



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

duemilaquattordici

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


Policlinico S. Orsola-Malpighi


Bilancio di Missione
Policlinico S. Orsola-Malpighi

Bilancio di Missione 2014

indice

Presentazione		<i>pag. 8</i>	Bilancio di Missione
---------------	---	---------------	----------------------

1		<i>pag. 10</i>	di riferimento
Contesto			
	pag. 12		1.1 Quadro normativo e istituzionale
	pag. 13		1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università
	pag. 17		1.3 La rete integrata dell'offerta regionale
	pag. 19		1.4 Osservazioni epidemiologiche
	pag. 19		1.5 Accordi di fornitura

2		<i>pag. 22</i>	aziendale
Profilo			
	pag. 24		2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale
	pag. 39		2.2. Impatto sul contesto territoriale
	pag. 55		2.3 Contributo alla Copertura dei livelli essenziali di assistenza
	pag. 84		2.4 Ricerca e didattica
	pag. 104		2.5 L'assetto organizzativo

3

Obiettivi istituzionali



pag. 108

Strategie aziendali

pag. 110	3.1 Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria
pag. 110	3.2 Universalità ed equità di accesso
pag. 117	3.3 Centralità del cittadino
pag. 119	3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale
pag. 132	3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica clinica e organizzativa
pag. 149	3.6 Integrazione tra assistenza didattica e ricerca

4

Condizioni di lavoro



pag. 158

Competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

pag. 160	4.1 La carta d'identità del personale
pag. 172	4.2 Gestione del rischio e sicurezza
pag. 175	4.3. Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti
pag. 177	4.4. Formazione
pag. 184	4.5 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze
pag. 190	4.6. L'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione
pag. 191	4.7. L'esercizio dell'azione disciplinare

5

Sistemi di relazioni



pag. 194

Strumenti di comunicazione

pag. 196	5.1 I rapporti con i cittadini
pag. 214	5.2 La comunicazione esterna
pag. 219	5.3 La comunicazione interna

6

Ricerca



pag. 222

Innovazione

pag. 224	6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione
pag. 235	6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole
pag. 237	6.3 Garanzie di trasparenza

7

Obiettivi specifici



pag. 248

e di particolare rilevanza istituzionale

pag. 250	7.1 Le strategie di integrazione in Area Vasta
pag. 256	7.2 La rete ospedaliera e la continuità delle cure
pag. 263	7.3 I progetti di particolare rilievo aziendali
pag. 273	7.3.3 I progetti di riorganizzazione
pag. 280	7.4 Il recupero dell'efficienza dei servizi di supporto
pag. 286	7.5 Altre attività a valenza aziendale
pag. 289	7.6 Focus sull'andamento economico finanziario 2010 - 2014

Nel 2014 l'attività si è concentrata nel dare seguito alle azioni prioritarie individuate nel corso dell'anno precedente; azioni orientate a favorire la centralità del paziente attraverso una maggiore attenzione ai percorsi e alla sicurezza delle cure, alla valorizzazione dei professionisti e delle professioni sanitarie in genere, al recupero dell'efficienza attraverso un'attenta programmazione degli investimenti e la ridefinizione del ruolo dei servizi di supporto.

A fianco di queste azioni si sono a tutti gli effetti poste le basi per attivare completamente i progetti di integrazione con l'Azienda USL di Bologna e con le altre Aziende di Area Vasta per consentire la razionalizzazione dei processi e si è rafforzata l'integrazione con l'Università finalizzata alla piena realizzazione dell'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca.

Il Bilancio di Missione 2014 approfondisce le azioni finalizzate a quanto



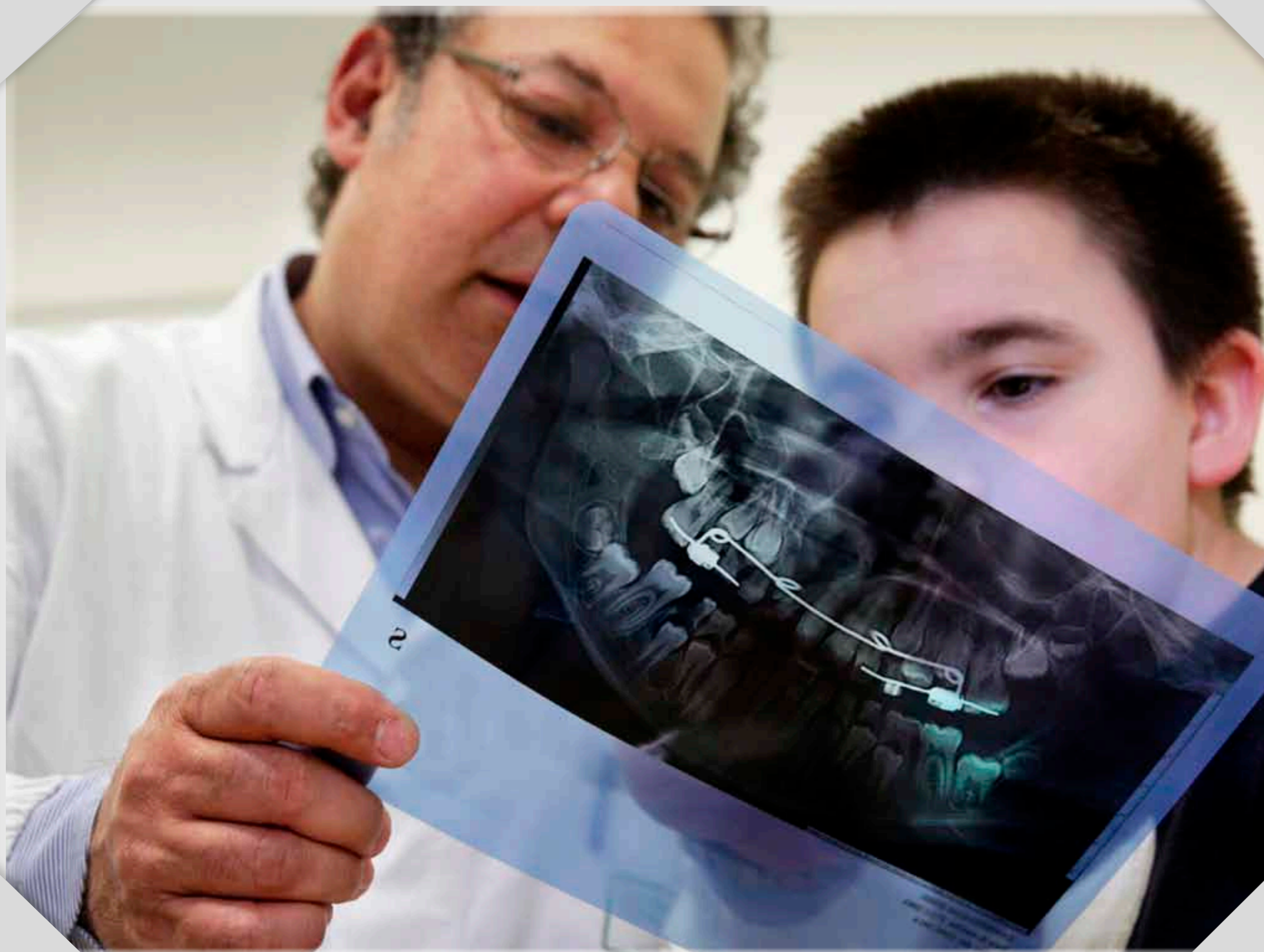
sopra riportato evidenziando come il modello di riferimento sia l'ospedale per intensità di cura che consente da un lato al medico di concentrarsi sulle proprie competenze distintive ovunque siano i pazienti di cui ha la responsabilità, dall'altro all'infermiere di utilizzare al meglio la propria capacità professionale con una valorizzazione crescente del proprio ruolo. Inoltre, nel capitolo 3 si rendicontano azioni collegate alle aree distintive del Policlinico, in ambito organizzativo, tecnologico e clinico. Per la prima volta sono stati inseriti contributi provenienti dai clinici. Si tratta di una rendicontazione non esaustiva che abbiamo comunque voluto rappresentare come testimonianza di inizio di un percorso virtuoso di redazione partecipata.

Sul piano economico-finanziario sono state, in continuità con il 2013, programmate e realizzate azioni di governo della spesa che, considerando il contesto economico finanziario nel quale l'Azienda inserisce la propria programmazione pluriennale, hanno avuto l'obiettivo di razionalizzare la struttura dei costi e mantenere costante lo standard qualitativo dell'offerta sanitaria.

La struttura dell'assetto organizzativo progettata e realizzata a partire dall'anno 2012 è ora a pieno regime. A questa si affiancano il consolidamento della revisione dell'organizzazione dei servizi di supporto e delle funzioni sanitarie nella logica della gestione per processi, e la ridefinizione, in collaborazione con l'Università, dell'assetto dei dipartimenti che ha privilegiato ancora una volta un'aggregazione per percorso di cura.

Il contesto in cui ci si trova ad operare non si è ridotto in complessità, le azioni attuate possono aiutare a superarlo senza rinunciare al miglioramento continuo delle performance sanitarie ed economiche.

Mario Cavalli



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

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

Nella seconda parte del capitolo si rappresenta la rete integrata dell'offerta a livello regionale e si riportano le informazioni sugli accordi di fornitura stipulati a livello provinciale ed extraprovinciale.

1.1 Quadro normativo e istituzionale

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

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

Nel corso dell'anno 2014 le disposizioni più significative per l'attività del Policlinico che si aggiungono a quelle emanate negli anni precedenti, sono state:

- Il D.L. 24 aprile 2014 n. 66 Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale e la relativa legge di conversione (23 giugno 2014 n. 89);
- Il D.L. 24 giugno 2014, n. 90 Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari e la relativa legge di conversione (11 agosto 2014 n. 114);
- La Legge 23 dicembre 2014 n. 190 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2015).

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

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

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

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

1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università

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

1.2.1 Relazioni con l'Ateneo

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

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

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

Nel 2014 non si evidenziano novità rispetto agli anni precedenti. Il quadro dei Protocolli d'Intesa tra la Regione e le Università rimane il seguente:

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

Tra l'Azienda e l'Università di Bologna vigono i seguenti accordi attuativi dei protocolli

d'intesa a livello regionale:

- Per quanto riguarda le attività assistenziali essenziali per le funzioni istituzionali della Facoltà di Medicina e Chirurgia, si fa ancora riferimento, in quanto applicabile, alla disciplina dell'accordo locale sottoscritto il 28 maggio 1999 e con effetto dal 21 luglio dello stesso anno, in attuazione del previgente Protocollo d'intesa per le attività assistenziali, stipulato tra la Regione e le Università il 18.3.1998, ai sensi dell'art. 6, comma 1 del D. L. 30.12.1992, n. 502 e s.m.i.
- Per la formazione specialistica, il 18.11.2008 è stato stipulato l'Accordo attuativo locale tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi e l'Alma Mater Studiorum-Università di Bologna, in attuazione del Protocollo d'intesa sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia sottoscritto tra Regione e Università dell'Emilia-Romagna;
- Per la formazione delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione vige ancora l'Accordo attuativo tra l'Università degli Studi di Bologna e l'Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi per l'espletamento dei corsi di diploma universitario per infermiere, fisioterapista e tecnico sanitario di laboratorio biomedico di cui all'art. 2 della legge 19.11.1990 n. 341 ed in attuazione dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche e decreto MURST-Sanità del 24.7.1996" (deliberazione del Direttore generale n. 2883 del 31.12.1997). L'Accordo è stato oggetto di successive integrazioni, al fine di comprendervi il diploma universitario di ostetrica e di tecnico sanitario di radiologia medica (deliberazione n. 29 del 13.3.2000).

La legge 30.12.2010, n. 240 (c.d. Legge Gelmini) e i successivi decreti del MIUR hanno introdotto numerose e rilevanti modifiche del sistema universitario con lo scopo di renderlo più efficiente e competitivo. L'Università di Bologna, in attuazione delle previsioni della legge, si è dotata di un nuovo Statuto, con Decreto Rettorale 13 dicembre 2011.

I dipartimenti dell'Università costituenti la Scuola di Medicina e Chirurgia sono tre: il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, il Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale, il Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie. I primi due insistono prevalentemente nel Policlinico S. Orsola-Malpighi, il terzo insiste prevalentemente nell'Istituto Ortopedico Rizzoli e nell'Azienda USL di Bologna, comprendente l'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, presso l'ospedale Bellaria. La Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna coordina le attività didattiche dei corsi di studio pertinenti, prima gestiti dalla Facoltà, attivati su proposta dei Dipartimenti, che svolgono così funzioni finalizzate non solo alla ricerca scientifica, ma anche alle attività didattiche e formative.

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

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

1.2.2 Relazioni con altre facoltà o altri Atenei

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

Con le altre Università, sono stipulate convenzioni anche per le specifiche finalità di formazione specialistica dei laureati iscritti alle Scuole di Specializzazione.

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

- Facoltà di Psicologia - Polo Scientifico-Didattico di Cesena;
- Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, per l'utilizzo di strutture e personale del Servizio di Farmacia;
- Master in "Valutazione dei Farmaci e Farmacoepidemiologia", per stage formativi;
- Facoltà di Ingegneria - convenzione quadro;
- Convenzione di tirocinio del Master universitario di I livello in Cure Palliative e Terapia del Dolore dell'Università di Bologna;
- Convenzione di tirocinio del Master universitario internazionale di Alta Formazione e Qualificazione in Cure Palliative dell'Università di Bologna;
- Convenzione di tirocinio del Master in Radiologia Vascolare Interventistica e Neuroradiologia;
- Convenzione di tirocinio del Master di I livello per Amministratore di Sistema in diagnostica per immagini e radioterapia;
- Convenzione di tirocinio del Master universitario di I livello in Cure palliative pediatriche;
- Convenzione di tirocinio del Master di I livello in Trattamento dei disturbi del comportamento alimentare e dell'immagine corporea;
- Convenzione per la collaborazione alla realizzazione del Master di I livello in "Assistenza Infermieristica in Area Critica";
- Convenzione per la collaborazione alla realizzazione del Corso di Alta Formazione in "Case Management in Infermieristica ed Ostetricia";
- Convenzione per la collaborazione alla realizzazione del Master in "Evidence Based Practice e Metodologia della ricerca clinico - assistenziale.

Sono state stipulate o rinnovate nell'anno, oppure erano già attive, numerose convenzioni per lo svolgimento di tirocini di formazione e di orientamento o per la formazione specialistica, con le seguenti Università:

- Politecnico di Milano;
- Università Cattolica del Sacro Cuore - sede di Milano;

- Università Cattolica del Sacro Cuore – sede di Roma;
- Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti - Pescara;
- Università degli Studi dell'Aquila;
- Università degli Studi di Ferrara;
- Università degli Studi di Firenze;
- Università degli Studi di Genova;
- Università degli Studi di Milano;
- Università degli Studi di Milano – Bicocca;
- Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia;
- Università degli Studi di Napoli "Federico II";
- Università degli Studi di Padova;
- Università degli Studi di Parma;
- Università degli Studi di Pavia;
- Università degli Studi di Roma "La Sapienza";
- Università degli Studi di Torino;
- Università degli Studi di Verona;
- Università del Salento;
- Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo";
- Università LUM Jean Monnet;
- Università Telematica Telma;
- Università Vita-Salute - San Raffaele di Milano.

1.3 La rete integrata dell'offerta regionale

1.3.1 Struttura dell'offerta

Sul territorio metropolitano la dotazione di posti letto rimane pressoché stabile rispetto al 2014. Sul territorio provinciale, si assiste invece ad una riduzione dei posti letto.

Il **territorio metropolitano** presenta, nel 2014, una dotazione di 4.359 posti letto (PL), pressoché stabili rispetto al 2013. A questi PL va aggiunta l'offerta di 233 PL per acuti e di 26 PL di riabilitazione non accreditati. Il territorio provinciale, comprendente anche l'azienda USL di Imola, presenta nel complesso 4,879 PL, 50 in meno rispetto al 2013.

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

Tabella 1.1 Posti letto dei presidi pubblici e privati accreditati nel territorio metropolitano e della provincia di Bologna. Anni 2004- 2014.

Posti letto accreditati	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Azienda USL	1.926	1.869	1.889	1.859	1.843	1.823	1.817	1.818	1.818	1.431	1.401
AOU	1.743	1.734	1.714	1.730	1.758	1.716	1.654	1.622	1.584	1.535	1.566
IOR	312	312	312	324	324	343	336	327	327	327	324
Privato accreditato	1.053	861	754	908	895	892	898	1.076	1.076	1.068	1.068
Totale metropolitano	5.034	4.776	4.669	4.821	4.820	4.774	4.705	4.843	4.805	4.361	4.359
Imola	570	577	581	577	590	591	564	565	562	559	511
Totale provincia	5.604	5.353	5.250	5.398	5.410	5.365	5.269	5.408	5.367	4.920	4.870

Fonte dati: Regione Emilia – Romagna

Nota: Fino al 2010 i PL del privato accreditato erano dati provvisori sulla base dell'utilizzo, in attesa di recepire il dato sull'accREDITAMENTO istituzionale formalizzato al 31/12/2010.

L'incremento di posti letto dell'Azienda Ospedaliera (+31pl) è dovuto a modifiche nella struttura dell'offerta nel territorio di riferimento in particolare si segnala:

- l'azienda ospedaliera, in collaborazione con l'Ausl di Bologna, ha avviato un progetto per la delocalizzazione delle attività a bassa complessità di chirurgia generale e specialistica presso l'ospedale di Budrio (+4 pl in degenza ordinaria e +8 pl in day hospital, dal 10 febbraio 2014);
- l'azienda ospedaliera, in collaborazione con l'Ausl di Imola, ha avviato un progetto per lo sviluppo e l'integrazione delle funzioni di chirurgia generale presso l'ospedale di Imola con la creazione dell'unità operativa interaziendale di chirurgia generale e

dei trapianti. Tale progetto ha determinato l'incremento di +21 posti letto in degenza ordinaria a partire dal 3 agosto 2014.

Le aziende Ausl di Bologna e di Imola rilevano una riduzione di posti letto rispettivamente pari a -30 e -48 posti letto.

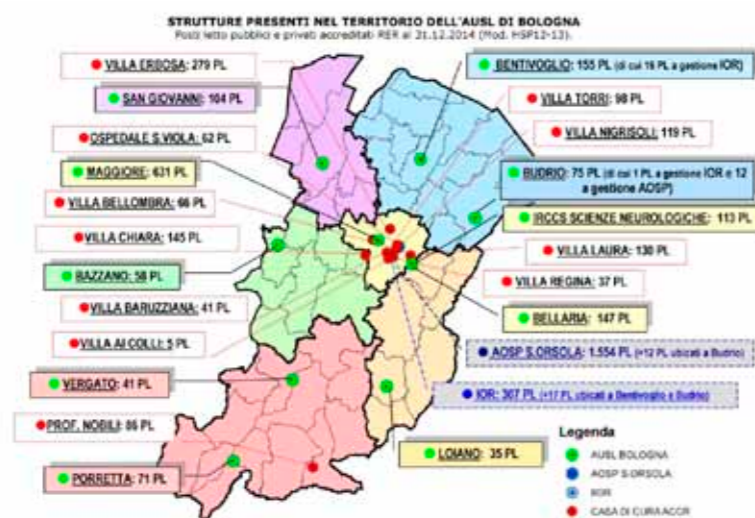
Tabella 1.2 Posti letto dei presidi pubblici e privati accreditati nel territorio metropolitano e della provincia di Bologna per tipologia e rapporto con la popolazione residente. Anno 2014.

AZIENDE	N° posti letto				Indicatori		
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	PL acuti % ab.	PL riab e LD % ab.	PL totali % ab.
Azienda USL BO	1.259	42	100	1.401			
AOU	1.469	73	24	1.566			
IOR	303	21		324			
Privato accreditato	657	165	246	1.068			
Totale metropolitano	3.688	301	370	4.359	4,25	0,77	5,02
Imola	326	158	27	511	2,45	1,39	3,85
Totale provincia	4.014	459	397	4.870	4,01	0,85	4,86

Fonte dati: Regione Emilia - Romagna

La mappa riporta il dettaglio delle strutture ospedaliere pubbliche e private ubicate nei distretti del territorio dell'Azienda USL di Bologna.

Figura 1.1 Strutture presenti nel territorio dell'Azienda USL di Bologna. Posti letto pubblici e privati accreditati RER al 31.12.2014.



Fonte: Mod.HSP12-13*

1.4 Osservazioni epidemiologiche

Per quanto riguarda questo paragrafo, si rimanda al bilancio di missione 2014 dell'Azienda USL di Bologna.

1.5 Accordi di fornitura

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi ha definito accordi di fornitura con le aziende presenti sul territorio provinciale, l'Ausl di Bologna e l'Ausl di Imola e le aziende USL extraprovinciali della regione Emilia-Romagna, in applicazione di quanto disposto dalla delibera di programmazione regionale 2014 (DGR 217/2014).

1.5.1 Accordi di fornitura in ambito provinciale

L'accordo di fornitura con l'**Azienda USL di Bologna** riguarda la fornitura di prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale, di pronto soccorso e la collaborazione su diversi ambiti quali la clinical governance, la politica del farmaco e l'innovazione, lo sviluppo tecnologico ed informatico. I principi di riferimento dell'accordo 2014 e gli ambiti di attività sono in continuità con i precedenti accordi, con particolare attenzione a quanto definito all'interno della programmazione locale dell'offerta, atta a soddisfare la domanda espressa dalla popolazione residente nei territori di competenza, con l'intento di perseguire l'autosufficienza territoriale, nel rispetto del modello organizzativo Hub & Spoke, della valorizzazione delle eccellenze presenti nelle diverse strutture e dell'appropriatezza di sede e del regime di erogazione delle prestazioni, in una logica di programmazione integrata dei servizi. Sono stati presi come principi ispiratori l'appropriatezza della produzione e del setting assistenziale e la qualità del servizio, nonché l'adeguamento delle strutture di produzione alle richieste di rimodulazione della rete provinciale, con l'obiettivo di fornire localmente i massimi livelli di erogazione di prestazioni di ricovero nelle discipline di base e/o di media assistenza, riservando invece la produzione di prestazioni di alta specializzazione ai centri individuati dalla programmazione attuativa regionale e provinciale. In particolare si segnala che sono oggetto di accordo di fornitura i principali ambiti di riorganizzazione delle attività: Laboratorio Unico Metropolitano, Trasfusionale Unico Metropolitano, attività di chirurgia a bassa complessità presso l'ospedale di Budrio.

L'accordo, come negli anni precedenti, ha contemplato, inoltre, le azioni relative alla politica del farmaco da attivare al fine del raggiungimento degli obiettivi che discendono dalle principali indicazioni normative in materia.

L'accordo con l'**Azienda USL di Imola** ha per oggetto l'erogazione di prestazioni di ricovero, di assistenza specialistica ambulatoriale, compreso pronto soccorso non seguito da ricovero e l'assistenza farmaceutica. Relativamente alla committenza, fatto salvo il riferimento generale a consuntivo 2013 in termini di tipologie di prestazioni, per il 2014 gli obiettivi dell'attività di ricovero sono stati così definiti:

- contenimento della mobilità passiva, in particolare per i ricoveri afferenti a DRG di Non Alta Specialità e Potenzialmente Inappropriati, in modo da perseguire migliori livelli di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e una maggiore autosufficienza territoriale;
- gestione del percorso del paziente candidato ad interventi di chirurgia vascolare periferica e del paziente candidato ad intervento di litotrissia, con l'obiettivo di garantire tempi di presa in carico adeguati all'indicazione terapeutica;
- azioni volte alla gestione del percorso del paziente ematologico

In corso d'anno è stato definito dalle due Aziende un atto d'intesa per la definizione congiunta di un Progetto per lo sviluppo e l'integrazione delle funzioni chirurgia generale. È stata inoltre formalizzata la convenzione per la gestione dell'unità operativa interaziendale di Chirurgia Generale diretta dal Prof. Pinna nella fase transitoria finalizzata alla definizione del progetto. La convenzione prevede che i ricoveri effettuati presso i 21 letti di chirurgia generale di Imola, siano dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 4 agosto 2014.

Riguardo alla committenza relativa alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, al fine di perseguire maggiori livelli di appropriatezza, sono state richieste azioni volte al contenimento della mobilità passiva.

1.5.2 Accordi fornitura extra-provincia

L'andamento dell'attività di ricovero per residenti extra provincia ha registrato un incremento del volume della produzione per attività di ricovero rispetto al valore di preventivo 2014. In riferimento a quanto previsto dalla delibera di programmazione regionale (DGR 217/2014) sono stati siglati accordi con le Ausl della Regione sulla base dei quali vengono categorizzati i DRG dimessi sulla base del peso e della tipologia definito dalla seguente normativa:

- DGR 69/2011 che individua DRG ad alta complessità e DRG potenzialmente inappropriati;
- funzioni hub (DGR 1267/2002);
- eccellenze aziendali che si sono determinate nello sviluppo del sistema regionale.

I criteri per la categorizzazione delle attività sono stati definiti dalla Direzione Generale dell'Assessorato alla Sanità (Linee guida per la definizione degli accordi di mobilità extra provinciali prot. PG 99676 del 19/04/2012) con l'obiettivo individuare delle classi di attività a cui associare un riconoscimento economico differenziato.

Le classi individuate sono le seguenti:

I LIVELLO: Casistica remunerata sulla base della produzione effettiva dell'anno

Target: attività dei centri hub e delle funzioni di elevata specializzazione, attività non controllabile/programmabile oppure strettamente connessa alla libera scelta del paziente. Il riconoscimento va nella direzione di incentivare le Aziende Ospedaliere a sviluppare il proprio ruolo di centro di eccellenza ed alta specialità, coerentemente con gli indirizzi regionali di sviluppo del modello Hub&Spoke;

II LIVELLO: Casistica remunerata sulla base della produzione storicizzata

Target: casistica che non è propria dei centri hub, non caratterizza le funzioni di elevata specializzazione ed è trattata in modo diffuso. L'obiettivo è non incentivare lo sviluppo di questa attività;

III LIVELLO: Casistica remunerata fino ad un massimo concordato o con abbattimento

Target: casistica di basso peso assistenziale e/o per la quale ci sono indicazioni regionali di trasferimento in regime ambulatoriale. La proposta di abbattimento va nella direzione di intraprendere azioni di contenimento e disincentivare lo svolgimento di queste attività nell'ambito delle aziende ospedaliere.

Sono stati definiti accordi per l'applicazione dei criteri previsti dalle linee guida regionali con tutte le Ausl della regione ad eccezione dell'Ausl di Parma e Reggio Emilia con la quale è stato concordato il riconoscimento della produzione effettiva erogata.

Rispetto all'andamento della mobilità attiva per attività ambulatoriale e somministrazione farmaci non si evidenziano particolari scostamenti rispetto al valore storico.

1.5.3 Revisione dell'offerta e funzioni di eccellenza regionali e nazionali

Il contesto socio-economico attuale richiede l'adozione di nuovi assetti istituzionali e di modelli organizzativi capaci di integrare i diversi livelli di assistenza territoriale e ospedaliera e di rivedere i modelli dell'offerta di servizi, sia sul piano strutturale, sia sul piano organizzativo.

L'Azienda si inserisce in modo integrato nella rete ospedaliera metropolitana garantendo, nell'ambito di un modello Hub & Spoke, con reti cliniche integrate, le funzioni che le sono state assegnate attraverso il consolidamento e lo sviluppo delle eccellenze che contraddistinguono il Policlinico a livello nazionale quali ad esempio il centro trapianti ed il centro cardio-toraco-vascolare.

In linea con le indicazioni nazionali e regionali l'Azienda sta mettendo in atto importanti progetti di riorganizzazione in cui la lettura delle attività diventa trasversale, non più focalizzata esclusivamente sulle singole specialità, ma sui raggruppamenti omogenei di specialità, sui percorsi infraspécialistici e sulla complessità assistenziale. Su queste attività si rendiconta negli specifici paragrafi del bilancio di missione ed al capitolo 7.



Il secondo capitolo mette in evidenza gli aspetti dell'attività del Policlinico S.Orsola-Malpighi relativi alla sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale, all'impatto economico e sociale sul contesto territoriale al contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza, alle attività di ricerca e didattica ed assetto organizzativo. Nell'anno 2014 l'apporto che il Policlinico offre in termini di risorse economico-finanziarie complessivamente erogate è pari a quasi 256 milioni di euro.

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

La sostenibilità economica

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

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

2.1.1 Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale

La condizione di equilibrio economico-finanziario dell'anno 2014 viene definita per le Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna dalla DGR n. 217/2014 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2014"; la modalità di verifica del risultato di esercizio delle Aziende sanitarie e del consolidato regionale definita dal Tavolo di verifica degli adempimenti (ex articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, istituito presso il MEF) ha comportato, già a partire dal 2012, la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale. In conseguenza di ciò, si è evidenziata la necessità di assicurare a livello regionale una situazione di pareggio di bilancio, da determinarsi sulla base di criteri civilistici: già dall'anno 2012 all'interno dell'equilibrio sono interamente ricompresi gli ammortamenti netti di competenza dell'anno.

Nella tabella seguente si evidenzia che l'Azienda nel 2014 ha raggiunto pienamente l'obiettivo economico-finanziario posto dalla Regione Emilia Romagna, evidenziando **un risultato di pareggio di bilancio** (utile pari a €5.954); in fasi di programmazione economica il rispetto dell'obiettivo economico-finanziario era rappresentato dal valore degli ammortamenti non sterilizzati al 31/12/2009 (pari a 4,890 milioni di euro).

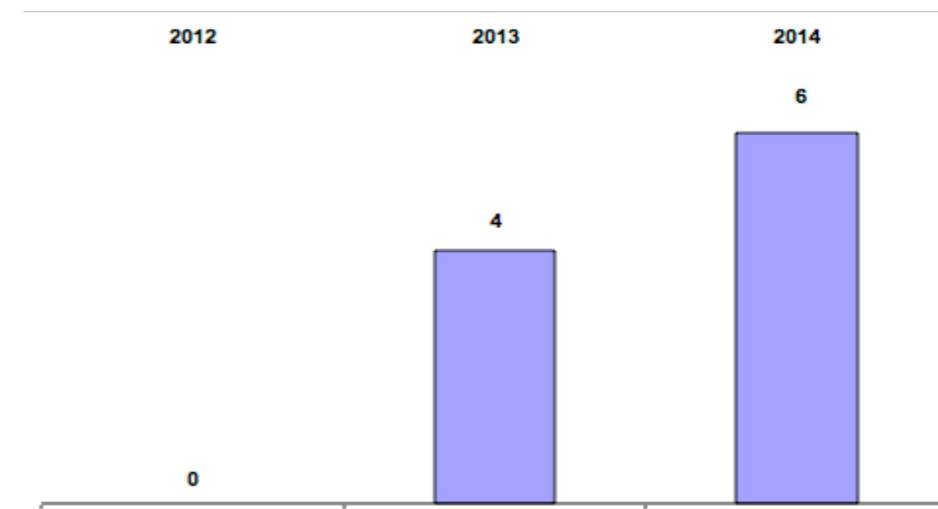
Tabella 2.1 Verifica del rispetto della condizione di equilibrio

	Consuntivo 2014	Preventivo deliberato 2014	Consuntivo 2013
Risultato di Esercizio	5.954	-4.890.000 (*)	4.072

Fonte dati: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

(*) pari al valore degli ammortamenti non sterilizzati al 31/12/2009 - accantonati dalla Rer con DGR 217/2014

Grafico 2.1 Risultato netto dell'esercizio (trend anni 2012-2014, in migliaia di euro)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Si specifica che il valore degli ammortamenti non sterilizzati al 31/12/2009 è stato ridefinito dall'Azienda in 5,039 milioni di euro e recepito dalla Giunta Regionale con delibera n. 1735 del 03 novembre 2014 "Misure per l'attuazione della delibera di Giunta Regionale 24 febbraio 2014, n. 217, concernente linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014", a seguito delle certificazioni presentate dalle Direzioni aziendali a completamento della verifica infrannuale degli andamenti aziendali di settembre 2014.

Da segnalare, inoltre, che il volume complessivo di risorse disponibili per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014, stimato in sede di programmazione in 7.859 milioni di euro (DGR 217/2014), è stato incrementato di circa 157 milioni di euro, per un totale di 8.016 milioni di euro (DGR 1735/2014).

Il traguardo del pareggio di bilancio è stato posto dal decreto legislativo 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"; per il perseguimento di tale obiettivo la Regione ha previsto un contributo regionale a copertura degli ammortamenti non sterilizzati.

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

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

Come già anticipato, per l'esercizio 2014 si evidenzia un risultato di sostanziale pareggio di bilancio, che deriva dall'incidenza della gestione non caratteristica.

Da un confronto degli indicatori, nel 2014 le componenti tipiche evidenziano, rispetto al 2013, un decremento nei contributi in c/esercizio (-6,80%), nei trasferimenti netti (-7,62%) e nei ricavi disponibili (-0,74%), in particolare negli altri ricavi e proventi tipici e nella compartecipazione alla spesa sanitaria, nonostante l'incremento nei ricavi da prestazioni tariffate; anche dal confronto con il 2012, si evidenzia un decremento complessivo delle voci contributi in c/esercizio (-10,38%), nei trasferimenti netti (-11,92%) e nei ricavi disponibili (-2,10%), in particolare, nella compartecipazione alla spesa sanitaria. Tra i ricavi disponibili, aumentano, invece, gli altri ricavi e proventi tipici e le prestazioni tariffate.

Nell'ambito dei costi di beni e servizi, dal confronto con il biennio precedente, si registra una riduzione dei servizi non sanitari, delle manutenzioni, dei costi amministrativi e generali, come pure del costo del lavoro, a conseguimento dell'obiettivo economico posto in sede di programmazione; si evidenzia, invece, un aumento dei costi per consumo di beni acquistati, in particolare, per nuovi farmaci, ed un aumento dei costi per servizi sanitari. La voce "Godimento beni di terzi" non registra, invece, particolari scostamenti rispetto al biennio analizzato. Ad incidere sul risultato economico 2014 sono, inoltre, i valori registrati per le voci "Quota utilizzo contributi in conto capitale" e "Altri accantonamenti tipici".

Si ricorda che l'entrata in vigore del Decreto legislativo 118/2011 e sue successive modificazioni ed integrazioni ha modificato sostanzialmente il calcolo delle quote di ammortamento e sterilizzazioni. Già nel corso del 2012, si è proceduto, con riferimento a tre categorie di beni pluriennali (mobili e arredi, attrezzature sanitarie e scientifiche e altri beni materiali) a modificare le aliquote di ammortamento applicate fino al 31 dicembre 2011 (ovvero quelle previste dal Regolamento regionale n. 61/1995) secondo quanto stabilito dalla Tabella di cui all'Allegato 3 del Decreto legislativo n. 118/2011.

Tale modifica ha influito sia sul risultato economico (per tutti quei beni acquisiti con fondi propri, in assenza di contributo in c/capitale per la sterilizzazione dei connessi ammortamenti), che sul patrimonio aziendale.

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

Nel 2014 la gestione non caratteristica ha inciso sul risultato di esercizio in maniera positiva.

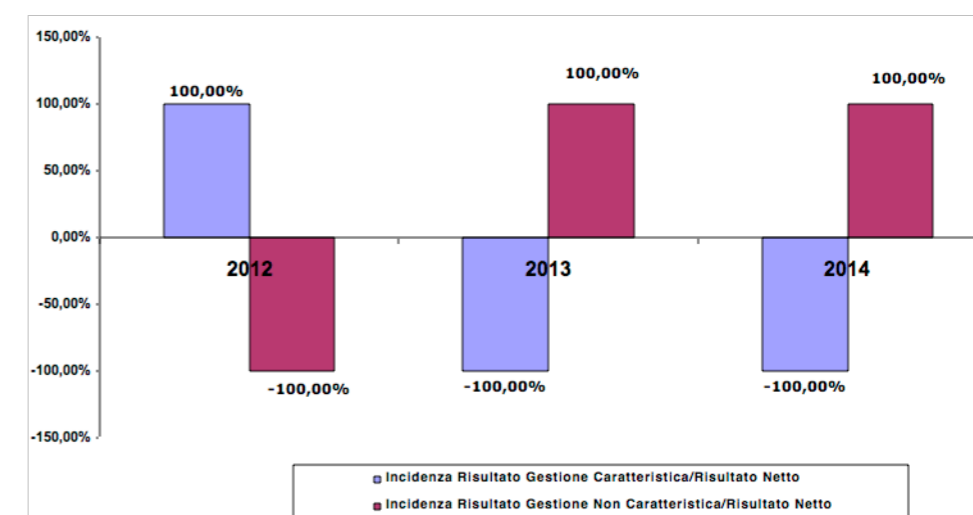
Il risultato di esercizio è principalmente definito dall'apporto della gestione non caratteristica

Tabella 2.2 Valori assoluti (in migliaia di euro) dei risultati della gestione caratteristica, non caratteristica e risultato netto (trend anni 2012-2014)

	2012	2013	2014
Risultato Gestione Caratteristica	975	- 1.736	- 5.454
Risultato Gestione Non Caratteristica	- 975	1.740	5.460
Risultato Netto	0	4	6

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 2.2 Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto (trend anni 2012 - 2014)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

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

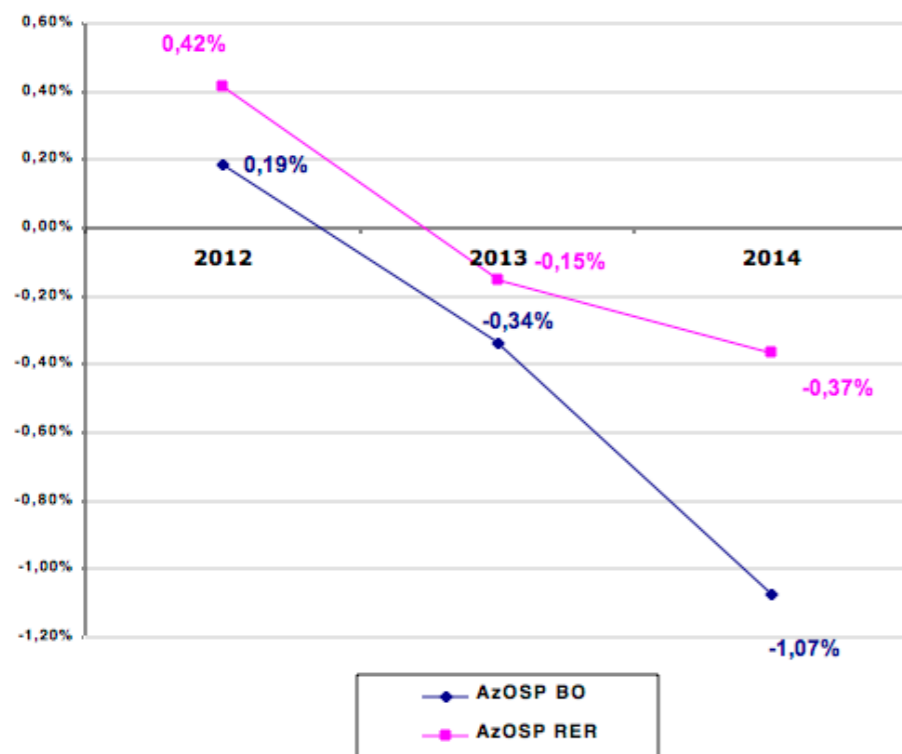
Il rapporto tra il risultato della gestione caratteristica sui ricavi disponibili evidenzia la capacità di copertura dei costi caratteristici di gestione con i relativi proventi caratteristici dell'Azienda. Più il rapporto è prossimo allo 0%, più la performance è migliore.

Il dato registrato nel 2014, confrontato con il dato medio regionale delle Aziende ospedaliere, evidenzia un decremento della performance gestionale rispetto al 2013; i ricavi disponibili, in particolare quelli derivanti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria evidenziano una riduzione rispetto al triennio analizzato. I ricavi da prestazioni tariffate vedono, invece, un incremento complessivo rispetto al 2012 e, soprattutto, rispetto al 2013. Gli altri ricavi e proventi tipici registrano, invece, un aumento rispetto al 2012 ed un decremento rispetto al 2013.

Per il 2014, il risultato aziendale vede, in ogni caso, una riduzione di valore dell'indicatore rispetto al valore della media regionale, a sua volta in trend negativo.

La performance della gestione caratteristica registra un decremento rispetto al 2013

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



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

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

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

Anche per l'esercizio 2014, le risorse aziendali impiegate sono state assorbite principalmente dal costo del lavoro, dal costo dei servizi e dall'acquisto di beni di consumo.

Rispetto al dato medio regionale si evidenzia un contenimento del valore complessivo del costo del lavoro (dato confrontato con il valore dei ricavi disponibili): per l'anno 2014 l'Azienda registra un valore pari al 49,06%, con un decremento pari a -1,02% rispetto al valore medio regionale (50,07%) ed una riduzione pari a -0,37% rispetto all'anno precedente (49,43%) .

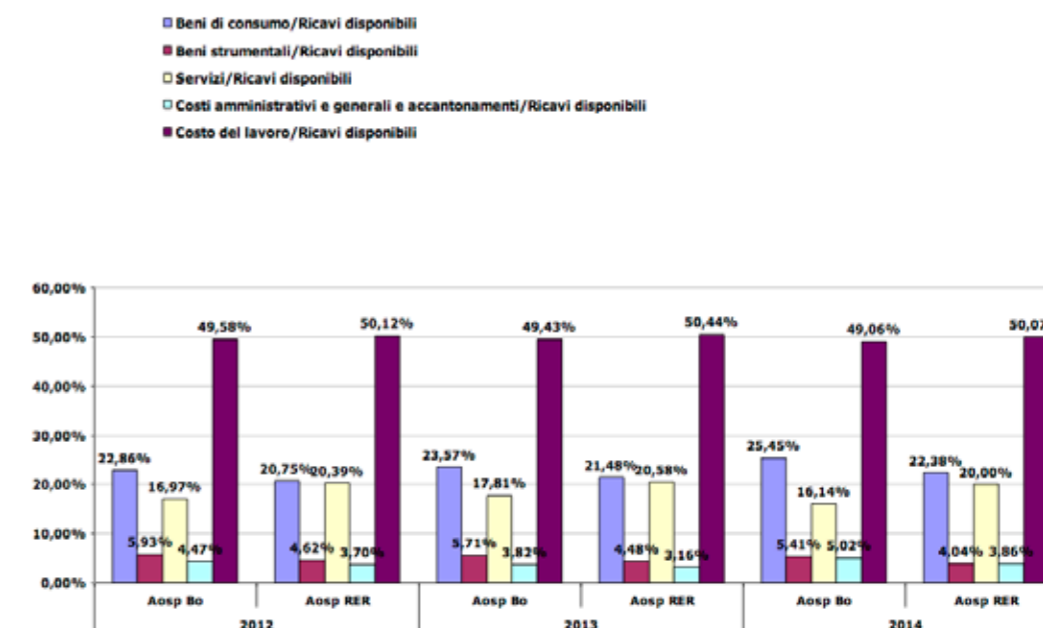
I risultati aziendali mostrano un miglioramento complessivo a dimostrazione del percorso di razionalizzazione della spesa

La struttura dei costi di produzione vede un progressivo miglioramento e allineamento ai valori medi regionali

Anche per il consumo di beni si evidenzia una buona performance aziendale, con un trend piuttosto costante nel triennio esaminato, di poco superiore rispetto ai dati regionali.

Il costo dei servizi migliora nel tempo, risultando, per il 2014, inferiore di circa 4 punti percentuali rispetto al valore medio regionale.

Grafico 2.4 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili, a confronto con regione (trend anni 2012 - 2014)



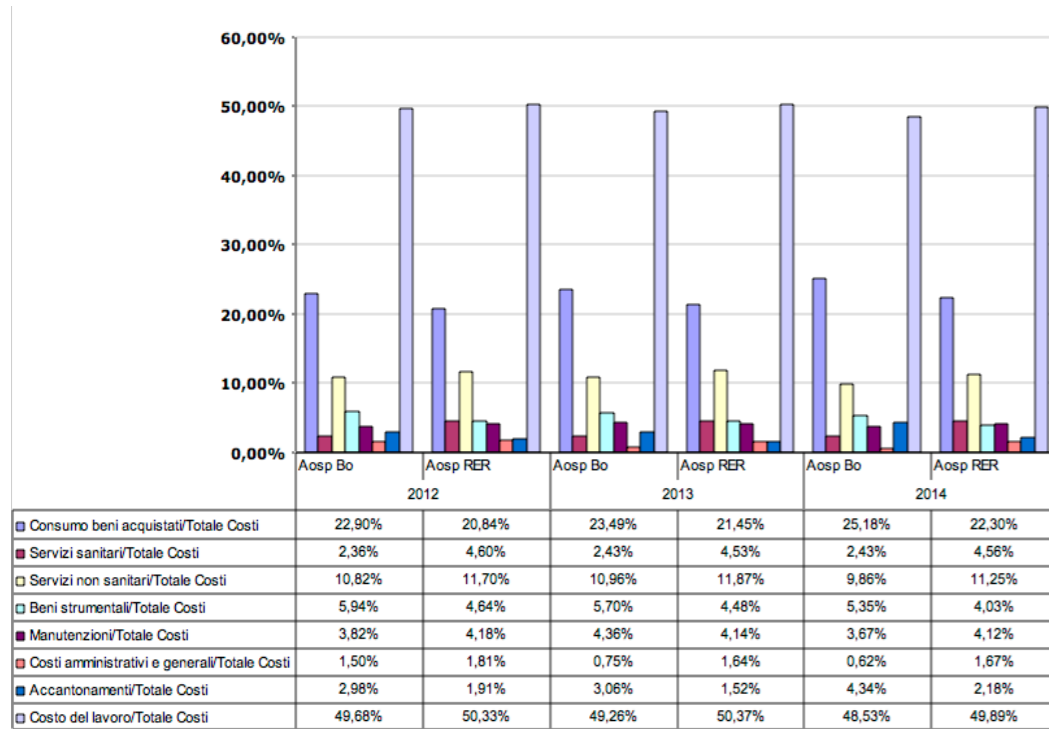
Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.1.5 Struttura dei costi aziendali

Questa indagine descrive l'incidenza dei costi di produzione aziendali, suddivisi per macroaree, rispetto ai costi complessivi. I valori riportati nella tabella sottostante, confrontati al dato medio rappresentativo dei valori delle Aziende ospedaliere della Regione Emilia-Romagna (incluso IOR), evidenziano un sostanziale allineamento alla composizione media regionale. In particolare, l'incidenza del costo del lavoro sul totale dei costi è in riduzione negli anni. Nell'esercizio 2014, a conferma della positiva performance aziendale di tale fattore produttivo, si rafforza il trend discendente del valore registrato dall'Azienda rispetto al valore medio regionale (-1,36%).

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

Grafico 2.5 Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali sul totale costi (trend anni 2012 - 2014). Confronto con le Aziende Ospedaliere della RER



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

La sostenibilità finanziaria

La **sostenibilità finanziaria** dell'Azienda viene descritta attraverso l'analisi del Rendiconto finanziario di liquidità, confrontato sull'ultimo triennio 2012 - 2014, e attraverso l'indicatore di durata media di esposizione verso i fornitori.

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

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

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

L'apporto della gestione extracorrente è determinato dalle dinamiche generate dal piano degli investimenti e dai finanziamenti pubblici ad esso legati.

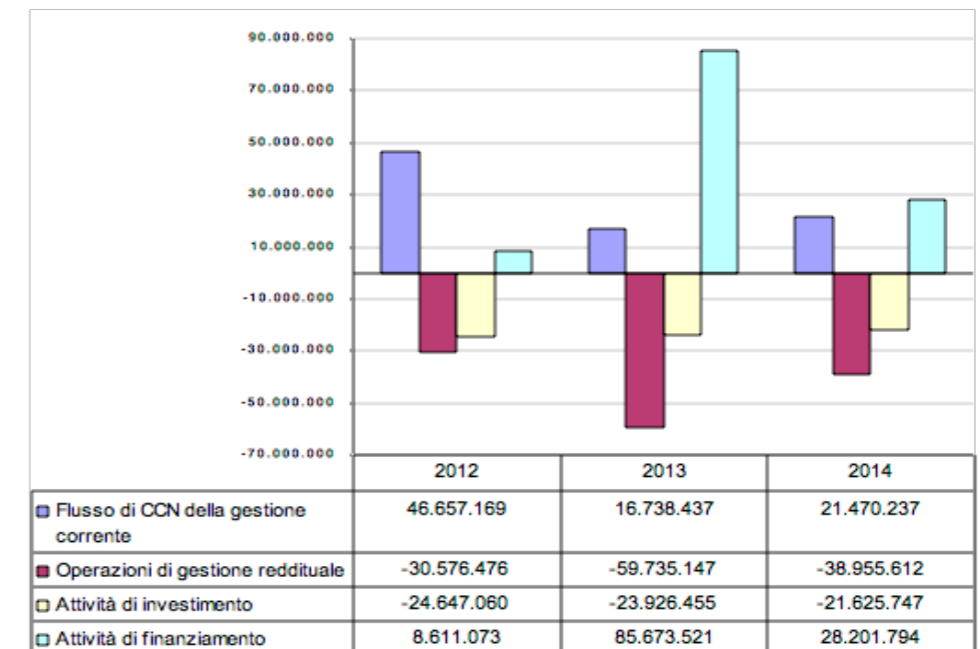
In particolare, la dinamica riscontrata nelle attività di finanziamento per il 2014 è determinata, soprattutto, dall'anticipazione di liquidità da parte della Regione Emilia-

Romagna, relativa ai piani pagamenti disposti in applicazione del Decreto Legge n. 35 del 8 aprile 2013 "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento di tributi degli enti locali"; tale anticipazione, pari a circa 5 milioni di euro, è stata assegnata dalla Regione con DGR 882/2014.

