazione dei servizi di supporto amministrativo e tecnico-logistici

I processi di integrazione dei servizi di supporto amministrativi e tecnico logistici, nel corso del 2018 si sono ulteriormente sviluppati consolidando l'integrazione all'interno dei servizi SUMAP (Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale) e SUMCF (Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza).

Per i due servizi integrati a livello metropolitano sono state sviluppate diverse azioni e attività volte ad assicurare una sempre migliore integrazione.

In particolare per quel che concerne il SUMCF, durante l'anno 2018 è stato coinvolto nelle seguenti attività:

- organizzazione di vari corsi di formazione con risorse interne indirizzati ad uffici esterni;
- definizione di una istruzione operativa (IO-INT 02) che regola in maniera uniforme la fiscalità del ciclo attivo;
- supporto all'avvio del gruppo Audit provinciale;
- forte supporto operativo, logistico e organizzativo al progetto GAAC, referenza nei confronti della Regione per tutte e tre le Aziende, partecipazione al gruppo regionale di regia GAAC, partecipazione trasversale di numerosi operatori SUMCF ai tavoli di lavoro regionali;
- gestione e governo di alcune anagrafiche GAAC regionali (tipi e condizioni di pagamento, ritenute, tipi ritenuta, tipo contribuente, tabelle iva);
- definizione anagrafica unificata soggetti master (clienti e fornitori) utilizzata come anagrafica di base nell'avvio del GAAC;
- coordinamento attività di gestione del polo unico di governo delle anagrafiche GAAC dei servizi sanitari (capofila Ausl Bologna);
- progettazione integrata, coordinamento e avvio della fatturazione elettronica GTB e GTC dal 1 gennaio 2019;
- supporto interaziendale all'avvio del GAAC per l'Istituto Ortopedico Rizzoli.

In particolare per quel che concerne il SUMAP, durante l'anno 2018 è stato coinvolto nelle seguenti azioni:

- è stato definito il **progetto per il consolidamento del SUMAP**. Le Direzioni delle 4 Aziende hanno convenuto, come previsto dal progetto, un riassetto delle attività volto a garantire che il servizio si concentri nelle attività "core".

Sono state riallocate all'interno delle singole aziende le seguenti funzioni:

- supporto ufficio procedimenti disciplinari;
- autorizzazione incarichi extraistituzionali;
- convenzioni attive.

Si stanno verificando al momento con le direzioni le modalità organizzative che consentano di alleggerire l'enorme peso di attività che cura la amministrazione di circa 16.500 unità di personale, prevendendo anche un numero di dirigenti maggiore di quello attuale;

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- **Omogeneizzazione attività:** è continuata la lunga e difficile attività di omogeneizzazione delle attività. Si è addivenuti ad un unico modello di contratto di lavoro dipendente adottato per le assunzioni di tutte e quattro le aziende, alla formalizzazione di una unica modalità per le denunce invalidi e ad un unico avviso al personale per la produzione dello stato di invalidità al personale dipendente. Per Aosp il numero non è ancora rientrato nei limiti di legge e si prevede una ulteriore avviso per sensibilizzare i dipendenti delle quattro aziende per il 2019;
- **Sistema GRU: il sistema GRU** (Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane) - pur con le note difficoltà rendicontate periodicamente nel corso degli incontri regionali – è stato definitivamente collaudato nel 2018. L'avvento della procedura GRU ha diffuso una modalità di confronto su problematiche comuni attinenti alla amministrazione e alla gestione delle risorse umane tese a promuovere lo sviluppo di linee di azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche a livello di area metropolitana. Insieme sono state condivise le modalità di applicazione delle norme contrattuali relative alle indennità h. 12 e h. 24 anche se, dopo una iniziale trattativa congiunta interaziendale a livello di area metropolitana, nelle rispettive aziende si è dato corso a trattative su tavoli separati sulla base delle diverse esigenze e realtà aziendali. L'esperienza – pur molto impegnativa sia per gli operatori che per i dirigenti – ha portato sicuramente un valore positivo.

3.2.2.10 Centralizzazione acquisti e logistica dei beni farmaceutici e dei dispositivi medici

Le attività relative al progetto della Supply Chain Centralizzata AVEC - l'integrazione logistica per l'anno 2018 si sono concentrate su:

- a. aggiornamento dei costi cessanti aziendali per effetto della implementazione del progetto;
- b. aggiornamento del documento alle richieste regionali di chiarimento;
- c. predisposizione della documentazione di gara per un assessment di un soggetto advisory del progetto.

Per il primo punto si sono svolte quattro riunioni nel corso dell'anno, con focus sul tema, per proporre al gruppo di lavoro designato dal collegio tecnico dei Direttori Amministrativi AVEC, la scheda di rilevazione costi relativa.

Le attività sono ancora in svolgimento per la coincidenza temporale della implementazione del nuovo contabile regionale GAAC per alcune delle aziende di AVEC.

Sempre in merito al documento di progetto, il coordinatore del gruppo di lavoro AVEC (Responsabile Centro Logistico AOSP Bologna) in collaborazione con il Direttore Amministrativo dell'azienda capofila (AOSP Bologna) ha provveduto ad aggiornare la documentazione inerente il progetto secondo le indicazioni e le richieste della Regione. Tra le altre cose l'integrazione ha

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

coinvolto i risultati del contestuale lavoro di analisi delle piattaforme logistiche regionali e la possibilità di procedere ad analisi comparative sulla base del lavoro stesso. Il lavoro (documento di progetto aggiornato) sarà oggetto di prossima verifica da parte del collegio tecnico dei Direttori Amministrativi AVEC.

Inoltre, secondo il mandato del collegio tecnico dei Direttori Amministrativi AVEC, il coordinatore del gruppo di lavoro AVEC, in collaborazione con la componente provveditore del medesimo gruppo ha predisposto la documentazione necessaria per procedere con un bando di gara di assessment sulla progettualità di supply chain AVEC in essere. Il lavoro (griglia punti e documento per bando) sarà oggetto di prossima verifica da parte del collegio tecnico dei Direttori Amministrativi AVEC.

3.2.2.11 Sviluppo infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e miglioramento dell'accessibilità ai servizi

Nel corso del 2017 è stata indetta la gara per l'acquisto dei totem check-in e per il sistema di chiamata pazienti: i sistemi di chiamata paziente, integrati con i totem per il self check-in, sono finalizzati all'accoglienza del paziente in struttura gestendo l'attesa e la chiamata dei pazienti ambulatoriali.

La sostituzione dei precedenti totem con i nuovi modelli è iniziata nel 2018 e terminerà entro marzo 2019 in quanto sono stati introdotti anche nuovi totem in aggiunta ai precedenti.

Nel novembre 2018 è stato attivato il primo sistema di chiamata pazienti, integrato con il sistema di self check-in e con la cartella ambulatoriale presso l'UO di Diabetologia; le attivazioni proseguiranno nel corso del 2019.

3.2.3 Obiettivi di programmazione del sistema sanitario regionale**Obiettivi della programmazione regionale 2018 ai sensi della DGR 919/2018****Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro****3.2.3.1 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive**

Nell'ambito della sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, nel corso del 2018, in stretta collaborazione con la Medicina del lavoro, le Malattie infettive, la Microbiologia ed il Dipartimento di Sanità pubblica, sono state gestite notifiche n° 182 di TBC, 21 di meningiti (di diversa etiologia), 373 di influenza epidemia 2017-2018 (solo 2018: n° 343), 46 di arbovirus.

Per quanto riguarda le malattie trasmesse da vettori, tutte le segnalazioni sono state tempestivamente inviate al Dipartimento per la realizzazione degli interventi di profilassi dei Comuni; è stato pianificato e realizzato il programma aziendale di contrasto allo sviluppo delle zanzare; tutti i casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zica Toscana virus, West Nile virus sono stati testati presso il CRREM.

Medicina del Lavoro ed Servizio Prevenzione e Protezione hanno predisposto e diffuso il documento interaziendale per la profilassi post-esposizione degli operatori sanitari di AOU, Ausl, IOR e sono stati realizzati incontri di formazione degli operatori.

Sono state realizzate le azioni di attuazione delle linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi, con incontri periodici del gruppo multidisciplinare ed incontri mensili del gruppo acqua, costituito da operatori dell'area igiene della Direzione Sanitaria, di ARPAE, del dipartimento tecnico e del concessionario dei servizi di manutenzione. Gli interventi di prevenzione comprendono anche le torri di raffreddamento e gli impianti di condizionamento esistenti. Sono stati realizzati 3 incontri di formazione del personale sanitario sulla prevenzione della legionellosi (aprile, maggio e ottobre 2018), che hanno visto la partecipazione di 128 operatori.

In merito alla promozione della cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive tramite le vaccinazioni, sono stati realizzati 2 incontri di formazione del personale sanitario sulla prevenzione dell'influenza.

Indicatore: n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi sospetti di Dengue- Chikungunya-Zika testati presso il CRREM

Risultato consuntivo 2018=100%

3.2.3.2 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

L'Azienda, partecipa regolarmente al coordinamento regionale dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei medici competenti. Con riferimento agli obiettivi di garantire livelli di **tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori** per l'anno 2018 ha realizzato le seguenti azioni:

- valutazione dei rischi per stress lavoro correlato su un campione rappresentativo di U.O. diverse da quelle esaminate negli anni precedenti;
- valutazione dei rischi del Pad. 26 Addarii;
- aggiornamento/revisione della valutazione dei rischi per Pad. 2 Albertoni - servizi di ristorazione;
- valutazione dei rischi U.O. Urologia - Pad. 1;
- monitoraggio dell'esposizione a sostanze e miscele volatili con particolare attenzione agli anestetici, agli antiblastici ed ai composti organici volatili;
- monitoraggio dell'esposizione ad agenti cancerogeni e mutageni;
- formazione, informazione e addestramento dei lavoratori, sostenendo forme organizzative aziendali che ne assicurino la razionalizzazione, la qualità e la tempestività. A tal scopo, in Azienda, sono mantenuti attivi corsi permanenti in tema di sicurezza nella manipolazione di antiblastici, aldeide formica, addetti alla gestione dell'emergenza incendio e dirigenti di U.O.;
- esecuzione di corsi di formazione antincendio rischio elevato e seminari per la diffusione dei contenuti dei piani di emergenza incendio destinati a tutti i lavoratori presenti in Azienda;
- aggiornato il catalogo dei dispositivi di protezione individuale;
- addestramento dei lavoratori sulla movimentazione manuale dei carichi e pazienti, uso facciali filtranti;
- corso e-learning per dirigenti.

In merito alla **sorveglianza sanitaria**, per l'anno 2018, l'Azienda ha realizzato le azioni descritte di seguito:

1. Si è dato seguito alle attività necessarie alla integrazione delle funzioni di sorveglianza sanitaria con l'Azienda USL e lo IOR, come stabilito dall'accordo per la conduzione in modalità unificata delle attività di Medicina del Lavoro (AOU, AUSL Bologna e IOR).

Di seguito si riportano gli obiettivi previsti e le conseguenti attività svolte:

- avvio della reportistica sui giudizi di idoneità con limitazioni rilasciati dai singoli medici. Nel corso del 2018 è stato predisposto un primo report pilota relativo alle prescrizioni emesse dai singoli medici in AOU aggiornato a giugno 2018. Il documento è stato oggetto di elaborazione, discussione e confronto tra tutti i medici competenti cui sono seguite modifiche e integrazioni alla procedura PS01 in relazione ai criteri di emissione del giudizio di idoneità;

- avvio della programmazione della sorveglianza sanitaria su base individuale: la realizzazione di questo obiettivo è condizionata dallo sviluppo del software.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

2. Completamento del programma di aggiornamento e ampliamento della classificazione in fasce delle attività di tutte le unità operative aziendali. Nel corso del 2018 è stato aggiornato il documento Criteri Valurisk 2018 per la parte riguardante la classificazione delle attività in area assistenziale. Si è proceduto alla modifica e alla integrazione degli strumenti di raccolta delle informazioni utili alla valutazione.

L'aggiornamento della valutazione è stato completato per il 70% delle aree di degenza. I reparti valutati sono ricompresi in tutte le aree di lavoro: medica, chirurgica, critica, materno-infantile, piastre operatorie. Parallelamente è stata eseguita una sperimentazione di valutazione approfondita per compiti mediante raccolta dati informativi e osservazioni dirette delle diverse figure professionali in diversi momenti del turno. La sperimentazione ha coinvolto un campione di unità operative rappresentative di ciascuna tipologia di area assistenziale (- medica: Oncologia medica e Medicina urgenza - chirurgica: Oncologia ginecologica; - terapia intensiva: TIPO; - diagnostica radiologica: Radiologia Monteduro, Ambulatori cardiologia). E' stata aggiornata anche la classificazione in fasce delle attività del settore ristorazione.

3. Ampliamento dell'offerta di vaccinazioni per il personale, dando attuazione alla Deliberazione della Giunta Regionale numero 351/2018 avente per oggetto: Approvazione del documento "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario" .

In particolare si è proceduto alla revisione del protocollo di sorveglianza sanitaria (PS01) che ora prevede l'offerta delle misure di profilassi attiva per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea per tutto il personale che opera all'interno delle strutture sanitarie AOU AUSL e IOR. A testimonianza di questo:

- la campagna antinfluenzale 2018/2019 ha raggiunto la percentuale del 61,2% di copertura per gli operatori sanitari;
- l'offerta attiva della vaccinazione è stata comunque mantenuta per gli operatori non sanitari;
- la percentuale di operatori adibiti a reparti ad alto rischio immunocompetenti secondo le indicazioni regionali sul totale degli operatori adibiti a reparti ad alto rischio è oggi pari a 96,8%;
- è proseguita l'offerta del vaccino anti-diftotetanopertosse sulla base del calendario vaccinale individuale e delle indicazioni per i soggetti ad alto rischio per condizioni di salute individuale;
- a supporto di questa attività sono stati effettuati 5 eventi formativi sul tema malattie infettive, vaccinazioni e operatori sanitari.

4. Realizzazione dei progetti di interesse regionale collegati alla sorveglianza sanitaria e finanziati dalla Deliberazione della Giunta Regionale numero 1762/2017 avente per oggetto "Assegnazione e concessione di finanziamenti alle aziende sanitarie in attuazione della DGR

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

1350/2010 per il potenziamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro per l'anno 2017 in attuazione del D.lgs. 81/08, art. 13 e 14".

Nel corso del 2018 è stata avviata una procedura di reclutamento di personale medico che purtroppo non ha dato esito positivo. E' in corso con SUMAP la predisposizione di un nuovo bando per il reclutamento di detto personale da adibire a questa attività.

Indicatori e risultati:

IND0174 - Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari anno 2017=40,55%, Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari anno 2018=61,2% (fonte dati: Medicina Lavoro AOU)

Operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio=96,8% (obiettivo $\geq 95\%$)(fonte dati: Medicina Lavoro AOU)

Programmi di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie: % schede individuali compilate dai medici competenti. Anno 2018=non attivato per criticità nel reclutamento del personale (obiettivo $\geq 5\%$ dei lavoratori)

Produzione di un documento di sintesi aziendale su dati relativi a molestie ed aggressioni al personale sanitario, comprensivo di analisi e proposte per la riduzione del fenomeno.

Non attivato per criticità nel reclutamento del personale

Assistenza territoriale**3.2.3.3 Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**

L'Azienda Ospedaliera, in collaborazione con l'Ausl di Bologna e IRCCS, ha partecipato alla definizione del piano di coordinamento multiprofessionale interaziendale per il governo integrato del sistema di accesso alle prestazioni ambulatoriali di primo livello e di presa in carico. L'AOSP ha attuato un piano di mantenimento del sistema dell'offerta di prestazioni specialistiche e diagnostiche tramite sistema di prenotazione CUP, rispondendo alla richiesta di committenza in sede di accordo di fornitura da parte dell'AUSL di Bologna, sulla base di quanto previsto dalla DGR 1056/2015. E' stato attuato un piano di acquisizione di personale medico finanziato con il fondo dedicato all'abbattimento dei tempi di attesa, così come previsto dal Decreto Balduzzi.

Il piano di mantenimento/potenziamento dell'offerta, effettuato presso AOSP e alcune Case della salute, ha riguardato numerose discipline specialistiche, quali:

- a) Visita ematologica
- b) Visita reumatologica
- c) Visita nefrologica
- d) Visita dermatologica
- e) Visita urologica e diagnostica correlata
- f) Ecografia Ostetrica/Bitest
- g) Visita cardiologica pediatrica e diagnostica correlata
- h) Visita endocrinologica pediatrica
- i) Visita pneumologica pediatrica
- j) Visita gastroenterologica pediatrica
- k) Visita audiologica finalizzata all'applicazione per pazienti con problemi uditivi.

E' stato anche previsto un piano di adeguamento dei posti 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, evitando al paziente il rinvio al MMG per prescrizione.

Inoltre, 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 alle agende nel sistema di prenotazione CUP. Ciò ha consentito di rendere disponibile l'accesso alle prenotazioni per le prestazioni anche tramite web (CUPWEB).

Indice Performance da MAPS per prestazioni di primo accesso e urgenze differibili su base metropolitana > 90% fonte MAPS (risultato atteso: $\geq 90\%$)

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

IND0319 Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg bacino territoriale Ausl di Bologna: = 99,91%

IND0320 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg bacino territoriale Ausl di Bologna: = 99,94%

Rilevazione informatica del numero di mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente

Nel 2018 sono state maggiormente implementate le azioni previste nella DGR 377/2016 in materia di gestione delle disdette relativamente alle prestazioni accessibili tramite CUP e alle prestazioni dedicate alla presa in carico, che rappresentano la maggior parte dell'attività ospedaliera.

Riguardo all'offerta accessibile tramite canali di prenotazione CUP, è assicurata la rilevazione informatica delle mancate disdette e lo spostamento dei pazienti prenotati.

La rilevazione nei sistemi gestionali della mancata erogazione delle prestazioni a causa delle mancate disdette da parte dell'utente è stata ulteriormente potenziata in tutte le sezioni radiologiche.

N. mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente (risultato atteso: valore 2018 < valore 2017)

Risultato raggiunto: valore 2018 < valore 2017

Prescrizioni e prenotazione controlli – ulteriore promozione della prescrizione da parte dello specialista che ha in carico il paziente

Nel 2018 è continuata la diffusione del modello informatico, già presente in Azienda, individuato quale migliore sistema per consentire l'adeguamento alla D.G.R. 377/2016, oltre che il raggiungimento degli obiettivi relativi alla diffusione della ricetta dematerializzata, alla presa in carico con prenotazione delle visite di controllo e al monitoraggio degli indicatori di produzione per una valutazione tempestiva sulle situazioni di disallineamento rispetto agli obiettivi di budget.

Il sistema consente allo specialista di prescrivere con ricette elettroniche dematerializzate le prestazioni "aggiuntive" in corso di visita e le prestazioni necessarie per la successiva presa in carico del paziente, nonché di effettuare prenotazioni direttamente in ambulatorio attraverso l'utilizzo del sistema di prenotazione facilitato EASY-CUP, evitando così il rinvio del paziente al MMG.

Il modulo è stato diffuso nelle aree ambulatoriali previa formazione sul campo del personale medico ed 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.

E' stata invece completata la diffusione del software e-prescription per la prescrizione con ricetta de materializzata.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (fonte ASA/ARMP/DEMA) (risultato atteso: valore 2018 > valore 2017)

IND0703 - N. di prescrizioni effettuate dal medico specialista (differenza % rispetto all'anno precedente)=+7,55%

Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP (fonte ASA/ARMP/DEMA) (risultato atteso: valore 2018 < valore 2017)

IND0715 - N. di prescrizioni effettuate dal medico specialista (differenza % rispetto all'anno precedente) - Visite di controllo =+11,52%

Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line CUPWEB regionale (risultato atteso: >=80%)

Risultato raggiunto: >80%

3.2.3.4 Ospedali di Comunità

A seguito della presentazione del documento sviluppato dal Nucleo Tecnico di Progetto "Forme di integrazione nell'Area metropolitana di Bologna" e del percorso partecipato di informazione e consultazione l'AOU parteciperà ai gruppi di lavoro definiti dall'Ausl di bologna per lo sviluppo dei temi legati al territorio ed alla continuità ospedale-territorio.

3.2.3.5 Cure palliative

Nel corso del 2018 è proseguita la collaborazione con l'AUSL di Bologna per la progressiva integrazione dell'ospedale con la rete territoriale delle cure palliative e la precoce presa in carico dei pazienti oncologici adulti.

In particolare, sono state ulteriormente implementate le attività consulenziali di cure palliative all'interno delle unità operative onco-ematologiche, di medicina interna e geriatria del Policlinico e, nell'ambito del PAF 2018, è stata organizzata una 3° edizione del corso formativo di cure palliative di primo livello, per gli operatori che operano nelle strutture e interagiscono con la rete, per il consolidamento di competenze e conoscenze che consentano il riconoscimento precoce della necessità di cure palliative e la gestione dei casi.

In coerenza con le linee guida regionali, è stato, inoltre, implementato nel corso dell'anno un PDTA interaziendale per la presa in carico dei pazienti con BPCO che verrà formalizzato nei primi mesi del 2019. Nell'ambito del PDTA è prevista una sezione dedicata alla presa in carico ambulatoriale precoce in cure palliative dei pazienti con insufficienza respiratoria cronica (BPCO e Fibrosi polmonare) con la finalità di creare una cultura condivisa fra specialisti nel dare sollievo da dispnea e dolore ai pazienti pneumologici non oncologici in fase avanzata. I pazienti vengono selezionati da un team multidisciplinare (palliativista e pneumologo) con criteri condivisi.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

3.2.3.6 Protesica

L'Azienda ospedaliera collabora con l'Ausl di Bologna per l'identificazione dei criteri per l'inserimento dei professionisti nell'albo dei prescrittori. Nel 2018, sempre in collaborazione con AUSL, sono stati avviati gruppi di lavoro per la prescrizione dell'ossigenoterapia e le protesi acustiche. Sono state individuate le modalità prescrittive omogenee per le unità operative di Medicina Fisica e Riabilitazione e Geriatrie.

3.2.3.7 Dimissioni protette

Allo scopo di implementare il processo dell'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati per la presa in carico dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazioni di instabilità all'atto della dimissione ospedaliera professionisti dell'azienda hanno partecipato al gruppo di lavoro interaziendale (Dott. Calogero, Dott.ssa Lunardelli, Dott. Cavazza, Dott.ssa Tietz, Dott.ssa Cormons) che ha formulato una proposta di revisione del modello metropolitano delle cure intermedie. La stessa componente aziendale ha successivamente partecipato al gruppo di progetto "Supporto clinico nelle CRA del territorio della AUSL di BO" con predisposizione di progetto specifico. Altri professionisti hanno preso parte al gruppo di progetto interaziendale "Scheda PACI", che tuttavia non è ancora disponibile in modo informatizzato presso l'AOU. E sono stati individuati i componenti aziendali per la revisione della piattaforma GARSIA – CeMPA, per creare uno strumento condiviso unico al livello metropolitano utile alla dimissione protetta. Al fine di affrontare la tematica a livello aziendale è stato creato il TEAM "Flussi" composto da referente di direzione sanitaria, direzione delle professioni sanitarie, bed manager e coordinatori dei flussi presso la CeMPA. Sono stati analizzati i dati e le modalità di segnalazione alle strutture di riferimento oltre ad aver istituito il confronto periodico con i bed manager e i coordinatori infermieristici delle gruppo dell'area internistica, che ha provveduto a rivisitare la documentazione infermieristica nell'ottica di individuare situazioni di fragilità e problematiche sociali.

Sono in corso, in collaborazione con AUSL di Bologna, analisi per l'identificazione corretta dei pazienti con una condizione di probabile dimissione difficile entro le 72 ore dall'ammissione in ospedale.

3.2.3.8 Percorso nascita

PARTI CESAREI

L'Azienda persegue l'obiettivo di contenimento dei parto cesarei primari segnalando la l'importanza di inserire nel sistema di monitoraggio degli indicatori, dei meccanismi di valutazione dei fattori di rischio (età, cittadinanza, copatologie), analogamente a quanto previsto dagli indicatori valutati dal Piano Nazionale Esiti.

Indicatori e target:

Percentuale di parti cesarei primari: risultato atteso: <25%

Risultato conseguito:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

IND0633 - Tagli cesarei primari: % di interventi in maternità di II livello o comunque con ≥ 1000 parti = 26,96%, (anno 2017=25,64%)

Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson: risultato atteso $\leq 9,4\%$

Risultato conseguito:

IND0522 - % parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub)= 12,89%, (anno 2017=11,51%)

STEN e STAM

Sia per lo STEN che per lo STAM, è stato effettuato un audit in data 19 dicembre 2018 – presenti i referenti dell'AOU di Bologna e dell'AUSL di Imola – al fine di analizzare le attivazioni STEN e gli invii STAM da parte dell'AUSL di Imola nel corso del 2018, confrontando tali attività con gli indicatori della DGR 1603/2013. Dall'audit sono emerse approfondite valutazioni che hanno portato ad alcune azioni di miglioramento e alla revisione delle P-INT17 STEN e P-INT 36 STAM.

CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

L'azienda nel 2018 ha predisposto quanto necessario per integrare l'organizzazione dei corsi di accompagnamento alla nascita anche con corsi istituzionali la cui partenza si è verificata in gennaio 2018: 18 corsi, 270 donne/copie e 30 donne/copie di V-BAC.

Indicatori e target:

% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita risultato atteso: $\geq 47\%$

Risultato conseguito:

IND0661 - % di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita del territorio di riferimento (Ausl di Bologna) =54,87% (anno 2017=50,4%)

CARTELLA REGIONALE DELLA GRAVIDANZA FISIOLOGICA

In riferimento alla diffusione della cartella regionale della gravidanza fisiologica per le donne prese in carico dall'inizio della gravidanza (2-3 donne/settimana), è stata predisposta una integrazione alla cartella aziendale che prevede l'aggiunta di alcuni campi informativi che rendono la cartella aziendale analoga a quella regionale. L'azienda ha definito tutti i punti di distribuzione della cartella negli ambulatori dell'area ostetrica. Al momento della presa in carico presso gli ambulatori, il medico riceve il materiale da parte della partoriente.

Nel 2018 è stata utilizzata la cartella regionale per circa 33 gravidanze fisiologiche prese in carico nel 1° trimestre di gravidanza (in attività istituzionale).

METODICA DI CONTROLLO DEL DOLORE DURANTE IL TRAVAGLIO/PARTO

Al fine di ridurre la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto, l'Azienda continua ad offrire un percorso istituzionale alle donne che richiedono l'analgesia farmacologica oltre ad offrire anche le tecniche di contenimento del dolore non farmacologiche tradizionali (sostegno emotivo, borse di acqua calda, pallone, posizioni libere e digitopressione).

Nel 2018 è stata confermata a tutte le gestanti l'offerta della partoanalgesia con metodica epidurale secondo il percorso istituzionale sancito dalle linee guida regionali (DGR 1921/2007). Nel

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

corso del 2018, 1.843 gestanti hanno partecipato ai corsi organizzati presso la nostra Azienda (circa 168 partecipanti per ciascuna seduta), di queste 1.030 hanno effettuato la visita di valutazione anestesiologica di idoneità alla procedure ed hanno firmato il consenso informato alla stessa. Globalmente 748 hanno fatto effettivo ricorso all'analgesia peridurale in travaglio. Pertanto, su 2.140 parti spontanei, ventose e TC in travaglio avviato nel 2018, il 35,06% delle partorienti ha partorito in analgesia epidurale. A tutte le altre donne sono state offerte le tecniche non farmacologiche di contenimento del dolore.

La percentuale di donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non farmacologica) di controllo di dolore nel parto dell'AOU di Bologna è stata del 1,15%, nei primi 6 mesi 2018, inferiore al valore regionale.

DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA

Nel 2017 l'Azienda Ospedaliera ha provveduto ad applicare la DGR n.365 del 27.03.2017 inerente le condizioni di accesso e di erogabilità della diagnostica prenatale, in recepimento di quanto previsto nel DPCM del gennaio 2017 in materia di LEA. In particolare, è stato pianificato e attivato dal mese di novembre 2017, in accordo con l'AUSL di Bologna, il piano di incremento dell'offerta di test combinato per fare fronte alle aumentate necessità di diagnostica non invasiva. Sono state definite le misure organizzative da attivare tra i diversi punti di erogazione ambulatoriale, al fine di rispettare i tempi previsti per effettuare l'esame."

	Anno 2017	Anno 2018
N. prestazioni Bi-test	582	801
di cui:		
Prenotazione agenda GESI/CUP	214	159
Prenotazione agenda GSA	368	642

Nell'agenda GESI/CUP viene prenotata direttamente la traslucenza nucleare dai consultori dell'Azienda USL, mentre le prenotazioni in agenda GSA prevedono oltre la traslucenza nucleare il prelievo ematico ed è prenotata direttamente dagli ambulatori di ostetricia AOU.

PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO

Per favorire tutte le azioni volta ad aumentare il tasso di allattamento al seno, l'azienda si è impegnata a raccogliere i dati di prevalenza al momento della dimissione e ad inviarli in Regione (pur non essendo inserita l'AOU BO nell'anagrafe vaccinale). Inoltre, l'Azienda si è impegnata a partecipare agli eventi formativi organizzati dalla regione.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

	2015*	2016	2017	2018	Δ 2018 vs 2017
MATERNO	857 53.0%	1.217 57.6%	1.179 63.7 %	1.277 62.6%	-1.1 %
MISTO	723 44.6%	852 40.3%	651 35.1 %	724 35.5%	+0.4 %
FORMULA	39 2.4%	45 2.1%	22 1.2 %	39 1.9%	+0.7%
TOTALE	1.619	2.114	1.852	2.040	+10.15%

In giugno 2018 l'Area materno infantile dell'AUSL Bologna e dell'AOSP Bologna hanno lavorato in maniera integrata per organizzare la partecipazione alla Settimana mondiale dell'allattamento tenutasi in Ottobre.

La partecipazione è stata attiva e ha messo in atto quanto segue:

- flash-mob e allestimento del punto informativo in AOU BO;
- mattinata informativa e di scambio esperienze con le donne che allattano o che hanno allattato tenutasi in Regione;
- partecipazione dei professionisti al corso sull'allattamento tenutosi in aprile 2018;
- allestimento del punto informativo sull'allattamento materno all'interno del Policlinico di Sant'Orsola durante la Festa del Sant'Orsola in maggio 2018;
- corso al personale AOU BO da personale esperto su "allattamento in posizione rilassata" e pianificazione per il 2019;
- sperimentazione nel corso di tutto il 2018 della scheda latch compilata dalle ostetriche e inserita nelle cartelle del neonato e attivazione ufficiale in dicembre 2018.

3.2.3.9 Percorso IVG

Nell'ambito rete dell'offerta metropolitana è stato concordato che l'Azienda Ospedaliera gestisca esclusivamente la metodica chirurgica all'interruzione volontaria della gravidanza. Per questa attività viene garantito l'accesso al percorso IVG nel momento della richiesta della prestazione da parte della donna stessa. La % di donne sottoposte a IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/tot. IVG chirurgiche nel 2018 è stata del 26,6%.

In ottobre 2018 sono state riorganizzate le sedute operatorie per aumentare l'offerta e ridurre i tempi di attesa.

Indicatori e target:

Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche: risultato atteso: <25%

Percentuale di IVG mediche/totale IVG residenti: risultato atteso >27%

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Risultato conseguito:

IND0542 - % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane= 26,6% (anno 2017=40,99%)

IND0311 - % IVG medica sul totale IVG: non applicabile all'AOU Bologna

3.2.3.10 Procreazione Medicalmente Assistita

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha garantito l'applicazione delle DD.GG.RR. n. 927/2013 e n. 1487/2014 e ha contribuito all'implementazione della direttiva in particolare:

- sono state superate tutte le prescrizioni successive alla visita di autorizzazione regionale e, a tal fine, sono state elaborate e rese applicative due procedure interaziendali sul Disaster Plan con l'AUSL della Romagna (sede di Lugo) e con l'AOSP di Parma, successivamente ufficializzate con delibera aziendale;
- in merito realizzazione della lista di attesa unica regionale, sono stati attivati i contratti con le banche estere per l'acquisto di gameti finalizzato alla PMA eterologa;
- i dati della donazione nel sistema informativo regionale/cicli di PMA eterologa sono stati inseriti a partire da quando è stato reso disponibile l'applicativo di CUP2000;
- l'Azienda ha attuato le azioni preliminari per l'inserimento della PMA omologa ed eterologa in lista d'attesa con le modalità previste dal programma regionale sulle liste d'attesa previsto dalla DGR 272/2017.

3.2.3.11 Contrasto alla violenza

L'Azienda si è impegnata a promuovere e sostenere la formazione della rete ospedale – territorio attraverso i Pronto Soccorso Generale, Ostetrico-Ginecologico e Pediatrico il cui personale medico ed infermieristico è stato individuato per la partecipazione al corso di formazione regionale che è stato organizzato per ciascuna Area Vasta e si è concluso a dicembre.

È stata applicata la procedura interaziendale "Percorso sanitario integrato in caso di violenza sessuale/sospetto di abuso sessuale a carico di minori". Tale documento recepisce le raccomandazioni delle Linee di indirizzo relative al contrasto alla violenza su bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) ed è conforme ai contenuti dei quaderni correlati come da Piano regionale della prevenzione (DGR 771/2015).

L'implementazione delle linee di indirizzo regionali è stata ulteriormente potenziata da un programma formativo locale specifico rivolto alle molteplici professionalità che intervengono nel percorso clinico-assistenziale del bambino vittima di abuso. A tal fine in dicembre 2018 è stato

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

realizzato un evento formativo promosso dalla U.O. Pediatria d'Urgenza a cui hanno partecipato i professionisti di tutte le UU.OO. Pediatriche.

3.2.3.12 Lotta all'antibiotico resistenza

Le attività correlate alla lotta alla antibiotico resistenza sono strettamente legate alle attività descritte nel paragrafo “Contrasto del rischio infettivo associato all’assistenza”.

Oltre infatti alle attività volte al contenimento della trasmissione dei patogeni multi-resistenti è in corso una attività strutturata mirata alla cura delle patologie ad eziologia infettiva, in cui il buon uso degli antibiotici ha il duplice obiettivo di curare al meglio le infezioni da patogeni multi-resistenti, utilizzando le poche risorse farmacologiche disponibili. L’azione condotta è volta ad utilizzare al meglio gli antibiotici in termini di scelta di molecola e tempo di trattamento, al fine di evitare eccessiva pressione antibiotica sull’ecosistema microbico e quindi di contenere la selezione di ceppi batterici multi-resistenti.

Questa attività passa attraverso programmi strutturati condotti in seno al gruppo del *consultant team* delle Malattie Infettive. Il *consultant team* ha il compito di intervenire sistematicamente a fronte di ogni prescrizione per valutare l’appropriatezza prescrittiva di antibiotici “critici”, dal punto di vista economico e biologico, e codificati nel programma aziendale di *Stewardship* Antimicrobica.

Sono altresì in atto altre attività di consulenza strutturata, il cui scopo principale è la buona cura delle malattie da infezione ed in cui la lotta alla antibiotico resistenza rappresenta la normale conseguenza. Qui un sunto delle principali attività:

- attività di consulenza strutturata presso il centro trapianti di organo solido addominale;
- progetto batteriemie da *Enterococcus* spp, *Staphylococcus aureus*, *K.pneumoniae* resistente ai carbapenemici, candidemia, condotta attraverso consulenze strutturate e pro-attive, indipendentemente dalla richiesta di consulenza;
- de-escalation terapeutica di terapie antibiotiche empiriche ad ampio spettro;
- dal 2017 sono stati formalizzati due programmi interaziendali volti all’applicazione di modelli gestionali in tema di stewardship antimicrobica ed infection control anche nella AUSL di Bologna, con personale dedicato in servizio attivo presso i Presidi H. Maggiore e H. Bellaria. In particolare i due programmi sono i seguenti: “percorso del paziente con patologia infettiva ad elevata complessità ed a gestione multidisciplinare” e “rete interaziendale della Stewardship antimicrobica e controllo delle infezioni correlate all’assistenza”.

Le attività citate in ambito di lotta alla antibiotico resistenza si avvalgono della stretta e costante collaborazione della unità operativa di Microbiologia e delle Farmacie Ospedaliere di entrambe le aziende, Sant’Orsola e AUSL.

3.2.3.13 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici**1. Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2018**Dati generali sul consumo di beni sanitari farmaceutici

La spesa farmaceutica complessiva per beni sanitari dell'anno 2018 è stata pari a 178,050 mln, con un incremento di 12,862 (+7,8%). L'incremento più significativo è a carico dei medicinali ed emoderivati (+10,2%) che nell'insieme rappresentano il 68% della spesa complessiva. (Tab.1)

Tab.1 – COSTI per beni sanitari farmaceutici: 2018 vs 2017

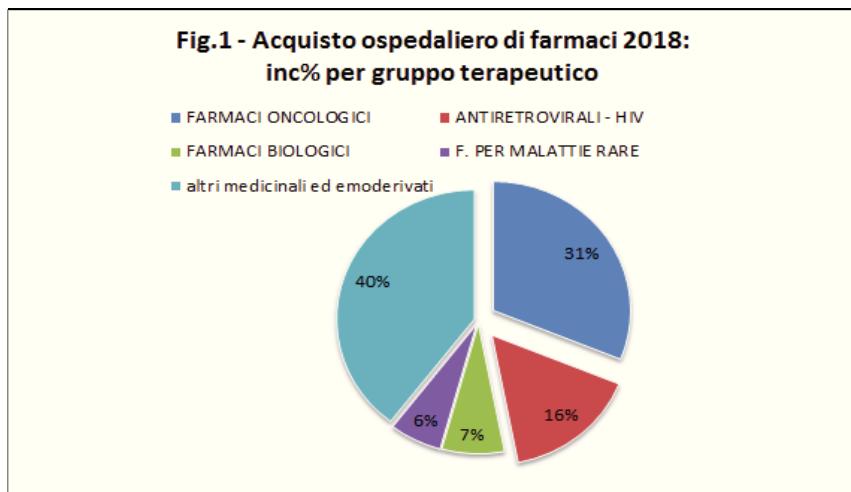
BENI SANITARI	2017	2018	var costi	var% costi
MEDICINALI	99.786.468	110.766.719	10.980.251	11,0%
EMODERIVATI	9.364.692	9.529.710	165.018	1,8%
DISPOSITIVI MEDICI	44.053.177	45.719.582	2.257.949	5,2%
DIAGNOSTICI	7.864.995	7.353.667	-517.389	-6,6%
DIALISI	2.238.438	2.310.917	72.480	3,2%
GAS	1.632.133	1.966.671	-131.350	-6,3%
ALTRI BENI SANITARI	272.554	402.884	35.521	9,7%
TOTALE	165.212.457	178.050.150	12.862.480	7,8%

Acquisto ospedaliero di farmaci

La spesa 2018 per l'acquisto ospedaliero di farmaci (escluso ossigeno e farmaci innovativi) è stato pari a 105,708 mln, con un incremento del 7,2% a fronte di un obiettivo assegnato dalla Regione per il 2018 pari a 105,846 mln (+7,4%).

I farmaci antineoplastici si confermano al 1º posto in graduatoria tra le categorie terapeutiche a maggiore impatto di spesa, con una incidenza pari al 31% ed un incremento del 12%, seguiti dai farmaci antiretrovirali che incidono per il 16% sulla spesa complessiva (Fig.1)

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE



Fondo farmaci innovativi NON oncologici

Per il 2018, l'assegnazione del finanziamento per farmaci innovativi è stata pari a 6,175 mln. A consuntivo si registra un utilizzo del fondo per 5,990 mln, pari al 97%, al netto di tutti i rimborsi/pay back. La spesa è sostanzialmente a carico dei Farmaci per Epatite C (Tab.2)

Tab.2 - Farmaci innovativi per Epatite C: Sintesi dei dati 2018 per farmaco							
ATC5	FARMACO	N trattati 2018	N arruolati 2018	Spesa lorda 2018	Pay back tratt >12 sett	Quota rimborsi P/V	Spesa al netto di tutti i rimborsi
J05AP57	MAVIRET*84CPR RIV 100MG+40MG	498	463	3.808.587	-154.390	-666.875	2.987.322
J05AP55	EPCLUSA*1FL 28CPR 400+100MG	336	269	2.241.263	-24.452	-585.880	1.630.931
J05AP54	ZEPATIER*28CPR RIV 50MG+100MG	189	151	1.140.334	-2.933		1.137.401
J05AP09	EXVIERA 56CPR RIV 250MG	8	2	3.168	-1.848		1.320
J05AP53	VIEKIRAX 56CPR 12,5+75+50MG	10	2	42.500	-27.321		15.178
J05AP56	VOSEVI*28CPR 400+100+100MG FL	18	2	201.960	0		201.960
J05AP07	DAKLINZA 28 CPR RIV 60MG	1	1	3.300	0		3.300
Totale:		1.049	886	7.441.112	-210.944	-1.252.755	5.977.413

Nota: la spesa include tutti i rimborsi ricevuti nell'anno 2018

Fondo farmaci innovativi oncologici

A consuntivo, per il 2018 si registra una spesa di 11,425 mln, comprensivo di rimborsi a vario titolo per farmaci soggetti a registro di monitoraggio AIFA, a fronte di un finanziamento di 11,515 mln (Tab.3)

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Tab.3 - Fondo Oncologici Regionale 2018			
FARMACO	Gruppo A	Gruppo B	Totale Fondo 12/2018
PACLITAXEL	31.186	160.424	191.610
NIVOLUMAB	2.563.791		2.563.791
PEMBROLIZUMAB	1.549.799		1.549.799
DARATUMUMAB		1.342.564	1.342.564
CRIZOTINIB		391.421	391.421
IBRUTINIB	1.712.344		1.712.344
LENVATINIB MESILATO		183.894	183.894
PALBOCICLIB		1.001.935	1.001.935
OSIMERTINIB		779.545	779.545
CARFILZOMIB		907.601	907.601
IDELALISIB	97.048	18.004	115.052
POMALIDOMIDE	296.681	389.311	685.992
Somma:	6.250.848	5.174.699	11.425.547
FONDO ONCOLOGICI RER 2018			11.514.925
% utilizzo fondo nel periodo			99,20%

2. Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

a. Farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica territoriale

Anche per il 2018 in collaborazione con l'AUSL di Bologna sono state messe in campo azioni per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata nell'ambito del progetto "Governare il farmaco".

Gli interventi mirati sul alcune classi terapeutiche, uniti alla genericazione di alcuni farmaci, hanno permesso di registrare nel 2018 una riduzione della spesa per l'AUSL di Bologna pari a -5,5%, a fronte di un obiettivo assegnato del -2%. La spesa netta pro-capite è stata pari a 112,46€ vs 119,01€ registrati nel 2017.

Di seguito la sintesi dei principali risultati.

- Consumo territoriale dei PPI

Il consumo degli inibitori di pompa protonica, oggetto di un'azione già avviata nel 2015, con l'introduzione di una scheda prescrittiva e la presa in carico in distribuzione diretta dei pazienti con l'erogazione completa del trattamento fino ad un massimo di 12 mesi, continua a registrare un calo anche nel 2018. Il dato osservato in banca dati regionale (Insider) per il territorio dell'Ausl di Bologna è il seguente:

- Trattamenti > 1 anno (dato disponibile 2017): BOLOGNA: 38,63 vs RER 39,96. Il dato 2015 data di inizio del progetto era per BO 42,35 vs RER 40,13.
- Il consumo giornaliero dei PPI x 1.000 residenti di Bologna 2018 è di 50,91 vs RER 53,5 (obiettivo anno 2018<48 DDD per ogni 1.000 abitanti)

- Farmaci respiratori LABA-LAMA-ICS in associazione per il trattamento della BPCO

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

I farmaci per il trattamento della BPCO rappresentano una quota molto significativa della prescrizione a carico SSN e fra questi sono in progressivo incremento le formulazioni di più recente immissione in commercio a base di nuove molecole per il trattamento delle sindromi ostruttive. Inoltre per questa classe di farmaci inalatori, entra una variabile molto critica inerente i *device* indispensabili per l'assunzione del principio attivo, elemento peculiare per quanto concerne le genericazione della molecola. Per alcuni di queste nuove molecole la Regione Emilia-Romagna ha introdotto inoltre degli specifici piani terapeutici, limitandone la prescrizione a centri specialistici.

Per sviluppare un progetto in tale ambito, su mandato delle Direzioni AUSL e AOSP è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare-multiprofessionale costituito da pneumologi specialisti ospedalieri, territoriali e del privato accreditato, responsabili del governo clinico e dei servizi farmaceutici delle due aziende.

Le azioni previste in questo progetto sono state:

1. Definizione di raccomandazioni di buona pratica, avendo come riferimento i seguenti documenti:
 - 2013 AGENAS. La gestione clinica integrata della BPCO. Documento AIMAR-AIPO-SIMeR-SIMG;
 - 2016 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.
2. Costruzione, diffusione ed implementazione di scheda di prescrizione farmaci R03 in dimissione da ricovero o dopo visita specialistica;
3. Erogazione diretta dopo ricovero e visita specialistica di farmaci R03;
4. Case finding da parte dei MMG di pazienti in trattamento con farmaci R03 senza nota spirometria, esecuzione spirometria ed avvio trattamento appropriato / valutazione pneumologica.

Le azioni 1 e 2 sono state avviate nel mese di settembre 2018 in ambito ospedaliero coinvolgendo in questa prima fase la sola U.O. di Pneumologia; l'azione 3 è partita ad ottobre, in concomitanza con l'invio dei report ai MMG da parte dell'AUSL di BO.

Risultati Ottenuti: Da ottobre 2018 a febbraio 2019 sono stati raccolti 32 piani terapeutici relativi a prescrizioni di associazioni (precostituite o estemporanee) di farmaci LABA, LAMA, ICS; in tutte le schede si dichiara l'avvenuta diagnosi di BPCO tramite spirometria con la valorizzazione dell'indice di Tiffenau.

Una volta terminata la raccolta dei piani terapeutici relativi ai primi 6 mesi dall'avvio del progetto, verrà effettuata un'analisi dell'appropriatezza prescrittiva.

- Terapie ipolipemizzanti a base di statine

Nell'ambito di questa classe terapeutica, è stata avviata a luglio 2017 un'azione specifica riguardante l'appropriatezza prescrittiva delle statine, al fine di definire linee condivise di trattamento e promuovere l'uso appropriato delle statine, correggere l'*overtreatment* nell'ambito di un'area prescrittiva fortemente impattante per il SSN e orientare la prescrizione sulle statine a brevetto scaduto (BS), indicate come prima scelta, vs quelle a brevetto attivo (BA).

Nella tabella è rappresentata la percentuale di prescrizioni, rilasciate nell'anno 2018, di statine del gruppo A vs l'anno 2017 (Tab.4)

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Tab.4 - % prescrizioni statine Gruppo A: 2018 vs lug-dic 2017

Statine Gruppo A	Valore atteso	Disciplina	% prescrizioni statine gruppo A luglio-dicembre 2017	% prescrizioni statine gruppo A anno 2018
Atorvastatina 10 e 20 mg	>/=80%	Cardiologia	83%	84%
Simvastatina 20 e 40 mg		Medicina Interna	47%	43%
Pravastatina 20 e 40 mg		Mal Infettive	56%	68%
Fluvastatina 80mg RP		Totale AOU	69%	74%

Si nota un netto miglioramento rispetto al 2017, tuttavia l'obiettivo non è ancora stato raggiunto. A commento del mancato raggiungimento del valore atteso si evidenzia che alla disciplina di Medicina Interna afferisce il centro per le dislipidemie e aterosclerosi del Policlinico; i pazienti che accedono alla struttura sono nella grande maggioranza dei casi già in trattamento con statine ma non hanno raggiunto il target dell'assetto lipidico; il che comporta la modifica del trattamento con statine del Gruppo B, come previsto in tali casi.

Per quanto riguarda invece le Malattie Infettive, poiché le iperlipidemie sono quasi sempre una conseguenza del trattamento con farmaci antiretrovirali, la scelta della statina è prioritariamente determinata dalle possibili interazioni tra la statina e i diversi principi attivi prescritti nell'ambito dello schema terapeutico per la terapia dell'HIV da mantenere.

Questo progetto, ancora in corso, dovrebbe costituire un buon presupposto di sensibilizzazione per l'avvio alle terapie a base di PCSK9 (Evolocumab e Alirocumab).

I farmaci Evolocumab e Alirocumab sono soggetti a registro Aifa. I criteri di eleggibilità prevedono che il paziente abbia fatto una terapia con statine ad alta intensità per almeno sei mesi e che possa poi passare al PCSK9 solo in caso di mancata risposta o di intolleranza. Non sono eleggibili i pazienti sopra gli 80 anni di età. Le prime terapie sono state avviate a maggio del 2017

Nel corso del 2018 sono stati trattati 95 pazienti con PCSK9; non è possibile al momento verificare se i pazienti fossero realmente in terapia nei 6 mesi precedenti o nel trattamento continuativo (Tab.5)

Tab.5 – Prescrizioni PCSK9: 2018 vs mag-dic 2017

Principio Attivo	Reparto Prescrittore	n pazienti 2017	n pazienti 2018	% paz 2018
Evolocumab	Cardiologia Rapezzi	0	7	7%
	Medicina Interna Borghi	15	61	64%
Alirocumab	Cardiologia Rapezzi	1	3	3%
	Medicina Interna Borghi	15	24	25%
Totale Pazienti		31	95	

- Impiego della Vitamina D

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Nell'area bolognese la vitamina D (come del resto in ambito nazionale) è in continua crescita sia in termini di DDD prescritte +12% vs 2017, sia in termini di spesa +1,1% vs 2017 (fonte AFT 10 mesi 2018) con delle forti ripercussioni sulla spesa farmaceutica territoriale anche a causa delle forti differenze di prezzo tra formulazioni monodose vs formulazioni multi dose molto più economiche.

A questo proposito si è cercato di promuovere la prescrizione del multidose, raggiungendo in nel 2018 in erogazione diretta dei buoni risultati con un 73% delle prescrizioni di colecalciferolo relative alla formulazione in gocce.

Nel corso del 2018 è stato anche istituito un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare sul tema della prevenzione e trattamento dell'osteoporosi. Il gruppo di lavoro composto da specialisti in Reumatologia, Endocrinologia, Geriatria e Ginecologia ha condiviso di redigere in prima istanza, un documento formulato per quesiti clinici rivolto agli specialisti, ma soprattutto ai medici di medicina generale focalizzato sulla vitamina D ed in particolare sul suo ruolo fisiologico e sul suo utilizzo prevenzione e nella terapia dell'osteoporosi. Il documento è in fase di bozza e verrà completato nel corso del 2019.

- Farmaci anticoagulanti orali (NAO)

L'indicatore proposto, ossia Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (*naive+switch* da AVK), viene misurato non per singola azienda ma su base territoriale. Per il territorio Bologna, la % dei pazienti trattati con NAO è 47,89% sovrapponibile con il dato medio della Regione Emilia-romagna 48,25%.

Per quanto riguarda il contenimento della spesa c'è stata una riduzione dei prezzi entrata in vigore il 01/01/2018.

Confronto tra i NAO disponibili per quanto riguarda il prezzo di acquisto e gli elementi che concorrono alla definizione della spesa per questi farmaci da gennaio 2018

	prezzo ex factory/die (da G.U.) €	- 5% sconto di legge all'acquisto	- 5% sconto di legge all'acquisto (A) o restituito come payback (P*)	sconto confidenziale	IVA +10%	prezzo di acquisto (senza i payback)	Payback (sconto P/V)*
Rivaroxaban (R)	2.32	si	A	si	si	meno costoso	no
Dabigatran	2.35	si	A	si	si	+ 1% vs R	no
Edoxaban	2.32	si	P*	si	si	+ 7% vs R	no
Apixaban	2.35	si	P*	si	si	+ 17% vs R	no

calo medio di prezzi (per le Az. San.) da gennaio 2018:

-7,5% [da + 5% a - 20%]

Costo di 1 gg di terapia (+IVA) va da circa 1,7€ a circa 2€

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Le prescrizioni nel 2018 sono state 2.754 vs 2.604 del 2017. Il principio attivo maggiormente prescritto è il rivaroxaban 38%, che dal 01/01/2018 risulta essere il farmaco a minor costo (Tab.6).

Tab.6 – Prescrizioni NAO per principio attivo - 2018

Principio Attivo	N prescrizioni 2018	% prescrizioni
Rivaroxaban	1058	38%
Apixaban	967	35%
Edoxaban	423	15%
Dabigatran	306	11%
	2754	100%

Indicatore e risultati attesi

Incidenza di trattamento con i NAO (pazienti naive + switch da AVK)

Risultato atteso=2,2 pazienti su 1.000 residenti (+/-0,5%)

Risultato ottenuto territorio AUSL Bologna

IND0724 - Incidenza di trattamento con i NAO (pazienti naive + switch da AVK)=4,64 (anno 2017=4,07).

- Impiego delle insuline basali

L'insulina glargin è l'insulina basale a minor costo ed è quella da noi più utilizzata (Tab.7).

Bisogna sottolineare però che non tutte le insuline basali sono ad esclusiva erogazione diretta, ma solo l'insulina Toujeo e l'insulina Tresiba, pertanto il dato è parziale.

Tab.7 – Prescrizioni insulina basale in erogazione diretta - 2018

FARMACO	SPECIALITA' MEDICINALE	N FL	N UI	% UI sul tot
INSULINA GLARGINE	LANTUS SC 1 FL 10ML 100UI/ML	19	19.000	1%
INSULINA GLARGINE	TOUJEO*3PEN 300UI/ML 1,5ML	1.612,00	725.400	49%
INSULINA GLARGINE	LANTUS SOLOST.SC 5 PEN 100UI/ML	463	138.900	9%
INSULINA DETEMIR	LEVEMIR FLEXPEN 5PEN 3ML 100UI	115	34.500	2%
INSULINA DEGLUDEC	TRESIBA FLEXT 5PEN 3ML 100UI/ML	1.865,00	559.500	38%
			1.477.300	

- Campagne comunicative per un impiego razionale di alcune classi di farmaci

Sono state realizzate insieme all'AUSL di Bologna nel corso del 2018 3 campagne informative:

- a. **EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE:** sviluppata sul tema del contrasto allo spreco delle EBPM rivolta ai clinici afferenti alle Aziende USL BO, OSP BO e IOR mirata a promuovere un impiego razionale delle EBPM a seguito di dimissione o visita specialistica, ovvero mettere in relazione il tema clinico della durata delle terapie prescritte con quello farmaceutico del

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

confezionamento delle stesse. E' stata inoltre stampata una brochure tascabile, curata dal Policlinico S. Orsola e approvata dalla Commissione Farmaci dell'Area Vasta Emilia Centro, per un appropriato utilizzo di questa Classe di farmaci nelle diverse indicazioni cliniche.

- b. **DOLORE NEUROPATHICO:** finalizzata a richiamare i contenuti della nota AIFA n.4, richiamando l'attenzione dei clinici che nel trattamento del dolore neuropatico, oltre alle possibilità prescrittive vincolate alle indicazioni e alle vie di somministrazione previste in scheda tecnica, la scelta dei principi attivi più appropriati deve tenere conto anche del rapporto costoopportunità più favorevole
- c. **IPOLIPEMIZZANTI ORALI:** la campagna informativa ha posto in evidenza l'elevato numero di pazienti dell'area bolognese trattati con questi farmaci (oltre 100.000), con una esposizione decisamente più elevata rispetto alla media regionale (+14%) ed una spesa che nel 2017 è stata pari a circa 16 milioni. Si è voluto porre l'attenzione in particolare sui pazienti non aderenti al trattamento (circa il 13,6% dei soggetti assumono meno del 50% atteso) e sui pazienti sovra trattati (il 3,26% assume il 30% in più del consumo atteso).

b. Farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica ospedaliera

- Contenimento del consumo di farmaci antimicrobici sistemici

Oltre ai programmi di Stewardship antimicrobica (SA) già messi in campo in ambito ospedaliero dalle aziende sanitarie di Bologna, è stato avviato un percorso per estendere il programma di SA anche all'ambito territoriale, prevedendo la possibilità di una serie di interventi formativi rivolti a MMG e PLS, sempre a cura della rete interaziendale per la SA.

Particolare attenzione è stata posta alle quattro classi di antibatterici di maggior impiego sulla popolazione residente (penicilline, macrolidi, cefalosporine, chinoloni).

Con riferimento all'ambito esclusivamente ospedaliero, le attività sviluppate nel 2018 per contenere lo sviluppo di resistenze ai farmaci antimicrobici sono finalizzate sia al mantenimento e ampliamento dell'attività di politica prescrittiva degli antimicrobici in terapia che al costante monitoraggio dell'aderenza al corretto utilizzo degli antibiotici in profilassi chirurgica.

Indicatore e risultati attesi

Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1.000 residenti

Risultato atteso<16 DDD pazienti su 1.000 residenti

Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1.000 residenti

Risultato ottenuto territorio AUSL Bologna

IND0340 - Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1.000 residenti=16,46 (anno 2017=15,95).

Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti

Risultato atteso<1,12 DDD pazienti su 1.000 residenti

Risultato ottenuto territorio AUSL Bologna

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

IND0342 - *Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti=1,07 (anno 2017=1,12)*

a) STEWARDSHIP ANTIMICROBICA

Il modello di Stewardship Antimicrobica introdotto nel Policlinico già da maggio 2013 dal *team* di consulenti infettivologi con la collaborazione della farmacia clinica, è rivolto ad alcune molecole, ritenute particolarmente critiche per peculiarità di indicazione, rischio di danno ecologico, tossicità ed elevato costo, tra i quali il meropenem. Il modello prevede inoltre altre tipologie di intervento da parte del team, mirate verso problemi specifici quale la gestione precoce e continuativa di tutte le batteriemie da *S.aureus*, *Enterococcus* spp, *Enterobacteriaceae* resistenti ai carbapenemici e di tutte le candidemie, attraverso un sistema ad hoc di alert microbiologico a fini di stewardship di tipo strutturale.

Nel 2018 l'attività di *de-escalation*, iniziata nell'anno precedente, è divenuta un'attività strutturata e ordinaria. La collaborazione oramai quotidiana tra farmacisti ed infettivologi ha permesso la verifica puntuale delle sospensioni dei trattamenti e il recupero di farmaci non utilizzati in modo da non lasciare scorte in reparto per l'eventuale inizio di terapie empiriche non valutate dai consulenti. Questa attività risulta di particolare rilevanza per contenere l'esposizione agli antimicrobici entro i limiti necessari alla risoluzione clinica delle infezioni.