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

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

Grafico 2.6 Rendiconto finanziario di liquidità



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.1.7 Durata media dell'esposizione verso fornitori

La tabella 2.3 indica i giorni che passano in media tra il sorgere del debito ed il suo effettivo pagamento. Come già segnalato, il Decreto Legge n. 35 del 8 aprile 2013 "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento di tributi degli enti locali", ha consentito una significativa riduzione del livello di indebitamento per forniture di beni di consumo e servizi (al netto di debiti verso Aziende Sanitarie della Regione); ne è conseguita, quindi, una significativa riduzione dei tempi di pagamento.

Si evidenzia una significativa riduzione dell'indebitamento per le forniture di beni di consumo e servizi e un conseguente miglioramento dei tempi di pagamento

Tabella 2.3 Debiti medi per forniture in conto esercizio (costi per beni e servizi/360)

	2012	2013	2014
Debiti Iniziali	166.448.553	161.167.008	71.054.696
Debiti Finali	161.167.008	71.054.696	60.184.048
(debiti iniziali + debiti finali)/2	163.807.780	116.110.852	65.619.372
Costi per beni e servizi/360	706.328	766.808	759.648
Tempi medi di pagamento (in giorni)	232	151	86

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

La sostenibilità patrimoniale

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

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

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

La rappresentazione grafica dello stato patrimoniale nel triennio di riferimento mostra un costante squilibrio, a causa dell'erosione del patrimonio netto, sia per la pratica della sterilizzazione degli ammortamenti di immobilizzazioni acquisite con contributi in conto capitale, sia per il permanere di perdite non ripianate. Seppur nell'esercizio 2014 si registri un miglioramento rispetto al biennio 2012-2013, continua ad emergere un livello di indebitamento a breve termine finanziato solo per poco più della metà da disponibilità liquide e differite.

Nel dettaglio il 2014 vede un incremento delle liquidità immediate rispetto al 2012 ed un decremento rispetto al 2013. Le liquidità differite registrano un decremento rispetto al 2012 a seguito, soprattutto, di una riduzione dei crediti verso Regione, ed un leggero incremento rispetto al 2013 per un aumento dei crediti verso Aziende Sanitarie, verso Regione, verso Amministrazioni pubbliche diverse e verso altri soggetti. Le immobilizzazioni, che rappresentano la voce più significativa dell'attivo, vedono un andamento costante nel periodo analizzato, assestandosi al 74% nel 2014, confermando il valore registrato nel 2013.

Per il passivo (debiti a breve/a lungo termine + PN), si rileva un decremento dei debiti a breve, dovuto, in particolare, ad una riduzione dei debiti verso Aziende Sanitarie e Regione e, soprattutto, ad una riduzione dei debiti verso fornitori: in relazione ai piani di pagamento disposti dal Decreto Legge 8 aprile 2013, n. 35 "Disposizioni urgenti

per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento di tributi degli enti locali", convertito con modificazioni dalla L. 6 giugno 2013, n. 64, la Regione Emilia Romagna ha disposto nel 2014, ad integrazione della prima e seconda anticipazione di liquidità del 2013, un ulteriore piano pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili cumulati al 31 dicembre 2012, non ancora pagati alla data del 8 aprile 2013 e non inseriti nei precedenti piani.

In particolare, con DGR n. 882/2014, la Regione ha assegnato alle Aziende Sanitarie l'anticipazione di liquidità, per un totale di 140 milioni di euro, ad essa attribuiti a seguito del Decreto del MEF del 14 marzo 2014.

Nel nuovo piano pagamenti predisposto dalla Regione Emilia Romagna sono risultati certi, liquidi ed esigibili debiti compresi in varie categorie di fornitori; in particolare la quota di competenza dell'Azienda, pari a € 4.573.999,42, ha riguardato "fornitori di beni e servizi", "ospedali privati e partecipate", "enti pubblici".

L'Azienda ha realizzato quanto previsto dai piani regionali secondo i tempi definiti. L'anticipazione di liquidità relativa a fatture rientranti nel Piano pagamenti già saldate con la cassa ordinaria aziendale è stata utilizzata, sulla base delle indicazioni regionali, per proseguire i pagamenti a favore dei fornitori di beni e servizi, al fine di perseguire una significativa riduzione dell'esposizione debitoria. I tempi di pagamento del corso dell'anno 2014 hanno visto un ulteriore progressivo miglioramento; l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti (giorni di ritardo/anticipo rispetto alla scadenza del debito), previsto dal D.P.C.M. del 22/09/2014, per il 2014 è pari a 1,92, rispetto al valore 2013, pari a 105,07.

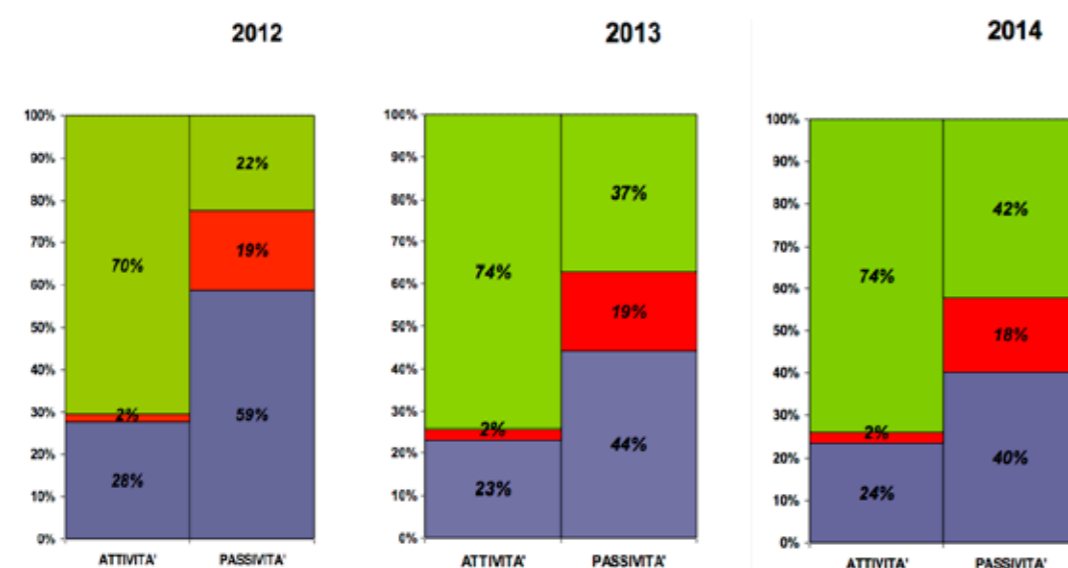
Diminuiscono anche i debiti a medio-lungo termine; in particolare si riduce progressivamente il valore dell'indebitamento verso istituti di credito (mutui). Aumenta, invece, il patrimonio netto: in particolare, la Regione Emilia Romagna ha assegnato, con DGR 882/2014, il contributo per ripiano perdite, pari a 4.573.999, per il ripiano di perdite pregresse, ed ha disposto, con DGR 2008/2014, il riparto dell'ulteriore quota per ripiano perdite, assegnando all'Azienda la quota di euro 3.636.387 €.

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

	HBO		
	2012		
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	28%	59%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	19%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	70%	22%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

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

HBO			
2014			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	24%	40%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	18%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	74%	42%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.1.9 Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

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

Il piano degli Investimenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna non ha copertura finanziaria per garantire l'adeguamento delle strutture ai criteri autorizzativi e di accreditamento ed alla normativa antincendio. Quest'ultimo aspetto risulta particolarmente critico dal momento che, da una ricognizione effettuata a livello regionale, il 68% dei posti letto e il 58% della superficie lorda complessiva dell'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi risulta ancora da adeguare, a fronte di una situazione a percentuali invertite delle altre Aziende Ospedaliere.

Nel corso del 2014 sono continuati i lavori per la realizzazione del nuovo POLO CARDIO-TORACO-VASCOLARE.

La strategia che l'Azienda adotta nella pianificazione degli investimenti è volta a perseguire:

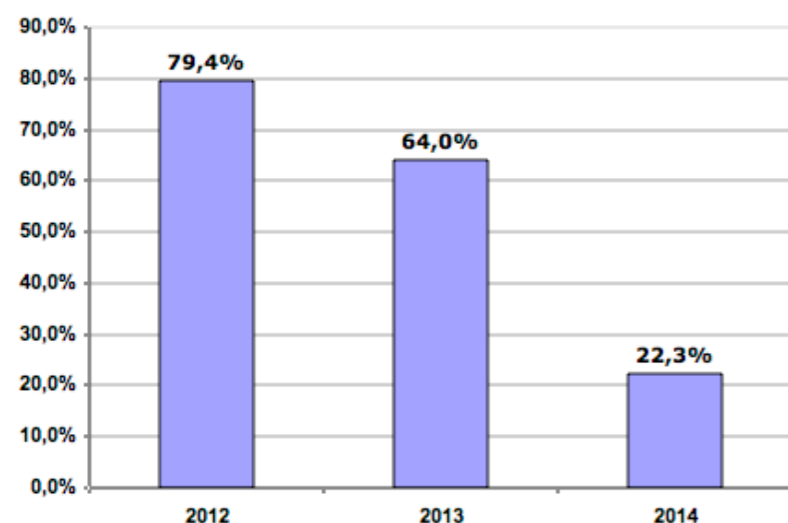
- **la continuità delle attività e dell'erogazione delle prestazioni sanitarie realizzando gli interventi imprescindibili** per assicurare sicurezza strutturale e impiantistica delle infrastrutture e per garantirne la corretta erogazione;
- **l'ammodernamento sistematico del parco attrezzature** attraverso sostituzioni per obsolescenza e completamento delle dotazioni di attrezzature esistenti;
- **il mantenimento strategico delle dotazioni attraverso acquisizioni "straordinarie"** destinate, in particolare, alle aree distintive per le funzioni regionali e nazionali, ovvero area a valenza trapiantologica, cardiologica e cardiocirurgia, pediatrica, oncologica.

Stante l'importanza dell'impiego di risorse negli investimenti, l'Azienda mantiene gli strumenti di programmazione e rendicontazione impostati nel corso degli esercizi 2012-2014: attraverso il Board Investimenti vengono analizzati e proposti alla Direzione strategica sia il piano annuale che pluriennale delle principali realizzazioni edili-impiantistiche e degli acquisti in attrezzature sanitarie, informatiche e arredi previsti dalla programmazione aziendale.

Il Board ha il compito altresì di individuare e proporre alla Direzione strategica le principali fonti di finanziamento, garantendo la coerenza delle stesse con i piani di investimento proposti.

L'analisi che segue descrive in che misura i contributi in conto capitale erogati all'Azienda coprono gli investimenti realizzati nell'anno. La percentuale registrata nel 2014 evidenzia un forte decremento rispetto ai valori registrati negli esercizi 2012 e 2013, dovuto principalmente ad una sostanziale riduzione dei contributi in conto capitale. L'Azienda conferma, dunque, per il 2014 il contenimento degli investimenti non aventi coperture finanziarie dedicate, ma sostenuti da contributi in conto esercizio, investimenti limitati alle urgenze e indifferibilità.

Grafico 2.10 Contributi in conto capitale/Investimenti in immobilizzazioni materiali (anni 2012-2014)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

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

Il valore degli investimenti in valore assoluto per l'anno 2014 registra un decremento rispetto al biennio 2012-2013, con una riduzione del 35,42% rispetto al 2012 e del 42,09% rispetto al 2013. In particolare, nel confronto con l'anno precedente, si evidenzia un decremento nel valore degli Automezzi (-79,67%), dei Mobili e arredi (-9,45%) e delle Immobilizzazioni materiali in corso e acconti (-63,50%); in tale voce vengono rappresentati i lavori di realizzazione del Polo Cardio-Toraco-Vascolare.

In netto incremento, invece, il valore delle Immobilizzazioni immateriali (+269,50%) per l'acquisizione del diritto di superficie sul parcheggio pluripiano ubicato in via Zaccherini Alvisi, il valore dei Fabbricati strumentali (indisponibili) (+351,31%), come, anche, il valore delle Altre immobilizzazioni materiali (+145,32%) ed il valore delle Attrezzature sanitarie e scientifiche (+30,34%).

Gli investimenti registrano valori importanti, in particolare le Immobilizzazioni immateriali e i Fabbricati strumentali (indisponibili).

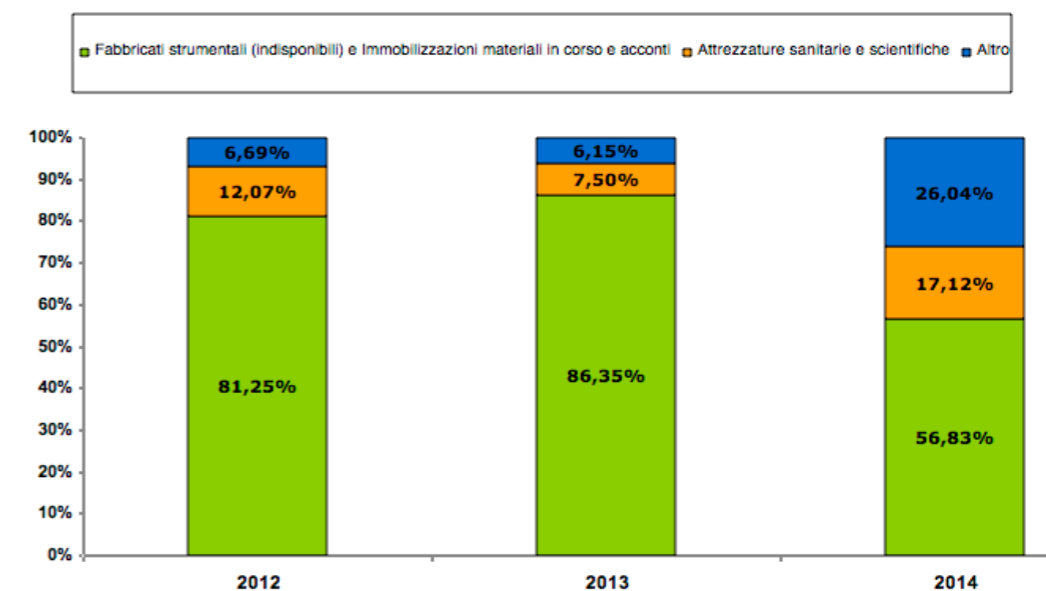
Tabella 2.4 Valore assoluto nuovi investimenti (trend anni 2012 - 2014)

	2012	2013	2014
Totale Investimenti	21.932.927	24.802.868	14.163.474
Immobilizzazioni immateriali	537.959	576.717	2.130.990
Terreni	0	0	0

Fabbricati non strumentali (disponibili)	0	0	91.284
Fabbricati strumentali (indisponibili)	825.467	55.981	252.648
Attrezzature sanitarie e scientifiche	2.646.646	1.860.861	2.425.367
Mobili e arredi	457.154	438.392	396.950
Automezzi	14.139	79.811	16.225
Altre immobilizzazioni materiali	457.244	429.290	1.053.147
Immobilizzazioni materiali in corso e acconti	16.994.318	21.361.816	7.796.863

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 2.11 Percentuale gli investimenti (trend anni 2012-2014)



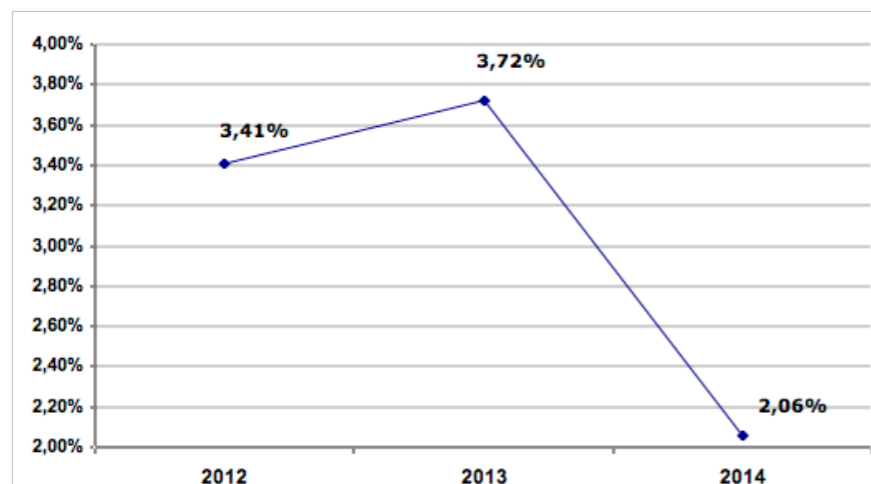
Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.1.11 Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

L'analisi mette in evidenza i nuovi investimenti di un anno sul totale di quelli realizzati fino a quell'anno, al lordo dei relativi fondi di ammortamento. Più l'indicatore registra valori elevati, più il grado di rinnovo del patrimonio è alto.

Nello specifico, per il 2014 l'indicatore mostra un netto decremento negli investimenti, confermando l'andamento sopra riportato.

Grafico 2.12 Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali totale investimenti lordi

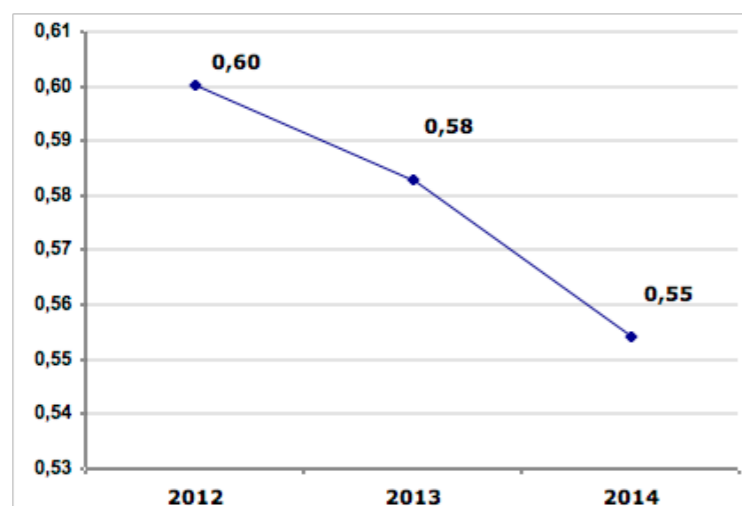


Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.1.12 Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

L'indicatore descrive la perdita di valore del patrimonio aziendale, determinato dal rapporto tra il valore residuo dei beni durevoli ed il totale degli investimenti lordi. Il grafico sotto riportato mostra, per il periodo di riferimento, un dato in progressiva contrazione. L'indicatore è, infatti, complementare al valore analizzato precedentemente: più alto è il livello di rinnovo del patrimonio dell'Azienda, minore sarà la tendenza all'obsolescenza degli stessi beni durevoli.

Grafico 2.13 Valore residuo beni durevoli/totale investimenti lordi beni durevoli (trend anni 2012 - 2014)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.2. Impatto sul contesto territoriale

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

È indubbio che l'attività dell'**Azienda, una delle maggiori in ambito provinciale**, produca effetti economici assai rilevanti sul territorio in cui opera.

Questo aspetto viene espresso attraverso alcune informazioni che permettono di delineare il contributo che il Policlinico offre all'economia del territorio in termini occupazionali e di risorse economico-finanziarie erogate.

Appare, inoltre, interessante cercare di cogliere il riconoscimento della funzione sociale svolta dall'Azienda attraverso i segnali di ritorno trasmessi dalla comunità che vive sul territorio di riferimento dell'Azienda e che con essa interagisce.

A fronte della difficoltà oggettiva di misurare tale fenomeno, è sembrato ragionevole ipotizzare l'esistenza di una relazione fra il riconoscimento della funzione sociale svolta e l'ammontare di donazioni, lasciti e contributi ricevuti dall'Azienda stessa su iniziativa di privati e altri soggetti, oltre alla ricca rete di volontariato e partecipazione sociale che in ogni territorio si mobilita intorno ai servizi sanitari.

2.2.1 L'impatto economico e sociale

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

Le persone che lavorano nell'Azienda ospedaliero-universitaria S.Orsola-Malpighi al 31 dicembre 2014 sono 5.323. Non sono solo dipendenti del Servizio Sanitario Regionale, ma anche dell'Università convenzionati col Servizio Sanitario Regionale, o soggetti assunti tramite convenzioni e contratti.

Nel corso del triennio 2012-2014 il dato relativo al totale delle persone impiegate in Azienda ha subito un sensibile decremento che, in valori assoluti, è quantificato complessivamente in 211 unità. Il dato relativo al totale delle persone impiegate in Azienda al 31 dicembre ha subito una riduzione rispetto sia al 2013 che al 2012 (rispettivamente -1.46% e -2.39%).

Il decremento del personale, conseguente alla necessità di razionalizzare le risorse assegnate per la gestione della complessiva offerta assistenziale (integrata con le esigenze di didattica e ricerca derivanti dalla natura di Policlinico universitario), si è verificato in maniera rilevante in particolare sul personale dipendente.

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

Tabella 2.5 Personale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna S.Orsola-Malpighi al 31.12 articolato per tipologia contrattuale (Anni 2012-2013-2014)

Tipologia contrattuale	Totale personale 2012	Totale personale 2013	Totale personale 2014
Servizio Sanitario Regionale	4.916	4.808	4.724
Universitario	342	345	338
Altro personale	276	249	261
Totale	5.534	5.402	5.323

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

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

Nel corso dell'ultimo triennio, inoltre, si rileva un sempre maggiore ricorso all'utilizzo di contratti di fornitura di prestazioni di lavoro (cd. personale interinale), sia per consentire la fruizione delle ferie estive che per far fronte alle difficoltà riscontrate nelle procedure di reclutamento; il ricorso a tale personale è stato circoscritto alle qualifiche strettamente addette all'assistenza. Nel corso degli anni 2012-2013 e 2014 il numero complessivo del personale impiegato secondo questa modalità è stato rispettivamente di 8, 34 e 87 unità, con contratti di durata variabile in riferimento alle necessità assistenziali.

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

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

Nell'anno 2014 la percentuale di personale che lavora nel Policlinico sul totale degli occupati nella Provincia di Bologna, è pari all'1,2%. Il dato è rimasto sostanzialmente immutato nell'ultimo triennio nonostante il numero degli occupati nella Provincia di Bologna abbia registrato diverse oscillazioni: un saldo di 8.000 unità in meno nel biennio 2012-2013 e un aumento di quasi 6.500 unità nel 2014; questo elemento permette di evidenziare che l'Azienda continua a mantenere nel tempo la propria percentuale di apporto sul totale della forza lavoro occupata nel contesto territoriale.

La maggior parte del personale che lavora in Azienda risiede nell'ambito territoriale: circa il 60% è residente nel Comune di Bologna e, se allarghiamo l'analisi alla Provincia di Bologna, la percentuale sale al 92% dei residenti sul totale del personale.

Nel corso del triennio 2012-2014 il personale residente nell'ambito territoriale ha subito un incremento di circa 5 punti percentuali come si evince dalla Tabella 2.6.

Tabella 2.6 Lavoratori residenti nell'ambito territoriale (Comune di Bologna), dipendenti del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, al 31.12 (Anni 2012-2013-2014)

Anno	Totale personale (dipendenti Servizio Sanitario Regionale e Università)	Residenti nella Provincia di Bologna		di cui residenti nel Comune di Bologna	
2012	5.258	4.487	85%	2.914	55%
2013	5.153	4.424	86%	2.822	55%
2014	5.062	4.659	92%	3.058	60%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

2.2.2 L'impatto del Policlinico sul territorio in cifre

Il volume degli emolumenti erogato nel 2014 per il personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale è pari a circa 235 milioni di euro. Il decremento di circa 4 milioni di euro rispetto all'anno precedente è dovuto sia alla riduzione di personale nel corso dell'anno di riferimento, sia all'applicazione del decreto legge n. 78/2010 (convertito, con modificazioni, nella legge n. 122/2010), relativo a: "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica". Complessivamente l'apporto del Policlinico, in termini di risorse economico-finanziarie erogate, è pari a quasi 256 milioni di euro.

Nell'anno 2014 l'apporto che il Policlinico offre in termini di risorse economico-finanziarie complessivamente erogate è pari a quasi 256 milioni di euro

Tabella 2.7 Volume degli emolumenti erogati (costi) per il personale dipendente; integrazione agli universitari; compensi a collaboratori e borsisti al 31.12 (Anni 2012-2013-2014)

Anno	Personale dipendente Servizio Sanitario Regionale	Personale dipendente dall'Università	Borsisti	Altro personale	Totale
2012	244.020.085	13.627.992	98.103	5.432.009	263.178.189
2013	239.992.472	13.377.658	109.393	5.437.868	258.917.391
2014	235.309.012	13.594.781	171.234	6.490.858	255.565.885
Totale	719.321.569	40.600.431	378.730	17.360.735	777.661.465

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nel 2014 il valore complessivo degli emolumenti erogati dall'Università sia a ricercatori/docenti che a personale tecnico-amministrativo, pari a complessive 353 unità, è stato pari a circa 21.3 milioni di euro, come si evince dalle tabelle sotto riportate.

Tabella 2.8 e 2.9 Valore degli emolumenti corrisposti dall'Università a ricercatori/docenti e a personale tecnico - amministrativo negli anni 2012-2013-2014

Anno	Docenti e Ricercatori	Lordo dipendente	Oneri a carico ente	Totale
2012	240	12.939.257	4.825.799	17.765.057
2013	244	12.795.015	4.723.196	17.518.211
2014	244	12.653.093	4.712.411	17.365.504
Totale	728	38.387.365	14.261.406	52.648.771

Anno	Personale tecnico e amministrativo	Lordo dipendente	Oneri a carico ente	Totale
2012	121	3.239.499	1.228.353	4.467.851
2013	110	2.971.763	1.108.399	4.080.163
2014	109	2.879.479	1.074.892	3.954.371
Totale	340	9.090.741	3.411.644	12.502.385

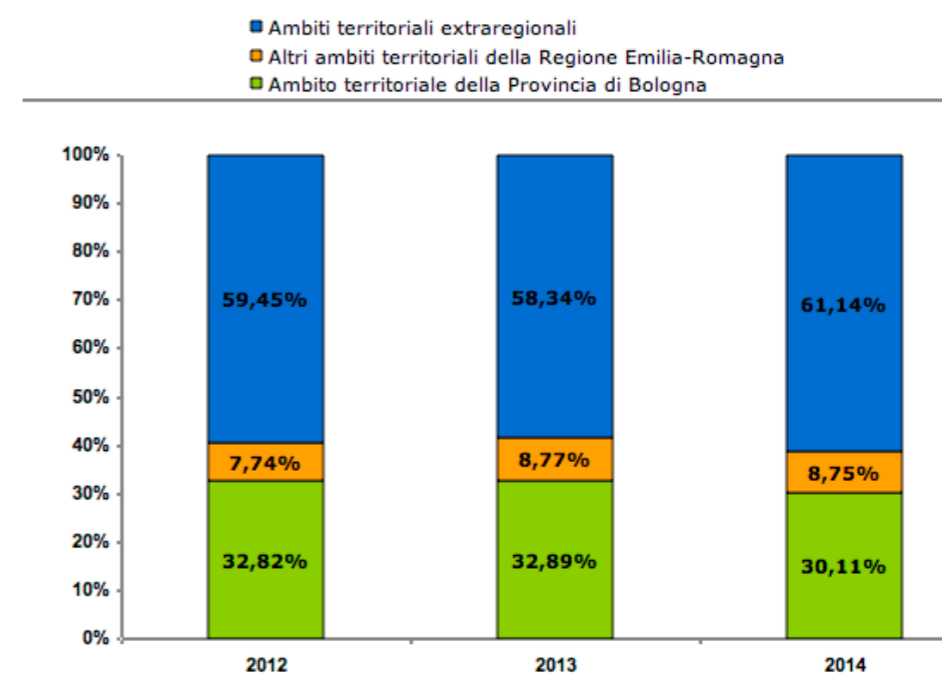
Fonte: Alma mater Studiorum - Università di Bologna

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

I rapporti di fornitura sono per una percentuale pari a circa il 39% intrattenuti con fornitori della regione Emilia-Romagna. Il fatturato complessivo dei fornitori contabilizzato nel corso del 2014 ammonta a 257 milioni di euro di cui circa 77 milioni di euro per fornitori con sede nell'ambito territoriale provinciale (pari al 30,11%).

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

Grafico 2.14 Rapporti di fornitura (trend anni 2012-2014)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

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

Tabella 2.10 Ambito territoriale della Provincia di Bologna

Tipologia	2012	2013	2014
Beni sanitari	7.406	6.582	7.285
Beni non sanitari	17.144	17.186	18.285
Manutenzioni ordinarie, straordinarie e attrezzature	23.727	43.213	27.938
Acquisto di servizi	35.028	22.604	23.979
TOTALE	83.305	89.585	77.487

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 2.11 Altri ambiti territoriali della Regione Emilia-Romagna

Tipologia	2012	2013	2014
Beni sanitari	3.682	2.513	3.011
Beni non sanitari	7.767	13.587	12.229
Manutenzioni ordinarie, straordinarie e attrezzature	3.704	2.457	2.636
Acquisto di servizi	4.485	5.332	4.653
TOTALE	19.638	23.889	22.529

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 2.12 Ambiti territoriali extraregionali

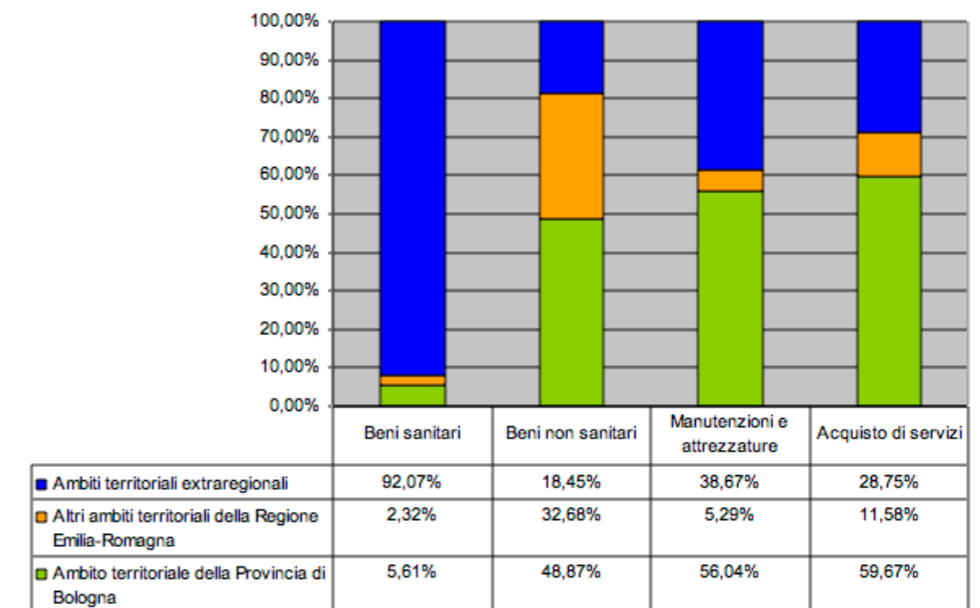
Tipologia	2012	2013	2014
Beni sanitari	109.529	114.925	119.609
Beni non sanitari	11.162	8.394	6.902
Manutenzioni ordinarie, straordinarie e attrezzature	17.109	22.491	19.280
Acquisto di servizi	13.108	13.078	11.554
TOTALE	150.908	158.888	157.345

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nel corso del 2014 si rileva una predominanza delle forniture provenienti da ambiti territoriali extraregionali per l'acquisto dei beni sanitari (circa il 92,07%), mentre per l'acquisto dei beni non sanitari e dei servizi, la maggior parte dei fornitori proviene dall'area territoriale provinciale di riferimento (48,87% per i beni non sanitari, 59,67% per i servizi). Per l'area provinciale di Bologna si registra, inoltre, un'alta percentuale alla voce "Manutenzioni e attrezzature" (circa il 56,04%) dovuta, in particolare, nell'ambito degli investimenti, alla prosecuzione dei lavori del nuovo Polo Cardio-Toraco-Vascolare da fornitori della provincia di Bologna (Strabag S.p.A., Consorzio Stabile Busi).

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

Grafico 2.15 Rapporti di fornitura per tipologia di beni (anno 2014)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

L'analisi sin qui sviluppata evidenzia come l'Azienda abbia un'influenza significativa sull'economia della propria provincia. Se si considerano, per l'anno 2014, il valore degli emolumenti destinati ai residenti della provincia di Bologna, pari a circa 221 milioni di euro, e le acquisizioni di beni/servizi/manutenzioni da parte di fornitori della stessa provincia, pari a circa 77 milioni di euro, l'impatto che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha rispetto al PIL provinciale è dello 0,8%.

Nota: il valore è stimato tenendo conto dell'ultimo dato disponibile del Prodotto Interno Lordo ai prezzi correnti di mercato per provincia (anno 2011). Fonte dati: Unioncamere Emilia-Romagna - informazioni estratte dalla banca dati Eurostat.

Per la provincia di Bologna il PIL 2011 è pari a 37.285 (valore in milioni di euro).

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

Nelle tabelle che seguono, è riportato, per gli ultimi tre anni, il numero degli studenti iscritti ai corsi di studio e dei medici in formazione specialistica della Scuola di Medicina e Chirurgia, **con sede in Bologna**, suddivisi in base alla loro provenienza (Bologna e provincia, regionale, extra regionale). **I dati più recenti** indicano che il 37,1% degli studenti dei corsi di studio risiede a Bologna e Provincia, il 24,2% risiede nel resto dell'Emilia-Romagna, mentre proviene da altre regioni italiane e da paesi esteri il 38,6% degli iscritti.

Tabella 2.13 Studenti suddivisi per provenienza, per corso di laurea (Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria, delle professioni sanitarie) (a.a. 2014-2015)

Corso di studio	Bologna e provincia	Regione esclusa BO	Extra regione	Totale
Medicina e Chirurgia	1087	801	1279	3167
Odontoiatria e Protesi Dentaria	79	50	62	191
Biotechnologie Mediche	16	16	76	108
Scienze Infermieristiche e Ostetriche	20	10	20	50
Dietistica	19	15	10	44
Fisioterapia	80	86	40	206
Igiene Dentale	20	25	6	51
Infermieristica	411	119	358	888
Ortottica ed assistenza oftalmologica	1	3	3	7
Ostetricia	31	15	13	59
Podologia	11	11	18	40
Tecniche di laboratorio biomedico	22	21	12	55
Tecniche di neurofisiopatologia	7	12	6	25
Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia	28	17	14	59
Tecniche ortopediche	20	12	11	43
Totale	1852	1213	1928	4993

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

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

Tabella 2.14 Studenti suddivisi per provenienza, per corso di laurea (Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria, delle professioni sanitarie) (a.a. 2013-2014)

Corso di studio	Bologna e provincia	Regione esclusa BO	Extra regione	Totale
Medicina e Chirurgia	842	805	1455	3102
Odontoiatria e Protesi Dentaria	52	47	56	155
Biotechnologie Mediche	12	13	63	88
Scienze Infermieristiche e Ostetriche	7	11	37	55
Dietistica	15	12	13	40
Fisioterapia	65	91	62	218
Igiene Dentale	17	28	3	48
Infermieristica	342	111	485	938
Ortottica ed assistenza oftalmologica	2	8	4	14
Ostetricia	26	13	16	55
Podologia	15	17	14	46
Tecniche di laboratorio biomedico	17	18	18	53
Tecniche di neurofisiopatologia	8	10	9	27
Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia	19	14	31	64
Tecniche ortopediche	21	13	13	47
Totale	1460	1211	2279	4950

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.15 Studenti suddivisi per provenienza per corso di laurea (Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria, delle professioni sanitarie) (a.a. 2012-2013)

Corso di studio	Bologna e provincia	Regione esclusa BO	Extra regione	Totale
Medicina e Chirurgia	1110	790	1150	3050
Odontoiatria e Protesi Dentaria	59	49	47	155
Biotecnologie Mediche	16	5	47	68
Scienze Infermieristiche e Ostetriche	21	13	18	52
Dietistica	15	11	2	28
Fisioterapia	79	77	46	202
Igiene Dentale	18	26	4	48
Infermieristica	481	112	406	999
Ortottica ed assistenza oftalmologica	7	14	6	27
Ostetricia	30	14	8	52
Podologia	13	25	8	46
Tecniche di laboratorio biomedico	18	19	16	53
Tecniche di neurofisiopatologia	11	8	6	25
Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia	22	23	23	68
Tecniche ortopediche	20	10	19	49
Totale	1920	1196	1806	4922

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Per quanto riguarda la provenienza dei medici in formazione specialistica, nella tabella che segue sono esposte le relative informazioni. I dati più recenti indicano che il 48,24% risiede a Bologna e Provincia, il 20,11% risiede nel resto dell'Emilia-Romagna, mentre proviene da altre regioni italiane e da paesi esteri il 31,63% degli iscritti.

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

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

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nota: I dati concernono tutte le scuole di specializzazione medico - chirurgiche.

Nel 2014 l'Azienda ha ricevuto circa 8 milioni di euro da lasciti e donazioni.

2.2.5 L'impatto economico: lasciti e donazioni

Il valore complessivo per l'anno 2014 di lasciti e donazioni ricevuti da cittadini, da Fondazioni, Ditte e Associazioni e altri soggetti è pari a 7.880.433 euro, a **testimonianza della funzione sociale svolta dall'Azienda**.

Nel dettaglio, si evidenziano, tra gli altri:

- iscrizione della quota residua del contributo di 5.410.000 euro da parte della Fondazione F.M., finalizzato alla realizzazione del Polo Cardio-Toraco-Vascolare;
- il legato F.M. di 165.010 euro per vendita titoli, destinato, nel rispetto del vincolo testamentario, al Centro Ricerche Tumori dell'ospedale Sant'Orsola;
- il legato M.T. di 489.933 euro per lascito di appartamento e valori, destinato, nel rispetto del vincolo testamentario, al reparto Pediatrico del Policlinico Sant'Orsola Malpighi;
- l'acquisizione del diritto di superficie per 810.810 euro sul parcheggio pluripiano ubicato in via Zaccherini-Alvisi;
- i contributi di 40.000 euro e di 35.000 euro da parte della Fondazione D.M. finalizzati, rispettivamente, all'oncologia ginecologica ed alla ricerca sanitaria-scientifica;
- il contributo di 50.000 da parte dell'Associazione ATCOM - ASSOCIAZIONE TRAPIANTATI DI CUORE destinato al Progetto Tetto Amico;
- i numerosi contributi da parte di Associazioni per il finanziamento di diverse iniziative aziendali, tra i quali figurano il contributo di complessivi 73.322 euro da parte dell'Associazione FA.NE.P - Associazione Famiglie Neurologia Pediatrica -, il contributo di complessivi 38.000 euro da parte dell'Associazione "Nascere due volte", il contributo di 30.000 euro da parte dell'Associazione SE NE PARLI - Associazione Onlus per la buona comunicazione in Oncologia -, il contributo di complessivi 20.000 euro da parte dell'Associazione PICCOLI GRANDI CUORI - Associazione Genitori e operatori di Cardiologia Pediatrica, il contributo di 16.000 euro da parte dell'Associazione ADMO - Associazione Donatori Midollo Osseo -, il contributo di complessivi 15.670 euro da parte dell'Associazione Cucciolo - Associazione in Bologna dei Genitori dei Bambini nati pretermine -;
- i contributi da parte di ditte private per il finanziamento di diverse Unità Operative dell'Azienda, per un importo complessivo pari a 283.700 euro.

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

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

	2012	2013	2014
Numero	46	46	51
Importo totale	151.073	230.418	545.771

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

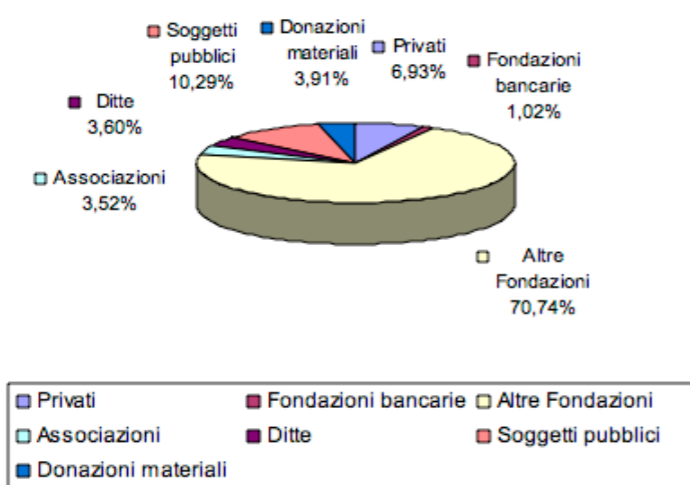
Tabella 2.18 Donazioni e contributi ricevuti da altri soggetti (importo totale)

	2012	2013	2014
Fondazioni bancarie	0	45.000	80.000
Altre Fondazioni	2.577.000	113.429	5.575.010
Associazioni	482.071	312.704	277.282
Ditte	445.400	237.075	283.700
Soggetti pubblici	0	0	810.810
Donazioni materiali	194.104	227.656	307.860

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 2.16 Lasciti e Donazioni AOU Bologna (anno 2014)

Lasciti e Donazioni 2014 AOU di Bologna



Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

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

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

Le condizioni necessarie per la deducibilità integrale sono:

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

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

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

Le azioni aziendali sono in linea con il Programma Regionale per quanto riguarda l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale.

L'Azienda nel 2014 ha continuato e sviluppato le azioni già intraprese a livello aziendale negli anni precedenti (a partire dal 2006); tali azioni sono state affrontate sia a livello gestionale, sia sul piano dell'innovazione tecnologica.

Le azioni di tipo gestionale possono essere così riepilogate:

- **adesione alla gara regionale**, effettuata dall'Agenzia Regionale Intercent-ER, per la fornitura di energia elettrica, a partire dal 1 gennaio 2009;
- **sviluppo della campagna di sensibilizzazione, informazione ed orientamento** rivolta agli operatori dell'Azienda ospedaliera per l'uso razionale dell'energia con distribuzione dei depliant forniti dalla Regione (punti di distribuzione, cedolino stipendiale, ecc.), affissione dei manifesti nei punti di maggior afflusso, attivazione della casella postale "io spengolospreco" e 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 "spengo lo spreco" La cultura per una sostenibilità vincente (16 novembre 2010, 13 giugno 2011, 13 settembre 2011, 19 novembre 2012, 16 dicembre 2013, 16 dicembre 2014, 13 gennaio 2015 e 20 gennaio 2015);

- attività continua di **monitoraggio quali/quantitativo sull'uso dell'energia elettrica, termica e sull'acqua** con la raccolta dei dati (in sinergia con il Gruppo Regionale degli Energy Manager);
- sviluppo dello studio del percorso da attivare per l'**implementazione del Sistema di Gestione Ambientale (SGA)** integrato (nell'ottica della certificazione ambientale aziendale);
- inserimento del flusso delle informazioni, sempre attraverso l'apposito programma informatico AEM-CUP 2000, relativo ai **progetti di risparmio energetico** realizzati nell'anno (sostituzione tubi neon, infissi, lampadine, installazione plafoniere con rettore elettronico, recupero acqua da impianto di dosaggio monoclorammina, rifacimento e coibentazione tetti).

Sul piano dell'innovazione tecnologica, l'Azienda ha realizzato il progetto **"Nuove Centrali Tecnologiche e rifunionalizzazione dei sistemi infrastrutturali impiantistici del Policlinico"** per il rifacimento completo delle Centrali Tecnologiche e dei sistemi di distribuzione nell'area S. Orsola (co/trigenerazione), da realizzare nei prossimi anni con un appalto di partenariato pubblico-privato. 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 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 P.G. 8554 del 26 gennaio 2015.

I lavori sono attualmente in corso (nuova CT Malpighi, nuova CT S. Orsola, nuove reti di distribuzione, ecc.).

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

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

Di seguito si specifica la quantificazione della variazione costi delle fonti energetiche per il consuntivo a fine 2014.

Utilizzo di energia elettrica

ENERGIA ELETTRICA 2014

CONSIDERAZIONI SUI CONSUMI 2014 RISPETTO AL 2013.

2013: consumati 46.172.472 KWh → 2014: consumati 47.372.634 KWh

L'aumento dei costi è di 1.200.162 KWh, pari a +2,60%; l'aumento dei consumi ha portato un maggior costo di 216.887 €. La causa principale è da attribuire all'attivazione

progressiva del Polo Cardiologico (+3%).

La percentuale di risparmio, pari circa al 0,4%, è da attribuire agli interventi volti al contenimento dei consumi, in particolar modo sugli impianti di illuminazione (eliminazione progressiva dell'incandescenza, aumento dell'illuminazione a neon di classe A2, progressivo inserimento dell'illuminazione a led).

Il costo medio al KWh è aumentato del +3,31%.

Il costo finale nel 2014 è di 8.858.330 €, superiore di 501.123 € rispetto al costo finale del 2013; di questo aumento 284.236 € sono da attribuire all'aumento del costo al KWh rispetto al 2013 e 216.887 € sono da imputare all'aumento dei consumi.

Utilizzo gas metano

CONSIDERAZIONE SUI CONSUMI 2014 RISPETTO AL 2013.

2013: consumi 8.392.116 mc → 2014: consumi 7.261.371 mc

La diminuzione dei consumi rispetto al 2013 è pari a -13,47%, attribuibile principalmente all'aumento della temperatura media annua di 1,3 °C, come emerge dall'analisi dei dati di temperatura forniti dall'ARPA. In particolare, i mesi invernali del 2014 hanno registrato una temperatura media superiore al 2013 di 2,7 °C.

Il costo medio unitario del metano è passato da 0,8141 €/mc nel 2013 a 0,820 €/mc nel 2014, con un aumento del 0,72%.

Utilizzo acqua

CONSIDERAZIONE SUI CONSUMI 2014 RISPETTO AL 2013.

2013: consumi 520.003 mc → 2014: consumi 530.025 mc

L'aumento dei consumi, pari all'1,93% (+ 10.022 mc), è dovuto principalmente ai flussaggi nell'ambito dei controlli della legionella.

Il costo unitario dell'acqua è passato dai 3,94€/mc del 2013 ai 4,156 €/mc nel 2014, con un aumento del 5,48%.

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

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

	Consumi			Prezzi medi		
	2012 vs 2011	2013 vs 2012	2014 vs 2013	2012 vs 2011	2013 vs 2012	2014 vs 2013
GAS	95,13%	108,53%	86,52%	10,93%	0,28%	0,72%
Acqua	94,50%	98,11%	101,92%	11,11%	12,57%	5,48%
Energia Elettrica	100,24%	96,54%	102,59%	22,79%	-5,38%	3,31%

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Mobilità sostenibile

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha attivato le iniziative propedeutiche per la predisposizione del Piano Spostamenti Casa-Lavoro. Nel corso dei mesi di novembre/dicembre 2014, in accordo e secondo i tempi definiti dal competente gruppo regionale, e’ stato attivato il questionario/indagine sugli spostamenti casa-lavoro per tutti i dipendenti dell’Azienda, attraverso il software messo a disposizione dalla Regione stessa.

Sono stati monitorati tutti gli automezzi aziendali ed i dati relativi a tali veicoli (età consumi, alimentazione e rispetto delle norma ambientali) con relativa comunicazione, nei tempi previsti, al Mobility Manager Regionale tramite compilazione del questionario sulla piattaforma AEM di CUP 2000.

2.3 Contributo alla Copertura dei livelli essenziali di assistenza

2.3.1 Assistenza distrettuale

Assistenza farmaceutica

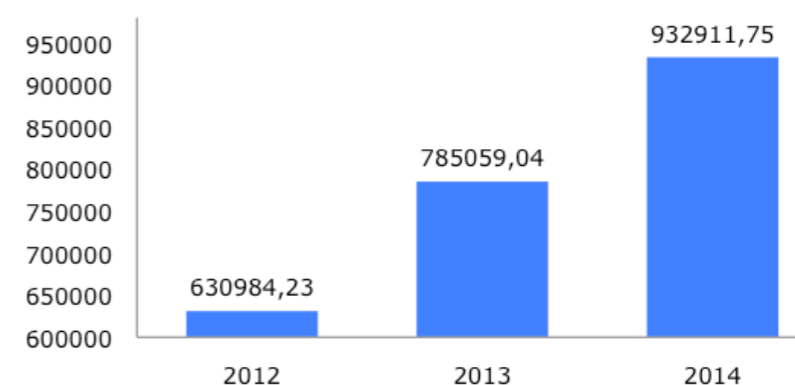
La distribuzione diretta di farmaci alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo (i valori vengono riportati nei grafici sotto per il triennio 2012-2014) oltre a **migliorare il servizio all’utenza garantendo la continuità assistenziale, ha il duplice vantaggio di consentire un attento monitoraggio delle prescrizioni e una consistente riduzione della spesa farmaceutica convenzionata per i medicinali di Fascia A.**

Anche nel corso del 2014 il valore complessivo dei farmaci in distribuzione diretta e in erogazione diretta rilevano un significativo incremento legato principalmente alla commercializzazione e successiva introduzione nel Prontuario Terapeutico Regionale di farmaci innovativi ad elevato costo quali antineoplastici, farmaci biologici, farmaci per Epatite C.

E’ stato calcolato che la spesa sostenuta per i farmaci di Fascia A distribuiti alla dimissione sia inferiore di almeno il 65% rispetto alla corrispondente spesa se i farmaci venissero distribuiti nell’ambito della farmaceutica convenzionata; ciò è determinato principalmente dai migliori prezzi di acquisto dei medicinali da parte delle aziende sanitarie, ottenuti mediante gare d’appalto.

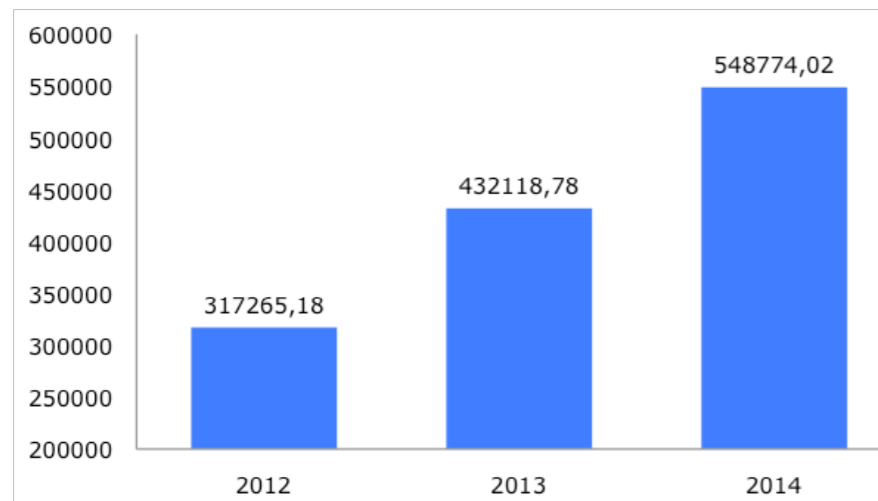
Il valore complessivo dei farmaci in distribuzione diretta è aumentato come conseguenza principalmente della commercializzazione dei farmaci innovativi

Grafico 2.17 Importo complessivo dei farmaci a distribuzione diretta alla dimissione



Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

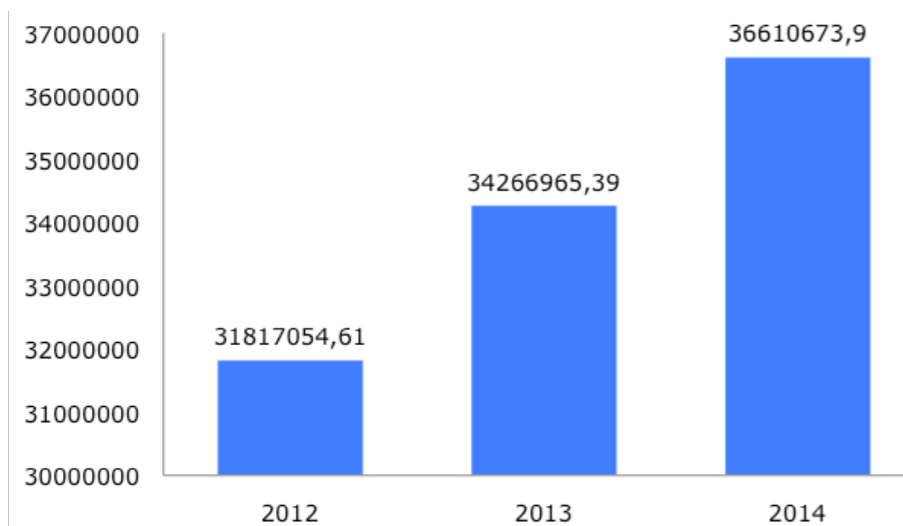
Grafico 2.18 Importo complessivo dei farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale



Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Vengono distribuiti in erogazione diretta anche farmaci di esclusiva competenza ospedaliera (Fascia H), per il trattamento di patologie che richiedono un controllo ricorrente del paziente ed uno specifico monitoraggio della terapia da parte del centro specialistico che ha in cura il paziente. In questo ambito, si concentra la parte economica più significativa della distribuzione diretta (oltre il 95%), dal momento che vi rientra larga parte dell'innovazione farmaceutica (farmaci antineoplastici, farmaci biologici, farmaci antiretrovirali, farmaci per malattie rare). Dal 2008 al 2014, l'incremento registrato è del 49%.

Grafico 2.19 Importo complessivo dei farmaci a erogazione diretta



Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

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

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

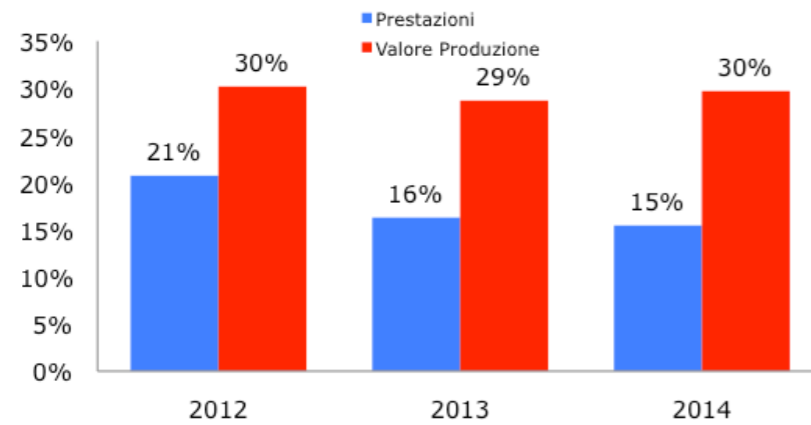
2.3.2 Assistenza specialistica ambulatoriale

La **produzione specialistica ambulatoriale** da parte dell'Azienda Ospedaliera di Bologna ammonta nel **2014 a più di 2,364 milioni di prestazioni**. Si precisa che il grafico 2.15 non comprende i seguenti ulteriori significativi ambiti di attività:

- prestazioni di screening neonatale: il laboratorio centralizzato del S. Orsola è centro di riferimento regionale per lo screening e il follow up di malattie endocrino-metaboliche che progressivamente sono state inserite nel programma di screening regionale (attualmente sono 25 malattie). Questo programma viene effettuato su 38.017 nuovi nati in Regione (dato 2014) e tali prestazioni sono oggetto di finanziamento regionale per oltre 2,5 milioni di euro;
- prestazioni di laboratorio oggetto di riorganizzazione in ambito metropolitano a seguito del Progetto Laboratorio Unico Metropolitano che vede la centralizzazione presso il Policlinico S. Orsola - Malpighi degli esami relativi ai prelievi effettuati nell'area est della città e di tutte le prestazioni di batteriologia e virologia. Complessivamente nel 2014 sono state eseguite 3,890 milioni di prestazioni e tale attività è oggetto di un finanziamento specifico da parte dell'AUSL di Bologna;
- le prestazioni erogate ai pazienti in terapia anticoagulante domiciliare.

Considerando l'ambito della produzione provinciale pari a 15,456 milioni di prestazioni (prestazioni erogate da strutture pubbliche e private accreditate) l'attività dell'Azienda Ospedaliera rappresenta il 15% della produzione. In termini di importi economici la percentuale di attività dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, rispetto ai volumi complessivi erogati da strutture pubbliche e private accreditate in ambito provinciale, si attesta nel 2014 al 30%.

Grafico 2.20 Valore e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato) - Anni 2012-2013-2014

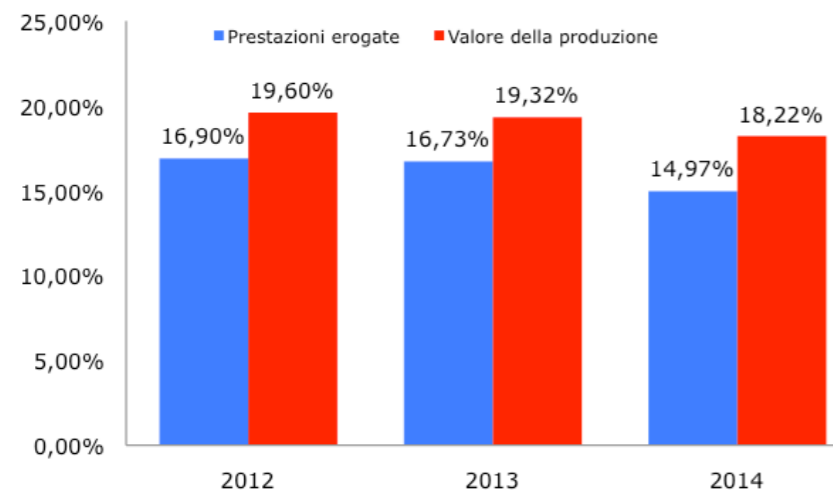


Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Per le prestazioni definite critiche dal livello regionale, nel 2014 si registra un ulteriore decremento dell'offerta: si è passati da 202.512 nel 2013 a 181.985 nel 2014. Sul totale complessivo della produzione provinciale, rappresentano il 14,9 % della produzione (con riferimento all'anno 2014).

Delle prestazioni critiche erogate a livello provinciale una quota pari al 14,9 % viene effettuata da professionisti dell'Azienda Ospedaliera

Grafico 2.21 Valore e volumi delle prestazioni critiche (su totale produzione provinciale) Anni 2012-2013-2014



Fonte: Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)

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

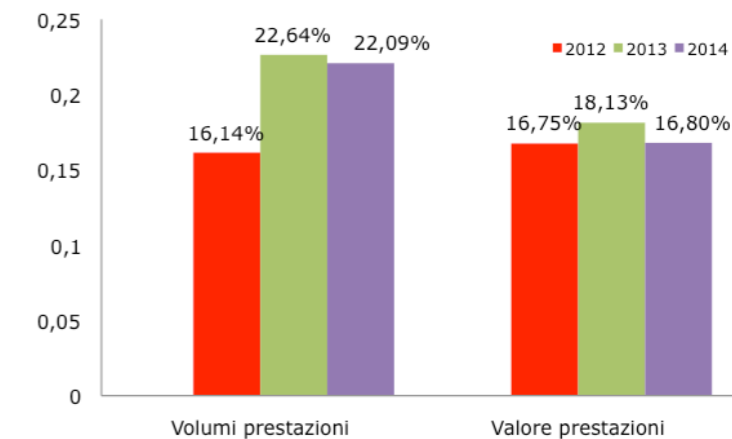
L'Azienda è impegnata a garantire il diritto del cittadino all'accesso facilitato alle prestazioni.

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

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

I dati del 2014 registrano un lieve decremento delle prestazioni erogate nella modalità Day Service, da 587mila prestazioni nel 2013 si passa nel 2014 a 522mila prestazioni che si traducono in 11 milioni di euro di attività. Le prestazioni in Day Service rappresentano il 22,09% del totale complessivo della produzione ambulatoriale (anno 2014).

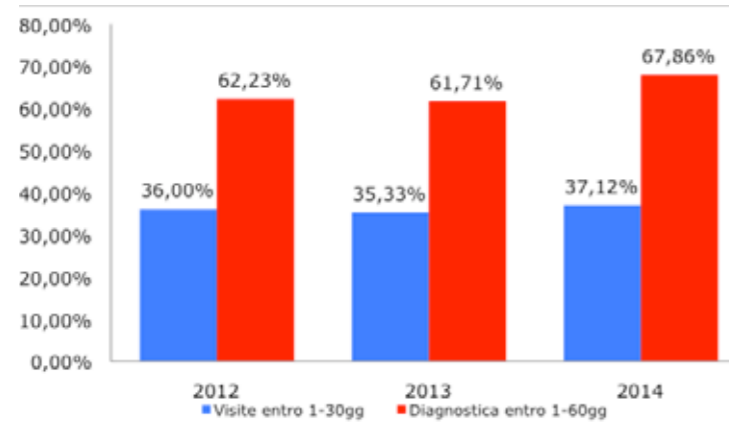
Grafico 2.22 Percentuale valore e volumi prestazioni erogate con modalità day-service su totale valore e volumi prestazioni. Anni 2012-2013-2014



Fonte: Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)

L'indice di performance effettivo per visite e diagnostica (calcolato sulle prestazioni programmabili) misura la percentuale delle prestazioni erogate entro 30 gg. per le visite e 60 gg. per la diagnostica sul totale delle prestazioni erogate. Nel 2014 il 37% delle prime visite programmabili è erogato entro 30 giorni dalla prenotazione, mentre per la diagnostica strumentale la percentuale delle prestazioni erogate entro 60 giorni si attesta al 67,86%.

Grafico 2.23 Indice di performance effettivo per visite e diagnostica (prestazioni programmabili). Anni 2012-2013-2014



Fonte: Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)

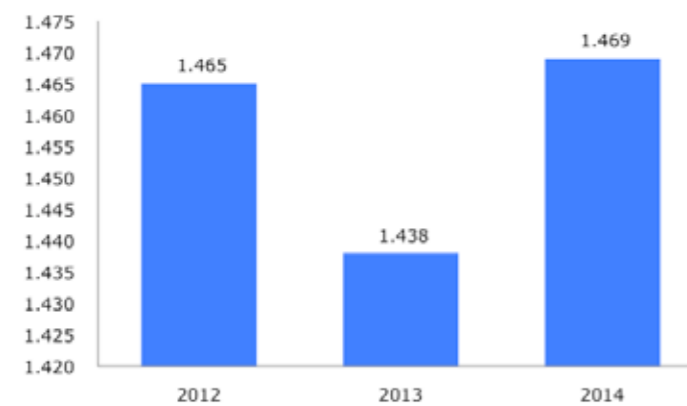
2.3.3 Assistenza ospedaliera

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha una dotazione complessiva di 1.566 posti letto di cui 1.469 di degenza ordinaria e day hospital per acuti.

Il grafico 2.19 evidenzia l'andamento di questa dotazione nel corso dell'ultimo triennio. La riduzione di posti letto nel 2013 si registra per i DH medici (-40 p.l.) e per le lungodegenze (-22 p.l.), in applicazione delle linee di programmazione regionale (DGR 199/2013). Il 2014 registra invece un incremento di posti letto per acuti riguardanti la disciplina di chirurgia generale a seguito dell'attivazione di progetti di integrazione territoriale con l'AUSL di Bologna per le attività di chirurgia generale a bassa complessità presso l'ospedale di Budrio (4 posti letto in degenza ordinaria e 8 in day hospital) e con l'AUSL di Imola per il progetto di Chirurgia Generale e dei Trapianti interaziendale (21 posti letto).

La dotazione di posti letto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria cala per i DH medici e le lungodegenze, cresce per i pazienti acuti dell'area chirurgica

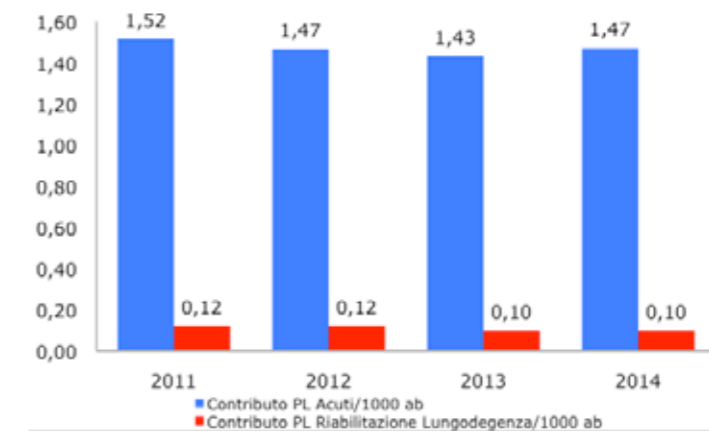
Grafico 2.24 Numero posti letto per acuti. Anni 2012-2013-2014



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

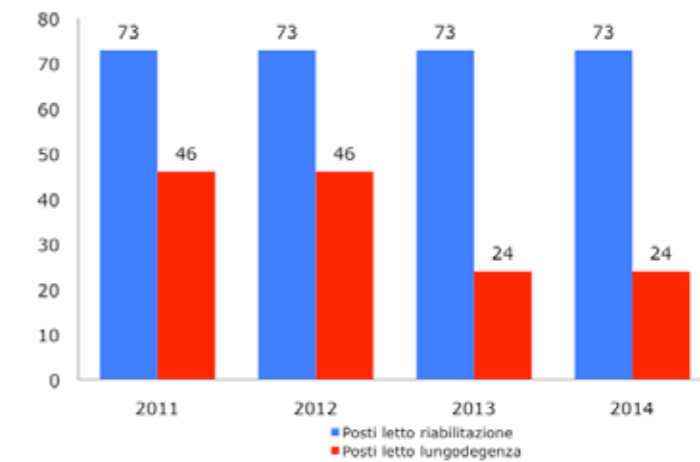
Nell'ambito della dotazione di posti letto, il contributo dell'Azienda Ospedaliera di Bologna alla dotazione provinciale di posti letto ogni 1000 abitanti è in lieve incremento rispetto al 2013; mentre per i posti letto di Riabilitazione e Lungodegenza l'Azienda si mantiene a 0,12 posti letto ogni 1000 abitanti.

Grafico 2.25 Contributo dell'Azienda alla dotazione provinciale di PL per "acuti" e per "lungodegenza e riabilitazione" / 1000 abitanti - (Anni 2011-2012-2013-2014)



Fonte: HSP 12 - Flussi Informativi Ministero della Salute

Grafico 2.26 Numero posti letto per lungo-degenza e riabilitazione (Anni 2011-2012-2013-2014)

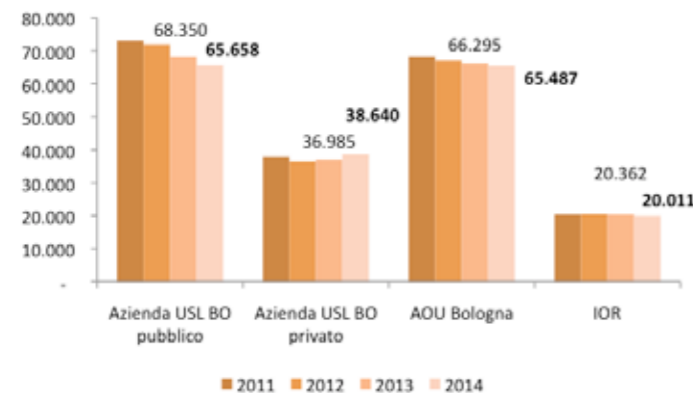


Fonte: HSP 12 - Flussi Informativi Ministero della Salute

2.3.4 Grado di attrazione delle strutture

Complessivamente, i dimessi nel 2014 dalle strutture ospedaliere pubbliche e private metropolitane sono stati 189.796, con una riduzione dell'1,1% rispetto al 2013. In particolare risultano ridotti i dimessi a carico delle strutture pubbliche (-3.851 complessivamente) mentre sono aumentati in quelle private (+1.655).

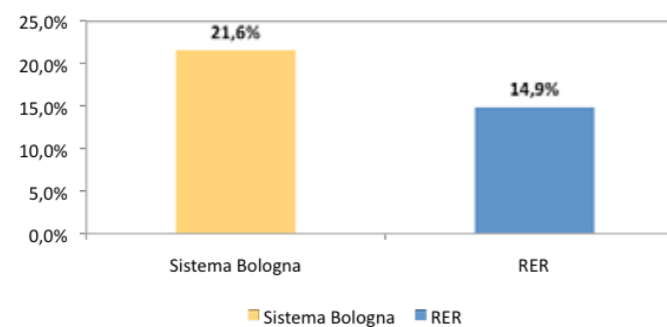
Grafico 2.27 Numero di dimessi nelle aziende sanitarie metropolitane anni 2011, 2012, 2013 e 2014.



Fonte: Regione Emilia – Romagna

Il 54,9% è rappresentato da dimessi dalle strutture pubbliche e private dell'AUSL, il 34,5% da quelle dell'AOU e il 10,6% dallo IOR.

Grafico 2.28 Attrazione: percentuale di residenti extra regione dimessi dalle strutture pubbliche e private del territorio di Bologna e confronto con RER – N° Casi anno 2014.



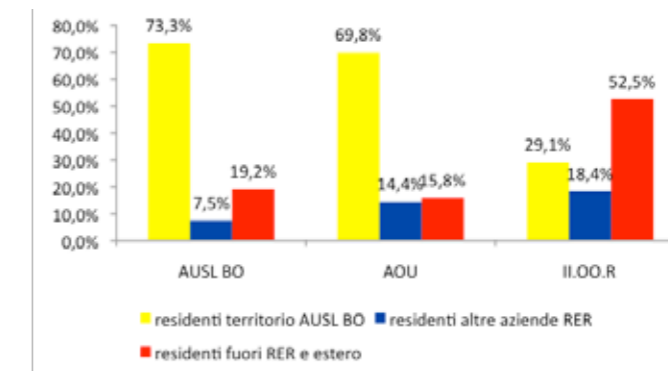
Fonte: Regione Emilia – Romagna

L'attrazione complessiva delle strutture ospedaliere metropolitane si mantiene superiore a quella media regionale. Dei quasi 190.000 dimessi delle strutture ospedaliere pubbliche e private metropolitane, il 21,6% è rappresentato da residenti al di fuori della Regione Emilia Romagna, verso una media delle strutture ospedaliere pubbliche e private regionali del 14,9%.

L'attrazione complessiva delle strutture metropolitane è più alta della media regionale. Il Policlinico conferma i dati dell'anno precedente.

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

Grafico 2.29 Residenza dei dimessi dalle strutture dell'Azienda USL Bologna (pubblico e privato), AOU e dallo I.O.R. nell'anno 2014 (in percentuale).



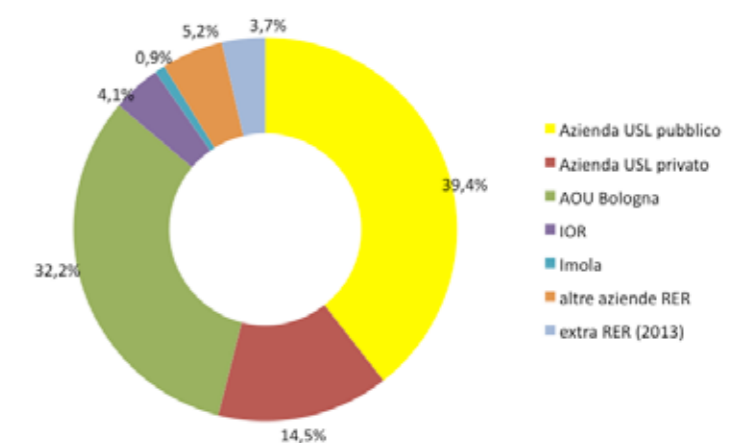
Fonte: Regione Emilia – Romagna

Come negli scorsi anni, analizzando le tre Aziende metropolitane, la percentuale di attrazione appare superiore presso lo IOR, con il 70,9% dei dimessi residenti al di fuori del territorio metropolitano (52,5% extra e 18,4% intra regione), seguito dall'AOU con il 30,2% e dall'Azienda USL (pubblico + privato) con il 26,7% dei dimessi.

In totale sono stati effettuati 61.826 ricoveri (il 32,6% del totale) per utenti residenti al di fuori del territorio metropolitano.

2.3.5 Consumo di ricoveri da parte della popolazione residente

Grafico 2.30 Sedi di ricovero della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Bologna. Anno 2014.



Fonte: Regione Emilia – Romagna

I ricoveri totali dei residenti nelle strutture regionali nel 2014 sono stati 136.513, in riduzione del 1,9% rispetto al 2013.

Come gli scorsi anni, più del 90 % dei ricoveri è stato effettuato all'interno delle strutture metropolitane, e quasi il 54% in strutture dell'Azienda USL pubbliche e private accreditate del territorio aziendale.

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

2.3.6 L'attività di trapianto

Donazione di organi

Nel paragrafo sono specificate le attività connesse alle donazioni di organi, cornee e altri tessuti effettuate nel 2014 nelle strutture sanitarie bolognesi.

Presso la Rianimazione dell'Ospedale Bellaria di Bologna, sono state segnalate 11 osservazioni di morte encefalica. Il rapporto fra il numero di accertamenti di morte e quello dei pazienti con GCS=3 (danno cerebrale severo) e ricovero in TI (terapia intensiva) per più di 6 ore, è stato del 73,3% (index2 Donor Action, che prevede l'obiettivo >80% per le TI in ospedali con neurochirurgia e >60% in quelli senza); il PROC 2 (indice internazionale di valutazione delle attività che si ricava dal rapporto tra numero di accertamenti di morte encefalica e numero di decessi con lesioni cerebrali, il cui obiettivo da conseguire è >60%) è risultato pari al 47,83%. I malati affetti da grave patologia cerebrale non segnalati al Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna (CRT-ER) sono andati in arresto cardio-circolatorio senza aver mai raggiunto la morte encefalica, condizione imprescindibile per l'eventuale donazione degli organi. Da notare, per l'ospedale Bellaria, ha avuto una percentuale di opposizioni del 44,4%, purtroppo molto superiore rispetto alla media regionale che è stata del 32,56%.

Presso la Rianimazione dell'Ospedale Maggiore di Bologna sono stati eseguiti 20 accertamenti di morte encefalica e in 12 casi si è potuto procedere alla donazione degli organi e dei tessuti. L'index2 Donor Action ha raggiunto il risultato del 74.1%, il PROC 2 il 46,5%. Le opposizioni alla donazione sono state 6 (31.6%). Un sostanziale consolidamento hanno avuto gli "uffici locali di coordinamento" per la donazione di organi e tessuti della AUSL.

Le donazioni di cornee presso l'Ospedale Maggiore e l'Ospedale Bellaria sono risultate in netto aumento rispetto all'anno precedente raggiungendo gli obiettivi regionali. L'ospedale Maggiore è la sede della Banca Regionale delle cornee. Nell'ambito del processo di valutazione dei potenziali donatori di cornea, continua il coinvolgimento di un numero sempre maggiore di reparti ospedalieri che, in maniera quasi del tutto autonoma, ed applicando regole ben definite e specifiche procedure interne, partecipano all'attività donativa.

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

Presso la Terapia Intensiva generale del Policlinico S. Orsola-Malpighi, nel corso del 2014 è stato effettuato 1 accertamento di morte encefalica che è esitato in opposizione alla donazione degli organi e dei tessuti. L'index2 Donor Action è stato del 25% ed il PROC 2 il 12,5%. La percentuale di opposizione è stata del 100%. Anche altre 4 TI del Policlinico segnalano potenziali donatori di organi, ma nessuno dei 2 potenziali donatori segnalati al CRT-ER è stato utilizzato nell'ultimo anno, per non idoneità.

Nel 2014 il Policlinico S. Orsola-Malpighi non ha raggiunto l'obiettivo regionale per il procurement delle cornee.

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

Per quanto riguarda gli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna nel 2014 non è avvenuta nessuna donazione di cornee, dato che possiamo considerare coerente con il bassissimo numero di decessi/anno nell'ospedale.

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

Vanno ricordate anche le donazioni di tessuti diversi dalle cornee che nel 2014 sono stati indirizzati dalle sedi donative alle rispettive banche regionali:

- il Bellaria ha procurato 1 donatore di cute e 1 di tessuto muscolo-scheletrico;
- il Maggiore ha procurato 3 membrane amniotiche, 4 donatori di segmenti vascolari, 1 di valvole cardiache, 7 di cute e 7 di segmenti muscolo-scheletrici;
- il S. Orsola non ha procurato tessuti diversi dalle cornee;
- il Rizzoli ha procurato, e inviato per lavorazione alla banca che ospita, 378 epifisi femorali e teche craniche da donatore vivente.

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

- il S. Orsola ha inviato alla banca regionale 203 sacche di SCO, il Maggiore 91;
- i nuovi donatori di MO arruolati a Bologna nel 2014 sono stati 1117, 8 i donatori volontari che hanno fornito nell'anno il loro MO per effettuare un trapianto in pazienti leucemici in Italia e nel mondo.

Nelle tabelle che seguono si riportano il numero di organi prelevati e trapiantati (in varie sedi) e il numero di cornee prelevate presso gli ospedali di Bologna nel corso del 2014.

Tabella 2.20 - Donazioni di organi negli ospedali metropolitani di Bologna

Struttura	Donatori	Cuore		Fegato		Rene		Polmoni	
	N.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.
Ospedale Maggiore	12	5	4	12	11	22	17	2	2
Ospedale Bellaria	4	0	0	4	4	2	2	0	0
S. Orsola-Malpighi	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* Ospedale Maggiore ha generato anche 2 pancreas, entrambi trapiantati
Fonte: Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna

Tabella 2.21 - Donazione di cornee negli ospedali metropolitani di Bologna

Struttura	Cornee donate	
	N. Donatori	N. Tessuti
Ospedale Maggiore	37	73
Ospedale Bellaria	33	66
S. Orsola-Malpighi	4	8
Rizzoli	0	0

Fonte: Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna

Attività di trapianto

L'Azienda Ospedaliera di Bologna è un centro di eccellenza, di rilievo regionale e nazionale, sia per i trapianti d'organo solido sia per quelli di midollo. Le attività correlate alla funzione trapianto presenti all'interno dell'azienda sono:

1. Il Centro Regionale Trapianti che coordina tutte le attività di donazione e prelievo d'organo e tessuti, le attività di raccolta dati e il coordinamento delle liste d'attesa nell'ambito del SSR;
2. Attività di supporto al trapianto:
 - banca del sangue cordonale, vasi e valvole, biobanca, tipizzazione;
 - indagini di laboratorio per attività di immunogenetica e sicurezza d'organo: Anatomia Patologica, Microbiologia, Centro Trasfusionale.

Complessivamente nel 2014 sono stati dimessi 314 pazienti trapiantati:

TRAPIANTO	12m 2013	12m 2014	Var.
TRAPIANTO CUORE	19	17	-2
TRAPIANTO CUORE POLMONE	0		

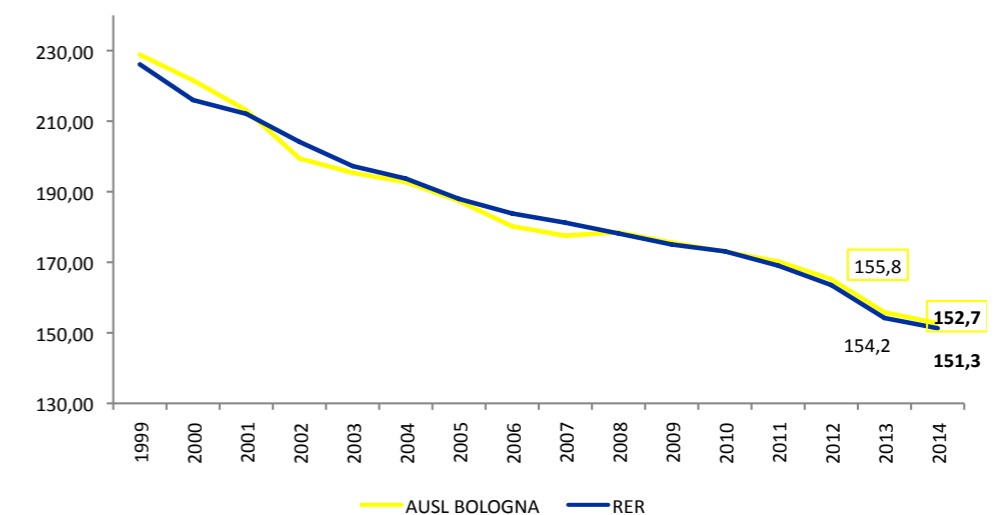
Il Policlinico è centro di eccellenza regionale e nazionale per i trapianti

TRAPIANTO CUORE RENE	1	1	0
TRAPIANTO FEGATO	65	65	0
TRAPIANTO FEGATO CUORE	0	0	0
TRAPIANTO FEGATO RENE	3	6	3
TRAPIANTO INTESTINO ISOLATO	0	0	
TRAPIANTO INTESTINO MULTIVISCERE	0	0	
TRAPIANTO POLMONE	10	4	-6
TRAPIANTO RENE	62	60	-2
TOTALE TRAPIANTO ORGANI	160	153	-7
TRAPIANTO MIDOLLO ALLOGENICO	60	57	-3
TRAPIANTO MIDOLLO AUTOLOGO	102	104	2
TOTALE TRAPIANTI MIDOLLO	162	161	-1
TOTALE TRAPIANTI	322	314	-8

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola- Malpighi

2.3.7 Tassi di ospedalizzazione

Grafico 2.31 Trend tassi di ospedalizzazione totale standardizzati (DO+DH) e confronto con la Regione. Anni 1999-2014 (2014 consolidato con mobilità passiva 2013).

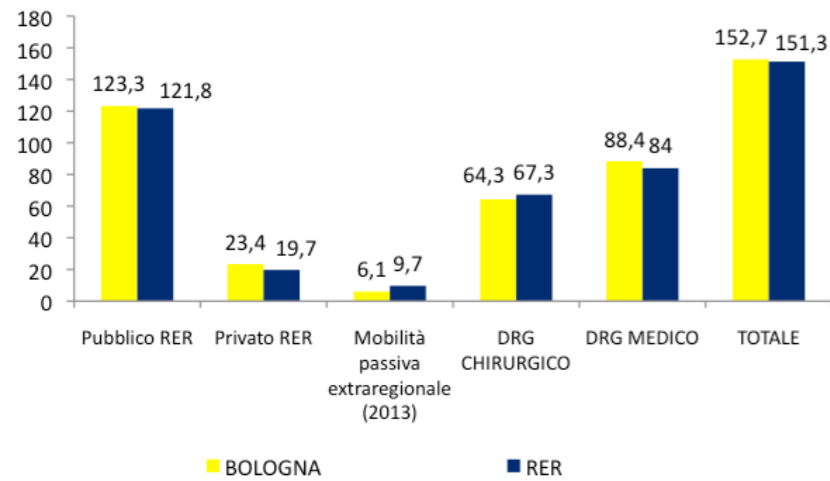


Fonte: Regione Emilia - Romagna

Nel 2014 il tasso di ospedalizzazione standardizzato della popolazione residente nel territorio metropolitano (152,7 ricoveri per mille residenti) appare ulteriormente ridotto rispetto al 2013, ancora leggermente superiore ai valori regionali (151,3 ricoveri per mille residenti). Il trend dal 1999 è in netto decremento.

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

Grafico 2.32 Componenti tassi di ospedalizzazione totale standardizzati e confronto con la Regione. Anno 2014 (consolidato con mobilità passiva 2013)

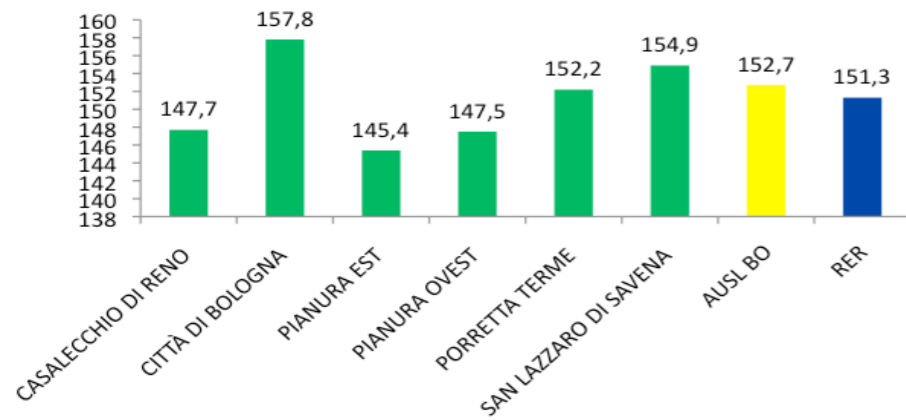


Fonte dati Regione Emilia - Romagna

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

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

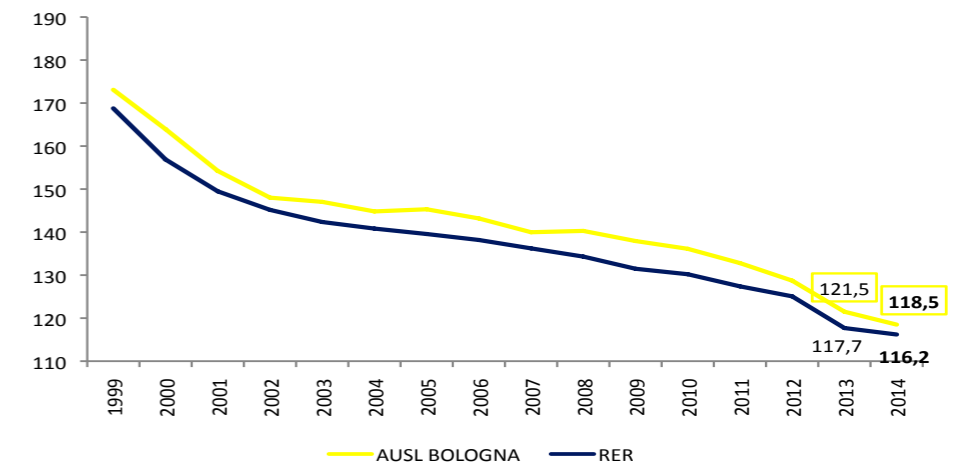
Grafico 2.33 Tassi standardizzati di ospedalizzazione totale per distretto Anno 2014 (consolidato con mobilità passiva 2013).



Fonte: Regione Emilia - Romagna

I distretti di Pianura Est, Pianura Ovest e Casalecchio di Reno presentano un tasso di ospedalizzazione standardizzata inferiore alla media aziendale e regionale, mentre quelli di Città di Bologna e San Lazzaro di Savena sono superiori alla media aziendale e Porretta Terme è vicino alla media.

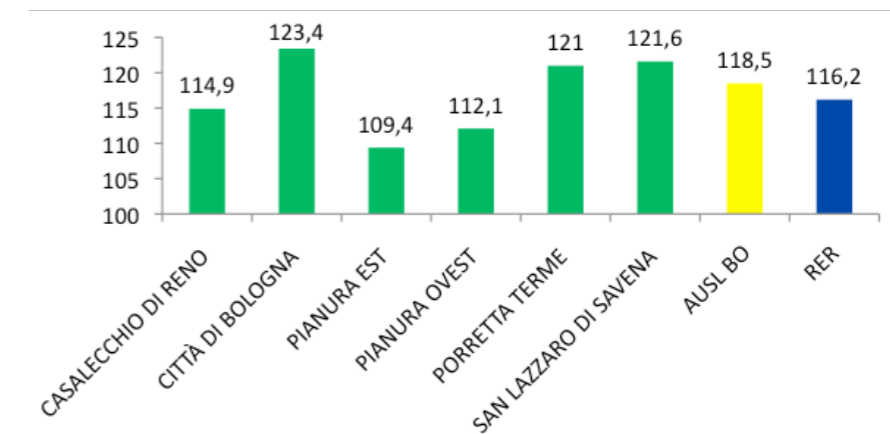
Grafico 2.34 Trend tassi di ospedalizzazione standardizzati in regime ordinario e confronto con la Regione. Anni 1999-2014 (anno 2014 consolidato con mobilità passiva 2013)



Fonte: Regione Emilia - Romagna

Considerando le due componenti dei ricoveri, quelli in regime ordinario e quelli in day hospital, si nota che il tasso di ospedalizzazione per ricoveri in regime ordinario si è ulteriormente ridotto nel 2014, pur continuando a mantenersi al di sopra della media regionale.

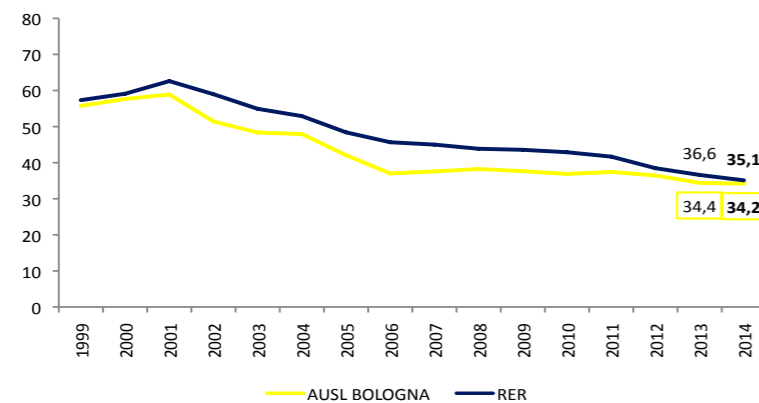
Grafico 2.35 Tassi standardizzati di ospedalizzazione in regime ordinario per distretto Anno 2014 (consolidato con mobilità passiva 2013).



Fonte: Regione Emilia - Romagna.

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

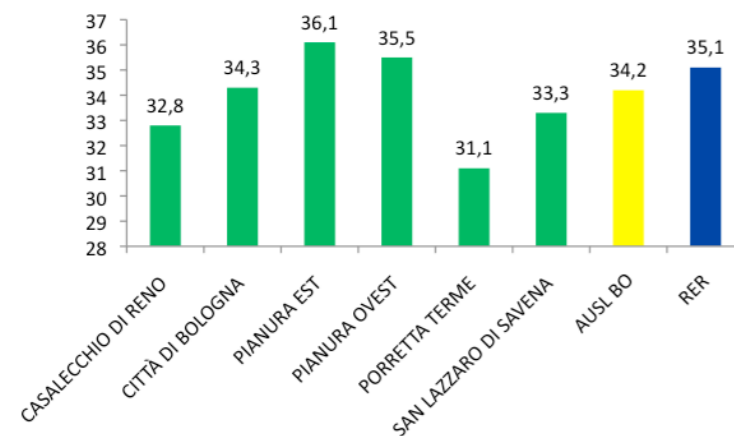
Grafico 2.36 Trend tassi di ospedalizzazione standardizzati in *day hospital* e confronto con la Regione. Anni 1999-2014. 2014 (2014 consolidato con mobilità passiva 2013)



Fonte: Regione Emilia - Romagna.

Il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri in day hospital, lievemente ridotto rispetto al 2013, appare sempre inferiore alla media regionale.

Grafico 2.37 Tassi standardizzati di ospedalizzazione in day hospital per distretto Anno 2014 (consolidato con mobilità passiva 2013).



Fonte: Regione Emilia - Romagna.

Il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri in day hospital dei distretti di Pianura Est e Pianura Ovest, appare superiore alla media aziendale e anche a quella regionale. Nettamente inferiori alla media quelli di Porretta Terme e Casalecchio di Reno.

2.3.8 Tempi di attesa

Nella tabella che segue si riportano i tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate a carico del SSN specificando le percentuali di interventi con tempo inferiore ai tempi giorni nel confronto tra il 2013 ed il 2014 nonché verso il dato regionale.

Tabella 2.22: Tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate a carico del SSN - Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R.925/2011. Percentuale di interventi con tempi di attesa 0-30 gg Area Bologna 2013-2014 vs Totale RER 2014

	TOTALE AREA BOLOGNA		RER
	% ≤ 30gg. 2013	% ≤ 30gg. 2014	% ≤ 30gg. 2014
CHEMIOTERAPIA (DH)	98%	98,1%	97,1%
INTERVENTO CHIR. POLMONE (D.O.)	95,80%	94,1%	83,2%
INTERVENTO CHIR. TUMORE UTERO (D.O.)	83,50%	77,1%	73,5%
INTERVENTO CHIR. TUMORE COLON RETTO (D.O.)	85,90%	82,3%	80,9%
INTERVENTO CHIR. TUMORE PROSTATA (D.O.)	56,60%	44,5%	42,1%
INTERVENTO CHIR. TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (D.O.)	85,80%	88,3%	72,9%
CORONAROGRAFIA (DH)	83,50%	84,7%	86,2%
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (D.O.)	62,40%	54,5%	53,8%
ANGIOPLASTICA (PTCA) (D.O.)	82,70%	76,9%	82,5%
BY-PASS AORTOCORONARICO (D.O.)	53,40%	61%	80,8%
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (D.O.)	31,10%	33,2%	31,9%
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	15,10%	14,2%	26,1%

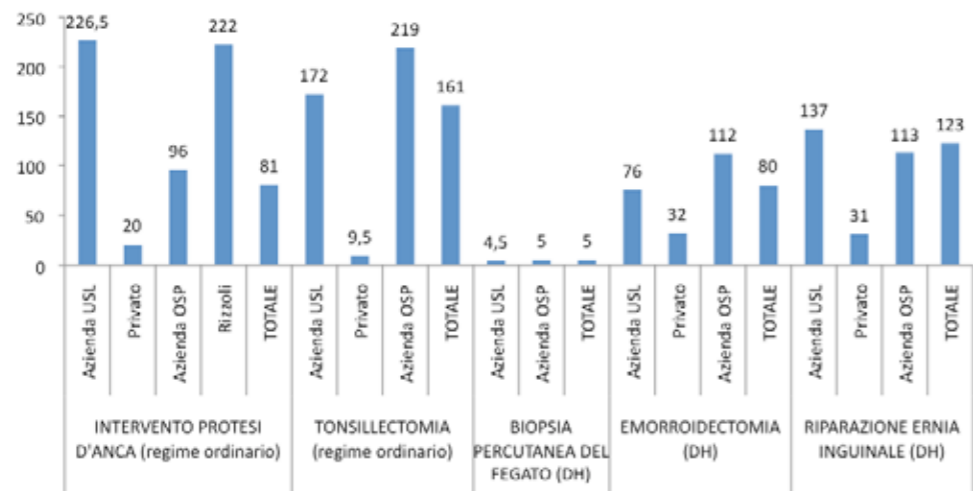
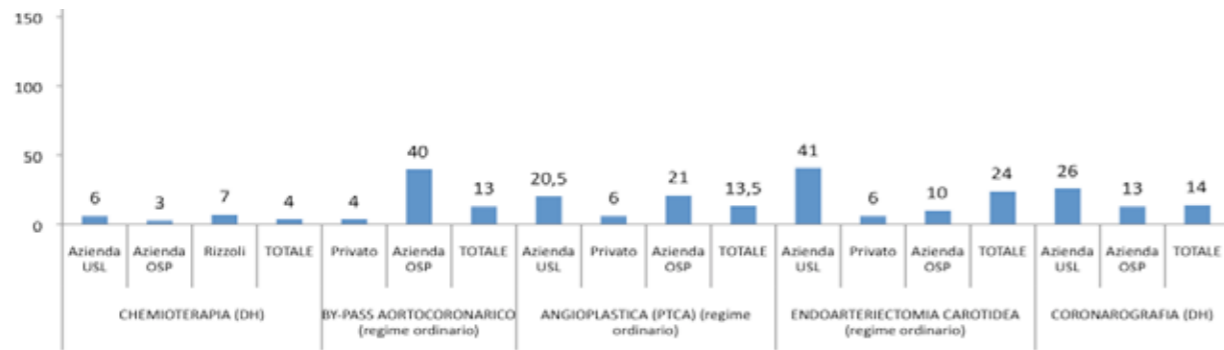
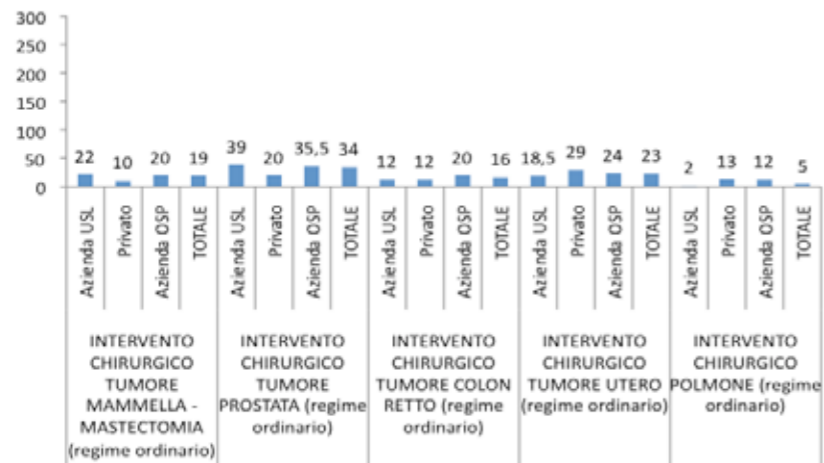
Fonte dati Regione Emilia - Romagna

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

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

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

Grafico 2.38 Tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate a carico del SSN-Piano regionale sul contenimento dei tempi d'attesa, D.G.R.925/2011. Attesa mediana in giorni. Confronto Azienda USL - PRIVATO - AOU nell'area metropolitana di Bologna. Anno 2014.



Fonte: Regione Emilia - Romagna.

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

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

Per quanto riguarda i **DRG chirurgici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria** (Tabella 2.29), anche nel 2014 si osserva un decremento dei ricoveri totali rispetto al 2013 (- 910, pari a - 1,3%); nonostante la riduzione, l'incidenza dei ricoveri chirurgici sul numero dei ricoveri complessivi passa da 37,7% nel 2013 a 39% nel 2014.

Tabella 2.23 Numero casi chirurgici su totale ricoveri, con separata indicazione di quelli in libera professione

	2012	2013	2014
Totale ricoveri	70.176	69.337	68.427
DRG Chirurgici	26.517	26.110	26707
Totale ricoveri in libera professione	905	980	946
DRG Chirurgici in Libera Professione	736	822	829
Totale ricoveri:			
% casi chirurgici sul totale	37,8%	37,7%	39%
Libera Professione:			
% casi chirurgici sul totale	81,3%	83,9%	87,6%

Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Come si vede dalla tabella 2.24 l'Azienda Ospedaliera di Bologna nel triennio mantiene un peso medio tra i più alti delle Aziende Ospedaliere della Regione, Nel 2014 il peso medio della degenza ordinaria presenta un valore pari a 1,29.

Tabella 2.24 Peso medio degenza ordinaria. Triennio 2011-2012-2013. Aziende Ospedaliere Regione Emilia-Romagna

	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
AOSP Bologna	1,28	1,27	1,29
AOSP Parma	1,25	1,26	1,25
AOSP Reggio-Emilia	1,15	1,19	1,21
AOSP Modena	1,11	1,13	1,13
AOSP Ferrara	1,19	1,22	1,23
II.OO.R	1,38	1,41	1,42

Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Anche la percentuale di casi ordinari di peso superiori a 2,5 sul totale dell'Azienda Ospedaliera di Bologna è la più alta tra le Aziende Ospedaliere della Regione (media regionale 2014 pari al 7,1%). Nel 2014 si attesta al 9,1%, in incremento rispetto al biennio precedente.