Per quanto riguarda gli antibiotici "target" del Progetto Stewardship, con particolare riferimento al meropenem, anche per il 2018 sono proseguiti le attività rivolte al controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed al relativo monitoraggio. I dati 2018 evidenziano un aumento dell'utilizzo di Meropenem (+31,3% DDD/100ggdd) mentre sul totale dei farmaci ricompresi nel progetto si è registrato un aumento del 4,4% (Tab.8). Escludendo le terapie per CPE, il valore del Meropenem è pari a 3,08 DDD/100ggdd (Tab.9)

L'aumentato utilizzo di Meropenem può essere attribuito all'aumento del numero di pazienti positivi per KPC (Δ 58 pz) e all'evoluzione del panorama epidemiologico ma potrebbero aver influito anche le continue carenze della Piperacillina-Tazobactam che in alcuni casi hanno reso necessario il passaggio ad un trattamento di seconda linea con il carbapenemico. Per quanto riguarda il contenimento dell'esposizione ad altre classi di antibiotici, particolare attenzione è stata posta all'uso dei **fluorochinoloni** per i quali si è registrato, anche per il 2018, una ulteriore riduzione dell'uso del -2,5% (10,51 DDD/100ggdd) e dei **glicopeptidi** -18,9% (4,17 DDD/100ggdd).

Tab.8 – Consumi e spesa antibiotici in Degenza ordinaria in DDD/100 giornate di degenza 2018 vs 2017

DESC ATC5	DDD/100 ggdd AP	DDD/100 ggdd AC	var DDD/100ggdd	Importo D.O. AP	Importo D.O. AC	var Importo D.O.
DAPTOMICINA	1,64	2,80	1,15	383.221	535.036	151.815
LINEZOLID	0,78	1,19	0,42	73.193	65.502	-7.691
MEROOPENEM	3,80	4,99	1,19	254.759	215.531	-39.228
TIGECICLINA	0,65	0,87	0,22	261.773	195.532	-66.241
Totale Farmaci Stewardship	6,88	9,86	2,98	972.946	1.011.601	38.655
Altri ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	84,07	85,13	1,06	1.255.923	1.527.622	271.700
Totale ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	90,95	94,99	4,04	2.228.869	2.539.223	310.355

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Tab.9 - Consumi e spesa antibiotici in Degenza ordinaria esclusi pz con esami positivi per KPC

Descr Codice Atc(DDD AP)	DDD/100ggdd escl KPC_AP	DDD/100ggdd escl KPC_AC	var DDD/100ggdd	Costi al Netto KPC AP	costi netto KPC AC	var costi al netto KPC
DAPTOMICINA	1,37	2,47	1,11	295.428	432.490	137.062
LINEZOLID	0,63	0,90	0,27	55.021	44.959	-10.063
MEROPENEM	2,11	3,08	0,97	131.415	121.857	-9.558
TIGECICLINA	0,26	0,49	0,22	97.547	100.166	2.619
Farmaci Stewardship	4,37	6,94	2,57	579.411	699.472	120.061
Altri ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	90,59	93,02	2,43	1.255.923	1.527.622	271.700
Totale ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	94,96	99,96	5,00	1.835.334	2.179.413	344.079

Nel corso del 2018 si sono svolti incontri con gli infettivologi al fine garantire un utilizzo corretto e mirato dei nuovi antibiotici come *Ceftolozano/Tazobactam* e *Ceftazidime/Avibactam* per il trattamento delle infezioni gravi da batteri Gram - multiresistenti.

Tali molecole sono risorse preziose per il trattamento di infezioni MDR; nell'esperienza consolidata di *stewardship antimicrobica*, possiamo confermare che l'utilizzo di tali antibiotici avviene su prescrizione dell'infettivologo, in terapia mirata o empirica, in pazienti colonizzati con segni e sintomi di infezione rappresentando un'opportunità terapeutica salvavita in situazioni particolarmente critiche anche se gravate da costi particolarmente elevati.

b) PROFILASSI ANTIMICROBICA IN CHIRURGIA

L'appropriatezza della profilassi antimicrobica in chirurgia, nonostante sia un tema affrontato già da diversi anni, costituisce ancora oggi un aspetto sul quale viene rilevata una scarsa sensibilità in alcune chirurgie e poca consapevolezza delle conseguenze della non aderenza agli schemi previsti per le diverse procedure chirurgiche.

Per migliorare la qualità della profilassi antimicrobica, tre sono le azioni su cui si concentra l'attenzione:

1. Scelta dell'antimicrobico, secondo le indicazioni delle Linee Guida Nazionali pubblicate;
2. Timing di somministrazione, di norma con somministrazione ev della profilassi 1 ora prima dell'incisione della cute;
3. Durata di somministrazione, di norma con sospensione della profilassi entro 24 ore dalla fine dell'intervento.

Rispetto ai primi due punti, in Azienda si sono complessivamente raggiunti buoni livelli di aderenza: la scelta degli antimicrobici nel 2018 è stata appropriata nel 78% dei casi e la somministrazione avviene in sala operatoria. Il dato di adesione agli schemi di profilassi antimicrobica riguarda gli interventi di tutte le discipline ad eccezione per la chirurgia generale pediatrica, poiché anche le linee guida nazionali, data la peculiarità dei pazienti pediatrici, non contemplano specifici protocolli in questa popolazione (Tab.10).

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Tab.10 - Adesione agli schemi di profilassi antimicrobica in chirurgia per disciplina - anno 2018

Disc Reg	Descr Disc Reg	interventi valutati	% interventi
006	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	206	94,7%
007	CARDIOCHIRURGIA	1.007,00	80,1%
009	CHIRURGIA GENERALE	4.227,00	63,3%
010	CHIRURGIA MAXILO FACCIALE	231	70,1%
012	CHIRURGIA PLASTICA	682	72,6%
013	CHIRURGIA TORACICA	314	87,3%
014	CHIRURGIA VASCOLARE	763	61,3%
036	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.495,00	90,0%
037	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.580,00	84,9%
038	OTORINOLARINGOIASTRA	577	81,5%
043	UROLOGIA	1.539,00	76,2%
057	FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	1.131,00	74,4%
Totale		13.752	78,0%

Per quanto riguarda la durata della somministrazione, gli elevati livelli di prescrizione di antimicrobici registrati presso alcune chirurgie fa ritenere probabile che la durata della profilassi antimicrobica sia stata superiore alle 24 ore dalla fine dell'intervento, nonostante non vi sia alcuna dimostrazione che dosi addizionali di questa tipologia di farmaci dopo la fine dell'intervento diminuiscano l'incidenza d'infezione mentre è dimostrato che il prolungato uso di quest'ultimi si associa ad aumentato rischio di resistenza.

- Farmaci oncologici

La spesa per farmaci oncologici rappresenta nel Policlinico il 37% circa della spesa per medicinali e l'impatto dell'innovazione in tale ambito pone serie criticità sulla sostenibilità del sistema. Per l'anno 2018 si è ritenuto necessario focalizzare l'attenzione sull'appropriatezza prescrittiva in alcuni ambiti clinici ove l'innovazione determina un significativo incremento della spesa.

Le valutazioni di appropriatezza sono state effettuate utilizzando lo strumento dell'audit clinico, individuando specifici gruppi di audit multidisciplinari; gli standard di riferimento sono stati individuati utilizzando unitamente ai registri AIFA anche le raccomandazioni regionali, prodotte dal Gruppo Regionale Farmaci Oncologici (GreFO), con particolare riferimento ai farmaci innovativi.

Per l'anno 2018 gli ambiti congiuntamente individuati da Farmacia Clinica e Governo Clinico per lo svolgimento degli audit clinici, hanno riguardato i trattamenti con farmaci innovativi per le seguenti patologie:

1. Carcinoma ovarico;
2. Mieloma multiplo;
3. Carcinoma della tiroide.

A1) **Audit uso di Olaparib nel trattamento del carcinoma ovarico:** il risultato complessivo dell'audit evidenzia una sostanziale adesione alle raccomandazioni sia per la percentuale delle pazienti con carcinoma ovarico in trattamento di mantenimento con olaparib (il Policlinico è un riferimento provinciale e regionale per il trattamento del carcinoma ovarico) sia per l'appropriata

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

selezione delle pazienti. L'appropriatezza totale relativamente ai due indicatori analizzati è risultata del 96%, con pieno raggiungimento dell'obiettivo;

A2) Audit uso dei farmaci nel mieloma multiplo recidivato o refrattario dopo almeno una prima linea di terapia: l'audit effettuato ha evidenziato una sostanziale aderenza alle raccomandazioni, riguardo ai due indicatori analizzati e relativi alle raccomandazioni GREFO il target è stato raggiunto con un'appropriatezza del 100%.

A3) Audit uso dei farmaci nel carcinoma differenziato della tiroide: il target è stato raggiunto per entrambi gli indicatori analizzati. I dati clinici presentati hanno supportato nel 100% dei casi l'appropriatezza del trattamento con lenvatinib in linea con le raccomandazioni del GReFO, da utilizzare esclusivamente in pazienti a rischio, in progressione e non più candidabili alla radioterapia metabolica.

- Allestimenti delle terapie antiblastiche

Per ottimizzare la produzione delle terapie antineoplastiche, oltre a soluzioni organizzative messe in atto già da tempo e in linea con le raccomandazioni ministeriali e regionali in materia, come la centralizzazione dell'allestimento in farmacia delle terapie ev, l'utilizzo di sacche multidose di principi attivi già in soluzione, la programmazione di drug-day/month per concentrare l'allestimento e la somministrazione di molecole ad alto costo, sono proseguiti nel 2018 ulteriori azioni quali:

- la rivalutazione della stabilità chimico-fisica dei residui di produzione di farmaci, sia in polvere dopo ricostituzione (*n. 37 molecole*) sia in soluzione dopo perforazione (*n. 50 molecole*) sulla base di indicazioni dell'RCP, dichiarazioni delle ditte e dati di letteratura,
- la valutazione della stabilità microbiologica dei residui di produzione con controllo della sterilità a 7 giorni,
- la condivisione con i clinici di effettuare arrotondamenti della dose, laddove possibile, per alcuni farmaci ad alto impatto di spesa e con una limitata numerosità dei pazienti, quali ad esempio il brentuximab, l'aflibercept, il ramucirumab, ecc.
- il monitoraggio delle terapie rese alla farmacia e non somministrate e dell'eventuale riutilizzo in sicurezza.

Riguardo alle terapie rese nel 2018 sono state restituite alla farmacia in totale n. 448 terapie, pari allo 0,88% del totale degli allestimenti annuali, escluso i farmaci sperimentali e le siringhe intravitreali di bevacizumab. Il 26% di tali terapie rese è stato recuperato pari ad un valore di spesa di 53.329 euro.

E' stata effettuata anche un'analisi delle diverse motivazioni del reso della terapia che ha evidenziato ad es. un 53% di resi dovuto a condizioni cliniche non correlate alla terapia, un 16% a sospetti effetti collaterali della terapia, un 11% di cause non riportate e il restante 20% come sommatoria di cause organizzative o legate al paziente.

Inoltre, nell'ambito della partecipazione al gruppo regionale ROFO (Rete Oncologica Farmacie Ospedaliere) nel 2018 sono state svolte le seguenti attività:

- elaborazione di un documento di analisi delle diverse soluzioni organizzative da adottare nelle UFA mirate a ridurre gli scarti di produzione durante gli allestimenti dei farmaci

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

quali: *l'arrotondamento dose e dose banding, l'estensione della stabilità dopo ricostituzione/diluizione, l'organizzazione di drug day/month*

- raccolta dei dati organizzativi e di attività delle UFA - anno 2017
- analisi dei dati relativi agli scarti negli allestimenti , per cui sono stati analizzati i consumi e la spesa per l'anno 2017 per 23 farmaci antineoplastici ad alto costo, la cui spesa relativa sostenuta a livello regionale ammonta a circa 120 mln di euro: *afibercept, azacitidina, bendamustina, bevacizumab, bortezomib, brentuximab vedotin, cabazitaxel, cetuximab, decitabina, doxorubicina liposomiale, eribulina, fotomustina, ipilimumab, nivolumab, paclitaxel albumina, panitumumab, pembrolizimab, pemtrexed, ramucirumab, rituximab, trabectedina, trastuzumab, trastuzumab etamsine*

Per l'AOU BO sono stati estratti dal software Log80 i dati relativi ai consumi e agli scarti generati dall'allestimento di terapie con i 23 farmaci della lista regionale per l'anno 2017 e gli stessi farmaci più 3 nuovi farmaci ad alto costo *carfilzomib, daratumumab, elotuzumab* per il 2018.

Va sottolineato che tali farmaci rappresentano circa il 79% della spesa aziendale per i farmaci antineoplastici ev/sc (21,8 mln euro). In particolare l'analisi ha evidenziato per l'anno 2018 una riduzione rispetto al 2017 e 2016 sia della quantità % di scarto che del corrispettivo valore % di spesa (Tab.11)

Tabella 11- % scarti allestimenti antiblastici: 2016-2017-2018

Anni	N. molecole antineoplastici ev/sc ad alto costo	Quantità scaricata (mg)	Scarti (mg)	Quantità Scarto %	Valore quantità scaricata (euro)	Valore scarto (euro)	Valore scarto %
2016	23	3.423.263	58.308	1,70%	13.553.284	585.114	4,30%
2017	23	3.420.036	51.110	1,50%	15.297.555	491.635	3,20%
2018	26	4.026.166	58.421	1,40%	17.357.489	474.193	2,70%

I dati regionali sopracitati relativi all'anno 2018 sono ancora in fase di pubblicazione, durante l'elaborazione si è rilevata una certa variabilità tra le aziende, dovuta sostanzialmente alle diverse soluzioni organizzative adottate localmente per ogni farmaco. L'analisi in dettaglio dei risultati 2018 e il confronto tra aziende nell'ambito del progetto di analisi delle diverse soluzioni organizzative da mettere in campo potrà consentire per il 2019 ulteriori margini di miglioramento.

- Farmaci biosimilari

Traversale a più discipline, e funzionale a liberare risorse da reinvestire nell'innovazione, è l'obiettivo che riguarda l'aumento del ricorso ai farmaci biosimilari disponibili, sia nei pazienti di nuova diagnosi sia in fase di rivalutazione con superamento delle criticità legate allo *shift* delle prescrizioni da originator a biosimilare nelle terapie croniche. AIFA nel Secondo Position Paper sui farmaci biosimilari si dichiara che "... l'AIFA considera i biosimilari come prodotti intercambiabili con i corrispondenti originatori di riferimento"; questo fornisce un ulteriore elemento di chiarezza per perseguire gli obiettivi posti per il governo della spesa farmaceutica, ricorrendo al loro utilizzo sia nei pazienti di nuova diagnosi sia in fase di rivalutazione con superamento delle criticità legate allo *shift* delle prescrizioni da originator a biosimilare nelle terapie croniche.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Nel corso del 2018 i lotti delle gare regionali che hanno visto l'aggiudicazione di un biosimilare sono state diverse: si sono confermati le aggiudicazioni il biosimilare di epoetina, filgastrim, infliximab, etanercept, rituximab e sono stati introdotti negli mesi del 2018 nuovi biosimilari come trastuzumab ed enoxaparina.

Di seguito sono indicate le percentuali di utilizzo raggiunte nel corso del 2018, da cui si evince un costante consolidamento dell'utilizzo dei biosimilari (Tab.12).

Tab.12 - % utilizzo del biosimilare per principio attivo

FARMACO	OBIETTIVO 2018	DATI SIVER A SETTEMBRE	
		2018	DATI INTERNI ANNO 2018
Epoietine	90%	72,72%	85,80%
Ormone della crescita	rispetto gara RER (80% del fabbisogno)	36,94%	38,15%
Infliximab	80%	93,26%	94,70%
Etanercept	60%	23,44%	37,04%
Follitropina alfa	60%	0%	0%
Rituximab*	80%	77,35%	84,50%

* il biosimilare è presente solo per la formulazione ev

Si precisa che per i due farmaci oncologici essendo stati introdotti biosimilari solo per le formulazioni ev, in accordo con i clinici è stata garantita la continuità dei pazienti in trattamento con la formulazione sottocute dell'originator, mentre per il trattamento dei pz naive si è condiviso la conversione del trattamento sc con la formulazione ev dei biosimilari. Dai dati si evince come l'utilizzo dei biosimilari si vada consolidando nel tempo. Permangono alcune criticità su alcuni farmaci (es. etanercept e soprattutto follitropina) per i quali sono previste azioni mirate nel corso del 2019.

- Terapia antiretrovirale per HIV

Le azioni condivise tra le UU.OO. Malattie Infettive e Farmacia Clinica riguardano:

- la prescrizione dei farmaci privi di copertura brevettuale, ove disponibili;
- l'armonizzazione dei trattamenti dei pazienti presi in carico dall'AUSL con le Raccomandazioni interne già elaborate a fine 2015;
- monitoraggio della viremia;
- prescrizione con *second opinion* di alcuni farmaci (*stewardship antiretrovirale*) per uno o più dei seguenti motivi:
 1. indicazione ristretta a pazienti selezionati;
 2. bassa barriera genetica e rischio di resistenza;
 3. costo elevato.

I trattamenti antiretrovirali per i pazienti con infezione da HIV hanno determinato un incremento dei costi rispetto al 2017 in seguito la realizzazione di un unico punto presso il Policlinico (a partire da maggio 2017) per la gestione dei pazienti dell'area di Bologna.

Inoltre, la disponibilità di nuovi principi attivi in una singola compressa (STR) da utilizzare nel paziente naive o in quelli che presentano problemi di tossicità come l'osteopenia o insufficienza renale hanno contribuito a determinare l'aumento dei costi (Tab.13).

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Tab. 13 – Farmaci antiretrovirali per HIV: 2018 vs 2017

ANTIRETROVIRALI - HIV	2017	dic-17	dic-18	var costi	var% costi
	15.066.953,00	15.066.953,00	16.702.813,00	1.635.860,00	10,90%
ALTRI ANTIVIRALI	2.300.893,00	2.300.893,00	2.438.503,00	137.609,00	6,00%
ANTIVIRALI PER IL TRATTAMENTO DELLE INFETZIONI DA HIV, ASSOC.	9.236.291,00	9.236.291,00	12.238.468,00	3.002.177,00	32,50%
INIBITORI DELLE PROTEASI	2.507.682,00	2.507.682,00	1.218.064,00	-1.289.618,00	-51,40%
NON-NUCLEOSIDI INIBITORI DELLA TRANSCRITTASI INVERSA	325.955,00	325.955,00	289.834,00	-36.121,00	-11,10%
NUCLEOSIDI INIBITORI DELLA TRANSCRITTASI INVERSA	696.131,00	696.131,00	517.944,00	-178.187,00	-25,60%

Gli obiettivi regionali assegnati alle Aziende sanitarie condivisi da Farmacia Clinica e Malattie Infettive riguardano:

- Il mantenimento dei livelli di viremia <40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% dei fallimenti virologici/anno);
- L'aumento (>10%) del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV in seconda linea (indicatore: n° piani con farmaco generico in seconda linea/totale piani terapeutici in seconda linea dell'ambito considerato) rispetto all'anno precedente.

Nel corso del 2018 sono stati effettuati 3 incontri con gli infettivologi mirati alla valutazione degli schemi terapeutici e al monitoraggio dei costi al fine di adottare comportamenti prescrittivi condivisi e orientati al contenimento della spesa individuando schemi con il miglior costoopportunità per il paziente.

I dati complessivi della casistica e relativi costi per Malattie Infettive sono riportati nella Tab.14

Tab. 14 – Farmaci antiretrovirali per HIV e casistica Malattie Infettive 2018 vs 2017

Gruppi Terapeutici	Atc4	Descrizione Atc5	dic-18	VAR COSTI	PAZ (n)	Var paz(n)
ANTIRETROVIRALI	J05AE	INIBITORI DELLE PROTEASI	1.213.289,00	-1.275.257,00	399	-555
	J05AF	NUCLEOSIDI INIBITORI DELLA TRANSCRITTASI INVERSA	175.835,00	-62.665,00	321	36
	J05AG	NON-NUCLEOSIDI INIBITORI DELLA TRANSCRITTASI INVERSA	303.188,00	-21.848,00	346	-51
	J05AR	ANTIVIRALI PER IL TRATTAMENTO DELLE INFETZIONI DA HIV, ASSOC.	12.438.194,00	2.628.792,00	2400	197
	J05AX	ALTRI ANTIVIRALI	2.434.454,00	53.768,00	582	12
ANTIRETROVIRALI-HIV			Totale	16.564.960,00	1.322.790,00	2637
						97

L'analisi dei dati immunovirologici dei pazienti in trattamento con i farmaci antiretrovirali ha mostrato che la viremia si è mantenuta al di sotto delle 40 copie/ml nel 95% dei pazienti. (Tab.15) La percentuale dei pazienti in fallimento virologico è risultata essere dell'1% considerando i soli fallimenti registrati nel corso del 2018, rimanendo ben al di sotto del parametro regionale (<5% di fallimenti virologici/anno). L'obiettivo pertanto risulta ampiamente raggiunto.

L'indicazione della linea di trattamento del flusso FED, secondo i parametri stabiliti dalla regione di A – profilassi post esposizione, B – Prima linea, C – Seconda linea, D – Dopo fallimento virologico è risultata del 100%.

Tab.15 – Valori di viremia anno 2018

Costi Centro Di Responsabilità	ULTIMA LINEA TRATTAMENTO	n copie		Dati		N PAZ totale	% totale
		<40	>40	N PAZ	%		
Malattie Infettive - Viale	B	311	93,1%	23	6,9%	334	100,00%
	C	1575	96,6%	56	3,4%	1631	100,00%
	D	283	88,2%	38	11,8%	321	100,00%
Malattie Infettive - Viale Totale		2169	94,9%	117	5,1%	2286	100,00%

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Per quanto riguarda il ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV in seconda linea di terapia l'incremento registrato rispetto all'anno precedente è solo del 3,8% (Tab. 16).

Tab. 16 – % del ricorso al farmaco generico in seconda linea

INDICATORE	N° paz	TOT PZ	%
N° PAZIENTI CON FARMACO GENERICO IN SECONDA LINEA ANNO 2017	434	1579	27,50%
N° PAZIENTI CON FARMACO GENERICO IN SECONDA LINEA ANNO 2018	549	1754	31,30%
Incremento 2018 vs 2017			3,80%

Le motivazioni possono essere attribuire all'aumento del numero totale di pazienti in seconda linea (+177 pz nel 2018) ed alle ottimizzazioni terapeutiche per l'introduzione in terapia dei nuovi farmaci a base di Tenofovir Alafenamide (TAF). Inoltre, le genericazioni del 2018 riguardano farmaci ormai non più in prima linea nelle ultime Linee Guida Nazionali (2017) che indicano l'utilizzo di schemi terapeutici con profili di tollerabilità migliori.

- Farmaci DAA per Epatite C

Obiettivo prioritario è l'applicazione del documento di indirizzo regionale *"Nuovi antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica"*, aggiornato periodicamente, al fine di garantire l'appropriatezza sia rispetto ai criteri di eleggibilità previsti dal Registro AIFA, sia secondo i livelli di priorità definiti al livello regionale.

Particolare attenzione sarà posta ai nuovi criteri AIFA che, nell'ambito del piano di eradicazione della malattia, estendono l'accesso ai trattamenti anche ai pazienti F0-F2, agli operatori infetti ed altre categorie di pazienti che precedentemente non avevano accesso a carico SSN.

Nel 2018 sono stati avviati al trattamento con i nuovi farmaci ad azione antivirale diretta di seconda generazione (DAAs) per la cura dell'epatite C cronica 886 nuovi pazienti su un totale di 1.049 trattati che ricomprende anche i casi avviati nel 2017 e che hanno terminato la terapia nel 2018. Complessivamente i pazienti trattati da dicembre 2014 sono 2.847.

La spesa è stata contenuta all'interno del finanziamento ricevuto dalla regione come fondo specifico dei farmaci innovativi non oncologici, di cui alla 2181 del 17/12/2018 (Tab.17) nonostante l'incertezza dei reali prezzi d'acquisto che prevede meccanismi non noti di rimborso prezzo/volume che caratterizza questa classe di farmaci.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

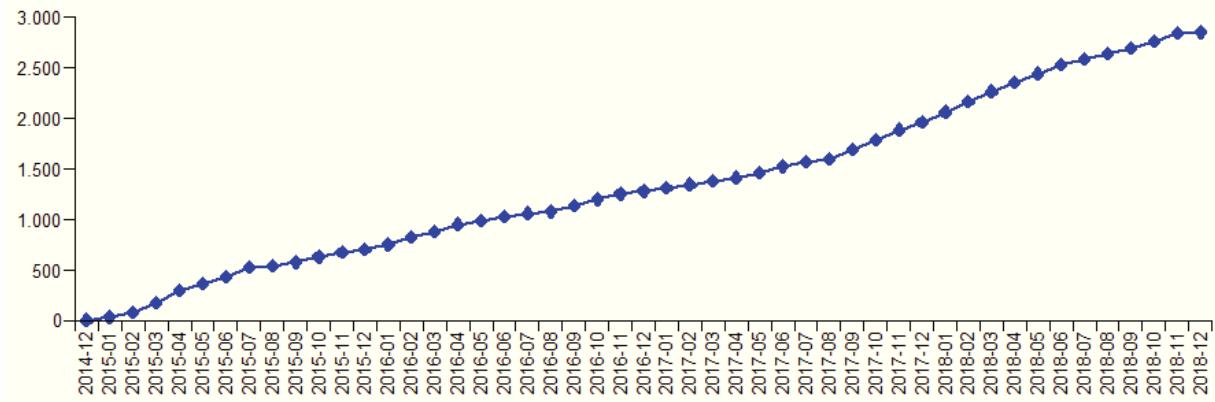
Tab. 17 - Spesa Farmaci Epatite C vs Finanziamento Regionale 2018

ATC5	Descrizione Atc5	FARMACO	N trattati 2018	N arruolati 2018	Spesa linda 2018	Pay back tratt >12 sett	Quota rimborsi P/V	Spesa al netto di tutti i rimborsi	FONDO RER	%Ass Fondo
J05AP57	GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR	MAVIRET*84CPR RIV 100MG+40M	498	463	3.808.587	-154.390	-666.875	2.987.322		
J05AP55	SOFOBUVIR/VELPATASVIR	EPCLUSA*1FL 28CPR 400+100MG	336	269	2.241.263	-24.452	-585.880	1.630.931		
J05AP54	ELBASUVIR/GRAZOPREVIR	ZEPATIER*28CPR RIV 50MG+100M	189	151	1.140.334	-2.933		1.137.401		
J05AP09	DASABUVIR	EXVIERA 56CPR RIV 250MG	8	2	3.168	-1.848		1.320		
J05AP53	OMBITASVIR,PARITAPREVIR,RITONAVIR	VIEKIRAX 56CPR 12,5+75+50MG	10	2	42.500	-27.321		15.178		
J05AP56	SOFOBUVIR,VELPATASVIR E VOXILAPREVIR	VOSEVI*28CPR 400+100-100MG F	18	2	201.960	0		201.960		
J05AP07	DACLATASVIR	DAKLINZA 28 CPR RIV 30MG								
J05AP07	DACLATASVIR	DAKLINZA 28 CPR RIV 60MG	1	1	3.300	0		3.300		
		Totale:	1.049	886	7.441.112	-210.944	-1.252.755	5.977.413	6.174.649	96,8 %

Lo scenario terapeutico non ha subito grandi cambiamenti rispetto al 2017 se non per quello che riguarda la terapia dei pazienti ritrattati. Ad aprile 2018 è stata commercializzata l'associazione precostituita di sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir (inibitori della proteina NS5A, inibitori dell'RNA polimerasi NS5B e della proteasi virale NS3-NS4A) la cui rimborsabilità a carico del SSN è limitata ai pazienti con precedente fallimento a trattamenti con DAA di seconda generazione.

Il trattamento di pazienti a basso grado di fibrosi (F0-F2), avviato nel 2017 con l'estensione dei criteri di trattamento AIFA, ha consentito di trattare tutti i pazienti per i quali è indicata la terapia come stabilito nel piano nazionale di eradicazione dell'Epatite C previsto per il triennio 2017-2019. (Fig. 2 , Tab. 18).

Fig.2 – Trend cumulativo dei trattamenti avviati al 31.12.2018 (Totale paz.2847)



RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Tab. 18 – Arruolamenti a trattamenti per HCV, per Criterio e gravità per anno: 2014-2018

	2014	2015	2016	2017	2018	2019		Totale
T1 1. Pazienti con cirrosi in classe di Child A o B e/o con HCC con risposta completa a terapie resettive chirurgiche o loco-regionali non candidabili a trapianto epatico nei quali la malattia epatica sia determinante per la prognosi.	2	513	320	130	97	25	1	1.088
T5 5. In lista per trapianto di fegato con cirrosi MELD < 25 e/o con HCC all'interno dei criteri di Milano con la possibilità di una attesa in lista di almeno 2 mesi.		16	11	3				30
T5 5. In lista per trapianto di fegato con cirrosi MELD < 25 e/o con HCC all'interno dei criteri di Milano con la possibilità di una attesa in lista di almeno 2 mesi.					2			2
CIRROTICI	2	529	331	133	99	25	1	1.120
	% per anno	66,7 %	74,9 %	56,8 %	19,6 %	11,2 %	14,5 %	100,0 %
T2 2. Epatite ricorrente HCV-RNA positiva del fegato trapiantato in paziente stabile clinicamente e con livelli ottimali di immunosoppressione.		5	41	15	7			68
T2 2. Recidiva di epatite dopo trapianto di fegato con fibrosi METAVIR 3-2 (o corrispondente Ishack) o fibrosante cole statica.		34						34
T3 3. Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatite HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B).	1	44	47	22				114
T3 3. Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatite HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B, insufficienza renale).				12	3			15
T3 3. Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatite HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B, insufficienza renale).					1			1
T4 3. Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatite HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B, insufficienza renale).					1			1
T4 4. Epatite cronica con fibrosi METAVIR 3 (o corrispondente Ishack).			1	1	64	12		78
T4 4. Epatite cronica con fibrosi METAVIR 3 (o corrispondente Ishack).		75	145	104	17			341
T6 6. Epatite cronica dopo trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo con fibrosi METAVIR 3-2 (corrispondente Ishack).		8	10					18
T6 6. Epatite cronica dopo trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo in paziente stabile clinicamente e con livelli ottimali di immunosoppressione.			5	13	4			22
T7 7. Epatite cronica con fibrosi METAVIR F0-F2 (o corrispondente Ishack)		7	1	70				78
T7 7. Epatite cronica con fibrosi METAVIR F2 (o corrispondente Ishack) e/o comorbidità a rischio di progressione del danno epatico [coinfezione hbv, coinfezione hiv, malattie croniche di fegato non virali, diabete mellito in trattamento farmacologico, obesità]		1		124	138	29		292
T8 8. Epatite cronica con fibrosi METAVIR F0-F1 (o corrispondente Ishack) e/o comorbidità a rischio di progressione del danno epatico [coinfezione hbv, coinfezione hiv, malattie croniche di fegato non virali, diabete mellito in trattamento farmacologico, obesità]				163	535	106		804
T8 8. Epatite cronica con fibrosi METAVIR F3 (o corrispondente Ishack).		3	2	14				19
9. Operatori sanitari infetti.				8	5			13
10. Epatite cronica o cirrosi epatica in paziente con insufficienza renale cronica in trattamento emodialitico.				1	5			6
11. Epatite cronica nel paziente in lista d'attesa per trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo.					2			2
NON CIRROTICI	1	177	252	547	782	147		1.906
	% per anno	33,3 %	25,1 %	43,2 %	80,4 %	88,8 %	85,5 %	63,0 %

Come indicato nelle linee di programmazione regionali (DGR 919/2018), sono stati privilegiati tra gli schemi terapeutici disponibili, quelli che ha parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità: il 52% con glecaprevir/pibrentasvir (miglior costo), il 30% sofosbuvir/velpatasvir e il 17% elbasvir/grazoprevir.

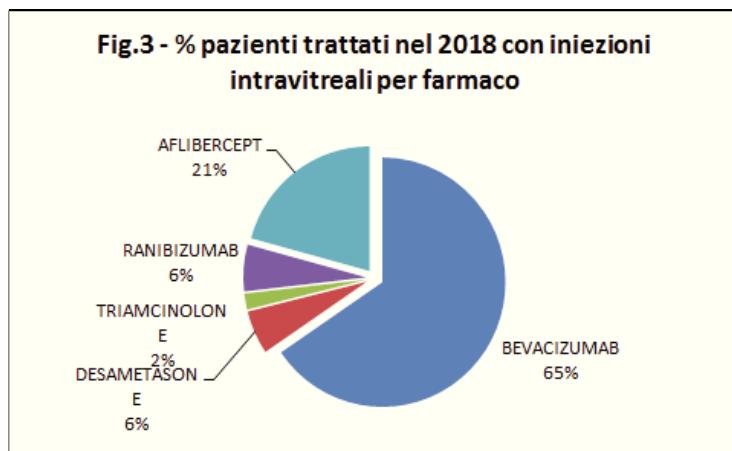
La legge di stabilità ha riconfermato la presenza dei farmaci per il trattamento dell'epatite C nel fondo dei farmaci innovativi non oncologici; pertanto aver privilegiato, fra gli schemi disponibili, quelli con il migliore rapporto costo/opportunità, ha permesso di incrementare il trattamento dei pazienti a basso grado di fibrosi, mantenendo la spesa per questi farmaci entro la quota assegnata dalla Regione nel fondo per farmaci innovativi non oncologici. Nel 2018 il 59% dei pazienti trattati appartiene al Criterio Aifa n. 8 (epatite c con fibrosi METAVIR F0-F1 e/o comorbilità a rischio di progressione del danno epatico), 526 rispetto a 162 del 2017 (+225%).

- Farmaci antiVEGF per uso intravitreale

La vicenda "Avastin-Lucentis" che ha occupato le cronache del settore negli ultimi anni, i TAR, fino a giungere alla Corte dell'UE, è stata oggetto di iniziative a partire dalla Regione Emilia-Romagna, volte a promuovere l'utilizzo di Avastin "off-label" nel trattamento della DMLE ed altre patologie, quale valida alternativa a prodotti commercializzati per le medesime indicazioni, ma a costi straordinariamente più elevati.

Nella nostra realtà, la promozione dell'uso – in accordo con i clinici delle UU.OO. di Oftalmologia, si pone l'obiettivo di arruolare almeno il 50% della casistica al trattamento con Avastin.

Nel 2018 la quota di pazienti complessivamente trattati con *bevacizumab* è stata pari al 65,5% (Fig.3) con incremento di 90 pazienti (+5,7%) ed una spesa complessiva di 1,096mln.



- Fattori della coagulazione

L'emofilia è una patologia rara su base genetica che richiede nella maggior parte dei casi una terapia sostitutiva del fattore della coagulazione mancante. Nel corso dell'ultimo anno sono entrati in commercio dei fattori IX e VIII a lunga emivita (eftrenonacog alfa, albutrenonacog alfa ed efmorococog alfa) che da un lato migliorano drasticamente la qualità di vita di questi pazienti,

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

dall'altro presentano dei costi maggiori rispetto ai corrispondenti plasmaderivati, ponendoci quindi di fronte al problema della razionalizzazione delle risorse.

A livello regionale, nel 2017, è stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare, costituito da medici, farmacisti, rappresentanti dell'associazione dei malati e del gruppo tecnico regionale delle malattie rare, con l'intento di affrontare le tematiche legate al trattamento della patologia ed in modo particolare ai nuovi farmaci entrati in commercio.

Nel corso del 2018 è stato redatto il "Documento di confronto fra le specialità a base di fattore VIII della coagulazione" in fase di pubblicazione.

Obiettivo di questo documento è quello di creare le premesse scientifiche e cliniche per predisporre la migliore strategia di acquisto del fattore VIII della coagulazione al fine di gestire in modo efficiente la terapia del paziente emofilico in tutti i suoi aspetti. Si è condiviso di:

- di privilegiare i prodotti farmaceutici di sintesi biotecnologica per il trattamento dell'emofilia congenita;
- di privilegiare fra i farmaci biotecnologici quelli più avanzati come tecnologia e che non presentino aggiunte di albumina umana;
- di mettere a disposizione i prodotti che favoriscano, quando clinicamente possibile, una miglior compliance al trattamento;
- di utilizzare, ognqualvolta si creino le condizioni cliniche e comunque sempre su valutazione dello specialista, i prodotti che garantiscono il miglior rapporto costo opportunità.

- Impiego di farmaci (percorso prescrittivo/erogativo) per i quali esistono alternative in preparazioni farmaceutiche allestite localmente, anche destinate alla cura di malattie rare

Con determina n. 10851 del 4/07/2017 per l'indicazione registrata "trattamento di emangiomi infantili in fase proliferativa che richiedono una terapia sistematica" la Commissione Regionale Farmaco ha deciso di:

- inserire in PTR la specialità medicinale di propranololo sciroppo Hemangiol^R (3,75 mg/ml da 120ml) con prescrizione su piano terapeutico, limitata ai pazienti seguiti presso centri pediatrici con diagnosi da parte di unità operativa ospedaliera pediatrica, in bambini di età compresa tra 5 settimane e 5 mesi come da determina AIFA (GU n. 79 del 5° aprile 2016)
- rendere disponibile lo sciroppo di propranololo come galenico magistrale, per tutti gli usi clinici previsti in ambito pediatrico, uniformando le modalità di allestimento da parte dei laboratori galenici delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna attraverso l'adozione di una procedura regionale e con disponibilità di diverse concentrazioni per la personalizzazione della terapia, e l'elaborazione di una "Sintesi informativa" sul preparato galenico da consegnare al paziente (doc. PTR n. 300)
- prevedere che l'erogazione avvenga sia per il galenico magistrale sia per la specialità medicinale attraverso la sola distribuzione diretta.

Il laboratorio galenico della Farmacia dell'AOSBPO da tempo allestiva la preparazione galenica. Nel 2018 è stata uniformata la modalità di allestimento alla procedura regionale ed è stata introdotta una scheda informativa da consegnare al paziente esterno.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Nel corso dell'anno è stata uniformata l'erogazione della preparazione galenica e della specialità medicinale, che da alcuni reparti veniva gestita direttamente (es. Ambulatorio Oncoematologia pediatrica), e ricondotta agli ambulatori di distribuzione diretta della farmacia con monitoraggio dell'indicazione e tracciabilità della dispensazione nel flusso FED.

L'attività di erogazione di tali prodotti per il 2018 è descritta nella tabella 19, riportata di eseguito:

Tab.19 – Monitoraggio farmaci con alternative galeniche allestite localmente (Fonte FED)

DISTRIBUZIONE DIRETTA - ANNO 2018				
Prodotto	n. flaconi	costo	n. pz	Indicazione
Hemangioli R 3,75 mEq/ml ml 120	269	41.426	52	emangiomi
Propranololo galenico 1 mEq/ml ml 200	156	4.056	23	emangiomi
Propranololo galenico 1 mEq/ml ml 100	36	562		emangiomi
Propranololo galenico 2 mEq/ml ml 200	2	52	1	emangiomi
Propranololo galenico 1 mEq/ml ml 200	102	1.667	15	altre ind. cardiologiche
Propranololo galenico 1 mEq/ml ml 100	21	337		altre ind. cardiologiche

3.2.3.14 Adozione di strumenti di governo clinico

L'adozione degli strumenti per i governo clinico, rappresenta la base di attività per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva. Le azioni già messe in campo in essere da alcuni anni sono finalizzate a promuovere la compilazione, da parte dei medici prescrittori, dei registri di monitoraggio disponibili sulla piattaforma SOLE (per il governo dell'appropriatezza nell'uso) e sulla piattaforma AIFA (per la gestione rimborsi di condivisione del rischio, es. payment by results, cost sharing...);

a. Epatite C: % compilazione dei registri di monitoraggio sulla Piattaforma Sole e sulla piattaforma AIFA

I trattamenti effettuati con DAA nel 2018 sono stati in totale 906 e per 900 dei casi, la prescrizione è stata effettuata utilizzando la piattaforma informatica SOLE. I 6 casi senza Piano Terapeutico (PT) SOLE sono: 4 pazienti stranieri in possesso di tessera STP, 1 paziente con tessera ENI per i quali la registrazione non è prevista; inoltre 1 paziente il cui precedente trattamento è stato effettuato in uso compassionevole, essendo un ritrattato il sistema non permette l'inserimento.

Il monitoraggio dell'andamento delle prescrizioni dei DAA nel trattamento dell'epatite cronica C e dei risultati clinici dei trattamenti prevedono di completare i PT SOLE con le schede di follow up.

Nel corso del 2018, supportati dalla Regione attraverso la richiesta di report periodici dei follow up mancanti, i medici prescrittori sono stati sollecitati al fine di completare i dati mancanti.

L'analisi effettuata a novembre 2018 sull'andamento della compilazione dei follow up dei PT SOLE di una corte di pazienti individuata dalla Regione, ha evidenziato che dei 1069 PT totali: per 947 (88%) il follow up è stato inserito in modo completo, i restanti 122 risultano mancanti. Tuttavia siamo in attesa di un'ulteriore analisi regionale per verificare lo stato di avanzamento definitivo dei follow up.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Per quel che riguarda i registri AIFA, la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una Richiesta di Rimborso (RDR) , come nell'anno precedente, è risultata del 100%.

b. Compilazione dei registri di monitoraggio AIFA anche al fine della gestione dei rimborsi

L'obiettivo di gestione corretta dei Registri di monitoraggio AIFA è oggetto di interazione con i clinici con particolare riferimento alla compilazione delle schede di fine trattamento che permettono di inoltrare – ove previsto – le richieste di rimborsi alle Aziende farmaceutiche.

Le risorse che ne derivano, contribuiscono a finanziare in parte l'incremento di spesa determinato dai farmaci innovativi, alcuni dei quali ad altissimo costo.

Per quel che riguarda i registri AIFA, la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una Richiesta di Rimborso (RDR), per l'anno 2018 è risultata del 100%. Le richieste di rimborso sono state pari a 1,642 mln di euro, di cui il 89% già pagate (Tab.20)

Tab. 20 - Richieste di Rimborso e Proposte di Pagamento – anno 2018

STATO PDP	Somma di RICHIESTA di RIMBORSO	Somma di VALORE PDP
PAGATA Totale	1.489.051	1.460.342
VALUTATA Totale	185.014	181.759
NON ACCOLTA Totale	-	-
Totale complessivo pagato/da pagare	1.674.064	1.642.100

c. Compilazione del database regionale delle eccezioni prescrittive

Nel database regionale delle eccezioni prescrittive sono state inserite nel 2018 241 schede relative a pazienti trattati con farmaci off-label, non ancora inseriti in PTR e in Classe Cnn. Le principali Classi terapeutiche riguardano i farmaci antineoplastici, immuno-suppressori, antitrombotici e antivirali ad uso sistematico sulle quali si concentrano il 77% delle prescrizioni. Tab. 21

Tab.21 - Eccezioni prescrittive 2018 per Gruppo terapeutico

ATC2	Descrizione	N	%
L01	Antineoplastici	125	52%
L04	Sostanze ad azione immuno-suppressiva	22	9%
B01	Antitrombotici	20	8%
J05	Antivirali ad uso sistematico	20	8%
J01	Antibatterici per uso sistematico	17	7%
A07	Antidiarreici, antinfiammatori e antinfettivi intestinali	8	3%
J02	Antimicotici per uso sistematico	7	3%
B02	Antiemorragici	4	2%
Principali gruppi terapeutici		223	93%
Altri		18	7%
Totale complessivo		241	100%

Il 79% (n.191) delle prescrizioni riguardano pazienti trattati con **farmaci off-label**.

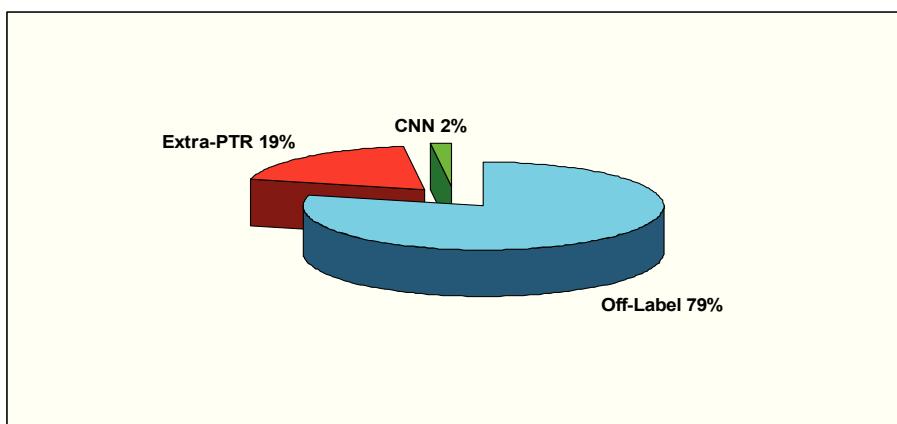
In particolare si evidenzia che:

- *per la classe L01-Antineoplastici* n.38 casi (30%) riguardano l'utilizzo off-label di Rituximab per patologie nefrologiche, n.18 casi (14%) l'utilizzo di Fluorouracile per patologie oftalmologiche,
- *per la classe B01-Antitrombotici* n. 18 casi (90%) riguardano l'utilizzo di Alteplase per patologie oftalmologiche,
- *per la classe J01- Antibatterici per uso sistemico* n. 14 richieste (82%) riguardano la prescrizione di dalbavancina nelle infezioni provocate da batteri MDR gram positivi: n. 8 nelle infezioni dell'osso e n. 6 infezioni protesiche. La somministrazione avviene con cadenza settimanale (1500 mg/sett. per due settimane). Questo permette di effettuare il trattamento in regime di day-hospital e la riduzione della durata del ricovero ordinario.

Per gli extra-PTR sono pervenute n. 46 richieste (19%), di cui n. 8 relative all'uso di rifaximina per la riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età ≥ 18 anni e n. 16 di Regorafenib con indicazione non ancora valutata dalla CRF per l'epatocarcinoma dopo terapia con Sorafenib.

Per i farmaci in Classe Cnn sono state inserite n. 4 richieste (2%) di cui n.3 richieste di Tenofovir alafenamide e n.1 di Tofacitinib (successivamente classificato in classe H) Fig.4

Fig.4 - % Schede di eccezioni prescrittive per tipologia: anno 2018



d. Prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici e alimentazione data base ONCOLOGICO

La prescrizione dei farmaci oncologici per via parenterale, inclusi i farmaci sperimentali, è informatizzata già da tempo; permane ancora una quota molto ridotta <2% di prescrizioni cartacee su consulenza e di reparti non oncologici (es. nefrologia, reumatologia, oculistica) non ancora informatizzati.

Riguardo la prescrizione dei farmaci oncologici orali erogati in distribuzione diretta nel 2018 non è stata ancora informatizzata, nel corso dell'anno è stata effettuata la valutazione di un modulo del programma log80 dedicato alla gestione delle terapie orali da implementare. Sono stati organizzati diversi incontri con le UO coinvolte, la Direzione Sanitaria, la Farmacia e il Servizio di Informatica Medica per la messa a punto di personalizzazioni a livello locale e tra le attività propedeutiche alla

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

gestione della prescrizione informatizzata si è proceduto in collaborazione con i clinici all'inserimento degli schemi terapeutici per le diverse patologie oncologiche e oncoematologiche. Ad ottobre è stata organizzata una demo del programma per i clinici e l'avvio è previsto per il 2019 anche ai fini di assolvere al debito informativo richiesto per la compilazione del DBO. Inoltre da giugno è stato attivato in Farmacia un ambulatorio dedicato per l'erogazione di farmaci oncologici e oncoematologici orali.

Riguardo all'**alimentazione del data base oncologico (DBO)** come da circolare regionale, superati i problemi tecnici e organizzativi riscontrati nel 2017 per la messa a regime del DBO, nel 2018 l'invio dei dati è avvenuto regolarmente e secondo le cadenze previste per le terapie iniettabili, mentre non sono stati rilevati i dati delle terapie orali per mancanza dell'informatizzazione.

Nel 2018 per l'AOU BO sono stati inviati n. 2.781 record relativi a dati di prescrizione per n. 1531 pazienti, di cui 2.593 ritenuti validi pari al 93,24% come indicato nella tabella di seguito riportata (Tab. 22):

Tabella 22 - Dati generali Azienda: 908 – AOSPU – Bologna -Flusso DBO – Anno 2018

Totali generali per azienda						
Record abbinati						
	Letti	Scartati	%	Validi	%	
Informazioni generali	2.781	188	6,76 %	2.593	93,24 %	
Neoplasia	2.781	188	6,76 %	2.593	93,24 %	
Dati prescrizione	2.781	188	6,76 %	2.593	93,24 %	
Fattori	2.298	151	6,57 %	2.147	93,43 %	
Principi attivi	24.254	986	4,07 %	23.268	95,93 %	

Allo stato attuale il DBO, come da circolare regionale, copre solo i tumori solidi e non quelli ematologici.

In particolare permangono alcune criticità nella messa a regime del DBO per la difficoltà nella compilazione di alcuni campi (es. istotipo, radioterapia, recettori/fattori prognostici), con invio di dati con dettagli incompleti a causa di problemi di interfaccia di procedure informatiche diverse, che gestiscono informazioni cliniche specifiche.

Per l'anno 2019 si intende migliorare la completezza dei dati clinici da inviare e procedere all'avvio della rilevazione dei dati relativi ai farmaci oncologici orali grazie all'estensione dell'informatizzazione Log80 anche alla prescrizione di questi farmaci.

Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale

I rapporti con le società farmaceutiche sono stati affrontati, anche su impulso degli indirizzi e direttive della Regione Emilia-Romagna in materia (DGR n. 2309/2016), attraverso la emanazione di specifiche disposizioni aziendali e attivazione di un percorso di tracciatura di richieste di visita e numero di incontri avvenuti per singolo professionista (deliberazione aziendale n.110/2017).

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Le indicazioni applicative del Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia Romagna, in merito alla DGR 2309/2016" riportano che la registrazione sulla piattaforma regionale sia prevista solamente per gli informatori che si occupano di farmaci con codice AIC (autorizzazione immissione in commercio). Tuttavia fino all'adozione di una specifica normativa, anche l'attività degli informatori che si occupano di dispositivi medici è governata dai principi affermati nella DGR 2309/2016 così come si auspica che l'attività di informazione inerente prodotti nutraceutici e omeopatici, non disciplinata dalla DGR 2309/2016, si conformi ai medesimi principi.

Pertanto il regolamento aziendale (deliberazione aziendale n.110/2017) è stato sviluppato già prevedendo che anche per l'informazione relativa ai dispositivi e ai prodotti nutraceutici e omeopatici gli appuntamenti fossero richiesti attraverso lo stesso modulo online utilizzato per l'informazione sui farmaci. Il sistema sviluppato, che consente di tracciare questa attività, è l'unico canale consentito per il contatto con i professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. I dati registrati riguardano:

- Informatori Farmaceutici e Ditta rappresentata;
- Principio attivo/Integratore/Dispositivo presentato;
- Principale indicazione terapeutica/ambito di impiego;
- Unità operativa e professionista coinvolto.

Farmacovigilanza

Nel 2018 sono pervenute al responsabile di farmacovigilanza 375 segnalazioni, pari a quelle rilevate nel 2017 (Fig.5).

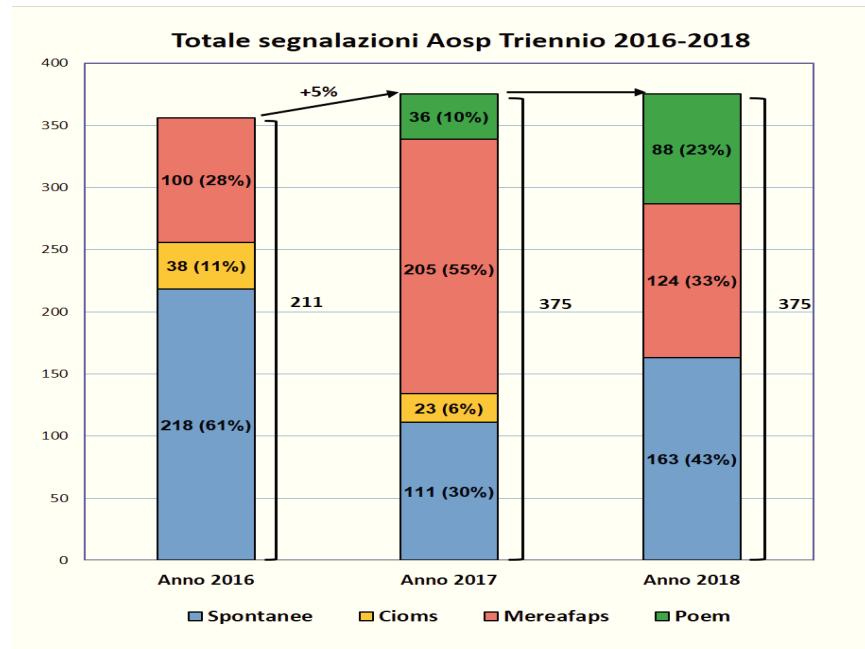


Fig.5

Nell'anno 2018 abbiamo aderito a 2 progetti multicentrici di farmacovigilanza attiva: "MEREAFAPS" (monitoraggio epidemiologico delle reazione avverse e degli eventi avversi a farmaco in Pronto Soccorso) terminato il 30 giugno 2018 e "POEM" (rilevazione delle ADR in onco-ematologia) dai

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

quali sono pervenute 212 segnalazioni che rappresentano il 57% delle segnalazioni di tutta l'azienda.

Per il Progetto MereafaPS l'indicatore dei risultati attesi, secondo i criteri regionali è 130-150 ADR ogni 100.000 accessi. Da gennaio a giugno gli accesi totali al pronto soccorso generale e pediatrico sono stati 47.773, pertanto, con le 124 ADR l'obiettivo è stato ampiamente raggiunto registrando un incremento del 74% rispetto al valore massimo dell'indicatore (124 vs 71 ADR).

Nell'ambito del Progetto POEM sono state segnalate 88 ADR (84 con la piattaforma VigiFarmaco). Uno degli obiettivi del progetto regionale è stato l'elaborazione, da parte dei farmacisti, di schede informative rivolte ai clinici per 84 antineoplastici di comune utilizzo in ambito onco-ematologico tramite la consultazione di diverse fonti informative, tra cui banche dati certificate *evidence based* e RCP dei farmaci analizzati. Il documento denominato "Principali interazioni dei farmaci onco-ematologici con farmaci, fitoterapici ed alimenti", pubblicato ad ottobre 2018, è stato distribuito a tutti i medici prescrittori e risultato essere uno strumento di consultazione efficace e veloce. Nel progetto sono stati coinvolti anche i pazienti attraverso la consegna di un diario per la registrazione di eventuali eventi avversi insorti al domicilio durante l'assunzione delle terapie antineoplastiche contestualmente all'erogazione dei farmaci presso l'ambulatorio di distribuzione diretta.

Rispetto al 2017, sono aumentate le segnalazioni spontanee (163 vs 111), di queste 82 (50%) segnalate principalmente dal farmacista dell'ambulatorio di distribuzione farmaci di malattie infettive, mentre 24 (15%) dai medici di pronto soccorso che nonostante la chiusura del progetto MereafaPS hanno continuato a segnalare le ADR.

Nel 2018 è proseguita la promozione, iniziata nel 2016, della segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma la "VigiFarmaco" che ha determinato un incremento delle segnalazioni online rispetto al 2017. Il dato, calcolato escludendo le ADR del Progetto MereafaPS (piattaforma dedicata) e le segnalazioni CIOMS (notificate dalle ditte fino a novembre 2017) risultano essere: 239 Vigi/251 Tot (95%) mentre nel 2017: 121 Vigi/147 Tot (82%).

Dispositivi Medici

Nel 2018 è stato organizzato un evento formativo dal Titolo "SICUREZZA DELLE CURE E DISPOSITIVI MEDICI: Post Market Surveillance e Vigilanza nell'ambito dei Dispositivi Medici" nel corso del quale sono stati analizzati i principali elementi innovativi introdotti dal nuovo Regolamento (UE) 2017/745 del 5 aprile 2017, in particolare per gli aspetti correlati alla sicurezza di impiego, al rafforzamento del sistema di vigilanza e sorveglianza del mercato ed agli obblighi di segnalazione degli incidenti, al processo di rintracciabilità del prodotto, allo svolgimento delle indagini cliniche ed alla valutazione clinica. All'evento hanno partecipato 137 operatori sanitari (medici, farmacisti, infermieri).

Sempre in tema di sicurezza, è proseguita la partecipazione al corso FAD, cui hanno aderito quest'anno 296 operatori sanitari.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

In merito all'attività di dispositivovigilanza, sono pervenute complessivamente 94 segnalazioni di cui 21 rapporti di incidente (22%), inviati al Ministero della Salute e 73 segnalazioni di reclamo (78%), inviate alle Ditte Fornitrici. Rispetto all'anno precedente si registra un incremento del 24%. (Fig.6)

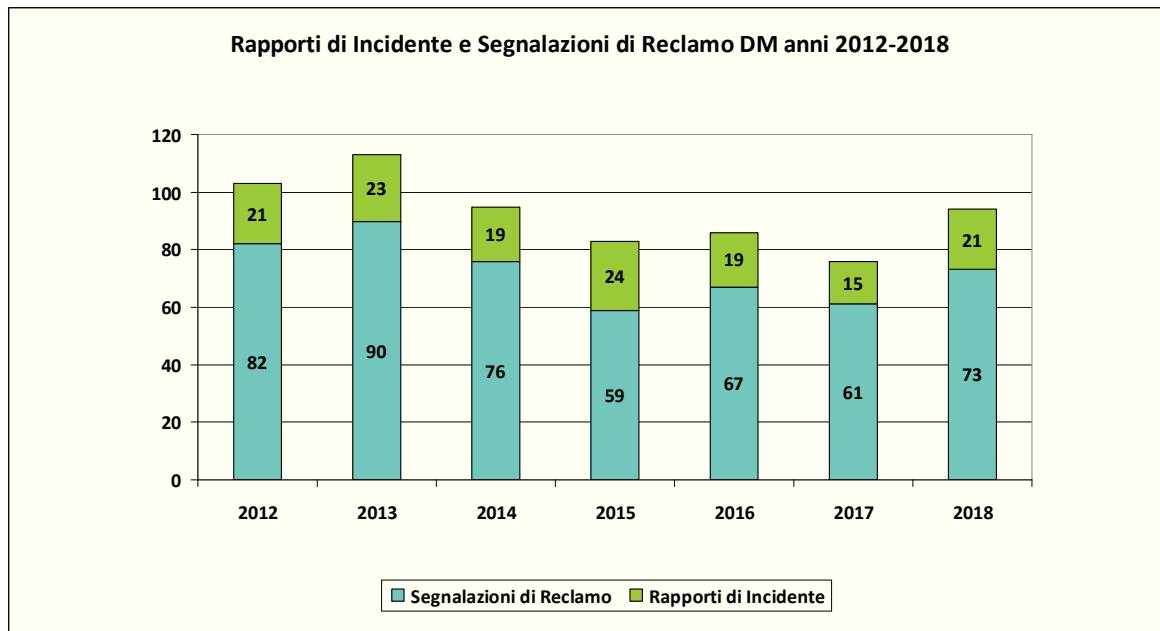


Fig.6

La categoria CND più segnalata nel 2018 è stata la A – DM per Somministrazione, Prelievo e Raccolta, con 34 segnalazioni di non conformità, di cui 4 rapporti di incidente e 30 reclami.