Tabella 2.25 Percentuale casi ordinari di peso superiore a 2,5 su totale casi ordinari. Triennio 2012-2013-2014. Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

AOSP Bologna	Totale ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari di peso > 2.5	% ricoveri di peso > 2.5 sul totale
2012	55.393	4.743	8,6%
2013	55.003	4.854	8,8%
2014	55.364	4.844	9,1%

Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Tabella 2.26 Percentuale casi ordinari di peso superiore a 2,5 su totale casi ordinari. Anno 2014. Aziende Ospedaliere Regione Emilia-Romagna

AOSP Regione	Totale ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari di peso > 2.5	% ricoveri di peso > 2.5 sul totale
Bologna	55.364	4.844	9,1%
Parma	40.158	2.990	7,4%
Reggio-Emilia	30.285	1.748	5,8%
Modena	30.119	1.471	4,9%
Ferrara	24.597	1.609	6,5%
II.OO.R	13.727	1.056	7,7%

Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

L'Azienda, rispetto alla percentuale di casi attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati presenta nel 2014 un valore pari al 14,7%, mentre a livello regionale l'indicatore è del 14,3%.

Tabella 2.27 Percentuale casi attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati su totale dimessi. Triennio 2012-2013-2014. Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

AOSP Bologna	Totale dimessi	Dimessi >1 e DRG pot. inappropriato (*)	% casi attribuiti a DRG pot.inappropriati sul totale
2012	67.062	10.114	15,1
2013	66.295	10.314	15,6
2014	65.487	9.603	14,7

Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

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

Sono esclusi:

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

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

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

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

Tabella 2.27a Percentuale casi attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati su totale dimessi. Anno 2014. Aziende Ospedaliere Regione Emilia-Romagna

AOSP Regione	Totale dimessi	Dimessi >1 e DRG pot. inappropriato (*)	% casi attribuiti a DRG pot. inappropriati sul totale
Bologna	65.487	9.603	14,7
Parma	47.061	6.671	14,2
Reggio-Emilia	40.325	4.334	10,7
Modena	36.978	5.659	15,3
Ferrara	32.533	3.816	11,7
II.OO.R	20.011	4.547	22,7

Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

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

Sono esclusi:

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

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

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

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

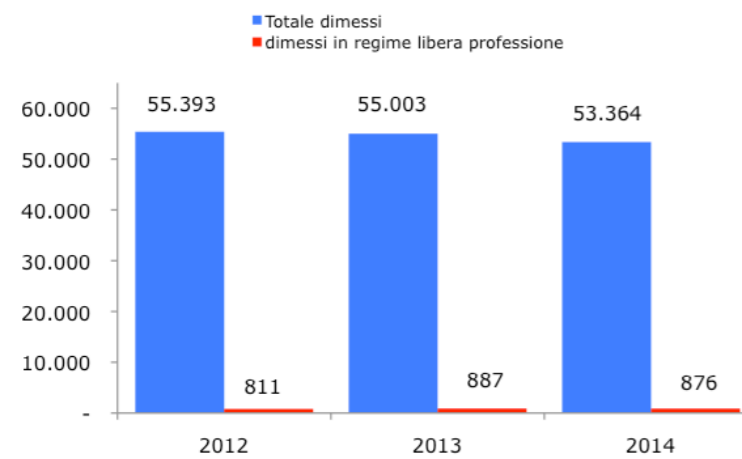
2.3.9 Libera Professione

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

L'andamento dei ricoveri in libera professione per la degenza ordinaria registrano nel 2014 un lieve calo, -1,24% rispetto all'anno precedente. I ricoveri in libera professione rappresentano una quota pari al 1,6% di ricoveri complessivi dell'azienda. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha attivi 2 reparti di degenza dedicati all'attività libero-professionale. Il primo reparto è stato attivato a giugno 2007 ed è collocato all'ultimo piano del padiglione Nuove Patologie. Nell'ottobre 2008 è stato inoltre attivato il secondo reparto (al 4° piano del padiglione Palagi) che nel 2012 rileva una diminuzione di 2 posti letto. I due reparti ALP hanno assorbito il 62,4% dell'attività di ricovero ALP

totale. A partire da febbraio 2009 è cessata la convenzione per lo svolgimento dell'attività libero professionale di ricovero presso strutture private. Le prestazioni di ricovero derivanti dalle convenzioni stipulate con le Assicurazioni sono state complessivamente 111 confermando il trend in crescita già registrato nel 2013 rispetto al 2012 (+4 casi).

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



Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

I DRG chirurgici rappresentano gran parte dell'attività erogata in libera professione. Nel 2014 rappresentano l'87,6% di tutti i DRG prodotti in libera professione, in incremento rispetto al 2013, che registrava una percentuale pari all'83,9%.

Tabella 2.28 Numero casi chirurgici su totale ricoveri, con separata indicazione di quelli in libera professione

	2012	2013	2014
Totale ricoveri	70.176	69.337	68.427
DRG Chirurgici	26.517	26.110	26707
Totale ricoveri in libera professione	905	980	946
DRG Chirurgici in Libera Professione	736	822	829
Totale ricoveri:			
% casi chirurgici sul totale	37,8%	37,7%	39%
Libera Professione:			
% casi chirurgici sul totale	81,3%	83,9%	87,6%

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

L'attività libero professionale in regime di day hospital è sostanzialmente residuale, come si evince dal grafico 2.40. L'andamento dei ricoveri registra come per la degenza ordinaria un decremento rispetto al 2013, pari a -24,7%.

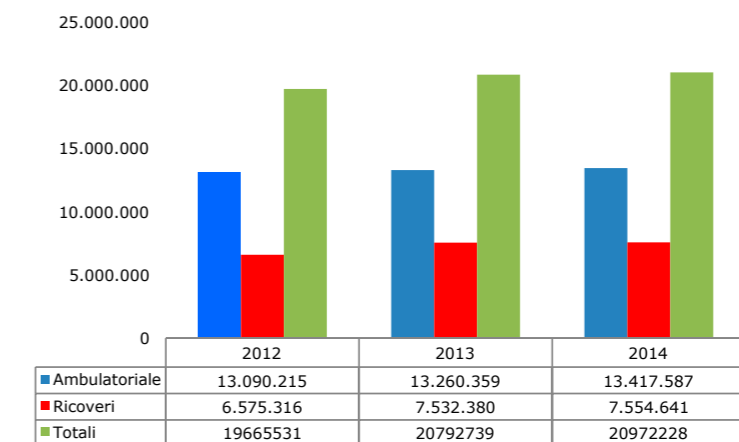
Grafico 2.40 Num. casi dimessi in day hospital con separata indicazione di quelli in libera professione



Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Per il regime ambulatoriale si registra un incremento pari a 157.228 euro, si passa da 13,260 milioni di euro nel 2013 a 13,417 milioni di euro nel 2014. Complessivamente i volumi di attività di ricovero e ambulatoriale in libera professione aumentano di 179.489 euro dal 2013 al 2014, pari allo 0,9%. Per l'attività di ricovero l'incremento rispetto all'anno precedente è di 22.261 euro, pari allo 0,3%.

Grafico 2.41 Valore delle produzioni in libera professione in euro. Anni 2012-2013-2014

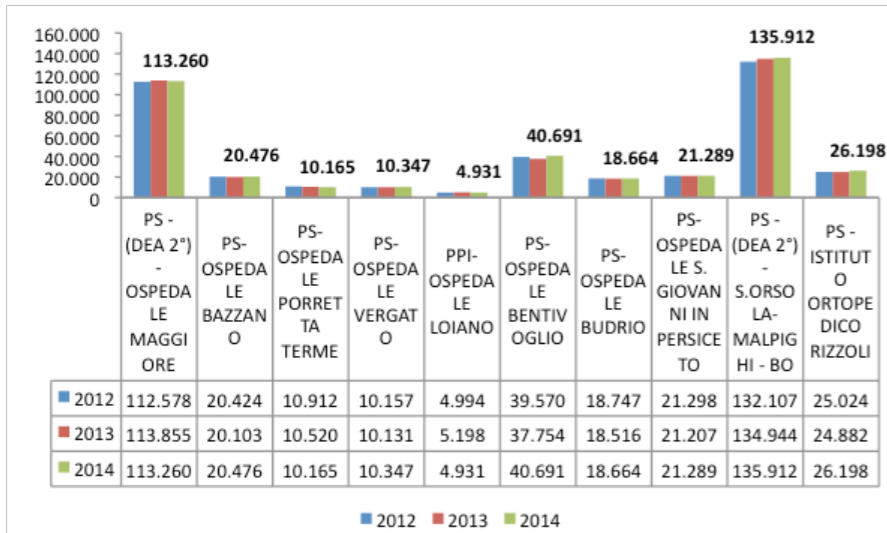


Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nota: Valore della degenza al netto del contributo del SSR

2.3.10 Pronto Soccorso

Grafico 2.42 Accessi ai pronto soccorso delle strutture pubbliche ospedaliere metropolitane anni 2012-2013- 2014.

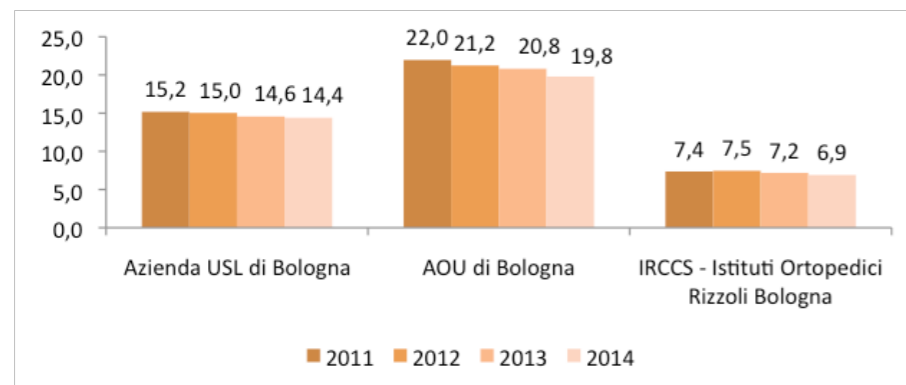


Fonte: Regione Emilia - Romagna.

Gli accessi totali ai PS metropolitani pubblici dal 2013 al 2014 registrano un ulteriore aumento: da 397.110 a 401.933. Gli accessi sono aumentati nei PS di tutte le tre aziende metropolitane.

Gli accessi metropolitani totali del 2014 ammontano a 405.547 se includiamo anche quelli della Casa Di Cura Nobili (3.614 accessi).

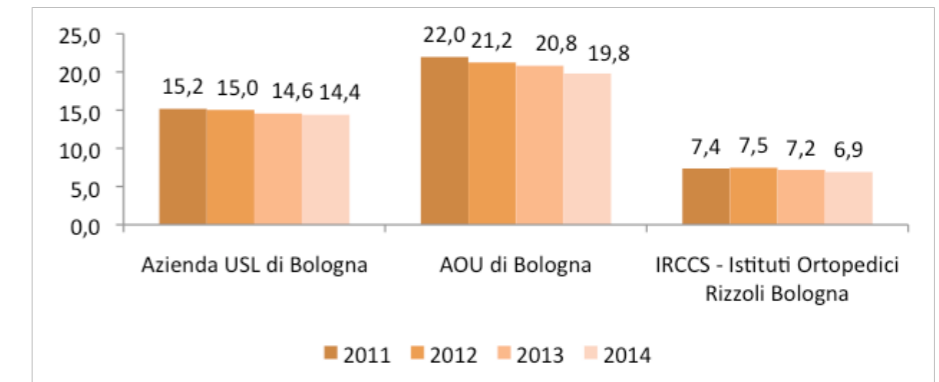
Grafico 2.43 Percentuale di casi ricoverati/totale accessi ai pronto soccorso delle strutture pubbliche ospedaliere metropolitane anni 2011- 2014.



Fonte: Regione Emilia - Romagna.

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

Grafico 2.44 Tasso di accessi in PS per 1000 abitanti per distretto anno 2013- 2014.



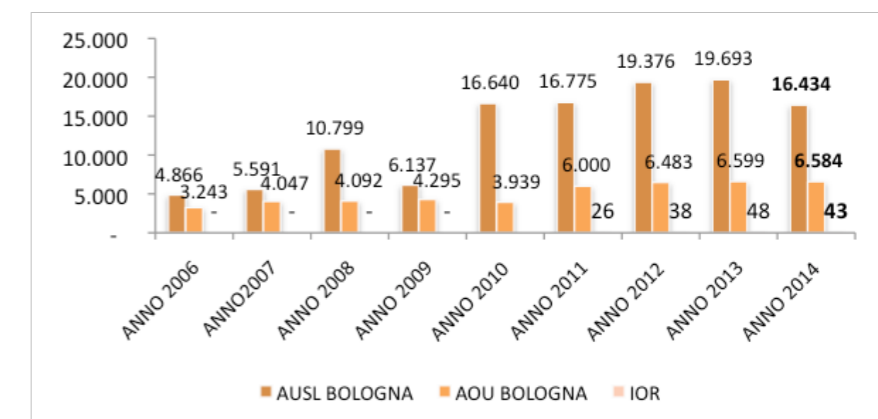
Fonte: Regione Emilia - Romagna.

Il tasso di accesso in PS dei residenti nel territorio aziendale nel 2014 è in aumento rispetto al 2013 e si mantiene superiore a quello regionale. Quello per distretto è inferiore alla media aziendale a San Lazzaro di Savena, come negli anni precedenti, mentre risulta incrementato a Porretta Terme.

In riduzione, nel 2014, gli accessi in Osservazione Breve Intensiva (OBI) non seguiti da ricovero nelle strutture dell'azienda USL di Bologna, pur mantenendosi su valori nettamente superiori rispetto alle altre due aziende metropolitane.

Nelle strutture ospedaliere metropolitane gli accessi in OBI sono passati complessivamente da 8.109 nel 2006 a più di 23.000 nel 2014.

Grafico 2.45 Accessi in OBI non seguiti da ricovero nelle strutture ospedaliere metropolitane anni 2006-2014.



Fonte dati Regione Emilia - Romagna

2.3.11 Centrale Operativa 118 Bologna Soccorso

La nuova Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Est

Nel 2014 è stato realizzato per l'Area Omogenea Emilia Est il "Progetto di adeguamento strutturale, organizzativo e tecnologico delle Centrali Operative di soccorso sanitario conseguente alle modifiche dei punti di consegna delle chiamate al 118 e 112". Il progetto era stato elaborato dal Gruppo di Coordinamento "Area Omogenea Emilia Est" e pianificava la cessazione delle Centrali Operative 118 di Bologna, Ferrara e Modena e la nascita della Centrale Operativa 118 (CO) di Area Omogenea Emilia Est (CO AO EE), dopo un confronto tra i modelli organizzativi delle tre centrali e la verifica delle risorse tecnologiche esistenti.

Il processo di accorpamento delle funzioni di CO 118 ha preso il via nel 2014 con l'ingresso delle ex CO 118 di Bologna e Ferrara nella nuova CO AO EE il 28 gennaio 2014, e con l'ingresso della ex CO di Modena il 21 maggio 2014.

La realizzazione della nuova Centrale 118 ha consentito di migliorare e ottimizzare le risorse tecnologiche già presenti nella precedente, a garanzia di una migliore efficienza e tempestività nell'invio dei soccorsi.

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

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

Tra le novità della nuova Centrale, già presenti nel 2013:

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

La CO AO EE impiega a tutt'oggi, come pianificato per la fase di transizione, personale infermieristico proveniente dalle 3 ex centrali, che coprono 8 postazioni operatore in fascia oraria diurna (h 07.00 - 20.00) e 7 postazioni operatore in fascia oraria notturna (20.00 - 07.00); il numero di interventi gestiti è di circa 575 al giorno. La funzione di

Nel 2014 ha preso il via il processo di accorpamento delle funzioni di centrale operativa del 118 che riguarda Bologna, Ferrara, Modena e l'Area Emilia Est.

Coordinamento, 12 ore diurne in presenza e 12 notturne in reperibilità, è assicurata da un pool di Coordinatori provenienti dalle ex CO di Bologna e Modena. La popolazione residente servita è di 2.057.198

L'attività della Centrale 118

L'anno 2014 è stato quindi un anno di transizione verso la Area Omogenea, ed i dati prodotti non sono confrontabili con i dati precedenti. In riferimento alla provincia di Bologna la CO 118 ha inviato almeno un mezzo di soccorso in 104.423 interventi (+ 0.5% rispetto al 2013). Il 26.8% dei casi è stato identificato dalla Centrale operativa come di elevata criticità (codice rosso), il 40.9% di media criticità (codice giallo) e il 32,3% di bassa criticità (codice verde). 89.991 pazienti sono stati trasportati agli ospedali della provincia dopo stabilizzazione clinica; il 68,7% di essi è stato inviato ai Pronto Soccorso o ai reparti Hub dell'Ospedale Maggiore e S. Orsola di Bologna.

Tabella 2.29: Indicatori di attività della CO 118 Bologna Soccorso: confronto anni 2008-2014
*dati 2014 comprensivi dei territori di Bologna, Modena e Ferrara

Attività	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Interventi eseguiti	98.099	98.268	98.543	102.541	104.919	103.863	195.825
Totale invii in PS	86.368	86.359	86.565	89.067	90.622	90.690	170.968

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

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

Percorso Politraumi e Traumi Borderline: nel 2014 sono stati soccorsi sul territorio delle ASL di Bologna ed Imola 256 persone con gravi politraumatismi, di cui 116 in condizioni di immediato pericolo di vita (Cod 3). L'82% dei casi critici in immediato pericolo di vita è stato centralizzato al Trauma Center Ospedale Maggiore di Bologna.

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

Rianimazioni cardio-polmonari: 170 i pazienti con arresto cardio-respiratorio sono stati soccorsi e rianimati nell'area urbana di Bologna, nel 2014, dai mezzi del 118. Di questi 32 (18.82%) sono sopravvissuti e sono rientrati a casa in buone condizioni neurologiche. La percentuale sale al 40% per quelli che sono stati trattati con defibrillazione e sale ulteriormente per i pazienti che sono stati trattati con ipotermia nella fase di ricovero in Rianimazione e con Angioplastica Primaria dalla cardiologia, avendo diagnosi di infarto miocardico come causa dell'arresto cardiaco.

Sindrome Coronarica Acuta con elevazione del tratto ST: 239 sono stati i pazienti soccorsi, nel corso del 2014, nell'area metropolitana bolognese dai mezzi del 118 con Medico o Infermiere avviati direttamente all'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) dell'Ospedale Maggiore e S. Orsola per l'esecuzione di angioplastica coronarica. Dal domicilio del paziente, infatti, il 118 teletrasmette l'ECG direttamente in UTIC evitando il passaggio in Pronto Soccorso e anticipando così la presa in carico. L'attivazione di questo percorso fast, che risale al 2003, ha consentito negli ultimi anni una riduzione della mortalità per infarto del miocardio.

Rete per la trombolisi nell'Ictus Ischemico: la Centrale Operativa ed i mezzi di soccorso hanno identificato sul territorio dell'Azienda USL di Bologna 190 casi di Ictus Ischemico eleggibili al percorso di accesso alle Stroke Unit dell'Ospedale Maggiore e S. Orsola. Di questi circa il 23% sono stati sottoposti a trombolisi sistemica. Il tempo medio tra la attivazione della Centrale Operativa e l'arrivo alla Stroke Unit è stato di 50 minuti

Attività Elisoccorso: l'intervento dell'elisoccorso è stato richiesto nel 2014 per l'effettuazione di:

- EliBologna: 702 missioni primarie e 66 trasporti secondari per 385 ore di volo totali;
- EliPavullo: 421 missioni primarie, di cui 69 con impiego di verricello /Hovering, e 26 trasporti secondari per 365.9 ore di volo totali, comprensive anche dell'addestramento.

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali: La CO 118 e le equipe di soccorso territoriale sono inoltre impegnati nelle reti di alcuni Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), alcuni in fase pienamente operativa come il percorso per i pazienti con mielolesione traumatica e pazienti SLA; altri in via di definizione come il PDTA per i pazienti con malattie neuromuscolari e i pazienti pediatrici con malattie rare. In tali casi la CO riconosce il paziente come inserito nel PDTA e fornisce per via informatica alle Equipe territoriali le informazioni cliniche ed organizzative utili al migliore trattamento e alla corretta destinazione al reparto ospedaliero.

Trasporti ECMO: nel 2014 i mezzi di soccorso del 118 di Bologna hanno eseguito 3 trasporti ECMO (con Ossigenazione Extracorporea) in ambito regionale, in collaborazione con i cardiocirurghi dell'Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi.

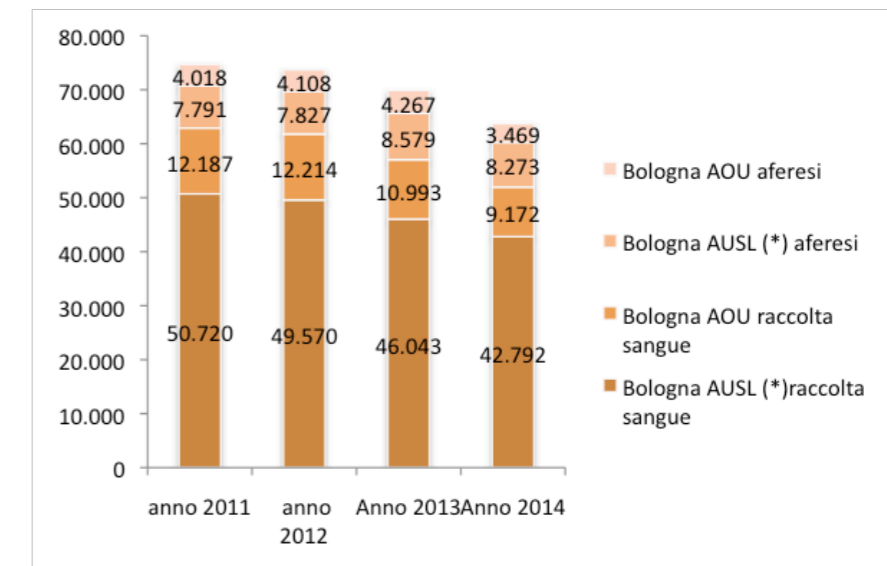
Piano sangue: raccolta e consumi

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

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

Dal 2013 al 2014 il totale dell'attività (raccolta di sangue + aferesi) si è ridotta del 6,5% nell'Azienda USL di Bologna (che comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Imola) e del 17,2% presso l'AOU di Bologna.

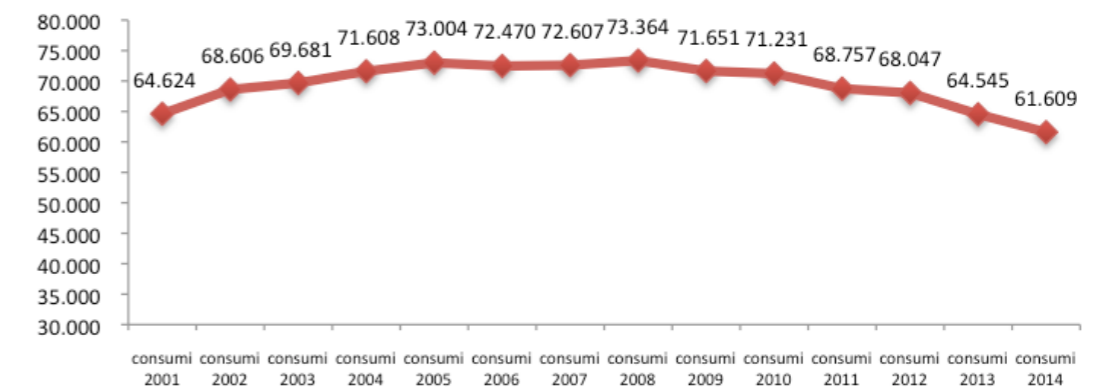
Grafico 2.46 Piano sangue: totale attività (raccolta sangue intero+aferesi) AUSL Bologna e AOU. Anni 2011-2014.



Fonte: Regione Emilia-Romagna

(*) Comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Imola

Grafico 2.47 Piano sangue: trend unità "rosse" consumate nella provincia di Bologna (comprende: Osp. Maggiore e Bellaria, AOU, Imola, I.O.R.). Anni 2001-2014.



Fonte dati Regione Emilia-Romagna

I dati relativi ai consumi evidenziano, dopo una sostanziale stabilizzazione, una netta riduzione a partire dal 2008. Presso l'AUSL in particolare la riduzione nell'ultimo anno è stata del 10,5%. Questo risultato va ricondotto ad una maggiore appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti (globuli rossi e plasma) in ambito metropolitano bolognese, anche grazie ad un progetto interaziendale iniziato nel 2008 tra IOR, AOU, Azienda USL di Imola e Azienda USL di Bologna.

2.4 Ricerca e didattica

2.4.1 Indicatori sulla Ricerca

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

L'Area tematica comprendente le Scienze Mediche è strutturata in diversi Corsi di Dottorato (Scienze Biomediche, Scienze Chirurgiche, Scienze Mediche Generali e Scienze dei Servizi, Scienze Mediche Specialistiche) che al loro interno sono articolati in Indirizzi di Ricerca di carattere specialistico. Numerose strutture universitarie che insistono nel Policlinico S.Orsola-Malpighi sono interessate ai suddetti Corsi di dottorato. Nel prospetto che segue, sono indicati, per ciascun ciclo attivo nel 2014, il Dottorato e il numero di dottorandi. Nel complesso, questi ultimi sono 166 (161 nel 2013, 185 nel 2012).

Tabella 2.30 Dottorati di ricerca e numero di dottorandi afferenti ai dottorati di Scienze Mediche e Chirurgiche per i tre cicli attivi nell'anno 2014: XXVII, XXVIII e XXIX.

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

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.31 Dottorati di ricerca e numero di dottorandi afferenti ai dottorati di Scienze Mediche e Chirurgiche per i tre cicli attivi nell'anno 2013: XXVI, XXVII e XXVIII.

Dottorandi di Ricerca in area clinica - anno 2013				
Dottorato	Ciclo			Totale
	27°	28°	29°	
Scienze Biomediche	21	16	18	55
Scienze Chirurgiche	9	12	6	27
Scienze Mediche Generali e dei Servizi	12	12	14	38
Scienze Mediche Specialistiche	17	12	12	41
Totali dottorandi	59	52	50	161

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

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

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

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

L'Azienda e l'Università di Bologna hanno stipulato un accordo per disciplinare criteri e modalità di ammissione a tali attività e del loro svolgimento. L'accordo ha, inoltre, esteso la possibilità di svolgere compiti assistenziali, in presenza dei necessari requisiti, anche ai titolari degli assegni di ricerca (di cui, in precedenza, all'art. 51, comma 6, della legge 25 dicembre 1997, n. 449 e, successivamente, all'art. 22 della legge 30 dicembre 2010, n. 240).

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

Nel periodo considerato i dottorandi di ricerca che hanno svolto anche compiti assistenziali sono stati 68 (49 nel 2013, 65 nel 2012). I titolari di assegno di ricerca che hanno svolto compiti assistenziali sono stati 110 (78 nel 2013, 83 nel 2012).

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

2.4.2 Indicatori sulla didattica

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

Per l'anno accademico 2014/2015 sono stati organizzati, con il coordinamento della Scuola di Medicina e Chirurgia, i corsi di laurea sotto elencati. Quelli che insistono direttamente presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi, sono:

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

Per l'anno accademico 2013/2014 erano stati organizzati i medesimi corsi di laurea. Nella sede didattica di Bologna sono attivi altri corsi dell'Università dei quali l'Azienda non è sede:

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

L'offerta formativa si completa poi con i corsi di studio attivi a Imola (BO) e presso i Poli Scientifico-Didattici della Romagna:

- Educazione professionale (laurea abilitante alla professione sanitaria di educatore professionale) – didattica a Imola;
- Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (laurea abilitante alla professione sanitaria di tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro) – Imola (BO);
- Infermieristica (laurea abilitante alla professione sanitaria di Infermiere) - Ravenna;
- Infermieristica (laurea abilitante alla professione sanitaria di Infermiere) - Rimini;
- Logopedia (laurea abilitante alla professione sanitaria di Logopedista) - Ravenna;
- Ostetricia (laurea abilitante alla professione sanitaria di Ostetrica/o) - Rimini;
- Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia (laurea abilitante alla professione sanitaria di Tecnico di Radiologia Medica) - Rimini.

In particolare, l'Azienda ha collaborato attivamente nel 2014, come negli anni precedenti, ai seguenti 5 corsi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, in forza degli accordi attuativi vigenti con l'Università di Bologna: Fisioterapia, Infermieristica, Ostetricia, Tecniche di Laboratorio Biomedico, Tecniche di Radiologia Medica per immagini e Radioterapia.

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

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

Dalle disposizioni ministeriali si evince una sostanziale stabilità della programmazione.

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

- integrazione tra Azienda e Università attraverso la valorizzazione della didattica svolta dal personale del Servizio Sanitario Regionale che esplica attività di insegnamento e

tutoraggio nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e nei Master;

- una relazione con altri atenei al fine di partecipare al completamento di percorsi formativi di studenti attraverso gli stage mediante rapporti di convenzione finalizzati a garantire la possibilità di svolgere tirocini formativi e di orientamento presso strutture aziendali;
- un adeguamento delle sedi di tirocinio ai requisiti strutturali e di personale di tutoraggio. Il tirocinio, infatti, deve essere svolto con la supervisione e la guida di tutor professionali in possesso della laurea della rispettiva classe e che abbia un'esperienza formativa non inferiore a 2 anni.

L'Azienda è subentrata alla Croce Rossa Italiana nella gestione del Corso di laurea in Infermieristica - sede BO1 prima gestito dalla CRI in convenzione con l'Università e con l'Azienda.

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

Tabella 2.32 Studenti iscritti al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia suddivisi per anno di corso

Anno	Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia							Totale iscritti
	Iscritti per anno di corso							
	1	2	3	4	5	6	FC/R	
2014-15	580	468	438	416	377	370	650	3299
2013-14	464	439	430	380	371	316	702	3102
2012-13	445	435	391	371	319	349	740	3050

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.33 Studenti iscritti al Corso di Laurea in Odontoiatria e protesi dentaria, suddivisi per anno di corso

Anno	Corso di Laurea in Odontoiatria e protesi dentaria							Totale iscritti
	Iscritti per anno di corso							
	1	2	3	4	5	6	FC/R	
2014-15	36	33	27	30	28	25	12	191
2013-14	31	26	30	28	26		14	155
2012-13	30	29	28	26	29		13	155

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.34 Studenti iscritti al Corso di Laurea in Biotecnologie mediche suddivisi per anno di corso

Anno	Corso di Laurea in Biotecnologie mediche Iscritti per anno di corso			Totale iscritti
	1	2	FC/R	
2014-15	54	53	1	108
2013-14	55	31	2	88
2012-13	32	32	4	68

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.35 Studenti iscritti al Corso di Laurea in Scienze infermieristiche e ostetriche suddivisi per anno di corso

Anno	Corso di Laurea in Scienze infermieristiche e ostetriche Iscritti per anno di corso			Totale iscritti
	1	2	FC/R	
2014-15	25	24	2	51
2013-14	25	25	5	55
2012-13	25	22	5	52

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.36 Studenti iscritti ai Corsi di Laurea per le Professioni sanitarie- suddivisi per anno di corso – Anno 2014-2015

Denominazione corso	Iscritti per anno di corso Anno 2014-15				Totale iscritti per corso
	1°	2°	3°	FC/R	
Dietistica	15	21	7	1	44
Fisioterapia	60	64	64	18	206
Igiene dentale	16	14	13	7	50
Infermieristica	259	229	249	152	889
Ortottica ed assistenza oftalmologica			6	1	7
Ostetricia	19	19	18	3	59
Podologia	12	15	12	2	41
Tecniche di laboratorio biomedico	16	19	17	4	56
Tecniche di neurofisiopatologia	10	7	8		25
Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia	21	12	19	7	59
Tecniche ortopediche	15	13	14	1	43
Totale					1479

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.37 Studenti iscritti ai Corsi di Laurea per le Professioni sanitarie- suddivisi per anno di corso – Anno 2013-2014

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

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tabella 2.38 Studenti iscritti ai Corsi di Laurea per le Professioni sanitarie- suddivisi per anno di corso – Anno 2012-13

Denominazione corso	Iscritti per anno di corso Anno 2012-13				Totale iscritti per corso
	1°	2°	3°	FC/R	
Dietistica	9	9	10		28
Fisioterapia	72	54	54	22	202
Igiene dentale	16	13	10	9	48
Infermieristica	264	221	249	265	999
Ortottica ed assistenza oftalmologica	10	7	10		27
Ostetricia	20	12	13	7	52
Podologia	17	13	12	4	46
Tecniche di laboratorio biomedico	20	10	18	5	53
Tecniche di neurofisiopatologia	11	6	8		25
Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia	22	16	17	13	68
Tecniche ortopediche	15	15	11	8	49
Totale	476	376	412	333	1597

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

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

Tabella 2.39 Corso di laurea in Fisioterapia

Corso di laurea in Fisioterapia		
Tipologia Dato	Dato Numerico	Eventuali aspetti qualificanti o innovativi rispetto all'anno precedente*
N. studenti I anno	21	I 20 studenti comunitari della sede formativa di Bologna si sono posizionati nei primi 55 posti della graduatoria generale dell'esame di ammissione. 7 è di Bologna, 7 proviene dalla regione Emilia Romagna, 6 arriva da altre regioni italiane. Lo studente extracomunitario proviene dall'Africa
N. studenti II anno	24	Arrivati 3 studenti da altre sedi formative
N. studenti III anno	20	Arrivati 2 studenti da altro Ateneo (Palermo e Ferrara); Sono passati 3 studenti al C.L. in Medicina di UNIBO
N. studenti fuori corso	9	Sono conteggiati anche gli studenti che, pur non in regola con i pagamenti delle tasse universitarie, possono regolarizzarsi nei prossimi anni accademici.
N. studenti laureandi	5	4 studenti si sono effettivamente laureati nella sessione di aprile 2015; 1 studente è laureando per novembre 2015
N. studenti laureati	24	nelle sessioni di aprile (n°7) e novembre 2014 (n°17)
N. totale studenti	103	

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Tesi di Laurea

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

Gli argomenti delle tesi hanno trattato i seguenti argomenti:

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

- Trattamento fisioterapico del disturbo dell'equilibrio nel soggetto con atassia
- Analisi degli effetti di un training fisico intensivo condotto mediante circuitclass (cct) nel paziente in esiti di stroke

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

Altre attività didattiche

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

In particolare nel corso del 2014 sono stati realizzati 2 corsi di Formazione sul Campo (FSC), accreditati ECM, che hanno coinvolto complessivamente 40 tutor di tirocinio, in maggior parte dipendenti AOU, ASL, ASP di Bologna e IOR. Durante la FSC i tutor hanno partecipato agli esami di idoneità del tirocinio del 2° e 3° anno.

Tabella 2.40. Corso di laurea in Tecniche di laboratorio biomedico

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

Fonte: AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

In relazione agli aspetti qualificanti del corso:

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

Tabella 2.41 Corso di laurea in Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia

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

Fonte: AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Tabella 2.42 Corso di laurea in Infermieristica

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

Fonte: AOU Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Nota: Il numero è variabile: 55 studenti fuori corso regolarmente iscritti e 92 (totale 147) che possono regolare in qualsiasi momento la loro posizione con l'università.

Ogni anno accademico ha due sessioni di laurea (novembre: 1° sessione, e aprile: 2° sessione). 101 è il numero di laureati risultante dalla seconda sessione dell'aa 2012/13 (aprile 2014) e dalla prima sessione dell'aa 2013/14 (novembre 2014) comprensivo di studenti in corso e fuori corso.

Tabella 2.43 Corso di laurea in Ostetricia

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

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

In assoluto, la maggiore criticità del Corso di laurea in Ostetricia è rappresentata dall'inserimento dei laureati nel mondo del lavoro. La crisi economica influenza sfavorevolmente tutte le professioni sanitarie. Ma per una serie di ragioni, troppe per essere elencate in questa sede, la categoria delle ostetriche è particolarmente sofferente. A questo proposito l'Ateneo si è espresso per la chiusura della sede formativa di Rimini che rimane sede di tirocinio; è in questa situazione che va letto il progressivo calo del numero di studenti, sia per quanto si riferisce al numero di posti disponibili (concordato con il Collegio professionale sulla base del fabbisogno di professionisti) sia per il consistente calo delle iscrizioni. Si è registrato peraltro una diminuzione degli abbandoni, dal 22% nel 2010-11 all'11% nel 2012-13 al 5% nel 2013-14.

Si riporta qui di seguito un breve stralcio del rapporto relativo ai "Dati sull'accesso ai corsi e programmazione posti nell'A.A. 2013-14": "A differenza degli ultimi anni si riduce il rapporto Domande su Posti (DP) per tutte le 22 professioni, seppure con valori diversi. Al primo posto troviamo ancora Fisioterapia con rapporto D/P che passa da 14,9 a 13,8; al secondo Logopedia da 12,7 a 11,1; segue al terzo Dietistica da 8,7 a 7,1 e al quarto Ostetricia che passa da 7,5 a 7,1; quindi Tecnico di Radiologia che da 7,2 dello scorso anno scende ora a 6,1. Sotto 5: Terapista Neuropsicomotricità Età Evolutiva da 4,9 a 4,6; Igienista Dentale che scende da 4,6 a 3,7; Tecnico Neurofisiopatologia da 3,9 a 3,2; Infermiere Pediatrico da 4,6 a 3,1; Tecnico Riabilitazione Psichiatrica da 4 a 2,9; Podologo da 3,1 a 2,7; Tecnico Laboratorio da 2,6 a 2,4; Infermiere da 2,7 a 2,2; Tecnico Prevenzione da 2,1 a 1,9; Audioprotesista a 3. Chiudono agli ultimi posti Terapista Occupazionale che va da 1,2 a 1,1 e Assistente Sanitario che scende da 1,3 dello scorso anno a 0,9, unica sotto la soglia di 1."

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

- tesi di ricerca quantitativa sperimentale o osservazionale oppure di ricerca qualitativa
- tesi compilativa

- tesa esplorativa per il miglioramento della qualità dei servizi

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

Tesi 2013/14

Si segnalano, di seguito, alcune tesi divise per tipologia, che hanno suscitato un particolare interesse nella commissione giudicatrice e/o potrebbero avere una ricaduta nella pratica clinica

Tabella 2.44 Tesi del Corso di laurea in Ostetricia

Tipologia di tesi	Titolo
Studio quantitativo sperimentale	Il papà mi cambia. Uno studio pilota randomizzato controllato
Studio quantitativo osservazionale case-report	Aspetti clinici ed assistenziali di una rara complicanza dell'iperemesi gravidica: la melleinoli extrapontina osmotica. La descrizione di un caso
Studio qualitativo	Il massaggio perineale: una analisi esplorativa degli aspetti comportamentali
	Tra incertezza e appropriatezza: quando anche gli operatori hanno paura
Studio esplorativo per il miglioramento della qualità dei servizi	L'informazione in gravidanza: donne e professionisti sanitari a confronto
	Conoscere il D-MER: una esperienza di gruppi di riflessione con studentesse ed ostetriche
	L'ostetrica nella gestione della gravidanza fisiologica: ciò che è emerso dai questionari somministrati nei consultori della Romagna
	Audit clinico: l'appropriatezza e l'efficacia clinica nella gestione del dolore dei prodromi di travaglio di parto e del dopo parto nell'Azienda USL di Bologna
	Staminali cordonali, quale consapevolezza da parte delle donne in gravidanza

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 2.45. Corso di laurea in Dietistica

Corso di laurea in Dietistica		
Tipologia Dato	Dato Numerico	Eventuali aspetti qualificanti o innovativi rispetto all'anno precedente*
N. studenti I anno	16	
N. studenti II anno	20	
N. studenti III anno	6	
N. studenti fuori corso	2	
N. studenti laureandi		
N. studenti laureati		
N. totale studenti	44	

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Per quanto riguarda la formazione dei medici specialisti e la programmazione didattica concernente le Scuole di specializzazione medico-chirurgiche, disciplinate dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e successive modificazioni, si ricorda che gli ordinamenti delle Scuole, riformati a norma del DM 1.8.2005, sono attivi dall'anno accademico 2008/2009. Sono in itinere nuovi cambiamenti degli ordinamenti, per effetto delle modifiche introdotte al D.Lgs. 368/99 dall'art. 21, comma 1, del decreto-legge 12 settembre 2013, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2013, n. 128. Si evidenziano, in vigore dall'anno accademico 2013-2014, le nuove modalità per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina, stabilite con DM 30 giugno 2014, n. 105.

Il 2014, comprendente gli anni accademici 2012-2013 e 2013-2014 vede attive 44 scuole di specializzazione nell'area medica, chirurgica e dei servizi clinici e diagnostici e nell'area sanitaria (Fisica medica).

Le Scuole di specializzazione sono attivate, in alcuni casi, in aggregazione con le corrispondenti Scuole di Atenei diversi, designando per ciascuna aggregazione l'Ateneo sede amministrativa, che procede all'espletamento del concorso ed all'immatricolazione dei vincitori. In questi casi, le attività formative possono essere svolte dagli specializzandi all'interno della rete formativa degli Atenei tra loro aggregati. Per talune Scuole, l'Università di Bologna non è capofila ma fa parte dell'aggregazione.

Più in dettaglio, presso l'Università di Bologna sono attive 20 Scuole di specializzazione autonome; 12 Scuole aggregate nelle quali è sede amministrativa (capofila); 12 Scuole aggregate con altre università sede amministrativa. A prescindere dalla loro tipologia, le Scuole di specializzazione che hanno la sede presso il Policlinico S. Orsola-Malpighi, svolgono la formazione nell'ambito delle strutture individuate quali rete formativa della Scuola stessa.

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

Tabella 2.46 Scuole di specializzazione dell'area medico-chirurgica con struttura di sede nell'Azienda - anno 2013.

Scuole di Specializzazione
Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva
Audiologia e Foniatria
Cardiochirurgia
Malattie dell'apparato Cardiovascolare
Chirurgia Generale
Chirurgia Pediatrica
Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica
Chirurgia Toracica
Chirurgia Vascolare
Dermatologia e Venereologia
Ematologia
Endocrinologia e Malattie del Ricambio
Gastroenterologia
Genetica Medica
Geriatrics
Scuole di Specializzazione
Ginecologia ed Ostetricia
Malattie dell'apparato Respiratorio
Malattie Infettive
Medicina del Lavoro
Medicina dello Sport
Medicina Interna
Medicina Nucleare
Microbiologia e Virologia
Nefrologia
Oftalmologia
Oncologia Medica
Otorinolaringoiatria

Pediatria
Radiodiagnostica
Radioterapia
Scienza dell'alimentazione
Urologia

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

L'Azienda è sede prevalente dell'attività formativa anche per le seguenti Scuole di Specializzazione:

- Chirurgia Maxillo-Facciale,
- Igiene e Medicina Preventiva,
- Medicina Legale,
- Patologia Clinica,
- Reumatologia.

Le Scuole di Specializzazione medico - chirurgiche dell'Università di Bologna non aventi sede nell'Azienda sono:

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

Il numero complessivo dei medici in formazione specialistica iscritti nell'anno 2014 è di 885. Si consideri che le iscrizioni agli anni di corso delle Scuole di specializzazione hanno date proprie, diverse ogni anno, in funzione dell'inizio dell'attività formativa, che è determinato con decreto ministeriale.

Tabella 2.47 Numero di medici in formazione specialistica

Anno	Totale
2014	885
2013	868
2012	886
2011	864

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

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

Tabella 2.48 Numero complessivo di medici in formazione specialistica presenti nel 2014, suddivisi per Scuola di specializzazione dell'Università di Bologna

Denominazione Scuola	Anno Corso						Totale
	1	2	3	4	5	6	
Anatomia Patologica	2	2	2	2	2		10
Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva	12	12	15	11	10		60
Audiologia e Foniatria	1				1		2
Cardiochirurgia	2	3	3	1	4		13
Chirurgia Generale	9	8	10	8	8	9	52
Chirurgia Maxillo-Facciale	1	1	1		2		5
Chirurgia Pediatrica	1	1	2	1	3		8
Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica	2	1	1	1	1		6
Chirurgia Toracica	1	1	1	2	1		6
Chirurgia Vascolare	3	2	2	3	2		12
Dermatologia e Venereologia	4	3	3	3	2		15
Ematologia	3	2	4	3	1		13
Endocrinologia e Malattie del Ricambio	1	2	3		2		8
Gastroenterologia	2	2	4	1	2		11
Genetica Medica	1	2	2	1	1		7
Geriatria	4	3	4	4	6		21
Ginecologia ed Ostetricia	9	8	10	9	11		47
Igiene e Medicina Preventiva	4	4	5	5	3		21
Malattie dell'apparato Cardiovascolare	9	7	11	9	11		47
Malattie dell'apparato Respiratorio	2	2	2	2	5		13
Malattie Infettive	3	2	3	1	3		12
Medicina del Lavoro	2	3	2	3	2		12
Medicina dello Sport	1	2	1	1			5
Medicina Fisica e Riabilitativa	6	6	8	7	9		36
Medicina Interna	11	10	10	10	13		54
Medicina Legale	1	1	1	2	2		7
Medicina Nucleare	3	3	4	4	4		18

Microbiologia e Virologia	1	1	2	2	2		8
Nefrologia	6	6	5	5	4		26
Neurologia	5	4	4	3	4		20
Neuropsichiatria Infantile	2	2	2	3	2		11
Oftalmologia	3	2	3	3	3		14
Oncologia Medica	4	4	4	4	4		20
Ortopedia e Traumatologia	14	15	13	11	12		65
Otorinolaringoiatria	3	2	3	3	3		14
Patologia Clinica	2	2	2	2	2		10
Pediatria	11	10	12	10	10		53
Psichiatria	6	6	7	4	7		30
Radiodiagnostica	10	10	7	9	10		46
Radioterapia	3	3	5	3	4		18
Reumatologia	1	1	1	1	1		5
Scienza dell'alimentazione	1	1	1	1	1		5
Urologia	4	4	4	5	2		19
Totale	175	164	189	163	181	9	885

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Per contribuire al completamento della loro formazione professionalizzante, l'Azienda accoglie anche medici in formazione specialistica provenienti da Università che non fanno parte della rete formativa dell'Università di Bologna. Nella tabella seguente è riportato il numero di medici in formazione specialistica che hanno frequentato, provenienti da 13 Atenei e da 14 diverse Scuole di Specializzazione.

Tabella 2.49 Numero complessivo di medici in formazione specialistica presenti nel 2014, suddivisi per Scuola di specializzazione e Università di provenienza

Denominazione Università	Scuola di Specializzazione	N. Medici in formazione 2013
Università degli Studi di Messina	Anestesia, Rianimazione e Terapia intensiva	1
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	Dermatologia e Venereologia	3
Ospedale di Merano	Dermatologia e Venereologia	1
Università degli Studi di Cagliari	Ematologia	1
Università degli Studi di Palermo	Geriatrics	1
Università degli Studi di Messina	Ginecologia e Ostetricia	2
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	Ginecologia e Ostetricia	1
Università degli Studi di Sassari	Ginecologia e Ostetricia	1
Università degli Studi di Torino	Ginecologia e Ostetricia	1
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	Malattie dell'apparato Cardiovascolare	5
Università degli Studi di Firenze	Malattie dell'apparato Cardiovascolare	1
Università degli Studi di Catania	Malattie dell'apparato Cardiovascolare	1
Università degli Studi di Palermo	Malattie dell'apparato Cardiovascolare	3
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	Malattie dell'apparato Respiratorio	1
Seconda Università di Napoli	Malattie Infettive	1
Università degli Studi di Parma	Medicina D'emergenza/ Urgenza	1
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	Medicina Interna	1
Università degli Studi di Palermo	Medicina Interna	1
Università degli Studi di Messina	Medicina Nucleare	1
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"	Oncologia Medica	1
Università degli Studi di Ferrara	Pediatria	10
Università degli Studi di Firenze	Pediatria	2
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	Pediatria	1
Università degli Studi di Parma	Pediatria	2
Università degli Studi di Messina	Pediatria	1
Università degli Studi di Firenze	Radiodiagnostica	1
Totale		46

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Il Master, introdotto con il D.M. 509/99, è un titolo accademico post laurea di perfezionamento scientifico e di alta formazione, successivo al conseguimento della laurea triennale o della laurea magistrale, finalizzato a formare figure professionali molto specializzate. Si divide in primo e secondo livello: il primo si consegue dopo la laurea, il secondo dopo la laurea magistrale. Le tabelle successive riportano i Master di 1° e di 2° livello dell'area disciplinare degli studi medici e psicologici attivi presso la sede di Bologna nel 2014.

Tabella 2.50 Master di 1° e di 2° livello per le professioni medica, odontoiatrica e per le professioni sanitarie a.a. 2014/2015

Livello	Titolo Master	Sede amm-va	Studenti immatricolati
2°	Alimentazione ed educazione alla salute	BO	37
2°	Alta formazione e qualificazione in cure palliative	BO	30
1°	Amministratore di sistema in diagnostica per immagini e radioterapia	BO	11
1°	Assistenza infermieristica in ortopedia e traumatologia	BO	7
1°	Biomeccanica, patologia e trattamento terapeutico dell'arto superiore	BO	10
2°	Cardiologia pediatrica e dell'età evolutiva	BO	19
1°	Case management infermieristico	BO	18
2°	Chirurgia mini invasiva pediatrica	BO	8
1°	Counseling sanitario: tecniche di supporto al paziente	BO	19
1°	Cure palliative e terapia del dolore	BO	30
2°	Endoscopia avanzata "Luigi Barbara"	BO	3
1°	Funzioni di coordinamento nelle professioni sanitarie *	BO	38
2°	Funzioni direttive e gestione dei servizi sanitari	BO	32
2°	Medicina del sonno	Bo	15
2°	Medicina, chirurgia e biologia della riproduzione	BO	10
1°	Posturologia e terapie manuali	BO	25
2°	Pulmonary Vascular Diseases	BO	17
1°	Radiologia vascolare, interventistica e neuroradiologia	BO	15
2°	Valutazione dei farmaci e farmacoepidemiologia	BO	10
	Master Clinica Odontoiatrica		0
2°	Chirurgia orale e implantologia	BO	8
2°	Endodonzia clinica	BO	5
2°	Odontoiatria conservativa estetica	BO	6
2°	Protesi e Implantoprotesi con tecnologie avanzate	BO	20
	Totale		393

Fonte: AOU Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 2.51 Master di 1° e di 2° livello per le professioni medica, odontoiatrica e per le professioni sanitarie a.a. 2013/2014

Livello	Titolo Master	Sede amm-va	Studenti immatricolati
2°	Alimentazione ed educazione alla salute	BO	35
1°	Amministratore di sistema in diagnostica per immagini e radioterapia	BO	19
1°	Assistenza infermieristica in area critica	BO	59
2°	Cardiologia pediatrica e dell'età evolutiva	BO	7
2°	Chirurgia mini invasiva pediatrica	BO	7
1°	Counseling sanitario: tecniche di supporto al paziente	BO	19
1°	Cure palliative pediatriche	BO	18
2°	Endoscopia avanzata "Luigi Barbara"	BO	6
1°	Evidence-based practice e metodologia della ricerca clinico-assistenziale	BO	20
2°	Funzioni direttive e gestione dei servizi sanitari	BO	44
2°	Medicina del sonno	BO	15
2°	Medicina, chirurgia e biologia della riproduzione	BO	11
1°	Posturologia e terapie manuali	BO	55
2°	Pulmonary Vascular Diseases	BO	20
1°	Radiologia vascolare, interventistica e neuroradiologia	BO	12
2°	Terapia del dolore e cure palliative pediatriche	BO	17
1°	Trattamento integrato dei disturbi del comportamento alimentare e dell'immagine corporea	BO	29
	Master Clinica Odontoiatrica		0
2°	Chirurgia orale e implantologia	BO	8
2°	Endodonzia clinica	BO	11
2°	Odontoiatria clinica con tecnologie avanzate	BO	8
2°	Protesi e Implantoprotesi con tecnologie avanzate	BO	12
	Totale		432

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

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

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

Il numero complessivo di docenti universitari afferenti ai Dipartimenti di Scienze Mediche e Chirurgiche, di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale, di Scienze Biomediche e Neuromotorie è di 393 (cfr. anche paragrafo 3.6). Di questi, i docenti

integrati nell'attività assistenziale presso l'Azienda sono 235, di cui 50 professori di I fascia, 86 professori di II fascia, 81 Ricercatori e 18 Ricercatori a tempo determinato.

I dipendenti dell'Azienda danno un contributo consistente all'attività formativa della Scuola di Medicina e Chirurgia. I dipendenti titolari di insegnamento o moduli nei corsi di laurea o laurea magistrale sono 79 (2394 ore di didattica), i dipendenti titolari di insegnamento o moduli nelle scuole di specializzazione sono 154 (314 ore di didattica frontale e 12598 ore di didattica in attività professionalizzanti). Rilevante anche il numero di tutor riportato nella tabella che segue:

Tabella 2.52 Numero Tutor a.a. 2014/2015

Laurea	Numero tutor
Tecniche di Radiologia Medica	34
Infermieristica Bologna	155
Ostetricia	49
Dietistica	15
Tecniche di Laboratorio Biomedico	49
Fisioterapia	26
Magistrale ciclo unico Medicina e Chirurgia	111
Magistrale Scienze Infermieristiche	10

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Infine, la funzione di tutor individuale dei medici in formazione specialistica ha impegnato 146 (*) dirigenti medici e 137 (*) docenti universitari.

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

2.5 L'assetto organizzativo

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

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

Il Policlinico ha una dotazione media di 1.566 posti letto, vengono effettuati circa 67.000 ricoveri all'anno e 3.000.000 prestazioni specialistiche per esterni; presenta un organico di 4.912 dipendenti, comprendenti i medici universitari.

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

Il Policlinico, sta mettendo in atto importanti progetti di riorganizzazione in cui la lettura dell'Azienda diventa trasversale, non più focalizzata esclusivamente sulle singole discipline, ma sui raggruppamenti omogenei di specialità, sui percorsi infraspecialistici e sulla complessità assistenziale.

La definizione dei nuovi Dipartimenti ad Attività Integrata (di seguito denominati DAI), ufficializzati con delibera 318 del 30.06.2014, è andata proprio in questa direzione attraverso la creazione di Dipartimenti che favorissero il percorso del paziente, le attività omogenee e una sempre maggiore integrazione delle funzioni di didattica, di ricerca e di assistenza.

Di seguito si elencano i nuovi DAI:

- 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 DAI sono costituiti da strutture complesse, strutture semplici dipartimentali, strutture semplici di unità operativa e programmi.

A supporto dell'attività assistenziale, in Azienda, sono presenti strutture in staff e in line alla Direzione Aziendale che non hanno subito modifiche organizzative di rilievo durante l'anno 2014.

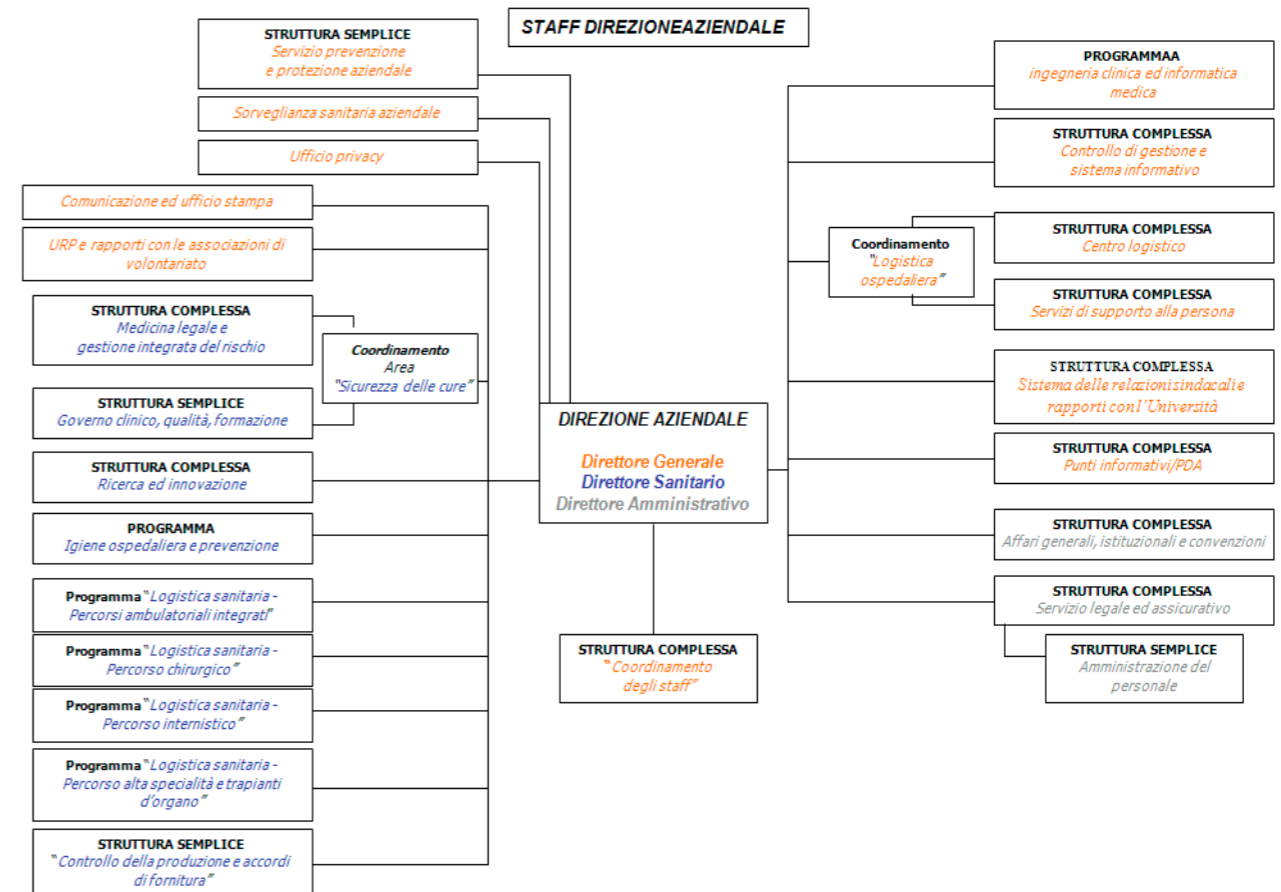
Strutture in staff

- afferiscono prevalentemente al Direttore Generale: Coordinamento degli Staff,

Centro Logistico, Comunicazione ed Ufficio Stampa, Controllo di Gestione e Sistema Informativo, Punti Informativi/PDA, Servizi di Supporto alla Persona, Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, Sistema delle Relazioni Sindacali e Rapporti con l'Università, ingegneria clinica ed informatica medica, sorveglianza sanitaria Aziendale, Ufficio Privacy, URP e Rapporti con le Associazioni di Volontariato.

- Afferiscono prevalentemente al Direttore Sanitario: Controllo della Produzione e Accordi di Fornitura, Governo Clinico Qualità e Formazione, Igiene Ospedaliera e Prevenzione, Logistica Sanitaria - Percorso alta specialità e trapianti d'organo, Logistica Sanitaria - Percorsi ambulatoriali integrati, Logistica Sanitaria - Percorso chirurgico, Logistica Sanitaria - Percorso internistico, Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, Ricerca ed Innovazione.
- Afferiscono prevalentemente al Direttore Amministrativo: Affari Generali, Istituzionali e Convenzioni, Servizio Legale ed Assicurativo.

Figura 2.1 Strutture in Staff alla Direzione Aziendale

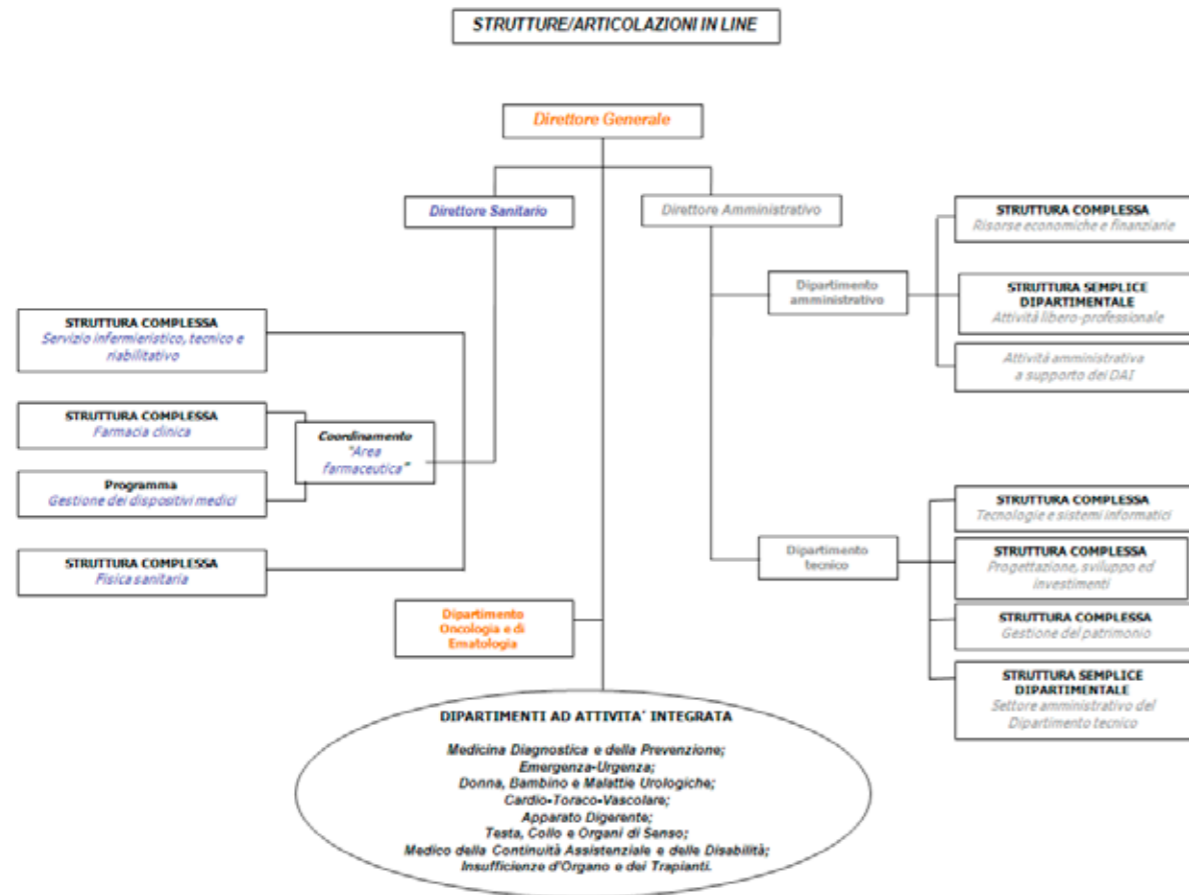


Strutture in line

In line alla Direzione Aziendale, oltre ai sette Dipartimenti ad Attività Integrata, sono presenti tutte quelle strutture organizzative ad alta specializzazione che svolgono funzioni consolidate nell'organizzazione.

In particolare, in line al Direttore Amministrativo sono presenti i 2 dipartimenti tecnico e amministrativo, in line al Direttore Sanitario sono invece presenti le strutture strettamente correlate con l'attività assistenziale: il Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo, la Fisica Sanitaria e l'Area Farmaceutica comprendente la Farmacia Clinica e il programma di Gestione dei Dispositivi Medici.

Figura 2.2 Strutture in Staff alla Direzione Aziendale





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

3.1 Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria

Nel corso dell'anno 2014 la **partecipazione degli Enti Locali della provincia di Bologna alla programmazione sanitaria regionale** e al suo controllo periodico locale sono state realizzate, come di consueto, attraverso la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e in stretta collaborazione con l'Azienda USL di Bologna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli. Anche nel corso di quest'anno sono stati attuati: il percorso per l'approvazione dei bilanci sia consuntivi che preventivi, nonché le altre attività di programmazione congiunta da parte delle Aziende, con particolare riferimento ai progetti a valenza trasversale (Laboratorio Unico Metropolitan, Trasfusionale Unico e Rete Raccolta Sangue e Servizio Unico Amministrativo Metropolitan). Alla Conferenza sono stati presentati anche il Codice di Comportamento dei dipendenti Pubblici e, come di consueto, la contrazione dei servizi nel periodo estivo.

3.2 Universalità ed equità di accesso

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

Insieme ad alcuni componenti del Comitato Consultivo Misto ed in collaborazione a livello locale con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ed a livello nazionale con AGE.NA.S. ed il Ministero della Salute, nel corso del 2014 è stata rinnovata l'adesione al progetto: "Sperimentazione di un sistema di valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini nelle strutture di degenza". Obiettivo del progetto è la sperimentazione di un sistema di valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini nelle strutture di degenza, tramite revisione e adattamento al nostro sistema sanitario regionale di sistemi di valutazione già esistenti (a livello nazionale e regionale). Lo strumento utilizzato è stato quello della

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

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

Il Comitato Consultivo Misto ha collaborato a livello locale con l'A.S.S.R., a livello nazionale con AGE.NA.S. e con il Ministero della Salute, nell'ambito del progetto "Sperimentazione di un sistema di valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini nelle strutture di degenza"

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

Check List per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero.

Tra il mese di Febbraio e Dicembre 2013, è stata condotta un'analisi della Check List da un gruppo di lavoro regionale (ASSR/Referenti Qualità/URP/CCRQ), sono stati individuati circa 70 items che sono requisiti di accreditamento generali e specifici nel nostro sistema regionale. Nel Giugno 2014 Agenas/Agenzia di valutazione civica ha elaborato i dati raccolti nel corso del 2013 ed ha provveduto a redigere il documento **Restituzione dei dati e del percorso di ricerca** - inviandolo alle Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna che hanno aderito al progetto. Il documento contiene tra l'altro spunti e proposte interessanti per sperimentare la progettazione delle eventuali azioni di miglioramento e per individuare modalità partecipative di restituzione dei dati alla propria comunità di riferimento attraverso la rappresentanza dei cittadini: il Comitato Consultivo Misto.

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

Nel corso del 2014 è stato attivato il percorso formativo "L'integrazione tra cittadino straniero e il professionista dell'area ostetrico-ginecologica". Il corso di formazione si è articolato su sei sezioni della durata di otto ore ciascuna, ed ha permesso la partecipazione di molti operatori sanitari dell'area pediatrica.

Sul versante dell'eliminazione delle **barriere "linguistiche" e culturali**, nel 2014 sono proseguite le attività nell'ambito dell'**Applicazione indicazioni regionali sulle nuove dimensioni della relazione di cura in un contesto pluriculturale**, condotte in collaborazione con il Servizio Assistenza Distrettuale Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo di Servizi Sanitari Regione Emilia-Romagna. In particolare, gli obiettivi definiti per il 2014 hanno riguardato il consolidamento ed il miglioramento dei Servizi di mediazione implementati negli anni precedenti e la loro riprogettazione in relazione alle nuove esigenze emerse sia dall'analisi dell'andamento degli accessi di utenti stranieri all'interno del Policlinico, sia dall'analisi dei bisogni espressi dai professionisti dell'area sanitaria e del personale addetto all'accoglienza. I dati dell'analisi e la raccolta delle testimonianze dei professionisti hanno evidenziato l'importanza della relazione del mediatore culturale con il team multidisciplinare che opera all'interno delle Unità Operative.

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

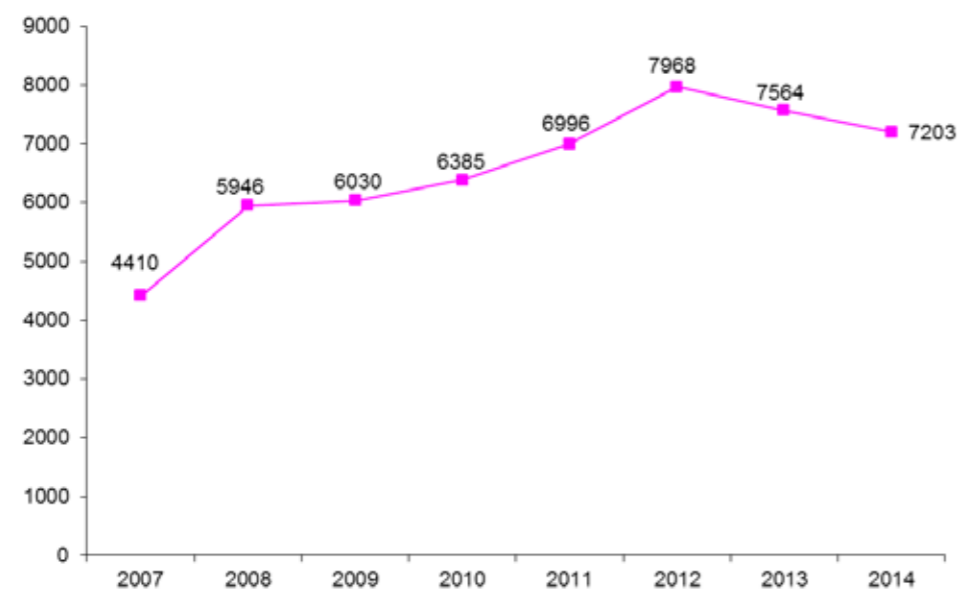
Obiettivo del corso è stato fornire ai circa 80 mediatori che lavorano quotidianamente nelle due Aziende sanitarie bolognesi maggiori informazioni ed approfondimenti sull'organizzazione, nel nostro caso del Policlinico in generale e dell'URP in particolare, e ai fini della gestione di situazioni complesse.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico e rapporti con le Associazioni di Volontariato, nel 2014, ha, come ogni anno, compilato il report della Regione Emilia-Romagna, **"Monitoraggio dell'offerta dei servizi sanitari a favore delle persone straniere"**. I risultati di questo monitoraggio inviati ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie hanno evidenziato come aree d'intervento di priorità regionali:

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

Il grafico che segue, evidenzia il trend delle presenze di utenti stranieri nel Policlinico. Anche se nell'anno 2014 si rileva una riduzione delle presenze, resta fondamentale il ruolo svolto dai servizi di mediazione interculturale.

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



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nell'ambito dei Servizi di mediazione attivi nel Policlinico, anche nel 2014 grande attenzione è stata rivolta alla **"mediazione fissa"**, tipologia di servizio che prevede la presenza fissa di un mediatore culturale presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dove si verifica un considerevole afflusso di utenti stranieri.

Nel 2014 la mediazione fissa ha previsto la presenza di una mediatrice culturale che parla serbo-croato, inglese e francese, in specifiche giornate e fasce orarie, disponibile per l'esecuzione di interventi di mediazione ed interpretariato nelle Unità Operative afferenti principalmente all'area pediatrica. Il numero di ore dedicate alla mediazione

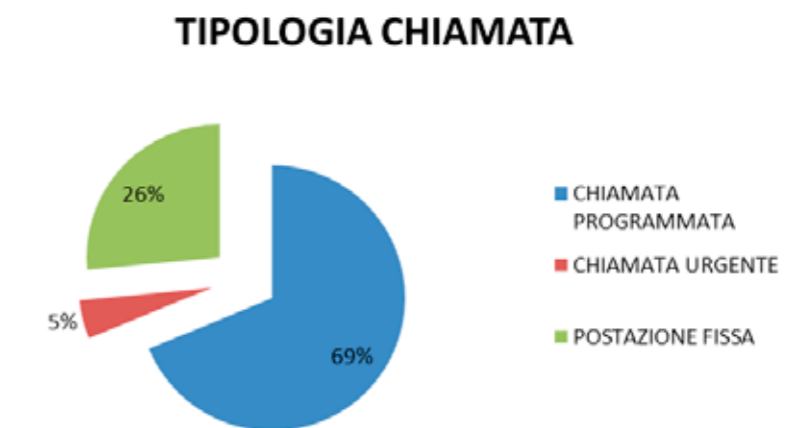
Nonostante il trend delle presenze di utenti stranieri all'interno del Policlinico nel 2014 abbia registrato un calo, vi è stata una crescita esponenziale della richiesta di mediatori culturali, come conseguenza del riconoscimento di questo ruolo ai fini del superamento delle barriere nella comunicazione

fissa è stato di 539.

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

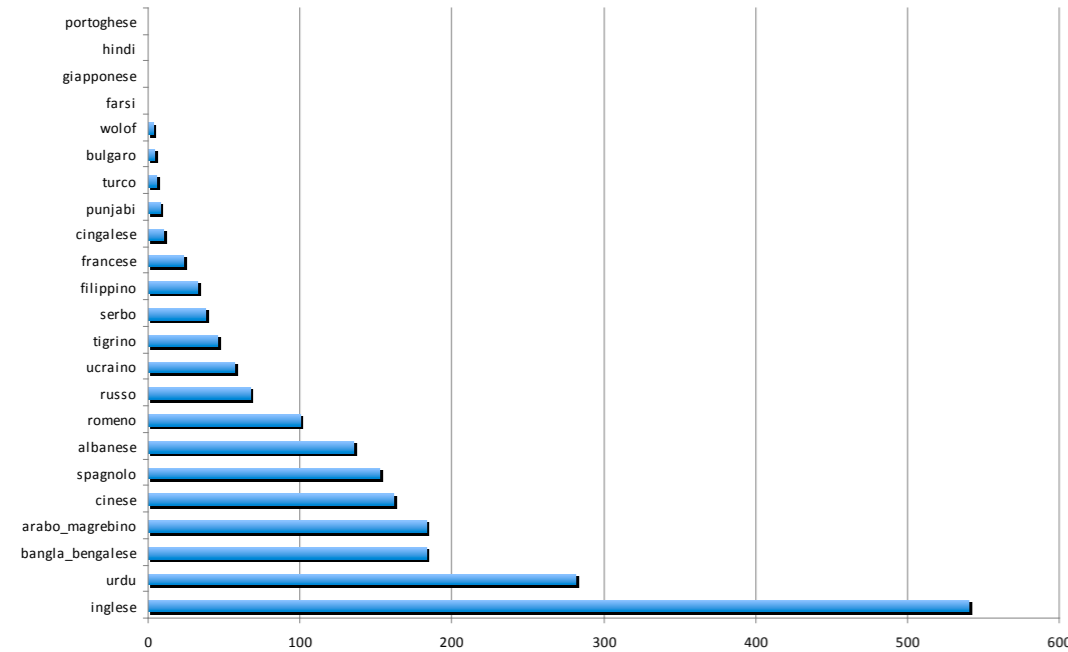
La **"mediazione a chiamata"**, che comprende la mediazione a **chiamata urgente e programmata** prevede la possibilità da parte delle unità operative e direzioni di richiedere la presenza di un mediatore culturale esperto in grado di affrontare situazioni particolari e delicate, in cui è necessario trasmettere informazioni e notizie e occorre farlo in modo efficace e con attenzione alla modalità di comunicazione. Nel 2014 l'analisi dei dati di utilizzo del servizio ha evidenziato un numero complessivo di 1398 ore per la "mediazione a chiamata programmata" ed un numero di 96 ore per la "mediazione a chiamata urgente", confermando l'utilità del servizio nelle UU.OO. a supporto della relazione tra sanitari e utenti di nazionalità e lingua non italiana. I grafici che seguono evidenziano la distribuzione delle richieste per la mediazione a chiamata urgente, programmata e da prestazione fissa (grafico 3.2) e il numero di interventi di mediazione a chiamata per lingua (grafico 3.3), e per unità operativa (grafico 3.4).

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



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 3.3 Interventi di mediazione a chiamata per lingua



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Le lingue più richieste a seguito dell'incremento dei flussi migratori sono l'inglese, l'urdu, l'arabo, e il magrebino. Rilevante è stata la richiesta per la lingua albanese, romena, ucraina, francese e filippina

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

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nel corso del 2014 le lingue più richieste sono state: inglese, urdu, bangla-bengalese, arabo-magrebino, cinese e spagnolo. Rispetto all'anno 2013, sono aumentate le richieste di mediazione anche per le seguenti lingue: albanese, romeno, ucraino, francese e filippino.

Le Unità Operative che hanno maggiormente utilizzato il servizio di mediazione culturale sono state: Oncoematologia pediatrica, Cardiocirurgia pediatrica, Day hospital pediatrico e Diabetologia.

Hanno registrato un afflusso notevole di pazienti stranieri nel corso del 2014 a seguito dell'incremento dei flussi migratori le Unità Operative di: Malattie Infettive, Ostetrica e Medicina dell'Età Prenatale, Nefrologia e Dialisi ed il Servizio Sociale ospedaliero.

La "mediazione telefonica", che fornisce assistenza e supporto informativo tramite un Call Center di mediatori madrelingua, ha come caratteristica principale l'immediata disponibilità del mediatore. La risposta infatti è garantita entro **60 secondi**. Importanti e sostanziali modifiche sono state apportate al servizio di mediazione telefonica nel corso del 2014, la riorganizzazione del servizio iniziata già nel corso del 2013, ha permesso di renderlo disponibile a tutte le Unità Operative e Servizi del Policlinico. Per facilitare l'accesso al servizio di mediazione telefonica, sono stati messi a disposizione del personale sanitario ed amministrativo un numero verde ed un numero breve aziendale, inoltre un risponditore vocale consente di dialogare con il servizio/sistema e di effettuare la scelta della lingua desiderata in brevissimo tempo. Il servizio è disponibile attraverso l'utilizzo di un qualsiasi apparecchio telefonico aziendale, 24 ore su 24 per 365 giorni. Altre vantaggiose soluzioni di accesso e di utilizzo del servizio, sono state oggetto di studio e di valutazione nel corso del 2014, al fine di ridurre e di contenere la spesa per le altre forme di mediazione disponibili, in particolare quelle a chiamata programmata ed urgente. Il personale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico e rapporti con le Associazioni di Volontariato, ha cercato attraverso incontri specifici con gli operatori sanitari sul "campo" - di sensibilizzare notevolmente il personale all'utilizzo del servizio di interpretariato telefonico. Al fine di incentivare l'utilizzo di tale servizio sono state realizzate anche delle simulazioni dimostrative.

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

Grafico 3.4 Interventi di mediazione a chiamata per Unità Operativa

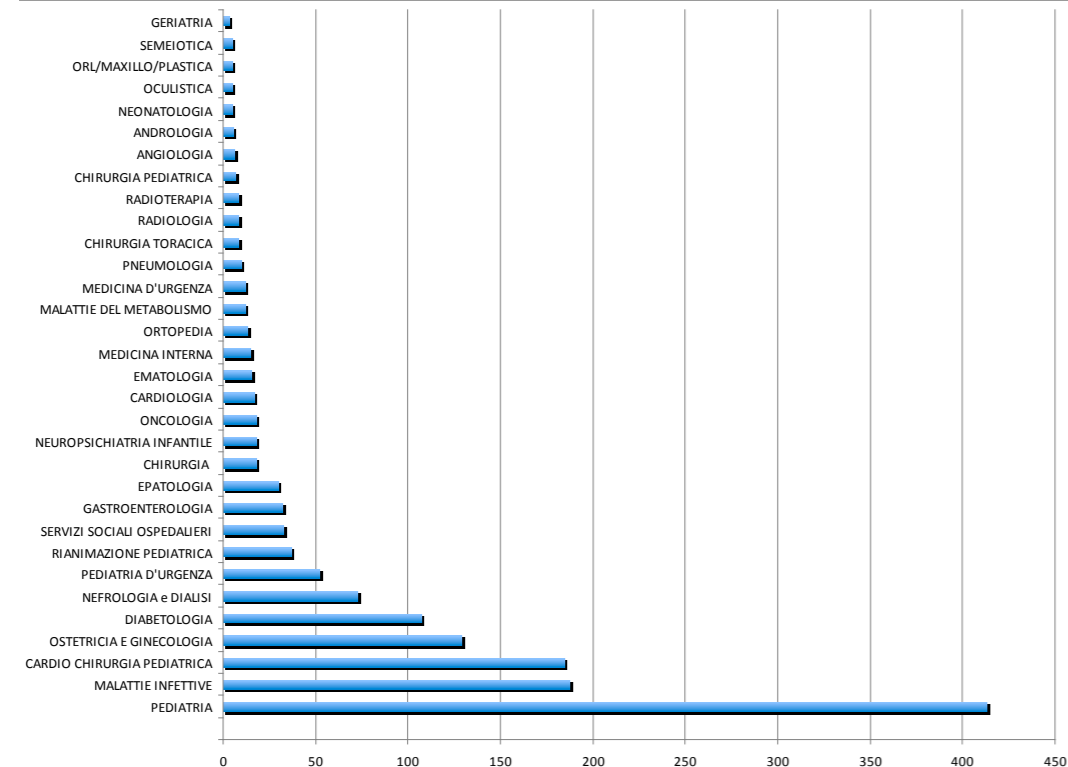
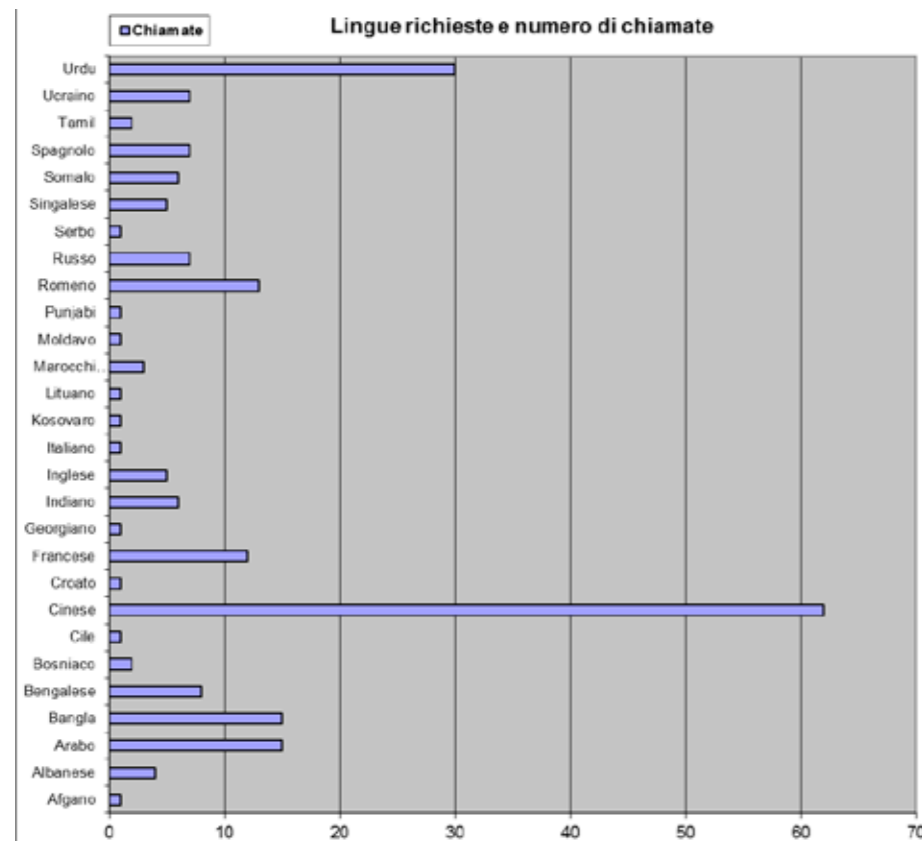


Grafico 3.5 Interventi di mediazione a chiamata telefonica per lingua



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Le lingue più richieste nella mediazione telefonica sono il cinese, l'urdu, l'arabo, il bangla, il romeno e il francese

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

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

Nel corso del 2014, sono stati realizzati e rivisitati vari opuscoli informativi in più lingue messi a disposizione dell'utenza straniera nei Servizi e nelle Unità Operative.

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

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

3.3 Centralità del cittadino

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

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

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

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

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

Nel 2014 è proseguito il progetto, avviato nel 2013, finalizzato alla reingegnerizzazione tecnologica ed organizzativa del sistema di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale basata sulla separazione del percorso amministrativo da quello clinico. Tale riorganizzazione ha lo scopo di semplificare il percorso del cittadino, soddisfare i debiti informativi della struttura verso la Regione e rendere disponibile allo specialista un sistema di prescrizione informatizzato (e-prescription) che utilizza le ricette elettroniche dematerializzate per le prescrizioni di prestazioni "aggiuntive" in corso di visita e di prestazioni erogate all'interno dell'azienda, che fanno riferimento ai cataloghi delle prestazioni specialistiche, di laboratorio, radiologiche e specialistiche erogate dall'Azienda.

In particolare in corso d'anno è stato introdotto lo strumento EASY CUP per la prenotazione informatizzata direttamente in ambulatorio delle visite di controllo e delle prestazioni specialistiche di diagnostica correlate ai percorsi di presa in carico dei pazienti, al fine di evitare il rinvio degli stessi al proprio medico di medicina generale. Il modulo è stato diffuso nelle aree ambulatoriali interessate al cambiamento previa formazione sul campo del personale medico e infermieristico con abilitazioni funzionali diverse.

Preliminarmente all'avvio del progetto è stata effettuata la definizione dei cataloghi delle prestazioni di laboratorio, radiologiche e specialistiche erogate dall'Azienda, la ridefinizione dei palinsesti delle agende di prenotazione, la rivisitazione anche in un'ottica di appropriatezza dei flussi ambulatoriali e delle attività svolte, la definizione dei profili di prescrizione relativi ai percorsi specialistici.

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

Il progetto è stato realizzato in area pediatrica, in area cardiocirurgica adulti e pediatrica, presso gli ambulatori di cardiologia Pediatrica e in area dermatologica. La diffusione del progetto proseguirà nel 2015 introducendo ulteriori innovazioni al fine di rispondere ulteriormente alle esigenze conseguenti alla presa in carico ambulatoriale.

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

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

3.4.1 Qualità e Accreditamento

Nel febbraio 2014 è stata effettuata la verifica di rinnovo dell'accreditamento istituzionale dell'ex Dipartimento Chirurgie Specialistiche e Anestesiologia. L'esito complessivo della verifica è risultato positivo e ha evidenziato l'evoluzione del sistema qualità aziendale negli anni.

Le articolazioni organizzative valutate erano:

- UO Anestesia e Terapia intensiva Polivalente - Di Nino;
- UO Chirurgia Orale e Maxillo-Facciale - Marchetti;
- UO Chirurgia Plastica - Cipriani;
- UO Oftalmologia - Campos;
- UO Oftalmologia - Ciardella;
- UO Ortopedia e Traumatologia - Laus;
- UO Otorinolaringoiatria e Audiologia - Pirodda;
- UO Urologia - Martorana;
- UO Urologia - Martorana ff;
- SSD Andrologia - Colombo;
- SSD Anestesiologia - Altimari;
- Blocco Operatorio Piastra B;
- Blocco Operatorio Oculistico;
- Blocco Operatorio Ortopedico;
- Blocco Operatorio Urologico.

In coerenza con lo sviluppo del sistema qualità di dipartimento è stata sperimentata anche la verifica di un PDTA tramite check list di valutazione dei requisiti specifici definiti. In particolare è stato valutato il PDTA "Percorso di cura per l'assistenza integrata ai pazienti anziani con frattura di femore e comorbidità". Gli aspetti di miglioramento evidenziati sono stati oggetto di una valutazione integrata che ha comportato la revisione del percorso, recependo anche le linee guida regionali "Organizzazione dell'assistenza integrata al paziente anziano con frattura di femore" del 2013.

Ai fini della sicurezza dei processi assistenziali, nel corso del 2014 è stato effettuato **un audit per la verifica della corretta applicazione delle procedure aziendali seguenti:**

- compilazione e gestione cartella clinica;
- gestione clinica dei farmaci;
- esecuzione dell'attività di consulenza;

- informazione e acquisizione/negazione del consenso al trattamento sanitario;
- gestione della terapia trasfusionale;
- gestione delle emergenze cliniche;
- gestione dei decessi, delle salme e delle parti anatomiche riconoscibili;
- identificazione del paziente sottoposto a intervento;
- identificazione del sito dell'intervento e conferma dell'intervento.

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

L'audit ha coinvolto almeno due unità operative per Dipartimento; in ogni unità operativa sono state valutate almeno 2 procedure. Le strutture su cui effettuare la valutazione sono state selezionate sulla base di precedenti riscontri di criticità e prevalente applicabilità dei contenuti della procedura nel contesto specifico.

In tutti gli audit è stata valutata la conoscenza e l'applicazione delle regole definite nelle procedure selezionate. La metodologia di valutazione ha previsto sempre un colloquio con gli operatori (medici e infermieri), in altri casi un'osservazione diretta delle attività. In casi specifici l'analisi è stata condotta sulla base di dati ricavabili dai diversi database aziendali. In tutti i casi è stata necessaria una verifica sulle cartelle cliniche.

La restituzione dei risultati è stata effettuata tramite report specifico con osservazioni ed eventuale richiesta di attivazione di azioni di miglioramento.

La tabella seguente riporta le percentuali di applicazione dei diversi item valutati per procedura:

Tabella 3.1 Percentuale di applicazione degli items per procedura

	N. SI	N. Item valutati	% SI
PA43 Gestione Clinica dei farmaci	591	663	89.1
PA23 Esecuzione dell'attività di consulenza	103	139	74.1
PA24 Consenso Informato	191	197	97.0
IOA78 Controllo della trasfusione	113	117	96.6
PA64 Emergenze Cliniche	298	302	98.7
PA82 Gestione dei decessi, delle salme e delle parti anatomiche riconoscibili	89	92	96.7
PA84 Identificazione paziente sottoposto a intervento, sito dell'intervento e conferma dell'intervento	268	310	86.5

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

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

L'attività di audit 2014 è stata condotta su un campione di cartelle cliniche (aperte e chiuse) delle Unità Operative risultate critiche nelle valutazioni precedenti o mai valutate.

La valutazione delle cartelle cliniche chiuse su un panel completo di fattori ha riguardato 13 Unità Operative, per un totale di 251 cartelle e circa 19.500 item con un'appropriatezza complessiva pari al 86,5% (88,1% per gli item medici e 84,2 % per quelli infermieristici).

Sono state inoltre valutate 600 cartelle cliniche chiuse di 31 Unità Operative ai fini del monitoraggio specifico del set di item relativi alla gestione del dolore.

La valutazione delle cartelle cliniche aperte è stata condotta, su fattori selezionati che presentavano criticità nel monitoraggio precedente, in 12 Unità Operative per un totale di 60 cartelle con un'appropriatezza complessiva pari al 85%.

3.4.2 Processi aziendali

Valutazione degli esiti e delle performance.

L'Azienda, a seguito della pubblicazione sul sito di Agenas del "Piano Nazionale Esiti 2013 (dati 2012)" dei dati di esito riferibili alla propria attività, ha effettuato una disamina puntuale di ogni singolo indicatore, in termini quali e quantitativi, attraverso un confronto con quelli di altri ospedali della regione Emilia-Romagna e/o di strutture di alta rilevanza in ambito nazionale.

Sulla base delle risultanze è stato prima illustrato e poi condiviso con il Collegio di Direzione un piano delle azioni per l'anno 2014 finalizzato al miglioramento dei punti risultati critici. Le azioni intraprese hanno riguardato nello specifico la rivalutazione della codifica e della casistica in ambito cardochirurgico unitamente alla creazione o revisione di percorsi clinico - organizzativi per alcune patologie neoplastiche (tumori del polmone e della prostata).

Tale analisi, una volta resi disponibili anche i dati 2013, è stata ulteriormente arricchita da un confronto con la media nazionale, con il dato aziendale rilevato nell'anno precedente e con il dato del miglior esito conseguito dalle aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna.

Rispetto ai 52 indicatori censiti risultano solamente un paio di criticità, mentre per numerosi altri indicatori la nostra azienda risulta essere "gold standard" a livello regionale.

A seguire si riportano gli indicatori del Piano Nazionale Esiti 2014, che misura sui dati 2013 la performance dell'Azienda rispetto alla media nazionale:

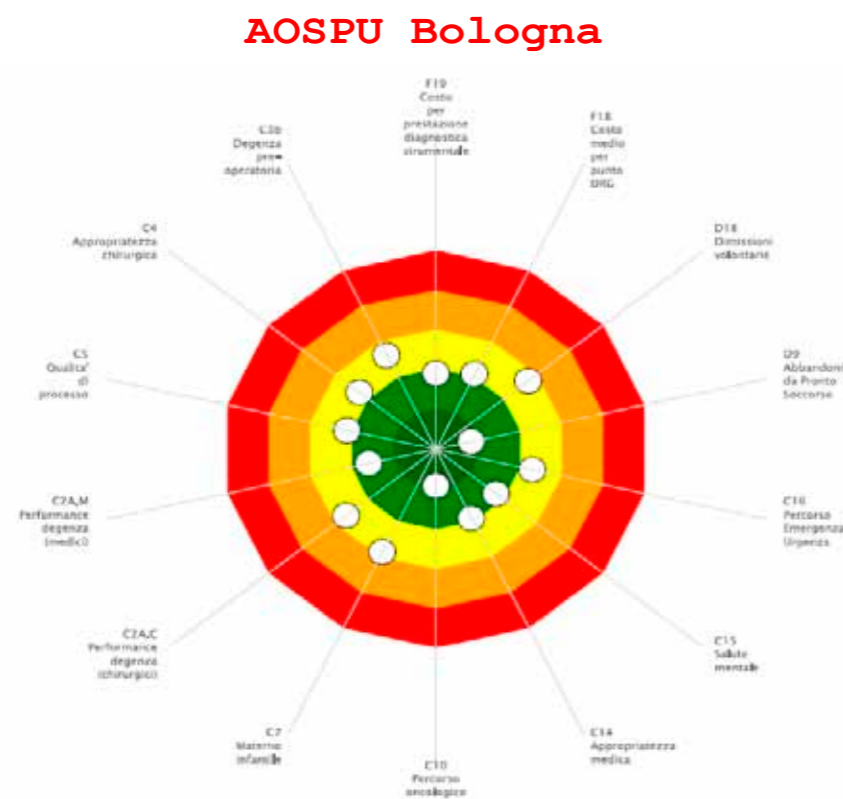
L'Azienda aderisce a sistemi nazionali e interregionali per la valutazione delle performance in sanità

Indicatori PNE 2014 (dati 2013)	Sign esito	Indic PNE 2014			Cfr media naz		Gold st AO-ER	Cfr anno prec	
		N	Rischio grezzo	Rischio ADJ	RR ADJ	p ADJ*		RR ADJ	p ADJ*
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni		667	7,95	5,89	0,64	0,002	BO	0,94	0,747
Infarto Miocardico Acuto senza PTCA: mortalità a 30 giorni		294	13,27	11,23	0,66	0,011	BO	1,11	0,653
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni		667	37,03	42,25	1,07	0,224	FE - 61,4	0,92	0,274
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA nel ric. indice o succ. entro 7gg		667	55,62	62,43	1,13	0,000	FE - 83,4	1	0,945
Infarto Miocardico Acuto con PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni		247	4,86	3,25	0,71	0,267	BO	0,73	0,425
Infarto Miocardico Acuto con PTCA oltre 2 giorni dal ric: mortalità a 30 giorni		132	3,79	2,39	0,83	0,694	MO - 1,9	1	0,995
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di ricoveri entro 2 giorni		667	2,4	2,53	0,35	0,000	PR - 1,6	0,64	0,150
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno		715	10,91	6,58	0,64	0,001	BO		
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno		715	23,78	20,49	0,88	0,078	RE - 18,6		
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni		381	1,84	1,52	0,63	0,231	PR - 0,95	0,48	0,386
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni		708	2,54	2,2	0,77	0,289	HH - 1,1	1,29	0,602
Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni		904	6,64	5,6	0,54	0,000	MO - 4,6	0,88	0,455
Scopenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg		654	16,21	15,46	1,04	0,663	MO - 14,3	0,97	0,834
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni		200	0,5	0,51	0,27	0,185	BO		
Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni		287	1,74	1,69	0,48	0,106	BO	1,13	0,933
Colecistectomia in regime ordinario/day surgery: % colecistectomie laparoscopiche		163	80,37	86,17	0,93	0,004	RE - 96,3	0,95	0,101
Colecistectomia in regime ordinario: proporzione di colecistectomie laparoscopiche		163	80,37	85,98	0,93	0,004	RE - 96,2	0,95	0,101
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri ordinari con degenza post-operatoria inf. a 3gg		131	74,05	77,21	1,22	0,000	MO - 88,7	1,08	0,261
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria inf a 3gg		131	74,05	77,32	1,21	0,000	MO - 88,8	1,08	0,263
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni		272	7,72	6,81	2,91	0,000	RE - 1,8	0,97	0,951
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery		131	10,69	10,85	0,72	0,194	MO - 55,6	3,74	0,018

Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni		272	0,74	0,58	0,55	0,406	RE - 0,5	1,35	0,831
Proporzione di parti con taglio cesareo primario		2833	26,79	20,23	0,78	0,000	PR - 16,2	1,04	0,527
Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio		4210	0,29	0,25	0,6	0,075	BO	3,55	0,058
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio		4210	0,86	0,86	1,59	0,005	PR - 0,4	0,87	0,686
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio		2232	0,72	0,6	0,79	0,347	BO	0,95	0,919
Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio		2232	1,12	1,07	1,35	0,132	PR - 0,7	1,91	0,115
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni		356	4,21	2,99	0,52	0,015	IOR - 2	0,96	0,909
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni		355	76,34	79,39	1,74	0,000	IOR - 83,7	1,49	0,000
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi		425	0,94	1,02	0,74	0,553	RE - 0		
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni		344	10,76	9,17	0,79	0,176	RE - 6,9	0,85	0,497
Indicatori PNE 2014 (dati 2013)	Sign esito	Indic PNE 2014			Cfr media naz		Gold st AO-ER	Cfr anno prec	
INDICATORI di ESITO		N	Rischio grezzo	Rischio ADJ	RR ADJ	p ADJ*		RR ADJ	p ADJ*
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni		316	8,23	7,68	1,06	0,774	RE - 4,9	1,29	0,371
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni		640	11,72	8,76	1	0,986	PR - 3,7	0,89	0,451
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni		584	15,58	14,01	1,01	0,917	FE - 11,3	0,97	0,841
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero		2078	6,79	6,49	0,58	0,000	FE 5,3	1,04	0,742
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni		161	1,86	2,06	0,37	0,087	BO		
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni		372	6,18	4,68	1,11	0,659	RE - 2,4	1,4	0,464
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni		72	0	0			BO		
Intervento chirurgico per TM colon: proporzione di interventi in laparoscopia		198	22,73	24,8	0,89	0,423	MO - 75,1	1,42	0,120
Intervento chirurgico per TM retto: proporzione di interventi in laparoscopia		20	30				PR - 50		
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni		162	1,85	1,19	0,87	0,822	MO - 0,3	1,52	0,774
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni		274	5,11	5,62	1,45	0,162	PR - 0	1,03	0,941
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni		517	0,77	0,56	0,46	0,140	RE, FE - 0	2,68	0,436
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni		115	5,22	6,22	1,1	0,821	RE - 0	1,13	0,887
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni		412	1,94	2,07	0,81	0,564	FE - 0,6		

Nel 2014 la Regione Emilia-Romagna ha aderito al Network per la valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali (Bersagli MeS) i cui risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio che consente un'immediata valutazione dell'efficacia delle attività. Per l'AOU la maggior parte degli indicatori relativi all'attività 2013 si collocano nelle zone centrali del bersaglio, verdi e gialle, e nessun indicatore o set di indicatori risultano collocati nelle fasce più esterne, arancio e rosso, delle criticità. E' da sottolineare peraltro l'eccellente risultato per gli ambiti relativi a "qualità clinica" ed "esiti".