Seguono la T – DM di Protezione, con 13 reclami e 1 rapporto di incidente e la C – DM per Apparato Cardiovascolare, per la quale sono pervenute complessivamente 10 segnalazioni, 4 rapporti di incidente e 6 reclami. (Fig.7)

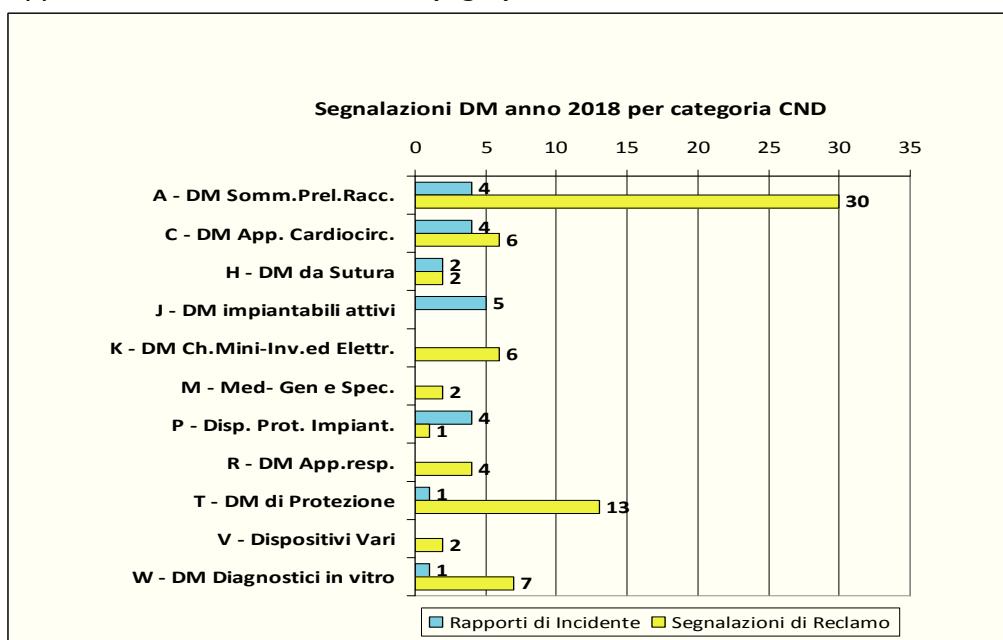


Fig.7

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

La distribuzione dei 21 Rapporti di Incidente in funzione della classificazione CND è la seguente:

- CND J DM Implantabili Attivi - n.5 per defibrillatori, elettrocatetere bipolare, stimolatore nervo vago;
- CND A DM per Somministrazione, Prelievo e Raccolta - n.4 per set epidurale, tappo circuito chiuso, siringa, ago a farfalla;
- CND C DM Apparato Cardiovascolare – n.4 per catetere per angiografia, ossigenatore, catetere venoso centrale, introduttore valvola Mitraclip;
- CND P DM Protesici Implantabili – n.4 per componente femorale, valvola Mitraclip, componenti protesi ortopediche;
- CND H DM per Sutura – n.2 per suturatrici monouso;
- CND T DM di Protezione – n.1 per guanti da esplorazione in vinile;
- CND W DM Diagnostici in Vitro – n.1 per soluzione aldeide formica per esami istologici.

Acquisto SSN dei dispositivi medici

La spesa complessiva per i dispositivi medici nel 2018 è stata di 45,720 mln con un incremento di 2,258 mln (+5,2%). Il 57% dei consumi (26,172 mln) è a carico del polo Cardio-Toraco-Vascolare dove si è registrato un incremento di 1,373mln, pari al 61% dell'incremento complessivo. Gli altri incrementi sono correlati allo sviluppo di attività chirurgiche complesse, generale e specialistica, ivi inclusa la chirurgia robotica e bariatrica. (Tab.23, 24)

Tab.23 – Spesa per DM totale e per le principali Categorie CND – 2018 vs 2017

DISPOSITIVI MEDICI	2018	var costi	var% costi
Totale Categorie CND	45.719.582	2.257.949	5,2%
DM PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	7.668.113	707.621	10,2%
ENDOPROTESI VASCOLARI E CARDIACHE	7.027.890	405.052	6,1%
VALVOLE BIOLOGICHE PERCUTANEE	4.079.194	634.891	18,4%
SUTURATRICI MECCANICHE	2.091.764	184.690	9,7%
DM PER ELETROCHIRURGIA	2.071.658	73.474	3,7%
SUTURE CHIRURGICHE	1.725.726	-161.409	-8,6%
ALTRÉ VALVOLE CARDIACHE	1.664.649	42.441	2,6%
DEFIBRILLATORI IMPLANTABILI (ICD)	1.511.390	-92.206	-5,7%
DM PER CHIRURGIA MINI-INVASIVA	1.345.498	348.671	35,0%
dispositivi per chirurgia robotica	652.349	121.984	23,0%
Totale principali categorie di DM	29.838.232	2.265.209	8,2%
Tutti gli altri DM	15.881.350	-7.260	0,0%

Tab.24 – Spesa DM presso il Polo CTV vs altre strutture aziendali: 2018 vs 2017

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

DISPOSITIVI MEDICI	2017		2018				
	N int/imp	costi	N int/imp	costi	var n IMP	var costi	var% costi
DM correlati all'attività del POLO CTV		24.799		26.172		1.373	6%
VALVOLE TRANSAPICALI/PERCUTANEE E CLIP	182	3.444	210	4.079	28	635	
VALVOLE CARDIACHE	433	1.622	476	1.665	43	43	
ENDOPROTESI VASCOLARI E CARDIACHE		6.566		6.980		414	
<i>di cui Endoprotesi aortiche e toraciche</i>	255	3.807	267	4.528	12	721	
ICD, PM	496	2.064	491	2.103	-5	39	
ALTRI DM IMPIANTABILI ATTIVI		866		870		4	
<i>di cui VAD</i>	7	668	7	633	0	35	
DM PER APP. CARDIOCIRCOLATORIO VARI		5.416		5.887		471	
ALTRI DM (impiantabili e non)		4.821		4.588	-	233	
altri DISPOSITIVI MEDICI		19.254		19.548		294	2%
DM MONOUSO PER CHIRURGIA ROBOTICA		530		652		122	23%
Ch.mininvasiva/Elettrochirurgia/Suturatrici meccaniche		3.826		4.856		1.030	27%
Tutti gli altri DM, impiantabili e non		14.898		14.040	-	858	-6%
TOTALE AZIENDALE		44.053		45.720		1.667	4%

- Commissione dispositivi medici AVEC e NOL

Le azioni di governo del settore dispositivi medici sono state realizzate con il contributo della Commissione Dispositivi Medici di area Vasta e del Nucleo Operativo Locale per i dispositivi medici (DM). In entrambe le commissioni, la segreteria scientifica risiede presso la farmacia clinica dell'AOU di Bologna.

Nel 2018 sono stati consolidati i percorsi, in collaborazione con i Nuclei Operativi Locali (NOL), in particolare per la valutazione dell'introduzione di nuove tecnologie, allo scopo di:

- definire specifici ambiti di competenza (CDM/NOL) della valutazione avendo come riferimento la CND;
- assicurare che le richieste vengano tutte inserite nell'apposita piattaforma web regionale "Gestione richieste di valutazione dei DM";
- condividere per quali tecnologie richiedere una valutazione HTA alla Commissione Regionale.

Nei relativi ambiti di competenza, obiettivi della CDM-AVEC sono in particolare

- promuovere la cultura dell'uso razionale ed appropriato delle risorse, con particolare riferimento all'uso dei DM e DM-IVD;
- condividere ed indirizzare le modalità di recepimento presso le AS delle direttive/linee guida / circolari / disposizioni internazionali / nazionali/ regionali (CRDM) in materia;
- promuovere presso le AS l'adesione a linee di indirizzo/raccomandazioni elaborate a livello regionale;
- condividere e predisporre eventuali ulteriori raccomandazioni, procedure /istruzioni operative sul corretto utilizzo dei DM;
- monitorare l'impiego dei DM ed i costi correlati individuando aree di possibile miglioramento

Per quanto riguarda in particolare la valutazione dell'inserimento nella pratica clinica di nuove tecnologie, i pareri espressi hanno tenuto conto prioritariamente dell'efficacia e della sicurezza documentate, nonché del costo del nuovo DM a confronto con i prodotti e/o le tecniche già utilizzate per la prestazione sanitaria considerata. Di seguito una breve sintesi delle attività della CDM-AVEC nell'anno 2018.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Tab.25 - Attività CDM – AVEC 2018

	Richieste pervenute in SISEPS 2018	Richieste pervenute in SISEPS 2017	Richieste pervenute in cartaceo 2018*	Totale
Richieste di inserimento e affiancamento pervenute	110	2	6	118
Richieste di competenza della CDM-AVEC	71 ^s	2	6	79
Richieste valutate dalla CDM-AVEC	51	2	6	59 [#]
Richieste valutate con parere positivo				32
Richieste valutate con parere negativo				15
Richieste valutate con parere sospensivo				10
Richieste ritirate				2
Tempo medio (giorni)				
Presa in carico della richiesta di inserimento da parte della Segreteria (T ₁)				30
Completamento dell'istruttoria (T ₂)				19
Espressione parere alla prima seduta CDM-AVEC (T ₃)				6
Dal caricamento in SISEPS ad espressione del parere alla prima seduta CDM-AVEC				55

Circa il 44% (25/57) delle richieste è pervenuta dall'AOSP di Bologna; un numero di richieste simili è invece pervenuto da AUSL di Bologna (9/57), AOSP/AUSL di Ferrara (9/57) e IOR (9/57). Nella maggior parte dei casi sono stati richiesti nuovi DM.

Per argomenti particolarmente complessi sono stati istituiti specifici gruppi di lavoro interaziendale a supporto dei lavori della CDM.

L'attività del NOL riguarda le richieste non candidabili alla CDM-AVEC e nel corso del 2018 ne sono state prese in carico 16.

- Flusso DiMe

In ordine alla completezza della rilevazione della spesa per dispositivi medici attraverso il Flusso DiMe, contiamo di aver mantenuto il livello 2017, in cui si è raggiunto un tasso di copertura sul conto economico del **101%** vs una media regionale del 97% per i Dispositivi Medici. Attualmente non sono ancora disponibili su sistema di monitoraggio regionale dati definitivi del 2018.

- Indicatori di Spesa e Consumo

Anche nel corso del 2018 abbiamo partecipato attivamente ai lavori ed agli incontri del gruppo regionale finalizzato alla definizione di indicatori di spesa e consumo per le principali categorie di DM.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- **Acquisti**

I lavori propedeutici alla acquisizione di dispositivi medici, ci hanno visti impegnati nei gruppi di lavoro e commissioni tecniche per lo svolgimento di svariate procedure centralizzate e/o rinnovi di procedure in essere (intercentER, AVEC, SAM).

A livello locale è stato strutturato il percorso per gli acquisti al di sotto dei 40.000€ (iva esclusa).

Iniziative di Health Literacy

L'Azienda ha partecipato a tutti gli incontri regionali e alla formazione del novembre 2018. I professionisti dell'azienda hanno aderito al seminario sull'Health Literacy condiviso con l'AUSL di Bologna dal titolo "Imparare la salute ", organizzato lo scorso 14.11.2018.

E' stato inoltre realizzato in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna un evento aziendale "Health Literacy: progetto capirsi" tenutosi in data 17.12.2018.

Assistenza Ospedaliera**3.2.3.15 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero**

In ragione della emanazione della DGR 272/2017, con la quale si dettagliano gli indirizzi in materia di gestione dei ricoveri programmati di ambito chirurgico, l'Azienda ha avviato gruppi di lavoro e attività necessarie all'assolvimento di quanto indicato dai vari obiettivi ed in particolare:

- nomina dei referenti di lista delle diverse U.O. che, in collaborazione con il RUA aziendale, sovraintendono alla periodica pulizia delle liste. Inoltre la collaborazione costante con il RUA aziendale provvedere ad interellarli per la segnalazione e presa in carico di pazienti che sono prossimi alla scadenza dei tempi di attesa previsti dalle classi di assegnazione in particolare per la patologia oncologica;
- con i referenti di lista si è provveduto a codificare tutte le liste d'attesa delle discipline oggetto di monitoraggio (10 delle 11 monitorate da parte della Regione Emilia-Romagna ad esclusione della neurochirurgia in quanto non presente presso il S. Orsola) secondo quanto previsto dal sistema denominato "SIGLA 2.0" Tale attività è stata portata a regime entro i termini previsti dagli accordi regionali ovvero entro il 31/12/2017. A partire quindi dal 01 gennaio 2018 tutte le liste d'attesa oggetto di monitoraggio transitano in Regione con le informazioni e le specifiche tecniche concordate come necessarie ed obbligatorie. L'azienda ha deciso altresì, lavoro che si completerà nel corso del 2019, di provvedere a codificare secondo le stesse modalità anche le restanti liste d'attesa di ambito chirurgico che quindi saranno ricodificate (sia per quanto riguarda la diagnosi sia per gli interventi) secondo codici ICDIX-CM;
- Ai fini di un monitoraggio più stringente delle liste d'attesa e dei tempi di erogazione dei ricoveri oggetto di analisi da parte della Regione, il gruppo di lavoro aziendale formato dal RUA e dai servizi di supporto (controllo di gestione e tecnologie informatiche) ha strutturato un software che permette di valutare "real time" la situazione delle singole liste e di conseguenza dei tempi di erogazione degli interventi. Ciò ha consentito e consentirà di intercettare in tempi molto rapidi eventuali criticità che si dovessero verificare al fine di avviare tempestivamente un dialogo con i professionisti di riferimento per condividere i correttivi necessari. Tale software, prima ad appannaggio del solo RUA e dei referenti della Direzione Sanitaria, a partire dai primi mesi dell'anno 2019 sarà a disposizione di tutti i referenti di lista delle varie UU.OU. affinché le stesse potenzialità e capacità di monitoraggio diventino "*modus operandi*" e patrimonio delle singole UU.OO.

- Unitamente alle altre aziende dell'area metropolitana è stato redatto, in maniera condivisa, ***un regolamento per la gestione dei pazienti presenti nelle liste d'attesa di area chirurgica*** (come richiesto dalla DGR 272/2017). Tale documento, approvato il 14/5/2018 (*P.G. 0010016 - RECEPIMENTO DEL REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI PROGRAMMATI CHIRURGICI - NOTA A FIRMA CONGIUNTA*), è stato opportunamente diffuso e illustrato ai professionisti al fine di uniformare i comportamenti adottati primariamente in ambito aziendale e poi a livello metropolitano;
- ***Uniformare percorsi e modalità di presa in carico dei pazienti avviati all'intervento chirurgico (attività di prericovero)***: nel corso del 2018 si è proseguito con le attività di revisione/implementazione dei percorsi di prericovero che, per la nostra azienda, vedono la piena rispondenza a quanto richiesto dalla DGR in quasi la totalità delle discipline prese in carico. Si precisa infine che, a seguito della emanazione delle nuove linee di indirizzo per la gestione dei pazienti chirurgici nel percorso di prericovero nel maggio del 2018, si sta provvedendo sia dal punto di vista operativo che dal punto di vista informatico ad apportare le modifiche necessarie per trovare una piena rispondenza alle indicazioni fornite. Tale riorganizzazione che ha già interessato alcuni punti di erogazione delle prestazioni di "pre-ricovero" si completerà nel corso del 2019;
- ***Pubblicazione dei dati***: sono stati pubblicati previsti dalle norme sulla trasparenza nella sezione del portale internet aziendale Amministrazione Trasparente.

La seconda fase del progetto di presa in carico dei pazienti chirurgici, a seguito delle analisi delle criticità presenti in azienda, ha visto la stessa intervenire implementando possibili soluzioni organizzative per consentire:

- di supportare le aree chirurgiche più critiche, in termini di rispetto dei tempi di attesa, al fine di indirizzare su queste l'uso delle risorse (sale e professionisti) attualmente impiegate;
- laddove l'organizzazione attuale registri livelli già ottimali di utilizzo si implanteranno risorse integrative (aumento transitorio di sedute e p.l.) al fine di aumentare la capacità produttiva a seguito di criticità transitorie.

OBIETTIVI PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Si riporta di seguito una analisi dettagliata della gestione delle varie patologie/discipline oggetto di monitoraggio e le soluzioni aziendali adottate per risolvere eventuali criticità riscontrate.

GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA PRESSO IL POLICLINICO S.ORSOLA MALPIGHI

Analisi degli andamenti e delle criticità degli interventi monitorati
(monitoraggio anno 2018 – Aggiornamento Marzo 2019)

1. AMBITO ONCOLOGICO

INTERVENTI PER TUMORE DELLA MAMMELLA:

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2018: 96,7%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 95,9%

Per questo tipo di tumore e organizzazione non vi sono criticità.

INTERVENTI PER TUMORE DELLA PROSTATA:

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2018: 22,2%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 10,6%

Pazienti in lista d'attesa: 141 (aggiornamento 02/03/2019)

Per questo tipo di tumore e organizzazione le criticità sono note. Vi sono problemi legati ad enormi volumi di patologia oncologica che gravitano quasi esclusivamente sul nostro ospedale (i pazienti in attesa per patologia oncologica urologica [prostata, rene e vescica] sono circa 400 a fronte dei 476 nei primi sei mesi del 2018). Il confronto con le altre due aziende dell'area metropolitana evidenzia i seguenti volumi di intervento di prostatectomia:

- Policlinico S. Orsola:
 - Anno 2018: 423 interventi
 - Anno 2017: 358 interventi
- Ausl di Bologna:
 - 11 mesi 2018: 62 interventi
 - Anno 2017: 62 interventi
- Ausl di Imola:
 - Anno 2018: 43 interventi
 - Anno 2017: 46 interventi

I volumi del nostro ospedale sono circa 7 volte quelli dell'Azienda Usl di Bologna e 10 volte quelli dell'Azienda Usl di Imola. Anche per l'anno 2018 si conferma un trend in aumento degli interventi di prostatectomia (+18%).

SOLUZIONI ADOTTATE:

- Aumento della produzione in area urologica a partire da ottobre 2018:
 - 5 sedute settimanali per l'attività ordinaria;
 - 3 sedute a settimane alterne per l'attività robotica;

A seguito di tale soluzione rintracciabile anche nei flussi regionali (aumento medio mensile dei pazienti operati di prostatectomia) di seguito si riportano risultati ed eventuali analisi:

- Tempi di attesa per tumore della prostata questi i risultati nei due periodi:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- Urologia: 21,7% entro i tempi nei primi 9 mesi e il 24,5% a partire da ottobre da quando abbiamo aumentato le sale operatorie;
- CPC: 13,6% entro i tempi nei primi 9 mesi e il 27,4% a partire da ottobre da quando abbiamo aumentato le sale operatorie;

In questo caso il miglioramento delle % della CPC è ascrivibile alla combinazione di due fattori, uno quello dettagliato al punto seguente (downgrading dei casi in lista), il secondo l'aumento delle sale che ha avuto un effetto migliorativo per entrambe le strutture. Tuttavia le performance complessive rimangono ancora molto lontane dalle % attese. Una delle ragioni principali si può rintracciare nelle % di pazienti in attesa per patologia oncologica prostatica con tecnica robotica quantificabili in 104 su 141 tumori della prostata ad oggi in lista (73%) così suddivisi 18/40 (45%) per la CPC e sono 86/101 (85%) per l'Urologia. L'attesa complessiva stimata, in ragione di una presa in carico settimanale di 9 pazienti è di circa 12 settimane (3 mesi) che sono superiori ai 2 mesi della maggior parte dei pazienti presenti in lista (3% in classe A e circa l'80% in classe B con attesa media di 93gg).

- Lavoro sull'appropriatezza nell'immissione dei pazienti in lista d'attesa per classe di priorità.

Di seguito si riporta il resoconto del lavoro avviato a settembre del 2018:

In una riunione in Regione a settembre del 2018 è stata rappresentata alla nostra azienda una diffornità nella messa in lista dei pz per tumore della prostata tra la nostra sede e le altre sedi (con volumi "simili" in Regione). In particolare era stato rappresentato un differente mix di classi di priorità "sbilanciato" verso le classi con tempo di attesa più breve (classe A). Approfondimenti sul tema hanno fatto emergere che in realtà la diffornità era concentrata in una sola delle due U.O. presenti in Azienda. Di seguito si riporta il lavoro svolto all'interno dell'azienda attraverso il dettaglio dei risultati delle due fotografie (prima e dopo il dialogo con i professionisti):

Fotografia a settembre 2018:

- **Urologia:** 15% in classe A, 71% in classe B, 14% in classe C
- **CPC:** 79% in classe A, 16% in classe B, 5% in classe C

Se la stessa fotografia la facciamo oggi questi i risultati:

- **Urologia:** 3% in classe A, 77% in classe B, 20% in classe C
- **CPC:** 22,5% in classe A, 55% in classe B, 22,5% in classe C

Si può notare una decisa inversione di tendenza per la CPC che deve continuare a lavorare per valutare se possa ulteriormente allineare le proprie % a quelle presenti nella U.O. di Urologia che nel frattempo ha ulteriormente spostato la propria casistica verso le classi più basse.

INTERVENTI PER TUMORE DEL COLON:

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2018: 94,4%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 90,1%

Per questo tipo di tumore e organizzazione non vi sono criticità.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

INTERVENTI PER TUMORE DELL'UTERO:

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2018: 78,0%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 76,7%

Per questo tipo di tumore non vi sono criticità particolari se non una necessaria e maggiore attenzione nella gestione dei tempi di chiamata e/o delle sospensioni. Vi sono stati già alcuni incontri con i professionisti nel tentativo di alzare la soglia di attenzione ma dopo una iniziale ripresa (buoni i dati di febbraio e marzo) ha visto una flessione nei mesi centrali mentre una ulteriore interlocuzione ed attenzione alle scadenze ha portato le performance a livelli ottimali negli ultimi 4 mesi dell'anno.

IPOTESI DI SOLUZIONE

- Stretto monitoraggio dei casi in scadenza e segnalazione tempestiva alle UU.OO. di necessaria presa in carico;

INTERVENTI PER TUMORE DEL POLMONE:

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2018: 92,7%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 93,1%

Per questo tipo di tumore e organizzazione non vi sono criticità.

CONSIDERAZIONI FINALI AMBITO ONCOLOGICO

E' evidente che le **performance in ambito urologico** condizionano pesantemente le % di raggiungimento dei risultati dell'intera area. Infatti i volumi oncologici della disciplina urologica nei due periodi di riferimento (anno 2017 e anno 2018) rappresentano circa un terzo dell'intera casistica considerata (33% nel 2017, 38% nel 2018). Un esercizio teorico di "sterilizzazione" delle performance di questo tumore collocherebbe la nostra azienda non all'attuale 65,7% ma bensì al 92% circa e quindi dentro i parametri richiesti per la patologia oncologica.

2.PROTESI D'ANCA

INTERVENTI PER PROTESI D'ANCA:

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2018: 89,7%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 84,4%

Per questo tipo di patologia e organizzazione vi erano piccole criticità e disallineamenti che sono stati corretti. Le performance del 2018 sono espressione di questi correttivi.

3.ALTRÉ PRESTAZIONI

INTERVENTI PER BY-PASS AORTO CORONARICO:

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2018: 66,9%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 39,7%

Per questo tipo di prestazioni è stato richiesto ai professionisti particolare attenzione nella scadenza dei tempi di attesa. Il miglioramento delle performance evidenziano che tale attenzione c'è stata in particolare negli ultimi due mesi del 2018. Si precisa che dalle interlocuzioni interne con i professionisti è emerso come tale intervento sia da considerarsi oramai "desueto" per la branca

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

cardiochirurgica e che in ragione di altri interventi più complessi (a parità di urgenza derivante dalla classe di assegnazione) viene data priorità ad altri.

IPOTESI DI SOLUZIONE:

- Stretto monitoraggio della prestazione e segnalazione dei casi prossimi alla scadenza;

INTERVENTI PER ANGIOPLASTICA:

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2018: 65,2%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 66,5%

Per questo tipo di prestazione sono in corso approfondimenti tesi a comprendere le ragioni dello sforamento di queste manovre che rappresentano per noi manovre in urgenza (e quindi non rientranti nel monitoraggio regionale) o follow up (e quindi che non devono essere collocati in lista d'attesa se non a ridosso della chiamata del paziente).

INTERVENTI PER ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA:

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2018: 45,4%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 47,6%

Per questo tipo di prestazione si evidenziano delle criticità derivanti da una pianificazione migliorabile da parte della U.O. di riferimento. La interaziendalità di recente attivazione (ottobre 2018) dovrebbe portare ad un miglioramento delle performance (miglioramento registrato nel mese di dicembre)

SOLUZIONI CONDIVISE CON L'U.O.:

- Avvio di una collaborazione più stretta tra le due sedi con erogazione di queste prestazioni prevalentemente presso l'H Maggiore e con maggiore attenzione sia rispetto alle indicazioni di inserimento in lista sia nel monitoraggio della scadenza dei tempi di attesa.

INTERVENTI DI CORONAROGRAFIA:

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2018: 97,0%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 88,5%

Per questo tipo di prestazione non vi sono criticità.

INTERVENTI DI TONSILLECTOMIA:

% di rispetto dei tempi di attesa nei primi sei mesi del 2018: 81,3%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 81,2%

Per questo tipo di prestazione non vi sono criticità particolari. Nel corso del 2018 ci sono stati alcuni mesi (4) con performance basse che hanno abbassato la media del periodo.

SOLUZIONI CONDIVISE:

- Monitoraggio più stretto delle scadenze degli interventi.

INTERVENTI DI BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO:

% di rispetto dei tempi di attesa nei primi 11 mesi del 2018: 94,9%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 94,4%

Per questo tipo di prestazione non vi sono criticità.

INTERVENTI PER EMORROIDECTOMIA:

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2018: 65,0%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 57,9%

Pazienti in lista d'attesa: 74

Per questo tipo di intervento è stata decisa una azione ad hoc negli ultimi mesi del 2018 (novembre e dicembre) che ha portato a prendere in carico i pazienti presenti in lista, talvolta anche particolarmente datati. Si è passati infatti dai 117 pazienti in lista dei primi 6 mesi del 2018 agli attuali 74 (diminuzione della lista del 47%). Tuttavia tale soluzione non potrà essere percorsa strutturalmente in quanto gli enormi volumi di lista presenti a Budrio, dove viene trattata questa patologia, richiedono che si proceda alla presa in carico anche degli altri pazienti in attesa.

SOLUZIONE DA CONDIVIDERE CON REFERENTE WS BUDRIO:

Definizione delle priorità di presa in carico di tutta la casistica gestita presso la sede di Budrio.

INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE MONOLATERALE:

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2018: 69,8%

% di rispetto dei tempi di attesa anno 2017: 57,8%

Pazienti in lista d'attesa: 201

Per questo tipo di intervento le criticità sono legate agli alti volumi di pazienti in lista d'attesa. Ad oggi (marzo 2019) i pazienti in lista per questo tipo di intervento sono 201 mentre nei primi 6 mesi del 2018 erano 385 (riduzione del 48% circa). Nel corso del 2018 sono state aumentate le sedute dedicate ai pazienti con ernia c/o la sede di Budrio (una seduta in più a partire dal mese di maggio) diventando l'unico intervento (insieme a quello delle emorroidi, nei mesi di novembre e dicembre (passando da una media mensile di 49 a 81). In ultimo è altresì vero che dovendo contemporaneamente lavorare su due obiettivi forniti dalla Regione stessa (recupero della casistica vecchia – definita Sigla 1.0 – e presa in carico dei nuovi entro i tempi prestabiliti) tra loro divergenti si cercherà di creare un giusto mix per migliorare le performance attuali.

SOLUZIONE DA CONDIVIDERE CON REFERENTE WS BUDRIO:

Stretto monitoraggio delle scadenze e creazione del mix di pazienti (tra "vecchi" e "nuovi" inseriti in lista) al fine di migliorare le attuali performance.

CONSIDERAZIONI FINALI RISPETTO AD ALTRE PRESTAZIONI

Per questo insieme di prestazioni monitorate sono prevalentemente tre le prestazioni che incidono sulle performance complessive:

- Ernie inguinali: rappresentano il 35% dei volumi complessivi
- Angioplastica: 13,5%
- By-pass: 9%

Le manovre correttive previste per le ernie hanno consentito di abbattere i volumi di lista ma non ancora quello di migliorare le performance (un terzo circa di quelle in attesa sono del 2017). Per ciò che concerne i by-pass continueremo a supportare i professionisti nel monitorare le scadenze, da ultimo valuteremo le modalità operative da adottare per i pazienti sottoposti ad angioplastica.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Con questi correttivi dovremmo, anche in questa sezione, migliorare le nostre performance riportando verso % più elevate.

SMALTIMENTO DEI CASI DATATI DEFINITI SIGLA 1.0

Come accennato in occasione degli interventi di riparazione di ernia, anche questo rappresenta un obiettivo attribuito dalla Regione alle aziende. Ancora una volta gli enormi volumi di riferimento per la nostra azienda non hanno consentito di smaltire completamente quanto presente di vecchio nelle liste monitorate entro il 31/12. Al 1 gennaio 2018 (momento zero di cristallizzazione della fotografia per la nostra azienda dei casi presenti in lista al 31/12/2017 e da smaltire entro il 2018) i casi censiti erano 9.300. A marzo 2019 i pazienti ancora in lista sono 1.635 riuscendo quindi a smaltire l'82% dei pazienti previsti che salgono al 83% se si da seguito agli accordi regionali per i quali la disciplina Andrologica non viene considerata tra quella prioritaria da smaltire.

Volendo dettagliare questi circa 1.600 pazienti ancora una volta emergono le stesse criticità riscontrate anche per i nuovi inseriti infatti la distribuzione risulta la seguente:

- **Disciplina Urologica:** 790 pazienti (di cui 178 Andrologici e 612 Urologici) pari al 48% dei pazienti da "smaltire";
- **Disciplina Chirurgica:** 582 pazienti pari al 35,5% dei pazienti da "smaltire" e riferibile per la maggior parte a pazienti in attesa per la sede di Budrio (449 pazienti – 77,1%).

IPOTESI DI SOLUZIONE:

- Monitoraggio stretto con le U.O. nel tentativo di smaltimento dei pazienti datati;
- Prosecuzione delle attività di progressivo smaltimento dei pazienti in attesa sia in ambito urologico che in ambito chirurgico.

3.2.3.16 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Nell'anno 2018 sono proseguiti le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015, anche in considerazione delle che sono emerse nel rapporto conclusivo inviato dal Nucleo tecnico di Progetto alla Conferenza nel 2018.

L'Azienda si è impegnata a mettere in campo, in collaborazione con le altre aziende dell'area metropolitana, tutte le azioni utili a definire il piano di riordino ospedaliero in area bolognese, in coerenza con gli obiettivi definiti anche nell'ambito della Conferenza sanitaria territoriale.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna:

- ha contribuito al percorso di adeguamento agli standard di dotazione di posti letto che fissava un obiettivo per la provincia di Bologna di riduzione di 225 posti letto, con una contrazione dei posti letto in linea con la programmazione definita;
- ha promosso la multisciplinarietà nella gestione dei percorsi oncologici sia attraverso la definizione di PDTA sia attraverso la creazione di modelli organizzativi integrati anche a livello interaziendale. Ha supporto della valutazione multidisciplinare è stato acquisito un software che verrà gradualmente esteso anche alle altre aziende del territorio provinciali;

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- è stata individuata alla Regione Emilia-Romagna quale componente della cabina di regia regionale per le attività inerenti alla programmazione per le discipline di rilievo regionale, in attuazione del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015 Indicazioni per la definizione delle reti delle discipline di rilievo regionale (DGR 1907/2017).

3.2.3.17 Appropriatezza

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dalla DGR 2040/2015, l'Azienda nel corso del 2018 sono state intraprese azioni mirate al contenimento dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA. Nel 2018 il rapporto DRG potenzialmente inappropriati/ appropriati è stato 0,18, quindi inferiore al target di 0,19.

Per quanto riguarda i DRG medici, ed in particolare ai DRG 088 e 429, sono state intraprese sia azioni locali che azioni congiunte con l'Azienda USL di Bologna finalizzate alla definizione ed implementazione di percorsi specifici con l'obiettivo di potenziare le cure intermedie e primarie, riducendo, per quanto possibile, l'accesso di tali pazienti ai Pronto Soccorso ospedalieri e il loro eventuale successivo ricovero.

Nel 2018 il numero dei ricoveri dei due DRG oggetto di monitoraggio è sensibilmente calato rispetto al 2017 (riduzione del 36% per il DRG 88 e del 25% per il DRG 429) come evidenziato nella sottostante tabella che riporta il trend triennale del totale della casistica trattata in degenza ordinaria:

DRG	2016	2017	2018
088 M-MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	314	259	166
429 M-DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	186	113	85

Tabella: n. dimessi con DRG 088 e 429. Fonte dati: banca dati SDO aziendale.

Da tenere presente inoltre che tali ricoveri sono per la stragrande maggioranza (92% per DRG 88 e 77% per DRG 429) ricoveri in urgenza con accesso dal PS, per cui difficilmente contenibili.

Il tasso di ospedalizzazione di tali DRG tra i residenti dell'AUSL di Bologna è calato del 20,2% per il DRG 88 e del 37,2% per il DRG 429.

Nel corso del 2018 è stata portata a regime la conversione del day hospital oncologico al regime ambulatoriale. Per quanto riguarda i ricoveri chirurgici, l'Azienda ha iniziato un percorso teso a traslare verso il regime di DH o ambulatoriale i DRG chirurgici potenzialmente inappropriati con particolare riguardo ai 14 DRG chirurgici oggetto di monitoraggio nella DGR 191 del 27/26/18.

Per tali 14 DRG nel 2018 è stata registrata la significativa diminuzione del 19% dei casi (i ricoveri in DO sono passati da 1.651 a 1.340). Il dettaglio per singolo DRG è riportato nella sottostante tabella:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

DRG	Descrizione DRG	2017	2018	riduzione 2018-2017	
		DO	DO	diff ass	diff %
8	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSENZA CC	21	10	-11	-52%
42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	100	186	86	86%
55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	286	261	-25	-9%
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	9	5	-4	-44%
158	INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	52	52	0	0%
169	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	129	121	-8	-6%
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	34	30	-4	-12%
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	321	357	36	11%
339	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNE, ETÀ > 17 ANNI	188	155	-33	-18%
340	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNE, ETÀ < 18 ANNI	198	64	-134	-68%
342	CIRCONCISIONE, ETÀ > 17 ANNI	36	18	-18	-50%
343	CIRCONCISIONE, ETÀ < 18 ANNI	208	7	-201	-97%
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFETZIONE	12	11	-1	-8%
538	ESCISSIOONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA CC	57	63	6	11%
		Totali	1.651	1.340	-311
					-19%

Tabella: n. dimessi con DRG chirurgici oggetto di monitoraggio nella DGR 191 del 27/26/18. Fonte dati: banca dati SDO aziendale.

L'efficiente utilizzo dei posti letto (degenza media) è stato definito come obiettivo di budget per le unità operative con durata di degenza non ottimale monitorato in corso d'anno. Peraltro, l'indice comparato di performance (ICP) nel 2018 per il Policlinico è stato 1,02 il medesimo valore del 2017 ed è il più basso tra le Aziende Ospedaliere Universitarie regionali, che invece hanno visto aumentare tale valore dal 2017 al 208 come si nota nella tabella sottostante che riporta l'ICP del biennio 2017-2018

Azienda di ricovero	ICP	
	2018	2017
AOSPU PARMA	1,11	1,10
AOSPU MODENA	1,05	1,04
AOSPU BOLOGNA	1,02	1,02
AOSPU FERRARA	1,12	1,09

Tabella: indice comparativo di performance delle aziende ospedaliere della Regione. Fonte dati: banca dati SDO regionale.

Reti di rilievo regionale

Rete dei centri di senologia

Come descritto in relazione alla riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale, in data 01.01.2018 le Direzioni Generali di AOU e dell'Ausl di Imola hanno formalizzato la presa d'atto e il recepimento dell'Accordo per la gestione integrata del servizio di Chirurgia Senologica, affidando il coordinamento al Direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia Senologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi.

La riorganizzazione della struttura in ambito metropolitano ha come obiettivo quello di garantire l'omogeneità operativa, standard qualitativi elevati e lo sviluppo di percorsi secondo livelli differenziati di complessità assistenziale e percorsi di cura.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Reti hub & Spoke per malattie rare

Centro regionale malattie rare pediatriche

Nel 2018 è continuata l'attività del Centro, finalizzata a garantire ai pazienti pediatrici affetti da malattia rara l'accesso e la presa in carico multidisciplinare e counselling, articolata in:

- 267 prime visite (valutazioni clinico-dismorfologiche) per nuovi pazienti entro i tempi previsti per primo accesso (30gg);

1.884 controlli di follow up secondo le tempistiche previste dai protocolli di cura.

Per i pazienti in carico al centro è garantita, da parte del case manager, la programmazione del percorso di cura e la prenotazione degli accessi ai servizi specialistici in fase diagnostica e di follow-up, tramite posti dedicati, al fine di consentire il rispetto dei tempi previsti.

Sono stati effettuati complessivamente 3100 prestazioni specialistiche da parte degli specialisti che costituiscono il team multidisciplinare, tra i quali:

- 905 indagini diagnostiche (Rx, TC, RM, eco)
- 182 consulenze dermatologiche
- 149 consulenze cardiologiche pediatriche
- 60 visite oculistiche
- 53 consulenze foniatiche
- 40 consulenze genetiche

E' stato garantita l'assistenza psicologica nella misura di 600 interventi psicologici, oltre ai gruppi di supporto per genitori e pazienti svolti con cadenza mensile.

I tempi di attesa per counselling psicologico e genetico sono stati in linea.

E' stato inoltre potenziato il percorso di transizione dei pazienti in carico al Centro che hanno raggiunto l'età adulta, attraverso la strutturazione di un percorso dedicato condiviso con la UO di Endocrinologia, per pazienti affetti da Sindrome di Turner e Sindrome di Klinefelter. E' stato inoltre avviato un "Ambulatorio della transizione dei pazienti con sindrome di Prader-Willi in età adulta".

Centro HUB regionale per le Neurofibromatosi NF1

Nel 2018 è continuata l'attività del Centro, finalizzata a garantire ai pazienti pediatrici e in età evolutiva affetti da neurofibromatosi l'accesso e la presa in carico multidisciplinare e counselling, articolata in:

- 53 prime visite (valutazioni clinico-dismorfologiche) per nuovi pazienti entro i tempi previsti per primo accesso (7 gg);
- 400 controlli di follow up secondo le tempistiche previste dai protocolli di cura. I controlli vengono effettuati circa ogni 6/12 mesi.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

I pazienti in carico al centro sono 300; per questi è garantita, da parte del case manager, la programmazione del percorso di cura e la prenotazione degli accessi ai servizi specialistici in fase diagnostica e di follow-up, tramite posti dedicati, al fine di consentire il rispetto dei tempi previsti.

L'assistenza psicologica è stata garantita entro 1-2 settimane, con appuntamenti a distanza variabile a seconda della necessità.

I tempi di attesa per counselling psicologico e genetico sono stati assicurati entro 3-4 mesi dal primo accesso, con risposta immediata in caso di urgenze. È stato attivato un ambulatorio congiunto settimanale con genetista.

E' stato inoltre previsto il percorso di transizione dei pazienti in carico al Centro che hanno raggiunto l'età adulta, attraverso la strutturazione di un percorso dedicato condiviso con la UO di Dermatologia.

ERN (reti europee malattie rare)

Nel 2018 è proseguita l'operatività delle nuove reti di riferimento europee (European reference networks-ERNs) dedicate alla diagnosi e alla cura di malattie complesse rare o poco diffuse. Tali piattaforme di cooperazione transfrontaliera tra specialisti, uniche e innovative nel loro genere, riuniscono in Europa oltre 900 unità di assistenza sanitaria altamente specializzata in 26 paesi, e mettendo così in comunicazione conoscenze e risorse europee di elevato livello, attualmente frammentate. La condivisione delle migliori competenze dell'UE su così vasta scala dovrebbe portare ogni anno benefici a migliaia di pazienti, superando l'attuale frammentazione delle competenze sulle malattie rare.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha avuto l'endorsement del Ministero della Salute per 11 reti e di queste ben 5 sono state approvate dalla UE, rappresentando l'Azienda con più ERN attribuite in Emilia-Romagna.

Nella tabella sottostante sono riportate le Reti che hanno avuto l'endorsement del Ministero e quelle definitivamente attribuite dalla UE.

ERN	ERN endorsement ministero	ERN attribuite
Rare cancers (EURACAN)	X	X
Rare cardiac diseases	X	
Rare craniofacial anomalies and ENT	X	
Rare endocrine diseases	X	X
Rare gastrointestinal diseases	X	
Rare hepatic diseases	X	
Rare malformations and developmental anomalies and rare intellectual disabilities	X	X
Rare multi-systemic vascular diseases	X	
Rare pulmonary diseases	X	X
Rare renal diseases	X	
Rare skin disorders	X	X

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Malattie Rare nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017)

Nel 2018 è stata applicata la delibera regionale finalizzata alla rivisitazione dei centri sulla base della casistica trattata. Sono stati individuati i centri di riferimento con capacità di certificazione per le nuove malattie rare (in totale 135) certificabili sul territorio nazionale. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è stata selezionata dalla Regione Emilia-Romagna come sede di centro certificatore per ben 109 malattie rare rispetto alle 135 nuove malattie rare previste nei LEA (Delibera 1351 del 19/9/2017).

Nella tabella sottostante è rappresentata una sintesi aggregando le patologie secondo le macrocategorie presenti nei LEA stessi, da cui si evince che nella maggior parte delle aree cliniche sono presenti, e sono riconosciute, le competenze per la stragrande maggioranza delle malattie rare.

Classi Malattie Rare in Nuovi LEA 2017	Patologie certificabili presso AOSP BO	Patologie presenti in Nuovi LEA
15. MALFORMAZIONI CONGENITE , CROMOSOMOPATIE E SINDROMI GENETICHE	38	38
04. MALATTIE DEL METABOLISMO	23	25
07. MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO	3	17
14. MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	3	9
10. MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	8	8
03. MALATTIE DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE	7	7
05. MALATTIE DEL SISTEMA IMMUNITARIO	5	6
06. MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	6	6
13. MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	6	6
02. TUMORI	4	4
08. MALATTIE DELL'APPARATO VISIVO	0	3
11. MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	2	2
12. MALATTIE DELL'APPARATO GENITO - URINARIO	2	2
09. MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	1	1
16. ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	1	1
TOTALE	109	135

Malattie emorragiche congenite

Con riferimento all'attuazione di quanto previsto per la riorganizzazione della rete delle Malattie Emorragiche Congenite (MEC), è stato predisposto il progetto di disponibilità telefonica come supporto all'attività dei servizi di emergenza ed è stato presentato alle associazioni territoriali. Sono stati stabiliti i criteri organizzativi di detta disponibilità telefonica regionale e l'attivazione è programmata nel 2019. Per quanto riguarda gli altri centri per il trattamento di malattie rare si rimanda a quanto relazionata

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Rete per la terapia del dolore

Nel corso del 2018 è proseguita la sensibilizzazione dei professionisti alla funzione di terapia del dolore.

Indicatore e risultato atteso:

% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero>95%

Risultato ottenuto

IND0725 - % di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero= 97,22% (media RER=84,15%)

Rete delle cure palliative pediatriche

E' stato istituito un gruppo di lavoro regionale per la definizione della rete. L'Azienda si è impegnata ad implementare gli obiettivi posti dalla Regione tra cui il PDTA regionale. E' stato istituito un gruppo multidisciplinare aziendale per implementare le azioni locali.

Reti Hub and Spoke tempo dipendenti

Rete Stroke

Per quanto riguarda le reti Hub and Spoke tempo dipendenti, va sottolineato che nel corso del 2018 è stato portato a termine il processo di riorganizzazione della rete metropolitana per la gestione e il trattamento del paziente con ictus ischemico acuto che prevede il superamento del modello esistente.

Il modello condiviso con l'AUSL, in coerenza con gli specifici criteri previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, prevede, attraverso il servizio di emergenza territoriale del 118 e l'integrazione degli ospedali dell'area metropolitana, la centralizzazione primaria (dal territorio) verso la *stroke unit* di II livello (Ospedale Maggiore dell'AUSL) di tutti i casi eleggibili al trattamento ripperfusivo per l'approfondimento diagnostico e l'eventuale esecuzione delle procedure di rivascolarizzazione cerebrale intravenosa (trombolisi) o, se indicato, endoarteriosa (trombectomia primaria e secondaria).

Per quanto riguarda l'AOU, nel 2018 i risultati relativi ai parametri di monitoraggio del percorso dei pazienti con Stroke sono risultati in linea con i dati attesi e con performance migliori rispetto al valore medio regionale: mortalità a 30 giorni 8,98% vs 12,34% e percentuale pazienti inviati alla riabilitazione 46,04% vs 35,86%.

Rete cardiologica

L'AOU è sede di emodinamica e centro Hub della rete metropolitana dei servizi per l'emergenza – urgenza cardiologica - che integra i sistemi di intervento di emergenza – urgenza con il territorio e

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

con ospedali a diversa complessità assistenziale - per IMA (STEMI e NSTEMI) e per altre condizioni tempo – dipendenti, quali l’insufficienza cardiaca acuta grave e le sindromi aortiche acute toraciche (SAAT). In particolare, per la dissezione di tipo B, l’AOU è anche centro Hub di riferimento per l’Area Vasta Emilia Centro e per l’AUSL Romagna.

Si riportano, di seguito, i valori 2018 relativi agli indicatori individuati per la valutazione della **rete cardiologica e cardiochirurgica**:

▪ **IMA - volumi previsti dal DM 70 = 100 casi/anno**

Totale aziendale = casi 1021

Mortalità a 30 giorni per IMA = 8,42%

▪ **PCTA (Volumi = 250/anno con 75 PTCA primarie)**

Totale anno 2018 (9 mesi) = casi 603

PTCA primarie = 125

▪ **By-Pass isolati (Volumi = 200/anno)**

Totale anno 2018 (9 mesi) = casi 121

Mortalità a 30 gg = 0,65

▪ **Valvuloplastica o sostituzione di valvola cardiaca (Mortalità a 30 gg = 4%)**

Totale (Piano Performance 2018-2020): n. casi 698 (Età paziente: >18 anni)

Mortalità a 30 gg = 2,03 %

Centri di riferimento regionali

Le attività svolte dai centri di riferimento regionali si rimanda a quanto puntualmente rendicontato al paragrafo 3.1.2 Le funzioni di rilievo regionale.

In questa sede si aggiunge che nell’ambito del Centro di riferimento regionale “Neurochirurgia Pediatrica” dell’IRCCS ISNB si è provveduto alla creazione di una articolazione organizzativa denominata “Programma Neurochirurgia Pediatrica” nell’ambito dell’IRCCS ISNB. Le attività di Neurochirurgia Pediatrica in area metropolitana vengono oggi garantite dall’ISNB presso la sede dell’Ospedale Bellaria e presso la sede dell’Azienda Ospedaliero Universitaria S.Orsola-Malpighi, in forza di una convenzione formalizzata nel 2017.

Per superare le criticità riscontrate si è reso necessario prevedere modalità di integrazione più strutturate e che vadano oltre il semplice, e talvolta debole, strumento convenzionale oggi presente. Pertanto, al fine di conferire alla neurochirurgia pediatrica un assetto logistico – organizzativo coerente con il disegno di un centro di riferimento Regionale di Neurochirurgia Pediatrica, nel 2018 è stata formalizzata una proposta organizzativa che parte dal presupposto di una forte integrazione tra l’IRCCS ISNB e l’AOU S.Orsola Malpighi.

3.2.3.18 Emergenza ospedaliera

Piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso ai PS

Coerentemente con gli obiettivi 2017 sono stati definiti i criteri utili all'implementazione del sistema NEDOCS per valutazione del sovraffollamento in PS ed è stato aggiornato il documento di gestione di sovraffollamento del PS generale a livello ospedaliero.

Nel 2018 si è concluso il progetto di reingegnerizzazione e innovazione all'interno del dipartimento di emergenza e urgenza, svolto in collaborazione con l'Università di Modena e Reggio Emilia e l'U.O. Medicina d'urgenza e PS. Questo progetto aveva l'obiettivo di revisionare il modello organizzativo in Pronto Soccorso per trovare modalità operative per facilitare il lavoro quotidiano del personale di Pronto Soccorso, individuando soluzioni innovative e contestualmente creando un gruppo di riferimento progettuale autonomo nel proseguire l'attività di miglioramento continuo. I risultati conseguiti sono stati il re-design della sala d'attesa principale, della segnaletica e dei percorsi. Sono stati individuati degli strumenti di supporto all'infermiere di triage e di processo, promosso l'integrazione del personale OSS; è stata migliorata l'interfaccia tra il PS e la Radiologia d'urgenza ed è stato ottimizzato il lavoro degli infermieri in osservazione temporanea.

Sempre nell'ambito della riduzione dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso è in fase di sperimentazione un processo "riconoscimento della condizione clinica predefinita in fase di triage" che prevedrà in futuro, a fronte della l'identificazione di una condizione clinica specifica del paziente, l'esecuzione già in triage del prelievo ematico per gli esami per quella particolare condizione clinica, andando così a ridurre i tempi di permanenza del paziente in Pronto Soccorso. Attualmente è in corso la redazione del capitolato per una gara per l'installazione di un sistema di posta pneumatica che consentirà l'invio dei campioni ematici dal Pronto Soccorso al laboratorio, ciò consentirà l'abbattimento dei tempi di portantinaggio delle provette e conseguentemente una riduzione dei tempi di permanenza in PS.

Indicatori e target attesi

Rilevazione algoritmo NEDOCS = 100%

Tempo mediano di permanenza in PS<166 (mediana 2017 per stabilimento)

Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici>2 percorsi

Risultati conseguiti

Rilevazione algoritmo NEDOCS = presente

IND0720 - Tempo mediano di permanenza in PS=220 (data e ora di dimissione-data ore accettazione) Mediana RER=173

Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici =Presenti PDTA BPCO e Scompenso.

STAM E STEN secondo le indicazioni approvate con DGR 1603/2013

La procedura interaziendale del servizio di trasporto materno assistito (STAM) con l'AUSL di Imola è stata emessa il 31 ottobre 2017 (Procedura Interaziendale P-INT 36), nel dicembre 2018 è stato condotto un audit clinico - organizzativo per consentire la valutazione di un numero congruo di casi attivati. I risultati dell'audit, complessivamente positivi in termini di appropriatezza, hanno portato a un perfezionamento della procedura interaziendale rispetto alla definizione delle modalità di presa in carico della paziente con gravidanza a rischio attraverso la programmazione dei successivi controlli da parte dell'AOU.

Per quanto riguarda lo STEN, a seguito dell'audit 2017, nel 2018 sono state implementate puntuale azioni di miglioramento sugli strumenti di registrazione per la costruzione di ulteriori indicatori. A conclusione delle azioni è stato programmato un ulteriore audit (dicembre 2018) in cui gli elementi di approfondimento hanno riguardato, in particolare, le modalità di assistenza del neonato sia da parte dei professionisti di Imola sia dell'équipe STEN.

Questa analisi ha determinato la definizione di modalità assistenziali più appropriate sul neonato. Inoltre, è risultato necessario condividere le modalità organizzative da attuare in caso di decesso del neonato e STEN per parti gemellari.

I due audit clinico – organizzativi STEN e STAM sono stati eseguiti nella stessa seduta permettendo ulteriori valutazioni integrate ai fini del miglioramento della presa in carico in sicurezza della coppia mamma – neonato.

3.2.3.19 Attività trasfusionale

Nell'anno 2018, è proseguito il rapporto di collaborazione con l'Associazione Donatori di Midollo Osseo - ADMO, finalizzato alla gestione delle liste di attesa dei donatori di midollo osseo nonché al reclutamento di nuovi donatori, come da convenzione approvata dall'Azienda con deliberazione n. 193 del 21 settembre 2016, in applicazione della D.G.R. n. 942/2016, che assegna all'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna una funzione di coordinamento sull'attività di cui si tratta.

L'obiettivo posto per il 2018 di pianificare il reclutamento di nuovi donatori da parte di ADMO con una ipotesi di proiezione annuale di circa 6.000 casi è stato ampliamente superato e questo, unito ad una improvvisa e non prevista carenza di personale ha determinato un rallentamento dell'attività di tipizzazione ed iscrizione nel registro. Il recupero dell'attività costituirà uno degli obiettivi aziendali per il 2019.

L'attività di qualificazione biologica e di lavorazione degli emocomponenti raccolti nell'Area Vasta Emilia Centrale è centralizzata presso l'ospedale Maggiore (SIMT-AMBO), che cura la predisposizione ed invio di report trimestrali sui dati di attività. Il SIMT-AMBO ha aderito e

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

partecipato attivamente, in collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue alla campagna regionale estiva "Chi dona sangue inizia un nuovo racconto", la cui presentazioni è avvenuta nel corso della conferenza stampa del 12 giugno u.s.; inoltre, è già stata avviata la campagna sui comportamenti e abitudini sessuali per incentivare e sensibilizzarne il corretto comportamento sessuale dei donatori.

Per quanto riguarda il consolidamento a livello aziendale l'utilizzo del Patient Blood Management (PBM), sono state attivate le procedure per ginecologia e ortopedia.

Infine, è stata garantita la piena funzionalità dei COBUS con la nomina dei referenti per dipartimento.

3.2.3.20 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

Il processo della donazione degli organi, dei tessuti e delle cellule è ritenuto di primaria importanza per i risvolti clinici, etici e sociali che tale attività ingenera ed è la base imprescindibile per il mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, occorre precisare che il processo donativo coinvolge tutta la struttura ospedaliera, per tale motivo deve necessariamente possedere le caratteristiche organizzative / strutturali che ne permettano l'esecuzione.

Nell'anno 2018 è proseguita l'attività dell'Ufficio di Coordinamento Ospedaliero locale alle donazioni di organi e tessuti, al fine di sviluppare una rete donativa interaziendale che risponda al mandato di promuovere l'attività donativa stessa in un ambito organizzato e consapevole.

Il primo obiettivo perseguito dall'Ufficio è stato quello della sensibilizzazione, dei professionisti appartenenti alle UU.OO del Policlinico, all'atto donativo, che si è sviluppato attraverso un percorso capillare di relazioni con i direttori, i coordinatori e il personale infermieristico e consolidato grazie all'organizzazione ed espletamento di eventi formativi specifici (numero 8 eventi).

Sono stati, altresì consolidati percorsi specifici di sostegno per gli aspetti operativi della donazione (intervento dei componenti il procurement team direttamente nelle UU.OO in caso di segnalazione di potenziale donatore) e promossa l'implementazione della cultura della donazione.

Anche per l'anno 2018 uno degli obiettivi perseguiti, nell'ambito dell'attività di Donor Action, è stato quello legato al raggiungimento dei migliori livelli possibili in relazione ai principali indicatori nazionali e internazionali che valutano "la performance donativa" (INDEX1, PROC 2), a tale scopo sono stati rilevati tutti gli accessi, in pronto soccorso, dei pazienti portatori di lesioni cerebrali severe. Si è proceduto al loro monitoraggio, in corso di ricovero in degenza ordinaria, al fine di intervenire con la più efficace terapia medico/assistenziale valutando contemporaneamente, comunque, la possibile evoluzione verso la morte encefalica a garanzia di un possibile e rapido accesso in area intensiva indispensabile ad un eventuale successivo avvio di percorso donativo.

Lo sviluppo dei percorsi donativi e la forte collaborazione con i professionisti delle UU.OO. ha permesso non solo di raggiungere ma di superare il numero di donazioni di cornee, che per l'anno trascorso era previsto in numero di 123 e che si è attestato a 234.