Figura 3.1 Posizionamento dell'Azienda indicatori Network MeS



Fonte: Network Bersagli MeS

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

E' proseguita nel 2014 la collaborazione, già avviata nel 2013, con l'Azienda USL di Bologna per la valutazione della performance dei percorsi clinico-assistenziali a valenza interaziendale con l'obiettivo di uniformare il comportamento dei professionisti verso comportamenti appropriati e per quanto possibile "omogenei" a fronte di analoghe situazioni cliniche.

I PDTA oggetto di monitoraggio interaziendale sono i seguenti:

- Post-IMA;
- Stroke;

Nel 2014 prosegue la valutazione dei principali percorsi di cura per la presa in carico del paziente

- Scopenso Cardiaco;
- Frattura di Femore;
- Tumore del Polmone;
- Tumore della Mammella;
- Tumore del Colon;
- Percorso Nascita.

La selezione degli indicatori di monitoraggio è stata fatta tenendo conto dell'esigenza di individuare indicatori misurabili da sistemi informativi comuni alle aziende, in particolare interrogando le banche dati regionali (SDO, ASA, FED, pronto soccorso ecc.), in modo da garantire l'omogeneità del confronto interaziendale. Il monitoraggio degli andamenti è semestrale.

Nel 2014 si è data continuità a questo approccio metodologico. Le Direzioni Sanitarie delle due Aziende di Bologna (AOU e AUSL) hanno incontrato i professionisti coinvolti nei diversi PDTA oggetto di monitoraggio e valutazione interaziendale, discusso i risultati 2013 e fissato, condividendoli, gli obiettivi 2014. Sul sito intranet aziendale sono pubblicate le schede contenenti gli indicatori, per ognuno dei quali sono specificate le modalità di rilevazione e di calcolo, la fonte dati e la frequenza di rilevazione, i valori rilevati e gli obiettivi di performance da conseguire per l'anno di riferimento.

Le tabelle di sintesi riportano, per ogni indicatore definito per il monitoraggio dei diversi PDTA, il risultato dell'anno 2013, il risultato relativo al I semestre 2014, il risultato complessivo 2014 e l'obiettivo fissato dalle Direzioni Sanitarie. Il codice colore (verde per una buona performance e rosa-rosso per la performance da tenere sotto controllo o migliorare) facilitano la visualizzazione degli indicatori.

Tabella 3.2 Indicatori Percorso POST IMA

POST-IMA		AOSP BO			
		2013	1s 2014	2014	obiettivo
S1	% di pazienti RESIDENTI IN AUSL BO dimessi per IMA-SCA in terapia con almeno 3 dei 4 farmaci appropriati	89,5%	84,0%	87,4%	≥85%
S2	% di pazienti RESIDENTI IN AUSL BO dimessi per IMA-SCA DAI REPARTI CARDIOLOGIA E UTIC in terapia con almeno 3 dei 4 farmaci appropriati	94,4%	90,5%	93,0%	≥90%
S3	% pazienti residenti in AUSL BO dimessi per IMA-SCA DAI REPARTI DI MEDICINA E GERIATRIA in terapia con almeno 3 dei 4 farmaci appropriati	67,1%	59,0%	65,2%	≥65%
R1	% pazienti con re - ricovero per IMA-SCA a 30 giorni dalla dimissione	5,6%	dato non disponibile	3,8%	Monitoraggio
R2	% pazienti con re - ricovero per IMA-SCA a 30 giorni dalla dimissione da reparti di cardiologia e utic	5,9%	dato non disponibile	3,9%	Monitoraggio
R3	% pazienti con re - ricovero per IMA-SCA a 30 giorni dalla dimissione da reparti di medicina e geriatria	7,6%	dato non disponibile	6,1%	Monitoraggio

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.3 Indicatori Percorso Stroke

STROKE		AOSP BO				obiettivo
		2013	1s 2014	2014		
S1	% Pz pazienti dimessi con diagnosi di ICTUS CEREBRALE con riabilitazione ospedaliera in disciplina 56 60	48,8%	44,4%	49,3%		≥50%
S2	% pazienti dimessi con diagnosi di Ictus cerebrale sottoposti a trombolisi	15,4%	14,0%	14,4%		≥ anno 2013
R1	% riammissioni a 30 gg per ictus (pz ≥ 18 anni) con tipo di ricovero urgente (PS/OBI)	2,9%	2,4%	2,6%		<2,0%
R2	% riammissioni a 30 gg per tutte le cause (pz ≥ 18 anni) con tipo di ricovero urgente (PS/OBI)	10,7%	7,7%	5,5%		≤8%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.4 Indicatori Percorso Scompenso Cardiaco

SCOMPENSO CARDIACO		AOSP BO				obiettivo
		2013	1s 2014	2014		
S1	% pazienti residenti in AUSL BO (≥18 anni) dimessi con diagnosi di scompenso trattati con appropriata terapia farmacologica	49,6%	52,7%	57,2%		Monitoraggio
R1	% pazienti residenti in AUSL BO dimessi con diagnosi di scompenso con re-ricovero URGENTE PER SCOMPENSO a 15gg e a 60 gg	2,1% 15gg 7,5% 60gg	2,0% 15gg 8,1% 60gg	1,4% 15gg 8,3% 60gg		≤3% 15gg ≤7% 60gg
R2	% pazienti residenti in AUSL BO dimessi con diagnosi di scompenso con re-ricovero URGENTE per TUTTE LE DIAGNOSI a 15 - 60 gg	9,0% 15gg 21,1% 60gg	8,3% 15gg 23,6% 60gg	8,7% 15gg 23,3% 60gg		≤10% 15gg ≤21% 60gg
R3	% pazienti residenti in AUSL BO (≥18 anni) dimessi con diagnosi di scompenso con re-ricovero URGENTE PER SCOMPENSO a 15gg e a 60 gg dalla dimissione da reparti di cardiologia e UTIC	1,3% 15gg 5,8% 60gg	dato non disponibile	2,1% 15gg 8,3% 60gg		//
R4	% pazienti residenti in AUSL BO (≥18 anni) dimessi con diagnosi di scompenso con re-ricovero URGENTE PER TUTTE LE DIAGNOSI a 15gg e a 60 gg dalla dimissione da reparti di cardiologia e UTIC	5,8% 15gg 16,2% 60gg	dato non disponibile	8,3% 15gg 24,8% 60gg		//
R5	% pazienti residenti in AUSL BO (≥18 anni) dimessi con diagnosi di scompenso con re-ricovero URGENTE PER SCOMPENSO a 15gg e a 60 gg dalla dimissione da reparti di MEDICINA e GERIATRIA	1,5% 15gg 7,0% 60gg	dato non disponibile	2,1% 15gg 8,3% 60gg		//
R6	% pazienti residenti in AUSL BO (≥18 anni) dimessi con diagnosi di scompenso con re-ricovero URGENTE PER TUTTE LE DIAGNOSI a 15gg e a 60 gg dalla dimissione da reparti di MEDICINA e GERIATRIA	9,7% 15gg	dato non disponibile	8,3% 15gg 24,8% 60gg		//

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.5 Indicatori Percorso Frattura di femore

FRATTURA DI FEMORE		AOSP BO				obiettivo
		2013	1s 2014	2014		
S2	% pazienti operati per Frattura del Collo del Femore inviati con riabilitazione ospedaliera in disciplina 56	17,8%	6,6%	14,1%		≤15%
S3	% pazienti operati per Frattura del Collo del Femore inviati con riabilitazione ospedaliera in disciplina 60	62,6%	46,0%	52,2%		≥65%
S4	% pazienti operati per Frattura del Collo del Femore che hanno avuto almeno una forma di presa in carico riabilitativa	81,2%	54,9%	70,5%		≥75%
S5	% pazienti operati per Frattura del Collo del Femore segnalati a CEMPA	33,7%	30,5%	28,2%		Monitoraggio
R1	% casi di effettuazione trattamento chirurgico entro 48 h dall'arrivo in ospedale	80,8%	83,8%	85%		≥80%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.6 Indicatori Percorso Tumore del Polmone

TUMORE DEL POLMONE		AOSP BO				obiettivo
		2013	1s 2014	2014		
S1	% di pazienti con neoplasia del polmone operati entro 30 gg dall'inserimento in lista di attesa (ricoveri programmati)	88,9%	95,8%	88,9%		≥ 95%
P3	% di pazienti deceduti per ca. polmone sottoposti a chemioterapia nell'ultimo mese di vita	anno 2012: 10	anno 2013: 9	anno 2013: 9		audit

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.7 Indicatori Percorso Tumore della Mammella

TUMORE DELLA MAMMELLA		AOSP BO				obiettivo
		2013	1s 2014	2014		
S1	% interventi a 60 gg dall'ultima mammografia	57,6%	59,6%	64,6%		> 70%
S2	% di pazienti con neoplasia della mammella operate entro 30 gg dall'inserimento in lista di attesa (ricoveri programmati)	77,7%	76,2%	83,8%		≥85%
R1	% paz sottoposte a re-intervento a 90gg/ totale pazienti sottoposte ad intervento	2,3%	0,0%	0,0%		≤3,5%
P4	% di pazienti deceduti per ca. mammaella sottoposti a chemioterapia nell'ultimo mese di vita	anno 2012: 7	anno 2012: 3	anno 2012: 33		audit

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.8 Indicatori Percorso Tumore del Colon

TUMORE DEL COLON		AOSP BO				obiettivo
		2013	1s 2014	2014		
S1	% persone che effettua la colonscopia entro 30 giorni dal test di screening positivo	60,6%	70,2%	75,1%		> 75%
S2	% di pazienti operati entro 30 gg dall'inserimento in lista di attesa (ricoveri programmati)	83,5%	81,0%	Nd		≥88%
P1	% di pazienti deceduti per ca. colon sottoposti a chemioterapia nell'ultimo mese di vita	anno 2012: 7	anno 2012: 3	anno 2012: 33		audit

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.9 Indicatori Percorso Nascita

PERCORSO NASCITA		AOSP BO				obiettivo
		2013	1s 2014	2014		
S1	% donne Residenti con parto fisiologico (DRG 373) dimesse dai punti nascita aziendali AUSL e AOU entro 72 ore	100,0%	100,0%	100%		Monitoraggio
R1	% di puerpere residenti che hanno partorito negli ospedali AUSL e AOU visitate dall'ostetrica o dal ginecologo in H o T	23,9%	24,0%	39,1%		Tot. > 45%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

La buona performance complessiva dei percorsi monitorati è verosimilmente correlata anche al consolidamento nel tempo del processo di implementazione e di monitoraggio di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), interdisciplinari e interprofessionali, per la presa in carico di determinate tipologie di pazienti in coerenza con le migliori evidenze disponibili.

I PDTA strutturati in questi ultimi anni hanno riguardato in particolare pazienti con patologia oncologica, neurovascolare e cardiovascolare e hanno contribuito al miglioramento delle performance e dei risultati in questi ambiti.

A titolo esemplificativo si riportano i dati 2014 relativi al monitoraggio di alcuni aspetti dei due PDTA di maggiore impatto epidemiologico, disegnati nell'ottica dell'integrazione ospedale territorio e della continuità assistenziale. In particolare si fa riferimento a: **"Stroke: gestione della fase acuta dell'ictus cerebrale (trombolisi)"** e a **"Trattamento della frattura di femore nell'anziano"**.

Nel 2014 il **trattamento trombolitico dell'ictus ischemico acuto** ha riguardato 51 pazienti su 257 eleggibili, pari al 20%, in linea con i dati di letteratura e con un trend in costante aumento negli anni in virtù dell'adesione dei professionisti al percorso strutturato all'interno del sistema integrato di servizi nell'area metropolitana bolognese per l'assistenza al paziente con ictus ischemico candidabile alla trombolisi.

Si è confermata anche nel 2014 l'efficacia del trattamento trombolitico con un outcome a 3 mesi molto favorevole (Rankin 0-2) nel 72% dei casi e un outcome eccellente (Rankin 0-1) nel 70% dei casi, rispetto al target di riferimento del 50% e 30% rispettivamente. Considerando complessivamente la casistica degli anni precedenti del nostro centro, l'outcome a 3 mesi si conferma al di sopra del target di riferimento e al di sopra del risultato di altri centri italiani ed europei (fonte Registro SITS).

Per quanto riguarda la **frattura di femore nell'anziano** la strutturazione del modello ortogeriatrico e la fattiva integrazione operativa interprofessionale e interdisciplinare ha consentito di raggiungere standard assistenziali elevati documentati dalla proporzione di interventi chirurgici effettuati entro 48 ore dall'ingresso in ospedale del paziente fratturato di femore che risulta nel 2014 pari al 85%, a fronte di un valore nazionale medio del 45,7% (dato PNE 2014).

Nel corso del 2014 il percorso aziendale per l'assistenza integrata ai pazienti anziani con frattura di femore è stato sottoposto a revisione che ha riguardato, da un lato, la riorganizzazione della fase pre - operatoria ai fini del miglioramento dei tempi dell'intervento chirurgico e, dall'altro, la pianificazione del progetto riabilitativo. Nell'ottica della continuità assistenziale, dopo la dimissione dal reparto per acuti il paziente, sulla base del piano riabilitativo e del profilo socio-sanitario di appartenenza, accede ad uno dei setting previsti per il trattamento riabilitativo post-acuto secondo percorsi integrati e condivisi con l'AUSL di Bologna.

Nell'ambito dell'elaborazione di percorsi a valenza interaziendali, è proseguita nel corso del 2014 l'attività del gruppo di lavoro composto da professionisti dell'AUSL di Bologna, dell'AOU di Bologna e dello I.O.R., per la definizione del **"Percorso di presa in carico riabilitativa in area metropolitana del paziente sottoposto a chirurgia protesica elettiva di anca e di ginocchio"**.

3.4.3 Altri progetti di qualità dell'assistenza

Gestione ferite difficili e lesioni da pressione.

Nel 2014 è proseguita l'attività di consulenza da parte dell'infermiere esperto in Wound Care ai pazienti ricoverati a rischio o portatori di lesioni da pressione (LdP) o portatori di altre tipologie di ferite croniche. I pazienti visitati e trattati nel corso del 2014 sono stati 88, alcuni dei quali sono stati seguiti nel tempo.

L'incidenza di LdP rilevata nell'ambito di un progetto di ricerca regionale sui Nursing Sensitive Outcome condotto in 5 reparti pilota del Policlinico risulta, nel periodo considerato, compresa fra lo 0% e il 4,2% del PARE, in linea con i dati di letteratura che oscillano dal 1% al 7%.

Presa in carico del bambino affetto da patologia cronica a rischio di sviluppare disabilità multiple.

Nell'ambito di una collaborazione con l'AUSL di Bologna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli sono stati prodotti una serie di pacchetti formativi/addestrativi rivolti sia ai genitori dei

bambini con patologia cronica per la gestione di specifici aspetti assistenziali sia rivolti agli operatori che dovranno a loro volta supportare la preparazione dei genitori.

Cadute

Nel 2014 sono state diffuse in azienda le raccomandazioni per la prevenzione delle cadute del paziente adulto/anziano, del bambino e della madre/neonato. Il fenomeno "cadute" è continua ad essere oggetto di monitoraggio e sorveglianza con apposita scheda inserita nel database aziendale per periodiche valutazioni e revisioni di indicazioni aziendali o di Unità Operativa. Inoltre, è in corso uno studio per la valutazione dell'efficacia dell'applicazione di un care bundle per la prevenzione delle cadute accidentali del paziente anziano ricoverato in ospedale.

Equità e rispetto delle differenze

Sul tema dell'equità, al fine dell'applicazione dello strumento dell'Health Equity Audit (HEA) sono stati individuati i professionisti afferenti alle aree Qualità, URP, Servizio Infermieristico e Area Sanitaria che hanno partecipato al corso regionale sull'HEA e che sono coinvolti nell'applicazione della metodologia nelle fasi di accesso e riabilitazione post-acuta del PDTA frattura di femore, in collaborazione con AUSL e IOR. L'Azienda ha inoltre aderito al progetto Diversity Management, mediante il recepimento delle indicazioni regionali (griglia per la raccolta dati) e fornito tutte le informazioni e i dati sulla composizione del personale dell'Azienda in relazione alle variabili previste dal tema dell'equità.

Ospedale – Territorio senza dolore

Le azioni inerenti la gestione del dolore sono proseguite anche nel 2014 sulla base dell'esperienza acquisita in questi anni rivolgendo in particolare l'attenzione sulle quattro direttrici di lavoro identificate: dolore perioperatorio, dolore oncologico, dolore cronico, dolore rilevabile in area materno - infantile.

Anche nell'anno 2014 il Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore (COTSD) ha recepito gli obiettivi regionali, definendo le priorità d'intervento e diffuso gli obiettivi specifici di area, monitorando e valutando periodicamente i risultati delle azioni messe in campo dai diversi gruppi di lavoro attivati.

In tutte le Unità Operative del Policlinico sono applicate le scale validate per la valutazione del dolore sia per il paziente adulto (NRS e PAINAD) sia per i pazienti pediatrici (PIP, EDIN modificata, FLAC,

WONG-BAKER). La corretta registrazione del dolore è valutata puntualmente attraverso gli audit della documentazione sanitaria tramite la verifica di un set di indicatori specifici al fine di pianificare e di attuare interventi mirati.

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

Nell'ambito della XIII Giornata Nazionale del Sollievo, l'Azienda ha messo a punto diverse iniziative di comunicazione e informazione interna ed esterna, anche attraverso le pagine internet e intranet, per la diffusione di materiale informativo specifico per area: gestione del dolore nel bambino, anziano, parto e travaglio e altro materiale distribuito dalla Regione.

Inoltre, per promuovere ulteriormente e valutare la cultura della gestione del dolore in ottemperanza alla Legge 38/2010, è stata ripetuta la rilevazione della qualità percepita dalle persone ricoverate relativamente alla gestione del dolore nei reparti di degenza.

La misurazione è stata realizzata attraverso la somministrazione diretta di un breve questionario da parte di professionisti dell'Azienda ai pazienti in dimissione da alcune strutture di area medica e chirurgica del Policlinico. I risultati riconfermano quanto già messo in evidenza nella misurazione del 2013, e precisamente per quanto riguarda l'attenzione da parte del personale sanitario per ridurre o evitare il dolore e per la tempestività ai fini del sollievo in caso di dolore, leggermente più critici quelli relativi alle informazioni ricevute sulla gestione del dolore, aspetto sul quale si è lavorato insieme ai professionisti delle diverse UU.OO.

Rete delle cure palliative in ambito oncologico

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

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

Nel corso del 2014 è stata condotta in area medico - geriatrica la sperimentazione di un modello che prevede la consulenza mobile da parte di personale medico e infermieristico competente in cure palliative per i pazienti ricoverati con bisogni complessi nella fase avanzata di malattia e nel fine vita.

La sperimentazione è stata preceduta da interventi formativi- informativi sul campo allo scopo di illustrare obiettivi e modalità operative di attivazione del Team che può fungere da riferimento clinico e organizzativo per:

- consulenza per i pazienti oncologici critici ricoverati sulla terapia di supporto (gestione del dolore o degli effetti collaterali della terapia sistemica) in relazione alla fase di malattia;
- interfaccia precoce ai servizi territoriali della rete delle Cure palliative per il malato oncologico in fase di malattia avanzata – terminale.

I dati raccolti hanno evidenziato l'utilità della consulenza per pazienti oncologici prevalentemente end-stage ricoverati in ospedale ai fini della continuità assistenziale e della facilitazione nell'interazione con i servizi di assistenza domiciliare dedicata e le attività degli hospice di Bologna che costituiscono la rete locale delle Cure Palliative.

3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica clinica e organizzativa

3.5.1 L'eccellenza organizzativa

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

- Riorganizzazione del Polo Cardiochirurgico e dei Trapianti;
- Riorganizzazione delle attività chirurgiche;
- Riorganizzazione dell'area internistico - geriatrica del Padiglione 2.

Considerando che nel corso del 2014 per quanto riguarda l'area internistico – geriatrica del padiglione 2 sono state consolidate le attività sviluppate fin dal 2012, in questa sede si riferisce in merito alle attività relative ai primi due sottoprogetti.

In funzione della nascita del **Polo Cardio-Toraco-Vascolare** (CTV) secondo il modello per intensità di cura e complessità assistenziale, nel corso del 2014 è stata curata la fase di progettazione propedeutica all'attivazione della struttura che accoglierà, oltre alle funzioni di area cardiologica e cardiochirurgica, quelle di chirurgia vascolare e toracica.

Il nuovo modello, fondato sull'integrazione e sull'interazione dei diversi livelli gestionali e sulla necessaria collaborazione tra i professionisti, risponde inoltre in modo adeguato alla necessità di non frammentare il percorso del paziente e di fornire risposte sanitarie unitarie.

Nel corso dell'anno, oltre ad implementare la condivisione operativa fra le varie unità operative che afferiranno al Polo CTV, sono stati attivati gruppi di lavoro interdisciplinari che hanno condiviso le logiche del nuovo assetto organizzativo e gestionale. In particolare, i professionisti hanno definito i diversi setting assistenziali basati sui livelli di intensità e condiviso i criteri clinici per l'inquadramento dei pazienti, hanno individuato e quantificato la necessità e la tipologia delle dotazioni impiantistiche e tecnologiche e dei sistemi informativi.

In attesa dell'attivazione del nuovo polo, nel corso del 2014 sono proseguiti gli interventi volti al consolidamento delle attività dell'area cardiochirurgica, già interessata negli anni precedenti da una riorganizzazione tesa al potenziamento delle attività e alla diminuzione dei tempi di attesa.

Più precisamente, il potenziamento dell'**attività cardiochirurgica** ha riguardato:

- l'incremento della disponibilità di ore di chirurgia sala operatoria;
- la presa in carico cardiologica dei pazienti afferenti alla cardiochirurgia in attesa di indagini diagnostiche di emodinamica;
- la maggiore disponibilità di posti letto cardiologici per pazienti in fase post-operatoria ma in condizioni stabili.

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

Il nuovo Polo Cardio Toraco Vascolare è stato progettato secondo il modello per intensità di cura e complessità assistenziale che prevede integrazione ed interazione dei diversi livelli gestionali

Nel 2014 è stato attivato il progetto di riorganizzazione delle attività chirurgiche che vede la ridefinizione delle attività sulla base dei percorsi di cura

Tali correttivi hanno consentito di realizzare:

- un incremento di 135 interventi cardiochirurgici rispetto ai volumi realizzati nell'analogo periodo;
- la diminuzione del tempo di permanenza in lista d'attesa per intervento chirurgico, attualmente pari a 30/40 giorni.

Per quanto riguarda l'attività di cardiologia interventistica, l'Azienda Ospedaliera è capofila per l'attività di impianto di valvole aortiche per via percutanea e trans apicale. Nel corso del 2014 sono stati garantiti i volumi di attività programmati relativi all'impianto di valvole percutanee e transapicali aortiche: 49 valvole aortiche **TAVI**.

Sono state inoltre impiantate 9 valvole polmonari e 3 valvole mitraliche.

E' stata inoltre avviata l'attività innovativa di cardiologia interventistica relativa alla **chiusura dell'auricola sinistra con tecnica percutanea** il cui percorso operativo è stato definito in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna, sulla base delle indicazioni della Commissione cardiologica regionale.

Il contesto assistenziale nel quale si è inteso sviluppare la sperimentazione di nuovi modelli gestionali, è il nuovo Polo Chirurgico e dell' Emergenza, già attivo dal 2011, coinvolgendo in prima istanza l'attività in elezione delle chirurgie generali. Complessivamente sono interessati circa 150 posti letto a diversa intensità assistenziale, dedicati all'attività chirurgica e 60 posti letto di specialità mediche che hanno consolidato percorsi di relazione professionale e funzionale con le chirurgie generali coinvolte nella sperimentazione.

Nel corso del 2013 è stato completato uno studio di fattibilità volto a concentrare l'attività di elezione in percorsi di cura, indipendentemente dalla UO erogante. Sono stati analizzati i volumi di attività ed è stato predisposto e condiviso il progetto con le varie UUOO.

Durante l'anno 2014 è stato realizzato un **progetto di riorganizzazione dell'area chirurgica** che ha previsto l'erogazione delle diverse tipologie di prestazioni secondo il modello dell'intensità di cura, sviluppando contestualmente percorsi per patologia che consentano una maggiore razionalizzazione delle risorse e lo sviluppo interdisciplinare dei professionisti.

Il primo passo è stato quello di individuare i percorsi che sono sottoelencati:

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

La proposta di riorganizzazione dell'area Chirurgica, ha come obiettivo l'erogazione delle medesime prestazioni, secondo il modello d'intensità di cura, per razionalizzare

l'attività, governare il percorso dei Pazienti all'interno del sistema, utilizzare gli ambiti a disposizione (blocchi operatori e posti letto) in una logica di ottimizzazione e di sviluppo delle competenze clinico-assistenziali.

Il percorso della Chirurgia a Bassa complessità si sviluppa presso l'Ospedale di Budrio ed ha come rationale una rimodulazione dell'attività chirurgica che viene espletata in considerazione della tipologia delle procedure e dello score di instabilità clinica dei Pazienti stessi.

In tale ottica si è inserita l'offerta da parte dell'Azienda Usl di Bologna di trasferire parte delle attività di chirurgia generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria presso l'Ospedale di Budrio, al fine di utilizzare spazi operatori e degenze di recente ristrutturazione.

Sono quindi stati definiti gli ambiti di interesse del progetto "Week-Surgery presso Ospedale di Budrio" e analizzati i dettagli della produzione dell'anno 2012.

In accordo con i professionisti, da una analisi della casistica, sono stati considerati trasferibili a Budrio, tutti gli interventi in elezione a bassa complessità, escludendo pertanto gli interventi in urgenza e le tipologie di intervento con casistica *contenuta*.

Per ogni tipologia di intervento sono stati considerati solo pazienti con classe di rischio bassa (ASA 1 e ASA 2). E' stata esclusa inoltre tutta la casistica afferita in urgenza intesa come "ricoveri" in chirurgia da Pronto Soccorso.

Tabella 3.10 Interventi di proctologia

PROCTOLOGIA	D.O			D.H		Interventi Totali
	Numero Interventi	Degenza media	Durata media intervento in ore	Numero Interventi	Durata media intervento in ore	
Totale complessivo	94	2	1,30	138	1	233

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.11 Interventi di colecistectomia

COLECISTI	Numero Interventi	Degenza media	Durata media intervento in ore
Totale complessivo	150	3	2,43

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.12 Interventi di riparazione di ernie

ERNIE	D.O			DH	
	Numero Interventi	Degenza media	Durata media intervento in ore	Numero Interventi	Durata media intervento in ore
Totale complessivo	80	2	2	90	1,30

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

L'attivazione della week surgery presso l'ospedale di Budrio ha liberato risorse aziendali permettendo la distribuzione della casistica operatoria sulla base della complessità

L'attuazione del progetto Week Surgery AOSP presso Ospedale di Budrio ha liberato risorse aziendali con disponibilità di ore di sala operatoria e posti letto, permettendo la riorganizzazione della distribuzione della casistica più complessa all'interno dell'azienda. La tabella che segue rappresenta l'attività chirurgica, suddivisa per tipologia di intervento, prevista come possibile entrata nel blocco operatorio di Budrio.

Tabella 3.13 Attività chirurgica per tipologia di intervento trasferibile presso il blocco operatorio di Budrio

IN ENTRATA NEL BLOCCO OPERATORIO				
SEDE	tipo intervento	numero interventi	ore utilizzate	sedute/anno
	Colecisti	150	450	
	Proctologia	233	466	
	Ernie	80	160	
				179,33
	Ernie DH	90	85	36,60
	Ernie AMB	90	135	
BLOCCO OP. BUDRIO		643	1296	217

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Le tabelle che seguono rappresentano, in riferimento alla casistica selezionata per la "Week Surgery AOSP presso Budrio", le giornate di degenza e il relativo consumo di posti letto.

Tabella 3.14 Consumo di giornate di degenza e presenti medi per tipologia di intervento nella degenza delle week surgery di Budrio

Ospedale Budrio	Giornate degenza D.O.	Presenti Medi D.O.
Colecisti	450	2
Proctologia	466	2
Ernie	160	1
Totale	1076	5

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

La quantificazione dei posti letto è stata calcolata secondo un modello di week-surgery, prendendo in considerazione la degenza media rilevata nell'anno 2012 per tipologia di intervento.

La **lista di attesa** è costruita su supporto informatico per ogni tipo di patologia tenendo in considerazione il tipo di intervento, ASA, tipo di anestesia prevista, il punteggio base,

il punteggio giorno e la insorgenza di complicanze insorte durante il periodo di attesa (ad esempio coliche biliari in pazienti in lista per colecistectomia). A distanza di un anno dall'inizio dell'attività la Direzione Sanitaria aziendale ha valutato la attività chirurgica in termini di volumi ma anche di performance clinica dei professionisti. Le tabelle che seguono sintetizzano l'attività del primo anno. Dalle medesime si evince come pochissime siano state le complicanze (sia in termini di casi sottoposti a re intervento che di deceduti). Una percentuale <0.7 % su tutta la casistica è stata centralizzata al S. Orsola per problemi internistici (dolore toracico, scompenso cardiaco) o per necessità di prolungare la degenza oltre la chiusura della Degenza. Questi dati rappresentano da un lato la buona selezione dei pazienti operata dai professionisti, dall'altro l'ottima qualità dell'assistenza anestesiológica e infermieristica fornita dal personale dell'AUSL. Dalle medesime tabelle si evince che una quota, seppur minoritaria, di pazienti e' stata ritenuta idonea da parte dell'Equipe Anestesiológica per interventi presso l'Ospedale di Budrio anche se in classe di rischio ASA >= 3.

Tabella 3.15 Attività presso la week surgery di Budrio
Periodo 10/2/2014 - 31/12/2014 - Colecistectomia

INTERVENTI PROGRAMMATI COLECISTI (ASA 1 e 2)	Interventi	170
	totale gg degenza	356
	tot ricoveri	170
	Durata media della degenza	2,1
	Degenza preoperatoria	6
	ricoveri con deg preop	132
	Durata media degenza preoperatoria	0,05
	Peso Medio DRG Ricoveri	0,932
	Deceduti	0
	Reinterventi durante il medesimo ricovero	0
INTERVENTI PROGRAMMATI COLECISTI (ASA >= 3)	Interventi	13
	totale gg degenza	26
	tot ricoveri	13
	Durata media della degenza	2
	Degenza preoperatoria	0
	ricoveri con deg preop	10
	Durata media degenza preoperatoria	0
	Peso Medio DRG Ricoveri	0,94
	Deceduti	0
	Reinterventi durante il medesimo ricovero	0
TOTALE INTERVENTI COLECISTI	183	

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.16 Attività presso la week surgery di Budrio
Periodo 10/2/2014 - 31/12/2014 - Ernie

INTERVENTI PROGRAMMATI ERNIE (ASA 1 e 2)	Interventi	321
	interventi senza ricovero	5
	totale gg degenza	445
	tot ricoveri	316
	Durata media della degenza	1,4
	Degenza preoperatoria	5
	ricoveri con deg preop	74
	Durata media degenza preoperatoria	0,07
	Peso Medio DRG Ricoveri	0,863
	Deceduti	0
Reinterventi durante il medesimo ricovero	0	
INTERVENTI PROGRAMMATI ERNIE (ASA >= 3)	Interventi	52
	totale gg degenza	95
	tot ricoveri	52
	Durata media della degenza	1,8
	Degenza preoperatoria	3
	ricoveri con deg preop	1
	Durata media degenza preoperatoria	0,16
	Peso Medio DRG Ricoveri	0,88
	Deceduti	0
	Reinterventi durante il medesimo ricovero	0
TOTALE INTERVENTI ERNIE	373	

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.17 Attività presso la week surgery di Budrio
Periodo 10/2/2014 - 31/12/2014 - Proctologia

INTERVENTI PROGRAMMATI PROCTOLOGIA (ASA 1 e 2)	Interventi	154
	totale gg degenza	162
	tot ricoveri	154
	Durata media della degenza	1,1
	Degenza preoperatoria	0
	ricoveri con deg preop	25
	Durata media degenza preoperatoria	0
	Peso Medio DRG Ricoveri	0,615
	Deceduti	0
	Reinterventi durante il medesimo ricovero	0
Reinterventi entro 30gg dalla dimissione	1	
INTERVENTI PROGRAMMATI PROCTOLOGIA (ASA >= 3)	Interventi	11
	totale gg degenza	13
	tot ricoveri	11
	Durata media della degenza	1,2
	Degenza preoperatoria	0
	ricoveri con deg preop	2
	Durata media degenza preoperatoria	0
	Peso Medio DRG Ricoveri	0,655
	Deceduti	0
	Reinterventi durante il medesimo ricovero	0
Totale Proctologia	165	

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Oltre a questa tipologia di interventi sono stati eseguiti anche correzioni di laparoceli, noduli mammari e dal mese di novembre 2014 sono stati avviati alla bassa complessità anche le chirurgie specialistiche di Chirurgia Plastica e Andrologia. I primi risultati sono incoraggianti, tanto che la lista d'attesa per andrologia e' stata esaurita e a tutt'oggi sono in attesa di intervento per tale patologia solo pazienti dell'anno 2015. Si ritiene che anche la lista d'attesa della Chirurgia plastica possa col tempo ridursi numericamente.

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

Nel contesto della **rimodulazione dell'attività chirurgica per percorsi**, quello dell'urgenza è stato completamente reso autonomo con afferenza al dipartimento

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

dell'emergenza e l'assegnazione di un responsabile e di risorse umane dedicati, al fine di favorire al massimo l'attività di elezione. La missione dell'unità di chirurgia d'urgenza è provvedere alla diagnosi e al trattamento chirurgico dei pazienti con patologia chirurgica urgente indifferibile e provvedere alla stabilizzazione e al monitoraggio dei pazienti critici potenzialmente suscettibili d'intervento chirurgico urgente nelle 24-48 ore successive.

L'attività dei percorsi di cura in area chirurgica ha preso avvio il 1 maggio 2014, pertanto i dati riportati nelle tabelle che seguono rappresentano l'attività svolta da tale data al 31/12/2014.

Tabella 3.18 Attività chirurgica per percorsi di cura - Chirurgia d'Urgenza

		Numero
INTERVENTI IN URGENZA	Interventi	504
	totale gg degenza	5.528
	tot ricoveri	467
	Durata media della degenza	11,8
	Degenza preoperatoria	378
	ricoveri con deg preop	357
	Durata media degenza preoperatoria	1,06
	Peso Medio DRG Ricoveri	2,334
	Deceduti	9,52 %
	Reinterventi durante il medesimo ricovero	43

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.19 Indicatori di performance della chirurgia in Urgenza (1/5/2014 - 31/12/2014)

Dimensione	Indicatore	Risultato Atteso	Risultato Ottenuto
Appropriato utilizzo della Sala Urgenza	Appropriatezza Indagini endoscopiche eseguite in sala operatoria /totale delle indagini eseguite in sala operatoria (come da PA71)	>95%	100% (29/29)
Appropriato utilizzo della Sala Urgenza	Appropriato utilizzo della sala urgenza da parte di UUOO Chirurgie Specialistiche/totale degli interventi eseguiti nella sala dell'Urgenza	>95%	100% (167/167)
Utilizzo della Sala Urgenza	Interventi in elezione eseguiti da Chirurgie Generali nella sala dell'urgenza/totale degli interventi eseguiti	<50%	(15.1%) 167/1105

Interventi chirurgici in urgenza eseguiti oltre 48 ore dal ricovero	N. interventi eseguiti oltre 48 ore dal ricovero in chirurgia/totale degli interventi in urgenza	<10%	15% DM preoperatoria: 1.16 giorni
Indicatori di performance della Chirurgia in Urgenza	N. reinterventi eseguiti entro 30 giorni/totale degli interventi in urgenza	<6%	5.5% (37/668) Entro 48 h: 11 (1.6%)

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nella tabella che segue si riportano i dati di attività relativi ai primi 8 mesi di attività per i percorsi chirurgici aziendali.

Tabella 3.20 Percorsi chirurgici aziendali – dati di attività

Percorso	UO Poggioli	UO Cola	UO Minni	UO Pinna	UO Taffurelli	SSD De Iaco	Totale per percorso
Tratto Alimentare	309	126	47	25			507
Pancreas	1	1	28	17			47
Fegato	1	7	1	83			92
Vie Biliari				12			12
Colecisti ASA > 2				22			22
Oncologia Pelvica Femminile						205	205
Senologia					444		444
Totale per UO	311	134	76	159	444	205	

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

I dati mostrano un buon mantenimento dell'attività chirurgica anche se persistono alcuni margini di miglioramento circa la ottimizzazione dei tempi di sala operatoria, la gestione della lista d'attesa e della nota operatoria. Dall'attivazione dei percorsi di bassa complessità l'Azienda ha potuto giovare di una sala disponibile e pertanto a fine 2014 si è dotata di un robot che vedrà l'inizio dell'attività in ambito urologico e ginecologico nel 2015.

Nel corso del 2014 è stato definito il progetto riorganizzativo che prevede una serie di attività condivise tra le due UU. OO. di Medicina Nucleare dell'AOU di Bologna e dell'Azienda AUSL di Bologna, progetto da perfezionare ed implementare nel corso del 2015. I temi individuati nella proposta progettuale, oltre al riassetto dal punto di vista strutturale e funzionale e il piano di aggiornamento tecnologico delle strutture cittadine, con gestione sinergica tra le due Aziende per l'individuazione del fabbisogno e la stesura del capitolato comune, sono:

- armonizzazione delle procedure operative, in modo da garantire l'erogazione di prestazioni di uguale qualità con uso di stessi radiofarmaci a fronte di identiche indicazioni e ottimizzazione degli acquisti;

Nel corso del 2014 è stato delineato il progetto organizzativo di revisione delle attività di medicina nucleare in collaborazione con l'AUSL di Bologna

- sistema di audit interno comune per garantire omogeneità nella qualità delle prestazioni erogate e nelle procedure adottate;
- unificazione delle modalità di prenotazione, possibilmente presso una unica sede e gestione sinergica ed integrata della prenotazione tramite agende CUP;
- gestione integrata dei programmi di lavoro, a partire dagli esami PET, per poi seguire con quelli di MN convenzionale;
- attivazione del TAVOLO METROPOLITANO DI CARDIOLOGIA NUCLEARE per garantire gli stessi criteri di accesso e le stesse liste di attesa riguardo gli esami di cardiologia nucleare;
- attivazione del TAVOLO METROPOLITANO DI NEUROLOGIA NUCLEARE per omogeneizzare i criteri di accesso, e la tipologia di esami erogabili, anche al fine di valutare i volumi di lavoro prevedibili in ambito neurologico;
- estensione della rete formativa specialistica di UNIBO alla Medicina Nucleare della AUSL di Bologna.

3.5.2 L'eccellenza tecnologica

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

- sistema di monitoraggio che copre tutte le esigenze delle sale operatorie, blocco interventistico, terapie intensive e sub-intensive, degenze ordinarie. Tale sistema è integrato con una cartella clinica anestesologica che gestisce ed integra tutte le informazioni di competenza dell'anestesista che si sviluppano durante il percorso di cura del paziente con i dati strumentali (monitoraggio, ventilazione, infusione);
- blocco interventistico costituito da due sale di emodinamica con sistemi angiografici monoplanari, una sala di emodinamica con sistema angiografico biplanare e due sale ibride per interventi combinati realizzate con tecnologie avanzate;
- sistema di gestione audio/video che permette una gestione integrata di tutti i flussi video, imaging e audio utilizzati in ausilio alle attività delle sale operatorie e delle sale ibride interventistiche oppure prodotti all'interno delle stesse sale. La visualizzazione è possibile mediante monitor di elevata qualità e con un numero adeguato alla visualizzazione da parte di tutti gli operatori presenti all'interno delle sale. E' inclusa anche la possibilità di distribuzione dei flussi audio e video sulla rete aziendale a scopi clinici, didattici o per memorizzazione.

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

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

3.5.3 L'eccellenza clinica

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

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

- coordinamento da parte del CRT (Centro Riferimento Trapianti e Centro Nazionale Trapianti) di tutte le attività di donazione e trapianto, di raccolta dati e di gestione delle liste di attesa nell'ambito del SSR;
- supporto al trapianto mediante:
- banca del sangue cordonale, vasi e valvole, biobanca e tipizzazione;
- attività di laboratorio legata all'immunogenetica e alla sicurezza organi (Anatomia Patologica, Microbiologia, Centro Trasfusionale);
- presenza di unità operative dedicate al supporto all'attività di trapianto: SSD Trapianto di fegato (assistenza medica precoce ai pazienti trapiantati), SSD Centro regionale di riferimento per l'insufficienza intestinale cronica benigna, DH Scompenso e Trapianto Cardiaco, Medicina Interna per il Trattamento delle Gravi Insufficienze d'Organo.

Nell'anno 2014 l'attività di **trapianto di cuore** è stata condizionata da un ulteriore calo della disponibilità degli organi utilizzati rispetto al totale pool di donatori. Complessivamente sono stati effettuati due trapianti combinati e tre trapianti pediatrici mantenendo questa attività in linea con gli anni precedenti mentre il totale dei trapianti in pazienti adulti è pari a 17.

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

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

Il programma **trapianti di Polmone** ha eseguito sette interventi di cui sei bipolmonari (per un totale di 13 organi trapiantati). In cinque di questi casi nell'immediato post operatorio, per prevenire il rischio di primary graft, è stato applicato il protocollo ECMO. L'età media dei trapiantati è di 52 anni, mentre è di 47 per i donatori. Infine si precisa che cinque delle sette donazioni provenivano da rianimazioni extraregionali.

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

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

Nell'anno 2014 sono stati effettuati complessivamente 70 **trapianti di fegato**, in linea con il numero di trapianti degli anni precedenti.

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

L'età media dei trapiantati è stata pari a 51 anni mentre per i donatori risulta di 58,9 anni, il punteggio MELD reale mediano calcolato sia sui trapianti che sui re-trapianti è risultato pari a 20.

L'attività di **trapianto d'intestino e multi viscerale** non ha visto la realizzazione di nuovi interventi ma è proseguito il follow up dei pazienti trapiantati in passato. Da ultimo stante la particolarità dell'ambito e le numerose indagini necessarie ai fini dell'inserimento in lista nel corso del 2014 è stato inserito un solo nuovo paziente.

I pazienti trapiantati di rene nel 2014 sono stati 65 di cui 11 da donatore da vivente. Si rileva un lieve calo complessivo (-2 trapianti) con stabilizzazione di quelli da donatore vivente e un continuo sviluppo dei programmi di trapianti combinati.

I pazienti residenti in Regione su cui è stato eseguito il trapianto con organo proveniente da cadavere sono pari al 55,5% del volume totale. Quelli per i quali è stato effettuato un trapianto da donatore vivente sono 8, mentre i re-trapianti effettuati sono 2.

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

Nel corso del 2014 sono state eseguite 2.839 visite specialistiche post trapianto e sono stati seguiti 1.160 pazienti trapiantati.

E' noto che il trapianto cardiaco rappresenta oggi l'opzione terapeutica di elezione (gold standard) nei pazienti con scompenso cardiaco di grado avanzato. Sebbene il numero di soggetti trapiantati sia aumentato progressivamente dal 2004 ad oggi, solo il 45%-65% dei pazienti in lista viene trapiantato, con un tempo medio di attesa di 1,2 anni, e la mortalità ad un anno dei pazienti in lista è del 10-20%. E' altrettanto noto il fatto che la disponibilità di donatori è progressivamente diminuita grazie alla riduzione di mortalità per traumi stradali e al miglioramento del regime di cure intensive. Il problema della reperibilità degli organi è particolarmente critico per i pazienti pediatrici, con elevata mortalità dei pazienti in lista d'attesa (50% su 8 pazienti in lista presso la Cardiocirurgia Pediatrica dell'AOU di Bologna).

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

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

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

Nel corso del 2014 sono 8 i VAD montati ad altrettanti pazienti.

In vista dell'istallazione di un nuovo apparecchio di Radioterapia prevista nell'anno 2015, è stata iniziata la formazione del personale medico, fisico e tecnico per consentire il pieno utilizzo delle nuove tecnologie rese disponibili da questa acquisizione ed in particolare la radioterapia "image-guided", che consente una estrema precisione nell'irradiazione dei tumori, e la radioterapia stereotassica, che consente la distruzione in poche sedute di masse tumorali in qualsiasi sede corporea.

L'UO di Radioterapia ha, inoltre, partecipato al programma ROMEO - rete di centri radioterapici italiani - che partecipano mediante un sistema di videoconferenza a riunioni scientifiche bisettimanali per l'aggiornamento sulle più recenti pubblicazioni scientifiche del settore e sulle implicazioni per la pratica clinica favorendo la formazione permanente del personale in modo intensivo e a basso costo.

Altre iniziative di formazione sono state la partecipazione di alcuni professionisti al corso superiore di scienze infermieristiche in radioterapia, organizzato dall'Università Cattolica di Roma e patrocinato da IAEA delle Nazioni Unite e l'organizzazione di riunioni didattiche interdisciplinari a cadenza nell'ambito di FARO (Forze Alleate in Radioterapia Oncologica) per favorire l'aggiornamento professionale di tutte le figure professionali coinvolte nei trattamenti radioterapici.

Nel corso degli ultimi anni presso l'UO di Radiologia - Golfieri sono state messe a punto prima in ambito sperimentale e successivamente introdotte nella pratica clinica tecniche innovative, in particolare nella diagnostica - interventistica di alcune patologie. Le principali sono di seguito specificate:

- **Radioembolizzazione con particelle caricate con 90Y (TARE - trans arterial radio - embolization)** - il trattamento prevede l'infusione nelle arterie del fegato di microsferiche caricate con ittrio 90 un elemento radioattivo in grado di emettere radiazioni ad alta energia al fine di ottenere una terapia radiante delle sole lesioni tumorali senza danneggiare i tessuti circostanti sani. A seguito delle valutazioni su efficacia e safety, la procedura è stata introdotta corrente pratica in accordo con le raccomandazioni della letteratura e dopo attenta selezione delle indicazioni effettuata da un gruppo di lavoro multidisciplinare. E' stato istituito e formalizzato un gruppo di

lavoro multidisciplinare - composto da radiologi interventisti, radioterapisti, oncologi, epatologi e fisici sanitari - dedicato alla selezione dei pazienti, all'organizzazione del percorso dei singoli casi e al follow-up, che si incontra in un meeting settimanale che esprime un verbale ed è riconosciuto da crediti formativi. E' stata definita una procedura di servizio (PS16) aziendale per regolamentare l'attività e sono state redatte le informative per i pazienti specifiche sia per il trattamento dei tumori primitivi che di quelli secondari. L'attività è condotta in collaborazione con la Radioterapia (ambulatorio dedicato) e le UU. OO. di Oncologia e Medicina Interna (posti letto per le valutazioni preliminari al trattamento).

- **Diagnosi precoce del tumore prostatico** - sono state sviluppate tecniche di studio RM della prostata con nuove sequenze anche di tipo "funzionale", come la diffusione e lo studio dinamico di perfusione, con applicazione ormai consolidata nell'ambito della diagnostica in RM. L'iter diagnostico-terapeutico di questi pazienti viene affrontato interagendo con i professionisti coinvolti (Anatomo-patologo, Oncologo, Radioterapista ed Urologo) in un meeting settimanale, realizzando un vero approccio multidisciplinare. Recentemente è stata inoltre sperimentata l'esecuzione della biopsia prostatica sul singolo nodulo con tecnica mirata dalla fusione delle immagini RM ed ecografiche, che in futuro potrà sostituire la tecnica random multi prelievo, tecnica che sembra garantire migliori risultati in termini di accuratezza diagnostica;
- **Biopsie TC-PET guidate** - la biopsia mirata di una lesione consente di prelevare un campione di tessuto che può essere analizzato dall'anatomo-patologo allo scopo di effettuare la diagnosi di masse o processi infiammatori e/o di effettuare la caratterizzazione biomolecolare per indirizzare la chemioterapia nel caso di lesioni neoplastiche note. Le neoformazioni tuttavia, in particolare quelle neoplastiche, sono caratterizzate da disomogeneità strutturali, citologiche e funzionali che non sempre rendono il campione prelevato idoneo alla diagnosi. Non è infrequente che il risultato della biopsia TC mirata sia gravato da una riduzione di sensibilità dovuta al campionamento di una componente della massa non rappresentativa della patologia in studio, riduzione di sensibilità che non dipende da errori procedurali ma dall'imprevedibilità del campionamento. Con l'introduzione delle metodiche ibride di imaging morfologico -funzionale è possibile, in linea teorica, studiare il metabolismo della massa sospetta (FDG PET/TC) prima della biopsia per poi indirizzare l'ago su aree maggiormente metaboliche, utilizzando le immagini PET/TC precedentemente acquisite come guida puramente visiva ed off-line in corso di biopsia TC guidata. Da una possibile collaborazione della UO di Medicina Nucleare, della Radiologia Golfieri e dalla Chirurgia Vertebrale a indirizzo Oncologico e Degenerativo dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, è nata l'idea di utilizzare una guida PET/TC, invece che solamente TC, per i pazienti che necessitano di un prelievo biopsico TC guidato, nel sospetto di patologia neoplastica o infettivo-infiammatoria. Il progetto prevede di studiare inizialmente pazienti affetti da forme patologiche del fegato e della colonna vertebrale. L'obiettivo di questo progetto è quello di aumentare la sensibilità della biopsia TC mirata, ottimizzando il rapporto rischio/beneficio per il paziente.