Si riportano a seguire di dati relativi al monitoraggio degli indicatori.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

RIEPILOGO DONAZIONI 2018

DONAZIONI	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
MULTIORGANO	1	1						1		1			4
CORNEE	27	52	22	20	27	22	14	12	8	10	10	10	234
Pazienti donatori cornee	14	26	11	10	14	11	7	6	4	5	5	5	118
MULTITESSUTO			1							2			3

NO CONSENSI	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
MULTIORGANO								2					2
Pazienti donatori cornee	22	17	23	10	11	8	9	6	11	5	6	9	137
MULTITESSUTO		2			1	1	1	1		2		2	10

NON IDONEI	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
MULTIORGANO	1						1			1			3
MULTITESSUTO	1				2						1	1	5

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

RIEPILOGO PAZIENTI CON ACCESSO AL PS PER PATOLOGIE CEREBRALI PRIMITIVE

2018

	ENTRATI	TRASFERITI	TOT VALUTABILI	DIMESSI	CURANTE	DECESI	Non valutabili	Potenziali donatori	NON IDONEI	Morte cardiaca	NO CONSENSI	DONATORI	DONAZIONE
GENNAIO	35	4	31	18	7	6	1	5	1	4	0	1	2 CORNEE
FEBBRAIO	36	7	29	17	6	6	1	5	4	1 no posto in tipo	tessuti	2	4 CORNEE
MARZO	37	8	29	22	5	2	1	1	0	1	0	2	2 Cornee + 1 Multitessuto
APRILE	32	8	24	18	4	2	0	2	1	1	0	0	
MAGGIO	59	5	54	38	9	7	2	5	4	1	0	0	0
GIUGNO	50	6	44	36	3	5	2	3	1	2	0	0	0
LUGLIO	63	11	52	39	2	11	3	8	6	2	0	1	2 CORNEE
AGOSTO	63	14	49	31	10	8	3	5	2	3	0	0	0
SETTEMBRE	43	12	31	16	11	4	2	2	2	0	0	0	0
OTTOBRE	83	19	64	45	7	12	3	9	3	6	0	2	2 MULTITESSUTO
NOVEMBRE	78	25	53	36	11	6	3	3	1	2	0	0	0
DICEMBRE	68	11	57	44	9	4	0	4	2	2	0	0	0
	647	130	517	360	84	73	21	52	27	25	1	8	

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Indicatori e risultati

Relazione annuale da trasmettere al CRT-ER in occasione degli annuali incontri bilaterali con le aziende= Sono state inviate le relazioni annuali dai Coordinatori Locali sull'attività, gestione e composizione dell'ufficio di Procurement.

Numero di donazioni cornee rispetto al numero di decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni riferiti all'anno precedente >17%. Obiettivo raggiunto: 146 cornee prelevate su 123 richieste da obiettivo.

N.donazioni multitessuto (età compresa tra i 2 e i 78 anni)=come da indicazioni CRT-ER. Obiettivo non raggiunto: 3 donazioni multitessuto su 6.

Adesione al programma "cuore fermo DCD" regionale per le Aziende con le caratteristiche organizzative e strutturali idonee a supportare il progetto. Aderito al programma. Si è proposto un percorso che coinvolgesse la terapia intensiva polivalente per condividere le risorse. Sono state valutate le potenzialità donative per definire un percorso specifico.

3.2.3.21 Volumi-esiti

Presso l'Azienda viene effettuato il monitoraggio sistematico di un set di indicatori di esito e volumi di attività che fanno riferimento ai dati pubblicati dal Piano Nazionale Esiti, ai data base regionali e ad uno specifico data base aziendale per la valutazione della performance clinica.

L'attività oggetto di valutazione riguarda prevalentemente le aree cliniche e i processi assistenziali riportati nella tabella sottostante (*)

Indicatore	EMILIA-ROMAGNA	AOSPU BOLOGNA	Fonte dati
Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni dall'intervento	1.58	0.65	A
Valvuloplastica o sostituzione valvole cardiache: mortalità a 30 giorni dall'intervento	1.96	2.15	A
Mortalità a 30 giorni per IMA	9.09	8.42	A
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	12.68	11.67	A
Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	1.53	0.48	A
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	10.66	7.28	A
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	9.99	11.08	A
Tumore maligno incidente della mammella: volume di interventi	5589	385	
% di reinterventi a 120 giorni da intervento conservativo x tumore mal mammella	6.11	3.31	A
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	18.01	25.65	A
Tumore maligno incidente della mammella: % di interventi in reparti sopra soglia	89.07	83.38	B
Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia	79.31	52.85	B
Colecistectomia laparoscopica: % di interventi con degenza post-operatoria < 3 gg	80.72	52.85	B
Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia	93.08	96.20	B
Frattura di femore: % di interventi effettuati entro 48h	72.80	84.27	B

(*) Fonte dati

A) InSiDER - Piano Performance Aziendale 2018-2020

B) InSiDER - Decreto Ministeriale 70/2015 - Edizione 2018

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

I risultati del 2018 confermano la buona performance aziendale in ambito cardiochirurgico, cardiologico (IMA) e cerebro – vascolare (ictus ischemico), con una migliore performance rispetto al dato medio regionale e una tendenziale miglioramento rispetto medio regionale.

Per quanto riguarda le patologie croniche, anche per lo scompenso cardiaco il dato aziendale risulta inferiore al dato medio regionale, mentre la mortalità per BPCO riacutizzata, più elevata rispetto al valore medio regionale, può trovare giustificazione nella presenza all'interno del Policlinico di un *setting* ad alta intensità con centralizzazione della casistica più complicata e grave.

La proporzione di parti cesarei primari risulta più elevata rispetto al dato regionale, differenza dettata dal fatto che presso il policlinico sussistono un centro di terapia intensiva neonatale di terzo livello e i centri di fisiopatologia neonatale e procreazione assistita. Infatti se si considera il valore standardizzato del PNE 2017 (standardizzato 14,54 vs grezzo 26,98) l'indicatore rende ragione della complessità della casistica trattata.

Si conferma il buon risultato in ambito ortopedico con l'indicatore sul *timing* dell'intervento chirurgico sulle fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età decisamente migliore del dato medio regionale, così come la concentrazione della casistica.

Per quanto riguarda la % di interventi in reparti sopra soglia relativamente a "tumore maligno della mammella" e "colecistectomia laparoscopica", l'indicatore così come calcolato nei database regionali non è correttamente formulato e non corrisponde alla realtà aziendale: l'organizzazione del Policlinico dell'area chirurgica (chirurgia generale) è strutturata per percorsi e complessità di cura, nella logica del superamento del modello "verticale" di espletamento dell'attività in unità operative verso la condivisione e la razionalizzazione delle risorse. In tale ottica i dati relativi alle patologie in oggetto non devono essere calcolati per singola unità operativa (come identificato dai codici di reparto HSP), ma complessivamente all'interno della disciplina chirurgia generale (009) o in alternativa in base alle strutture trasversali "Percorso chirurgia della mammella" e "Percorso Chirurgia epatica e delle vie biliari".

Screening oftalmologico neonatale

E' stato attivato lo screening oftalmologico neonatale, mediante il test del riflesso rosso, su tutti i nuovi nati: è stata strutturata una procedura aziendale e ne è stata data applicazione (PI 87 dal 18 dicembre 2018).

3.2.3.22 Sicurezza delle cure

Le attività svolte nel 2018 hanno, di fatto, concluso l'attuazione degli interventi previsti dal *Piano – Programma per la sicurezza e la gestione del rischio* 2016-2018 nei differenti ambiti assicurando, in linea di massima, il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi previsti per l'annualità in corso dalla DGR 919/2018 in tema di sicurezza delle cure.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

1. FUNZIONALITÀ DEL SISTEMA DI INCIDENT REPORTING ATTRAVERSO MODALITÀ SISTEMATICHE DI RACCOLTA, ANALISI E VALUTAZIONE DEI DATI ED EVIDENZA DI AZIONI DI MIGLIORAMENTO SU UNITÀ OPERATIVE NON SEGNALANTI NEL 2017 (Evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017)

Le attività di miglioramento condotte nell’ambito del Dipartimento della Donna, del Bambino e delle Malattie Urologiche sui vari temi della sicurezza (in primo luogo VI.SI.T.A.RE implementato nel 2017 nelle UUOO di Ostetricia e Medicina dell’età prenatale, di Neonatologia e TIN, di Anestesia e Rianimazione Pediatrica, ma anche attraverso la formazione dedicata alla gestione delle emergenze ostetriche, neonatali e pediatriche nel corso del 2018 in cui erano inseriti moduli dedicati all’importanza della segnalazione e analisi degli eventi avversi), hanno portato ad un sensibile miglioramento del reporting, con particolare riferimento agli ambiti chirurgici e/o assistenziali di specifica afferenza che, nel 2017, risultavano non segnalanti:

AMBITO	N. SEGNALAZIONI
Blocco Operatorio Ostetrico Ginecologico	1
Blocco Operatorio Pediatrico	13
Blocco Operatorio Urologico	6
Chirurgia Neonatale	1
Sala parto	2
Ambulatori neonatologia	1

Un altro ambito in cui si è assistito ad un significativo miglioramento del reporting è stato quello della Radiologia d’urgenza e specialistica, nell’ambito del Dipartimento della Medicina Diagnostica e della Prevenzione, settore che nel 2017 risultava non segnalante (nel 2018 in totale 18 segnalazioni). L’input positivo è dovuto ad un’azione correttiva (AC. N. 26/2018) che ha coinvolto un gruppo di professionisti afferenti a tali Radiologie, pianificata ed attuata a seguito di un errore di identificazione paziente (errato appaiamento paziente-esame diagnostico sul RIS), occorso e segnalato tra giugno e luglio 2018. L’équipe è stata sensibilizzata a segnalare con lo strumento dell’IR puntualmente eventi/quasi eventi relativi ad errori di questo tipo.

AMBITO	N. SEGNALAZIONI
Radiologia CTV	4
Radiologia d’urgenza	8
Radiologia Specialistica	6

In generale il numero di segnalazioni di IR inviate nel 2018 risulta pressoché stabile (2017 n. 168 vs 2018 n. 177), con un trend in lieve aumento nell’ultimo triennio: risulta peraltro migliorata in alcuni ambiti di cura la qualità delle segnalazioni pervenute rispetto a puntualità, dettaglio della descrizione e completezza della scheda. Resta positivamente alta

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

la sensibilità degli operatori (prevalentemente infermieri), nella segnalazione di eventi e quasi eventi inerenti errori di identificazione paziente/procedura/farmaco, errori nella gestione della terapia farmacologica. Appare rappresentata in modo assai più significativo, nel 2018 rispetto al biennio precedente, l'ambito tematico del malfunzionamento di dispositivi, aspetto, questo, che nell'ambito degli incontri finalizzati alla conduzione dell'azione di miglioramento AM6/2018 con il referente di farmaco e dispositivo vigilanza aziendale e con il servizio di Ingegneria clinica, è stato considerato e analizzato come meritevole di alcuni interventi, ovvero:

- modifica e integrazione del sistema di segnalazione specifico sui DM a livello aziendale;
 - formazione degli operatori (finalità, oggetto e strumenti per la segnalazione).
2. EFFETTUAZIONE DELLA CHECKLIST DI SALA OPERATORIA (Copertura SDO su procedure AHRQ4 $\geq 90\%$ Linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 $\geq 75\%$).

Pur avendo raggiunto gli obiettivi attesi sul livello di copertura delle checklist attivate rispetto alle procedure chirurgiche eligibili (% di procedure AHRQ4 con campo "checklist" = "SI" nella SDO 97.2 - Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO 95.15%), la scarsa registrazione delle non conformità (Fonte InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna IND0734 - % di checklist con almeno una non conformità segnalata nella scheda 776/B pari a 0.11% nel 2017) e alcuni aspetti rilevati nel corso delle osservazioni dirette in sala operatoria (nell'ambito del progetto OssERvare) hanno reso cogente, nell'ultimo trimestre 2018, l'avvio di un'azione di miglioramento al fine di comprendere, attraverso un'analisi aggiornata del contesto operativo e dei fattori d'ostacolo, quali possono essere le strategie da mettere in campo per ottenere un corretto utilizzo dello strumento.

In primo luogo è stato necessario mettere le basi per un adeguato e puntuale monitoraggio del fenomeno da parte di tutti gli attori coinvolti, per cui è stato realizzato un cruscotto di monitoraggio dedicato che consenta ai singoli ambiti chirurgici, ai Blocchi operatori, ai referenti organizzativi SSCL e alla Direzione di prendere visione in tempo reale delle performances, degli aspetti qualitativi del flusso e delle principali NC rilevate.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Policlinico S. Orsola - Malpighi
Controllo di Gestione e Sistema Informativo - L. Vigne

**Check list interventi e Non conformità
dati aggiornati il 16/01/2019 02:57**

* Int. con ChkList richiesta= interventi DO e DH (dal 15-01-2018 anche in regime Ambulatoriale con template SSCL CATARATTA), con Tipo Urgenza <> Emergenza

Blocco	Int. totali	Int. con ChkList richiesta *	% richieste	int. con ChkList richiesta e attivata	% attivati	int. con ChkList richiesta e compilata	% compilate (su attivati)	Int. con ChkList richiesta e parz. compilata	% parz. compilati (su attivati)	Int. con ChkList att. prima dell'Incisione	% attivati prima dell'Incisione	Int. con Non conformità	% Int. con Non conformità (su attivati)	Totale Non conformità	Media Non conformità per Int.
BLOCCO OPERATORIO BENTIVOGLIO	22	22	100,00%	22	100,00%	3	13,64%	19	86,36%	6	27,27%				
BLOCCO OPERATORIO BUDRIO	3.848	3.847	99,97%	3.845	99,95%	3.398	88,37%	447	11,63%	1.897	49,34%				
BLOCCO P.M.A.	2.322	1.475	63,52%	239	16,20%	58	24,27%	181	75,73%						
BLOCCO SALA ISTEROSCOPICA	2.965	1.384	46,68%	710	51,30%	540	76,06%	170	23,94%	150	21,13%				
CENTRO LASER	1.759	1.252	71,18%	1.146	91,53%	940	82,02%	206	17,98%	231	20,16%				
DERMATOLOGIA - AMBULATORI CHIRURGICI	3.509	601	17,13%	449	74,71%	369	82,18%	80	17,82%	58	12,92%				
OCULISTICA	18.064	2.472	13,68%	2.430	98,30%	2.206	90,78%	224	9,22%	484	19,92%				
ORTOPEDIA	6.139	4.722	76,92%	3.232	68,45%	2.903	89,82%	329	10,18%	2.036	63,00%	9	0,28%	11	1,22
OSTETRICIA - GINECOLOGIA	8.303	8.238	99,22%	8.235	99,96%	7.417	90,07%	818	9,93%	2.944	35,75%	1	0,01%	1	1,00
PEDIATRIA	4.531	4.278	94,42%	4.275	99,93%	3.807	89,05%	468	10,95%	1.057	24,73%				
PIASTRA A - POLO CHIRURGICO 3 PIANO	10.581	10.475	99,00%	9.886	94,38%	9.156	92,62%	730	7,38%	5.739	58,05%	14	0,14%	19	1,36
PIASTRA B - POLO CHIRURGICO 2 PIANO	4.989	4.982	99,86%	4.967	99,70%	4.272	86,01%	695	13,99%	2.021	40,69%	9	0,18%	9	1,00
POLO CTV	5.439	5.209	95,77%	5.176	99,37%	4.674	90,30%	502	9,70%	2.258	43,62%	2	0,04%	2	1,00
UROLOGIA	6.383	6.172	96,69%	5.389	87,31%	4.671	86,68%	718	13,32%	2.534	47,02%	18	0,33%	24	1,33
Totale	78.854	55.129	69,91%	50.001	90,70%	44.414	88,83%	5.587	11,17%	21.415	42,83%	53	0,11%	66	1,25

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Si è dato, dunque, avvio all'analisi dei fattori di contesto (positivi e negativi) per l'implementazione di strategie di miglioramento per il 2019 con il coinvolgimento di: ICT, controllo di gestione, coordinatori dei Blocchi Operatori e coordinatori delle UU.OO. chirurgiche, responsabili medici di U.O. chirurgiche, Team chirurgico.

3. RIPETIZIONE DELLE OSSERVAZIONI IN SALA OPERATORIA (PROGETTO OssERvare) PER VERIFICA EFFICACIA DEI PIANI DI MIGLIORAMENTO

Risulta complessivamente dalla reportistica disponibile sulla piattaforma regionale che, in oltre la metà delle osservazioni effettuate, la checklist avrebbe richiesto una compilazione migliore dal punto di vista qualitativo.

4. EFFETTUAZIONE DI VISITE PER LA SICUREZZA (STRUMENTO VI.SI.T.A.RE) PER LA VERIFICA DELLE RACCOMANDAZIONI CON RIFERIMENTO ALL'UTILIZZO DEL FOGLIO UNICO DI TERAPIA (FUT) E ALLA RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA (Almeno 1 UO) Svolto in PS GENERALE-OBI-MEDICINA D'URGENZA. Sono stati valutati i seguenti ambiti:

- prevenzione delle cadute dei pazienti in un setting del tutto particolare quale quello dell'emergenza-urgenza (Raccomandazione n. 13);
- prevenzione della violenza verso operatori (Raccomandazione n. 8)
- corretto utilizzo dello strumento Foglio Unico di terapia e attività di cognizione/ riconciliazione farmacologica (Raccomandazione n. 7)

Raccomand. Ministeriale	Azione richiesta	Implem.ne completata (Sì/No)	Data Fine Monitoraggio	Note
N.13	Individuazione degli strumenti per la rilevazione del rischio caduta nel contesto dell' emergenza urgenza (Pronto Soccorso GENERALE- Medicina d'Urgenza : OBI- degenza con sezione detenuti-area critica). Istituzione di un gruppo di miglioramento e revisione della letteratura	Sì	31/12/2018	L'azione è stata motivata dal rilievo di diverse criticità nell'applicazione della PA 115 (nel contesto dell'emergenza - urgenza) percepite come significativa dagli operatori: necessità di contestualizzare modalità e strumenti di rilevazione del rischio, adempimenti preventivi e loro tracciabilità, sottosegnalazione degli eventi di caduta e gestione delle valutazioni ambientali
N.13	Modificare l'accertamento infermieristico attualmente in uso rispetto al rilievo del rischio caduta.	Sì	31/12/2019	Deve essere avviata la sperimentazione del nuovo modello di accertamento
N.13	Migliorare modalità di mappatura interna di attrezzature e ausili ed eventuali criticità ambientali	In corso	31/12/2019	
N. 8	Rinforzo della presenza di Guardie Giurate e funzionari della Polizia di stato (24 h/24 e 7/7 giorni)	Sì	31/12/2018	
N. 7	Revisione delle SUT (coesistenti tre differenti modelli) migliorando altresì la tracciabilità della evidenza della somministrazione	In corso	31/12/2019	

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

5. ADOZIONE BRACCIALETTO IDENTIFICATIVO (copertura 95% delle UO di degenza). Dal 2017 le aree di degenza hanno raggiunto un livello di copertura pari al 100%; lo stesso può dirsi per i 4 Pronto Soccorso. In fase d'implementazione la stampa anche per alcune tipologie di prestazioni ambulatoriali.
6. FORMAZIONE DI OPERATORI SANITARI (MEDICI, INFERMIERI, FISIOTERAPISTI) DELLA AREA DI DEGENZA MEDICA E CHIRURGICA SULLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI IN TEMA DI PREVENZIONE CADUTE ATTRAVERSO CORSO FAD CADUTE (partecipazione di almeno il 50% degli operatori delle suddette aree)

Nonostante l'ampia disponibilità delle sessioni aperte nel corso del 2018 e i ripetuti solleciti agli operatori, la partecipazione è stata insoddisfacente, ben inferiore al 50%. Hanno completato la FAD regionale nel 2018 217 (professionisti non medici) + 65 (medici). Azioni svolte e/o pianificate nel nuovo PAPC 2019 (Piano Aziendale Prevenzione Cadute). Nell'ultimo trimestre è stato effettuato un seminario di approfondimento (137 i partecipanti) nel quale sono stati illustrati i contenuti delle linee di indirizzo regionali e gli aspetti fondamentali della PA115, rappresentando anche, partendo dall'analisi di un evento di caduta occorso, i potenziali risvolti in ambito di responsabilità del professionista e della struttura nel caso di una non corretta applicazione della procedura. Il corso FAD è stato attivato anche per il 2019: tuttavia, in esito alle opportune valutazioni effettuate in ambito di Gruppo multidisciplinare prevenzione cadute e raccogliendo le percezioni degli operatori, si è condivisa la necessità di affiancare al corso FAD un'altra tipologia di formazione che possa coinvolgere meglio i professionisti interessati nel loro contesto di lavoro (formazione sul campo-gruppi di miglioramento).

PIANO DELLE AZIONI PER IL 2019	
Azione	Tempi
Revisione scheda di segnalazione informatizzata	Entro 30/06/2019
Elaborazione checklist specifica di rilevazione rischio caduta per PS-medicina d'urgenza e tutti i setting di DH	Entro 31/12/2019
Revisione PA 115	Entro 31/12/2019
Sopralluoghi ambientali nelle UO definite da parte del Dipartimento Tecnico	Entro 31/12/2019
Proposizione di Corsi FAD per tutto il personale in merito all'utilizzo alle indicazioni regionali	Entro il 31/12/2019
Formazione sul campo (Gruppo di miglioramento) su UUOO di degenza chirurgica e medica	Aree mediche entro 30/06/2019 Aree chirurgiche entro 31/12/2019
Revisione dei Care Bundle per l'Area Pediatrica e per il Setting Neonatale	Entro il 31/12/2019
VI.SI.T.A.RE in almeno 2 UUOO con focus su Raccomandazione n. 13	Entro il 31/12/2019
Audit sulla documentazione clinica per valutare l'applicazione della Procedura Aziendale	Entro 31/12/2019
Conduzione di incontri del Gruppo operativo multidisciplinare aziendale per valutare l'andamento delle attività e degli indicatori di processo predisposti.	Maggio-Settembre-Dicembre 2019

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Si è provveduto inoltre alla ridefinizione di obiettivi e tempogramma dell'AM6/2018 – **Realizzazione di un cruscotto aziendale dinamico e multidimensionale per l'identificazione e l'analisi dei rischi.** Nel corso di questi ultimi anni, l'Azienda ha sviluppato un proprio modello per la valutazione integrata del rischio aziendale attraverso l'analisi ed il confronto di differenti fonti informative, alcune delle quali rappresentate da flussi strutturati verso la Regione/il Ministero o altri enti. Il modello finalizzato alla c.d. *mappatura dei rischi* aziendali ha lo scopo di supportare la conoscenza dei punti critici del sistema locale valutando la probabilità che quel rischio, in uno specifico contesto, possa attualizzarsi in un danno per *paziente/visitatore/operatore* soppesandone al contempo la gravità. Queste informazioni, opportunamente integrate, consentirebbero di costruire una scala di priorità degli interventi di miglioramento ovvero di "riduzione del rischio" negli ambiti aziendali, processo di prioritarizzazione cogente per un'Azienda così vasta e articolata. L'azione di miglioramento già pianificata all'inizio del 2018 necessitava di una ridefinizione sia rispetto alla tipologia di attività preliminari necessarie, sia in termini di sviluppo temporale. L'azione non può, infatti, prescindere da un'attenta analisi di fattibilità attraverso una rivalutazione complessiva dei flussi informativi e/o fonti informative aziendali non strutturate in un flusso che deve precedere la realizzazione di un supporto informatico garante di un'elaborazione efficace, agevolmente e utilmente fruibile da parte di tutti gli attori coinvolti. Di seguito si riportano le attività pianificate e svolte nell'ultimo trimestre 2018 che hanno avuto lo scopo principale di valutare le caratteristiche dei dati raccolti sui vari ambiti in Azienda, al fine di comprendere il loro livello di strutturazione e la possibilità d'includerli, allo stato, in un cruscotto dinamico multidimensionale "profilato" per UO/Dipartimento.

PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ AM6/2018

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	TEMPI	RISULTATO/NOTE
Analisi dei flussi informativi aziendali esistenti con eventuali incontri dei responsabili/refere nti dei singoli flussi	Referenti dei flussi informativi	30/10/2018	La valutazione ha avuto l'obiettivo di capire quale flusso possa essere integrato nella definizione della mappa. Sono stati presi in esame i precedenti flussi per confermarne l'adeguatezza (Reclami, Sinistri, Incident reporting, Eventi Sentinella, Infortuni biologici, Infortuni INAIL)
Progettazione della "MAPPA ideale"	Risk Manager, Coordinatore e Facilitatore	15/11/2018	Analisi e fattibilità (file "Questionario")
Valutazione complessiva del livello d'integrazione raggiungibile attraverso uno strumento informatico	ICT Controllo di Gestione Risk Manager Coordinatore	30/11/2018	Incontri tecnici specifici per valutazione di fattibilità e formulazione di una proposta operativa

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

L'analisi effettuata, preceduta da un censimento tecnico degli strumenti di raccolta dati attivi in Azienda, ha concluso che, per la maggior parte delle informazioni raccolte, quand'anche strutturate in flussi verso la Regione, deve essere effettuata una rielaborazione ad hoc al fine di poterli attribuire, nell'ambito del cruscotto, a riferimenti informativi-gestionali codificati e aggiornati delle Unità Operative aziendali. L'azione proseguirà nel 2019.

Infine è stata elaborata e pubblicata sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva (L.24/2017) sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni messe in atto.

3.2.3.24 Accreditamento

In linea con gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2018, l'AOU di Bologna ha inviato alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia Romagna la domanda di rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale e la relativa documentazione richiesta, nei tempi definiti (PG 0002251 del 31.01.2018). La domanda include anche il rinnovo dell'Accreditamento delle funzioni di Provider della Formazione, già conseguito nel 2015.

In data 31.07.2018 è pervenuta dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna, la lettera accoglimento della domanda di rinnovo e l'avvio del procedimento di Accreditamento (Lettera PG 0015644 del 31.07.2018), che di fatto conferma il mantenimento dell'Accreditamento per le attività precedentemente accreditate.

Nell'ambito del processo di autovalutazione sul possesso dei requisiti generali del nuovo modello di Accreditamento previsto dalla DGR1943/2017 effettuato contestualmente alla domanda di rinnovo, e durante gli interventi realizzati sia nel 2017 che nel 2018, sono emerse alcune necessità di revisione del sistema di governo che hanno condotto all'individuazione di alcune azioni di miglioramento di livello aziendale inerenti varie tematiche:

- rivisitazione del sistema di pianificazione e degli strumenti di valutazione degli obiettivi a tutti i livelli dell'organizzazione;
- implementazione di un sistema di valutazione delle competenze;
- revisione degli strumenti di gestione degli eventi avversi; ideazione e sperimentazione di un sistema di audit integrati; sistema integrato per la valutazione dei rischi;
- revisione del sistema di programmazione e gestione dei PDTA;
- applicazione dell'accordo attuativo locale, in coerenza al protocollo intesa Regione-Università;
- integrazione del PAF aziendale con la valutazione di impatto dei processi formativi;
- analisi critica e revisione della Carta dei Servizi per garantire la piena informazione ai pazienti e ai loro familiari su standard di qualità del servizio offerto;
- definizione criteri e modalità per garantire la partecipazione consapevole ed il coinvolgimento attivo del paziente e suoi familiari nel percorso assistenziale.

Tali azioni, presentate ed approvate dalla Direzione Generale sono state oggetto di obiettivi assegnati alle strutture di staff e line e, nel caso specifico del sistema di valutazione delle competenze, anche delle Unità Operative, e sono tuttora in corso di realizzazione da parte dei gruppi di lavoro. Altre azioni individuate nell'ambito dei percorsi formativi sull'Accreditamento erano già oggetto di altri progetti-obiettivi aziendali, e per queste si è definito di valutare la coerenza

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

delle attività pianificate con i requisiti dell’Accreditamento, non ravvisando la necessità di attivare nuovi gruppi di lavoro e nuove azioni di miglioramento.

Nel corso del 2018 è stata avviata la fase di audit presso tutte le strutture di Staff e Line alla Direzione Aziendale, per la verifica dello stato di avanzamento delle suddette azioni post-autovalutazione intraprese a fronte dei nuovi requisiti generali di Accreditamento. In questa fase sono stati valutati anche gli strumenti e i documenti dai quali si evince la rispondenza dei processi di competenza di tali strutture ai requisiti generali e la presenza e l’applicazione di strumenti del sistema di gestione per la qualità, a supporto del governo dei processi, in particolare la definizione delle responsabilità, le competenze e l’utilizzo di un cruscotto di indicatori per il monitoraggio dei processi specifici. Le risultanze di questa attività di audit sono state riportate in un report di valutazione, condiviso con la Direzione Aziendale in un momento dedicato. A fronte della valutazione, sono emerse altre azioni di miglioramento per il 2019, riportate in un specifici piani di miglioramento aziendale.

L’attività di supporto alla visita di rinnovo dell’Accreditamento Istituzionale si è realizzata nel 2018 anche attraverso la realizzazione di eventi formativi dedicati ai Dipartimenti, per l’illustrazione del nuovo modello previsto dalla DGR 1943/2017 e per l’individuazione e applicazione degli elementi di ricaduta dei requisiti generali a livello delle strutture aziendali.

I facilitatori dell’Area Qualità, i Referenti dell’Area Formazione e gli Animatori di Formazione hanno altresì supportato i Dipartimenti nel processo di rivalutazione dei requisiti specifici, in relazione ad eventuali cambiamenti intervenuti nella logistica e nell’organizzazione delle strutture, nell’attività di revisione di alcuni strumenti come lo stato della formazione, l’attività di valutazione periodica dei risultati conseguiti, la predisposizione dei dossier formativi di gruppo, la revisione degli strumenti informativi per l’utenza ed altri strumenti utili al governo dei processi interni. Le attività di formazione, informazione e condivisione degli obiettivi e degli strumenti del sistema di gestione per la qualità sono state realizzate anche attraverso gli incontri periodici delle reti integrate qualità e formazione che rappresentano a tutt’oggi un importante momento di scambio tra le aree qualità e formazione, con la partecipazione dei Rappresentanti della Direzione per la qualità, gli Animatori di Formazione e i Coordinatori infermieristici e tecnici.

Indicatori

- Presentazione di valida domanda di rinnovo entro la scadenza dell’accreditamento (31.07.2018)
Target 100% Risultato 100%
- Possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/2017 al momento della presentazione della domanda (autovalutazione)
Target 100% Risultato 100%

3.2.3.25 Lesioni da pressione

Le linee di indirizzo regionali sono state pubblicate sul BURERT del 15.11.2018 (comunicazione alle aziende ns. protocollo 26777 31.12.2018). Nel corso del 2018 è stato costituito un gruppo di lavoro interaziendale con AUSL di Bologna all'interno del quale sono state condivise le strategie di implementazione per la prevenzione delle lesioni da pressione (LdP). Sono stati realizzati percorsi formativi interaziendali su gestione e trattamento delle LdP (n. 6 edizioni corso base e n. 6 edizioni corso avanzato), in vista dell'emissione delle raccomandazioni della Regione Emilia-Romagna sulla prevenzione.

Sono state individuate e segnalate alla Regione le unità operative pilota di area medica e chirurgica e sono stati coinvolti gli operatori referenti delle lesioni per la conduzione degli audit in corso.

Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa**3.2.3.26 Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA**

La Direzione aziendale nel corso del 2018 è stata impegnata al raggiungimento dell'obiettivo economico-finanziario di pareggio civilistico di bilancio. La Direzione aziendale è stata inoltre impegnata:

- al costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Le CTSS sono state informate degli esiti delle verifiche straordinarie;
- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato.

Il rispetto dell'obiettivo economico-finanziario assegnato, è stato perseguito individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria e gli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

L'Azienda ha dato applicazione alla normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamate in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure di riduzione della spesa sanitaria alternative ed equivalenti sotto il profilo economico.

3.2.3.27 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2018 l'Azienda ha consolidato la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR nel rispetto delle disposizioni del D.lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

L'Azienda è stata impegnata nel corso del 2018 in continuità alle azioni avviate negli anni precedenti:

- a rimuovere gli ostacoli alla tempestività dei pagamenti, dovuti a percorsi organizzativi inefficienti o a inadempienze nelle fasi di registrazione, liquidazione o pagamento delle fatture, favorendo l'introduzione di innovazioni tecnologiche finalizzate a uniformare, snellire e velocizzare il processo;

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- a proseguire nel progetto di dematerializzazione dei processi di liquidazione anche in vista dell'attivazione del nuovo software gestionale per l'area amministrativo contabile (GAAC);
- ad estendere l'utilizzo della procedura informatica ordini a tutto il volume degli acquisti di beni e servizi rendendo univoci i percorsi organizzativi;
- ad estendere l'utilizzo dell'ordine e del documento di trasporto dematerializzato;
- a rimuovere degli ostacoli che impediscono ove possibile la liquidazione automatica delle fatture;
- ad attuare un efficiente controllo per verificare che la liquidazione delle fatture avvenga entro i tempi di pagamento stabiliti;
- ad effettuare una sistematica programmazione volta a ottimizzare l'utilizzo delle risorse finanziarie.

L'Azienda ha regolarmente inviato trimestralmente le tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2018, previste quale adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

Il valore dell'utilizzo dell'anticipazione di tesoreria nell'esercizio 2018 è stato pari a 0.

Il valore dell'indice tempestività di pagamento per l'esercizio 2018 è stato pari a - 19,88 giorni (target regionale di riferimento <= 0).

A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di Tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, l'Azienda ha avviato il nuovo servizio dal 1 gennaio 2018.

L'Azienda ha avviato nei tempi previsti dalla normativa il progetto **SIOPE+** che prevede per l'Ente l'obbligo di applicazione dell'ordinativo informatico e l'integrazione delle informazioni sui pagamenti con quelle delle fatture delle PA registrate nella Piattaforma dei crediti commerciali (PCC).

I flussi SIOPE+ sono stati collaudati nel mese di settembre e il progetto è stato avviato in produzione dal 1 ottobre 2018.

Il target di riferimento riscontrato nel corso del 2018 relativamente **al rispetto delle tempistiche di avvio del progetto SIOPE+** è pari al **100 %**.

3.2.3.28 Il miglioramento del sistema informativo contabile

Nel corso del 2018 l'Azienda, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, ha garantito l'omogeneità, la confrontabilità e l'aggregabilità dei bilanci delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale nel rispetto dei target definiti attraverso:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario) **rispettando il target di riferimento previsto;**
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.

Nel corso del 2018 è stata inoltre assicurata dall'Azienda, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA, attraverso l'utilizzo della Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali messa a disposizione dalla Regione Emilia-Romagna.

L'Azienda ha garantito la corretta e tempestiva alimentazione della Piattaforma web in tutte le sessioni previste e alle scadenze prestabilite **rispettando il target di riferimento previsto.**

3.2.3.29 Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie

Nel corso del 2018 l'Azienda è stata impegnata in continuità agli esercizi precedenti:

- a recepire ed applicare eventuali integrazioni delle Linee Guida regionali;
- a proseguire nel 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, anche in vista dell'avvio del nuovo sistema informativo regionale per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC);
- a proseguire il percorso per il superamento delle criticità emerse dai Monitoraggi Regionali sullo stato di attuazione del PAC a tutto il 2017;
- a recepire le osservazioni e i suggerimenti del Collegio Sindacale formulati in occasione delle Revisioni Limitate effettuate nel corso del 2016 e del 2017 e a proseguire il percorso per superamento delle criticità emerse nelle Revisioni stesse;
- ad aderire alle attività formative organizzate a livello regionale.

La Legge Regionale 9/2018 del 16 luglio 2018 prevede all'art. 26 che L'Azienda debba costituire un sistema di audit interno per la verifica, il controllo, la revisione e la valutazione delle attività e delle procedure adottate, al fine di certificarne la conformità ai requisiti legali, alle linee guida e indirizzi regionali, nonché alle migliori pratiche applicate. La funzione di Audit interno persegue l'obiettivo di indicare le necessitate azioni di revisione e integrazione delle procedure interne, anche amministrativo contabili, non conformi. L'Azienda nel corso del 2017 ha aderito, con deliberazione 194 del 28/09/2017, al progetto audit che coinvolge tutte le Aziende sanitarie della provincia. Con nota prot. 15050/2018 del 19/07/2018 è stato istituito il gruppo Audit metropolitano che ha avviato

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

formalmente i lavori nel corso del mese di settembre. Con nota prot. 8518/2018 del 17/07/2018 è stato istituito il gruppo Audit metropolitano che ha avviato i lavori predisponendo una prima relazione sulle attività svolte.

Nel corso dell'anno 2018 il Gruppo Audit Area Metropolitana che coinvolge gli Uffici Qualità, Anticorruzione e trasparenza, Controllo di Gestione e Bilancio, ha raggiunto i seguenti risultati:

- supporto e coordinamento per la redazione di un regolamento comune in materia di donazioni, di comodato e di conto visione;
- costituzione di un database unico delle procedure aziendali e interaziendali e dei relativi controlli/indicatori;
- mappatura delle procedure esistenti ai fini dell'individuazione delle aree di miglioramento e della omogeneità (laddove possibili) delle stesse.

Il target di riferimento riscontrato relativamente **all'istituzione del Sistema di Audit interno** e target di riferimento per il 2018 è pari al **100 %**.

3.2.3.30 Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

Nel corso del 2018 l'Azienda è stata impegnata:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4706 del 28/03/2017 al Tavolo di coordinamento e governo GAAC (d'ora in poi Tavolo GAAC);
- ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la massima collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema anche attraverso un supporto logistico e organizzativo al progetto garantito dal Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza;
- ad assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie all'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- ad assicurare la partecipazione dei propri collaboratori ai gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati anche tramite il Referente GAAC nominato.

Nel corso del 2018, sono state predisposte tutte le anagrafiche di base assegnate e sono stati pubblicati tutti i match previsti entro le tempistiche indicate. Alcune delle configurazioni di base GAAC sono state implementate dalle Aziende Sanitarie dell'area bolognese.

Il target di riferimento riscontrato relativamente **alla partecipazione attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro** e target di riferimento per il 2018 è pari al **100 %**.

L'Azienda è stata inoltre impegnata nell'applicazione di quanto previsto dalle normative in tema di:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- indicazione del Codice AIC all'interno delle fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN, che prevede il divieto di pagamento delle fatture relative a acquisti di prodotti farmaceutici che non riportano correttamente l'indicazione dello stesso codice;
- monitoraggio completo dell'intero ciclo acquisti, che prevede per il 2018 l'avvio del sistema SIOPE+, di cui al DM 25 settembre 2017, in grado di rilevare automaticamente i pagamenti eseguiti dalle amministrazioni pubbliche e di collegarli alle rispettive fatture e il nodo di smistamento degli ordini di acquisto (NSO), in grado di rilevare automaticamente gli ordini di acquisto, collegandoli sia ai contratti di origine che ai documenti emessi nelle fasi successive (fatture, bolle di accompagnamento dei beni, stati di avanzamento dei lavori).

L'Azienda ha inoltre assicurato la collaborazione ad IntercentER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR n. 287/2015, anche in vista dei nuovi adempimenti previsti dalla Legge finanziaria 2018, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile e garantire l'emissione di ordini di acquisto sia per i beni che per i servizi.

Fatturazione elettronica

Nel corso del 2018 l'Azienda è stata impegnata:

- ad assicurare la collaborazione ad Intercent-ER nella gestione del processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti attraverso la risoluzione degli inconvenienti informatici segnalati vicendevolmente;
- a garantire la partecipazione dei gestori aziendali emettenti ordini di acquisto al gruppo di lavoro dedicato alla dematerializzazione del ciclo passivo. Il gruppo si è incontrato con cadenza trimestrale per l'analisi dei volumi di ordini inviati elettronicamente da ciascun soggetto e la definizione delle azioni specifiche per risolvere le eventuali problematiche di processo ed informatiche;
- ad inizializzare le riflessioni operative con i gestori coinvolti per una sempre maggiore pervasività della dematerializzazione nel mondo dei servizi, attraverso incontri dedicati al tema;

Il target di riferimento riscontrato relativamente **alla implementazione di un sistema unico regionale** per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile, per la fatturazione elettronica, è pari al **100 %**.

Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

In ottemperanza all'art. 21 del Nuovo Codice dei Contratti (D.Lgs.50/2016) l'Azienda ha elaborato il programma biennale 2018/2020 degli acquisti di beni e servizi su un format predisposto da Intercent-ER.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Successivamente, con delibera n. 81 del 5.4.2018, si è preso atto della Determinazione n. 3912 del 22/03/2018 della Direzione Generale Cura alla persona, Salute e Welfare della R.E.R. avente per oggetto “Recepimento Masterplan 2018 – 2020 dell’Agenzia Regionale per lo sviluppo dei mercati telematici - Intercent-ER”, nella considerazione che l’Agenzia regionale Intercent-ER coordina la programmazione di tutte le Aziende sanitarie della Regione.

Con riferimento alla normativa sui Soggetti Aggregatori, a seguito della pubblicazione del D.P.C.M. 24 dicembre 2015 avvenuta il 9 febbraio 2016, e successivo aggiornamento con D.P.C.M. dell’11.07.2018, lo stesso MEF ha trasmesso indicazioni per l’attuazione delle norme, consentendo alle stazioni appaltanti di procedere con la stipula di “contratti ponte” laddove non sia presente una convenzione di Soggetto aggregatore cui aderire. Conseguentemente, soprattutto per garantire la disponibilità di farmaci che saranno compresi nelle prossime procedure di gara che l’Agenzia Intercent-ER completerà, si è proceduto con “contratti ponte” e relativa clausola di risoluzione anticipata al momento dell’attivazione delle nuove convenzioni regionali.

Per quanto riguarda l’applicazione delle disposizioni contenute nella Legge di Stabilità 2016 per gli approvvigionamenti di beni e servizi ICT, c’è sicuramente l’impegno dell’Azienda nel conseguire l’obiettivo della riduzione del 50% della spesa nel triennio 2016-2018.

Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie

Nel 2018 è continuata la sperimentazione della collaborazione tra l’Agenzia Intercent-ER e le Aziende Sanitarie, dopo che ogni Azienda ha stipulato apposita convenzione alla fine del 2015, come indicato nella D.G.R. n.1658 del 17 ottobre 2016, successivamente prorogata al 31.12.2019.

Per il 2018 sono state assegnate all’AVEC, per conto di Intercent-ER, le seguenti procedure, non ancora completate:

Servizio Acquisti Metropolitano di Bologna (S.A.M.):

1. FOBT;
2. Radiofarmaci per i lotti non aggiudicati nella prima gara;
3. Sistemi infusionali.

Mentre il Servizio Acquisti di Ferrara deve ancora concludere la procedura assegnata nel 2016 relativa a:

- Dispositivi per laparoscopia e suturatrici meccaniche.

Inoltre, sempre ai fini dell’integrazione organizzativa tra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie, si evidenzia che periodicamente (mediamente ogni 3 mesi) il Direttore dell’Agenzia Intercent-ER incontra i Direttori Sanitari e i Direttori Amministrativi dell’Area Vasta per un aggiornamento sull’attività in corso, sugli esiti delle procedure, sulle modalità di coordinamento delle attività, su eventuali criticità in fase di predisposizione degli atti di gara o di valutazione delle offerte.

Sviluppo dell'e-procurement

Dall'attivazione della nuova piattaforma telematica di IntercentER il Servizio Acquisti Metropolitano, che opera per le 4 Aziende Sanitarie della Provincia di Bologna, espleta tutte (100%) le procedure di gara attraverso la piattaforma telematica messa a disposizione da Intercent-ER, sia sopra soglia comunitaria (euro 221.000) sia quelle sotto soglia, compresi gli acquisti diretti.

L'Azienda è impegnata a garantire l'emissione di almeno il 50% degli ordini di acquisto in modalità elettronica. Il target di riferimento riscontrato relativamente alla percentuale > del 50% degli ordini inviati elettronicamente tramite NoTI-ER è pari al 100%, avendo l'azienda raggiunto la percentuale del 55,9%.

Dematerializzazione del processo di ciclo passivo

L'azienda ha partecipato a tutti gli incontri tenuti nel corso del 2018, presso la sede del MEF in Roma, per poter definire regole tecniche e le linee guida nel gruppo di lavoro composto dal MEF stesso, dal Ministero della Salute, da una rappresentanza di alcune aziende sperimentatrici locate in alcune regioni italiane (per la regione E.R – AUSL di Reggio, AUSL di Romagna e AOSP di Bologna, oltre ad INtercent-ER), alcune associazioni dei produttori (es. Asso biomedica), alcune aziende fornitori del sistema nazionale sia di farmaci che di dispositivi medici, alcune società software fornitrice, AGID, ecc.

Sul lato regionale, la dematerializzazione del processo del ciclo passivo, (SiCiPa-ER), prevede la possibilità per tutte le Aziende Sanitarie di usufruire del Nodo Telematico di Interscambio (NoTI-ER) e l'introduzione del Software Contabile Regionale costituiscono il presupposto per la creazione di un reale flusso delle informazioni utili al governo della logistica centralizzata. A tal fine L'Azienda ha partecipato alla fase della sperimentazione del progetto coordinata da Intercent-ER, sia per la fase invio ordini che per la fase ricevimento documenti di trasporto.

L'azienda nel suo complesso ha emesso 24.037 (+85% rispetto all'anno 2017) ordini di beni di consumo dematerializzati con protocollo Peppol rispetto ad un totale di ordini emessi di 42.967. La percentuale di ordini dematerializzati si attesta quindi al 55,9%. Il target di riferimento riscontrato relativamente alla percentuale > del 50% degli ordini inviati elettronicamente tramite NoTI_ER, è pari al 100%, avendo l'azienda raggiunto la percentuale sopradescritta.

3.2.3.31 Il governo delle risorse umane

Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) L'anno 2018 è stato caratterizzato dalla predisposizione dei Piani triennali dei fabbisogni, sviluppato in coerenza con le priorità definite

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

dal livello regionale (area emergenza urgenza, processi di stabilizzazione dei contratti atipici) e dai piani di sviluppo individuati a livello metropolitano e provinciale.

Concorsi in sede Avec nel 2018 le Amministrazioni di AVEC hanno sottoscritto un protocollo di intesa per la gestione congiunta dei seguenti concorsi pubblici:

- tecnico di laboratorio medico,
- tecnico di ostetricia,
- tecnico fisioterapista.

Visti i risultati della sperimentazione di concorsi congiunti in sede Avec l'attività continuerà nel 2019 con la previsione di ulteriori concorsi congiunti per altre figure del personale del comparto sanitario e non sanitario quali: dietista, tecnico della prevenzione, assistente amministrativo, assistente sanitario, logopedista, audiometrista, ingegnere civile, collaboratore amministrativo.

Nell'area metropolitana di Bologna la pianificazione delle procedure concorsuali è stata supportata da due cabine di regia, una per il personale del comparto composta dai direttori amministrativi e una per il personale della dirigenza composta dai direttori sanitari o loro delegati di tutte e 4 le aziende, al fine di ottimizzare la indizione delle procedure e effettuare procedure – ove possibile – in forma congiunta.

L'esperienza per i concorsi della dirigenza – anche se limitata a poche discipline (pronto soccorso, anestesia, igiene pubblica, dirigente chimico) non ha dato ultimamente gli stessi frutti positivi in relazione alle diverse esigenze delle aziende coinvolte.

Rispetto legge 161/2014

L'azienda ha garantito la regolare erogazione dei servizi e dei livelli di assistenza in coerenza con le direttive e le linee condivise con la Regione. Rispetto agli indicatori e target previsti dalla delibera di programmazione regionale (DGR919/2018):

- Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti: a seguito dell'avvenuta implementazione della procedura unica regionale per la gestione delle presenze/assenze, si è nuovamente reso possibile nel corso del 2018 porre in essere il monitoraggio e la segnalazione di eventuali mancati rispetti della normativa quali il superamento delle 48 ore;
- A sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'emergenza urgenza è stata effettuata una proposta di adeguamento del personale e formalizzata nel piano triennale dei fabbisogni del personale;
- È stata data esecuzione agli accordi sottoscritti con le OOSS in applicazione della L.161/2017. Con riferimento alla riduzione del lavoro precario medico, l'obiettivo dato nel 2016 era la riduzione dell'80% dei contratti libero professionali finanziati con risorse aziendali. Nel 2016 erano 60, al 31.12.2018 rimangono attivi 27. La realizzazione dell'obiettivo si completerà nel corso del 2019 (obiettivo 12);
- Sono stati rispettati gli standard previsti dal patto per la salute
- È stata avviata la sperimentazione dei unificazione dei concorsi del personale, come dettagliatamente rappresentato al paragrafo precedente.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Valorizzazione del sistema sanitario regionale e del personale

L’Azienda nel 2018 ha garantito l’impegno di coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di implementazione dei progetti: Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU) e del Sistema per la Gestione Informatizzata dell’Area Amministrativa Contabile (GAAC).

Nel 2018 è stato predisposto e strutturato il piano di avvicinamento con pianificazione triennale in linea con le indicazioni dell’OIV regionale. Il piano è stato deliberato e inviato all’OIV (PG 20392 del 15.10.2018) e successivamente integrato a seguito di ulteriori indicazioni regionali (delibera AOU 289/2018).

Sviluppo linee comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative, giuridiche ed economiche

Nel corso del 2018 sono stati affrontati, dall’apposito gruppo regionale finalizzato all’analisi delle principali tematiche relative alle politiche del personale, tra gli altri i seguenti temi: stato di avanzamento progetto GRU, predisposizione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2018/2020, questione FSI, compensi ex art 113 DL50/2016, accordo regionale formazione universitaria, stabilizzazioni ai sensi del Decreto Madia, Piano di avvicinamento al sistema di valutazione aziendale, linee guida per la contrattazione integrativa CCNL comparto 21/5/2018.

Nel corso del 2018 si è provveduto inoltre a consolidare le politiche di stabilizzazioni derivanti dall’applicazione dagli accordi regionali del settembre e del novembre 2016 nonché a dare applicazione al PTFP 2018/2020, anche per la parte relativa alle stabilizzazioni, nel rispetto di quanto autorizzato dal livello regionale.

Si è inoltre provveduto ad analizzare la situazione aziendale e da effettuare la dovuta ricognizione quale fase propedeutica all’applicazione dell’accordo regionale a sostegno della formazione universitaria, siglato in data 7/9/2017. In data 27/9/18 è stato discusso al tavolo trattante il documento “Applicazione dell’accordo regionale sull’utilizzo del 25% del fondo per i corsi universitari erogato alle aziende sedi di formazione per le lauree triennali abilitanti delle professioni sanitarie” il cui iter è in corso di perfezionamento.

Relazioni con le OOSS

L’Azienda e le Organizzazioni Sindacali hanno mantenuto aperto il confronto sia sulla gestione corrente che su importanti processi di riorganizzazione rilevanti in ambito aziendale e in ambito metropolitano.

Dopo l’entrata in vigore del CCNL 21/5/2018 area di contrattazione del personale del comparto, il modello partecipativo contenuto nel contratto ha determinato una intensificazione dei

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

momenti di confronto con gli organismi sindacali aventi titolo. In particolare si è proceduto sia in sede trattante sia in sede tecnica all'analisi di alcuni istituti giuridici particolarmente significativi come quelli legati al riconoscimento delle indennità di turno e alle indennità di terapia intensiva e sub intensiva per la specifica ricaduta organizzativo/gestionale ed al tempo stesso economica.

Negli incontri sindacali in sede negoziale aziendale sia con le OO.SS. del comparto che con le OO.SS. della dirigenza è stato discusso e monitorato il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2018/2020 con particolare riferimento ai dati comprovanti il processo di stabilizzazione dei contratti a tempo determinato e/o atipici, nell'ambito delle politiche occupazionali condivise a livello regionale e sono stati presentati e discussi diversi progetti d'innovazione organizzativa.

Le riorganizzazioni a valenza interaziendale in particolare risultano finalizzate ad operare sinergie tra le aziende in un'ottica di integrazione dei processi 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 e sanitarie).

L'anno 2018 ha visto l'azienda impegnata nel coordinare e coadiuvare tutte le attività e gli adempimenti richiesti per le elezioni RSU 2018 - secondo quanto previsto al punto 15 circolare ARAN 1/2018 "compiti delle amministrazioni".

Si riportano di seguito i dati di sintesi che evidenziano gli elementi quantitativi del processo gestito

- numero dipendenti titolari del diritto di voto - 3.947
- numero voti espressi - 2.878
- numero seggi da assegnare alle oo.ss. presentatici di lista – 45
- quorum necessario per l'assegnazione di un seggio - 63,956
- numero dipendenti che hanno esercitato il diritto di voto – 2878
- numero seggi elettorali allestiti - 4
- percentuale dei votanti rispetto al numero complessivo degli elettori – 72,92%.

Costi del personale

L'Azienda ha rispettato le previsioni di bilancio, compatibilmente con il rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014 e Piano dei fabbisogni del personale approvato dalla Regione. La rendicontazione puntuale del costo del personale si rimanda al capitolo 4.2 Scostamento dei risultati rispetto al bilancio economico preventivo 2018 e consuntivo 2017 – Costo del personale dipendente e non dipendente.

3.2.3.32 Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Con deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia-Romagna n. 2311 del 21 dicembre 2016: "Gestione diretta dei sinistri in sanità. Adesione di tutte le Aziende sanitarie al Programma regionale. Avvio fase valutativa", si è conclusa la fase sperimentale che ha portato all'ammissione delle ultime Aziende sanitarie regionali al Programma di prevenzione degli eventi avversi e di gestione diretta dei sinistri (da ultimo l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna a decorrere dal 1.5.2017); ha così preso avvio la fase valutativa, con termine previsto per il 31/12/2019, tesa a verificare i possibili impatti applicativi del programma al fine di trarre elementi conoscitivi e dati maggiormente rappresentativi che consentano di apportare allo stesso eventuali adeguamenti, qualora necessari.

Al fine di dare piena attuazione del Programma regionale sono state sviluppate azioni anche alla luce della recente Legge 24/2017, che ha introdotto numerosi adempimenti e debiti informativi a carico delle strutture sanitarie. Si è proceduto all'integrazione della procedura aziendale PA45 "Gestione sinistri RCT/RCO, prevedendo che l'Azienda provveda notiziare l'interessato:

- prima dell'avvio della trattativa invitando l'interessato a partecipare alla trattativa anche nel caso di procedimenti di mediazione in cui le parti decidano di proseguire oltre il primo incontro;
- a seguito di notifica di atto di citazione/ricorso ex art. 702 bis c.p.c., nonché ricorso ex art. 696 bis c.p.c., come da indicazioni regionali.

Si è anche provveduto ad integrare la suddetta procedura indicando la tempistica per ciascuna fase di trattazione del sinistro, onde assicurare che entro 6 mesi dalla data della richiesta risarcitoria sia conclusa la fase decisoria in sede di Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS), con conseguente trasmissione al Nucleo Regionale di Valutazione dei casi eventualmente afferenti alla seconda fascia, con specifico riferimento alle varie fasi:

- apertura del sinistro e formulazione del riscontro di apertura al/ai richiedente/i rispetto alla data del ricevimento della richiesta danni;
- istruttoria documentale e valutazione medico-legale del sinistro rispetto alla data di ricevimento della documentazione;
- disamina del caso in Comitato Valutazione Sinistri (CVS) della formulazione del parere medico-legale;
- invito dei professionisti interessati a partecipare alla trattativa;
- trasmissione al Nucleo Regionale di Valutazione della documentazione completa per i sinistri di seconda fascia da parte del Responsabile dell'attuazione del programma dalla disamina del caso in CVS;
- accantonamento ai rispettivi fondi rischi e oneri nel rispetto della procedura interaziendale P-INT 28.

Sono stati, altresì, rielaborati i modelli standard di comunicazione con eventuali allegati, in uso a partire dall'entrata in vigore della suddetta normativa, anche alla luce dell'esperienza fatta e delle esigenze di variare/modificare tali elaborati in funzione delle richieste/rilievi pervenute/i dagli interessati.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

I sinistri aperti nell'anno 2018, successivamente alla valutazione medico-legale, sono stati decisi in CVS entro il 31 dicembre, nel rispetto dei tempi di processo e, quindi, di 6 mesi dall'apertura del sinistro, in modo da allinearsi al target "media regionale".

È stata, altresì, mantenuta la già ben strutturata attività d'inserimento dei dati, entro 15 gg dall'apertura, nel database regionale "contenzioso legale" (richiesta di risarcimento – istanza di mediazione - atto giudiziale civile di varia natura - procedimento penale con indagati - procedimento penale senza indagati /segnalazione cautelativa) che al 31/1/2019 risulta implementato al 100%.

Con riferimento ai sinistri con copertura assicurativa - aperti entro il 31/12/2012 - è stato inviato in Regione, nel rispetto del termine previsto, fissato al 30 giugno 2018, il Report "Piano aziendale di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma regionale", nel quale è stato evidenziato lo stato di ciascun sinistro, con particolare riferimento a quelli con contenziosi giudiziari in essere.

Tale cognizione è stata effettuata in collaborazione con il broker, acquisendo la documentazione - ove non fosse già presente agli atti dell'Azienda - in modo da definire, in linea di massima, la tempistica di possibile definizione del sinistro e, in caso di vertenza giudiziale, la fase del procedimento. L'elenco contiene unicamente i sinistri per i quali l'Azienda non abbia ancora provveduto al rimborso della franchigia e quelli per cui, in concomitanza con la rilevazione, sono emersi elementi di definizione quali l'emissione di sentenza, la comunicazione di avvenuta transazione, ecc..

Si è, inoltre, proceduto alla costituzione di un Gruppo di Lavoro con i Servizi Affari generali/legali e assicurativi dell'Area metropolitana per omogeneizzare le procedure in essere nelle Aziende, tra cui quella relativa al riconoscimento della Tutela legale da fornire ai Professionisti, anche alla luce delle indicazioni regionali sui vari aspetti critici.

È stato espletato un concorso pubblico di collaboratore amministrativo-professionale – settore: legale – categoria D finalizzato a dare attuazione al "Programma Regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie" di cui alla deliberazione della Giunta RER n. 2079/2013 (per l'AUSL di Bologna, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi e l'Istituto Ortopedico Rizzoli).

È stato altresì organizzato, in collaborazione con il Broker dell'Azienda, in data 5/6/2018, un incontro ove si è affrontato l'argomento della Governance dei rischi e responsabilità sanitaria in un sistema salute "accountable".

A cura dell'U.O. di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio è stato organizzato il corso "Legge 24/2017 e responsabilità amministrativo-contabile", aperto a tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna e tenutosi presso l'AOU di Bologna in data 14 dicembre 2018.

3.2.3.33 Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza

Come previsto dal comma 5 dell'art. 1 della L. n. 190 del 6.11.2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" si procede all'adozione del Piano triennale di prevenzione della Corruzione per il periodo 2018-2020. Le attività oggetto di attenzione nel 2018 sono state influenzate dall'ancora pressante necessità di agire sui Servizi Unici Metropolitani, sulle relazioni tra questi e le Aziende coinvolte e sugli indicatori di attività più corretti per la valutazione di efficacia delle misure di prevenzione individuate.

Nel corso del 2018 è stato, pertanto, attivato uno specifico approfondimento per rendere più strutturate ed organiche le relazioni tra Intercenter-ER e Aziende sanitarie nella filiera degli *Acquisti*. Come noto, si tratta di area di rischio particolarmente critica per tutte le pubbliche amministrazioni, ma in modo specifico nel settore sanitario.