La disponibilità presso la Medicina Nucleare di un tomografo PET/TC (GE, Discovery STE) di ultima generazione, che è dotato di un tomografo TC a 16 slices e di un iniettore per mezzo di contrasto ha consentito di programmare sedute di diagnostica PET/TC in cui la TC viene utilizzata anche con intento diagnostico, impiegando quindi il mezzo di contrasto. La procedura offre alcuni vantaggi:

- il paziente oncologico, che spesso deve sottoporsi su indicazione dell'oncologo sia alla PET/TC che alla TC con mezzo di contrasto per ottenere una stadiazione di malattia il più accurata possibile, vede ridursi drasticamente i tempi dell'iter diagnostico, con una significativa ottimizzazione dell'informazione diagnostica ottenuta e del discomfort derivante dal dover recarsi più volte presso una o più strutture ospedaliere.
- è possibile aumentare il numero delle TC diagnostiche senza ridurre il numero delle prestazioni PET e senza gravare sulla programmazione delle TC in Radiologia, in quanto l'indagine TC ha una durata di soli pochi minuti
- è possibile ridurre la dose erogata al soggetto, ottimizzando le procedure diagnostiche che vengono personalizzate in base alle necessità del paziente ed alle caratteristiche della sua malattia
- infine, la possibilità di una lettura dell'esame congiunta medico nucleare – radiologo migliora la possibilità interpretativa delle due metodiche, con conseguente aumento della quota di esami conclusivi che non richiedono, pertanto, altri approfondimenti diagnostici.

La **denervazione simpatica renale (RDN)** è una nuova procedura mininvasiva in grado di ridurre in modo significativo la pressione arteriosa nei pazienti con ipertensione resistente ai farmaci, con PA sistolica \leq 140 mmHg e diastolica \leq 90 mmHg, in cui finora non erano disponibili opzioni terapeutiche alternative. La procedura consiste nell'inserimento di un catetere per ablazione nell'arteria renale che eroga energia a radiofrequenza (RF) per creare lesioni mirate lungo i nervi simpatici renali, fascio nervoso che contribuisce a regolare la pressione. Il trattamento si basa sul legame, documentato da numerosi studi scientifici, tra nervi renali del Sistema Nervoso Simpatico (SNS) e pressione sanguigna. I segnali provenienti dal SNS e diretti ai reni aiutano a controllare il flusso sanguigno renale, la ritenzione dei sali e l'attivazione del sistema renina-angiotensina, un meccanismo ormonale di regolazione della pressione. A loro volta, i segnali afferenti al SNS provenienti dai reni e diretti al Sistema Nervoso Centrale (SNC) attivano meccanismi di regolazione globali, ma possono anche causare una stimolazione eccessiva, che provoca ipertensione. La denervazione renale consiste nel disattivare in modo selettivo parte delle terminazioni nervose che decorrono lungo le pareti esterne (avventizia) delle arterie renali, determinando una duratura riduzione della pressione sanguigna, mediata da una diminuita stimolazione di noradrenalina, da un aumento del flusso renale e una riduzione dell'attività della renina plasmatica. Già in passato era stata intrapresa la strada della denervazione chirurgica (simpaticectomia) della regione lombo sacrale per il trattamento dell'ipertensione, che era risultata efficace, ma a fronte di morbilità e mortalità non trascurabili. Al contrario, la sicurezza di una denervazione

simpatica a livello delle arterie renali è supportata dall'esperienza trapiantologia ove il rene espantato e poi reimpiantato, pur privo di innervazione, mantiene le sue funzioni sia di filtrazione che di bilancio elettrolitico. Il nuovo approccio terapeutico con il sistema di termoablazione è un semplice intervento mini invasivo endovascolare eseguito in sala angiografica. Dopo cateterismo delle arterie renali, condotto tramite una puntura dell'arteria femorale all'inguine, si procede all'inserimento del catetere ablatore all'interno di un catetere-guida posizionato all'origine dell'arteria renale: questo dispositivo, collegato a un generatore, una volta giunto a contatto con le pareti del vaso eroga energia a radiofrequenza a bassa potenza, disattivando selettivamente i nervi renali, e di conseguenza riduce la pressione sanguigna, mantenendo la funzionalità dell'organo. La particolarità del catetere ablatore è quella di essere costituito da un filamento dal quale diparte un cestello con molteplici ablatori. Nella medesima seduta vengono effettuate 4-6 ablazioni per ogni arteria. Ogni ablazione prevede l'erogazione di energia per due minuti; terminata l'operazione, si ritrae di pochi millimetri il catetere e si seleziona un nuovo sito da trattare, seguendo un percorso spiroide lungo i primi 4-6 centimetri del vaso e arretrando di 5 millimetri ogni volta. Il generatore controlla automaticamente l'erogazione di energia in radiofrequenza. Gli altri parametri visualizzabili sono la potenza e il tempo di trattamento. L'intervento, che ha una durata complessiva variabile tra i 40 e i 60 minuti, non richiede alcun impianto permanente. Durante tutte le fasi della procedura, il paziente viene monitorato attraverso elettrocardiogramma e livello di saturazione dell'ossigeno e mantenuto in uno stato di leggera sedazione, che gli consente di essere vigile ma di non avvertire dolore. Nel nostro centro sono state eseguite 10 procedure nel 2014-2015 tutte accompagnate da un completo successo clinico.

3.6 Integrazione tra assistenza didattica e ricerca

Il paragrafo di chiusura del terzo capitolo illustra gli aspetti di **integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e ricerca svolte da entrambe le componenti: ospedaliera e universitaria**. Al riguardo, sono da tenere presenti i collegamenti di questo con i paragrafi 1.2. "Il sistema delle relazioni con l'Università" e 2.4. "Indicatori sulla ricerca e sulla didattica".

3.6.1. Informazioni sul personale

Di seguito, sono esposti i dati complessivi riguardanti la consistenza del personale universitario (professori e ricercatori) dei tre dipartimenti che costituiscono la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna. Sono poi riportati i numeri relativi agli assunti e ai cessati.

Tabella 3.21 Numero dei professori e dei ricercatori universitari presso i dipartimenti costituenti la Scuola di Medicina e Chirurgia

Anno	Professori I fascia	Professori II fascia	Ricercatori tempo indeterminato	Assistenti ordinari	Totale
2014	77	155	161		393
2013	79	130	204		413
2012	86	131	205	1	423

Fonte: Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

Tabella 3.22 Numero dei professori e dei ricercatori universitari cessati/assunti presso i dipartimenti costituenti la Scuola di Medicina e Chirurgia

Anno	Professori I fascia		Professori II fascia		Ricercatori tempo indeterminato		Assistenti ordinari
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati
2014	7	5	9	39	7	1	
2013	7		3	2	2	1	1
2012	5	2	10	5	7	7	0

Fonte: Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

Le tabelle successive riportano il numero dei professori e ricercatori integrati nell'attività assistenziale presso l'Azienda e i cessati e assunti per anno.

Tabella 3.23 Numero dei professori e dei ricercatori universitari integrati nell'attività assistenziale presso l'Azienda

Anno	Professori I fascia	Professori II fascia	Ricercatori tempo indeterminato	Ricercatori tempo determinato	Assistenti ordinari	Totale
2014	50	86	81	18	0	235
2013	50	67	120		0	236
2012	52	69	106		1	228

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 3.24 Numero dei professori e dei ricercatori universitari integrati nell'attività assistenziale presso l'Azienda, cessati/assunti

Anno	Professori I fascia		Professori II fascia		Ricercatori (*)		Assistenti ordinari	
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti
2014	3	2	4	1	3	5	0	0
2013	2	0	3	1	3	16	1	0
2012	2	3	8	2	4	3	0	0

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nota: (*) Ricercatori a tempo determinato 15 (art. 24, comma 3, lett. a) l.240/2010)

2014

Ricercatori a tempo determinato Assunti 3

Ricercatori di ruolo Assunti 2

Ricercatori di ruolo Cessati 3

Riguardo alla programmazione del personale universitario, nel periodo di riferimento, il quadro relativo alle procedure di reclutamento già approvate dagli organi accademici e bandite al 31.12.2014, è il seguente:

- MED/11 Malattie dell'apparato cardiovascolare - 2 posti di professore associato. Procedura valutativa ex art. 24 co. 6 legge 240/2010 (procedure interne docenti dell'Università di Bologna) – Dipartimento di Medicina Specialistica Diagnostica e Sperimentale;
- MED/50 Scienze tecniche mediche e applicate - 1 posto di professore associato – Procedura di valutazione comparativa bandita ai sensi della legge 210 del 1998 – ex Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- MED/43 Medicina legale – 1 posto di professore ordinario – Procedura selettiva ex art. 18 comma 1, legge 240/2010 Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche. (Procedura approvata dagli organi accademici nel 2013 ma non ancora bandita).

Dopo l'entrata in vigore della Legge Gelmini 240/2010, non è più possibile bandire posti per la copertura di ruoli di Ricercatore a tempo indeterminato.

Nell'Azienda, l'integrazione tra le funzioni proprie dell'Università e quelle del Servizio sanitario si esplica innanzitutto attraverso la compresenza del personale nelle strutture organizzative. Delle 65 unità operative - strutture complesse dell'area assistenziale, in cui si articolano i 9 Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda, 39 sono classificate, in base all'Accordo vigente tra Azienda e Università, come strutture a direzione universitaria essenziali per le esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia (allegato 1 dell'Accordo attuativo Azienda-Università). La direzione delle strutture di allegato 1 è affidata dal Direttore Generale, d'intesa col Rettore al quale spetta la designazione, esclusivamente a docenti universitari.

Altre 7 unità operative sono strutture complesse affidate temporaneamente alla direzione di professori universitari, ma qualificate non essenziali per dette funzioni. Tali strutture rientrano nella piena disponibilità dell'azienda, una volta cessato il professore universitario che svolgeva l'incarico di Direttore (allegato 2 dell'Accordo) e 19 sono le strutture complesse affidate alla direzione di personale dirigente del Servizio sanitario nazionale (allegato 3 dell'Accordo).

Il personale dirigente medico e sanitario "ospedaliero" è largamente presente anche nell'organico delle Unità Operative o delle strutture semplici dipartimentali "a direzione universitaria" (attestandosi, nelle unità operative a direzione universitaria di allegato 1, e tenendo conto del solo personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, su valori medi superiori al 50%) e opera in modo integrato con la componente professionale di estrazione universitaria, non solo nelle attività assistenziali, ma contribuisce anche alla formazione e alla ricerca. Nelle Unità Operative a direzione c.d. "ospedaliera" vi è, solo in alcuni casi, una presenza in organico di universitari.

3.6.2 Integrazione Ospedale-Università

L'integrazione tra l'Azienda e l'Università si esprime anche attraverso svariate forme di collaborazione. Si tratta di accordi formali, ma anche di prassi che fissano collaborazioni in campi e settori specifici.

Collaborazione alla formazione universitaria delle professioni sanitarie.

La funzione aziendale di Formazione svolge un ruolo rilevante di collaborazione con l'Università per quanto riguarda i corsi di laurea, i master e i corsi di alta formazione per le professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecnico-sanitaria, preventiva e riabilitativa (vedi paragrafo 2.4.2).

L'Area aziendale della Formazione partecipa direttamente alle attività formative riferite a:

- **Corsi di laurea** per le figure professionali di: infermiere, ostetrica, fisioterapista, tecnico di laboratorio biomedico, tecnico di radiologia medica;
- **Master di 1° livello** in:
 1. "Management nell'area Infermieristica e Ostetrica, Tecnico Sanitaria, Preventiva e Riabilitativa";

L'integrazione tra Azienda e Università si concreta attraverso svariate forme di collaborazione, accordi formalizzati o prassi consolidate

2. "Assistenza Infermieristica in Area Critica";
3. "Case Management in Infermieristica";
4. "Evidence-Based Practice e Metodologia della Ricerca Clinico-Assistenziale".

- **Corso di laurea magistrale** in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche;

La collaborazione inerente i Corsi di Laurea, i Master e i corsi di Alta Formazione per le figure professionali specifiche della sanità si sostanzia:

- nel coordinamento didattico e tecnico pratico;
- nell'espletamento delle docenze per le aree professionalizzanti;
- nel garantire il collegamento con le sedi di tirocinio e favorire l'integrazione delle attività di didattica e ricerca con l'assistenza;
- nel facilitare l'apprendimento dello studente nella sede di tirocinio.

In particolare, l'Azienda, in conformità a quanto stabilito nel protocollo d'intesa Regione-Università e nelle specifiche convenzioni in materia, mette a disposizione le seguenti risorse:

- il coordinatore tecnico pratico e il coordinatore didattico nel Corso di laurea in fisioterapia;
- il coordinatore didattico nel Corso di laurea in Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia;
- il coordinatore tecnico pratico e due coordinatori didattici nel Corso di laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico;
- il Referente Scientifico e il Tutor per il Master in Management nell'area Infermieristica e Ostetrica, Tecnico Sanitaria, Preventiva e Riabilitativa;
- il Referente Scientifico e i tutor per il Master in Assistenza Infermieristica in Area Critica (uno per il Master e uno per ogni indirizzo attivato nella nostra azienda TI e Dialisi);
- il Tutor per il Master in "Evidence Based Practice e Metodologia della Ricerca Clinico - Assistenziale";
- il Tutor per il Corso di Alta Formazione "Case Management in Infermieristica ed Ostetrica";
- i tutor clinici nelle Unità Operative sedi di tirocinio.

Altri accordi e forme di collaborazione in settori diversi.

- Accordo fra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Policlinico S. Orsola – Malpighi e l'Alma Mater Studiorum-Università di Bologna sull'impiego nell'attività assistenziale dei ricercatori a tempo determinato di cui all'art. 24 co. 3 lettera a) l. 240/2010" (delibera n. 577 del 27 dicembre 2012);
- "Accordo tra l'Università di Bologna e l'Azienda Ospedaliera sulla rilevazione del debito orario del personale universitario convenzionato, equiparato alla dirigenza sanitaria", sottoscritto il 26 febbraio 2002;

- "Protocollo integrativo concernente il personale tecnico-amministrativo, tra l'Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi e l'Università degli Studi di Bologna", approvato con deliberazione del Direttore generale n. 112 del 22 luglio 2002 (per le parti tuttora compatibili);
- "Accordo tra l'Università degli Studi di Bologna e l'Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi, sull'impiego nell'attività assistenziale dei Dottorandi (L. 14/01/99, n. 4) e dei Titolari di Assegno di Ricerca (L. 27 dicembre 1997, n. 449)", operativo dal 2003, con il quale sono stati stabiliti i criteri e le modalità per l'impiego dei dottorandi e degli assegnisti nelle attività assistenziali all'interno dell'Azienda;
- Gestione unificata delle infrastrutture di rete e delle attrezzature informatiche. E' una collaborazione che ha avuto inizio dal 1997 con accordi sempre rinnovati e in seguito ampliati.

Tutela della sicurezza e salute dei lavoratori

La materia è disciplinata da un "Accordo con l'Università di Bologna per il miglioramento della prevenzione, della sicurezza e della salute dei lavoratori universitari e ospedalieri nei luoghi di lavoro all'interno del Policlinico S. Orsola-Malpighi, in attuazione dell'art. 10 del D.M. 363/98.", stipulato nel 2013. La norma prevede che "al fine di garantire la salute e la sicurezza di tutto il personale che presta la propria opera per conto delle Università presso Enti esterni, [...] i soggetti cui competono gli obblighi previsti dal D.Lgs. 626/94 (oggi sostituito dal D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81) sono individuati di intesa tra gli enti convenzionati e le singole Università, attraverso specifici accordi".

Unità Operativa di Medicina del Lavoro dell'Università

L'Unità Operativa di Medicina del Lavoro dell'Università svolge le funzioni attribuite dal D.Lgs. 81/08 al Medico Competente e dal D.Lgs. 230/95 al Medico Autorizzato e si occupa della sorveglianza sanitaria del personale dell'Università di Bologna. Le sue funzioni interagiscono con quelle dell'omonima struttura complessa dell'Aziendale. Rappresenta un'utile sinergia la collocazione delle due strutture in un'unica sede con l'opportuna suddivisione degli spazi. E' stato rinnovato l'Accordo concernente la messa a disposizione degli spazi e dei servizi per la U.O. di Medicina del Lavoro dell'Università di Bologna.

Centro di Ricerca Biomedica Applicata (CRBA)

La "Convenzione tra l'Università degli Studi di Bologna e l'Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi per l'istituzione di un Centro di Ricerca Biomedica Applicata (CRBA)" vigente dal 2001 e più volte prorogata è stata rinnovata nel 2014. Essa disciplina il concorso dell'Università nella gestione del CRBA, che rappresenta un modello di integrazione nel campo della ricerca e dell'assistenza, essendo un laboratorio di ricerca a carattere multidisciplinare di tipo aperto, ideato con le finalità di accogliere, soddisfare e integrare le esigenze dei diversi gruppi di ricerca presenti all'interno del Policlinico S. Orsola-Malpighi, con particolare orientamento al trasferimento nell'ambito clinico degli avanzamenti diagnostici e terapeutici e con la finalità di contribuire, inoltre, all'attività formativa attraverso lo svolgimento di tesi, tirocini e corsi. Con l'ultimo

Nel corso del 2013 è stato messo stipulato un nuovo accordo con l'Università di Bologna per il miglioramento della prevenzione e della sicurezza dei lavoratori

rinnovo si è convenuto di proseguire la collaborazione per la gestione del CRBA, per un periodo transitorio di un anno. Tale periodo è teso a consentire il passaggio definitivo a una gestione del CRBA interamente universitaria, con l'assunzione di impegni specifici di collaborazione da parte di Azienda ed Università.

3.6.3 Assetto istituzionale e organizzativo dell'Azienda

L'assetto istituzionale dell'Azienda è stato completato secondo le previsioni della legge regionale n. 29 del 23 dicembre 2004. L'Atto Aziendale è stato adottato con deliberazione del Direttore generale n. 147 del 4 novembre 2008, d'intesa con il Rettore dell'Università di Bologna per le parti riguardanti, in modo specifico, i Dipartimenti ad Attività Integrata e le Strutture assistenziali complesse essenziali per la Facoltà di Medicina e Chirurgia. L'Atto aziendale è stato dichiarato conforme alle direttive della Regione Emilia-Romagna, con deliberazione di Giunta regionale n. 2158 del 15 dicembre 2008.

Comitato di Indirizzo

E' stato rinnovato con decreto del Presidente della Giunta regionale n. 94 del 23 maggio 2011. A seguito della riforma di cui alla legge 30.12.2010, n. 240, la figura del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, membro di diritto del Comitato, non è più prevista nel nuovo assetto istituzionale dell'Università, per il venir meno della Facoltà medesima. Con Decreto n. 271 del 21.12.2012 del Presidente della Giunta Regionale, su proposta dell'Università di Bologna, il Preside della Facoltà è stato sostituito con il Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, in via transitoria e fino all'adozione di nuove disposizioni nazionali o regionali.

Il Comitato di indirizzo ha esercitato le proprie funzioni esprimendo i prescritti pareri sul Bilancio di esercizio e sul Bilancio economico preventivo.

Collegio di Direzione

Nel Collegio di Direzione trovano la loro espressione i Dipartimenti ad Attività Integrata direttamente rappresentati al livello di organo dell'Azienda. La presenza dei dipartimenti caratterizza, inoltre, il Collegio di Direzione come sede sostanziale di integrazione tra l'Ospedale e l'Università per la consistente presenza della componente universitaria alla direzione della maggioranza dei DAI.

Collegio aziendale delle professioni sanitarie

L'assetto istituzionale dell'Azienda, come previsto dall'Atto aziendale, si è completato nel 2012 con l'istituzione del Collegio aziendale delle professioni sanitarie, composto di 25 membri elettivi, organismo che concorre allo sviluppo delle competenze professionali presenti in Azienda (delibera n. 455/2012).

Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) e Dipartimenti Universitari.

L'istituzione e attivazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata, realizzata d'intesa con l'Università, che ne ha condiviso l'assetto, l'organizzazione e la disciplina di

funzionamento, risale al 2007 (Delibera del Direttore Generale n. 79 del 7 giugno 2007 e Decreto Rettoriale 751/27311 del 6 giugno 2007).

In relazione con l'attivazione dei DAI, l'Università di Bologna, secondo gli impegni assunti nella condivisione del nuovo assetto, aveva poi realizzato una riorganizzazione dei propri dipartimenti presenti nell'area clinica allo scopo di favorire la corrispondenza e l'integrazione tra le due organizzazioni.

Per effetto delle disposizioni della legge 30.12.2010, n. 240 e della conseguente adozione del nuovo Statuto dell'Università di Bologna (decreto rettorale del 13.12.2011), i dipartimenti dell'Università nei quali prima si articolava l'area medica sono stati fortemente concentrati. Dai precedenti otto dipartimenti che insistevano nell'area clinica, i nuovi dipartimenti costituenti la Scuola di Medicina e Chirurgia sono divenuti tre: il Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale, il Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche.

L'Azienda, dal suo canto, aveva iniziato un percorso istituzionale di revisione dei Dipartimenti ad attività integrata per definire un nuovo assetto che tenesse conto sia dei mutamenti in corso nell'organizzazione del Servizio sanitario regionale, con particolare riguardo alla riorganizzazione del sistema ospedaliero regionale e di quello dell'area metropolitana di Bologna, sia di quelli avvenuti nell'ambito dell'assetto istituzionale dell'Università.

E' stata data visibilità ad ambiti omogenei per patologia, in coerenza con i programmi di ricerca e di formazione di riferimento, anche al fine di sviluppare un assetto organizzativo aziendale per quanto possibile integrato con le funzioni istituzionali dei Dipartimenti Universitari e della Scuola di Medicina e Chirurgia, data la sostanziale impercorribilità di aggregazioni dipartimentali coerenti fra i Settori Scientifico Disciplinari (SSD) dei Dipartimenti Universitari e le aree assistenziali dei DAI;

Dal 1° agosto 2014, previa intesa con il Rettore dell'Università di Bologna sono stati istituiti 9 nuovi Dipartimenti ad attività integrata che hanno sostituito i 7 precedenti:

- Dipartimento della Medicina diagnostica e della prevenzione;
- Dipartimento dell'Emergenza-urgenza;
- Dipartimento della Donna, del bambino e delle malattie urologiche;
- Dipartimento Cardio-toraco-vascolare;
- Dipartimento dell'Apparato digerente;
- Dipartimento di Oncologia e di Ematologia (D.A.P.P.);
- Dipartimento Testa, collo e organi di senso;
- Dipartimento Medico della continuità assistenziale e delle disabilità;
- Dipartimento delle Insufficienze d'organo e dei trapianti.

Tale processo si è completato con la contemporanea nomina dei Direttori dei Dipartimenti neo costituiti.

3.6.4 Altre strutture assistenziali essenziali per l'attività didattica

In quest'ultima parte sono riepilogati i **rapporti fra l'Università e altre strutture, pubbliche o private**, per far fronte a specifiche esigenze, ai sensi dell'articolo 14, comma 4, del vigente protocollo d'intesa Regione-Università.

Per soddisfare le esigenze dell'attività formativa e scientifica dell'area di Medicina e Chirurgia, l'Università di Bologna fa ricorso a un'area assistenziale più ampia di quella offerta da questa Azienda, che pure è il principale riferimento. Sia l'Istituto Ortopedico Rizzoli sia l'Azienda USL di Bologna sono interessati. L'Università, inoltre, si articola in una **struttura "Multicampus" per permettere la diffusione dell'offerta formativa e l'attivazione di una stabile attività di ricerca sul territorio**. A tale scopo sono stati costituiti i Poli di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini, dotati di particolari forme di autonomia.

A livello normativo, la legge regionale 23.12.2004, n. 29 e l'art. 14 del Protocollo d'intesa Regione - Università stabiliscono che la programmazione sanitaria regionale individua eventuali ulteriori sedi, rispetto all'Azienda Ospedaliero - Universitaria di riferimento, nelle quali si realizza la collaborazione tra Regione e Università.

L'Università, previo accordo con la Regione, ha stipulato varie convenzioni per assicurarsi la disponibilità di specifiche strutture sanitarie pubbliche e, in taluni casi, private accreditate, valutate essenziali per l'attività didattica, non presenti all'interno dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi o ad integrazione di quelle presenti nel Policlinico.

Di seguito è riportato l'elenco dei rapporti dell'Università, regolati da appositi accordi o convenzioni, con altre strutture sanitarie pubbliche e private:

- Convenzioni attuative Università - Azienda USL di Bologna (Convenzione Attuativa Università degli Studi di Bologna - ex Usl N. 29, Convenzione Attuativa Università degli Studi di Bologna - ex Usl N. 27 per la gestione ai fini assistenziali dell'Istituto di Psichiatria "P. Ottonello" e Protocollo d'intesa per lo svolgimento delle attività assistenziali della Clinica Neurologica);
- Accordo Attuativo tra l'Università degli Studi di Bologna e l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico "Istituti Ortopedici Rizzoli" di Bologna;
- Accordo Attuativo Università di Bologna - Azienda USL di Rimini per le esigenze della Scuola di Medicina e Chirurgia e per lo svolgimento dell'attività assistenziale del dott. Bulletti;
- Accordo Attuativo tra l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna e l'Azienda Usl di Imola per le esigenze della Scuola di Medicina e Chirurgia e per lo svolgimento dell'attività assistenziale del prof. Caletti e del dott. Fusaroli;
- Accordo tra l'Università di Bologna e la Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A. per le esigenze della Scuola di Medicina e Chirurgia e per l'attività assistenziale del dott. Gabriele Bazzocchi;
- Accordo attuativo Università di Bologna - Azienda USL di Cesena per il programma

“Progettazione, formazione e ricerca per l’integrazione del programma delle neuroscienze e del Dipartimento di salute mentale al fine di promuovere la salute mentale” in applicazione del titolo I, punto 2.3 del protocollo d’intesa Regione – Università emiliane sottoscritto il 18.3.1998. (Accordo in vigore fino al 31 ottobre 2014);

- Accordo tra l’Università degli Studi di Bologna, il Gruppo Villa Maria e le case di cura private accreditate Villa Maria Cecilia spa e San Pier Damiano spa per l’Unità Operativa di Chirurgia Toracica;
- Accordo tra Università degli Studi di Bologna e l’Azienda USL di Imola per le esigenze della Scuola di Medicina e Chirurgia e per l’attività assistenziale del prof. Francesco Taroni;
- Università di Bologna – Azienda Ospedaliera Policlinico S.Orsola-Malpighi – Azienda Usl di Imola. Progetto per lo sviluppo e l’integrazione delle funzioni di chirurgia generale. Atto d’Intesa per la fase transitoria (in vigore dal 4 agosto 2014).



*I*l capitolo presenta i dati relativi al personale delle tre aziende sanitarie pubbliche dell'area metropolitana per dar conto, in maniera integrata, delle caratteristiche complessive. L'analisi dell'anagrafica mostra, a conferma degli anni precedenti, che il personale è prevalentemente di sesso femminile ed ha un'età compresa tra 35 e 54 anni.

Viene poi illustrato il sistema di conferimento di incarichi al personale, sviluppato per incentivare l'assunzione di ambiti di autonomia e responsabilità e lo sviluppo delle competenze professionali. In quest'ottica, l'Organismo di Valutazione verifica annualmente i risultati per attribuire la retribuzione di risultato e incentivare la produttività collettiva.

Il documento espone anche l'attività di formazione, le azioni poste in gioco in merito alla sicurezza sul lavoro, e da conto dei rapporti tra azienda e gli organismi di partecipazione dei lavoratori.

4.1 La carta d'identità del personale

Alla "carta d'identità" del personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna antepponiamo, anche quest'anno, alcuni dati relativi al personale dipendente e universitario delle tre aziende sanitarie pubbliche dell'area metropolitana di Bologna.

4.1.1. Il personale dipendente metropolitano

In questo paragrafo, dedicato alle caratteristiche del personale dipendente metropolitano, sono analizzate - per ciascuna azienda - la suddivisione in categorie professionali e la distribuzione percentuale e per genere. Il personale dipendente delle tre aziende al 31 Dicembre 2014, ammonta complessivamente a **14.054 unità**.

Tabella 4.1 Personale dipendente delle tre Aziende sanitarie di Bologna suddiviso per categorie professionali al 31 Dicembre 2014

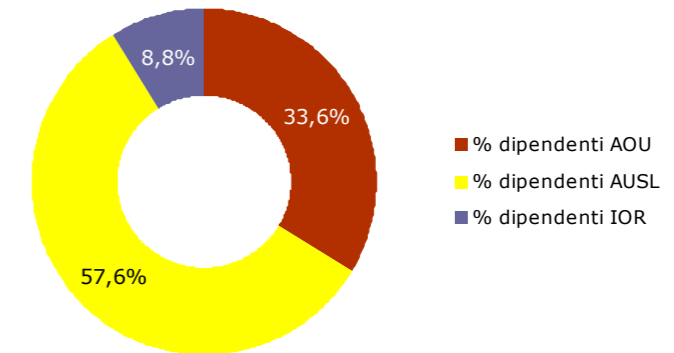
Categoria professionale	Dipendenti AOU	Dipendenti AUSL	Dipendenti IOR	Totale dipendenti metropolitani
Dirigenti medici e veterinari	633	1.329	166	2.128
Dirigenti sanitari	92	204	46	342
Dirigenti PTA	40	79	24	143
Personale infermieristico	2.086	3.325	460	5.871
Personale tecnico sanitario	334	410	69	813
Personale della prevenzione	18	150	1	169
Personale della riabilitazione	80	379	40	499
Assistenti sociali	8	81	3	92
Personale tecnico	553	502	132	1.187
O.T.A.	54	37	1	92
O.S.S.	493	747	91	1.331
Ausiliari specializzati	8	10	40	58
Personale amministrativo	325	834	169	1.328
Qualif.atipiche ruolo professionale	0	1	0	1
Totale 2014	4.724	8.088	1.242	14.054

Fonte dati: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

In termini percentuali, come si evince dal grafico 4.1, il 57,3% del personale è dipendente dall'Azienda USL di Bologna, il 33,9% dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e l'8,8% dall'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Il personale dipendente delle tre aziende sanitarie pubbliche dell'area metropolitana di Bologna, suddiviso per diverse categorie professionali, conta complessivamente 14.054 unità

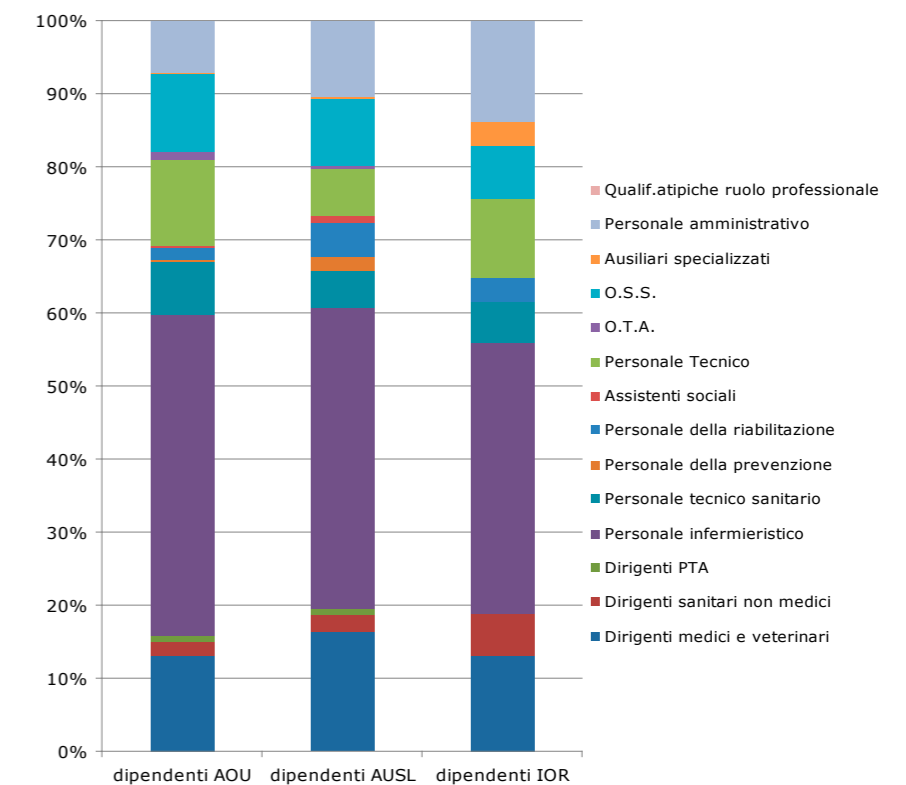
Grafico 4.1 Distribuzione percentuale del personale dipendente delle tre Aziende sanitarie di Bologna al 31 Dicembre 2013



Fonte dati: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

La distribuzione percentuale per categoria professionale evidenzia che circa il 42% del personale dipendente è costituito dal "personale infermieristico". A seguire il personale della dirigenza medica e veterinaria, che rappresenta il 15% dei dipendenti dell'area metropolitana.

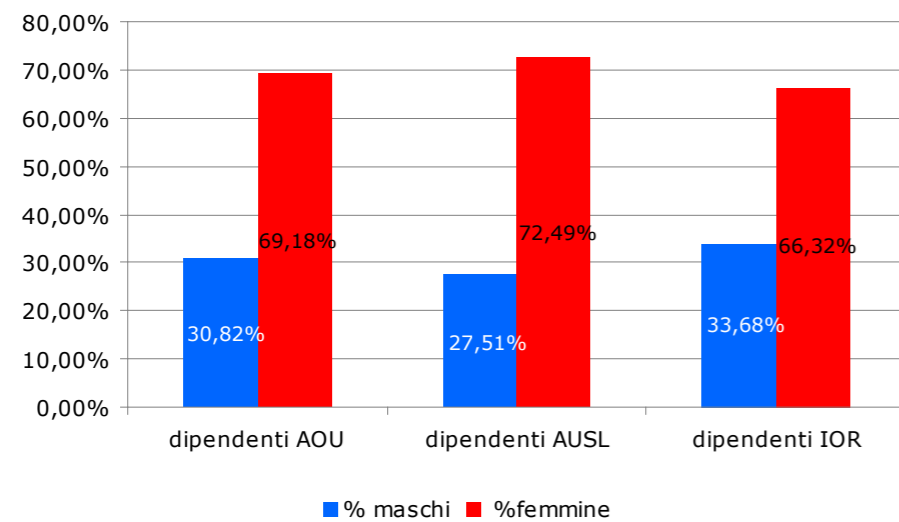
Grafico 4.2 Distribuzione percentuale per categoria professionale del personale dipendente delle tre Aziende sanitarie di Bologna al 31 Dicembre 2014



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

Infine, la distribuzione per genere mostra una forte prevalenza del personale femminile su quello maschile in tutte e le tre aziende. Il dato conferma la tendenza, già evidenziata nei Bilanci di Missione degli anni precedenti, ossia che le professioni "di aiuto alla persona" sono ancora prerogativa femminile. Le uniche eccezioni sono rappresentate dal personale dirigente medico e veterinario e da quello della prevenzione che è in prevalenza maschile.

Grafico 4.3 Distribuzione per genere del personale dipendente delle tre Aziende sanitarie di Bologna al 31 Dicembre 2014



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

4.1.2. Il personale universitario metropolitano

Il personale universitario metropolitano, rappresentato nella Tabella 4.2, è in diminuzione rispetto agli anni precedenti e conta complessivamente 441 unità.

Tabella 4.2 Personale universitario convenzionato delle tre Aziende sanitarie di Bologna suddiviso per categorie professionali al 31 Dicembre 2014

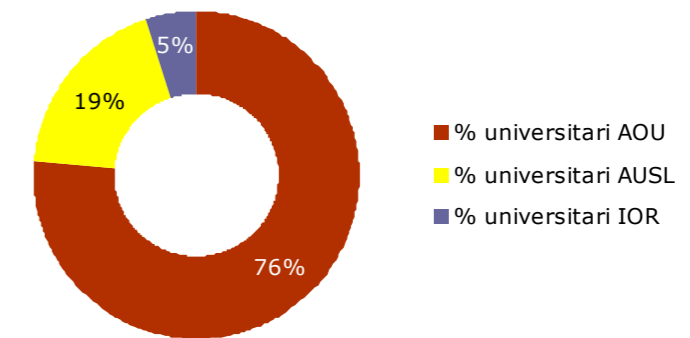
Categoria Professionale	UNIVERSITARI CONVENZIONATI			
	AOU	AUSL	IOR	Totale
Dirigenti medici e veterinari	221	28	17	266
Dirigenti sanitari	16	2	-	18
Dirigenti PTA	2	-	-	2
Personale infermieristico	11	20	-	31

Personale tecnico sanitario	21	18	-	39
Personale della prevenzione	-	-	-	-
Personale della riabilitazione	1	-	-	1
Assistenti sociali	-	-	-	-
Personale tecnico	11	5	2	18
O.T.A.	-	-	-	-
O.S.S.	-	-	-	-
Ausiliari specializzati	-	-	-	-
Personale amministrativo	55	9	2	66
Qualif.atipiche ruolo professionale	-	-	-	-
Totale 2014	338	82	21	441

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

La concentrazione maggiore si rileva nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, come si evince dal Grafico 4.4, ed appartiene, per il 60%, alla Dirigenza Medica e veterinaria.

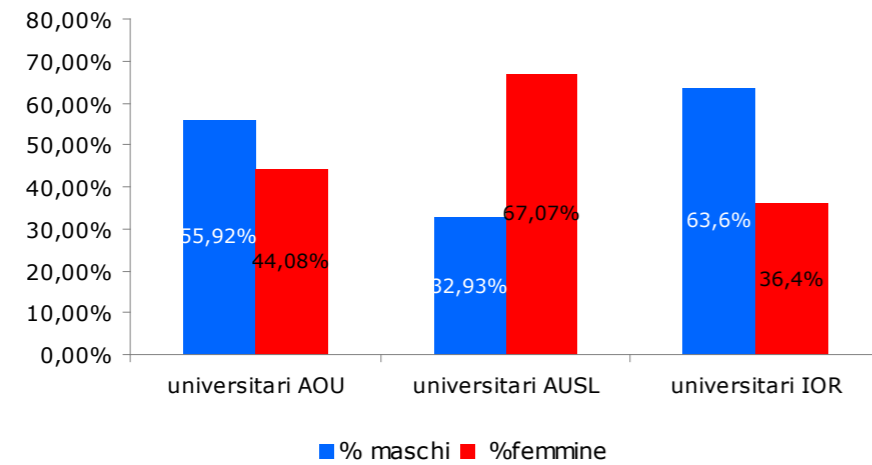
Grafico 4.4 Distribuzione percentuale del personale universitario delle tre Aziende sanitarie di Bologna al 31 Dicembre 2014



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

La distribuzione per genere mostra una prevalenza del personale maschile nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e nell'Istituto Ortopedico Rizzoli, e una prevalenza femminile nell'Azienda USL di Bologna. Il dato è interessante in quanto mostra che il personale universitario maschile è maggiore nelle due aziende dove il personale della dirigenza medica e veterinaria è in percentuale superiore al restante personale universitario; è confermata la tendenza che vede una maggioranza di uomini tra il personale dirigente medico e veterinario e una maggioranza di donne tra il personale del comparto.

Grafico 4.5 Distribuzione per genere del personale universitario delle tre Aziende sanitarie di Bologna al 31 Dicembre 2014



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli

4.1.3 Il personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

In questo paragrafo, dedicato alle caratteristiche del personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, sono analizzati nel dettaglio il tipo di rapporto contrattuale, la suddivisione in categorie professionali, il genere, l'età anagrafica, ecc., per fornire un quadro completo delle persone che lavorano in Azienda.

Il **personale presente all'interno dell'Azienda al 31 dicembre 2014**, secondo i dati forniti dal sistema informativo aziendale, **ammonta a 5.323 unità**, in costante diminuzione nel triennio di riferimento.

Nella Tabella 4.3 è rappresentato il personale che lavora in Azienda **diviso per tipologia contrattuale**. Nel corso dell'anno di riferimento il personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale è diminuito di 84 unità, il personale universitario di 7 unità, mentre l'entità dei contratti riconducibili al lavoro atipico (voce "altro personale") ha subito un incremento, trattandosi per la maggior parte dei casi, di contratti attivati in relazione a progetti di ricerca/attività finanziati da risorse dedicate. In termini percentuali i contratti atipici con finanziamento dedicato sono il 72% del totale.

Tabella 4.3 Personale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi al 31.12.2014 articolato per tipologia di contratto (Anni 2012-2013-2014)

Tipologia contrattuale		Totale personale 2012	Totale personale 2013	Totale personale 2014
Servizio Sanitario Regionale		4.916	4.808	4.724
Universitario		342	345	338
Convenzionato		0	0	0
altro personale		276	249	261
di cui:	Borsisti	7	8	10
	Contratti libero professionali	200	162	186
	Co.co.co.	69	79	65
Totale		5.534	5.402	5.323

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Nel corso dell'ultimo triennio, inoltre, si rileva un sempre maggiore ricorso all'utilizzo di contratti di fornitura di prestazioni di lavoro (cd. personale interinale), sia per consentire la fruizione delle ferie estive che per far fronte alle difficoltà riscontrate nelle procedure di reclutamento; il ricorso a tele personale è stato circoscritto alle qualifiche strettamente addette all'assistenza. Nel corso degli anni 2012-2013 e 2014 il numero complessivo del personale impiegato secondo questa modalità è stato rispettivamente di 8, 34 e 87 unità, con contratti di durata variabile in riferimento alle necessità assistenziali.

Le Tabelle 4.4 e 4.5 espongono, più nel dettaglio, l'entità del personale dell'AOU in riferimento al rapporto di dipendenza (**personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università**), per categoria professionale, tipologia di rapporto di lavoro e genere.

Come negli ultimi tre anni, si è ritenuto opportuno utilizzare il raggruppamento dei profili professionali previsto dalla rilevazione LEA regionale, per consentire un confronto immediato con le altre aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna e, in particolare, con quelle dell'area metropolitana di Bologna (Azienda USL e Istituto Ortopedico Rizzoli). Dalle tabelle riportate di seguito si desume una forte prevalenza del personale a tempo indeterminato su quello a tempo determinato: il 99% del personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale ha un rapporto di lavoro a tempo indeterminato e, per quanto attiene il personale universitario, la percentuale sale al 100%.

Tabella 4.4 Personale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, dipendente dal Servizio Sanitario Regionale, articolato per categoria professionale, rapporto di lavoro e genere al 31.12.2014.

Cat. professionale	Tempo Indeterminato			Tempo Determinato			Totale Dipendenti del SSR			
	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	% su Totale
Dirigenti medici e veterinari	313	299	612	8	13	21	321	312	633	13,4
Dirigenti sanitari	21	70	91	-	1	1	21	71	92	1,9
Dirigenti PTA	13	23	36	4	-	4	17	23	40	0,8
Personale infermieristico	536	1.534	2.070	1	15	16	537	1.549	2.086	44,2
Personale tecnico sanitario	98	232	330	2	2	4	100	234	334	7,1
Personale della prevenzione	13	5	18	-	-	-	13	5	18	0,4
Personale della riabilitazione	17	63	80	-	-	-	17	63	80	1,7
Assistenti sociali	-	8	8	-	-	-	-	8	8	0,2
Personale tecnico	231	321	552	1	-	1	232	321	553	11,7
O.T.A	7	47	54	-	-	-	7	47	54	1,1
O.S.S.	146	342	488	3	2	5	149	344	493	10,4
Ausiliari specializzati	2	6	8	-	-	-	2	6	8	0,2
Personale amministrativo	40	284	324	-	1	1	40	285	325	6,9
Totale 2014	1.437	3.234	4.671	19	34	53	1.456	3.268	4.724	100
Totale 2013			4.769			39			4.808	
Totale 2012			4.873			43			4.916	

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Come per gli anni precedenti si rileva che il personale delle professioni amministrative, sanitarie e tecniche del comparto dipendente dal Servizio Sanitario Regionale, ha una consistenza numerica molto più elevata rispetto alla stessa tipologia di personale universitario. L'incidenza è infatti del 97,6% sul totale del personale del comparto che presta la propria attività. Il personale universitario è concentrato invece, principalmente nella dirigenza medica (i medici universitari sono il 26% dei professionisti medici operanti in Azienda).

Nell'ultimo anno si è registrata una sensibile riduzione di quasi tutte le categorie di personale, in particolare quelle appartenenti all'area tecnico-amministrativa e quella del personale infermieristico.

Tabella 4.5 Personale Universitario convenzionato dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, articolato per categoria professionale, rapporto di lavoro e genere al 31.12.2014

Categoria professionale	Totale personale universitario*			
	Maschi	Femmine	Totale	% su Totale
Dirigenti medici e veterinari	160	61	221	65,4
Dirigenti sanitari	4	12	16	4,7
Dirigenti PTA	1	1	2	0,6
Personale infermieristico	-	11	11	3,3
Personale tecnico sanitario	8	13	21	6,2
Personale della prevenzione	-	-	-	-
Personale della riabilitazione	1	-	1	0,3
Assistenti sociali	-	-	-	-
Personale tecnico	6	5	11	3,3
O.T.A.	-	-	-	-
O.S.S.	-	-	-	-
Ausiliari specializzati	-	-	-	-
Personale amministrativo	9	46	55	16,3
Totale 2014	189	149	338	100
Totale 2013			345	
Totale 2012			342	

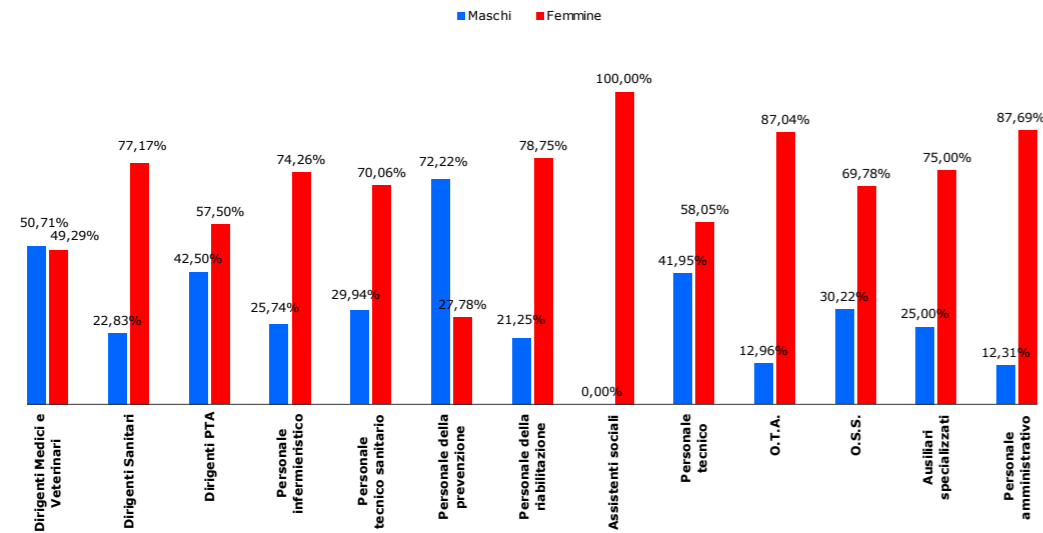
* Al 31.12.2014 tutto il personale dipendente dall'Università che lavora in Azienda ha un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Nell'anno 2014 viene confermata la netta **prevalenza di personale di sesso femminile (circa il 69.2% del totale) su quello maschile.**

I Grafici 4.6 e 4.7 mostrano la distribuzione per genere tra le categorie del personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università.

Grafico 4.6 Distribuzione per genere in termini percentuali tra le categorie del personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi. Anno 2014

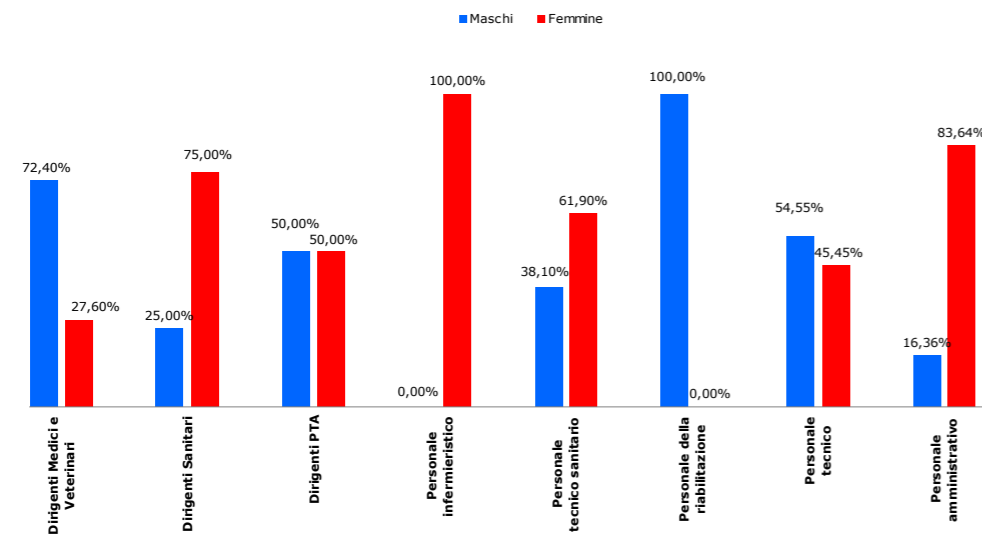


L'analisi dell'anagrafica mostra che il personale è prevalentemente di sesso femminile ed ha un'età media compresa tra i 35 e i 54 anni

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Nonostante sia netta la maggioranza di donne sul totale del personale, la dirigenza medica resta composta prevalentemente da uomini (50.7% maschi contro 49.3% femmine) la cui percentuale, nell'ultimo triennio, diminuisce progressivamente. Questo aspetto, come già evidenziato negli anni precedenti, è ancora più evidente nel personale universitario dove gli uomini della dirigenza medica, nell'anno 2014, rappresentano il 72.4% del totale dei medici universitari, percentuale costante rispetto all'anno precedente.