L'obiettivo dell'approfondimento condotto è stato quello di migliorare l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte per la prevenzione della corruzione nei processi di acquisto, con un approccio effettivamente sistematico, evitando che la necessaria ed opportuna collaborazione tra soggetti diversi crei spazi di incertezza nell'applicazione della normativa e dei regolamenti interni.

Per la definizione delle fasi del processo di acquisto si è assunto quale riferimento principale quanto previsto nel capitolo "AREA DI RISCHIO CONTRATTI PUBBLICI" del PNA 2015 (Determinazione ANAC n.12/2015). L'analisi del processo ha portato all'individuazione di misure di carattere generale e di misure specifiche, legate alle diverse fasi del processo di acquisto.

Per quanto riguarda l'Amministrazione del Personale, per rendere più appropriata la scelta delle misure di prevenzione, come evidenziato dall'attività di audit svolta nel 2017, e per procedere ad un inquadramento del processo sempre più rispettoso della realtà del Servizio Unico Metropolitano, si è rivista la mappatura del processo di *Acquisizione del personale, conferimento incarichi e gestione delle carriere* e sono state rivalutate conseguentemente le misure di prevenzione.

A seguito dell'iniziativa formativa sul conflitto di interessi nello svolgimento dell'*Attività libera professionale* intramoenia rispetto a quella istituzionale svolto nel 2017, era stata avanzata l'ipotesi di istituire un gruppo di lavoro permanente sui temi della prevenzione della corruzione con componenti di ALP, Direzione Sanitaria e Ufficio Anticorruzione. L'idea ha trovato attuazione nel 2018 e ha portato alla costituzione di un gruppo con l'obiettivo di supportare il programma aziendale di controlli organizzativo-gestionali per la libera professione e rendere più strutturata e continuativa l'attività.

La regolamentazione aziendale delle *Sperimentazioni Cliniche* ha subito una importante revisione per delineare le nuove modalità di conduzione degli studi clinici, la conferma del necessario passaggio di autorizzazione aziendale e le attività del Comitato Etico Regionale. E' stato rivisto il sistema di ripartizione dei proventi e definita l'elaborazione di specifici indicatori di rischio come, ad esempio, il rapporto tra i volumi di attività svolta nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e attività istituzionale; si è valutata la misura preventiva di raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitto

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

di interessi da parte dei professionisti coinvolti, in considerazione dell'impatto dei finanziamenti esterni.

Per agevolare la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati e sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse, in coerenza con il programma di lavoro inerente il "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei dati e dei bilanci", costituitosi a livello provinciale e sviluppatosi su 3 grandi macroaree (Requisiti generali, Ciclo Attivo, Ciclo Passivo e Netto), nel corso del 2017 le Aziende USL di Bologna, Imola, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna ed Istituto Ortopedico Rizzoli hanno approvato il progetto "*Gruppo area metropolitana di Bologna*".(vedi paragrafo 3.2.1). Nel corso dell'anno 2018 il Gruppo Audit Area Metropolitana ha raggiunto i seguenti risultati:

- supporto e coordinamento per la redazione di un regolamento comune in materia di donazioni, di comodato e di conto visione;
- costituzione di un database unico delle procedure aziendali e interaziendali e dei relativi controlli/indicatori;
- mappatura delle procedure esistenti ai fini dell'individuazione delle aree di miglioramento e delle omogeneità (laddove possibili) delle stesse.

Sempre sul tema dei controlli, la Direzione ha ritenuto di grande interesse ed attualità il progetto di avvio di audit di verifica delle attività di prevenzione della corruzione e lo ha approvato nella sua funzione di verifica indipendente, con la finalità di esaminare e valutare i processi aziendali a rischio corruttivo.

In particolare, la funzione di audit interno, adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurne l'impatto, è considerata un supporto alla Direzione per valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative, per verificare la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite, per identificare e valutare le aree operative maggiormente esposte a rischi e implementare misure idonee per ridurli.

Nell'anno 2018 le verifiche sono state definite e previste per l'area della Libera professione, per il processo di gestione del decesso in ospedale e per l'area della logistica sanitaria.

Sulla base di quanto disposto dalla Direzione Generale Cura della persona, salute e Welfare, con nota del 13.03.2018 Prot. Reg. 2018/175158 "Legge regionale n. 19 del 29 luglio 2004. Vestizione del defunto deceduto presso una struttura sanitaria", riguardo l'affidamento al personale delle onoranze funebri incaricate dai familiari, di tutte le incombenze quali la vestizione e la tanatocosmesi, in quanto non rientranti nei LEA di cui al D.P.C.M. DEL 12.01.2017, è stato adottato con Delibera n. 292 del 31 dicembre 2018 ed è entrato in vigore dal 1^o gennaio 2019 il Regolamento Aziendale sulla vestizione delle salme.

I rapporti con le società farmaceutiche sono stati affrontati, anche su impulso degli indirizzi e direttive della Regione Emilia-Romagna in materia (DGR n. 2309/2016), attraverso la emanazione di specifiche disposizioni aziendali e attivazione di un percorso di tracciatura di richieste di visita e numero di incontri avvenuti per singolo professionista (deliberazione aziendale n.110/2017). Nel 2018 si è quindi provveduto ad effettuare un'accurata analisi dei dati per la verifica della corretta

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

applicazione del regolamento aziendale, con elaborazione e rappresentazione grafica dei risultati, inviata a tutti i Dipartimenti/Unità Operative.

Rispetto agli indicatori e target attesi la rendicontazione è la seguente:

- Adozione Codice di comportamento nei tempi e con le modalità indicate dalla DGR 96/2018: Codice comportamento adottato con deliberazione n. 115 del 24.05.2018;
- % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2018 (tenuto conto dei tempi di effettiva disponibilità moduli GRU)= 30% (valore atteso \geq 15%)

3.2.3.34 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

Il Regolamento Europeo UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, pienamente applicabile dal 25 maggio 2018, ha introdotto un nuovo approccio basato sulla responsabilizzazione del titolare del trattamento: accountability. L’Azienda, a seguito dell’entrata in vigore del Regolamento Europeo UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali applicabile dal 28/05/2018, ha garantito:

- ✓ La nomina del Responsabile della protezione dei dati (DPO) avvenuta con Delibera n. 149 del 28.06.2018;
- ✓ L’adozione del registro delle attività di trattamento nei tempi previsti dal regolamento
- ✓ La partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale
- ✓ L’emissione di un nuovo organigramma delle responsabilità privacy aziendali ridefinendo i profili di responsabilità in tema di protezione dei dati personali e le nuove modalità di designazione dei soggetti autorizzati ad eseguire operazioni di trattamento dei dati personali (Delibera n. 265 del 19.12.2019).

Disposizioni anticipate di volontà nei trattamenti sanitari

Con riferimento alle disposizioni anticipate di volontà sono stati organizzati percorsi formativi per gli operatori.

3.2.3.35 Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

Information Communication Technology (ICT)

Gestione dell’area amministrativo contabile (GAAC)

Nel corso del 2018 l’Azienda è stata impegnata:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4706 del 28/03/2017 al Tavolo di coordinamento e governo GAAC (d'ora in poi Tavolo GAAC);
- ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la massima collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema anche attraverso un supporto logistico e organizzativo al progetto garantito dal Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza;
- ad assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie all'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- ad assicurare la partecipazione dei propri collaboratori ai gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati anche tramite il Referente GAAC nominato.

Nel corso del 2018, sono state predisposte tutte le anagrafiche di base assegnate e sono stati pubblicati tutti i match previsti entro le tempistiche indicate. Alcune delle configurazioni di base GAAC sono state implementate dalle Aziende Sanitarie dell'area bolognese.

Il target di riferimento riscontrato relativamente **alla partecipazione attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro** e target di riferimento per il 2018 è pari al **100 %**.

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area gestione delle risorse umane (GRU)

Nel corso del 2018 l'Azienda ha rispettato le tempistiche previste dal progetto esecutivo ed è stato collaudato il software.

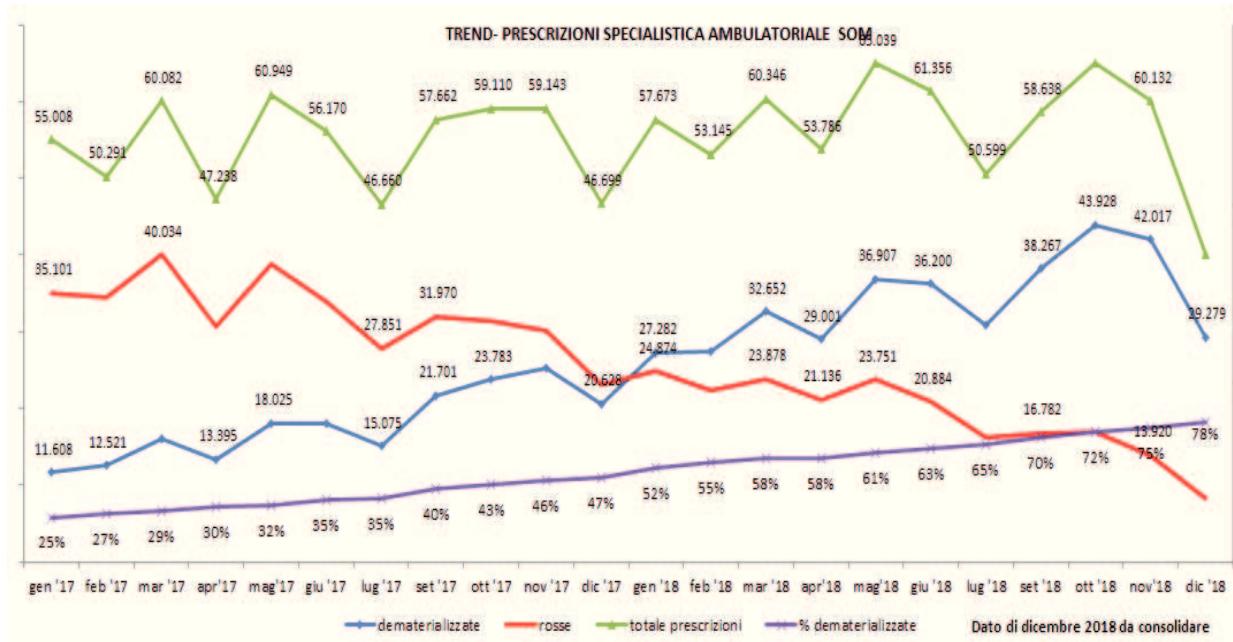
Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Con l'attivazione, nel 2018, della restituzione delle immagini radiologiche al FSE si è completato l'insieme degli applicativi aziendali, individuati come di interesse a livello regionale, che inviano i documenti al sistema regionale del FSE.

Dematerializzazione delle prescrizioni

Nel corso del 2018 è continuata l'attività di migrazione delle diverse UO aziendali ai nuovi sistemi di prescrizione dematerializzata. A seguire si riporta il trend delle prescrizioni dematerializzate dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (*dato a dicembre 2018 non consolidato*):

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE



Anagrafe Regionale Assistiti (ARA)

L’Anagrafe Pazienti Centrale (APC) dell’AOSP è integrata con quella regionale ARA. Seppur non in modalità automatizzata l’Azienda accede ai servizi dell’anagrafe strutture regionale per il recepimento delle informazioni di interesse.

Software unico dei comitati etici

L’azienda ha garantito la partecipazione alle attività propedeutiche alla messa a punto della piattaforma e al rispetto delle tempistiche della progettazione esecutiva. Nel corso del 2018 è stata gestita la formazione al personale del Comitato Etico e la procedura è stata collaudata a dicembre 2018.

Sistema informativo

Le attività pianificate finalizzate alla tempestività e qualità nella rilevazione di tutti i flussi informativi regionali hanno riguardato:

- SDO: sono state implementate attività finalizzate al miglioramento dei meccanismi di acquisizione automatica dei dati dall’applicativo di radiologia per le prestazioni interventistiche di classe AHRQ4. E’ attivo il monitoraggio costante delle attuali integrazioni con gli applicativi sanitari di sala operatoria, di emodinamica ed è attivo un sistema di segnalazione alle U.O. sulla mancanza di chiusura dei referti. Al fine di ottimizzare l’alimentazione dei flussi informativi sono stati implementati sistemi di recupero dei parametri clinici (frazione d’eliezione, pressione arteriosa, creatinina serica) dai database

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- clinici (RERIC, REAL, RERAI). E' stata garantita la partecipazione costante ai tavoli regionali per la messa a punto dei nuovi controlli richiesti;
- ASA: prosegue l'implementazione del piano di contrazione dei tempi tecnici per il caricamento in back office delle pratiche cartacee al fine di migliorare la tempistica di invio dei dati e l'informatizzazione dei day service, in particolare la dialisi, gestiti in back office. E' attivo un tavolo permanente per il miglioramento nella rilevazione di tutte le prestazioni eseguite in relazione all'avanzamento dell'informatizzazione degli ambulatori;
 - FED: adeguamento dell'applicativo informatico per la rilevazione della targatura, viene gestita la rilevazione del radiofarmaco Radium 223 come da indicazioni regionali;
 - AFO ed FED: controlli di qualità per avere una percentuale di differenza fisiologica di rilevazione tra i due flussi inferiore allo 0,5%;
 - EMUR verifica sulla qualità dei nuovi campi previsti per il calcolo del NEDOCS;
 - Flussi sanitari (REAL, RERAI, RERIC, SICHER): migliorata la qualità abbassando la percentuale di scarto del flusso informativo regionale con lavoro costante con i clinici;
 - Controlli automatici su sistema anagrafica regionale e/o sistema TS per la verifica dei dati anagrafici del paziente.

E' stata garantita l'adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata
ovvero è stato gestito:

- o Flusso per Prezzi di acquisto dei farmaci;
- o Flusso per Note di credito;
- o Monitoraggio tra quanto inviato in AFO e FED per avere una percentuale di differenza fisiologica di rilevazione tra i due flussi inferiore allo 0,5%.

Rilevazione tempi di attesa

Nel corso del 2018 sono stati inviati al sistema SIGLA tutti gli interventi programmati contemplati nelle discipline previste dal nomenclatore SIGLA raggiungendo una percentuale di completamento prossima al 100% dei pazienti in lista.

E' stata inoltre prestata fattiva collaborazione con il "gruppo regionale SIGLA" che ha portato all'integrazione del nomenclatore SIGLA con nuovi codici che sono entrati in vigore all'inizio dell'anno 2019

3.2.3.36 Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare**Piano investimenti**

Gli investimenti in lavori e attrezzature/arredi/software realizzati dall'Azienda nell'anno 2018 hanno tenuto conto del vincolo di finanziamento con fondi in conto esercizio solo nel caso in cui fosse rispettata la condizione del pareggio di bilancio.

Per il dettaglio del piano degli investimenti si rimanda a quanto descritto al capitolo 3.3 – Investimenti effettuati.

Per quanto riguarda l'accordo di programma Addendum (art. 20 L. 67/88), è stato individuato, tra gli interventi da finanziare l'intervento denominato "Riordino e riqualificazione delle strutture dell'Area Pediatrica nell'ambito del Polo Materno - Infantile (Padiglioni 4, 10, 13, 16) - secondo stralcio funzionale", per un importo complessivo di € 19.084.000 di cui € 18.129.800 a carico dello Stato ed € 954.200 a carico della Regione.

Con determina n. 70 del 13 ottobre 2017, è stato aggiudicato il servizio di architettura, ingegneria e geologia, con relative indagini, per la redazione della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva e il coordinamento della sicurezza in fase di progettazione, con riserva di affidamento anche dei servizi di direzione lavori e coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione, inerenti i lavori di cui trattasi al Raggruppamento Temporaneo di Concorrenti costituito da Mythos Consorzio Stabile S.c.a.r.l., (Capogruppo Mandataria), Studio Associato Marchingegno (mandante) e Studio Associato Geores, per un importo contrattuale pari ad € 2.141.192,30, oltre IVA e contributi previdenziali;

Con delibera n. 41 del 23 febbraio 2018 è stato approvato il progetto di fattibilità tecnico economica (Progetto P/45/2017) "Riordino e riqualificazione delle strutture dell'area pediatrica nell'ambito del polo materno infantile (Padiglioni 4, 10, 13 e 16), comprensivo dell'ampliamento del Padiglione n. 4 e della demolizione del Padiglione n. 21 presso il Policlinico – primo stralcio funzionale (interventi P.2, PB.4, 39) e secondo stralcio funzionale (intervento Apb 16), per un importo complessivo di € 41.799.390,00 IVA inclusa, finanziato con fondi statali, regionali e aziendali, redatto dal R.T.I. Consorzio Mythos scarl, agli atti con PG 3665 del 19 febbraio 2018 e trasmesso, con nota PG 4312 del 26 febbraio 2018, alla Regione Emilia-Romagna per gli conseguenti adempimenti connessi alle procedure di finanziamento ai sensi della delibera di Giunta Regionale 2374 del 29 dicembre 2008 e 708 del 15 giugno 2015.

Con nota agli atti PG 13084 del 20 giugno 2018 il Gruppo Tecnico Regionale nella seduta del 12 giugno 2018 ha valutato positivamente la documentazione integrativa del progetto di fattibilità tecnica ed economica dell'intervento in oggetto, trasmessa con nota PG. 11620 del 31 maggio 2018 a seguito delle richieste formulate dal medesimo Gruppo Tecnico nella precedente seduta del 13 marzo 2018.

Con determina n. 75 del 30 ottobre 2018 l'Azienda ha provveduto ad aggiudicare alla Società Conteco Check s.r.l. il servizio di verifica preventiva, finalizzato alla validazione, della progettazione esecutiva relativa ai lavori di riordino e riqualificazione delle strutture dell'area pediatrica nell'ambito del polo materno infantile (padiglioni 4, 10, 13 e 16), comprensivo dell'ampliamento del

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

padiglione n. 4 e della demolizione del padiglione n. 21 presso il policlinico – primo stralcio funzionale (interventi P.2, PB.4, 39) e secondo stralcio funzionale (intervento Apb 16) per un importo contrattuale pari a € 72.352,64, oltre IVA e oneri previdenziali.

Infine, con nota agli atti PG. 822 del 14 gennaio 2019 la Regione Emilia-Romagna ha comunicato la valutazione positiva in linea tecnica del progetto esecutivo dell'intervento.

Il termine per la presentazione del progetto esecutivo sarà coerente con il termine ultimo per ottenere l'ammissione al finanziamento dell'intervento, fissato al 2 maggio 2019 (30 mesi dalla data di sottoscrizione dell'accordo di Programma Addendum avvenuto il 2 novembre 2016)

L'Azienda, infine, ha presentato nel corso del 2018 le seguenti richieste di liquidazione relative ad interventi conclusi e attivati:

- per l'intervento PB5 richiesta di liquidazione per € 2.879.999,99 (PG. 13515 del 26/06/2018) pari al 100% dell'importo residuo da liquidare;
- per l'intervento H21 richiesta di liquidazione di € 28.747,48 (PG.2596 del 31/01/2019) pari al 100% dell'importo residuo da liquidare;
- per l'intervento R.1 richiesta di liquidazione per € 4.500.000,00 (PG 17260 del 3/09/2018 e PG. 26488 del 21/12/2019) pari al 100% dell'importo residuo da liquidare;
- per l'intervento S18 richiesta di liquidazione per € 3.233,60 (PG 12310 del 8/06/2018) pari al 100% dell'importo residuo da liquidare;
- per l'intervento AP33 richiesta di liquidazione per € 27.725,35 (PG 25412 del 12/12/2018) pari al 13,1% dell'importo residuo da liquidare;
- per l'intervento AP35 richiesta di liquidazione per € 17.093,08 (PG 25555 del 13/12/2018) pari al 17,7% dell'importo residuo da liquidare;
- per l'intervento H22 richiesta di liquidazione per € 73.255,96 (PG. 25411 del 12/12/2018) pari al 42% dell'importo da liquidare

Gestione del Patrimonio immobiliare

Prevenzione incendi

Nel 2018 è stata avviata la realizzazione degli adeguamenti secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015), in previsione dello step con scadenza 2019.

L'Azienda ha, inoltre, provveduto al monitoraggio della prevenzione incendi e degli eventi incidentali correlati con gli incendi tramite l'inserimento nel sistema informativo regionale dei relativi dati.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Prevenzione sismica

Per quanto riguarda la prevenzione sismica, secondo le indicazioni del Servizio Strutture Tecnologie e Sistemi Informativi della Regione Emilia-Romagna, nel 2018, sono stati realizzati gli adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale.

Manutenzione

Per quel che concerne il costo/mq della manutenzione ordinaria del patrimonio immobiliare dell'Azienda, si riportano i dati elaborati dal 2011 ad oggi:

Anno	Costo/mq aziendale	Media RER
2011	24,50€/mq	23,75 €/mq
2012	20,31 €/mq	np
2014	21,66 €/mq	24,00 €/mq
2015	23,91 €/mq (scostamento rientrante nell'ambito del 10%)	22,64 €/mq
2016	22,11	22,17

Per quanto riguarda l'anno 2017, il dato non è ancora disponibile in quanto il competente servizio regionale ha avviato nel 2018 la rilevazione dei costi 2017 e 2018, tramite il sistema informativo AGENAS relativo alla rilevazione dei costi della manutenzione e dei consumi energetici.

Pertanto, nel 2018, sono stati inseriti nell'applicativo AGENAS i dati richiesti per gli anni 2017 e 2018 rispettando le scadenze previste.

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

Per quanto riguarda le **politiche per l'uso razionale dell'energia** e la corretta gestione ambientale le azioni messe in atto dall'Azienda nel 2018 sono state in linea con il programma regionale per quanto riguarda l'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività, sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie).

Il Policlinico nel 2018 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, sia sul piano dell'innovazione tecnologica.

Le **azioni di tipo gestionale** intraprese sono le seguenti:

- adesione alla gara regionale, effettuata dell'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

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

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, 20 gennaio 2015, 12 luglio 2016, 24 luglio 2017 e 20 ottobre 2017) di divulgazione sui risultati di razionalizzazione dell'uso dell'energia a seguito della riqualificazione impiantistica del Policlinico (impianti di trigenerazione) e sono stati pubblicati alcuni articoli sulla stampa locale e nazionale (marzo 2017, maggio 2017, dicembre 2018, ecc.).

- svolgimento di un'attività continua di monitoraggio di tipo quali/quantitativo sull'uso dell'energia elettrica, termica e sull'acqua mediante la raccolta periodica dei dati e inserimento del flusso delle informazioni nell'apposito programma informatico in sinergia con l'Energy Manager Unificato;
- conferma anche per l'anno 2018 del contributo dell'Azienda per l'acquisto di abbonamenti TPER da parte dei propri dipendenti.

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 stati attivati l'impianto di cogenerazione (aprile 2016) e la trigenerazione (estate 2017).

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.

Il 1 aprile 2016 è stata avviata la cogenerazione per l'area Sant'Orsola, sono quindi terminati i lavori per la nuova CT Malpighi, la nuova CT Sant'Orsola, le nuove reti di distribuzione e l'impianto di cogenerazione. Nel 2017 è stata ultimata la Centrale Frigorifera. Attualmente sono in fase di conclusione alcuni interventi complementari (prevenzione incendi nei tunnel).

La nuova centrale consente di produrre contemporaneamente attraverso un unico impianto alimentato a metano sia l'energia elettrica che l'energia termica necessaria al fabbisogno del Policlinico.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

L’Azienda inoltre ha partecipato al progetto Europeo “*EcoQUIP - improving the efficiency, quality and sustainability of healthcare through innovation procurement*”, terminato nel 2018.

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”.

Quantificazione della variazione dei costi delle fonti energetiche

Energia elettrica media tensione

L’energia elettrica in media tensione, ossia per le utenze del Policlinico, viene acquistata in parte dall’aggiudicatario della gara per l’energia elettrica Intercenter 2018, in parte dalla centrale di cogenerazione. Il contratto di gara prevede che l’energia elettrica acquistata nella sua totalità, comporti per l’azienda un risparmio dell’1% rispetto ai prezzi di acquisto fissati annualmente dalle convenzioni Intercenter.

Nella tabella sottostante si riporta l’andamento dei consumi ed i costi sostenuti per l’acquisto di Energia Elettrica in media tensione negli ultimi anni.

EE Media Tensione	2014	2015	2016	2017	2018
POD	kwh	kwh	Kwh	kwh	kwh
Massarenti	39.086.051,0	42.058.904,0	42.988.010,6	41.727.796,5	43.858.465,1
Albertoni	5.594.145,0	6.344.076,0	6.212.591,0	6.282.506,0	6.304.323,0
Palagi	2.692.438,0	3.130.317,0	2.974.909,0	3.049.905,0	3.060.217,0
Tot kwh	47.372.634,00	51.533.297,00	52.175.510,60	51.060.207,50	53.223.005,10
Euro iva inclusa	€ 8.858.759	€ 8.611.831	€ 8.769.364	€ 7.544.101	€ 8.433.281

Tra il 2017 e 2018 si è registrato un incremento dei consumi di circa il 4%. Variazioni percentuali di questo ordine sono ammissibili viste le potenze elettriche installate ed i cambiamenti continui nei reparti ospedalieri.

Energia elettrica bassa tensione

L’energia elettrica in bassa tensione, ossia per le utenze relative al parcheggio in via Zaccherini Alvisi, per i due archivi di Minerbio, per l’utenza in via Irnerio e per l’edificio CRI di via Ercolani, viene acquistata dall’aggiudicatario della gara per l’energia elettrica Intercenter 2018.

Nella tabella seguente viene riportato l’andamento dei consumi e dei costi sostenuti per l’acquisto:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Bassa Tensione	2016	2017	2018
	kwh	Kwh	kwh
Tot kwh	118.043	113.834	104.242
Euro iva inclusa	€ 26.154,06	€ 22.742,98	€ 20.634,73

Energia frigorifera

L'energia frigorifera a cui si fa riferimento è quella prodotta dagli assorbitori nella centrale di trigenerazione. Come previsto da Capitolato Speciale, l'energia frigorifera viene acquistata dal concessionario al prezzo di gara ribassato dello sconto proposto in sede di offerta e rivalutato annualmente.

I consumi registrati nel 2018 sono pari a 11.442.261 KWh contro i 6.703.560 KWh del 2017, anno in cui è stato avviato l'impianto.

L'incremento dei consumi di energia prodotta dagli assorbitori compensa l'energia frigorifera in meno prodotta dai restanti gruppi frigoriferi.

Energia termica

L'energia termica viene acquistata da Isom, gestore delle nuove centrali termiche e di trigenerazione. Il prezzo dell'energia termica fissato da Capitolato di gara è un prezzo variabile trimestralmente. IL capitolato prevede il prezzo di fatturazione variabile sulla base di un indice Qet pubblicato trimestralmente dall' AEEG, collegato all'andamento dei prezzi del petrolio.

Dall'ottobre 2013 l'AEEG ha soppresso detto indice per cui si sta esaminando con il Concessionario una possibile formula alternativa per il calcolo del prezzo unitario dell'energia termica.

Attualmente, per la fatturazione, viene usata una formula di calcolo provvisoria secondo la quale il prezzo dell'energia termica varia trimestralmente in funzione dell'indice Pfor.

Nella tabella seguente si riportano i consumi ed i costi sostenuti per l'energia termica tra il 2017 e 2018 per l'intero Policlinico.

Energia Termica anno	2017	2018
KWht	71.724.200	74.880.940
Euro iva inclusa	€ 6.667.595,69	€ 7.880.772,00

Gas metano

Il gas metano per le utenze cucina, archivio di Minerbio e per il Laboratorio Farmacia, viene acquistato dall'aggiudicatario della gara per il Gas Naturale Intercenter 2018. Nella tabella seguente vengono riportati i consumi ed i costi sostenuti per l'acquisto di gas metano negli ultimi 3 anni.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Gas metano	2016	2017	2018
Mc	22.386	16.523	19.592
Euro iva inclusa	€ 13.052,17	€ 8.775,64	€ 10.130,51

Per l'anno 2018 i maggiori consumi di gas sono da attribuire ai maggiori consumi della cucina Malpighi.

Acqua

I consumi di acqua registrati nel 2018 si attestano sui 612.000 di mc, in linea con i 607.000 mc consumati nel 2017.

Telefonia fissa/mobile

TELEFONIA	2017	2018	
Servizi di accesso alla rete Lepida in fibra ottica	26.028,96	21.187,50	-18,60%
Infotim SMS	1.830,00	2.684,00	31,82%
Telefonia mobile	25.043,11	25.856,80	Invariato
Telefonia fissa -canoni e contributi dati	12.200,00	12.200,00	Invariato
Telefonia fissa -canoni e traffico fonio	141.127,79	101.619,11	-27,99%
Telegrammi	1.956,16	2.217,51	11,79%
	208.186,02	165.764,92	

Come si può evincere dalla tabella riassuntiva, sotto riportata, il costo complessivo del traffico telefonico (telefonia fissa + mobile) ha subito una diminuzione di 42.421,10 €; I risparmi sono dovuti soprattutto alla fonio, dove sono state fatte alcune razionalizzazioni delle linee telefoniche, e ad una variazione del traffico.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Tabella riassuntiva

	2017		2018		Analisi scostamenti					
	Quantità	Prezzo medio	Quantità	Prezzo medio						
Gas (Termie)	71.724.200	KWht	0,0911	€/KWh	74.880.940	KWht	0,1000	€/KWh	4,40%	+9,77%
Gas cucina e altre utenze*	16.523	mc	0,53	€/mc	19.592	mc	0,52	€/mc	18,57%	-1,89%
Acqua	607.100	mc	4,794	€/mc	612.000	mc	4,280	€/mc		-
E E MT	51.060.207	KWh	0,147	€/KWh	53.223.005	KWh	0,158	€/KWh	0,81%	10,72%
EE BT	113.834		0,220	€/KWh	104.242	KWh	0,2	€/KWh	4,24%	+7,48%
E Frigorifera**	6.703.560		0,038		11.442.261	KWhf	0,038	€/KWh	-8,43%	-9,09%
									70,69%	

nel sottoconto gas

** nel sottoconto Elettrica

AZIONI DI MOBILITY

Per quanto riguarda **l'azione di Mobility**, la lista nominativa degli abbonamenti annuali TPER ci permette di determinare una richiesta di abbonamenti annuali del valore di **n. 1004**, con un incremento del 16 % rispetto all'anno 2017. Di seguito si evidenzia l'andamento crescente degli ultimi dieci anni:

| Anno |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | |
| 280 | 430 | 505 | 543 | 632 | 643 | 653 | 751 | 812 | 835 | 866 | |

Quanto sopra a dimostrazione dell'efficacia delle azioni di Mobility di questi anni, sviluppate al fine di incentivare il personale dipendente all'utilizzo del mezzo pubblico.

Gestione dei rifiuti

Nel corso del 2018 è stata mantenuta la raccolta differenziata dei rifiuti assimilati agli urbani. La percentuale di rifiuti urbani differenziati è stata costante e si è attestata al 59% come nell'anno precedente.

La raccolta differenziata dei rifiuti urbani prodotti presso il centro produzione pasti e le mense aziendali ha determinato il conferimento ad Hera di 46.400 Kg di rifiuto organico. La raccolta differenziata della plastica, derivante da imballaggi e da materiali raccolti in aree non sanitarie, ha determinato il conferimento a Hera di 38.690 Kg di tale rifiuto nel 2018, in incremento rispetto all'anno 2017 quando ne erano state differenziate 29.866 Kg. Parallelamente, ciò ha consentito una riduzione della quota indifferenziata dei rifiuti urbani che sono passati dai 435.560 Kg del 2017 ai 402.680 del 2018. Le altre tipologie di rifiuto urbano differenziato sono costituite da: carta, cartone, ferro, ingombranti, potature, vetro e lattine.

E' stata mantenuta la partecipazione alla raccolta dati regionale ed implementata la rendicontazione su piattaforma web AEM dei dati di produzione e costo per kg dei rifiuti prodotti nell'anno precedente, nei tempi e nei modi richiesti dalla Regione.

Anagrafe dei complessi immobiliari

L'Azienda ha garantito, nel 2018, la raccolta delle informazioni necessarie per il censimento dei Complessi Immobiliari attivata attraverso il sistema informativo regionale, secondo le scadenze e le modalità stabilite dal competente servizio regionale

Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale

L'Azienda, nel 2018, ha provveduto a garantire, secondo le modalità e le scadenze stabilite dal competente servizio regionale, le informazioni necessarie alla caratterizzazione degli immobili che potessero essere conferiti al fondo immobiliare. In particolare, con deliberazione n. 158 del 11 luglio 2018 inviata ai competenti organi regionali in data 12 luglio 2018 si dava atto che, in relazione all'unico immobile indicato nel censimento per il fondo target (via Irnerio 13 - Bologna), l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna non intendeva confermare il conferimento e che, pertanto, detto immobile non poteva confluire nel portafoglio del costituendo fondo.

Tecnologie biomediche

L'azienda è impegnata a garantire i flussi informativi ministeriali e regionali relativi al parco tecnologico installato nonché il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

La trasmissione del flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato è stata effettuata nei tempi e secondo le modalità definite.

L'aggiornamento del portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie (GRAP) è stato effettuato entro le scadenze stabilite dal decreto.

Tutte le tecnologie aventi i requisiti stabiliti da norma regionale sono stati sottoposti all'istruttoria del gruppo regionale tecnologie biomediche (GRTB).

I dati relativi all'utilizzo delle grandi tecnologie (TC, RM, mammografi e Robot chirurgico) sono stati inviati alla Regione entro le scadenze prestabilite.

Le attività presidiate dall’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Riordino dei Comitati Etici

La partecipazione alle attività propedeutiche alla messa a punto della piattaforma informatica regionale è stata assicurata. La piattaforma è stata collaudata il 14.12.2018

Per parte aziendale ha partecipato alla formazione, personale delle seguenti articolazioni:

- segreteria del CE
- staff Ricerca e Innovazione
- IDS - Farmacia Clinica
- Controllo di Gestione
- Servizio ITC

Le fasi di implementazione dell’uso dello strumento non sono ancora state definite.

Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

L’AOU partecipa al gruppo di lavoro interaziendale coordinato dall’AUSL di Bologna, che ha prodotto un progetto di indagine conoscitiva mediante questionario sulla conoscenza e consapevolezza degli operatori sul tema della medicina di genere allo scopo di individuare, attraverso l’analisi dei risultati, la necessità di specifici percorsi formativi/informativi.

Contrasto del rischio infettivo associato all’assistenza

Alla luce dell’obbligatorietà della registrazione SiCher in SDO, sono migliorati i livelli di adesione degli interventi già monitorati nell’ambito della sorveglianza già in essere presso l’Azienda Ospedaliera. Nel corso del 2019 ci attendiamo un ulteriore nuovo miglioramento, grazie ad iniziative mirate a consolidare nei reparti la pratica della sorveglianza.

Nel corso del 2018 il consumo del gel idroalcolico (34,5 L/1000 gdd) si è stabilizzato oltre il target internazionale e si è ridotto il numero delle unità operative ancora sotto soglia, nell’ambito delle quali sono in corso interventi finalizzati all’adeguamento, come ad esempio la ridefinizione dei punti in cui il gel deve essere disponibile per il personale dedicato all’assistenza. Durante il 2018 è stato possibile proseguire la campagna per l’igiene delle mani, estesa al padiglione 2 ed al padiglione 5, per le unità operative non soggette a prossima ristrutturazione. Obiettivo per il 2019 sarà il raggiungimento del target minimo raccomandato da WHO e richiesto dalla Regione in tutti i reparti.

Durante il 2018 si è consolidato il dato dell’anno precedente in termini di riduzione dell’incidenza delle trasmissioni di enterobatteri produttori di carbapenemasi, attraverso il mantenimento costante della sorveglianza epidemiologica e il quotidiano supporto alle unità operative ed in particolare si è provveduto con tempestività alla registrazione delle batteriemie da CPE all’interno

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

del sistema SMI, e che peraltro risultano in riduzione rispetto gli anni precedenti (numero di batteriemie segnalate/numero delle batteriemie registrate in SMI = 100%). Sono ancora in fase di costruzione gli specifici report di mercurio che daranno la possibilità di allargare e rendere più rapidi i report epidemiologici prodotti.

Supporto alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodica HTA

Il Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche si occupa di definire gli indirizzi e garantire un coordinamento a livello regionale finalizzato alla valutazione della programmazione degli investimenti, all'acquisizione delle grandi tecnologie in ambito ospedaliero e delle tecnologie cosiddette "Home Care" in ambito territoriale e all'Health Technology Assessment in una prospettiva regionale.

Considerando l'interdisciplinarietà della materia e degli argomenti trattati, il Gruppo include diverse professionalità (ambito ingegneristico, ambito medico, ambito organizzativo). Il Servizio di Ingegneria Clinica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna partecipa al GRTB con un ruolo di valutazione in ambito tecnico.

Il Servizio, in particolare, collabora con il GRTB fornendo supporto e dati ai fini di:

- valutare i programmi delle Aziende sanitarie in termini di acquisizione, rinnovo e sostituzione delle tecnologie biomediche in campo ospedaliero e territoriale;
- fornire il supporto tecnico scientifico necessario ad Intercent-ER e ad alle Aree Vaste per l'acquisizione di tecnologie biomediche;
- fornire il supporto tecnico scientifico necessario alla Commissione Aziendale Dispositivi Medici;
- collaborare con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale relativamente all'Osservatorio delle Tecnologie ed all'Osservatorio regionale dell'innovazione;
- contribuire ad implementare ogni forma di interazione e collaborazione, relativamente alla funzione Tecnologie Biomediche, con i Servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali interessati;
- contribuire alla realizzazione del progetto di georeferenziazione delle strutture sanitarie ed in particolare delle tecnologie biomediche; partecipare ai "Gruppi di lavoro verticali regionali" sulle specifiche tecnologie biomediche;
- assolvere ai debiti informativi relativi alle tecnologie biomediche;
- contribuire alla definizione delle tecnologie che potranno essere selezionate al fine di applicare una valutazione di HTA.

Considerando l'interdisciplinarietà della materia e degli argomenti trattati il Gruppo include diverse professionalità (ambito ingegneristico, medico ed organizzativo).

Il Servizio di Ingegneria Clinica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna partecipa al GRTB con un ruolo di valutazione in ambito tecnico.

Nel corso del 2018 il Gruppo ha avviato, partendo dall'analisi dello stato del patrimonio tecnologico delle Aziende, l'elaborazione di Linee Guida Regionali sulla obsolescenza dell'installato delle TB con l'obiettivo di fornire un indicatore che permetta di valutare le priorità del piano dei rinnovi tecnologici, su base triennale e di identificare strategie che permettano di realizzare l'obiettivo dell'ammodernamento attraverso procedure di acquisto di valenza regionale.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Si conferma che tutte le tecnologie che rientrano nei parametri definiti dalla Regione Emilia Romagna come oggetto di valutazione da parte del GRTB sono state sottoposte nei tempi e nei modi definiti.

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

In linea con gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2018, l'AOU di Bologna ha inviato alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia Romagna la domanda di rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale e la relativa documentazione richiesta, nei tempi definiti (PG 0002251 del 31.01.2018). Ha successivamente inviato il Manuale di Accreditamento (PG 0011661 del 31.05.2018), quale documentazione integrativa richiesta per la prima fase di "valutazione documentale" da parte della RER.

In data 31.07.2018 è pervenuta dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia Romagna, la lettera accoglimento della domanda di rinnovo e l'avvio del procedimento di Accreditamento (Lettera PG 0015644), che di fatto conferma il mantenimento dell'Accreditamento per le attività precedentemente accreditate.

A seguito di contatti e di accordi tra la Funzione Accreditamento della ASSR e l'Area Qualità dell'AOU, si è concordato di programmare la "verifica di sistema" sulla Direzione Aziendale e sulle strutture in staff e line per le giornate 11-12-13 giugno 2019.

La presentazione della domanda di rinnovo, in accordo con le indicazioni della DGR 1943/2017 ha comportato una fase di autovalutazione del possesso dei requisiti generali previsti dal nuovo modello di Accreditamento (allegato n. 4 alla domanda di rinnovo). In fase di autovalutazione si è fatto riferimento alle azioni di miglioramento proposte durante il percorso formativo sulla Direzione e le strutture in staff e line eseguito nel 2017 e successivamente approvate dalla Direzione ed inserite nel budget 2018 delle strutture di staff e line responsabili dei rispettivi processi e, limitatamente a quella relativa alle clinical competence, nel budget delle Unità Operative dei DAI. Tale approccio direzionale ha rafforzato, di fatto, l'attenzione di tutte le strutture all'ottemperamento dei requisiti generali dell'Accreditamento e, con la costituzione di gruppi di lavoro e alla loro integrazione per il miglioramento di processi comuni.

Il cambiamento del modello di Accreditamento che vede una prima verifica di sistema sulla Direzione Aziendale e sulle strutture in staff e line che hanno responsabilità di governo dei processi trasversali aziendali, ha determinato la necessità di un sistematico rapporto di interfaccia tra l'Area Qualità e queste funzioni: 1) nell'ottica di proseguire i percorsi informativi e formativi già iniziati l'anno precedente, 2) nella logica di riesaminare i processi e riconfermare il possesso dei requisiti generali previsti dalla DGR 1943/2017, 3) nel coordinamento delle azioni di miglioramento aziendali emerse a seguito della prima autovalutazione.

Per garantire il proseguimento delle attività di formazione-intervento e di autovalutazione iniziate lo scorso anno, e supportare adeguatamente la Direzione Aziendale nel processo di verifica e miglioramento ai fini del rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale, sono stati realizzati 2 eventi formativi dedicati alle strutture in staff e line alla Direzione Aziendale per un approfondimento sui requisiti generali del modello e sono stati programmati audit interni presso queste per la rivalutazione del soddisfacimento dei RG, anche ai fini della raccolta di informazioni utili per

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

l'aggiornamento del Manuale di Accreditamento. Sono stati effettuati in totale 25 audit presso le strutture in staff e line (completati in gennaio 2019) con la predisposizione di un report complessivo dal quale si evince una sostanziale conferma della conformità ai requisiti generali del modello di Accreditamento, ma, al tempo stesso, la necessità di ripristinare anche a questi livelli, alcuni strumenti del sistema di gestione per la qualità utili al governo dei processi interni. A seguito di questa fase di auditing, è stata promossa l'apertura di azioni di miglioramento che si aggiungono a quelle conseguenti alla fase di autovalutazione del possesso dei RG previsti dalla DGR 1943/2017.

Per quanto riguarda il livello dei Dipartimenti e delle Unità Operative, nel 2018 sono stati effettuate n. 3 edizioni di un evento formativo per l'illustrazione dei criteri e del nuovo modello di Accreditamento; al termine di questo è stato prodotto un vademecum per i Dipartimenti che rappresenta uno strumento-guida per l'individuazione e l'applicazione degli elementi di ricaduta dei requisiti generali e per allineare il possesso dei requisiti a livello aziendale con quelli applicabili a livello delle articolazioni organizzative.

Inoltre, le Unità Operative sono state coinvolte nella realizzazione delle azioni di miglioramento scaturite a seguito di autovalutazione dei requisiti generali e nella rivalutazione dei requisiti specifici eventualmente intervenuti.

L’Azienda ha garantito nel 2018 il proseguimento dell’attività di collaborazione con la Funzione Accreditamento della Regione Emilia-Romagna, attraverso la partecipazione del Responsabile dell’Area Qualità agli incontri organizzati dalla funzione Accreditamento della ASSR, e, attraverso l’attività dei Valutatori Regionali di Accreditamento dell’AOU, la partecipazione alle visite di rinnovo, a seguito di formale convocazione, e la partecipazione alle attività di formazione ed aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.

Indicatori e target:

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

La programmazione delle attività formative per il 2018 è stata effettuata, facendo seguito ad incontri con i referenti delle strutture trasversali proponenti e tenendo conto delle necessità provenienti dai requisiti di Accreditamento e degli obiettivi strategici aziendali. Elemento di innovazione è stata l'aggregazione di iniziative formative proposte da più Direzioni, nell'ottica di una razionalizzazione dell'offerta e della relativa pianificazione.

Nella programmazione e realizzazione dell'attività formativa è stato dato un grande impulso alle iniziative in tema di sicurezza delle cure e alla gestione del rischio. Come previsto, è stata potenziata l'attività formativa sulle tecniche di rianimazione cardiopolmonare, anche attraverso la collaborazione offerta all'Università con l'apertura ai medici in formazione specialistica, agli studenti dei Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche, al personale medico e infermieristico della Clinica Odontoiatrica dell'Università e agli insegnanti di alcuni licei della città. Fondamentale è stata anche

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

l'importante attività formativa di rianimazione cardiopolmonare (adulto e pediatrico) svolta a favore del personale medico e infermieristico (sia dipendente che con altre forme di contratto con l'Azienda) che afferisce alle strutture coinvolte negli studi di sperimentazione di Fase 1, in relazione ai requisiti dell'accreditamento AIFA.

In linea con le indicazioni ministeriali in tema di sicurezza per il paziente e per gli operatori, sono stati realizzati: interventi formativi specifici a seguito di eventi avversi e nell'ambito dei SEA attivati; eventi per la prevenzione degli episodi di suicidio del paziente e di prevenzione e gestione degli atti di violenza verso gli operatori; eventi sul tema dell'ascolto, prevenzione e gestione dei conflitti nei diversi setting operativi; anche a livello dipartimentale sono state realizzate giornate formative sui rischi correlati alla trasfusione, alle procedure operative per la prevenzione del rischio in ostetricia, alle procedure per la prevenzione degli episodi di stravaso, e per la corretta gestione dei CVC e CVP.

Per quanto riguarda l'area tematica della Qualità delle cure sono stati organizzati eventi formativi sulla gestione delle dimissioni protette e relazioni con il territorio e sui percorsi di formazione per il personale che opera nelle strutture che si interfacciano ed interagiscono con la rete delle cure palliative. L'obiettivo dell'integrazione tra ricerca e formazione è stato perseguito attraverso l'attivazione di iniziative formative che concernono l'EBN, l'EBP e la Good Clinical Practice, la stesura di protocolli di ricerca e l'analisi statistica dei dati.

Nel Piano Formativo 2018 è stato dato ampio spazio alle iniziative formative che riguardano la tutela della salute dei lavoratori (legge 81/08), la radioprotezione, l'impiego in sicurezza della formaldeide e dei farmaci antiblastici. In relazione all'acquisizione di dispositivi di sicurezza sono state realizzate iniziative formative per preparare il personale all'uso di tali dispositivi che si prefiggono l'obiettivo di una gestione più sicura dell'incidenza degli infortuni da rischio biologico. Sempre in tema di gestione degli infortuni da rischio biologico, l'emissione di una procedura interaziendale sul tema ha rappresentato lo spunto per realizzare alcune giornate formative che hanno visto la partecipazione di personale delle Aziende dell'area metropolitana.

In linea con l'obiettivo aziendale della riduzione degli indici di infezioni correlate all'assistenza e della prevenzione delle infezioni nosocomiali, sono stati realizzati interventi formativi di livello trasversale o mirati ad affrontare situazioni di criticità in realtà specifiche, sul tema della prevenzione delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi: rispetto a questi interventi è stato possibile attuare un sistema di misurazione di ricaduta formativa, anche attraverso la diffusione delle buone pratiche (es. lavaggio delle mani, corretti comportamenti in sala operatoria, misure preventive delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi, gestione dei CVP e CVC nei pazienti ospedalizzati, ecc.). Sempre in tema di prevenzione delle infezioni sono stati organizzati seminari per la prevenzione e controllo della legionellosi e in tema di vaccinazione del personale sanitario.

Rispetto all'attività di coordinamento effettuata a livello regionale sulla promozione della cultura e degli strumenti della Health Literacy ai fini del miglioramento della comunicazione tra i sanitari ed i pazienti, l'Azienda ha garantito la partecipazione ai corsi regionali e ha organizzato una giornata formativa residenziale interna che ha visto un'ampia partecipazione da parte del personale.

L'area degli aggiornamenti tecnico-legislativi ha visto l'attuazione di numerosi eventi, promossi in parte a livello aziendale, e in larga misura anche a livello di Area Vasta, relativi alle tematiche della trasparenza e anticorruzione, del Codice di comportamento introdotto in Azienda, del nuovo

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale del Comparto sanità, delle modalità di acquisto di beni e servizi per importi inferiori a 40.000 euro, della digitalizzazione nella Pubblica Amministrazione.

Sono stati organizzati eventi di formazione sulle tematiche trattate ed espresse dalla legge 219/2017 su "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", per approfondire gli aspetti dell'accanimento terapeutico, del rifiuto delle cure, della responsabilità medica, dell'effettivo rispetto della volontà e delle disposizioni fornite dal paziente nel rispetto dell'autonomia professionale.

La riorganizzazione dell'attività sanitaria e l'introduzione di nuovi modelli organizzativi in Azienda sono stati accompagnati da eventi di formazione-intervento, che hanno coinvolto il personale afferente alla Direzione delle Professioni Sanitarie, facendo seguito all'evento formativo svoltosi nel 2017 che ha accompagnato la riorganizzazione complessiva di questa Direzione. La formazione-intervento del 2018 ha avuto come focus principale la costruzione di "Laboratori" dei Coordinatori infermieristici e tecnici delle diverse Unità Operative, ciascuno con l'obiettivo di proporre e realizzare azioni di miglioramento rispetto a diversi ambiti di lavoro. Sulla scorta di questa esperienza, è stato attivato un altro percorso di formazione-intervento che ha accompagnato la riorganizzazione delle funzioni afferenti alla Direzione Sanitaria, attraverso la costituzione dei "Team di Direzione". Obiettivo che accomuna tali iniziative è migliorare, attraverso la capacità di lavorare in team, la relazione e integrazione tra i professionisti.

Il perseguitamento dell'obiettivo regionale di un progressivo avvicinamento al nuovo modello di Accreditamento Istituzionale introdotto con la DGR 1943/2017 è stato accompagnato da una serie di giornate di formazione dedicate principalmente a Direttori, Coordinatori, Rappresentanti della Direzione per la Qualità, Animatori di Formazione, con l'obiettivo di approfondire il nuovo approccio che prevede l'applicazione dei requisiti generali ai **processi direzionali e trasversali**, per favorire un ruolo più rilevante della leadership a sostegno del miglioramento e dell'innovazione, ed una ricaduta delle scelte direzionali a livello delle strutture operative dell'organizzazione. L'obiettivo di tradurre in azioni ed evidenze oggettive le innovazioni introdotte in tema di Accreditamento Istituzionale è stato perseguito attraverso la predisposizione di vademecum che associano i criteri e i requisiti generali del nuovo modello di Accreditamento, agli strumenti aziendali e di Unità Operativa che ne attestano l'aderenza.

A sostegno degli obiettivi di miglioramento dell'attività di procurement e relativo incremento delle donazioni e dei trapianti di organi e tessuti, anche da donatore a cuore fermo, (come previsto dai recenti orientamenti nazionali) sono stati realizzati diversi eventi formativi. Per alcuni di questi, e nella fattispecie per il programma di formazione sul procurement di cornee è stato possibile individuare in corso d'anno una effettiva ricaduta organizzativa, avendo registrato a livello aziendale un incremento significativo di cornee prelevate, a dimostrazione dell'aumentata sensibilità del personale sanitario agli aspetti etici e professionali su questo argomento.

In linea con le indicazioni del documento di programmazione sanitaria regionale 2018 riguardo la formazione continua ECM, l'Area Formazione dell'AOU ha perseguito l'obiettivo di individuare alcuni eventi formativi sui quali effettuare la valutazione del trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo (livello L3) e la misurazione dell'efficacia delle azioni formative in termini di impatto rispetto al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi (livello L4).

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Il percorso formativo sul tema dell'Accreditamento Istituzionale iniziato nel 2017 e proseguito nel 2018 e gli audit interni effettuati presso le strutture in staff e line alla Direzione Aziendale, hanno offerto l'opportunità di valutare il trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo oggettivabile con la misurazione del livello di soddisfacimento dei requisiti generali indicati nella DGR 1943/2017 (progetto formativo 1). Terminati gli eventi formativi sui Dipartimenti sarà possibile valutare nel 2019 il trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo attraverso la valutazione di ricaduta dei requisiti generali a livello delle U.O. e la rivalutazione dei requisiti specifici (progetto formativo n. 2). A completamento del progetto formativo dedicato ai Coordinatori (Laboratori DiProSa) è stato possibile valutare il trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo attraverso la produzione di project work e di azioni di miglioramento applicate in contesti specifici (progetto formativo n. 3). L'attuazione del corso sull'uso del sistema informatizzato GRU, programmato nel 2018 e riproposto nel 2019, ha reso possibile valutare il livello di autonomia degli Animatori di Formazione sull'utilizzo del sistema (progetto formativo n. 4). Il corso sull'"Impatto della formazione" ha consentito di evidenziare ulteriori eventi con trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo (progetto formativo n.5).

Alcuni degli eventi individuati per il trasferimento degli apprendimenti al contesto lavorativo sono stati prescelti anche per la misurazione dell'efficacia. Oltre a questi, sono stati individuati altri eventi: corso per la "Prevenzione delle LDP" (Monitoraggio 2019 vs 2018) (progetto n. 1) e della "Prevenzione delle cadute" (monitoraggio 2019 vs 2018) (progetto n. 2). Per questi due ultimi eventi si procederà nel 2019 anche alla somministrazione di un questionario per valutare il mantenimento delle competenze. Sempre nell'ambito della formazione trasversale, sono stati selezionati altri eventi: "L'ultimo miglio", per la realizzazione dei Team di Direzione (progetto n. 3) e "Corso di aggiornamento per medici referenti e infermieri facilitatori nelle cure palliative" (progetto n. 4). In ambito dipartimentale, sono stati selezionati i seguenti corsi: "Il paziente neurochirurgico: caring e sviluppo delle competenze, protocollo gestionale pre e post intervento al bambino sottoposto a craniotomia" (progetto n. 5); evento "DIMMI" sulle tematiche del fine vita, valutato attraverso indicatori relativi alla riduzione all'opposizione della donazione di organi (progetto n. 6); corso base "Ecografia toracica" che sarà valutato attraverso la misurazione della riduzione di richieste di RX toracico (progetto n. 7); corso Procurement aziendale, per la sensibilizzazione del personale alla segnalazione di pazienti deceduti ai fini del prelievo di cornee, misurabile con il numero delle segnalazioni 2018 vs 2017 (progetto n. 8).

Indicatori e target:

- progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di misurare il trasferimento gli apprendimenti al contesto lavorativo. Target: almeno 4 Risultato: 5
- progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative. Target: almeno 3 Risultato: 8

3.3 Investimenti effettuati

Piano investimenti

Nel corso dell'anno 2018 l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola ha investito in immobilizzazioni immateriali e materiali un importo complessivo di 6,848 milioni di euro, di cui:

- Lavori (2,090 milioni di euro);
- Attrezzature sanitarie, mobili e arredi, software e attrezzature informatiche (4,758 milioni di euro).

Di seguito, per aggregato di intervento, vengono riportati i principali investimenti realizzati:

Lavori

Nell'anno 2018 oltre alla manutenzione ordinaria edile ed impiantistica necessaria alla gestione del patrimonio immobiliare aziendale ed orientata sempre più ad una miglior efficienza energetica, gli investimenti effettuati per la realizzazione di lavori (strutture e impianti), per l'adeguamento e la riqualificazione delle strutture, ammontano complessivamente a oltre 2,090 milioni.

Sono stati eseguiti, inoltre, molteplici lavori, tutti orientati a rispondere ad esigenze di adeguamento normativo, ad implementare la sicurezza e/o imprescindibili per la continuità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie ed assistenziali finanziati con l'accantonamento al fondo manutenzioni cicliche costituito nell'Anno 2012/2013 per un importo di € 3.300.000,00 IVA inclusa.

I più rilevanti, suddivisi in opere specifiche nei vari padiglioni che hanno interessato tutta l'area del Policlinico, sono evidenziati di seguito.

Padiglione 1 - Palagi

- Riqualificazione ambulatorio eco-prostatisco
- Adeguamenti impiantistici per installazione mammotone

Padiglione 2 – Albertoni:

- Ampliamento centrale frigo.

Padiglione 3 – Amministrazione

- Realizzazione sala vestizione camera mortuaria

Padiglione 4 – Ginecologia

- Intervento di bonifica condotti aria

Padiglione 5 – Polo Chirurgico e dell'Emergenza

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- Realizzazione nuovo box infetti
- Realizzazione impianto ad osmosi sottocentrale nuova ala a servizio della centrale di sterilizzazione
- Realizzazione nuovo C.R.T.

Padiglione 8 – Ematologia:

- Interventi di adeguamento BCM

Pad. 11 Clinica Medica

- Bonifica dei rivestimenti isolanti tubazioni nelle sottocentrali L1, L2 e L4
- Completamento riqualificazione reparto Malattie del Metabolismo.
- Riqualificazione reparto Diabetologia
- Riqualificazione ambulatori piano seminterrato

Pad. 15 – Pneumonefro

- Riqualificazione ambulatori Pneumologia

Padiglione 18 – Anatomia Patologica:

- Adeguamenti serbatoio raccolta formalina

Padiglione 24 – ex Angiologia

- Interventi di bonifica coperture C2-C3

Pad. 29 - Dermatologia

- Adeguamenti edili ed impiantistici per medicina trasfusionale – II parte.
- Completamento adeguamenti edili ed impiantistici per ampliamento Casa Tetto Amico.

Padiglioni vari

- Interventi per adeguamenti normativa antincendio.

Attrezzature sanitarie e tecnico-economali

Gli investimenti in attrezzature sanitarie e tecnico-economali effettuati nel corso del 2018 (circa € 3.139.000,00) hanno seguito le ristrutturazioni derivanti dalle riorganizzazioni delle attività sanitarie e potenziamenti dovuti ad incrementi di attività oppure per garantire un contenimento delle liste di attesa.

Oltre agli investimenti prevedibili sono state acquistate apparecchiature in “urgenza” seguendo i seguenti criteri:

- sostituzione di attrezzature non riparabili o non convenienti economicamente;
- sostituzioni volte a garantire la sicurezza degli operatori e dei pazienti (DLgs. 81/08);
- standardizzazione delle tecnologie.

Per il 2018 gli investimenti più rilevanti in tecnologie sanitarie e tecnico economali riguardano:

- acquisti di beni economali per circa € 165.000,00 Iva inclusa,

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- acquisti per rinnovo tecnologico per obsolescenza di apparecchiature medicali per un importo di circa € 1.510.000,00 Iva inclusa (monitoraggio della pressione neuromuscolare, tavoli operatori, sistemi per anestesia, modulo acquisizione immagini, laser chirurgico, sonde ecografiche, sistemi di integrazione audio-video, ecotomografi, stampanti per bioimmagini, pulsossimetri, monitors multiparatici, ecc..),
- acquisto di attrezzature urgenti e imprescindibili per un importo di circa € 888.000,00 Iva inclusa (ecotomografi, sonde ecografiche, defibrillatori, frigoriferi biologici, lettini da visita elettrificati, letto a bilancia per dialisi, contenitore criogenico, ottiche per laparoscopia ecc..),
- acquisto di attrezzature da laboratorio per sostituzione/adeguamento per obsolescenza per un importo di circa € 105.820,00 Iva inclusa,
- acquisto per sostituzione per obsolescenza di letti di degenza per medicine e chirurgie per un importo di circa € 121.800,00
- acquisto di apparecchiature per bioimmagini per rinnovo tecnologico per obsolescenza per un importo di circa € 52.000,00

Arredi

Gli investimenti in arredi effettuati nel corso del 2018 (circa €. 300.000,00) sono stati orientati:

- ad integrare la dotazione di unità operative che, a seguito di riorganizzazione e trasferimento presso altra sede, costituivano necessità indispensabile per consentire l'avvio delle attività previste nelle nuove strutture;
- *al completamento del nuovo Polo Cardio - Toraco - Vascolare provvedendo ad integrare le* necessità di arredi specialistici per lo stoccaggio di protesi vascolari e arredi vari evidenziatesi nei vari reparti a seguito dell'avvio delle attività (finanziamenti AP35 e PB5);
- alla sostituzione di presidi atti a consentire la riduzione del rischio di movimentazione da carico per D.V.R.;
- alla sostituzione di arredi ormai privi dei requisiti di sicurezza sia per gli operatori sia per l'utenza (D.lgs. 81/08).

Di seguito vengono sintetizzati i principali acquisti effettuati:

Pad. 5 NUOVE PATOLOGIE

- Integrazione di arredi per il Centro Riferimento Trapianti a seguito del trasferimento dell'attività presso la nuova sede per un importo pari a circa €. 6.200,00 (I.V.A. INCLUSA);
- Integrazione della dotazione di arredi per la nuova R.M.N. per un importo complessivo pari ad €. 4.100,00 (I.V.A. INCLUSA);

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- Sostituzione delle sedute per attesa del Pronto Soccorso nell'ambito del progetto di riqualificazione ed innovazione organizzativa di cui è stato oggetto per un importo complessivo pari ad €. 11.300,00 (I.V.A. INCLUSA);
- Integrazione della dotazione di carrozzine per il Pronto Soccorso Generale per un importo complessivo pari ad €. 11.000,00 (I.V.A. INCLUSA).

Pad. 11 – CLINICA MEDICA

- Sostituzione di arredi sanitari per gli ambulatori di diabetologia a seguito degli interventi di ristrutturazione per un importo pari a circa €. 6.200,00 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzione parziale di arredi per gli ambulatori del Centro regionale di riferimento per l'insufficienza intestinale cronica benigna Pironi a seguito del trasferimento dell'attività presso la nuova sede per un importo pari a circa €. 3.500,00 (I.V.A. INCLUSA).

Pad. 13 – PEDIATRIA

- Integrazione di armadietti spogliatoio non più idonei all'uso per un importo pari a circa €. 4.000,00 (I.V.A. INCLUSA).

Pad. 15 – PNEUMONEFRO

- Integrazione di arredi sanitari per gli ambulatori di pneumologia a seguito degli interventi di ristrutturazione per un importo pari a circa €. 7.000,00 (I.V.A. INCLUSA).

Pad. 29 – DERMATOLOGIA

- Integrazione di arredi per la medicina trasfusionale a seguito di ristrutturazione dei locali situati presso il piano terra per un importo complessivo pari ad €. 4.800,00 (I.V.A. INCLUSA);

Pad. 23 – POLO CARDIO-TORACO-VASCOLARE:

- Integrazione di carrelli, arredi mobili per vari reparti per un importo complessivo pari ad € 4.300,00 (I.V.A. INCLUSA);
- Allestimento presso il blocco operatorio di un'area dedicata allo stoccaggio del materiale protesico destinato alla chirurgia vascolare per un importo complessivo pari ad €. 14.250,00 (I.V.A. INCLUSA).

VARIE

- Integrazione e sostituzione di barelle ad altezza variabile per un importo complessivo pari ad €. 6.000,00 (I.V.A. INCLUSA);
- Accessori per letti da degenza esistenti (es. sponde, aste sollevamalati) per un importo complessivo pari ad €. 14.200,00 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzione di carrozzine ed ausili per la deambulazione per vari reparti e per il trasporto dei pazienti in ambulanza per un importo complessivo pari ad €. 34.850,00 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzione di carrelli ad uso sanitario e da trasporto per un importo complessivo pari ad €. 53.600,00 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzione di sedute da lavoro e per l'utenza per un importo complessivo pari ad €. 43.930,00 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzione di poltrone relax per pazienti per un importo complessivo pari ad €. 3.200,00 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzione di piantane porta flebo per un importo complessivo pari ad €. 5.200,00 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzione di arredi mobili per sale operatorie per un importo complessivo pari ad €. 17.200,00 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzioni e integrazioni di piccoli complementi a seguito di prescrizioni (scale, armadi porta effetti personali, armadi e armadi per farmaci, scrivanie) per un importo complessivo pari ad €. 25.000,00 (I.V.A. INCLUSA).

Software e attrezzature informatiche

Gli investimenti in software e attrezzature informatiche effettuati nel 2018 ammontano a circa € 1.000.000,00 e hanno riguardato in particolare:

- Servizi di gestione documentale (BABEL) per un importo di circa 132.000,00 Iva inclusa
- Rinnovo postazioni informatiche per obsolescenza, sostituzioni urgenti e imprescindibili di dotazioni informatiche e sostituzione di apparati di rete per un importo di circa € 181.000,00 Iva inclusa
- licenze per sistemi di sicurezza / adeguamenti software per un importo di circa 30.000,00 Iva inclusa
- manutenzioni evolutive per applicativi sanitari oggetto anche di integrazione metropolitana per un importo di circa 330.000,00 Iva inclusa
- Manutenzione straordinaria SW area amministrativa e licenza sistema backup per un importo di circa 74.000,00 Iva inclusa
- Acquisto totem / check-in per un importo di circa € 140.000,00 Iva inclusa
- Sistema gestionale della rilevazione presenze (GRU) per un importo di circa 10.936,00

Fonti di finanziamento

Relativamente alle realizzazioni anno 2018, complessivamente pari a 6,848 milioni di euro, come si evince dalla tabella di sintesi riportata:

- 1,755 euro (pari al 25,63%) degli investimenti effettuati, trova copertura da specifici finanziamenti esterni (contributi in conto capitale già erogati o in corso di erogazione: art. 20, fondi vincolati, programma regionale di investimenti in sanità ex art. 36 L.R. n. 38/2002, ecc...);
- 0,687 milioni euro (pari al 10,04%) finanziati da donazioni (donazioni e sperimentazioni, donazioni per investimenti, donazioni materiali);
- 4,406 milioni di euro (circa il 64,33% degli investimenti complessivi), trova copertura da mezzi aziendali, costituiti da indebitamento a lungo termine e contributi in c/esercizio (ai sensi del D.Lgv. 118/11).

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

PIANO DI REALIZZAZIONE DEGLI INVESTIMENTI ANNO 2018

CONTO	DESCRIZIONE CONTO PATRIMONIALE	FONTE DI FINANZIAMENTO								
		01 CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE	02 FONDI VINCOLATI	03 DONAZIONI E Sperimentazioni	04 DONAZIONI VINCOLATE AGLI INVESTIMENTI	05 DONAZIONI MATERIALI DI BENE	06 FONDI AZIENDALI STERILIZZATI	07 MUTUI	08 FONDI AZIENDALI NON STERILIZZATI	Totale complessivo
LAVORI PUBBLICI:										
	H.22 - NUOVA CENTRALE TERMICA E RETI DI DISTRIBUZIONE	160.784,87	-	-	-	-	-	-	-	160.785
	H.21 - REALIZZAZIONE CENTRALE UNICA DI STERILIZZAZIONE E TECNOLOGIE	38.747,48	-	-	-	-	-	-	-	38.747
	AP 33 - PCTV COMPLETAMENTO DELLE AREE DESTINATE A DIAGNOSTICA, SALE OPERATORIE, DEGLI SPAZI DI SUPPORTO E DI ACCOGLIENZA	130.114,53	-	-	-	-	-	-	-	130.114,53
	P 2 - RIORDINO DELLE STRUTTURE DELL'AREA PEDIATRICA - PRIMO STRALCIO FUNZIONALE -	647.540,49	-	-	-	-	-	-	-	647.540,49
	MUDEOGI - MUTUO Lavori Ginecologia	-	-	-	-	-	-	8.254,25	-	8.254
	MULAV - LAVANOLO	-	-	-	-	-	-	20.427,68	-	20.428

AAA360-AA540

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

CONTO	DESCRIZIONE CONTO PATRIMONIALE	FONTE DI FINANZIAMENTO								
		01 CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE	02 FONDI VINCOLATI	03 DONAZIONI E Sperimentazioni	04 DONAZIONI VINCOLATE AGLI INVESTIMENTI	05 DONAZIONI MATERIALI DI BENE	06 FONDI AZIENDALI STERILIZZATI	07 MUTUI	08 FONDI AZIENDALI NON STERILIZZATI	Totale complessivo
	FAZCATI interventi di completamento del trasferimento degli ambulatori dal Pad. 6 al Pad. 1, di trasferimento dei locali "MTS" dal Pad. 29 al Pad. 1 e di adeguamento funzionale dell'ala vecchia del pad. 6 - ARISTRUT Adeguamenti impiantistici e spostamenti vari - ARISTYA87 Lavori di ristrutturazione reparto di Malattie del Metabolismo Pad 11 - ATETTYA88 lavori di adeguamento locali 1 piano Pad. 29 B9 etc.	-	-	-	-	-	977.450,35	-	-	977.450
	DONATCOM Donazione ATCOM-Tetto Amico	-	-	-	7.715,60	-	-	-	-	7.716
	Pad. 30 - Polo Tecnologico	-	-	-	1.000,57	-	-	-	-	1.001
	Pad. 23: PB.6 ristrutturazione e ampliamento corpo G	7.550,74	-	-	-	-	-	-	-	7.551
	RPREVINC - Interventi per prevenzione incendio	89.920,25	-	-	-	-	-	-	-	89.920
	FABBRICATI DA REDDITO Eredità	-	-	-	-	-	-	-	-	0
TOTALE COMPLESSIVO INTERVENTI EDILIZI		1.074.658,36	0,00	0,00	8.716,17	0,00	977.450,35	28.681,93	0,00	2.089.507

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

CONTO	DESCRIZIONE CONTO PATRIMONIALE	FONTE DI FINANZIAMENTO								Totale complessivo
		01 CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE	02 FONDI VINCOLATI	03 DONAZIONI E SPERIMENTAZIONI	04 DONAZIONI VINCOLATE AGLI INVESTIMENTI	05 DONAZIONI MATERIALI DI BENE	06 FONDI AZIENDALI STERILIZZATI	07 MUTUI	08 FONDI AZIENDALI NON STERILIZZATI	
AAA100	A.I.3.c) Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno - altri	-	40.336,86	483,12	44.164,00	-	559.962,09	-	-	644.946
AAA140	A.I.5.a) Concessioni, licenze, marchi e diritti simili	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	Altri costi plurienn.da ammort.	-	-	-	-	-	-	-	-	0
AAA420	A.II.4.a) Attrezzature sanitarie e scientifiche	510.840,07	35.536,24	16.037,91	270.050,80	314.622,00	1.991.655,84	-	-	3.138.743
AAA450	A.II.5.a) Mobili e arredi	21.321,73	-	4.104,65	-	-	286.439,67	-	-	311.866
AAA480	A.II.6.a) Automezzi	-	-	-	-	-	7.368,80	-	-	7.369
AAA520	A.II.8.a) Altre immobilizzazioni materiali	2.004,32	70.592,67	17.374,08	1.365,40	10.520,82	554.006,82	-	-	655.864
Totale complessivo		1.608.824,48	146.465,77	37.999,76	324.296,37	325.142,82	4.376.883,57	28.681,93	0,00	6.848.295

3.4 Ricerca: attività del periodo**1) rilevazione dell'attività di ricerca clinica – organizzativa e degli studi clinici (implementazione degli applicativi aziendali e regionali, monitoraggio amministrativo degli studi clinici approvati dal CE)**

E' proseguita l'attività di alimentazione del data base aziendale IDS con le informazioni relative a tutti gli studi clinici sottomessi al parere del Comitato Etico: nell'anno 2018 454 **nuovi studi valutati**, di cui **404 approvati** - compresi usi compassionevoli e **45 sospesi ai chiarimenti**.

Per quanto riguarda l'attività di **monitoraggio amministrativo degli studi clinici** (*gestita come da processo descritto nello schema sotto riportato*), si è appena conclusa la fase di inserimento dei **1.542 report**, pervenuti a cura dei responsabili degli studi clinici alla data del 31.12.2018. L'elaborazione dei dati per la verifica dell'adesione da parte delle UU. OO. all'obiettivo aziendale **"rendicontazione almeno annuale degli studi"** è in corso.

		anno precedente /anno in corso
PI	invio relazioni su indirizzo mail dedicato visibile a CE,IDS, R&I	31 dicembre
IDS	inserimento nel DB IDS dei dati contenuti nei report pervenuti all'indirizzo mail dedicato alla scadenza del 31.12	15 febbraio
R&I	elaborazione dati, analisi report,predisposizione lettere di sollecito agli interessati e comunicazione a IDS dei solleciti inoltrati	15 marzo

PI - Principal Investigator

IDS – InvestigationalDrug Service – Farmacia Clinica

R&I – Ufficio Ricerca Innovazione

2) diffusione delle opportunità di finanziamento (divulgazione dei bandi locali, nazionali ed europei) e attivazione di iniziative volte a promuovere la progettazione per indirizzare la ricerca verso aree strategiche e di interesse per il Policlinico, nel panorama nazionale e internazionale

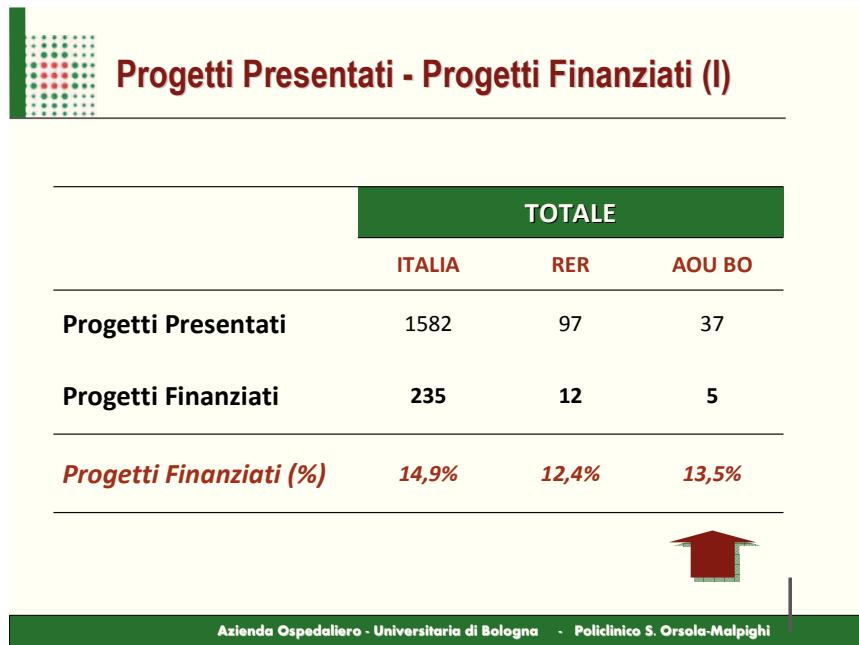
Nel corso del 2018 è stato fornito specifico supporto per la partecipazione ai seguenti bandi

- Bandi AIRC MFG e IG

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- Bando della Fondazione Cassa di Risparmio di Bologna per progetti nel settore della ricerca scientifica e tecnologica anche in campo medico
- Bandi europei
- Bando Ministero della salute - Ricerca Finalizzata 2018.

In particolare per quest'ultimo bando, i risultati hanno evidenziato una buona performance dei ricercatori del Policlinico, con 5 progetti finanziati sui 37 presentati.



Dati elaborati sulla base della documentazione pubblicata sul sito del Ministero della Salute
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5127&area=Ricerca%20sanitaria&menu=finalizzata

3) assistenza ai dipartimenti ad attività integrata ed ai ricercatori nell'iter di presentazione dei progetti di ricerca e nella gestione delle varie fasi della conduzione degli studi e supporto metodologico - formativo e organizzativo - gestionale ai ricercatori

E' stato fornito costante supporto ai ricercatori in particolare per la pianificazione e la stesura di protocolli di studio, l'analisi di dati e la revisione di articoli in fase di pubblicazione (140 consulenze fornite nel 2018); il supporto è fornito anche per la predisposizione delle proposte progettuali nell'ambito dei bandi pubblici e per la gestione e la rendicontazione dei progetti finanziati.

Alla data del 31.12.2018 i progetti finanziati attivi sono 63, per un ammontare complessivo di finanziamento assegnato, pari a € 10.718.383

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

ENTE EROGATORE	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2016	N. PROGETTI 2016	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2017	N. PROGETTI 2017	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2018	N. PROGETTI 2018
Programma Regione-Università	6.787.065	18	6.787.065	18	130.900	2
Ministero Salute	3.555.657	15	3.555.657	15	5.958.255	24
Regione	875.650	12	2.073.436	18	1.888.425	16
Aziendali	-	-	-	-	-	-
ISS	106.684	4	151.684	5	177.900	4
AIFA	-	-	1.143.000	1	1.143.000	1
Progetti Europei	952.401	2	1.011.807	3	875.907	3
Fondazioni	65.000	3	85.000	4	124.000	3
Altri Enti (*)	570.488	9	729.832	13	419.995	10
TOTALE	12.912.945	63	15.537.481	77	10.718.383	63

Nel corso del 2018 sono stati avviati 25 nuovi progetti per un importo di € 4.527.119.

ENTE EROGATORE	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2016)	N. PROGETTI 2016	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2017)	N. PROGETTI 2017	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2018)	N. PROGETTI 2018
Programma Regione-Università			-	-	-	-
Regione	330.650	5	1.197.786	6	335.073	6
Fondazioni	30.000	1	20.000	1	-	-
Ministero Salute	1.219.701	4	-	-	3.858.994	13
AIFA	-	-	1.143.000	1	-	-
ISS	60.500	3	45.000	1	87.900	2
Progetti Europei	-	-	59.406	1	49.001	1
Altri Enti	95.000	3	159.344	4	196.151	3
TOTALE	1.735.851	16	2.624.536	14	4.527.119	25

Sono inoltre proseguite le attività per implementare e mantenere i requisiti per la conduzione degli studi di fase I ai sensi della Determina di AIFA 809 del 2015 presso alcuni centri clinici (Ematologia, Oncologia e Oncoematologia Pediatrica) e sono stati gestiti i percorsi di notifica per la sperimentazione clinica con cellule CAR –T, ai sensi del Decreto Legislativo 206 del 2001, presso l'UO di Ematologia.

4) attivazione di iniziative di formazione per la ricerca e la sperimentazione clinica

Le iniziative realizzate durante l'anno 2018 sono le seguenti.

1) **Master in EBP e Metodologia della ricerca clinica assistenziale** (in convenzione UNIBO – AOUBO) - Il Master è stato attivato con l'iscrizione di 16 partecipanti e terminerà nel 2020

2) **Corsi EBN base ed EBN avanzato in ECM** riservato ai dipendenti delle professioni sanitarie delle aziende dell'area metropolitana (AOSP, IOR, AUSL, Imola). Nel corso del 2018 sono state realizzate le seguenti iniziative:

- corso EBP Base primaverile - hanno completato il corso 12 infermieri, 1 medico, 1 farmacista, 1 ortottista, 1 TSLB e 1 assistente sanitario

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- corso EBP Base autunnale - hanno partecipato 10 infermieri 1 chimico 1 TSLB e 1 fisioterapista
- Corso EBP Avanzato primaverile - hanno partecipato 12 infermieri, 1 fisioterapista e 2 medici
- corso EBP Avanzato autunnale - hanno partecipato 12 infermieri, 1 chimico, 1 TSLB e 1 medico

3) **Gruppo multi professionale e multidisciplinare EBP** - ha coinvolto 48 professionisti. Sono stati prodotti e pubblicati 12 critical appraisal topic ed 1 studio di validazione transculturale in lingua italiana della Postural Assessment Scale for Stroke Patients (PASS) (Scala di Valutazione Posturale per Pazienti con Stroke). Lo studio è concluso, in fase di pubblicazione l'articolo e di implementazione dello strumento nelle UU. OO.

4) **Corso sul protocollo di ricerca** - hanno partecipato 10 infermieri, 1 chimico, 2 medici, 1 fisioterapista 1 ricercatrice psicologa

5) **Corso sull' analisi descrittiva dei dati** - hanno partecipato: 13 infermieri, 4 medici, 5 fisioterapisti, 1 farmacista, 1 chimico, 1 tecnico di radiologia

5) gestione degli aspetti economico – amministrativi dei fondi per la ricerca e delle sperimentazioni cliniche ispirata ai criteri di trasparenza

La gestione degli aspetti economico – amministrativi dei fondi per la ricerca avviene sulla base della procedura PAPAC07 per la gestione dei fondi di ricerca e PAPAC16 per la gestione dei fondi da sperimentazione).

Vengono inoltre pubblicati gli atti deliberativi inerenti il trasferimento delle somme alle altre aziende o enti collaboranti e gli atti autorizzativi inerenti le sperimentazioni cliniche, quest'ultimi rilasciati ai sensi dell'art. 7 della Legge Regionale n. 9 / 2017.

Nel corso del 2018 è stata revisionata la procedura PA 104 MODALITÀ DI CONDUZIONE DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE corredata da specifico allegato REGOLE E COMPORTAMENTI CHE DISCIPLINANO IL CORRETTO PERCORSO PER LA CONDUZIONE DEGLI STUDI CLINICI " messo a punto per conciliare la procedura con il nuovo Codice di comportamento aziendale e con le nuove disposizioni in materia di privacy anche a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (GDPR)

Ai fini di assicurare correttezza e trasparenza degli atti sono inoltre oggetto di verifica e revisione ai sensi della normativa vigente sulla ricerca, in materia di protezione dei dati e di proprietà intellettuale

- accordi di ricerca in genere
- MTA (Material Transfer Agreement)
- CDA/NDA (Accordi di Riservatezza)

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- accordi con ditte farmaceutiche per la fornitura gratuita di farmaci per l'utilizzo nominale ai sensi del Decreto 7/9/2017 .

Per quanto riguarda in particolare i **fondi per la ricerca** assegnati all'AOU questi vengono impegnati secondo i piani economici autorizzati dall'ente committente. L'impegno delle risorse destinate alle unità di ricerca interne avviene secondo le procedure aziendali per l'acquisizione di personale, beni di consumo e servizi. Il trasferimento delle somme alle unità di ricerca afferenti ad altre aziende o enti collaboranti avviene mediante l'assunzione di specifico atto deliberativo pubblicato sul sito aziendale (nel 2018, 1 atto per un importo complessivo di € 14.000,00).

Nell'ambito della **sperimentazione clinica** per migliorare la gestione dei rapporti fra le parti nel 2018 sono state messe in campo le seguenti iniziative

- adeguamento del template della bozza contrattuale per gli studi profit con integrazione di modulistiche anagrafiche in versione bilingue per il Servizio Bilancio e attivazione della negoziazione del contratto al momento della sottomissione della documentazione degli studi alla segreteria del Comitato Etico
- predisposizione di un format di accordo per gli studi no profit osservazionali e un format di agreement tra il terzo finanziatore di studi con promotore AOUBO
- introduzione della stipula di contratti con centri partecipanti sia quando AOUBO è promotore, sia con Promotori esterni quando AOU BO è centro partecipante, per la necessità di regolarizzare non solo gli impegni e gli obblighi reciproci tra Promotore e centro partecipante, come previsti dalla diversa normativa in materia di sperimentazioni, ma anche per definire contrattualmente gli adempimenti ai fini privacy che la normativa del Garante prevede sia regolamentata attraverso accordi congiunti bilaterali.

Nel 2018 sono stati revisionati e gestiti nel processo di negoziazione circa 150 contratti tra studi profit e no profit e decine di emendamenti ai contratti.

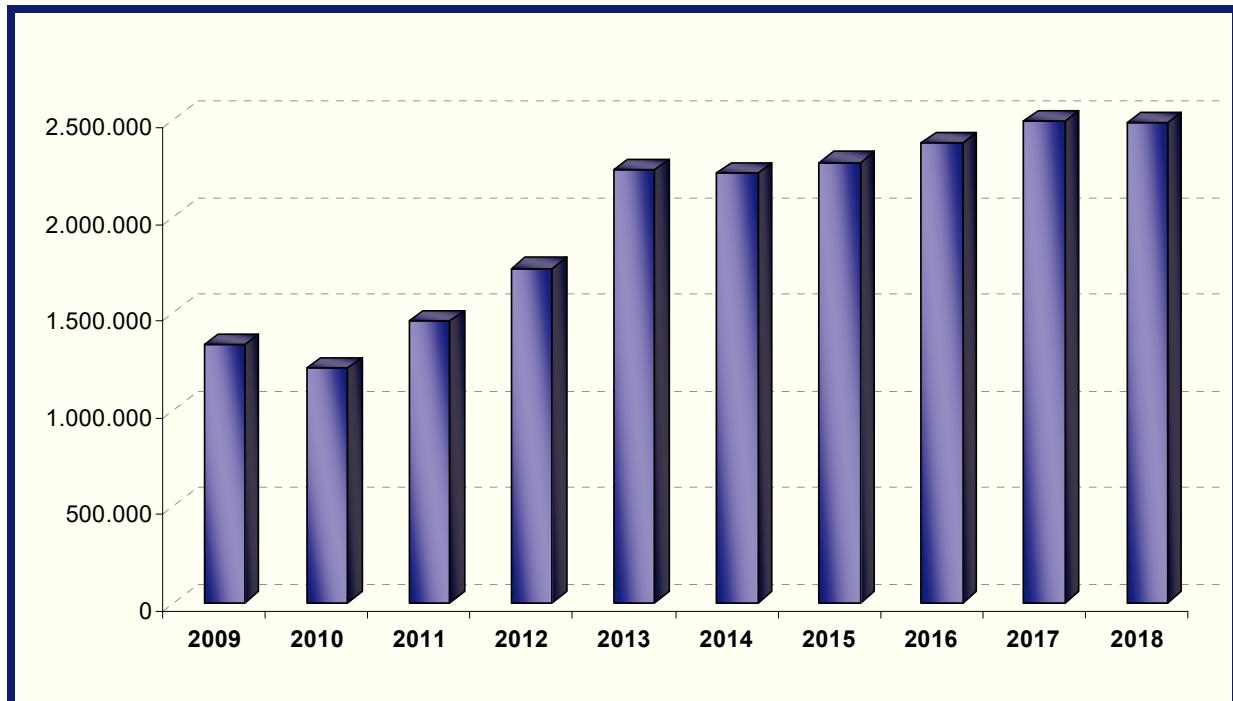
In particolare per quanto riguarda le **sperimentazioni cliniche sponsorizzate** la finalizzazione dei contratti proposti mostra l'andamento descritto in tabella.

	PROPOSTI	FINALIZZATI
2015	85	38
2016	100	63
2017	88	51
2018	90	54 (*)

(*46 stipulati e 8 già in versione definitiva ma in attesa di stipula)

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Nel 2018 il fatturato al netto del recupero costi per prestazioni aggiuntive e allestimento farmaci è stato pari a € 2.487.149. Il trend rispetto agli anni precedenti è illustrato nel grafico di seguito riportato.



Il finanziamenti sono gestiti ai sensi dello specifico regolamento aziendale di cui alla Delibera 159 del 4 aprile 2012. Le quote a disposizione delle unità operative vengono utilizzate secondo il medesimo regolamento e conformemente alle procedure aziendali per l'acquisizione di personale, beni di consumo, attrezzature e servizi.

Nelle tabelle sotto riportate è illustrato il trend dell'utilizzo dei finanziamenti disponibili per anno e per tipologia di impiego (valori assoluti e valori percentuali).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
personale	1.102.000	1.136.920	1.040.000	1.075.034	1.063.000	1.037.000	960.000
beni	14.000	22.000	104.000	42.000	10.000	5.300	6.000
servizi	88.000	58.000	89.000	60.000	125.000	157.630	62.000
attrezzature	45.000	127.000	79.000	54.580	65.000	20.000	29.000
sopravvenienze		55.000	8.000	-			
totale	1.249.000	1.398.920	1.320.000	1.231.614	1.263.000	1.219.930	1.057.000

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
personale	88%	81%	79%	87%	84%	85%	91%
beni	1%	2%	8%	3%	1%	0%	1%
servizi	7%	4%	7%	5%	10%	13%	6%
attrezzature	4%	9%	6%	4%	5%	2%	3%
sopravvenienze	0%	4%	1%	0%	0%	0%	
	100%						

6) Integrazione operativa con i servizi dell'Università che svolgono analoghe funzioni

- **Rapporto di collaborazione informale con UNIBO** per tutti i progetti presentati nell'ambito dei bandi europei dai ricercatori universitari che richiedono la partecipazione dell'AOU come parte terza.
- **Rapporto di collaborazione informale con la direzione amministrativa dei DU** per la gestione di progetti e /o studi clinici e per l'individuazione dei migliori possibili percorsi amministrativi comuni. La collaborazione si sostanzia anche in atti formali riguardanti convenzioni progetto specifiche. Nel corso del 2018 è stata attivata 1 convenzione con il trasferimento di € 25.000 dall'AOU BO al DIMEC e 1 convenzione con il trasferimento di € 20.000 € dal DIMEC a AOU BO, per la realizzazione di altrettanti progetti di comune interesse.
- **Valorizzazione e tutela della proprietà intellettuale** - si è consolidata la collaborazione tra gli uffici aziendali Ricerca e Innovazione, Privacy, Legale e l'Ufficio di trasferimento tecnologico dell'Alma Mater, collaborazione che ha condotto alla messa a punto del **Regolamento relativo alla tutela della proprietà industriale e intellettuale dell'AOU di Bologna**, adottato con Delibera N. 42 del 28.2.2018. Nel corso del 2018 è inoltre proseguita l'attività per la definizione di specifica intesa fra Azienda e UNIBO in materia di diritti di proprietà intellettuale per i casi di collaborazione fra le parti. Al 31.12. 2018 risultano depositate, in contitolarietà con altri enti, tre domande di brevetto in Italia, oggetto di estensione anche all'estero.
- **Progetto di unificazione del Servizio di Biblioteca** - il rinnovo dell'accordo scaduto nell'agosto 2017, potrà essere oggetto di ulteriore approfondimento in sede di applicazione dell'Accordo Attuativo Locale fra AOUBO e UNIBO, sottoscritto nel dicembre 2018.

3.5 La programmazione annuale e analisi per centro di responsabilità**A) Budget 2018**

La Direzione Generale ha proseguito anche per il 2018, il percorso di razionalizzazione intrapreso negli anni scorsi e declinato nelle schede di budget delle unità operative, gli obiettivi di mandato definiti dall'Assessorato alla Politiche per la Salute (DGR 2151/2016), formulati sulla base del Programma di mandato della Giunta della Regione Emilia-Romagna. (DGR 919/2018). Gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori e gli strumenti per la misurazione della performance aziendale nelle sue diverse dimensioni, sono stati esplicitati nel *piano della performance* 2018-2020 che rappresenta il documento di programmazione triennale previsto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento. Gli strumenti di budget annuali sono stati adeguati ed integrati per rendere più stringente la correlazione fra il sistema di programmazione e controllo e il successivo sistema di misurazione e valutazione delle performance.

Le azioni adottate per il 2018, coerentemente con la dinamica delle risorse e degli obiettivi e i risultati attesi espressi nella programmazione regionale e locale riguardano:

- Linee di attività;
- La razionalizzazione dei consumi;
- I piani di sviluppo;
- Gli standard qualitativi
- Obiettivi specifici differenziati fra le diverse unità operative.

Il cui piano delle azioni è ispirato alle seguenti aree di risultato:

- verifica dell'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate;
- sviluppo del processo di prevenzione del rischio e le il miglioramento della sicurezza delle cure;
- ottimizzazione dell'efficienza ospedaliera attraverso il perseguitamento di tassi di occupazione delle aree di degenza in linea con le medie regionali, ottimizzazione della gestione per intensità di cura, razionalizzazione delle linee di attività;
- ottimizzazione delle attività operatorie e specialistiche diurne attraverso un migliore utilizzo delle risorse;
- attenzione alla qualità dell'assistenza nei Pronto Soccorsi e alla soddisfazione degli utenti;
- miglioramento del tasso di prestazioni diagnostiche attraverso il recupero dell'appropriatezza prescrittiva;
- azioni di miglioramento per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali.
- attività di ricerca: in continuità con gli anni precedenti è prioritaria la valorizzazione della partecipazione degli operatori e condizioni favorevoli per la sperimentazione clinica attraverso:
 - a. Rilevazione delle pubblicazioni scientifiche;

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- b. Monitoraggio degli studi clinici-predisposizione della relazione annuale sullo stato di avanzamento degli studi approvati dal Comitato Etico;
- c. Rispetto dei tempi di rendicontazione dei progetti di ricerca finanziati

Gli obiettivi declinati nelle schede di budget dei Dipartimenti e delle Unità Operative riguardano:

- Prevenzione e promozione della salute: attività prevenzione malattie infettive, screening oncologici e gestione integrata delle emergenze;
- Interventi in materia di adesione del personale dipendente alle vaccinazioni;
- Sviluppo infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e miglioramento dell'accessibilità ai servizi;
- Razionalizzazione della gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti;
- Valorizzazione del capitale umano: integrare ricerca e la formazione, razionalizzazione offerta ECM, esperienze formative innovative, migliorare sistemi di valutazione delle competenze e sistemi premianti, profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione
- la Integrazione in area vasta e in area provinciale di funzioni specifiche e alcune specifiche linee di attività
- Strutturazione profili di cura integrati fra le diverse professionalità, avvio e sviluppo di aree con gestione per intensità di cura;
- Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa prestazioni di ricovero e ambulatoriali; Riordino ospedaliero: riduzione posti letto, rispetto valori soglia volumi/esiti, riduzione DRG ad alto rischio inappropriatezza;
- Verifica dell'appropriatezza del setting assistenziale di erogazione dei servizi sanitari e implementazione di azioni di miglioramento degli indicatori di qualità, anche sulla base degli indicatori monitorati dal Piano Nazionale Esisti e del Progetto Bersaglio;
- Verifica, in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna e lo IOR, l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa con particolare riferimento alla diagnostica pesante ed individuazione di azioni per il contenimento dei tempi di attesa i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate;
- Attività di donazione;
- Governo dei farmaci e dei dispositivi medici;
- Adozione di strumenti di governo clinico;
- Volumi di attività ed efficienza utilizzo delle risorse.

Nel 2018, a seguito dei processi di integrazione interaziendali avviati con le aziende sanitarie presenti sul territorio provinciale, sono stati organizzati degli incontri di negoziazione con la definizione di obiettivi condivisi dalle aziende. La negoziazione e la scheda di budget hanno carattere interaziendale per le seguenti unità operative:

- Medicina nucleare (AOU BO, AUSL BO)
- Malattie Infettive (AOU BO, AUSL BO)
- Medicina del Lavoro (AOU BO, AUSL BO, IIOORR)
- Pneumologia interventistica (AOU BO, AUSL BO)

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- Dermatologia (AOU BO, AUSL BO)
- Chirurgia Generale Patologia della mammella (AOU BO, AUSL IMOLA)
- Genetica Medica (AOU BO, AUSL IMOLA)
- SUMAP (AOU BO, AUSL BO, IIOORR)
- SUMCF (AOU BO, AUSL BO, IIOORR)
- SAM (AOU BO, AUSL BO, IIOORR)

Gli strumenti di budget

Linee guida al budget: comunica i contenuti, le modalità e la tempistica per la definizione dei programmi di attività annuale dell’Azienda (Budget), le fasi di monitoraggio e il sistema premiante. In particolare, nelle linee guida al budget vengono richiamati i principali obiettivi da realizzare anche se non esplicitati nelle schede di budget di Dipartimento e Unità Operativa e che saranno oggetto di verifica durante l’anno.

Scheda di budget del Direttore di Dipartimento definisce gli obiettivi 2018 del Direttore di Dipartimento che riguardano:

- a) collaborazione del DAI alla realizzazione degli obiettivi di mandato della Direzione Aziendale e degli obiettivi della programmazione regionale;
- b) la performance organizzativa del Dipartimento, in coerenza con quanto previsto dal regolamento di funzionamento dei DAI;
- c) la valutazione degli incarichi dei Direttori di struttura complessa;
- c) la condivisione delle decisioni strategiche assunte nell’ambito del Collegio di Direzione all’interno del dipartimento
- d) le azioni di sviluppo e di miglioramento che interessano settori rilevanti all’interno del Dipartimento.
- e) il rispetto del budget economico negoziato con la Direzione Aziendale anche attraverso l’adesione alle gare aggiudicate;

La rendicontazione consuntiva delle attività svolte dovrà essere redatta dal Direttore di Dipartimento tenendo conto degli obiettivi negoziati annualmente e a questo strumento sarà collegato anche il sistema premiante per i risultati raggiunti.

Scheda di budget di Unità Operativa:

Dove sono previsti i più significativi obiettivi da realizzare dalla struttura nel suo complesso, con le figure professionali coinvolte per i singoli obiettivi articolati in obiettivi:

- a) di mantenimento della performance organizzativa dell’unità operativa
- b) di miglioramento e sviluppo della performance organizzativa dell’unità operativa
- c) specifici differenziati che individuano il contributo individuale alla performance organizzativa.

Le schede di budget sono integrate del reporting dei principali indicatori di attività e consumi, nonché del sistema di monitoraggio degli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e dal Piano Nazionale Esiti.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Anche nel 2018 si è avviata un'analisi dettagliata dell'appropriatezza del setting assistenziale; a tal fine sono stati individuati nelle schede di budget obiettivi di riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati, in applicazione di quanto previsto dalla normativa vigente e di quanto richiesto nell'ambito degli accordi di fornitura.

L'evidenza in corso d'anno di trend non in linea con gli andamenti attesi è oggetto di segnalazione alle unità operative e genera una revisione di budget.

Linee di programmazione trasversali

Nelle linee guida al budget vengono individuati obiettivi trasversali e comuni ai Dipartimenti e alle unità operative che seppur, non tutti tracciati con obiettivi nelle schede di budget, sono stati oggetto di monitoraggio nel corso del 2018.

Area di governo clinico

Sono stati declinati obiettivi relativi agli indicatori di monitoraggio dei volumi e degli esiti, sulla base di quanto previsto dal Piano Nazionale Esiti e Progetto Bersaglio oltre che gli obiettivi derivanti dalla normativa regionale in materia di tempi di attesa ricoveri programmati e nuova normativa relativa alla gestione della scheda di dimissione ospedaliera.

Azioni di governo della spesa farmaceutica e dispositivi medici

La materia della razionalizzazione e controllo della spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera ha visto negli ultimi anni esplodere le iniziative finalizzate a fronteggiare la crescita della spesa determinata da numerose variabili, tra le quali la più rilevante l'immissione in commercio di nuovi farmaci a costi molto elevati.

In linea con i contenuti delle Linee di programmazione 2018 della Regione, le azioni si sono concentrate prevalentemente in alcune aree di intervento ritenute particolarmente strategiche e critiche per la nostra azienda e che sono state declinate nelle schede di budget delle singole unità operative coinvolte. In continuità con quanto già impostato negli anni passati, per l'anno 2018 sono state ritenute prioritarie le valutazioni di appropriatezza e/o il rispetto del budget economico assegnato per farmaci innovativi nei seguenti ambiti:

- Farmaci biologici e biosimilare (area Reumatologia, area di gastroenterologia, area nefrologica);
- Farmaci oncologici (area Onco-ematologia);
- Farmaci per malattie rare.
- particolare attenzione è posta al consumo di Albumina ed Immunoglobuline normali EV il cui consumo sta registrando significativi incrementi, comportando una insufficienza di autonomia del Piano sangue ed il ricorso ad acquisti integrativi a costi maggiori.
- Farmaci per il diabete
- consumo ospedaliero di antibiotici: le attività pianificate in questo ambito sono finalizzate alla improrogabile messa in atto di strategie di politica prescrittiva degli antimicobici,

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

tanto in ambito terapeutico quanto nella profilassi chirurgica, al fine di preservarne la massima efficacia terapeutica e contenere l'induzione di resistenze, mantenendo un costante controllo e monitoraggio della loro prescrizione. Le attività rientrano nel programma di gestione del rischio infettivo in ambito assistenziale previste dalla Regione Emilia-Romagna.

Nell'ambito del governo della spesa per dispositivi medici, il budget 2018 ha tenuto conto di incrementi dei livelli di attività che richiedono l'acquisizione di tecnologie sanitarie innovative oppure l'introduzione di nuove metodiche (es. chirurgia robotica). Nell'ambito specifico dei Dispositivi Medici (DM) sono state sviluppate da alcuni anni a livello regionale (CRDM) ed a livello aziendale (CADM) percorsi specifici, con l'obiettivo di migliorare, ai diversi livelli dell'organizzazione, i processi che portano all'introduzione e alla gestione di nuove tecnologie nella pratica clinica.

E' previsto nella scheda il monitoraggio dei livelli di adesione alle raccomandazioni regionali, sull'impiego dei dispositivi medici per elettrochirurgia a ultrasuoni e radiofrequenza (novembre 2014).

Per quanto riguarda la Terapia a Pressione Negativa, proseguono i percorsi di valutazione per la validazione delle richieste; obiettivo specifico per i prescrittori un livello di richieste appropriate/totale richieste >90% ed il non superamento del 10% dei casi che hanno superato i 21 giorni di trattamento.

Azioni contrasto del rischio infettivo collegato all'antibiotico resistenza

Sono stati declinati, inoltre, obiettivi trasversali in merito alla sicurezza, volti alla diffusione di pratiche clinico-assistenziali utili al contenimento del rischio: applicazione check list di sala operatoria, pratiche per il controllo del rischio infettivo relativo al consumo del gel idroalcolico (20L/gdd). Anche per il 2018 sono stati mantenuti gli obiettivi finalizzati a migliorare l'appropriatezza della profilassi antibiotica in chirurgia e a rafforzare la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SICheR).

Per quanto riguarda le attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nel 2018 è continuato il supporto alle unità operative, i sopralluoghi periodici e le attività di refresh, come disposto dai documenti regionali in merito alla prevenzione ed al controllo della trasmissione.

In continuità con quanto già impostato negli anni precedenti prosegue la sorveglianza continua sulla corretta compilazione della cartella clinica, con particolare riferimento alla sicurezza del percorso di cura, di informazione e consenso, tutela del paziente, continuità del processo diagnostico-terapeutico e della gestione del dolore.

Sono stati riconfermati gli obiettivi relativi all'applicazione del piano aziendale anticorruzione e trasparenza, pertanto, per tutti i responsabili coinvolti l'obiettivo di assolvimento degli obblighi di trasparenza, % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative IntecentER, % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta. Altra misura di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione e dell'illegalità è il Codice di Comportamento, elemento essenziale del Piano triennale di prevenzione della corruzione. Le norme in esso contenute indirizzano il

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

comportamento dei dipendenti e di coloro i quali agiscono in nome e per conto dell’Azienda, verso il pieno rispetto della legalità e dell’etica professionale e personale.

Accreditamento

In coerenza con i contenuti della DGR 1943 del 4.12.2017, tutte le strutture aziendali sono state coinvolte nel percorso di allineamento ai requisiti del nuovo modello di Accreditamento Istituzionale attraverso la partecipazione agli specifici eventi formativi, le attività di analisi sul livello di adesione e il coordinamento/contributo alle azioni di miglioramento individuate nella fase di analisi

B) Il monitoraggio degli obiettivi di budget 2018 per centro di responsabilità

Analisi andamento per centro di responsabilità

In Azienda è presente un sistema di monitoraggio degli obiettivi di budget che viene pubblicato sul portale intranet aziendale con periodicità mensile, per gli obiettivi quantitativi relativi all’area attività, razionalizzazione dell’uso delle risorse e indicatori misurabili dal flusso corrente dei dati da sistema informativo aziendale.

Lo strumento utilizzato dai Dipartimenti per il monitoraggio degli obiettivi che deve essere eseguito con periodicità quadriennale, è il Riesame della Direzione

Si allega alla presente relazione il monitoraggio dell’andamento a consuntivo anno 2018 per Dipartimento e Unità Operativa degli indicatori di budget relativi ai volumi di attività e la razionalizzazione dei consumi (allegato 1 e allegato 2).

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

4. La Gestione Economico-Finanziaria dell'Azienda

4.1 Sintesi di Bilancio

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017	Variazione 2018/preventivo	
				Importo	%
A.1) Contributi in c/esercizio	108.478.601	107.379.930	106.663.391	1.098.671	1,0%
A.1.a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	100.958.590	107.379.930	103.694.037	-6.421.340	-6,0%
A.1.b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	6.183.774	-	1.144.351	6.183.774	0,0%
A.1.b.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	-	-	-	-	0,0%
A.1.b.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	-	-	-	-	0,0%
A.1.b.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	-	-	-	-	0,0%
A.1.b.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	1.129.280	-	-	1.129.280	0,0%
A.1.b.5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	274.493	-	76.625	274.493	0,0%
A.1.b.6) Contributi da altri soggetti pubblici	4.780.000	-	1.067.726	4.780.000	0,0%
A.1.c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	1.235.853	-	1.749.619	1.235.853	0,0%
A.1.c.1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	-	0,0%
A.1.c.2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	-	0,0%
A.1.c.3) da Regione e altri soggetti pubblici	891.800	-	1.382.326	891.800	0,0%
A.1.c.4) da privati	344.053	-	367.293	344.053	0,0%
A.1.d) Contributi in c/esercizio - da privati	100.384	-	75.384	100.384	0,0%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-4.561.349	-10.936	-6.492.643	-4.550.413	41609,5%
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	14.151.561	1.283.004	2.850.777	12.868.557	1003,0%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	464.286.301	466.370.149	457.158.313	-2.083.848	-0,4%
A.4.a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	431.798.418	434.536.141	427.699.261	-2.737.722	-0,6%
A.4.b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	24.823.114	22.490.000	22.330.148	2.333.114	10,4%
A.4.c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	7.664.768	9.344.008	7.128.904	-1.679.240	-18,0%
A.5) Concordi, recuperi e rimborsi	8.581.335	7.467.416	7.626.873	1.113.919	14,9%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	7.267.320	8.160.000	7.846.148	-892.680	-10,9%
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	19.306.397	19.350.127	18.737.601	-43.730	-0,2%
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	95.329	-	-	95.329	0,0%
A.9) Altri ricavi e proventi	3.158.819	3.285.438	3.402.206	-126.619	-3,9%
Totale A)	620.764.313	613.285.128	597.792.665	7.479.185	1,2%
				-	0,0%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				-	0,0%
B.1) Acquisti di beni	201.713.170	198.422.421	177.786.337	3.290.749	1,7%
B.1.a) Acquisti di beni sanitari	196.587.202	193.251.621	172.236.735	3.335.581	1,7%
B.1.b) Acquisti di beni non sanitari	5.125.968	5.170.800	5.549.602	-44.832	-0,9%
B.2) Acquisti di servizi sanitari	63.563.762	62.715.557	69.290.403	848.205	1,4%
B.2.a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	-	-	-	-	0,0%
B.2.b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	-	-	-	-	0,0%
B.2.c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	8.833.826	8.832.734	8.877.408	1.092	0,0%
B.2.d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	-	-	-	-	0,0%
B.2.e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	-	-	-	-	0,0%
B.2.f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	-	-	-	-	0,0%
B.2.g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	822.584	1.007.676	1.013.574	-185.092	-18,4%
B.2.h) Acquisti prestazioni di psichiatrica residenziale e semiresidenziale	-	-	-	-	0,0%
B.2.i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	-	-	-	-	0,0%
B.2.j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	-	-	-	-	0,0%
B.2.k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	4.625.732	4.608.784	3.715.396	16.948	0,4%
B.2.l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	-	-	-	-	0,0%
B.2.m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	18.953.261	17.456.329	16.938.246	1.496.932	8,6%
B.2.n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	5.000	-	-	5.000	0,0%
B.2.o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni	19.809.951	20.975.127	22.220.872	-1.165.176	-5,6%

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017	Variazione 2018/preventivo
di lavoro sanitarie e sociosanitarie				
B.2.p) Altri servizi sanitari e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	10.513.408	9.834.907	16.524.908	678.500 6,9%
B.2.q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	- 0,0%
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	59.172.918	57.417.429	57.706.038	1.755.489 3,1%
B.3.a) Servizi non sanitari	55.809.606	55.231.683	55.252.702	577.923 1,0%
B.3.b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	2.767.740	1.604.759	1.845.828	1.162.980 72,5%
B.3.c) Formazione	595.572	580.987	607.508	14.585 2,5%
B.4) Manutenzione e riparazione	19.808.637	20.164.000	19.282.419	-355.363 -1,8%
B.5) Godimento di beni di terzi	4.849.178	4.885.321	4.101.569	-36.143 -0,7%
B.6) Costi del personale	229.945.070	226.836.606	222.659.327	3.108.464 1,4%
B.6.a) Personale dirigente medico	71.259.724	70.775.599	69.102.435	484.125 0,7%
B.6.b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	6.851.211	6.885.790	6.898.540	-34.580 -0,5%
B.6.c) Personale comparto ruolo sanitario	104.837.710	102.513.962	101.038.883	2.323.748 2,3%
B.6.d) Personale dirigente altri ruoli	3.028.010	2.913.241	2.768.670	114.769 3,9%
B.6.e) Personale comparto altri ruoli	43.968.415	43.748.014	42.850.800	220.401 0,5%
B.7) Oneri diversi di gestione	1.930.127	1.871.517	1.764.211	58.610 3,1%
B.8) Ammortamenti	24.696.177	24.554.965	24.184.979	141.212 0,6%
B.8.a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	912.438	878.599	804.555	33.839 3,9%
B.8.b) Ammortamenti dei Fabbricati	16.639.930	16.632.923	16.547.558	7.007 0,0%
B.8.c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	7.143.809	7.043.443	6.832.866	100.366 1,4%
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	936.205	-	611.273	936.205 0,0%
B.10) Variazione delle rimanenze	-4.378.811	-	-1.917.567	-4.378.811 0,0%
B.10.a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-4.547.314	-	-1.920.928	-4.547.314 0,0%
B.10.b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	168.503	-	3.361	168.503 0,0%
B.11) Accantonamenti	8.043.653	3.333.913	10.251.108	4.709.740 141,3%
B.11.a) Accantonamenti per rischi	3.237.698	-	-	3.237.698 0,0%
B.11.b) Accantonamenti per premio operosità	-	-	-	- 0,0%
B.11.c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	1.748.005	-	2.652.893	1.748.005 0,0%
B.11.d) Altri accantonamenti	3.057.949	3.333.913	7.598.215	-275.964 -8,3%
Totale B)	610.280.085	600.201.729	585.720.098	10.078.356 1,7%
				- 0,0%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	10.484.228	13.083.399	12.072.567	-2.599.171 -19,9%
				- 0,0%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				- 0,0%
C.1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	15.399	-	6.646	15.399 0,0%
C.2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	287.413	265.000	213.643	22.413 8,5%
Totale C)	-272.013	-265.000	-206.997	-7.013 2,6%
				- 0,0%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				- 0,0%
D.1) Rivalutazioni	-	-	-	- 0,0%
D.2) Svalutazioni	82.539	-	-	82.539 0,0%
Totale D)	-82.539	-	-	-82.539 0,0%
				- 0,0%
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				- 0,0%
E.1) Proventi straordinari	8.397.863	3.554.467	5.293.315	4.843.396 136,3%
E.1.a) Plusvalenze	-	-	100	- 0,0%
E.1.b) Altri proventi straordinari	8.397.863	3.554.467	5.293.215	4.843.396 136,3%
E.2) Oneri straordinari	2.108.335	310.000	1.469.209	1.798.335 580,1%
E.2.a) Minusvalenze	42.597	-	22.533	42.597 0,0%
E.2.b) Altri oneri straordinari	2.065.737	310.000	1.446.676	1.755.737 566,4%
Totale E)	6.289.528	3.244.467	3.824.106	3.045.061 93,9%
				- 0,0%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A+B+C+D+E)	16.419.204	16.062.866	15.689.676	356.338 2,2%
				- 0,0%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				- 0,0%
Y.1) IRAP	16.316.012	15.942.866	15.540.639	373.146 2,3%
Y.1.a) IRAP relativa a personale dipendente	14.925.937	14.596.418	14.160.855	329.519 2,3%
Y.1.b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	408.910	500.448	516.706	-91.538 -18,3%
Y.1.c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	981.165	846.000	863.077	135.165 16,0%
Y.1.d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-	- 0,0%
Y.2) IRES	89.156	120.000	111.220	-30.844 -25,7%
Y.3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	- 0,0%
Totale Y)	16.405.168	16.062.866	15.651.858	342.302 2,1%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	14.036	-	37.818	14.036 0,0%

4.2 Scostamento dei risultati rispetto al Bilancio Economico Preventivo 2018 e al Consuntivo 2017 e destinazione dell'utile d'esercizio

La programmazione 2018 è stata impostata dalla Regione Emilia-Romagna in continuità con gli esercizi precedenti, ponendo come obiettivo l'equilibrio economico finanziario, nel rispetto degli adempimenti posti in capo alle Regioni, stabiliti con l'Intesa 23 marzo 2005 e da quanto previsto dalla Legge di Stabilità 2018.

Secondo quanto indicato dal protocollo regionale GPG/2018/561 del 10.04.2018 e successivamente dalla delibera di Giunta Regionale n. 919 del 18 giugno 2018 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2018" (DGR 919/2018), i bilanci 2018 delle aziende sanitarie dovranno assicurare una situazione di pareggio civilistico, comprensivo anche degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2018, riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva.

Nell'ambito della cornice di riferimento sopra riportata, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha raggiunto pienamente l'obiettivo economico finanziario posto dal livello regionale, **evidenziando un risultato di pareggio di bilancio** (utile pari a € 14.036); si specifica che il valore degli ammortamenti non sterilizzati al 31/12/2009 è pari a 3.957 milioni di euro come indicato nella DGR 919/2018.

Come previsto dalla normativa vigente, l'utile dell'esercizio sarà destinato al ripiano delle perdite pregresse.

	Consuntivo 2018	Preventivo deliberato 2018	Consuntivo 2017
Risultato di Esercizio	14.036	0	37.818

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.

Si fornisce di seguito il commento delle variazioni più significative intervenute nelle singole componenti dei costi e dei ricavi rispetto alla previsione ed al consuntivo dell'anno precedente.

Lo schema di conto economico di seguito analizzato è quello del CE MINISTERIALE.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

4.2.1. Valore della produzione

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
Valore della produzione	620.764.313	613.285.128	597.792.665

Il **Valore della produzione** registra un incremento rispetto a quanto previsto in sede di bilancio economico preventivo 2018, pari a circa +7,479 milioni di euro (+1,22%) ed un incremento rispetto al dato di consuntivo 2017, pari a circa +22,971 milioni di euro (+3,84%); tale variazione è principalmente riconducibile ad una crescita della valorizzazione delle prestazioni di mobilità sanitaria infra ed extra regione.

Segue un'analisi delle principali variazioni negli aggregati del Valore della Produzione rispetto a quanto preventivato e rispetto al consuntivo 2017.

A.1) Contributi in conto esercizio

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
A.1) Contributi in c/esercizio	108.478.601	107.379.930	106.663.391
A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	100.958.590	107.379.930	103.694.037
A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	6.183.774	0	1.144.351
A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	1.235.853	0	1.749.619
A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	100.384	0	75.384

La voce registra un incremento rispetto a quanto preventivato, pari a circa +1,099 milioni di euro (+1,02%), e registra un incremento rispetto al consuntivo 2017, pari a circa +1,815 milioni di euro (+1,70%). Segue un'analisi di dettaglio.

A.1.A) Contributi da Regione o Prov.Aut. per quota F.S. Regionale

Tra i **Contributi da Regione o Prov.Aut. per quota F.S. Regionale indistinto** si evidenziano, in particolare:

- il contributo per l'importo di 19,772 milioni di euro a carico delle aziende sanitarie della regione (DGR 919/2018); tale contributo risulta confermato sia rispetto al preventivo 2018 che rispetto al consuntivo 2017;
- Per il riparto delle risorse alle Aziende Ospedaliero-universitarie e agli IRCCS in sede di preventivo 2018 si è proceduto nella direzione di qualificare ulteriormente il finanziamento a fronte delle principali funzioni svolte, quale remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale, ai sensi dell'articolo 8-sexies del D.Lgs. 502/1992 e s.m. e i., all'interno del limite massimo stabilito dal DM 18 ottobre 2012 dell'articolo 8-sexies del D.Lgs 502/1992 e s.m.i.) e sulla scorta della metodologia prevista dalla legge di stabilità 2016 a verifica della condizione di sostenibilità delle Aziende Ospedaliero/IRCCS, per il 2018 si è introdotto un finanziamento omnicomprensivo a

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

funzione, nella misura del 14% dell'attività di ricovero ed ambulatoriale prodotta nel corso 2016.

Per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna tale finanziamento nell'anno 2018 è pari a 47,690 milioni di euro.

Inoltre, in analogia al 2017, già in fase di programmazione vi è il riconoscimento in capo alle Aziende delle funzioni dalle stesse esercitate in relazione ai processi di integrazione sovra-aziendale di funzioni tecniche, amministrative e professionali. Per quanto riguarda l'Area metropolitana di Bologna, viene riconosciuto un finanziamento aggiuntivo all'Azienda USL di Bologna (capofila) in relazione alla funzione "Sviluppo dei processi di integrazione dei Servizi delle Aziende metropolitane e di Area Vasta" e all'Azienda USL di Imola, con contestuale trattenuta di pari importo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ed all'Istituto Ortopedico Rizzoli, per le funzioni che gli stessi hanno delegato alle due Aziende territoriali. Le cifre sono state comunicate dalle Aziende medesime. Detti importi devono essere contabilizzati rispettivamente per le Aziende Usl di Bologna (+ € 2.233.575) e di Imola (+ € 148.512) quale finanziamento a funzione, aggiuntivo rispetto alla quota capitaria, per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (- € 2.151.532) e per l'Istituto Ortopedico Rizzoli (- € 230.555) in diminuzione dei finanziamenti per funzione.

Tale trattenuta è collegata al finanziamento sopracitato.

- l'assegnazione a favore dell'Azienda, pari a 8,410 milioni di euro (DGR 1171/2018), relativa al Programma delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti, di cui questa Azienda è sede di Centro di riferimento Regionale (CRT Centro Regionale Trapianti). Tale contributo registra un lieve incremento (+30mila euro) rispetto sia al preventivo 2018 che il consuntivo 2017 in quanto comprende anche le somme da corrispondere a titolo di rimborso ai componenti dell'Organismo Tecnico Regionale;
- il contributo a copertura degli ammortamenti non sterilizzati riferiti alle immobilizzazioni entrate in produzione al 31/12/2009 per un valore pari a 3,957 milioni di euro, a conferma del dato preventivo. A consuntivo 2017 tale posta era stata rappresentata per un importo pari a 3,992 milioni di euro;
- l'assegnazione per i Corsi universitari delle professioni sanitarie si attesta a 1,167 milioni di euro. Tale contributo, definito in base al dato degli allievi iscritti ai corsi, conferma il dato del preventivo 2018 e del consuntivo 2017;
- il finanziamento aggiuntivo assegnato a fronte degli esiti del monitoraggio infrannuale 2018 pari a 1,500 milioni di euro;
- in sede di consuntivo si conferma il finanziamento già previsto a preventivo 2018 a copertura dei costi del nuovo applicativo per la Gestione delle risorse umane (GRU) pari a 11 mila euro;
- Confermato anche il finanziamento relativo al Piano attuativo salute mentale per un importo di 35 mila euro pari a quanto rappresentato a preventivo 2018 e consuntivo 2017.
- in corso d'anno è stato assegnato il finanziamento a copertura del differenziale tra quanto accantonato a bilancio preventivo economico 2018 e quanto previsto dal CCNL 2016 – 2018

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

per gli oneri contrattuali del personale del comparto per un totale di 3,404 milioni di euro (DGR 1411/2018).

- In sede di consuntivo è stato assegnato un altro contributo per un importo pari a 50,750 mila euro.

Infine, in tale voce sono state registrate le assegnazioni regionali per le **Altre funzioni sovra-aziendali e progetti di rilievo regionale**, definite dalla **DGR 1095/2018**. Segue una tabella di dettaglio:

Descrizione contributo	Consuntivo 2018 (DGR 1095/2018)	Preventivo 2018	Consuntivo 2017 (DGR 1050/2017 - DGR 2165/2017)
Malattie rare pediatriche	770.000	770.000	770.000
Altre funzioni sovra-aziendali (Riferimento regionale neonatale e pediatrico - cardiochirurgia)	3.750.000	3.750.000	3.750.000
Altre funzioni sovra-aziendali (sindrome di Marfan)	170.000	170.000	170.000
Malattie emorragiche congenite	60.000	60.000	60.000
Altre funzioni sovraaziendali (nefrologia pediatrica, insufficienza renale)	500.000	500.000	500.000
Altre funzioni sovraaziendali (Emergenze microbiologiche - CREEM)	800.000	800.000	500.000
Finanziamento West Nile virus	0	0	130.000
Centro clinico di screening neonatale	200.000	200.000	200.000
Screening neonatale	2.500.000	2.500.000	2.500.000
Materiale trapianto di cuore artificiale VAD	600.000	600.000	600.000
Intolleranza sostanze chimiche	50.000	50.000	40.000
Analisi tossicologiche, refertazione e conservazione campioni per accertamento guida sotto effetto di sostanze	0	0	135.000
Attività di divulgativa gestione liste di attesa	70.000	70.000	70.000
Sorveglianza migranti	100.000	100.000	0
Medico competente	100.000	100.000	0
Sorveglianza radiazioni	25.000	25.000	0
Funzione ambulatoriale vaccini 2°livello	0	70.000	0
Centro di riferimento regionale per la diagnosi e trattamento malattie croniche intestinali (MICI)	200.000	200.000	200.000
Centro di riferimento regionale per il trattamento della neoplasia ovarica	100.000	100.000	100.000
Totale	9.995.000	10.065.000	9.725.000

Si registra un incremento dei finanziamenti a funzione consuntivo anno 2018 rispetto al consuntivo 2017 (+270mila euro), sono confermati i valori del finanziamento 2017 per le seguenti funzioni:

- Il contributo per lo screening neonatale per il quale l’Azienda è Centro clinico di riferimento regionale;
- l’assegnazione regionale del finanziamento relativo al progetto Malattie rare Pediatriche, di cui questa Azienda Ospedaliero-Universitaria è centro Hub di rilievo regionale;

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- il contributo per centro HUB per il trattamento della Sindrome di Marfan ed attività di genetica correlate;
- il finanziamento per la gestione del paziente con insufficienza renale cronica, di cui questa Azienda è Centro regionale di nefrologia pediatrica;
- il finanziamento per Malattie emorragiche congenite a copertura dei costi legati all'incremento del numero dei pazienti presi in carico dal Centro per le malattie emorragiche congenite;
- Il finanziamento regionale riconosciuto all'Azienda per l'attività di cardiochirurgia e cardiologia pediatrica, in quanto unico centro cardiochirurgico di riferimento regionale in ambito neonatale e pediatrico comprensivo della cardiologia interventistica ad alta complessità;
- Si mantiene stabile anche il finanziamento a copertura dei costi del materiale impiantabile per l'attività di trapianto di cuore artificiale VAD erogata a residenti dell'Emilia Romagna;
- il finanziamento in quanto Centro di riferimento regionale per la diagnosi ed il trattamento medico – chirurgico delle malattie croniche intestinali (MICI);
- il finanziamento in quanto Centro di riferimento regionale per il trattamento della neoplasia ovarica;
- il finanziamento per le intolleranze alle sostanze chimiche non trattabili farmacologicamente;
- Il finanziamento per l'attività di divulgazione sulle modalità di gestione delle liste di attesa dei ricoveri ospedalieri programmati e di informazione degli strumenti che hanno a disposizione i cittadini per verificare la propria posizione all'interno del percorso che conduce al ricovero e all'intervento;

I seguenti contributi risultano essere nuove assegnazioni dell'anno 2018 già rappresentate nella stessa misura a bilancio preventivo economico:

- Supporto e coordinamento attività medici competenti Aziende sanitarie con particolare riferimento alla sorveglianza sanitaria, criteri idoneità alla mansione specifica, valutazione rischi sanitari;
- Il finanziamento per la sorveglianza radiazioni ionizzanti con particolare riferimento all'aggiornamento e raccolta dati per il sistema di sorveglianza della esposizione dei pazienti a radiazioni ionizzanti per procedura di radiodiagnostica;
- Il finanziamento per il servizio specialistico regionale di consulenza in ambito vaccinale e consulenza infettivologica ai migranti.
- il finanziamento del Centro di Riferimento Regionale per le Emergenze Microbiologiche (CREEM) registra un incremento rispetto al consuntivo 2017 (+170mila euro).

In sede di consuntivo 2018 il finanziamento per la funzione ambulatoriale vaccini di secondo livello (70mila euro), quantificato in sede di preventivo 2018, non è stato più riproposto.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Tra i **Contributi finalizzati** si rileva il finanziamento degli interventi umanitari, nell'ambito del programma assistenziale a favore di cittadini stranieri ex art. 32 l. 499/97 pari a 154 mila euro (DD 21828/2018) e altri contributi minori quali il Progetto di Salute mentale (40 mila euro), Stage ragazzi diabetici (25 mila euro), il Piano Programma assicurazione (70 mila euro) ed il Progetto Caregiver (35 mila euro).

Sono presenti in tale voce anche i rimborsi da Regione per collaborazioni ed avvalimenti di personale che, a partire dall'anno 2014, sono oggetto di specifico contributo regionale (618,153 mila euro).

Tra i **Contributi da Regione o Prov.Aut. per quota F.S. regionale vincolato A.1.A.2)** si evidenziano, invece:

- il contributo per Farmaci innovativi non oncologici, pari a 6,175 milioni di euro, erogato sulla base della spesa effettivamente sostenuta, al netto di sconti e pay-back, in relazione all'applicazione di accordi negoziali.

A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo):

In tale voce sono stati contabilizzati gli importi indicati dalla Regione per gli Stranieri temporaneamente presenti (STP) di cui all'art. 35, commi 3 e 4, D.Lgs n. 286/98, definiti in base ai flussi disponibili relativi alle prestazioni erogate e riproporzionati in base all'ammontare dell'acconto definito nel provvedimento ministeriale dedicato (1,129 milioni di euro).

Inoltre è stato contabilizzato il finanziamento regionale (4,600 milioni di euro) volto a coprire il differenziale determinatosi dalla rappresentazione dei dati di mobilità sanitaria extra regione valorizzati secondo l'attività effettiva del 2018 come da indicazione regionale.

In tale voce vengono anche rappresentati finanziamenti legati a progetti specifici gestiti da più aziende sanitarie.

A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca:

Come già anticipato, a bilancio economico preventivo non sono stati rappresentati finanziamenti per la ricerca.

A consuntivo si evidenzia un decremento rispetto all'anno 2017 (pari a -513mila di euro) sostanzialmente dovuto ai minori contributi per ricerca da parte di altri soggetti pubblici.

A.1.D) Contributi c/esercizio da privati:

Nell'esercizio 2018 si evidenzia un leggero incremento rispetto al 2017 (+25 mila euro) dei contributi da privati.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

A.2) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-4.561.349	-10.936	-6.492.643
A.2.A) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	-4.376.884	-10.936	-6.148.277
A.2.B) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	-184.466	0	-344.366

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 29, comma 1, lettera b) del D.Lgs 118/2011, così come modificato dall'art. 1, comma 36 della Legge n.228 del 24 dicembre 2012 (legge di stabilità 2013), a partire dall'esercizio 2016 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione.

Complessivamente nell'esercizio 2018 il valore dei contributi c/esercizio volti alla copertura di parte degli investimenti realizzati è stato pari a 4,561 milioni di euro (nel 2017, pari a 6,492 milioni di euro).

A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	14.151.561	1.283.004	2.850.777
A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	11.514.925	0	0
A.3.B) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	904.506	509.004	1.054.296
A.3.C) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti per ricerca	1.697.485	774.000	1.716.826
A.3.D) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti da privati	34.645	0	79.654

In tale aggregato viene rappresentata la quota di utilizzo fondi di contributi vincolati assegnati dal livello regionale, ministeriale e da soggetti privati all'Azienda negli esercizi precedenti, conosciuta solo in chiusura di esercizio.

Dal 2018 in seguito alle indicazioni ministeriali vi è una diversa modalità di contabilizzazione delle assegnazioni di contributi da Fondo sanitario regionale vincolati anni precedenti.

Annualmente la GSA provvede a rilevare, sul proprio bilancio, le quote di contributi FSR vincolato non assegnate alle Aziende e le accantona al fondo quote contributi inutilizzati. Nell'esercizio in cui

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

la GSA dispone le assegnazioni di contributi FSR vincolato anni precedenti provvede a trasferire alle Aziende il fondo quote inutilizzate contributi vincolati per l'importo delle assegnazioni effettuate. Le Aziende devono rilevare un credito v/Regione in contropartita al fondo quote inutilizzate contributi; in questo modo le Aziende sterilizzano i costi sostenuti attraverso l'utilizzo fondi per quote utilizzate contributi FSR anni precedenti.

Tale modalità ha riguardato nel 2018 il finanziamento per i farmaci innovativi oncologici per un ammontare pari a 11,515 milioni di euro.

A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2017	Preventivo 2017	Consuntivo 2016
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	464.286.301	466.370.149	457.158.313
A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	431.913.107	435.455.472	428.667.317
A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	0	0	0
A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	7.550.079	8.424.677	6.160.848
A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	24.823.114	22.490.000	22.330.148

Nell'ambito di tale rilevante aggregato sono ricomprese le valorizzazioni della mobilità sanitaria delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriale, nonché il valore della somministrazione farmaci.

Inoltre vengono inclusi anche i ricavi derivanti dall'esercizio dell'attività sanitaria erogata in regime libero professionale intramoenia.

Di seguito il dettaglio delle voci sopra riportate.

A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici

Si specifica che i valori di dettaglio per i conti ministeriali sotto riportati accolgono valori relativi sia alla mobilità sanitaria, infra ed extraregione, sia a prestazioni sanitarie a fatturazione diretta.

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	431.913.107	435.455.472	428.667.317
A.4.A.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione	363.496.313	363.889.051	357.728.318
A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero	217.667.882	216.195.064	216.437.616
A.4.A.1.2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale	70.611.000	69.478.299	68.392.358
A.4.A.1.4) Prestazioni di File F	73.241.902	76.140.863	70.575.770
A.4.A.1.8) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	34.833	60.000	60.183
A.4.A.1.9) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	1.940.696	2.014.824	2.262.390

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici	114.689	919.332	968.055
A.4.A.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione	68.302.105	70.647.090	69.970.943
A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	46.267.673	51.082.634	51.082.634
A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali	12.142.855	11.214.278	11.121.033
A.4.A.3.4) Prestazioni di File F	9.804.551	8.250.178	7.634.300
A.4.A.3.9) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria Extraregione	26.228	60.000	51.321
A.4.A.3.12) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria non soggette a compensazione Extraregione	60.797	40.000	81.656

I **Proventi e ricavi di esercizio per prestazioni erogate a soggetti pubblici** registrano un decremento rispetto al dato previsionale, pari a circa -3,542 milioni di euro (-0,81%), e un incremento rispetto al dato di consuntivo 2017 (+3,246 milioni di euro, +0,76%).

Mobilità infra regionale – in riferimento alle voci di Prestazioni di degenza ospedaliera, Prestazioni di specialistica ambulatoriale e Somministrazione farmaci

L'attività per pazienti residenti in provincia di Bologna: i valori indicati sono l'esito degli accordi di fornitura definiti con le Ausl che insistono sul territorio provinciale, con le quali sono stati convenuti importi che tengono conto delle azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera, secondo le indicazioni contenute nella delibera regionale di "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal Dm salute 70/2015" (DRG 2040/2015), nell'ambito delle quali si individuano le azioni da realizzare in materia di contenimento della dotazione di posti letto.

Nella tabella sotto riportata si dettagliano i valori dell'accordo di fornitura con l'**Azienda territoriale di Bologna**:

Valori in migliaia di euro	VALORI MOBILITA' ATTIVA AUSL BOLOGNA							
	VALORE DELLA PRODUZIONE 2017	ACCORDO DI FORNITURA CONSUNTIVO 2017	Delta produzione vs accordo 2017	PREVENTIVO 2018	VALORE DELLA PRODUZIONE 2018	ACCORDO DI FORNITURA CONSUNTIVO 2018	Delta produzione vs accordo 2018	Delta produzione 18vs produzione 2017
DEGENZA	€ 167.076	€ 168.628	-€ 1.551	€ 170.628	€ 169.400	€ 172.128	-€ 2.728	€ 2.324
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	€ 52.789	€ 51.414	€ 1.375	€ 51.414	€ 56.586	€ 52.414	€ 4.172	€ 3.798
SUBTOTALE DEGENZA E SPECIALISTICA	€ 219.865	€ 220.042	-€ 177	€ 222.042	€ 225.986	€ 224.542	€ 1.444	€ 6.121
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI	€ 59.889	€ 59.889	€ -	€ 64.335	€ 62.168	€ 62.168	€ -	€ 2.278
TOTALE	€ 279.754	€ 279.931	-€ 177	€ 286.377	€ 288.154	€ 286.709	€ 1.444	€ 8.400

In sede di preventivo è stato negoziato un incremento alla voce degenza di +2 milioni di euro per il riconoscimento di maggiori attività di cardiochirurgia e cardiologia già osservati nel 2017 (importo +2 mln, pari a +1,2%) e in fase di verifica infranucale sono stati valorizzati ulteriori +1,500 mln di euro per l'incremento di attività di trapianto. Complessivamente l'accordo di

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

fornitura incrementa per la voce degenza di +3,500 mln di euro, pari a +1,6%, rispetto all'accordo 2017.

La voce specialistica ambulatoriale che in sede di preventivo era stata confermata pari ai valori 2017, a consuntivo 2018 viene riconosciuto un incremento di +1mln di euro (+1,94%) in relazione all'incremento di attività registrato.

La voce somministrazioni farmaci a consuntivo anno 2018, sulla base dell'andamento della somministrazione farmaci oggetto di mobilità sanitaria, rileva un valore inferiore la valore di preventivo 2018. Inoltre, in sede di consuntivo 2018 viene rettificato il valore dei farmaci erogati a pazienti STP in possesso dei requisiti di cui all'art. 35, commi 3-4, D.Lgs n. 286/98 (136 mila euro), in quanto sulla base delle indicazioni regionali tale attività viene finanziata da fondi assegnati dal Ministero della Salute (PG 2019/00991983 del 23/01/2019 e PG/2019/0300615 del 27/03/2019).

A consuntivo 2018 si rileva un valore della produzione 'Degenza' pari a 169,400 milioni di euro con un differenziale fra il valore della produzione e valore riconosciuto nell'ambito dell'accordo di fornitura pari a -2,728 mln (-1,5%) rispetto alla produzione effettiva, in incremento rispetto al 2018 quando il gap era quantificato in 1,551mln di euro. Il valore della produzione di degenza registra un incremento rispetto al 2017 pari a +2,324mln di euro (+1,39%).

Le principali linee di attività di ricovero per residenti a Bologna evidenziano questi andamenti:

- si conferma anche nel 2018 la riduzione del day hospital per effetto della conversione dal regime ambulatoriale del day hospital oncologico (-1,5 mln di euro pari a -43%);
- chirurgia generale: in significativo incremento i volumi di attività (+980mila euro, +5%), tra le linee di produzione maggiormente in incremento si segnala la chirurgia epato-pancreatica delle vie biliari e la chirurgia ano e stoma, la chirurgia bariatrica e interventi per ernie. Gli incrementi sono correlati ai potenziamenti di attività finalizzati al contenimento dei pazienti in lista di attesa;
- chirurgia toracica: +470mila euro (+17%);
- ematologia: si registra un significativo incremento del trapianto di midollo (+1,92mln di euro, +45%);
- ortopedia: in riduzione l'attività (-399mila euro, -3%) in particolare per la riduzione dell'attività di ortopedia medica;
- ostetricia e ginecologia: in riduzione l'attività in particolare per interventi sull'utero e parti (-512mila euro);
- unità operative interaziendali: la strutturazione dei unità operative quali la Pneumologia interventistica, le Malattie infettive e la Dermatologia a valenza interaziendale ha comportato la completa centralizzazione di linee di attività presso l'Azienda Ospedaliera con un incremento di valorizzazione della degenza di +635mila euro;
- otorinolaringoiatria e chirurgia maxillo facciale: in riduzione i volumi di attività (-346mila euro) anche per effetto della conversione a regimi assistenziali di cura più appropriati;
- l'attività di urologia è in significativo incremento per effetto del potenziamento delle attività per la riduzione delle liste di attesa (+865mila euro, +9%);
- in riduzione le attività di emergenza/urgenza (ecmo, tracheostomia);

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- in diminuzione i volumi di attività di radio-chemioterapia, trapianti di organo.

A consuntivo 2018 si rileva un valore della produzione 'Specialistica ambulatoriale' per pazienti ambulanti (al netto del ticket) pari a 56,586 milioni di euro, con un differenziale fra valore della produzione e valore riconosciuto nell'ambito dell'accordo di fornitura pari a +4,172 mln euro rispetto al valore dell'accordo.

La produzione 2018 è in incremento rispetto al 2017 (+3,798mln di euro) conseguente anche alla conversione del day hospital oncologico al day service ambulatoriale. Per le principali linee di attività ambulatoriali si rileva:

- chemioterapia (infusione ed erogazione farmaco, al netto del costo del farmaco): +479mila euro (+19%);
- prestazioni di laboratorio +845 mila euro (+11,5%) e di microbiologia +289mila euro (+21%);
- radioterapia: +353 mila euro (+14%);
- Aumento anche per l'attività per la diagnostica PET (+756mila euro, +12%) e riduzione di prestazioni di medicina nucleare tradizionale (-91 mila euro, 19%);
- Incremento dei volumi di attività erogati per prestazioni di dialisi (-574 mila euro, +6%);

Il valore della 'Somministrazione farmaci' è stato 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. Con DDD/2018/21252 la Regione Emilia-Romagna ha definito il finanziamento per i farmaci innovativi (epatite C e oncologici innovativi rispettivamente con finanziamenti di 6,175mln e 11,515mln di euro) per i pazienti residenti in Regione Emilia-Romagna. In base al livello di finanziamento di questi farmaci è stato definito il valore in accordo di fornitura con l'Ausl di Bologna per la voce somministrazione farmaci un importo di 62,168 milioni di euro. Tale voce ricomprende gli emocomponenti oggetto di compensazione mentre sono stati esclusi i farmaci a pazienti STP, in quanto riconosciuti con finanziamento dalla Regione.

Complessivamente l'accordo di fornitura con l'Ausl di Bologna per le voci degenza, specialistica e farmaci ha garantito un finanziamento complessivo di 286,709mln di euro, al di sotto del valore della produzione di 288,154 mln di euro (-1,444mln di euro, pari a -0,5%).

La voce Prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione comprende anche i ricavi per le prestazioni di microbiologia erogate a favore dell'Ausl di Bologna per un importo pari a 4,773 mln di euro, stabile rispetto al preventivo 2018 e al consuntivo 2017.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Nella tabella sotto riportata si dettagliano i valori dell'accordo di fornitura con l'**Azienda territoriale di Imola**:

Valori in migliaia di euro	VALORE DELLA PRODUZIONE 2017	ACCORDO DI FORNITURA CONSUNTIVO 2017	Delta produzione vs accordo 2017	PREVENTIVO 2018	VALORE DELLA PRODUZIONE 2018	ACCORDO DI FORNITURA CONSUNTIVO 2018	Delta produzione vs accordo 2018	Delta produzione 18vs produzione 2017
PRESTAZIONI DI DEGENZA	€ 10.312	€ 9.054	€ 1.258	€ 9.618	€ 9.871	€ 9.851	€ 20	-€ 441
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	€ 2.897	€ 2.550	€ 346	€ 2.897	€ 3.220	€ 2.997	€ 223	€ 323
SUBTOTALE DEGENZA E SPECIALISTICA	€ 13.209	€ 11.604	€ 1.605	€ 12.515	€ 13.091	€ 12.848	€ 243	-€ 118
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI	€ 3.227	€ 3.227	€ -	€ 3.542	€ 3.155	€ 3.155	€ -	-€ 72
TOTALE	€ 16.436	€ 14.832	€ 1.605	€ 16.056	€ 16.246	€ 16.003	€ 243	-€ 190

Analogamente a quanto avvenuto con l'Ausl di Bologna, anche con Imola è stato convenuto a preventivo 2018 un adeguamento del livello di finanziamento ai volumi di attività attesi. Per la voce Degenza è stato quantificato un preventivo di 9,618mln di euro (+564mila euro rispetto all'accordo 2017, +6,2%) ed un incremento della voce specialistica ambulatoriale di +346 mila euro allineandolo al valore della produzione 2017. In sede di consuntivo 2018, tenuto conto degli incrementi osservati sulle linee di attività imputabili a prestazioni non differibili in discipline di alta specialità individuate nel testo dell'accordo (ematologia, cardiologia interventistica, cardiochirurgia, chirurgia toracica, neonatologia) e al riconoscimento dell'extraproduzione rispetto al valore dei trapianti quantificato in sede di preventivo 2018, si negozia con l'Ausl di Imola un ulteriore incremento della voce Degenza di +233mila euro ed un incremento della voce Specialistica di +100 mila euro.

Per quanto riguarda la voce somministrazione farmaci l'accordo prevede il completo riconoscimento del valore dei farmaci erogati che a consuntivo è in riduzione sia rispetto al preventivo 2018 (-342 mila euro) sia rispetto al consuntivo 2017 (-72 mila euro).

La valorizzazione dell'attività di ricovero 2018 registra una riduzione dei volumi rispetto al 2017 (-441 mila euro) e rispetto alle principali linee di attività di ricovero si evidenziano questi andamenti:

- Patologia neonatale e nido: incremento dei volumi di attività (+338mila euro) in particolare per la patologia neonatale maggiore;
- Ortopedia: incremento dei volumi di attività (+45mila euro, +17%);
- Trapianti di organi e di midollo: decremento di attività per complessivi -576mila euro, pari a -47%;
- In riduzione le attività le linee di attività di cardiologia-cardiochirurgia (-168 mila euro) e di chirurgia generale (-129 mila euro).

L'attività specialistica ambulatoriale valorizza 3,220 mln di euro e registra un incremento rispetto al valore della produzione 2017 (+323mila euro, +11%).

Rispetto alle principali linee di attività ambulatoriali si rileva:

- incrementi di attività per diagnostica PET e prestazioni di radioterapia (+263 mila euro);
- incrementi di attività per dialisi (+48 mila euro).

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Il valore della somministrazione farmaci a consuntivo 2018 è di 3,155 milioni di euro (-72 mila euro rispetto al consuntivo 2017) completamente coperto dal finanziamento dell'Ausl di Imola, coerentemente con quanto definito nell'accordo di fornitura 2018.

Complessivamente l'accordo di fornitura con l'Ausl di Imola per le voci degenza, specialistica e farmaci ha garantito un finanziamento complessivo di 16,003mln di euro, al di sotto del valore della produzione pari a 16,246 mln di euro (-243 mila euro, pari a -1,5%).

La voce Prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione comprende anche la rilevazione del ricavo a seguito della centralizzazione delle attività di microbiologia presso l'Aosp di Bologna per un importo complessivo pari a 677,13 mila euro, in linea con i valori di preventivo 2018 e consuntivo 2017.

Nella tabella sotto riportata si dettagliano i valori della mobilità attiva extraprovinciale:

VALORI MOBILITA' ATTIVA INFRAREGIONE

Valori in migliaia di euro	VALORE DELLA PRODUZIONE 2017	VALORE CONTABILIZZATO CONSUNTIVO 2017	Delta produzione vs accordo 2017	PREVENTIVO 2018	VALORE DELLA PRODUZIONE 2018	VALORE CONTABILIZZATO CONSUNTIVO 2018	Delta produzione vs contabilizzato 2018	Delta produzione 18vs produzione 2017
DEGENZA	€ 34.106	€ 37.079	€ 2.973	€ 34.271	€ 36.577	€ 34.271	€ 2.306	€ 2.471
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	€ 6.927	€ 6.110	-€ 817	€ 6.927	€ 7.327	€ 6.927	€ 400	€ 400
SUBTOTALE DEGENZA E SPECIALISTICA	€ 41.032	€ 43.189	€ 2.156	€ 41.198	€ 43.904	€ 41.198	€ 2.706	€ 2.871
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI	€ 7.459	€ 6.674	-€ 785	€ 8.263	€ 7.918	€ 7.918	€ -	€ 458
TOTALE	€ 48.492	€ 49.863	€ 1.371	€ 49.461	€ 51.821	€ 49.116	€ 2.706	€ 3.330

La contabilizzazione dei valori di mobilità attiva è stata effettuata seguendo le indicazioni della Regione per la chiusura dei bilanci di esercizio 2018 (PG/2019/0300615 del 27/03/2019 ad oggetto "Bilanci d'esercizio 2018 ed invio al controllo regionale") e coerentemente con le indicazioni delle Linee di programmazione e finanziamento 2018 delle aziende del SSR (DGR 919/2018).

In sede di consuntivo 2018, così come a preventivo, per la degenza è stato contabilizzato un valore di mobilità pari ai valori comunicati dalla Regione (valore della produzione 2017) eccetto che per la voce somministrazione diretta farmaci per i quali è stato contabilizzato il valore di consuntivo 2018.

Per quanto riguarda il confronto fra la valorizzazione della degenza 2018 rispetto al 2017 si evidenzia un incremento dell'attività di ricovero (+2,471 mln di euro) in particolare l'aumento della mobilità verso l'Ausl Romagna (+1,282mln di euro), verso l'Ausl Ferrara (+1,636mln euro) e Ausl Modena (+561mila euro) e un decremento invece la mobilità di pazienti dall'Ausl di Reggio Emilia (-494mila euro) e Parma (-550 mila euro).

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

La valorizzazione dell'attività di ricovero registra un incremento dei volumi rispetto al 2017 (+2,471 mln di euro, +7,2%) e rispetto alle principali linee di attività di ricovero si evidenziano questi andamenti:

- riduzione del day hospital per effetto della conversione dal regime ambulatoriale del day hospital oncologico (-332 mila euro);
- cardiochirurgia e cardiologia: incremento di attività in particolare per interventi sulle valvole cardiache, cardiologia medica, coronarografie, angioplastiche (+1,727mln di euro, +16%);
- ematologia: sono in incremento i volumi di attività in particolare per trapianti di midollo (+1,080mln di euro, pari a +71%)
- urologia: aumento di +445 mila euro, pari a +19%, in particolare la chirurgia urologica maggiore e interventi maggiori su pelvi maschile;
- attività di trapianto: stabile l'attività di trapianto d'organo che nel dettaglio registra una riduzione di trapianti di cuore e fegato e un incremento dei trapianti di rene.

Nel corso del 2014 la Regione Emilia-Romagna ha modificato le tariffe ospedaliere relativamente ai ricoveri acuti e post acuti (DGR 1673/2014 e 1905/2014). Per le Aziende Ospedaliero Universitarie nel 2018 è stato introdotto un finanziamento omnicomprensivo di riqualificazione dei finanziamenti, quale remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale, nella misura del 14% dell'attività di ricovero e ambulatoriale prodotta nel 2016. Tale finanziamento assorbe il finanziamento del sistema integrato SSR-Università che negli anni precedenti assicurava un sostegno finanziario aggiuntivo pari al 7% della produzione ospedaliera dei residenti della Regione. La valorizzazione dell'attività di ricovero 2018 viene effettuata secondo le tariffe 2013 (DRG 525/2013), come da indicazioni contenute nella delibera di programmazione regionale (DGR 919/2018).

L'attività di specialistica ambulatoriale rileva un incremento dell'attività ambulatoriale (+400mila euro, +5,9%) in particolare nei confronti di Ausl di Ferrara, Romagna, Modena e Piacenza.

L'attività specialistica ambulatoriale valorizza in termini di valore della produzione 7,327 mln di euro e registra un incremento rispetto al valore della produzione 2017 su queste linee di attività:

- incrementi di attività per prestazioni di laboratorio (+176 mila euro);
- incrementi di attività per chemioterapia e radioterapia (+121 mila euro);
- incrementi di attività per l'attività di dialisi e di supporto alla dialisi (+117 mila euro);
- incrementi dei volumi di attività per la diagnostica PET (+84mila euro).

La voce somministrazione farmaci valorizza a consuntivo anno 7,918mln di euro, in incremento sia rispetto al consuntivo 2017 (+458 mln di euro, +6,1%) ma in riduzione rispetto al valore di preventivo 2018 (-345mila euro, -4%). Gli incrementi rispetto al 2017 sono dovuti ad incrementi per farmaci per malattie rare e farmaci in erogazione diretta e farmaci a somministrazione diretta.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Complessivamente il finanziamento per degenza, specialistica e somministrazione farmaci da parte delle Ausl della Regione è pari a 49,116 milioni di euro a fronte del valore della produzione di 51,821 milioni di euro: il gap fra produzione e livello di finanziamento si attesta a -2,706 mila euro, pari a -5,5%.

Mobilità extra regionale – in riferimento alle voci di Prestazioni di degenza ospedaliera, Prestazioni di specialistica ambulatoriale e Somministrazione farmaci

A seguire la tabella con il monitoraggio dei valori economici della mobilità extra regionale:

VALORI MOBILITÀ ATTIVA EXTRAREGIONE									
Valori in migliaia di euro	VALORE DELLA PRODUZIONE 2017	VALORE CONTABILIZZATO CONSUNTIVO 2017	Delta produzione vs accordo 2017	PREVENTIVO 2018	VALORE DELLA PRODUZIONE 2018	VALORE CONTABILIZZATO CONSUNTIVO 2018	Delta produzione vs contabilizzato 2018	Delta produzione 18vs produzione 2017	
PRESTAZIONI DI DEGENZA	€ 47.586	€ 51.083	-€ 3.497	€ 51.083	€ 46.268	€ 46.268	€ -	-€ 1.318	
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	€ 10.226	€ 9.864	€ 362	€ 9.864	€ 10.834	€ 10.834	€ -	€ 608	
SUBTOTALE DEGENZA E SPECIALISTICA	€ 57.812	€ 60.947	-€ 3.135	€ 60.947	€ 57.102	€ 57.102	€ -	-€ 710	
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI	€ 7.634	€ 7.634	€ -	€ 8.250	€ 9.805	€ 9.805	€ -	€ 2.170	
TOTALE	€ 65.446	€ 68.581	-€ 3.135	€ 69.197	€ 66.906	€ 66.906	€ -	€ 1.460	

La contabilizzazione dei valori di mobilità attiva è stata effettuata seguendo le indicazioni della Regione per la chiusura dei bilanci di esercizio 2018 (PG/2019/0300615 del 27/03/2019 ad oggetto "Bilanci d'esercizio 2018 ed invio al controllo regionale") e coerentemente con le indicazioni delle Linee di programmazione e finanziamento 2018 delle aziende del SSR (DGR 919/2018).

La voce Degenza a residenti di altre Regioni in fase di preventivo contabilizza un valore di 51,083 milioni, pari al valore di consuntivo 2016. In sede di consuntivo 2018 le indicazioni della Regione sono di esporre il valore della produzione effettiva 2018 come da ritorno informativo da banca dati regionale, valorizzata a tariffe regionali vigenti. Il valore contabilizzato risulta quindi pari ai volumi di attività erogati (46,268mln di euro), con una differenza rispetto al preventivo 2018 di 4,815mln di euro.

Nel corso del 2018 si conferma il trend di riduzione della mobilità attiva registrata anche negli anni passati con decremento rispetto ai volumi di attività 2017 di -1,318mln (-2,8%); per le principali linee di attività di ricovero si evidenziano questi andamenti:

- attività di trapianto: si registra un incremento dei volumi di attività di trapianto di organi e di trapianto di midollo (+895 mila euro);
- cardiochirurgia, cardiologia: decremento di attività (-390mila euro) in particolare per interventi sul sistema cardiovascolare, su valvole cardiache, cardiologia medica;
- chirurgia toracica: incremento dei volumi di attività;
- chirurgia generale: si registra un decremento dei volumi di attività in particolare per la chirurgia maggiore dell'apparato digerente e la chirurgia epato-pancreatica e delle vie biliari.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Nel corso del 2014 la Regione Emilia-Romagna ha modificato le tariffe ospedaliere relativamente ai ricoveri acuti e post acuti (DGR 1673/2014 e 1905/2014) che vengono applicate dalle Aziende Ospedaliero Universitarie per la valorizzazione dell'attività di ricovero.

L'attività specialistica ambulatoriale valorizza 10,834 mln di euro e registra un incremento rispetto al valore della produzione 2017 (+608mila euro, +5,9%). Rispetto alle principali linee di attività ambulatoriali si rileva:

- incrementi di attività per chemioterapia (+190 mila euro);
- incrementi di attività prestazioni di laboratorio (+98 mila euro);
- incrementi di attività per l'attività di dialisi e di supporto alla dialisi (+177 mila euro);
- incrementi di attività per la diagnostica PET (+53 mila euro).

La voce somministrazione farmaci valorizza a consuntivo anno 9,805mln di euro, in incremento rispetto al consuntivo 2017 (+2,170 mln di euro) sia rispetto al valore di preventivo 2018 (+1,554 mln euro). Gli incrementi sono dovuti alla conversione al regime ambulatoriale del DH oncologico, con conseguente completo addebito dei farmaci in compensazione sanitaria, e all'aumento dei farmaci in erogazione diretta e farmaci somministrati.

Complessivamente il finanziamento per degenza, specialistica e somministrazione farmaci per mobilità extraregione è pari a 66,906 milioni di pari al valore della produzione. Il gap fra produzione e la valorizzazione di preventivo 2018 per le voci degenza e specialistica è stato coperto da un finanziamento regionale pari a 4,6 mln di euro.

A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati:

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	7.550.079	8.424.677	6.160.848

Il dato registrato a consuntivo 2018 registra un decremento rispetto al dato di preventivo 2018 (-878 mila euro, -10,38%). Tale decremento riguarda in particolare le prestazioni previste dalle convenzioni con Ageop e con il Venezuela per interventi trapiantologici a favore di minori. Nel 2018 si sono effettuati meno interventi anche a causa della situazione di forte instabilità politica ed economica verificatasi in Venezuela.

Rispetto al consuntivo 2017 si registra un incremento dei valori (+1,389milioni di euro, +22,55%) dovuto sia all'aumento di interventi trapiantologici a favore di minori stranieri, sia all'incremento dei ricavi derivanti dal nuovo Comitato Etico dell'Area Vasta Emilia Centro (AVEC).

Le consulenze sanitarie svolte fuori orario di servizio sono state equiparate a partire dall'anno 2018 all'attività libero professionale, secondo le indicazioni ministeriali e regionali e pertanto sono rappresentate in tale ambito.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate in regime intramoenia:

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	24.823.114	22.490.000	22.330.148
A.4.D.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	8.227.111	7.400.000	7.327.909
A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	14.222.305	13.740.000	13.636.013
A.4.D.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica	0	0	0
A.4.D.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58)	1.887.281	1.350.000	1.366.225
A.4.D.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	486.416	0	0
A.4.D.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro	0	0	0
A.4.D.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0	0	0

L'attività ha registrato un incremento complessivo nel corso del 2018, sia rispetto al preventivo (+2,333 milioni di euro +10,37%) sia rispetto al consuntivo 2017 (+2,493 milioni di euro +11,16%).

L'incremento si è manifestato sia per le prestazioni di area ospedaliera sia per l'area della specialistica. Le consulenze vedono un incremento in seguito alla nuova modalità di classificazione delle consulenze sanitarie svolte fuori orario di servizio dai professionisti dell'Azienda.

I dati di ricavo sono coerenti con quanto rappresentato nell'ambito dei costi quale riversamento ai professionisti di quanto dovuto.

Per una corretta valutazione dell'andamento dell'attività sanitaria erogata in regime libero professionale si rinvia al capitolo all'interno della **Relazione Direttore Generale sulla Gestione – 4.4 Bilancio attività libero professionale**.

A.5) Concorsi, Recuperi e Rimborsi

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	8.581.335	7.467.416	7.626.873
A.5.A) Rimborsi assicurativi	12.726	40.000	32.671
A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione	530	1.385	2.362
A.5.C) Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	3.686.629	3.068.404	3.211.772
A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici	3.363.574	2.951.757	3.086.312
A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati	1.517.877	1.405.870	1.293.754

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Il dato registrato a consuntivo vede un incremento sia rispetto al preventivo 2018 (+1.114 milioni di euro +14,92%) sia rispetto all'esercizio precedente (+954 mila euro +12,51%) riconducibile in particolare ad un incremento dei rimborsi degli oneri stipendiali per personale comandato presso aziende ed altri enti pubblici.

A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	7.267.320	8.160.000	7.846.148
A.6.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	6.292.134	6.610.000	6.461.300
A.6.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso	975.186	1.550.000	1.384.848
A.6.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) - Altro	0	0	0

L'andamento osservato evidenzia un calo degli introiti da ticket per prestazioni di specialistica ambulatoriale rispetto al preventivo 2018 (-318 mila euro -4,81%) e rispetto all'esercizio 2017 (-169 mila euro -2,62%).

Il decremento è maggiore nell'ambito della Compartecipazione per prestazioni di Pronto soccorso, dove si evidenzia un decremento di valore sia rispetto al consuntivo dell'anno precedente (-410 mila euro -29,58%), sia rispetto al preventivo 2018 (-575 mila euro -37,08%).

A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	19.306.397	19.350.127	18.737.601
A.7.A) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti dallo Stato	6.136.249	6.133.788	6.158.491
A.7.B) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione	2.694.552	2.724.363	2.489.537
A.7.C) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per beni di prima dotazione	5.217.210	5.217.210	5.217.210
A.7.D) Quota imputata all'esercizio dei contributi in c/ esercizio FSR destinati ad investimenti	3.589.483	3.765.702	3.298.856
A.7.E) Quota imputata all'esercizio degli altri contributi in c/ esercizio destinati ad investimenti	241.492	132.866	395.558
A.7.F) Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio netto	1.427.411	1.376.198	1.177.949

Il valore della sterilizzazione degli investimenti realizzati con contributi pubblici o altri contributi vincolati evidenzia complessivamente un valore che non si discosta in modo significativo rispetto a quanto preventivato e a quanto registrato a consuntivo 2017.

Per una analisi di dettaglio vedasi il paragrafo **4.2.2 Costi della Produzione – B.10-11) Ammortamenti.**

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	95.329	0	0

Nell'anno 2018 sono stati corrisposti incentivi derivanti dalla legge Merloni relativi ad anni pregressi.

A.9) Altri ricavi e proventi

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
A.9) Altri ricavi e proventi	3.158.819	3.285.438	3.402.206
A.9.A) Ricavi per prestazioni non sanitarie	95.710	90.500	100.677
A.9.B) Fitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari	79.527	82.000	78.255
A.9.C) Altri proventi diversi	2.983.582	3.112.938	3.223.274

L'aggregato **Altri ricavi e proventi** registra a chiusura di esercizio un decremento sia rispetto al preventivo 2018 (-127 mila euro) che rispetto al consuntivo 2017 (-243 mila euro).

Alla voce "Altri proventi diversi" è contabilizzato il canone dei servizi in concessione delle aree commerciali pari a 1,734 milioni di euro.

In tale voce è registrata anche la posta di ricavo volta a sterilizzare i costi rappresentati a conto economico relativi all'utilizzo del Fondo trattenuta 5% di cui alla legge 189/2012 (pari a 788.533 euro) in forte calo rispetto all'anno precedente e del Fondo per il sostegno della ricerca e il miglioramento continuo (pari a 311.982 euro) come da indicazioni regionali.

4.2.3. Costi della produzione

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
Costo della produzione	610.280.085	600.201.729	585.720.098

Il valore dei **Costi della Produzione** registra un incremento di circa +10,078 milioni di euro (+1,68%) rispetto a quanto previsto in sede di bilancio economico preventivo 2018 ed un incremento di circa +24,560 milioni di euro (+4,19%) rispetto al dato di consuntivo 2017.

A seguito di quanto disposto dal d.lgs. 118/11, che prevede la contabilizzazione delle quote inutilizzate di contributi vincolati non più nella posta risconti passivi, ma negli accantonamenti a fondi specifici, al netto di tale importo (a consuntivo 2018 pari a circa 1,748 milioni di euro) la variazione dei costi della produzione risulta essere pari a circa +8,330 milioni di euro (+1,39%) rispetto al dato di preventivo 2018 e pari a circa +25,465 milioni di euro (+4,37%) rispetto al dato di consuntivo 2017.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Inoltre, al netto degli accantonamenti ai Fondi rischi e oneri, formulati anche a seguito delle indicazioni regionali in applicazione del d.lgs. 118/11, la variazione dei costi della produzione risulta essere pari a circa +5,369 milioni di euro (+0,90%) rispetto al dato di preventivo 2018 e pari a circa +26,767 milioni di euro (+4,65%) rispetto al dato di consuntivo 2017.

Al netto del valore della Somministrazione Farmaci, che in parte rappresenta per l'Azienda una partita di giro, il valore della variazione dei costi della produzione si attesta a circa +6,713 milioni di euro (+1,31%), rispetto al dato di preventivo 2018 e pari a circa +21,931 milioni di euro (+4,41%), rispetto al dato di consuntivo 2017.

A seguire una disamina delle principali variazioni negli aggregati di spesa rispetto a quanto preventivato e al valore dell'anno precedente.

B.1) Acquisti di beni

L'acquisto di beni evidenzia un incremento rispetto al valore preventivato (+3,291 milioni di euro, pari a +1,66%) e rispetto al valore di consuntivo dell'anno precedente (+23,927 milioni di euro, pari a +13,46%).

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
B.1) Acquisti di beni	201.713.170	198.422.421	177.786.337
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	196.587.202	193.251.621	172.236.735
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	124.033.049	120.965.000	110.076.332
B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti	4.575.717	4.421.169	4.421.169
B.1.A.3) Dispositivi medici	61.546.537	61.521.605	52.861.976
B.1.A.4) Prodotti dietetici	249.949	200.000	211.504
B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)	77.498	70.000	80.107
B.1.A.6) Prodotti chimici	1.950.546	1.840.000	536.622
B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	0	0	0
B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	1.034.931	1.360.000	1.147.024
B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	3.118.975	2.873.847	2.902.002
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	5.125.968	5.170.800	5.549.602
B.1.B.1) Prodotti alimentari	2.432.575	2.350.000	2.350.277
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	823.211	800.000	1.421.763
B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	4.939	35.000	34.329
B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	1.136.580	1.195.800	1.006.982
B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	726.921	790.000	734.547
B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	1.742	0	1.705
B.1.B.7) Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0	0	0

Al fine di una corretta e completa valutazione del consumo di beni, è opportuno analizzare il dato di acquisto ed il dato di variazione delle scorte rispetto a quanto previsto ad inizio anno. La variazione delle rimanenze registra il dato sotto riportato:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
B.15) Variazione delle rimanenze	-4.378.811	0	-1.917.567
B.15.A) Variazione rimanenze sanitarie	-4.547.314	0	-1.920.928
B.15.B) Variazione rimanenze non sanitarie	168.503	0	3.361

Il dato di variazione evidenzia un rilevante aumento delle rimanenze finali di beni sanitari conseguente alla prevista partenza, alla data del 1.01.2019, del nuovo applicativo gestionale amministrativo contabile (GAAC) che avrebbe potuto comportare iniziali problematiche nell'approvvigionamento dei beni sanitari. Successivamente, la data di decorrenza per l'utilizzo del nuovo applicativo amministrativo contabile è stata sospesa ma gli ordini ai fornitori erano già stati trasmessi.

Il dato di consumo dei beni al netto della variazione delle rimanenze è quindi:

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
TOTALE CONSUMO BENI (ACQUISTI +/- - RIMANENZE)	197.334.359	198.422.421	175.868.770
CONSUMO BENI SANITARI	192.039.888	193.251.621	170.315.807
CONSUMO BENI NON SANITARI	5.294.471	5.170.800	5.552.963

Per quanto riguarda la voce Prodotti farmaceutici ed emoderivati, al netto della variazione delle rimanenze, si registrano andamenti inferiori ai valori di preventivo 2018 (-615mila euro) e superiori rispetto al consuntivo 2017 (+10,273mln). La riduzione rispetto al dato di preventivo 2018 è legato all'andamento dei costi per farmaci innovativi. L'incremento rispetto ai valori di consuntivo 2017 sono in parte alla messa a regime su tutto l'anno della presa in carico dei pazienti HIV dall'Ausl di Bologna a partire dal 16.05.2017, incremento per farmaci oncologici. In questo aggregato confluiscano anche i costi farmaci innovativi oncologici e non oncologici che trovano copertura su specifico fondo di finanziamento riconosciuto dalla Regione per un valore complessivo di 16,596mln di euro (+3,339mln di euro rispetto al 2017).

La voce Sangue ed emocomponenti registra un valore derivante dall'attività di lavorazione e validazione delle sacche di sangue presso il polo di lavorazione SIT.AM.BO dell'Ausl di Bologna e la relativa cessazione dell'attività presso l'Aosp di Bologna. I costi di acquisto di sangue ed emocomponenti valorizzano complessivamente 4.421.169 euro, in incremento di +69mila euro rispetto al preventivo 2017 e +68 mila euro rispetto al consuntivo 2016.

Il conto Dispositivi medici (al netto della variazione delle rimanenze) registra una riduzione rispetto ai valori di preventivo (-723 mila euro) ma un incremento di costi rispetto ai valori osservati a consuntivo 2017. Il l'incremento rispetto al consuntivo 2017 è dovuto alla nuova riclassificazione della voce service sanitari prevista dalle nuove linee guida dei fattori produttivi applicate dall'anno 2018, che ha comportato lo spostamento di valori rilevanti (7 milioni di euro circa) alla voce dispositivi medici. L'incremento reale è di +2,6 mln è collegato al cambio del mix di attività chirurgica (più ampia diffusione della chirurgia robotic-assisted) e cardiochirurgia, chirurgia vascolare e cardiologia interventistica (protesi endovascolari, valvole aortiche).

Anche i dati dei beni non sanitari registrano un decremento sia rispetto al preventivo 2018 sia rispetto al consuntivo 2017. Il confronto con il consuntivo 2017 è condizionato dalla riclassificazione dei fattori produttivi e dei conti economici utilizzati. L'incremento osservato rispetto

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

al preventivo 2018 è spiegato da maggiori consumi di materiale per manutenzione, per effetto di una riduzione delle giacenze di magazzino contabilizzate a fine anno.

B.2) Acquisti di Servizi

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
B.2) Acquisti di servizi	122.736.680	120.132.986	126.996.441
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	63.563.762	62.715.557	69.290.403
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	59.172.918	57.417.429	57.706.038

Al fine di analizzare gli scostamenti dell'aggregato Acquisto di Servizi, di seguito vengono riportati i dettagli delle voci Servizi Sanitari e Servizi non Sanitari.

B.2.A) Acquisti di Servizi sanitari

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	63.563.762	62.715.557	69.290.403
B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	0	0	0
B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	0	0	0
B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	8.833.826	8.832.734	8.877.408
B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	0	0	0
B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	822.584	1.007.676	1.013.574
B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	0	0	0
B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione	0	0	0
B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	4.625.732	4.608.784	3.715.396
B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	0	0	0
B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	18.953.261	17.456.329	16.938.246
B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	5.000	0	0
B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	19.809.951	20.975.127	22.220.872
B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	10.513.408	9.834.907	16.524.908
B.2.A.17) Costi per differenziale tariffe TUC	0	0	0

Si registrano variazioni rispetto al dato di preventivo 2018 e di consuntivo 2017 correlate principalmente a:

- Assistenza ospedaliera: tale voce vede il decremento del costo per acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) sia rispetto al preventivo (-61 mila euro) sia rispetto al consuntivo 2017 (-93

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

mila euro). Incrementa il costo per acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera da pubblico Extraregione, che fa riferimento alla valorizzazione degli organi per l'attività trapiantologica, rispetto al preventivo 2018 (+69 mila euro) e rispetto al consuntivo 2017 (68 mila euro). La voce relativa agli acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato registra una diminuzione rispetto al preventivo 2018 (-193 mila euro) e rispetto al consuntivo 2017 (-167 mila euro) conseguente alla riduzione dei servizi acquistati presso una struttura privata.

- Trasporto Sanitario: le prestazioni di trasporto sanitario da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) vedono un lieve decremento sia rispetto a quanto preventivato che rispetto al consuntivo 2017 (-104 mila euro). Contestualmente le prestazioni di trasporto sanitario da privato registrano un incremento rispetto al preventivo 2018 (+121 mila euro) e rispetto al consuntivo 2017 (+1,015 milioni di euro);
- Attività libero professionale: la voce Attività Libero Professionale vede un incremento complessivo sia rispetto a quanto preventivato (+1,497 milioni di euro), sia rispetto al dato di consuntivo 2017 (+2,015 milioni di euro) correlato a quanto rappresentato tra i ricavi, trattandosi del riversamento ai professionisti di quanto dovuto per l'attività libero professionale. Le consulenze risultano invece incrementate rispetto al preventivo 2018 e rispetto al consuntivo 2017 (+810 mila euro) in seguito all'equiparazione all'attività libero professionale delle consulenze sanitarie svolte dal personale dipendente fuori orario di servizio;
- Rimborsi, assegni e contributi sanitari: in tale voce viene rappresentato il riversamento alle altre Aziende sanitarie delle quote di competenza relative a progetti in cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è capofila. Nell'anno 2018 sono stati contabilizzati 5 mila euro;
- Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio sanitarie: tale voce vede un decremento complessivo rispetto al preventivo 2018 (-1,165 milioni di euro) e rispetto al consuntivo 2017 (-2,411 milioni di euro) sostanzialmente correlato alla diminuzione della voce "consulenze, collaborazioni, interinale ed altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie da privato" (-1.325 milioni di euro rispetto al preventivo 2018, -2,660 milioni di euro rispetto al consuntivo 2017) dovuto al minor ricorso a personale infermieristico interinale in seguito alle assunzioni di personale.

In merito alla valutazione complessiva del costo del personale, dipendente e non dipendente, si rimanda l'analisi al punto successivo **B.5-6-7-8) Totale Costo del Personale dipendente e non dipendente**;

- Altri servizi sanitari: la voce registra un incremento rispetto al preventivo 2018 (+678 mila euro) ed un decremento rispetto al consuntivo 2017 (-6,012 milioni di euro).

Il calo rispetto al consuntivo 2017 si riferisce alla voce "Altri servizi sanitari da privati" ed è dovuto alla nuova riclassificazione della voce service sanitari prevista dalle nuove linee guida dei fattori produttivi applicate dall'anno 2018, che ha comportato lo spostamento di valori rilevanti (7 milioni di euro circa) alla voce dispositivi medici. Nella voce dei

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

service rimangono contabilizzati soprattutto i service a prestazione che registrano un incremento rispetto al dato di preventivo 2018 (+322 mila euro).

B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	59.172.918	57.417.429	57.706.038
B.2.B.1) Servizi non sanitari	55.809.606	55.231.683	55.252.702
B.2.B.1.1) Lavanderia	7.643.640	7.648.500	8.127.091
B.2.B.1.2) Pulizia	11.175.586	11.175.000	11.164.951
B.2.B.1.3) Mensa	995.965	1.025.000	1.003.200
B.2.B.1.4) Riscaldamento	0	0	0
B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	1.486.802	1.800.000	1.460.119
B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	1.501.478	1.492.000	2.400.523
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	3.423.921	3.370.000	3.352.395
B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	167.039	220.000	208.186
B.2.B.1.9) Utenze elettricità	8.736.868	8.080.000	7.776.529
B.2.B.1.10) Altre utenze	10.513.102	10.210.000	9.584.576
B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	280.752	266.000	351.810
B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	9.884.454	9.945.183	9.823.323
B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	2.767.740	1.604.759	1.845.828
B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	37.731	22.742	22.742
B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici	0	20.000	0
B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato	2.580.230	1.449.131	1.678.021
B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando	149.779	112.886	145.065
B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	595.572	580.987	607.508
B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	13.560	8.000	12.302
B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	582.012	572.987	595.206

Nell'ambito della voce **Servizi non sanitari** si evidenzia un incremento complessivo rispetto a quanto preventivato (+578 mila euro), e rispetto al consuntivo 2017 (+557 mila euro).

Rispetto al consuntivo 2017 gli scostamenti per le voci del lavanolo e dei trasporti non sanitari sono sostanzialmente dovuti alle modifiche del Piano dei fattori produttivi applicato dall'anno 2018. Le variazioni più significative in incremento riguardano le utenze, in particolare il costo del gas e dell'energia elettrica per effetto di incrementi, soprattutto per aumenti di prezzi.

L'energia termica viene acquistata da Isom, gestore delle nuove centrali termiche e di trigenerazione. Il prezzo dell'energia termica fissato da Capitolato di gara è un prezzo variabile trimestralmente. IL capitolato prevede il prezzo di fatturazione variabile sulla base di un indice Qet pubblicato trimestralmente dall' AEEG, collegato all'andamento dei prezzi del petrolio.

Dall'ottobre 2013 l'AEEG ha soppresso detto indice per cui si sta esaminando con il Concessionario una possibile formula alternativa per il calcolo del prezzo unitario dell'energia termica.

Attualmente, per la fatturazione, viene usata una formula di calcolo provvisoria secondo la quale il prezzo dell'energia termica varia trimestralmente in funzione dell'indice Pfor.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Il costo del gas incrementa sia rispetto al preventivo (+591 mila euro) sia soprattutto rispetto al consuntivo 2017 (+1,215 milioni di euro).

L'energia elettrica in media tensione, ossia per le utenze del Policlinico, viene acquistata in parte dall'aggiudicatario della gara per l'Energia Elettrica Intercenter 2018, in parte dalla centrale di cogenerazione. Il contratto di gara prevede che l'energia elettrica acquistata nella sua totalità, comporti per l'azienda un risparmio dell'1% rispetto ai prezzi di acquisto fissati annualmente dalle convenzioni Intercenter.

Anche in questo caso si evidenzia un incremento sia rispetto al preventivo 2018 (+657 mila euro) sia rispetto al consuntivo dell'anno precedente (+960 mila euro).

A fronte di tali incrementi si evidenzia una crescita dei consumi annuali.

Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie: complessivamente si evidenzia un incremento rispetto al preventivo 2018 (+1,163 milioni di euro) e rispetto all'anno precedente (+922 mila euro). Tale incremento è riconducibile soprattutto al ricorso al lavoro interinale non sanitario (+893 mila euro rispetto al consuntivo 2017 +1,040 milioni di euro rispetto al preventivo 2018). In merito alla valutazione complessiva del costo del personale, dipendente e non dipendente, si rimanda l'analisi al punto successivo

B.5-6-7-8) Totale Costo del Personale dipendente e non dipendente.

Formazione (esternalizzata e non): la voce conferma sostanzialmente i valori preventivati e i dati del consuntivo 2017.

Si conferma l'applicazione dell'Accordo attuativo siglato dalla regione con le organizzazioni sindacali su l'utilizzo del 25% del Fondo per i corsi universitari erogato alle aziende sanitarie sedi di formazione per le lauree triennali al fine della qualificazione del sistema della formazione universitaria del 7.09.2017.

B.3) Manutenzione e riparazione

Per una maggiore comprensione di tale aggregato di spesa, si fornisce una tabella di dettaglio:

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	19.808.637	20.164.000	19.282.419
B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	2.025.000	1.850.000	1.626.920
B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	5.715.228	5.667.000	5.332.184
B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	7.129.380	7.600.000	7.617.058
B.3.D) Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	0	10.000	0
B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi	71.345	120.000	118.557
B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni	4.867.314	4.915.000	4.587.701
B.3.G) Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	370	2.000	0

L'aggregato registra un decremento complessivo rispetto al dato di preventivo 2017 (-355 mila euro) e un incremento rispetto al consuntivo dell'anno precedente (+526 mila euro). L'incremento dei costi per quanto riguarda la manutenzione su strutture edilizie, impianti e macchinari risulta non tanto rispetto al preventivo 2018 (+223 mila euro) quanto rispetto al consuntivo 2017 (+781

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

mila euro) ed è riconducibile alla necessità di ricorrere a ditte esterne per assicurare servizi precedentemente svolti da personale dipendente andato in pensione e non sostituito.

Per quanto riguarda le manutenzioni alle attrezzature sanitarie si evidenzia un calo sia rispetto al preventivo (-471 mila euro) sia rispetto al consuntivo dell'anno precedente (-488 mila euro) in seguito alla mancata attivazione di alcuni contratti previsti nell'anno.

B.4) Godimento di beni di terzi

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
B.4) Godimento di beni di terzi	4.849.178	4.885.321	4.101.569
B.4.A) Fitti passivi	323.889	333.321	337.196
B.4.B) Canoni di noleggio	4.525.289	4.552.000	3.764.373
B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	3.714.186	3.850.000	2.942.128
B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	811.103	702.000	822.245
B.4.C) Canoni di leasing	0	0	0
B.4.D) Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0	0	0

Le variazioni registrate alla voce **Godimento Beni di terzi** rispetto al preventivo 2018 (-36 mila euro) e rispetto al consuntivo 2017 (+748 mila euro) sono sostanzialmente correlate alla voce Canoni di noleggio di area sanitaria che presenta un decremento rispetto a quanto preventivato (-136 mila euro) ed un incremento rispetto all'anno precedente (+772 mila euro).

Nel confronto con l'anno precedente bisogna tener conto della nuova riclassificazione dei fattori produttivi che a partire dall'anno 2018 ha collocato in tale posta il costo dei presidi antidecubito (300 mila euro) precedentemente allocato nella voce Lavanderia.

L'incremento rispetto all'anno 2017 è riconducibile sostanzialmente all'acquisizione in noleggio di un sistema di risonanza magnetica, PET/CT, ecografi e portatili di radiosopia e radiografia.

B.5-6-7-8) Totale Costo del Personale dipendente e non dipendente

La rendicontazione relativa al costo del personale per l'anno 2018, al netto dei dati relativi al costo del rinnovo contrattuale del personale del comparto in relazione al CCNL sottoscritto il 21.5.2018, nonché degli accantonamenti per rinnovo contrattuale del personale delle Aree della Dirigenza medica e non medica, evidenzia un incremento dello stesso rispetto al dato di consuntivo 2017, mentre rispetto al dato di preventivo risulta in riduzione (- 1,532 mln).

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

La tabella espone i dati di confronto:

DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2017	PREVENTIVO 2018	CONSUNTIVO 2018	CONS 2018 VS PREV 2018	CONS2018 VS CONS 2017
PERSONALE DIPENDENTE (compreso rimborso personale in comando da altre aziende)	222.885.427	227.081.111	230.393.534	3.312.423	7.508.107
INDENNITA' A PERSONALE UNIVERSITARIO	13.539.733	13.589.771	13.154.840	-434.931	-384.893
ALTRI SERVIZI NON SANITARI DA PRIVATO: MISSIONI	46.415	165.460	204.783	39.323	158.368
Collaborazioni coordinate e continuative, altre collaborazioni e prestazioni di lavoro, lavoro interinale sanitario	7.441.774	6.858.351	5.971.789	-886.562	-1.469.985
Collaborazioni coordinate e continuative, altre collaborazioni e prestazioni di lavoro, lavoro interinale non sanitario	1.336.028	1.067.533	2.282.521	1.214.988	946.493
Consulenze sanitarie da privato: SIMIL ALP	275.005	276.850	213.742	-63.108	-61.263
AGGREGATO COSTO DEL PERSONALE	245.524.382	249.039.076	252.221.209	3.182.133	6.696.827
Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda	-922.933	-1.102.798	-1.327.320	-224.522	-404.387
IRAP (PERSONALE DIPENDENTE E ASSIM.)	14.677.561	15.096.866	15.334.847	237.981	657.286
ACCANTONAMENTO INCENTIVI FUNZ TECNICHE ART. 113 DLGS 50/2016			142.346	142.346	142.346
ACCANTONAMENTI PER RINNOVI CONTR E ONERI PERS QUIESCENZA	2.373.913	2.373.913	1.462.414	- 911.499	-911.499
TOTALE COMPLESSIVO	261.652.923	265.407.057	267.691.150	2.426.439	6.180.573
COSTI UTILIZZO FONDO 5%ALP SU COSTO ESERCIZIO	1.316.684	965.938	788.533	-177.405	-528.151
COSTO RINNOVO CONTRATTUALE COMPARTO 2016-2018			5.047.812	5.047.812	5.047.812
TOTALE COMPLESSIVO AL NETTO COSTO BALDUZZI E RINNOVI CONTR	257.962.326	262.067.206	260.392.391	-1.532.469	2.572.411

La politica occupazionale dell'anno 2018 è stata espressa nel Piano Triennale dei fabbisogni 2018-2020, trasmesso alla Regione Emilia Romagna con nota prot. 19157 del 26/9/2018, approvato con nota regionale Prot. 22115 del 6/11/2018 e definitivamente adottato con delibera n. 258 del 6/12/2018. Le azioni espresse nel PTF sono state avviate nel corso dell'anno ed avranno piena realizzazione, nonché l'effetto di trascinamento dei costi, durante l'anno 2019.

Analiticamente il risultato economico evidenzia, rispetto all'anno precedente:

- un incremento del costo del personale dipendente, dato dalle azioni di copertura della dotazione organica attuate privilegiando, laddove la presenza di graduatorie utili di procedura selettiva l'hanno permesso, i rapporti di lavoro dipendente, sia a tempo indeterminato che a tempo determinato. Sull'esercizio 2018 si nota inoltre il trascinamento ad esercizio pieno delle azioni previste nei verbali siglati fra l'Assessorato alle politiche per la Salute e le Organizzazioni sindacali rappresentative dell'area Comparto e della Dirigenza rispettivamente in data 2/11/2016 e 28/11/2016;

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

- il decremento del costo del personale universitario in convenzione, dato dalla rideterminazione del limite di spesa di cui all'art.6 del D.lgs. 517/99, in relazione alla diminuzione del personale integrato all'assistenza;
- il mantenimento del costo della somministrazione di lavoro interinale;
- il decremento del costo del personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa e con contratto libero professionale (-500.000 € circa), esito della politica di stabilizzazione del lavoro precario di cui alla D.G.R 830/2017;
- il mantenimento del livello di costo dell'attività aggiuntiva.

L'applicazione del contratto del personale del comparto siglato in data 21.5.2018 ha determinato un maggior costo pari ad € 5.047.812, a cui occorre sommare la quota di € 116.025 relativa a costi degli anni 2016-2017 non coperti dagli accantonamenti esistenti.

Sull'esercizio 2018 è stato inoltre disposto in chiusura d'esercizio l'accantonamento per rinnovo contrattuale del personale dipendente delle aree dirigenziali nella misura dello 1,09% del dato di consuntivo 2015, pari ad € 864.943.

E' stato inoltre disposto l'accantonamento per oneri personale in quiescenza per complessivi € 597.471.

L'incremento di costo registrato sull'anno 2018 rispetto al 2017 non pregiudica il rispetto a livello aziendale del limite previsto dall'art. 2, co. 71, della legge n. 191 del 2009, la cui vigenza è stata prorogata dall'art. 17, co. 3, d.l. n. 98/2011.

B.9) Oneri diversi di gestione

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
B.9) Oneri diversi di gestione	1.930.127	1.871.517	1.764.211
B.9.A) Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)	640.088	779.000	700.664
B.9.B) Perdite su crediti	0	0	0
B.9.C) Altri oneri diversi di gestione	1.290.039	1.092.517	1.063.547
B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale	455.937	485.900	477.028
B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	834.102	606.617	586.519

L'aggregato **Oneri diversi di Gestione** registra un incremento complessivo rispetto al preventivo 2018 (+59 mila euro) e rispetto al consuntivo 2017 (+166 mila euro).

Tale incremento è relativo sostanzialmente alla voce "Altri oneri diversi di gestione" dove si registra un incremento rispetto al preventivo 2018 (+198 mila euro) ed un incremento rispetto al consuntivo 2017 (+226 mila euro). L'incremento rispetto al consuntivo 2017 riguarda la contabilizzazione delle somme relative al Comitato Etico di Area Vasta Emilia Centro, di recente costituzione, da riversare a terzi.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

B.10-11) Ammortamenti

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
Totale Ammortamenti	24.696.177	24.554.965	24.184.979
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	912.438	878.599	804.555
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	23.783.739	23.676.366	23.380.424
B.12) Ammortamento dei fabbricati	16.639.930	16.632.923	16.547.558
B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	7.143.809	7.043.443	6.832.866

Si rileva complessivamente un incremento degli ammortamenti sia rispetto al preventivo 2018 (+141 mila euro) sia rispetto al consuntivo dell'anno precedente (+511 mila euro) in particolare incrementano le immobilizzazioni immateriali e gli ammortamenti delle immobilizzazioni materiali. Per maggiori dettagli si rimanda alla **Nota Integrativa – Tab. 7 – Dettaglio immobilizzazioni materiali in corso**.

B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	936.205	0	611.273
B.14.A) Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali	0	0	0
B.14.B) Svalutazione dei crediti	936.205	0	611.273

A chiusura di esercizio l'attenta valutazione dei crediti ancora aperti ha portato a considerare congrua un'integrazione dell'accantonamento al fondo svalutazione pari a circa 936 mila euro; l'importo più rilevante (837 mila euro) riguarda la svalutazione dei crediti per prestazioni a favore di Stranieri temporaneamente presenti relativi all'anno 2016 come da indicazioni regionali.

Per i criteri di determinazione del fondo si rimanda alla **Nota Integrativa CRED01 – Svalutazione crediti iscritti nell'attivo circolante**.

B.15) Variazione delle rimanenze

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
B.15) Variazione delle rimanenze	-4.378.811	0	-1.917.567
B.15.A) Variazione rimanenze sanitarie	-4.547.314	0	-1.920.928
B.15.B) Variazione rimanenze non sanitarie	168.503	0	3.361

Si registra un complessivo aumento delle rimanenze di magazzino di beni sanitari conseguente alla prevista partenza, alla data del 1.01.2019, del nuovo applicativo gestionale amministrativo contabile (GAAC) che avrebbe potuto comportare iniziali problematiche nell'approvvigionamento dei beni sanitari. Successivamente, la data di decorrenza per l'utilizzo del nuovo applicativo amministrativo contabile è stata sospesa ma gli ordini ai fornitori erano già stati trasmessi.

B.16) Accantonamenti dell'esercizio

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
B.16) Accantonamenti dell'esercizio	8.043.653	3.333.913	10.251.108
B.16.A) Accantonamenti per rischi	3.237.698	0	0
B.16.B) Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)	0	0	0
B.16.C) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	1.748.005	0	2.652.893
B.16.D) Altri accantonamenti	3.057.949	3.333.913	7.598.215

In sede di chiusura di esercizio, l'Azienda ha effettuato un'accurata analisi degli eventi aziendali avvenuti nel corso dell'esercizio 2018, passività che non hanno ancora una manifestazione certa nell'ammontare (accantonamenti ai fondi spese) o passività la cui esistenza è solo probabile (accantonamento ai fondi rischi), nel rispetto del principio di prudenza.

Nello specifico, sono stati effettuati accantonamenti ai **FONDI PER RISCHI** e ai **FONDI PER ONERI** così dettagliati:

- **Fondo rischi per cause civili, penali e oneri processuali:** sono accantonati a tale fondo le stime riferite all'eventuale riconoscimento di indennizzi e/o risarcimenti relativi a cause civili promosse da terzi nei confronti dell'Istituto relativamente alle vertenze in corso alla data della chiusura dell'esercizio. L'accantonamento è pari a € 182.459,63.
- **Fondo per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione):** il fondo è costituito a fronte di sinistri e/o contenziosi derivanti da RCT coperti mediante adesione al programma regionale di gestione diretta dei sinistri, a cui l'Azienda ha aderito dal 1° gennaio 2013. L'accantonamento è pari a € 3.055.238 ed è stato quantificato secondo i criteri stabiliti nella procedura interaziendale.
- **Fondo Compenso Aggiuntivo Organi Istituzionali:** l'accantonamento, pari a € 54.475, stimano i compensi aggiuntivi degli organi istituzionali riconosciuti dalla Regione per il raggiungimento degli obiettivi 2018.
- **Fondo oneri Decreto Balduzzi (L.189/2012):** l'accantonamento, pari a € 738.961 è stato calcolato secondo i criteri definiti dalla legge 189/2012 comma 4 lettera c) (cd Legge Balduzzi) la quale prevede che una somma pari al 5% del compenso del libero professionista venga trattenuta dall'Azienda Sanitaria per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa.
- **Fondo per il sostegno della ricerca ed il miglioramento continuo:** l'accantonamento complessivo è pari a € 659.753 ed è stato effettuato in base a quanto stabilito dal D.M. 17 dicembre 2004 o da regolamentazioni aziendali, al fine di un miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza e non per fini industriali.
- **Fondo rinnovi contrattuali personale dipendente:** il fondo è costituito nelle more della firma del rinnovo dei contratti di lavoro per il personale dipendente. L'accantonamento, pari ad € 864.943 relativo al personale della dirigenza medica e non medica, è stato calcolato sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione Emilia

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Romagna con nota PG/2019/99183 del 23/01/2019 e nota PG 2019/300615 del 27.03.2019 e comprende tutte le voci accessorie legate alla corresponsione delle somme previste al personale dipendente, quali oneri ed Irap.

- **Fondo contributi personale in quiescenza:** comprende il riconoscimento dei benefici economici da corrispondere all'ente previdenziale per l'applicazione dei rinnovi contrattuali a favore del personale cessato in periodo di vacanza contrattuale. L'accantonamento è pari a € 597.471.
- **Fondo per incentivi per funzioni tecniche Art. 113 D.Lgs. 50/2016:** il fondo è costituito ai sensi di detto decreto che prevede che le aggiudicatrici destinino ad un apposito fondo risorse finanziarie in misura non superiore al 2 per cento modulate sull'importo dei lavori, servizi e forniture, posti a base di gara per le funzioni tecniche svolte dai dipendenti delle stesse, esclusivamente per le attività di programmazione della spesa per investimenti, di valutazione preventiva dei progetti, di predisposizione e di controllo delle procedure di gara e di esecuzione dei contratti pubblici, di RUP, di direzione dei lavori ovvero direzione dell'esecuzione e di collaudo tecnico amministrativo ovvero di verifica di conformità, di collaudatore statico ove necessario per consentire l'esecuzione del contratto nel rispetto dei documenti a base di gara, del progetto, dei tempi e costi prestabiliti. L'accantonamento è pari a € 142.346.

In ottemperanza a quanto disposto dal Decreto legislativo n. 118/2011, la voce **Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati** accoglie la contabilizzazione delle quote non ancora utilizzate al 31/12/2018 di contributi vincolati (finanziamenti Ricerca Regione-Università, finanziamenti Ministeriali, etc.), per essere rese disponibili negli esercizi successivi (di effettivo utilizzo).

4.2.4. Proventi e oneri finanziari

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
C) Proventi e oneri finanziari			
C.1) Interessi attivi	15.399	0	5.774
C.2) Altri proventi	0	0	872
C.3) Interessi passivi	128.047	105.000	52.928
C.3.A) Interessi passivi su anticipazioni di cassa	0	30.000	573
C.3.B) Interessi passivi su mutui	1.822	5.000	3.409
C.3.C) Altri interessi passivi	126.225	70.000	48.946
C.4) Altri oneri	159.365	160.000	160.715
C.4.A) Altri oneri finanziari	158.478	160.000	160.657
C.4.B) Perdite su cambi	887	0	59
Totale proventi e oneri finanziari (C)	272.013	265.000	206.997

Si rileva un lieve incremento dei costi sia rispetto al preventivo 2018 (+8 mila euro) sia rispetto al consuntivo 2017 (+65 mila euro).

Con riferimento agli interessi passivi si evidenzia che nel corso del 2018 non sono stati contabilizzati interessi passivi per anticipazione di cassa da parte dell' istituto Tesoriere e che gli

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

interessi passivi su mutui sono in costante calo (-3.178 euro rispetto al preventivo 2018, -1.587 euro rispetto al consuntivo 2017).

Nella voce **Altri Oneri finanziari** sono rappresentate le spese per commissioni bancarie e oneri per c/c postale.

D) Rettifiche di valore di attività finanziarie

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie			
D.1) Rivalutazioni	0	0	0
D.2) Svalutazioni	82.539	0	0
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie	82.539	0	0

A chiusura di esercizio si è provveduto alla parziale svalutazione dei titoli derivanti da un lascito testamentario ricevuto nel corso del 2018, nonché alla svalutazione delle quote di partecipazione alla società Ervet spa conseguente alla diminuzione del capitale sociale deliberato dalla società.

4.2.5. Proventi e oneri straordinari

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
E.1) Proventi straordinari	8.397.863	3.554.467	5.293.315
E.1.A) Plusvalenze	0	0	100
E.1.B) Altri proventi straordinari	8.397.863	3.554.467	5.293.215
E.1.B.1) Proventi da donazioni e liberalità diverse	657.675	529.000	529.546
E.1.B.2) Sopravvenienze attive	3.101.014	400.000	1.854.398
E.1.B.3) Insussistenze attive	4.639.174	2.625.467	2.909.272
E.1.B.4) Altri proventi straordinari	0	0	0

Descrizione ministeriale	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
E.2) Oneri straordinari	2.108.335	310.000	1.469.209
E.2.A) Minusvalenze	42.597	0	22.533
E.2.B) Altri oneri straordinari	2.065.737	310.000	1.446.676
E.2.B.1) Oneri tributari da esercizi precedenti	341	0	1.020
E.2.B.2) Oneri da cause civili ed oneri processuali	210.006	310.000	102.251
E.2.B.3) Sopravvenienze passive	846.759	0	1.184.649
E.2.B.4) Insussistenze passive	1.008.631	0	158.756
Totale proventi e oneri straordinari (E)	6.289.528	3.244.467	3.824.106

E.1) Proventi straordinari:

L'esercizio 2018 presenta un incremento delle donazioni ed erogazioni liberali nella stessa misura (+128 mila euro) sia rispetto al preventivo che rispetto al consuntivo 2017.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Si evidenzia che a fine esercizio si è proceduto a riscontare all'anno successivo i lasciti di entità rilevante finalizzate a scopi definiti (205 mila euro).

All'interno della voce **Sopravvenienze attive** gli importi più rilevanti sono quelli relativi all'acquisto di beni e servizi (pari a 1,875 milioni di euro) derivanti soprattutto dalla chiusura di contenziosi di anni pregressi.

Per quanto concerne la voce **Insussistenze attive** rilevanti sono gli importi conseguenti alla rideterminazione del Fondo Spese legali (796 mila euro), alla rideterminazione del Fondo Contenzioso personale dipendente (747 mila euro) e alla chiusura di debiti di anni pregressi nei confronti del personale dipendente (1,206 milioni di euro) e non dipendente (1,405 milioni di euro).

E.2) Oneri straordinari:

Si evidenzia che nella classificazione ministeriale tra gli Oneri straordinari vi è la voce Oneri da cause civili ed oneri processuali dove vengono registrati i risarcimenti di competenza dell'anno (210 mila euro a consuntivo 2018).

Nell'ambito delle **Sopravvenienze passive** le voci più rilevanti riguardano l'acquisto di beni e servizi di beni e servizi (175 mila euro) e la copertura, con rettifica in conto esercizio per investimenti, di immobilizzazioni in corso anni precedenti conseguente alla revoca del finanziamento AIDS (369 mila euro).

Per quanto concerne la voce **Insussistenze** rilevanti sono le registrazioni conseguenti alle riduzioni di budget su progetti regionali per mancato utilizzo o altre riduzioni di credito nei

confronti della Regione (679 mila euro). Si è provveduto inoltre, in seguito alle indicazioni regionali, a chiudere i crediti relativi all'anno 2017 nei confronti degli Stranieri temporaneamente presenti non riconosciuti dal Ministero della Salute (183 mila euro).

Per maggiori dettagli si rimanda alla **Nota Integrativa – 26. Proventi e oneri straordinari**.

4.3 Relazione sui costi per livelli essenziali di assistenza e relazione sugli scostamenti – Modello LA 2018 e 2017

La rilevazione e l'elaborazione dei costi sostenuti e delle prestazioni erogate per livello di assistenza avviene attraverso flussi informativi strutturati e trasmessi alla Regione Emilia-Romagna e al Ministero (modelli COA01 e LA) con periodicità annuale. Partendo dai dati di contabilità analitica, viene elaborata l'articolazione sui diversi livelli di assistenza garantendo la quadratura rispetto al conto economico del bilancio di esercizio, anch'esso oggetto di flusso informativo (modello CE).

Si riporta a seguire il modello LA con i costi sostenuti dall'Azienda Ospedaliera per gli anni 2017 e 2018 articolati per livello di assistenza:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

	Anno 2018	Anno 2017	Variazione 2018 vs 2017	Incidenza % su totale 2018	Incidenza % su totale 2017
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro					
Attività di prevenzione rivolta alla persona	80	80	0	0,0%	0,0%
TOTALE ASS. SAN. COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	80	80	0	0,0%	0,0%
Assistenza distrettuale					
Assistenza farmaceutica	69.784	62.999	6.785	11,4%	10,7%
altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	69.784	62.999	6.785	11,4%	10,7%
Assistenza integrativa	510			0,1%	
Assistenza specialistica	146.221	150.200	-3.979	24,0%	25,6%
Attività clinica	100.366	105.570	-5.204	16,4%	18,0%
Attività di laboratorio	22.590	21.615	975	3,7%	3,7%
Attività di diagnostica strumentale e per immagini	23.265	23.015	250	3,8%	3,9%
Assistenza protesica	5			0,0%	
Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare	524			0,1%	
Assistenza programmata a domicilio	524			0,1%	
TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	217.044	213.199	3.845	35,6%	36,4%
Assistenza ospedaliera					
Attività di pronto soccorso	16.597	13.000	3.597	2,7%	2,2%
Ass. ospedaliera per acuti	350.227	333.652	16.575	57,4%	56,9%
in Day Hospital e Day Surgery	33.648	30.974	2.674	5,5%	5,3%
in degenza ordinaria	316.579	302.677	13.902	51,9%	51,6%
Ass. ospedaliera per lungodegenti	2.911	2.987	-76	0,5%	0,5%
Ass. ospedaliera per riabilitazione	3.238	3.115	123	0,5%	0,5%
Emocomponenti e servizi trasfusionali	12.893	14.538	-1.645	2,1%	2,5%
Trapianto organi e tessuti	7.218	5.548	1.670	1,2%	0,9%
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	393.084	372.840	20.244	64,4%	63,6%
TOTALE	610.208	586.119	24.089	100,0%	100,0%

Si precisa che i costi per livelli di assistenza rappresentati nella tabella sono comprensivi dei costi generali e comuni di azienda.

Assistenza distrettuale

Il livello di assistenza farmaceutica rappresenta i farmaci ed emoderivati oggetto di erogazione diretta in dimissione, erogati a seguito di prestazione erogata a paziente ambulatoriale e farmaci somministrati nell'ambito di un trattamento ospedaliero. I costi rappresentati in questo livello di assistenza sono oggetto di compensazione sanitaria o di finanziamento con il fondo dei farmaci innovativi. L'importo indicato è comprensivo di payback e del rimborso "prezzo/volume" previsto per i farmaci HCV. L'incidenza di questo livello di assistenza sul totale dei costi dell'azienda risulta in aumento rispetto all'esercizio precedente (11,4% vs 10,7%).

Livello di assistenza specialistica: in questo ambito vengono rilevati i costi attribuiti all'attività specialistica ambulatoriale per pazienti non ricoverati. Questo livello di assistenza, che rappresenta il 24% dei costi complessivi aziendali, si compone dell'attività ambulatoriale effettuata dalle unità operative (attività clinica) e dai servizi diagnostici di laboratorio e radiologia. I costi sono in

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

decremento rispetto al 2017 (-3,979 milioni di euro) in particolare sull'attività clinica. E' bene precisare che, rispetto agli esercizi precedenti, nell'esercizio 2018 si sono dettagliati i costi andando a specificare quanto sostenuto per l'assistenza protesica, l'assistenza integrativa e l'assistenza domiciliare, in precedente compresi nell'attività clinica.

Assistenza ospedaliera

Livello di assistenza attività di pronto soccorso: questo livello di assistenza rileva i costi dell'attività dei pronto soccorso generale e specialistici, nonché dell'attività di osservazione breve intensiva; rappresenta il 2,7% dei costi complessivi dell'azienda, sostanzialmente stabile nel tempo.

Livello di assistenza ospedaliera per acuti: nell'ambito di quest'area sono aggregati i costi delle unità operative per la quota parte relativa all'attività di ricovero in regime ordinario e di day hospital. Sui centri di costo di quest'area vengono allocati anche i costi per i farmaci somministrati in regime di ricovero (ordinario o day hospital) che rappresentano l'unica eccezione consentita per la richiesta di rimborso (Circolare n. 3/2007 "Ordinamento della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale – Anno 2007"). Si tratta di:

- farmaci contenenti fattori della coagulazione, somministrati a pazienti emofilici o affetti da malattia emorragica congenita;
- un set limitato di farmaci innovativi oncologici ed ematologici ad elevato costo, regime di fornitura OSP1;

Complessivamente il livello di assistenza ospedaliera registra un aumento dei costi attribuiti sia in valore assoluto (+20,244 mln) sia in termini relativi come incidenza sul totale dei costi aziendali (57,4% vs 56,9%). Insistono in questo livello di assistenza i maggiori costi sostenuti per investimenti in risorse umane e beni di consumo in sviluppo di:

- attività strategiche per l'azienda (polo cardio-toraco-vascolare e ambito oncologico) e di chirurgia generale (malattie croniche intestinali, chirurgia bariatrica, chirurgia robotic-assisted);
- linee di attività finalizzate alla riduzione dei pazienti in liste di attesa (urologia, chirurgia generale);
- unità operative interaziendali in cui l'Azienda Ospedaliera è capofila in ambito territoriale metropolitano o provinciale (Pneumologia interventistica, Malattie Infettive, Dermatologia)

Gli altri livelli di assistenza (lungodegenza, riabilitazione) non rilevano variazioni significative rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda il costo attribuito al livello di assistenza trapianto organi e tessuti i costi sono dovuti all'innovazione in ambito dell'attività di trapianto e riperfusione organi.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

ANNO 2018	Consumi e manutenzioni di esercizio			Costi per acquisti di servizi			Pers. ruolo sanitario	Pers. ruolo profess.	Pers. ruolo tecnico	Pers. ruolo amminis.	Ammortamenti	Sopravvenienze /insussistenze	Altri costi	Totale
	sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	serv. san. per erog. prestazioni	servizi non sanitari									
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro														
Igiene e sanità pubblica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Igiene degli alimenti e della nutrizione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sanità pubblica veterinaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Attività di prevenzione rivolta alla persona	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80
Servizio medico legale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE ASS. SAN. COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80
Assistenza distrettuale														
Guardia medica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina generale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina generica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pediatria di libera scelta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Emergenza sanitaria territoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza farmaceutica	69.626	-	-	1	6	100	1	6	36	1	1	6	69.784	
assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	69.626	-	-	1	6	100	1	6	36	1	1	6	69.784	
Assistenza integrativa	510	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	510
Assistenza specialistica	36.416	1.022	7.010	5.281	22.860	52.579	350	6.466	3.972	6.781	501	2.983	146.221	
Attività clinica	29.772	612	1.049	2.385	14.573	37.979	248	4.269	2.611	4.385	354	2.129	100.366	
Attività di laboratorio	3.710	89	5.728	2.569	2.798	5.236	36	873	268	911	53	319	22.590	
Attività di diagnostica strumentale e per immagini	2.934	321	233	327	5.489	9.364	66	1.324	1.093	1.485	94	535	23.265	
Assistenza protesica	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare	60	-	-	464	-	-	-	-	-	-	-	-	-	524
Assistenza programmata a domicilio	60	-	-	464	-	-	-	-	-	-	-	-	-	524
Assistenza alle donne, famiglia, coppie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza psichiatrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza riabilitativa ai disabili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza ai tossicodipendenti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza agli anziani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza ai malati terminali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza a persone affette da HIV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza territoriale semiresidenziale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza psichiatrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza riabilitativa ai disabili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza ai tossicodipendenti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza agli anziani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza a persone affette da HIV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza ai malati terminali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza territoriale residenziale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza psichiatrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza riabilitativa ai disabili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza ai tossicodipendenti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza agli anziani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza a persone affette da HIV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza ai malati terminali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza idrotermale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	106.617	1.022	7.010	5.746	22.866	52.679	351	6.472	4.008	6.782	502	2.989	217.044	
Assistenza ospedaliera														
Attività di pronto soccorso	735	184	166	209	2.179	9.716	66	1.549	489	686	93	525	16.597	
Ass. ospedaliera per acuti	77.633	3.869	6.661	8.072	54.879	138.525	959	26.646	7.425	16.235	1.354	7.969	350.227	
in Day Hospital e Day Surgery	5.819	217	625	998	8.030	12.536	85	1.986	683	1.804	120	745	33.648	
in degenza ordinaria	71.814	3.652	6.036	7.074	46.849	125.989	874	24.660	6.742	14.431	1.234	7.224	316.579	
Interventi ospedalieri a domicilio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ass. ospedaliera per lungodegenzi	256	66	53	33	489	1.335	10	402	73	102	14	78	2.911	
Ass. ospedaliera per riabilitazione	275	74	61	42	585	1.384	11	513	80	112	16	85	3.238	
Emocomponenti e servizi trasfusionali	6.103	61	187	1.063	1.209	2.898	20	349	292	527	28	156	12.893	
Trapianto organi e tessuti	341	20	143	2.718	915	2.277	15	172	210	252	21	134	7.218	
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	85.343	4.274	7.271	12.137	60.256	156.135	1.081	29.631	8.569	17.914	1.526	8.947	393.084	
TOTALE	192.040	5.296	14.281	17.883	83.122	208.814	1.432	36.103	12.577	24.696	2.028	11.936	610.208	

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

ANNO 2017		Consumi e manutenzioni di esercizio			Costi per acquisti di servizio									
Codice Ministeriale	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Sanitari	Non sanitari	Prestazioni sanitarie	Serv. San. Per erog. prestazioni	Servizi non sanitari	Pers. Ruolo sanitario	Pers. Ruolo profess.	Pers. Ruolo tecnico	Pers. Ruolo amminis.	Ammortamenti	Sopravvenienze/insussistenze	Altri costi	Totale
10100	Igiene e sanità pubblica													
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione													
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro													
10400	Sanità pubblica veterinaria													
10500	Attività di prevenzione rivolta alla persona	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80
10600	Servizio medico legale													
Totale Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro		80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80
Codice Ministeriale	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica													
20201	Medicina generica													
20202	Pediatria di libera scelta													
20300	Emergenza sanitaria territoriale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20402 Assistenza Farmaceutica	62.999	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	62.999
20401	Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate													
20402	Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	62.999	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	62.999
20500	Assistenza integrativa													
20601 Assistenza Specialistica	33.796	1.052	6.907	8.910	23.799	53.525	339	6.925	4.152	6.865	376	3.554	150.200	
20601	Attività clinica	28.541	710	950	5.028	15.487	39.591	248	4.635	2.814	4.573	271	2.723	105.570
20602	Attività di laboratorio	2.430	83	5.763	3.509	2.658	4.719	30	880	266	931	37	307	21.165
20603	Attività di diagnostica strumentale e per immagini	2.825	260	194	373	5.654	9.215	61	1.410	1.072	1.361	68	524	23.015
20700	Assistenza protesica													
20801	Assistenza programmata a domicilio													
20802	Assistenza alle donne, famiglia, coppie													
20803	Assistenza psichiatrica													
20804	Assistenza riabilitativa ai disabili													
20805	Assistenza ai tossicodipendenti													
20806	Assistenza agli anziani													
20807	Assistenza ai malati terminali													
20808	Assistenza a persone affette da HIV													
20901	Assistenza psichiatrica													
20902	Assistenza riabilitativa ai disabili													
20903	Assistenza ai tossicodipendenti													
20904	Assistenza agli anziani													
20905	Assistenza a persone affette da HIV													
20906	Assistenza ai malati terminali													
21005 Assistenza territoriale residenziale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21001	Assistenza psichiatrica													
21002	Assistenza riabilitativa ai disabili													
21003	Assistenza ai tossicodipendenti													
21004	Assistenza agli anziani													
21005	Assistenza a persone affette da HIV													
21006	Assistenza ai malati terminali													
21100	Assistenza idrotermale													
Totale Assistenza distrettuale	96.795	1.052	6.907	8.910	23.799	53.525	339	6.925	4.152	6.865	376	3.554	213.199	
Codice Ministeriale	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	581	134	108	249	1.680	7.625	48	1.217	383	528	51	396	13.000
30201 Ass. Ospedaliera per acuti	67.119	4.117	6.192	11.534	51.515	135.038	879	25.935	7.073	15.707	950	7.593	333.652	
30201	In Day Hospital e Day Surgery	5.250	228	447	1.171	7.311	11.717	73	1.778	619	1.679	81	620	30.974
30202	In degenza ordinaria	61.869	3.889	5.745	10.363	44.204	123.321	806	24.157	6.454	14.028	869	6.973	302.677
30300	Interventi ospedalieri a domicilio													
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	209	80	53	90	479	1.408	10	388	74	106	10	81	2.987
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	202	79	56	67	537	1.361	10	521	77	109	11	85	3.115
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	5.057	69	100	2.096	1.595	3.391	21	401	316	675	25	201	14.539
30700	Trapianto organi e tessuti	272	21	111	2.492	743	1.364	8	133	128	196	10	71	5.549
Totale Assistenza ospedaliera	73.441	4.501	6.699	17.038	56.549	150.187	977	28.595	8.050	17.320	1.057	8.426	372.840	
TOTALE		170.316	5.553	13.606	25.948	80.348	203.712	1.316	35.520	12.202	24.185	1.433	11.980	586.119

4.4 Attività Libero Professionale

Relazione sull'attività

Attività di ricovero

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha attivi 2 reparti di degenza dedicati all'attività libero-professionale nei quali si concentrano in via prioritaria i ricoveri ALP. Il primo reparto, collocato all'ultimo piano del padiglione Nuove Patologie, è stato attivato a giugno 2007 con una dotazione iniziale di 13 posti letto (successivamente ridotta a 9). Nell'ottobre 2008 è stato attivato il secondo reparto ubicato al quarto piano del padiglione Palagi, anch'esso con una dotazione iniziale di 13 posti letto (successivamente ridotta a 6). In entrambi i casi la riduzione è stata effettuata per consentire l'erogazione, nei posti letto inizialmente dedicati alla libera professione, dell'attività istituzionale connessa rispettivamente al riassetto delle funzioni chirurgiche e della Oftalmologia.

In periodi di particolare sovraffollamento di altre aree assistenziali del policlinico, saltuariamente, anche nei posti letto dedicati ALP vengono ospitati casi di ricovero in regime istituzionale.

L'Atto aziendale, che definisce le modalità per l'espletamento della libera professione, consente, per alcune specifiche realtà clinico-assistenziali, l'effettuazione di ricoveri anche presso altri reparti, per rendere più sicuro l'iter di cura del paziente (si tratta delle aree della cardiochirurgia, chirurgia pediatrica e ostetricia per l'effettuazione dei parto).

Il **reparto ALP** collocato presso le **Nuove Patologie**, dal 1 maggio 2014 è impiegato anche per i casi della struttura Oncologia Ginecologica – De Iaco. Il personale assegnato al reparto ALP svolge quindi attività assistenziale sia per i pazienti in libera professione sia per i pazienti del Servizio Sanitario Nazionale che transitano nei posti letto dedicati a questa attività.

Nel corso del 2018 il reparto ALP ha dimesso complessivamente 516 pazienti (+62 casi rispetto al 2017), con un tasso di occupazione calcolato su 5 giorni di 68,2 punti percentuali. In calo la degenza media dei pazienti dimessi (2,68 giorni rispetto ai 3,56 giorni del 2017). Le unità operative che maggiormente hanno utilizzato il reparto ALP Nuove Patologie per ricoveri in libera professione sono quelle di chirurgia generale (263 casi), chirurgia specialistica (quali otorinolaringoiatria (96 pazienti), chirurgia plastica e chirurgia orale e maxillo facciale (60 pazienti complessivamente), ginecologia (19 casi), ortopedia (23 casi)) e in numero minore le unità di medicina specialistica e medicina interna (16 casi complessivamente). Da segnalare anche l'esecuzione presso il pad. 5 di 33 interventi di urologia utilizzando la tecnica robotica e il trasferimento dei ricoveri in LP dell'unità operativa chirurgia vascolare dal pad. 5 al pad. 23 come conseguenza della nuova sede dei ricoveri dell'unità operativa.

Il livello di attrazione di pazienti fuori provincia (14%) e fuori regione (16,7%) in questo reparto è paragonabile a quello dell'anno precedente, così come la capacità attrattiva nei confronti dei pazienti stranieri (2,1%).

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

I giorni di chiusura del reparto sono stati complessivamente 44 (come l'anno precedente), concentrati nel periodo estivo (agosto) e nel periodo natalizio (ultimi 10 giorni di dicembre e prima settimana di gennaio).

In incremento anche l'attività del **secondo reparto ALP, collocato nel padiglione Palagi** da cui sono stati dimessi complessivamente 202 pazienti (+22 casi, rispetto al 2017). L'occupazione media è pari al 49,2% (calcolata su 5 giorni), in incremento rispetto all'anno precedente di 9,3 punti percentuali.

Le unità operative che hanno utilizzato principalmente il reparto ALP per ricoveri in libera professione sono quelle dell'area urologica/andrologica (144 casi) e dell'area oftalmologica (28 casi). La capacità attrattiva di pazienti extraprovinciali (15,3%) è paragonabile a quella dell'anno precedente, mentre cala quella extraregionale (pari al 13,9%). Cala di quasi un punto la capacità attrattiva nei confronti dei pazienti stranieri (-0,7 punti percentuali). Il reparto è stato chiuso per 58 giorni durante l'anno. Le chiusure si concentrano nel periodo estivo e in quello natalizio.

I due reparti ALP hanno complessivamente effettuato 718 ricoveri di cui 701 in libera professione e 17 in istituzionale con il pagamento della sola quota del confort.

I 701 ricoveri in libera professione rappresentano il 75% dell'attività di ricovero in LP. Il dato è in leggero incremento (+ 5 punti) rispetto all'anno precedente; incremento deve essere considerato positivamente ed è il risultato delle azioni volte a ridurre l'effettuazione di ricoveri nelle aree diverse da quelle dei due contenitori individuati.

Complessivamente, l'attività di ricovero registra un incremento rispetto al dato 2017 (+48 casi); incremento che interessa sia il reparto ALP del pad. 1 che il reparto ALP del pad. 5. Al contrario si riduce l'attività eseguita nei reparti "non ALP" dove i ricoveri sono stati complessivamente 228 (rispetto ai 254 del 2017). A questo dato contribuiscono le unità operative dell'area ostetrico ginecologica (161 casi complessivamente) e le unità operative che ricoverano presso il polo cardio toraco vascolare (60 casi).

Le prestazioni di ricovero derivanti dalle convenzioni stipulate con le Assicurazioni sono state complessivamente 121 confermando il dato registrato lo scorso anno.

Attività ambulatoriale, prestazioni professionali occasionali e consulti a domicilio

Complessivamente, nel 2018, sono state erogate 97.732 prestazioni ambulatoriali. L'attività registra una leggera crescita (+2%).

L'analisi di dettaglio evidenza una crescita delle prestazioni erogate in azienda (+3%), e una riduzione di quelle erogate presso gli studi esterni, cd. "intramoenia in allargata" (-8%) o in Casa di cura (-8%). La riduzione è stata determinata probabilmente dal collocamento a riposo in corso d'anno di alcuni professionisti.

L'incremento, per l'attività svolta all'interno del Policlinico, è principalmente a carico delle visite (+4%) ed in maniera minore delle prestazioni diagnostiche.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Dal 2012, su indicazione regionale e ministeriale, il bilancio di esercizio dell'attività libero professionale comprende anche la rendicontazione dell'attività costituita dalle consulenze, prestazioni professionali occasionali e consulti a domicilio dell'utente prevista dagli art. 55 c.1 lett. c) ed art. 57-58 del CCNL 1998-2001. L'erogazione delle prestazioni occasionali è consentita ai professionisti medici, come da "Atto aziendale per l'erogazione della libera professione", fino a 24 accessi/anno, per il trattamento di casi clinici, anche in regime di ricovero presso altre strutture sanitarie.

Nel 2017 le prestazioni occasionali a privati sono state 1.465 confermando il dato dell'anno precedente mentre i consulti a domicilio hanno registrato una flessione di 129 prestazioni (da 807 a 678 prestazioni) rispetto all'anno precedente.

Dal 2018 sono rendicontate all'interno del bilancio della libera professione anche le consulenze sanitarie svolte al di fuori dell'orario di lavoro quando erogate ad aziende sanitarie pubbliche della Regione Emilia Romagna e a strutture sanitarie private non accreditate o altre aziende private (art. 55 c. 1 lettera d) ed art. 57-58 del CCNL 1998-2001).

Rendicontazione contabile

Ricavi

La rendicontazione contabile relativa al 2018, confrontata con i risultati del 2017, evidenzia un incremento dei ricavi totali (+2.492.966 € pari al +11,16%), generato da un incremento dei ricavi delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale (+4,3%) e di degenza (+12,27%), e dalla rendicontazione all'interno del bilancio ALP dell'attività relativa alle consulenze (art. 55 c.1 CCNL 1998-2001).

Nel 2018, i ricavi derivanti dall'attività ambulatoriale hanno costituito il 57% del volume complessivo dei ricavi relativi all'attività libero professionale, mentre il valore dell'attività di ricovero rappresenta il 33%, confermando l'andamento degli anni precedenti che vedeva prevalere i ricavi da attività ambulatoriale.

Il ricavo da prestazioni occasionali, consulenze e consulti a domicilio si attesta al 10% del valore complessivo dei ricavi da libera professione.

Costi

Nel 2018 si registra un incremento (rispetto all'anno precedente) dei compensi per l'attività ambulatoriale e di ricovero come conseguenza dell'aumento dell'attività ed un incremento dei compensi per l'attività di prestazioni occasionali, consulenze e consulti a domicilio come conseguenza della rendicontazione nel bilancio della libera professione delle consulenze sanitarie svolte al di fuori dell'orario di lavoro quando erogate ad aziende sanitarie pubbliche della Regione Emilia Romagna e a strutture sanitarie private non accreditate o altre aziende private (art. 55 c. 1 lettera d) ed art. 57-58 del CCNL 1998-2001).

In conseguenza dell'incremento dell'attività crescono i costi comuni, quelli per i beni di consumo in sala operatoria e quelli per le prestazioni intermedie. Per effetto del maggior numero di interventi con la tecnica robotica cresce il costo della quota della robotica.

Fonte dati e criteri di elaborazione

I Beni utilizzati per l'attività libera professionale nelle degenze e negli ambulatori quantificati sulla base dei seguenti criteri:

- **degenze reparti ALP:** rilevazione diretta dei consumi effettuati con utilizzo di centri di costo dedicati;
- **degenza ordinaria, day hospital effettuata non nei reparti ALP:** incidenza casi di ricovero in libera professione sul totale casi gestiti in azienda;
- **sala operatoria:** materiale ad alto costo rilevato direttamente su pazienti, integrato dai beni sanitari e non sanitari non ad alto costo (comprese protesi e dispositivi chirurgici) calcolati in base all'incidenza delle ore di impegno sala per attività di libera professione sul totale delle ore di lavoro sala operatoria;
- **attività ambulatoriale:** incidenza prestazioni libero professionali erogate all'interno dell'Azienda sul totale delle prestazioni erogate (fonte dati: Sistema Informativo Aziendale per le prestazioni erogate, Ufficio Attività Libero Professionale per le prestazioni erogate in libera professione);
- **prestazioni di radiologia e di microbiologia anatomia patologica erogate in favore dei due reparti ALP:** rilevazione diretta. Si precisa che la valorizzazione economica delle prestazioni intermedie è calcolata sommando alla rilevazione puntuale dell'attività di radiologia e di microbiologia svolta per i pazienti ALP una stima costruita sul valore dei consumi più significativi registrati nell'area dei servizi di diagnosi, rapportata all'incidenza dell'attività svolta per i pazienti ricoverati.

La percentuale di costi generali e comuni per l'esercizio 2018 viene confermata al 10,8%.

Azioni organizzative

Nel corso del 2018 sono state implementate azioni per il miglioramento dell'attività di controllo effettuata sulle prestazioni erogate in libera professione, azioni che si sono affiancate a quelle già realizzate nell'anno precedente per il miglioramento dei sistemi di monitoraggio dell'attività (ad esempio rapporto tra attività in libera professione ed attività erogata in regime istituzionale). Le azioni attivate nel 2017 per il miglioramento della codifica e sostenute nel corso del 2018, hanno consentito di migliorare la capacità di rendicontare correttamente l'attività portando il livello di errore al di sotto del 5%.

Nel 2018 è stata attivata la procedura informatica di recupero crediti delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione e sono state maggiormente strutturate le attività di recupero del credito per le prestazioni di ricovero.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

È stato completato l'inserimento a prenotabilità web delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione e si è partecipato al gruppo metropolitano di revisione dei sistemi di pagamento con l'obiettivo di allineare anche l'attività libero professionale ai requisiti previsti.

È proseguita la collaborazione con le strutture aziendali deputate alla programmazione ed attuazione delle azioni per la prevenzione della corruzione.

4.5 Conto economico delle attività commerciali

Nel corso dell'anno 2018 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi ha svolto oltre l'attività istituzionale, non soggetta a tassazione (così come disposto nel 2° comma lett. b dell'art. 74 del D.P.R. 22/12/86 n. 917, T.U.I.R.), anche attività commerciali che soggiacciono alle regole ordinarie di determinazione del reddito d'impresa, così come stabilito agli artt. 143 e 144 (ex artt. 108 e 109) del T.U.I.R..

Per determinare il risultato delle attività commerciali l'Azienda ha tenuto una contabilità separata (indispensabile anche per una detraibilità dell'Iva), individuando, preventivamente nell'ambito del piano dei conti del sistema di Contabilità Generale, dei riferimenti volti a rilevare ricavi/costi direttamente riferibili alla sfera delle attività commerciali. Tale sistema ha permesso di evidenziare immediatamente la situazione contabile dei ricavi/costi diretti. Ove non fosse stato possibile rilevare costi diretti, a seguito della complessità e promiscuità delle attività aziendali, si è proceduto applicando quanto sancito all'art. 144 del T.U.I.R., ovvero attribuire, anche contabilmente, quote di costi promiscui.

Il criterio adottato per l'attribuzione dei costi promiscui (rapporto tra ricavi commerciali al numeratore e totale ricavi/entrate aziendali al denominatore, secondo le voci previste dallo schema di bilancio del decreto legislativo 118/2011) ha generato una percentuale di detraibilità dei costi suddetti pari a 0,00989108, così come si evince dalla proporzione effettuata tra il totale dei valori attivi commerciali € 6.268.258,20 ed il totale dei valori attivi aziendali € 633.728.357,99.

Nel rispetto della normativa vigente, tale operazione ha generato una serie di rilevazioni contabili, eseguite in sede d'assestamento dei conti al 31/12/2018, specificatamente individuate nel libro giornale di contabilità con apposita identificazione.

Per l'attività commerciale è emerso dal Conto Economico un utile d'esercizio pari a € 75.126,70, debitamente dichiarato al quadro RF del modello UNICO/2019.

Si precisa, infine, che in sede di dichiarazione dei redditi (Modello UNICO/2019), oltre al quadro RF, relativo al reddito d'impresa, si è provveduto a compilare anche il quadro RB redditi da fabbricati, assoggettato ad un sistema di tassazione autonomo ed il quadro RS relativo agli oneri deducibili.

A completamento di quanto esposto sino ad ora, si specifica che per tutte le tipologie di reddito inserite nel Modello UNICO/2019 l'aliquota I.R.E.S. applicata è quella del 12% (aliquota ridotta rispetto a quella ordinaria del 24%), così come stabilito all'art. 6 del D.P.R. n. 601 del 29/9/1973 e successive modificazioni e dall'art. 66 com. 8 D.L. 331/1993.

Relativamente all'imposta dell'IRAP, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna per l'anno 2018 ha applicato esclusivamente il metodo retributivo tipico degli enti non commerciali, applicando l'aliquota del 8,5% su tutto il costo del personale.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

CONTO ECONOMICO DELLE ATTIVITA' COMMERCIALI (estratto dalla contabilità generale dell'Azienda)

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Esercizio 2018	Esercizio 2017
A.1) Contributi in c/esercizio	-	-
A.1.a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	-	-
A.1.b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	-	-
<i>A.1.b.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati</i>	-	-
<i>A.1.b.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA</i>	-	-
<i>A.1.b.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA</i>	-	-
<i>A.1.b.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro</i>	-	-
<i>A.1.b.5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)</i>	-	-
<i>A.1.b.6) Contributi da altri soggetti pubblici</i>	-	-
A.1.c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	-	-
<i>A.1.c.1) da Ministero della Salute per ricerca corrente</i>	-	-
<i>A.1.c.2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata</i>	-	-
<i>A.1.c.3) da Regione e altri soggetti pubblici</i>	-	-
<i>A.1.c.4) da privati</i>	-	-
A.1.d) Contributi in c/esercizio - da privati	-	-
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-	-
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	-	-
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	2.827.626	2.829.814
A.4.a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	1.000	-
A.4.b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	-	-
A.4.c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	2.826.626	2.829.814
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	1.455.458	1.406.232
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	-	-
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	-	-
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-
A.9) Altri ricavi e proventi	1.978.776	1.964.569
Totale A)	6.261.861	6.200.615
B) COSTI DELLA PRODUZIONE		
B.1) Acquisti di beni	2.519.946	2.362.813
B.1.a) Acquisti di beni sanitari	1.814.370	1.677.106
B.1.b) Acquisti di beni non sanitari	705.576	685.708
B.2) Acquisti di servizi sanitari	315.654	234.128
B.2.a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	-	-
B.2.b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	-	-
B.2.c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	-	-
B.2.d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	-	-
B.2.e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	-	-
B.2.f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	-	-
B.2.g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	-	-
B.2.h) Acquisti prestazioni di psichiatrica residenziale e semiresidenziale	-	-
B.2.i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	-	-
B.2.j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	-	-
B.2.k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	-	-
B.2.l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	-	-
B.2.m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	-	-
B.2.n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	-	-
B.2.o) Consulenze, collaborazioni, interinali, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	93.768	92.770
B.2.p) Altri servizi sanitari e sociosanitarli a rilevanza sanitaria	221.885	141.358
B.2.q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	667.331	764.729
B.3.a) Servizi non sanitari	644.528	738.180

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Esercizio 2018	Esercizio 2017
B.3.b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	16.913	20.351
B.3.c) Formazione	5.891	6.199
B.4) Manutenzione e riparazione	5.186	4.684
B.5) Godimento di beni di terzi	44.760	38.410
B.6) Costi del personale	2.542.906	2.533.012
B.6.a) Personale dirigente medico	439.873	484.601
B.6.b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	84.157	73.945
B.6.c) Personale comparto ruolo sanitario	450.686	523.449
B.6.d) Personale dirigente altri ruoli	29.950	28.250
B.6.e) Personale comparto altri ruoli	1.538.240	1.422.767
B.7) Oneri diversi di gestione	12.454	10.781
B.8) Ammortamenti	-	-
B.8.a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	-	-
B.8.b) Ammortamenti dei Fabbricati	-	-
B.8.c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	-	-
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-
B.10) Variazione delle rimanenze	75	1.416
B.10.a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-	-
B.10.b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	75	1.416
B.11) Accantonamenti	-	-
B.11.a) Accantonamenti per rischi	-	-
B.11.b) Accantonamenti per premio operosità	-	-
B.11.c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	-	-
B.11.d) Altri accantonamenti	-	-
Totale B)	6.108.312	5.949.972
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	153.548	250.643
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI		
C.1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	-	907
C.2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	1.561	1.581
Totale C)	-1.561	-673
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE		
D.1) Rivalutazioni	-	-
D.2) Svalutazioni	-	-
Totale D)	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI		
E.1) Proventi straordinari	6.398	12.225
E.1.a) Plusvalenze	-	-
E.1.b) Altri proventi straordinari	6.398	12.225
E.2) Oneri straordinari	83.258	147
E.2.a) Minusvalenze	-	-
E.2.b) Altri oneri straordinari	83.258	147
Totale E)	-76.860	12.078
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	75.127	262.047
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO		
Y.1) IRAP		
Y.1.a) IRAP relativa a personale dipendente	-	-
Y.1.b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	-	-
Y.1.c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	-	-
Y.1.d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-
Y.2) IRES		
Y.3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)		
Totale Y)	-	-
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	75.127	262.047

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

4.6. Andamento della gestione e risultati delle società partecipate

ELENCO PARTECIPAZIONI		Sede	Forma giuridica	Capitale	% capitale pubblico	Patrimonio netto incluso riserve	Totale Attivo	Risultato di esercizio	% di possesso	Valore attribuito a bilancio	Criterio di valorizzazione (costo / PN)
Partecipazioni in imprese controllate:											
Partecipazioni in imprese collegate:											
CUP 2000 S.c.p.a.		Via Del Borgo di S. Pietro n. 90/c - 40126 Bologna	Società consortile per azioni	487.579	100%	4.791.657	14.847.113	6.438	6,754%	32.932	Costo
Partecipazioni in altre imprese:		Viale Aldo Moro n.64 - 40127 Bologna	Società per azioni	65.526.000	100%	68.351.765	88.418.516	538.915	0,002%	1.000	Costo
LEPIDA S.P.A.		Via Massarenti n. 9 - 40138 Bologna	Consorzio senza fini di lucro fra istituzioni pubbliche	35.000	100%	101.886	262.339	277	14,286%	5.000	Costo
MED3		Via Morgagni n. 6 - 40122 Bologna	Società per azioni	654.990	100%	10.550.457	21.619.374	9.846	0,004%	26	Costo
ERVET SPA											

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

DETTAGLIO PARTECIPAZIONI	Costo storico	ESERCIZI PRECEDENTI			MOVIMENTI DELL'ESERCIZIO					
		Rivalutazioni	Svalutazioni	Valore iniziale	Giroconti e Riclassificazioni	Rivalutazioni	Svalutazioni	Acquisizioni e conferimenti	Cessioni (valore contabile)	Valore finale
Partecipazioni in imprese controllate:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Partecipazioni in imprese collegate:	32.932	0	0	32.932	0	0	0	0	0	32.932
CUP 2000 S.P.A.	32.932			32.932	0	0	0	0	0	32.932
Partecipazioni in altre imprese:	6.377	0	0	6.377	0	0	-351	0	0	6.026
LEPIDA S.P.A.	1.000	0	0	1.000	0	0	0	0	0	1.000
MED3	5.000	0	0	5.000	0	0	0	0	0	5.000
ERVET S.P.A.	377	0	0	377	0	0	-351	0	0	26

4.7 Impegno finanziario sostenuto dall'Università di Bologna per il finanziamento dell'Azienda Ospedaliera

Il protocollo d'intesa Regione-Università vigente, all'art. 13 (patrimonio e finanziamento) stabilisce che: "Regione e Università concorrono al funzionamento delle Aziende Ospedaliero-Universitarie mediante l'apporto di personale, beni mobili ed immobili, nonché mediante la partecipazione ai piani di investimento poliennali concordati. Le Università concorrono al sostegno delle Aziende Ospedaliero-Universitarie mediante la retribuzione del personale universitario, le immobilizzazioni, le attrezzature e ogni altra risorsa eventualmente utilizzata anche per l'assistenza. I relativi oneri sostenuti dall'Università sono rilevati nell'analisi economica e finanziaria delle Aziende Ospedaliero-Universitarie ed evidenziati nei rispettivi bilanci."

Di seguito sono riportati i costi sostenuti dall'Università di Bologna per la **retribuzione del proprio personale integrato nelle attività assistenziali presso l'Azienda**.

RETRIBUZIONE PERSONALE UNIVERSITARIO

Ruolo	Unità	Lordo dipendente	Oneri carico ente	TOTALE COSTO ANNUO 2018
Docenti e ricercatori	225	11.218.083,46	4.335.204,08	15.553.287,54
Personale tecnico-amministrativo	82	2.228.531,37	829.605,83	3.058.137,20
Totale	307	13.446.614,83	5.164.809,91	18.611.424,74

- Nella colonna "Unità" è indicato il numero delle persone in convenzione nel 2018

- Nella colonna "Lordo dipendente" sono indicati i valori lordo dipendente delle voci fisse, indennità e voci variabili pagate al personale convenzionato nel 2018 dall'Ateneo. Nella colonna a fianco sono indicati gli oneri a carico ente correlati agli importi lordi.

In merito alle opere di manutenzione sugli immobili e su beni di proprietà dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, anche in uso all'Università per le attività di formazione e di ricerca, si rileva che nel corso dell'esercizio 2018 l'Università ha sostenuto € 339.338,72 di spese per manutenzioni ordinarie e straordinarie.