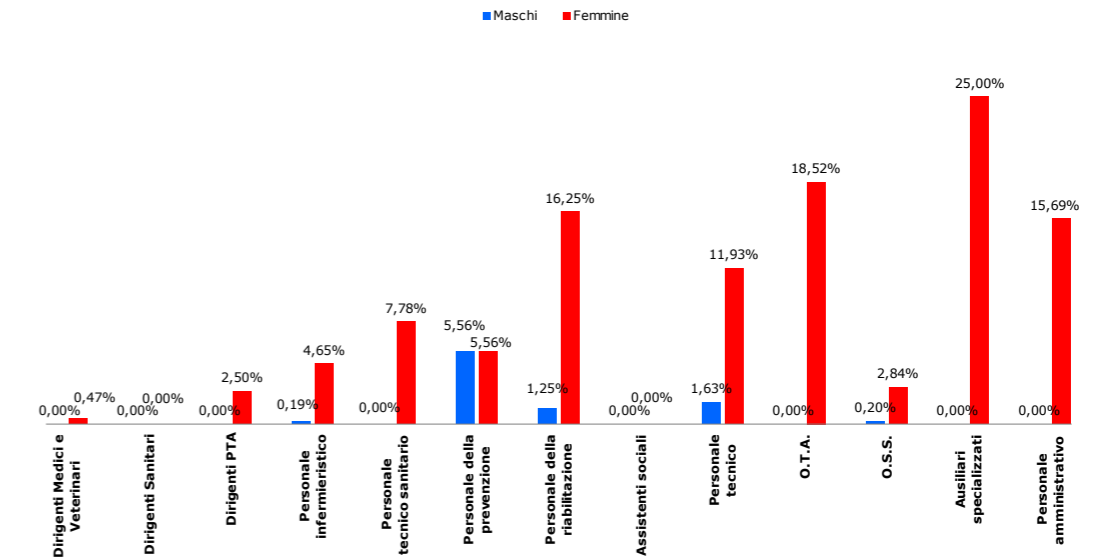
Grafico 4.7 Distribuzione per genere in termini percentuali tra le categorie del personale dipendente dall'Università. Anno 2014



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Continuando ad osservare le caratteristiche del personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale, nel grafico 4.8 viene rappresentata la **distribuzione del part time** per genere e per categoria.

Grafico 4.8 Distribuzione per genere dei rapporti a tempo parziale con riferimento alle diverse categorie di personale.

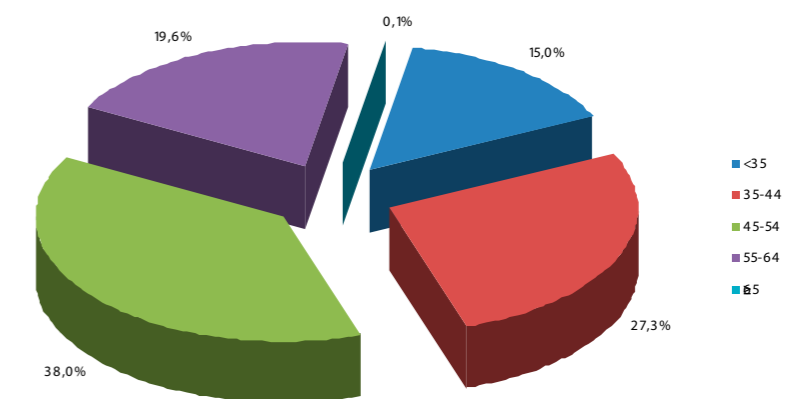


Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Circa il 6.4% del personale usufruisce dell'istituto del part time; dal grafico si evince che la scelta dell'orario ridotto è una scelta prevalentemente femminile e, in particolare, del personale dell'area del comparto.

Per quanto riguarda l'età, circa il 65% del personale dell'Azienda ricade nelle fasce di età comprese tra i 35 e i 54 anni come si evince dal grafico sotto riportato.

Grafico 4.9 Percentuale di distribuzione del personale dell'Azienda per classi di età



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Nel 2014 la classe "under 35", è diminuita di 100 unità rispetto all'anno precedente ma, in particolare, è significativa la diminuzione, in questa classe, del personale infermieristico che invece aumenta nelle fasce fino a 64 anni (Tabella 4.6), segno questo di una lieve diminuzione della mobilità in uscita di questa categoria di personale. Il personale appartenente alla classi di età 45-54 e 55-64-anni è costantemente in aumento rispetto agli anni precedenti. Registra una lieve diminuzione, in confronto al 2014, il personale appartenente all'ultima fascia (gli "over 65").

Tabella 4.6 Distribuzione per classi di età delle categorie del personale dell'Azienda

Categoria personale dipendente	Classi di età in anni					Totale Dipendenti
	<35	35-44	45-54	55-64	>=65	
Dirigenti medici e veterinari	23	178	196	234	2	633
Dirigenti sanitari	5	17	28	42	-	92
Dirigenti PTA	-	8	14	18	-	40
Personale infermieristico	518	657	711	200	-	2.086
Personale tecnico sanitario	86	103	95	50	-	334
Personale della prevenzione	-	2	9	7	-	18
Personale della riabilitazione	8	14	31	27	-	80
Assistenti sociali	-	5	3	-	-	8
Personale tecnico	8	79	300	166	-	553
O.T.A.	-	4	33	17	-	54
O.S.S.	47	181	189	76	-	493
Ausiliari specializzati	-	1	4	3	-	8
Personale amministrativo	15	40	182	87	1	325
Totale 2014	710	1.289	1.795	927	3	4.724

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Un'ulteriore caratteristica del personale, la cittadinanza, mostra che l'Azienda richiama anche **personale straniero**. Nell'ultimo triennio il dato è sostanzialmente invariato (Tabella 4.7).

Tabella 4.7 Totale personale straniero al 31.12 (Anni 2012-2013-2014)

Anno	Personale straniero
2012	20
2013	21
2014	22

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Per quanto riguarda, invece, la **distribuzione del personale occupato nell'ambito di categorie protette** si ha la seguente rappresentazione, che denota per il triennio, un andamento decrescente.

Tabella 4.8 Personale occupato appartenente a categorie protette (Anni 2012-2013-2014)

Anno	Personale categorie protette
2012	93
2013	82
2014	81

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi (dati Prospetto Informativo del personale in servizio ai sensi della L. 68 del 12.3.99 D.M. 22 novembre 99)

Per quanto attiene alla mobilità nel personale dipendente nel corso dell'anno di riferimento, la situazione al 31.12.2014, è sinteticamente analizzata nella Tabella 4.9.

Tabella 4.9 Totale personale dipendente dal Servizio Sanitario Regionale dimesso/assunto nel corso dell'anno 2014.

Causale	Personale cessato	Personale assunto
Pensionamenti	64	-
Concorso	-	81
Mobilità	64	15
Altri motivi	58	4
Totale 2014	186	100

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

I dati per l'anno 2014 registrano un numero di "personale cessato" maggiore rispetto al "personale assunto". Nel corso del 2014, infatti, come evidenziato nella tabella 4.3, il personale dipendente è diminuito. Analizzando l'indice di turnover sul personale a tempo indeterminato per l'anno 2014, si rileva un turnover positivo di 1.7% e un turnover negativo di 3.8%; nell'anno 2013 gli indici erano rispettivamente di 1.15% e 3.1%. Complessivamente le unità di personale con contratto a tempo indeterminato registrano un saldo negativo di 98 unità nel 2014, mentre per i contratti a tempo determinato si rileva un incremento di 9 unità.

La mobilità interaziendale registra per l'anno 2014 un saldo a favore del personale cessato

4.2 Gestione del rischio e sicurezza

In questa parte del documento, l'Azienda descrive le principali attività finalizzate alla **gestione del rischio e della sicurezza**.

La gestione e il controllo dei rischi derivanti dalle attività lavorative (infortuni, rischio biologico, rischio chimico, movimentazione manuale dei pazienti e carichi, ecc.) sono funzioni svolte dal Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA) che supporta la Direzione Aziendale affinché sia garantito il miglioramento delle condizioni dei luoghi di lavoro per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e di quanti altri, a vario titolo, frequentano le strutture aziendali e dalla Medicina del lavoro (MdL).

Gli obiettivi ed i compiti del SPPA sono descritti nell'art. 33 del D.Lgs 81/08 definito anche "Testo unico sulla tutela della salute e della sicurezza sul lavoro". L'obiettivo primario di tale struttura è quello di promuovere (in collaborazione con il Medico Competente), nel luogo di lavoro, condizioni che garantiscano il più alto grado di qualità della vita lavorativa:

- proteggendo la salute dei lavoratori;
- migliorando il benessere fisico, psichico e sociale del lavoratore prevenendo malattie ed infortuni e fungendo da consulente specializzato del datore di lavoro su ciò che attiene a tutte le incombenze (valutazione dei rischi, individuazione delle misure preventive, definizione delle procedure, informazione, ecc.) relative alla promozione e tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.

Per la realizzazione delle funzioni in materia di sicurezza (sicurezza delle strutture e attrezzature, prevenzione degli incendi, ecc.) del lavoro previste dal D.Lgs. 81/2008, e successive modificazioni, il Direttore Generale ha delegato (ai sensi dell'art. 16), un Dirigente Tecnico. I programmi di valutazione e controllo del rischio (lavorativo e non) legati all'esposizione alle radiazioni ionizzanti ed alle radiazioni non ionizzanti, sono posti in capo agli Esperti Qualificati nominati dal Datore di lavoro, operanti presso la Fisica Sanitaria aziendale ed ai Medici Autorizzati della Medicina del Lavoro (D.Lgs. 230/95 e successive modificazioni).

L'uso sicuro ed efficiente di attrezzature ed impianti sono invece in capo, per le proprie competenze, alle Direzioni di Fisica Sanitaria, Ingegneria Clinica e Informatica Medica e Coordinamento Attività Tecniche Integrate, mentre gli aspetti legati all'igiene dei luoghi di lavoro e ambientale, compreso la gestione dei rifiuti, rientrano fra le attività dell'Area Igiene Ospedaliera e Prevenzione.

Di seguito sono illustrati i risultati più significativi raggiunti nel corso del 2013. In particolare si è proceduto:

- al monitoraggio del documento di valutazione dei rischi, redatto nel 2013, per l'esposizione a movimentazione manuale dei pazienti. Il monitoraggio ha interessato in particolare la realizzazione delle misure di prevenzione che continuano a concretizzarsi con la fornitura, ai reparti più sofferenti, di attrezzature (letti, barelle e carrozzine) con caratteristiche tali da diminuire sensibilmente lo sforzo fisico;

Sono prese in esame le iniziative dell'Azienda per la tutela delle condizioni di lavoro degli operatori e i principali risultati raggiunti

- alla valutazione dei rischi per l'esposizione a gas anestetici, aldeide formica, farmaci antiblastici e composti organici volatili. Il monitoraggio ha interessato tutti i blocchi operatori (per i gas anestetici e aldeide formica), i laboratori e i reparti di degenza (per gli altri agenti chimici) coinvolti nell'utilizzo di tali sostanze; tale attività è stata riprogrammata anche per il 2015;
- alla predisposizione dei documenti di valutazione dei rischi per: il Pad. 1 Palagi, il pad. 3 Amministrazione, il Pad. 11 Clinica Medica, il Pad. 19 Direzione Generale, il Pad. 21 Cardiologia, Pad. 29 Dermatologia, Pad. 32 Croce Rossa e Archivio di Minerbio;
- al sostegno dei dirigenti e preposti delle U.U.O.O., nella risoluzione di problematiche quotidiane in tema di tutela della salute nei luoghi di lavoro (uso sostanze e miscele, segnaletica, uso attrezzature, uso DPI, ecc.) oltre al supporto per tutte le problematiche relative all'ebola ed all'emergenza relativa all'inquinamento ambientale (indotto da terzi) da acetone nitrile;
- alla predisposizione del DUVRI (documento unico della valutazione dei rischi interferenti) per l'impresa appaltata per la gestione dei servizi di manutenzione;
- alla collaborazione con le direzioni in line con la direzione generale, sanitaria e amministrativa per la risoluzione dei problemi legati ai trasferimenti delle attività, alle misure di prevenzione da adottare a seguito di ristrutturazione e/o valutazione dei rischi, eccetera;
- alla collaborazione con l'U.O. Governo Clinico, Qualità e Formazione e area Sicurezza delle Cure per la realizzazione di corsi di formazione/aggiornamento nei confronti degli operatori addetti alla gestione dei farmaci antiblastici, alla movimentazione manuale dei pazienti, addetti all'emergenza incendio, addetti alla gestione dell'azoto, addetti alla guida dei carrelli elevatori, dirigenti e preposti ed alla diffusione seminariale dei piani di emergenza incendio;
- all'aggiornamento di alcune procedure di "sicurezza" utili all'acquisizione di competenze per lo svolgimento delle attività in azienda (art. 33 del D.Lgs. 81/08);
- all'aggiornamento del fascicolo informativo (art. 26 D. Lgs. 81/08), documento che ha l'obiettivo di informare tutti i lavoratori "esterni" sui rischi specifici presenti e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate negli ambienti di lavoro dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna;
- all'aggiornamento costante, in collaborazione con il CATI, dei piani di emergenza incendio completamente revisionati nel 2012;
- alla redazione di 23 relazioni per l'INAIL sulla richiesta, da parte dei dipendenti, di riconoscimento di malattia professionale;
- all'analisi statistica degli infortuni occorsi nel 2014: tale studio ha evidenziato che l'infortunio più ricorrente è quello relativo alla movimentazione del paziente; il numero totale degli infortuni aziendali risulta diminuito rispetto agli anni precedenti con un incremento della "durata media"; per gli infortuni in itinere si rileva invece un decremento rispetto agli anni precedenti con un incremento della durata media;

- alla rielaborazione e successiva rinegoziazione, con l'INAIL, delle PAT (posizioni assicurative territoriali) individuate per ogni lavoratore sulla base del profilo professionale, dell'attività effettivamente svolta e da quanto emerso dalla specifica valutazione dei rischi;
 - alla sorveglianza sanitaria periodica del personale eseguita dai medici competenti ed autorizzati;
 - alla sorveglianza del rischio biologico mediante indagini su soggetti che hanno avuto possibili contatti con portatori di tubercolosi o altre malattie infettive;
 - alla valutazione del rischio tubercolosi per gli operatori sanitari dell'Azienda;
 - alle misure profilattiche (vaccinazioni) per proteggere il personale dal rischio biologico.
- Infine, come per gli anni precedenti e sulla base dei requisiti posseduti, è stata accolta l'istanza, presentata all'INAIL, di riduzione del tasso medio di tariffa del premio assicurativo per gli infortuni sul lavoro.

Nel corso del 2014 sono proseguite le attività imposte nel 2013 relativamente al sistema di valutazione ed alla revisione del sistema premiante

4.3. Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Sistema di valutazione

Durante l'anno 2014 è proseguita la sperimentazione relativamente al sistema di valutazione aziendale, in particolare:

- sono state revisionate le job description degli incarichi e posizioni dell'area dei servizi trasversali/di supporto inserendo un'area condivisa di indicatori per la valutazione degli obiettivi dell'incarico/posizione;
- è stata avviata una revisione della procedura di valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni;
- è stato creato, in via sperimentale, un database per la pesatura delle strutture presenti in azienda.

Revisione del sistema premiante dell'area del comparto

Il processo di revisione del sistema premiante, iniziato nell'anno 2013 nell'ambito di una apposito gruppo tecnico a composizione paritetica, è proseguito durante l'anno 2014.

La revisione, pur rispettando l'impostazione di fondo delle varie componenti del sistema premiante, ha la finalità di renderlo più coerente con il nuovo assetto organizzativo aziendale ed in linea con lo sviluppo professionale degli operatori coinvolti

4.3.1 Incarichi dirigenziali

Il sistema di graduazione degli incarichi dirigenziali, in vigore già dal 2003 e costantemente in evoluzione in riferimento agli obiettivi aziendali, alla consistenza dei fondi contrattuali e allo sviluppo delle carriere, al 31 dicembre 2014 presenta la seguente distribuzione:

Tabella 4.10 Tipologie di incarico e numero di incarichi conferiti al 31.12.2014

Tipologie di Incarico	Numero incarichi conferiti al 31/12/2014
Incarico di Direzione di Struttura Complessa - Direttore di Dipartimento	9
Incarico di Direzione di Struttura Complessa - Direttore di U.O.	83
Incarico di Responsabilità di Programma	11
Incarico di Direzione di Struttura Semplice dipartimentale	21
Incarico di Direzione di Struttura Semplice interna all'U.O.	69
Incarichi Professionali di alta specializzazione	166
Incarichi Professionali specialistici	488
Incarichi Professionali	136

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

4.3.2 Posizioni organizzative.

Di particolare rilievo, per il personale del comparto, è l'attribuzione di incarichi su posizioni organizzative, previste dal Contratto Nazionale di Lavoro, che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità. Anche questo istituto è costantemente in evoluzione in relazione agli obiettivi aziendali e alla consistenza dei fondi contrattuali. Al 31 dicembre 2014 le posizioni organizzative presentano la seguente distribuzione:

Tabella 4.11 Posizioni organizzative suddivise per ruolo professionale al 31.12.2014

Ruolo professionale	Numero incarichi conferiti al 31/12/2014
Ruolo sanitario	37
Ruolo amministrativo	22
Ruolo tecnico	1

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Nel 2014 l'AOU di Bologna ha programmato internamente e accreditato 1018 eventi formativi di cui 985 ECM e 33 non ECM con 3.212 operatori formati, pari al 64,46% del personale dipendente

4.4. Formazione

Nel 2014 l'attività di formazione rivolta a tutti gli operatori dell'Azienda è stata programmata attraverso il **Piano di Formazione Aziendale (PAF)** che definisce le strategie formative in grado di assicurare:

- la coerenza delle tematiche e delle tecniche della formazione con gli obiettivi di sviluppo aziendale;
- il sostegno a quei meccanismi della gestione operativa che diminuiscono il rischio professionale e favoriscono l'individuazione e l'adozione di buone pratiche;
- lo sviluppo di un ambiente culturale favorevole al programma regionale per la ricerca e l'innovazione (di cui alla specifica successiva sezione di questo documento).

In particolare, le attività formative che compongono il PAF riguardano diverse aree, a ciascuna delle quali è attribuito uno specifico budget economico:

- formazione a supporto delle azioni strategiche aziendali su tematiche trasversali di tipo organizzativo - gestionale o tecnico-professionale;
- formazione su progetti e obiettivi specifici di ciascun Dipartimento;
- formazione di base;
- formazione per la specializzazione delle competenze;

La rilevazione del fabbisogno formativo, momento fondamentale per allineare le competenze presenti nell'Azienda con quelle necessarie per lo sviluppo e l'evoluzione dell'organizzazione, è stata effettuata, per le aree tematiche trasversali, dalle strutture/ servizi aziendali trasversali sulla base degli indirizzi della programmazione regionale e aziendale e, per l'area dei Dipartimenti, dalla rete degli Animatori di Formazione, che mediante la definizione dei Dossier Formativi di Gruppo, in relazione agli obiettivi assegnati, ai ruoli professionali e allo sviluppo delle competenze, ha effettuato la programmazione e facilitato la realizzazione di specifici progetti formativi, sia interni che esterni all'Azienda.

Nell'anno 2014 l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna ha programmato internamente e accreditato 1018 (707 nel 2013) eventi formativi (residenziali, FSC e FAD) di cui 985 ECM e 33 non ECM con 3.212 operatori formati, pari al 64,46% del personale dipendente.

La seguente tabella riporta i principali aspetti quantitativi dell'attività formativa 2014 relativamente alla **formazione interna**.

Tabella 4.12 Attività di formazione interna (compresa FAD)

N. Iniziative	N. Operatori formati	N. Ore dedicate	Costi (in €)
1018	3.212	101.994	238.116,55

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

La suddivisione della formazione interna realizzata nelle diverse aree contrattuali è di seguito illustrata:

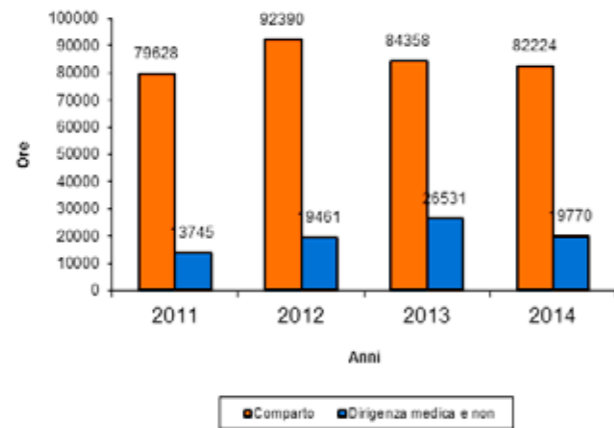
Tabella 4.13 Attività di formazione interna per aree contrattuali

Area contrattuale	N. Iniziative	N. Operatori formati	N. Ore dedicate
Comparto	649	2.499	82.224
Dirigenza medica e non medica	346	713	19.770

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Nel grafico successivo è riportato l'andamento della formazione interna nel periodo 2011-2014.

Grafico 4.10 Ore dedicate alla Formazione interna

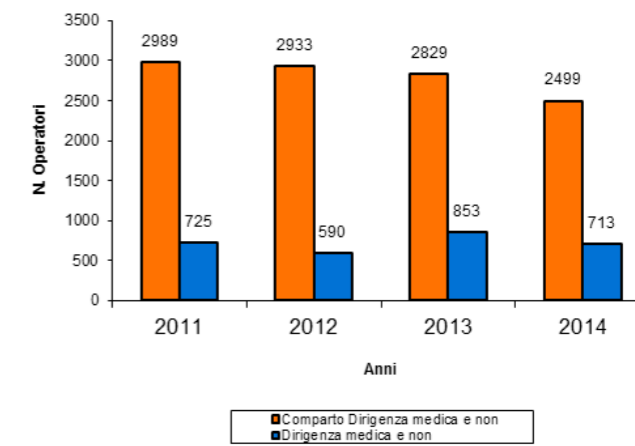


Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Il grafico mette in evidenza una riduzione delle ore della formazione interna (residenziale, FSC) sia nell'area comparto sia nell'area dirigenza, dati in parte motivabili con un maggiore utilizzo della formazione esterna (in particolare legata ai progetti messi in campo per l'innovazione tecnologica, non realizzabili all'interno dell'Azienda), in parte con un ampliamento dell'offerta e della realizzazione di eventi di Formazione a Distanza (FAD).

Il numero di operatori coinvolti nella formazione interna nel periodo 2011-2014 è riportato di seguito.

Grafico 4.11 Operatori coinvolti dalla Formazione interna



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Nel 2014 si è peraltro registrato, come detto sopra, un incremento delle ore di **aggiornamento esterno** nell'area della dirigenza medica e non medica:

Tabella 4.14 Attività di formazione esterna per area dirigenza

Area contrattuale	N. Ore aggiornamento esterno 2011	N. Ore aggiornamento esterno 2012	N. Ore aggiornamento esterno 2013	N. Ore aggiornamento esterno 2014
Dirigenza medica e non medica	2.556	3.080	2.177	3.997

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Nel 2014 si è registrata una lieve flessione delle iniziative formative interne su tematiche trasversali a sostegno di progetti aziendali, in controtendenza con gli ultimi anni, e in parte spiegabile con una ristrutturazione dei corsi BLS e Sicurezza degli operatori (81/08), rispettivamente realizzati in parte e in toto attraverso la FAD.

Tabella 4.15 Iniziative formative dell'anno 2014

	N. iniziative	N. operatori formati	N. ore dedicate	Costi (in €)
Sostegno a progetti aziendali	233	1539	14.582,71	162.068,60(*)
Iniziative a sostegno dei progetti dipartimentali	726	2485	65.496,09	76.047,95

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

(*) i costi comprendono la FAD

Tali iniziative trasversali rappresentano il 30% circa delle iniziative formative complessive e hanno coinvolto il 64,45% degli operatori formati e assorbito il 68% della spesa per formazione interna.

Infine, si riportano di seguito le attività 2014 di accreditamento (effettuate dall'Area Formazione in qualità di Provider) di eventi residenziali e FSC per istituzioni esterne e relativi a diverse tematiche.

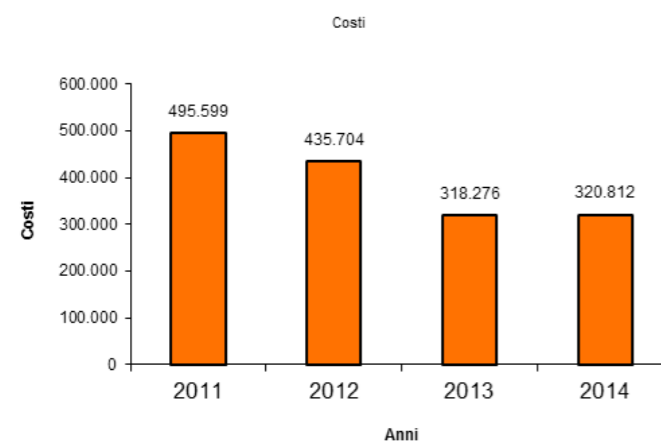
Tabella 4.16 Attività di accreditamento ECM per Enti esterni – anno 2014

Area tematica e numero eventi	Committente
Politica del Farmaco - 7 eventi residenziali/FSC	AVEC - RER
Documentazione sanitaria – 5 eventi residenziali	RER
Rischio infettivo – 3 eventi residenziali	RER
Medicina legale – 3 eventi residenziali	AVEC
Psicologia - 2 eventi residenziali/FSC	DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA
Cure palliative - 7 eventi residenziali/FSC	ACCADEMIA DELLE SCIENZE DI MEDICINA PALLIATIVA

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Il grafico che segue mostra l'andamento, nei tre anni di riferimento 2012-2104, dei costi complessivi della formazione, compreso l'aggiornamento esterno.

Grafico 4.12 Costi complessivi della Formazione



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Nel 2014 si è verificato un arresto del trend in decremento degli anni passati per lo più dovuto all'incremento dei costi per l'aggiornamento esterno.

Va peraltro precisato che nel Policlinico una quota di formazione interna ed esterna

è finanziata con fondi provenienti da progetti di ricerca o derivanti dai proventi delle sperimentazioni cliniche, e che non rientrano nei costi riportati nel grafico precedente.

I fondi utilizzati nel corso del 2014 sono risultati più ingenti rispetto al 2013 (€ 54.116,81 per il 2014 vs € 45.286,73 per il 2013).

Nel corso degli ultimi due anni si è cercato di porre attenzione al tema della valutazione di impatto degli eventi formativi residenziali o di formazione sul campo, ossia della ricaduta in termini di cambiamento dei comportamenti conseguenti all'acquisizione delle competenze. La valutazione di impatto è stata applicata ad alcuni eventi formativi rilevanti di cui si riporta una sintesi;

Nel 2014 l'Area della Formazione ha posto particolare attenzione al tema della valutazione di impatto degli eventi formativi, ossia della ricaduta in termini di cambiamento dei comportamenti conseguenti all'acquisizione delle competenze

- **Gestione del dolore:** è stata effettuata una valutazione di ricaduta sul Dipartimento Cardio Toraco Vascolare per valutare l'implementazione nella pratica clinica delle scale di rilevazione del dolore NRS e PAINAD. Sulla base di criteri condivisi, è stato selezionato un campione di cartelle cliniche su cui effettuare la valutazione della correttezza delle attività di rilevazione del dolore all'ingresso, post-terapia antidolorifica e alla dimissione, la scala di valutazione adottata, la registrazione della terapia e del farmaco utilizzato. Come strumento di valutazione è stato utilizzato l'audit retrospettivo su cartelle cliniche chiuse, attraverso l'ausilio di una check list e di un vademecum per armonizzare l'attività dei valutatori. I risultati di questa attività di valutazione hanno evidenziato la necessità di rafforzare, attraverso ulteriori interventi formativi, l'aderenza dei comportamenti del personale sanitario alle regole definite a livello aziendale in recepimento della Legge 38 del 15 marzo 2010. Analoga valutazione è stata effettuata nelle UO del Dipartimento Oncoematologico, mettendo in evidenza migliori risultati rispetto all'appropriata applicazione degli strumenti.
- **Tutela della privacy:** per la valutazione del trasferimento dell'apprendimento dei contenuti di questo evento formativo è stato adottato un questionario somministrato, a 6 mesi dall'evento stesso, ai responsabili del trattamento dei dati personali. Il questionario era volto a verificare le modifiche strutturali/organizzative/comportamentali derivanti dalla corretta applicazione della normativa sulla gestione dei dati personali e dei documenti, le eventuali attività successive di sensibilizzazione interna ed eventuali segnalazioni degli utenti in merito all'applicazione del codice privacy. Alla somministrazione del questionario ha fatto seguito un'attività di audit, per il completamento della valutazione, che ha messo in evidenza un soddisfacente grado di applicazione degli strumenti predisposti a livello aziendale.
- **Progetto Panda Minore:** l'evento di FSC si basa sull'applicazione di uno strumento che misura l'acuità e la dipendenza del bambino ricoverato per valutarne i bisogni assistenziali; le rilevazioni multiple e ripetute nel tempo hanno consentito di valutare degli scostamenti tra l'assistenza infermieristica erogata e quella necessaria. Lo strumento è stato applicato nelle UO pediatriche dei Dipartimenti Cardio Toraco Vascolare e Salute Donna Bambino e Adolescente e ha prodotto dati organizzati ed elaborati che hanno consentito di valutare le ricadute sull'assistenza infermieristica delle necessità dei bambini ricoverati, ai fini di eventuali riprogrammazioni del modello assistenziale.

- **Laboratorio sperimentale di mediazione interculturale:** la valutazione della ricaduta del percorso formativo sulla sensibilizzazione e conoscenza dei temi della mediazione interculturale è stata realizzata attraverso una ricerca qualitativa che ha messo in evidenza una sostanziale soddisfazione (da parte del personale dell'assistenza) nella relazione con gli assistiti e i loro familiari e con i colleghi, e buone capacità di ascolto e tolleranza nei confronti dei pazienti di altre culture.
- **Miglioramento dell'antisepsi cutanea nella venipuntura:** a questo evento di formazione sul campo il cui obiettivo era l'applicazione della buona pratica clinica basata sull'evidenza nell'antisepsi della cute nella venipuntura dei bambini e dei neonati, è seguito uno studio osservazionale prospettico per valutarne la ricaduta, attraverso la misurazione della frequenza delle contaminazioni dei CVP, utilizzando diversi tipi di antisettico, e confrontando i risultati con i dati della letteratura. L'impatto clinico di questa formazione sul campo è stato particolarmente positivo e superiore ai risultati riportati nella letteratura internazionale.

Una menzione particolare merita, nell'ambito delle iniziative formative realizzate nel 2014, la collaborazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, ed in particolare del Centro di Formazione IRC aziendale, con IRC (Italian Resuscitation Council) ed ERC (European Resuscitation Council) in relazione alla campagna di sensibilizzazione per la rianimazione cardiopolmonare, promossa dall'**Unione Europea**. In particolare l'attenzione era rivolta ai "laici" e, in Italia, IRC si è concentrata sulla formazione alla rianimazione cardiopolmonare nelle scuole e negli impianti sportivi.

In risposta all'invito dell'UE, il centro di formazione IRC del Policlinico S. Orsola-Malpighi, ha organizzato una serie iniziative:

- Corso gratuito BLS: dedicato al personale di una polisportiva e degli educatori di una parrocchia della città, iniziativa premiata da IRC con l'omaggio di defibrillatore automatico esterno dedicato alla formazione.
- Giornata "Viva!": interamente dedicata alla sensibilizzazione della popolazione generale, all'importanza del riconoscimento dell'arresto cardiaco, dell'allertamento corretto del sistema di emergenza 118 e dell'inizio delle manovre rianimatorie. Tutto questo è stato riassunto in "8 semplici mosse" per salvare la vita.

L'iniziativa di sensibilizzazione è stata realizzata in collaborazione con l'Area Formazione della struttura Governo Clinico, Qualità e Formazione, l'IRC sede centrale di Bologna, l'Ufficio Stampa AOSP, le Associazioni pediatriche: AMACI, AGEOP, IL CUCCILOLO, FANEP, PICCOLI GRANDI CUORI, POLLICINO, 11 istruttori IRC aziendali, alcuni medici e infermieri volontari dell'Azienda non istruttori,

Nell'area antistante il padiglione 4 - Ginecologia - sono stati allestiti due gazebo forniti dalle associazioni di volontariato con 8 postazioni di rianimazione di cui 4 dedicate al bambino, dotati di manichini gonfiabili per la rianimazione cardio-polmonare e per le manovre di disostruzione della via aerea. La simulazione di queste due emergenze cliniche ha suscitato, in modo particolare, l'interesse di nonni con bambini e mamme in stato di gravidanza.

La restante area è stata dedicata alle 8 mosse sull'adulto vittima di arresto cardiaco, simulazione che, in particolare, ha attirato l'attenzione di un pubblico adulto, di scolaresche e studenti universitari. Ai partecipanti è stato rilasciato l'attestato di "Bravo Soccoritore".

4.5 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

In questa sezione vengono illustrate le azioni promosse dall'Azienda riferite alle attività dei diversi organismi istituiti dai contratti di lavoro e da specifiche normative in merito al benessere organizzativo. Le relazioni con il personale dipendente sono improntate alla massima disponibilità e sono principalmente mediate dal confronto con le rappresentanze dei lavoratori (Rappresentanza Sindacale Unitaria - RSU, Organizzazioni Sindacali, Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza) e attraverso le attività dei suddetti organismi.

4.5.1. Relazione con gli organismi sindacali

L'Azienda e le **Organizzazioni Sindacali**, nella consapevolezza dei vincoli normativi sempre più stringenti e del ridimensionamento degli ambiti della contrattazione e nonostante il perdurare del blocco dei rinnovi contrattuali, hanno mantenuto aperto il canale del confronto sia sulla gestione corrente sia su processi di riorganizzazione rilevanti posti in essere per esigenze correlate alle riduzioni di spesa ed al risanamento del bilancio.

Il modello partecipativo, attraverso un contraddittorio costruttivo, si è esplicitato così come segue:

Tabella 4.17 Tipologia e numero di incontri realizzati anno 2014

Aree di contrattazione collettiva	Incontri aziendali tra le delegazioni trattanti di parte pubblica e di parte sindacale	Incontri a livello di area metropolitana	Incontri a livello di gruppi tecnici + sedi decentrate
Personale del comparto Sanità	29	5	32
Dirigenza Medica e Veterinaria e Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa	12	1	8
Totali	41	6	40

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Tabella 4.18 Accordi sottoscritti anno 2014

Area di contrattazione del personale del comparto Sanità	<p>Accordo per la finalizzazione delle risorse destinate alla contrattazione integrativa – consuntivo anno 2013</p> <p>Ipotesi accordo per la finalizzazione delle risorse destinate alla contrattazione integrativa – prima finalizzazione anno 2014</p> <p>Accordo integrativo sui contingenti di personale da esonerare per garantire la continuità delle prestazioni indispensabili</p> <p>Accordo relativo alla distribuzione delle risorse ex art 16 DL 98/2011</p> <p>Protocollo d'intesa in materia di RLS</p>
--	--

Le relazioni con il personale dipendente sono improntate alla massima disponibilità e sono principalmente mediate dal confronto con le rappresentanze dei lavoratori

Area di contrattazione della Dirigenza Medica e veterinaria	Accordo per la finalizzazione delle risorse destinate alla contrattazione integrativa – consuntivo anno 2013 e preventivo anno 2014
Area di contrattazione della dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica e Amministrativa	Modalità di utilizzo de fondo di perequazione – accordo stralcio per la modifica degli artt 25 e 26 dell'Atto aziendale ALP

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Aspetto significativo delle relazioni anno 2014 è costituito dalle sinergie attivate dalle tre aziende sanitarie di area cittadina, in un'ottica di integrazione dei processi di esame congiunto preordinati all'individuazione comune di modalità e criteri per la gestione degli aspetti pratico-operativi strettamente correlati alla progressiva realizzazione degli obiettivi di unificazione di funzioni trasversali (amministrative, tecniche ed anche sanitarie) definiti dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito delle linee e linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, approvate con deliberazione della Giunta n. 199 del 25 febbraio 2013.

4.5.2. Comitato Unico di Garanzia (CUG)

Nel corso del 2014 il Comitato Unico di Garanzia dopo avere richiesto al Servizio Amministrazione del personale una rilevazione dati riferita al personale dipendente ha individuato le tematiche di maggiore interesse affrontate in diversi incontri, d'intesa con la Consigliera Pari Opportunità e le direttive della Regione Emilia-Romagna, relative alla:

- crescita dell'anzianità di servizio e dell'età del personale infermieristico, flessibilità nel lavoro,
- conciliazione e al diversity management .

Al fine di trovare un'area di confronto ed elaborare Progetti comuni il CUG aziendale è entrato a far parte di: "Gender Community" una Comunità nata a cura della Provincia di Bologna e dell'IRS – Istituto Ricerche Sociali, volta ad individuare politiche attive per la Donna nel mondo del Lavoro e nell'ambito della quale fanno parte sempre più imprese del mondo del pubblico e del privato nel nostro territorio. Lo scopo di Gender Community è quello di realizzare Progetti rivolti al Benessere aziendale e proprio di recente stanno uscendo diversi Bandi che prevedono anche specifiche forme di finanziamento. Inoltre, insieme ai Presidenti del CUG dell' Istituto Ortopedico Rizzoli e dell' AUSL di Bologna è stato concordato di valutare opzioni e bandi sia a livello regionale, nazionale sia Internazionale per mettere a punto servizi di welfare a supporto del mondo del lavoro in ambito sanitario.

Per quanto riguarda la Formazione il CUG ha approfondito il tema della partecipazione con pari opportunità per le lavoratrici ed i lavoratori nella frequenza dei Corsi interni organizzati dall'Azienda. A questo riguardo è stato messo a punto un questionario da diffondere al personale per ricevere informazioni e dati in modo da poter mettere a punto proposte in linea con le esigenze del personale- principalmente - femminile.

Va ricordato che i CUG cittadini, a seguito di richiesta delle Organizzazioni sindacali, hanno partecipato agli incontri di presentazione del Laboratorio Unico Metropolitan, un processo di riorganizzazione che ha coinvolto tutto il personale dei Laboratori di ciascuna azienda e che è stato ricollocato nel rispetto degli accordi definiti con le OO.SS. di categoria. A tale proposito è stato concordato che anche per il futuro i CUG saranno coinvolti per esprimere un parere sui temi di competenza in caso di processi di riorganizzazione.

In occasione della prima emanazione del Codice comportamentale in riferimento ai temi delle pari opportunità e della parità di genere il CUG ha formulato proposte ed espresso un parere in merito. Il ruolo del Comitato Unico di Garanzia in collaborazione con le altre realtà territoriali è poi stato riconfermato attraverso la normativa regionale prevedendo anche un Ufficio di Coordinamento presso la R.E.R.

4.5.3. Consiglieri di fiducia (CdF)

Le aziende USL e AOU di Bologna, in attuazione di quanto raccomandato da norme comunitarie e nazionali e dai rispettivi Codici di Condotta adottati, nel 2011 hanno attivato la funzione dei CdF.

L'ascolto del personale in condizione di disagio lavorativo, la gestione dei conflitti interpersonali al fine di prevenirne l'escalation ed evitare contenziosi, promuovere la cultura del rispetto reciproco rappresentano le finalità principali di questa funzione.

L'individuazione dei 10 CdF (5 per l'AUSL e cinque per l'AOU) è avvenuta a seguito di una selezione svolta congiuntamente dalle due aziende.

I Consiglieri, nominati dai Direttori Generali, costituiscono un unico gruppo operativo e lavorano in modo congiunto sui due contesti, dedicando alla funzione una media di 2 ore settimanali nell'ambito del debito orario.

L'AUSL ha individuato un referente aziendale, in capo all'U.O.C. Sviluppo del Capitale Umano, dott.ssa Sabrina Colombari, che svolge un ruolo di coordinamento e supervisione delle attività del gruppo e d'interfaccia tra Consiglieri e Direzioni aziendali.

Nel primo semestre di incarico il gruppo ha svolto un lavoro propedeutico e di formazione, avviando da novembre 2011 l'attività di ascolto e gestione delle richieste presso gli spazi messi a disposizione dalle due aziende. Parallelamente i Consiglieri hanno presentato e diffuso informazioni circa la propria funzione nelle diverse sedi aziendali.

Nel 2014 si è concluso il primo triennio di incarico che, a seguito di valutazione positiva da parte delle Direzioni Generali, è stato rinnovato.

Nel periodo considerato si sono giunte ai CdF 71 richieste di cui, 42 dell'Azienda AUSL e 29 dell'AOU.

La distribuzione nelle professioni dei richiedenti non presenta significative differenze tra le due aziende, per cui la tabella che segue le presenta in maniera aggregata.

Tabella 4.19 Distribuzione delle richieste per professioni (confronto tra anni)

Professione dei richiedenti	2011-13	2014	totale
Infermiere	15	10	25
Dirigente medico	6	3	9
Operatore Socio Sanitario	6	3	9
Personale riabilitazione	0	5	5
Tecnico San. Radiologia Medica	4	0	4
Coordinatore Infermieristico	3	1	4
Collab. Amministrativo	3	0	3
Assist. Amministrativo	2	0	2
Operatore Tecnico	2	0	2
Tecnico della Prevenzione	2	0	2
Altro	1	1	2
Dirigente ruolo Tecnico	1	0	1
Assistente Sanitario	1	0	1
Assistente Sociale	1	0	1
Educatore	1	0	1
Totale	48	23	71

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

E' prevalente la componente femminile (58 donne e 13 uomini) e l'area del comparto (61) rispetto alla dirigenza (10).

La maggioranza delle persone si è rivolta di propria iniziativa ai CdF.

In alcuni casi le persone sono state inviate da altri interlocutori. In particolare 3 persone sono state inviate ai CdF da un medico psichiatra dell'Azienda USL, 2 dalla Consigliera di Parità regionale. In 4 casi i CdF sono stati attivati dalla Azienda (anziché dalla persona in difficoltà) con il mandato di cercare una soluzione interna informale ad un conflitto lavorativo. In particolare 2 richieste provenivano dal Dirigente responsabile della macroarticolazione di appartenenza, 1 dal Responsabile delle Relazioni Sindacali ed 1 dalla Direzione Generale.

Le persone incontrate hanno presentato, nella maggioranza dei casi, una condizione di disagio - sofferenza, alla cui origine sono identificabili conflitti con superiori e/o colleghi.

La conflittualità si manifesta più frequentemente con i diretti superiori (52) e, in misura minore, con uno o più colleghi (19). Nel triennio appena concluso si è rivolta ai CdF una sola persona vittima di molestia sessuale.

Alla presa in carico della richiesta è stato svolto un primo colloquio, nel rispetto dei tempi previsti (15 giorni) con ognuna della 71 persone.

Circa un terzo delle richieste è stato gestito e concluso nell'ambito del primo ed unico colloquio, durante il quale si è definito il problema/richiesta della persona e le si sono prospettati percorsi di aiuto/soluzione più adeguati alla richiesta (medico competente, diretto responsabile gerarchico della persona). Il rinvio ad altri interlocutori è stato motivato da richieste riguardanti l'applicazione, ritenuta iniqua, di istituti contrattuali, problemi di salute o comunque non riconducibili all'ambiente di lavoro.

Con le 46 persone per le quali la presa in carico è proseguita sono stati svolti complessivamente 140 colloqui, con una media di 2 ulteriori colloqui individuali (min. 2 – max 6) con la persona stessa o con colleghi, superiori gerarchici o altre figure coinvolte nella gestione del caso.

Le richieste sono state prese in carico ed i colloqui sono stati organizzati nel rispetto dei tempi previsti dal regolamento.

I casi più complessi sono stati gestiti attraverso incontri di mediazione e sono stati seguiti nel tempo, dopo la conclusione della presa in carico, per valutare la tenuta degli accordi a distanza. Le persone incontrate riferiscono che l'attività offerta ha avuto una effettiva utilità. L'ascolto, da parte dei Consiglieri, ha prodotto un beneficio nell'immediatezza determinato dalla possibilità di analizzare, con interlocutori neutrali, il problema all'origine della richiesta. I colloqui hanno permesso di sviscerare e riformulare i contenuti del disagio ed individuare percorsi di soluzione. L'iterlocuzione con i responsabili o altri attori coinvolti ha consentito di mettere in atto azioni di cambiamento, relazionale e/o organizzativo.

Le prese in carico sollecitate dalle Aziende, anziché dai diretti interessati, hanno permesso un intervento tempestivo dei Consiglieri i quali, interrompendo l'escalation dei conflitti, hanno facilitato la ripresa della comunicazione tra le parti e la ricerca di accordi soddisfacenti.

Complessivamente riteniamo che l'attività dei Consiglieri di Fiducia sia tanto più efficace quanto precoce è la loro attivazione e presa in carico del disagio. Le richieste provenienti dalle direzioni aziendali hanno avuto una favorevole e più rapida evoluzione, determinata dall'interesse e dalla sensibilità per i temi del benessere lavorativo dei Direttori/Responsabili che hanno avanzato le richieste, oltre che dalla loro legittimazione verso l'intervento dei Consiglieri.

La costanza negli accessi ai Consiglieri e le osservazioni sui casi trattati ci confermano che l'azione dei CdF risponde a diversi bisogni presenti nella organizzazione.

La casistica suggerisce che il disagio lavorativo non è solo legato a caratteristiche individuali di chi si rivolge ai CdF ma, spesso, affonda le proprie radici in difficoltà organizzative che complicano la vita lavorativa e personale. Difficoltà che trovano nello spazio di ascolto e di intervento dei Consiglieri una risposta.

4.5.4. Avvocatura interna

Nell'anno 2014 si è ulteriormente consolidato il ruolo strategico dell'Avvocatura interna, confermando gli obiettivi che l'Azienda si era posta anche con la presa in carico della gestione delle cause civili di responsabilità professionale medica rientranti nel Programma regionale di gestione diretta dei sinistri.

In termini numerici, nell'anno 2014, sono state notificate all'Azienda 59 nuove cause di seguito suddivise per tipologia di contenzioso:

- - n. 15 cause relative a contenzioso avviato dal personale dipendente avanti al Tribunale Civile Sezione Lavoro;
- - n. 36 cause avanti al Tribunale Civile;
- - n. 8 cause in altra materia.

In particolare, con riferimento alle cause notificate nell'anno 2014 (n. 59), l'Avvocatura interna ha gestito direttamente n. 46 cause, a cui si aggiungono n. 6 cause gestite in mandato congiunto con un legale esterno.

In corso d'anno, alla gestione delle nuove cause 2014, si è aggiunta l'attività giudiziale delle cause notificate in anni precedenti ma ancora pendenti. In termini numerici nell'anno 2014 sono state trattate anche n. 53 cause notificate nell'anno 2013 e n. 4 notificate nel 2012.

L'attività legale stragiudiziale, con consulenza e supporto ai Servizi su diverse tematiche (Patrimonio, Personale, Economico finanziario, Recupero crediti, Contrattualistica), ha visto un incremento con redazione di pareri, assistenza a redazione di atti, predisposizione di accordi transattivi, diffide e messa in mora sempre in un'ottica di prevenzione del contenzioso ed approfondimento di tematiche giuridiche rilevanti.

Proficua l'attività di consulenza giuridico/assicurativa svolta per il Comitato Etico Aziendale.

4.6. L'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione

Nel corso dell'anno 2014, in coerenza con la programmazione del Piano Aziendale Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2014 – 2016, è stata svolta la mappatura dei processi a rischio individuati e la definizione delle relative misure di prevenzione. Si è proceduto da subito alla costituzione di un gruppo di lavoro con la presenza di tutte le competenze necessarie a supportare il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione nella realizzazione delle fasi del processo di gestione del rischio, come da deliberazione n. 17 del 15.1.2014 "Adozione di linee guida aziendali in materia di contrasto all'illegalità ed alla corruzione in applicazione delle relative disposizioni legislative. Costituzione di un gruppo di lavoro permanente". Al gruppo di lavoro permanente, coordinato dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, sono affidati compiti di elaborazione di proposte sull'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e sui documenti ad esso correlati nonché con compiti di garanzia e vigilanza sull'attuazione di tutti gli adempimenti introdotti in materia di anticorruzione, ferma restando la responsabilità primaria di controllo attribuita ex lege ai Dirigenti Responsabili di ciascuna struttura organizzativa aziendale.

L'identificazione delle aree e dei processi ha ricompreso sia le aree riconducibili all'art.1 comma 16 della L.190/2012 sia ulteriori aree che tengono conto del contesto organizzativo e di alcuni processi connessi alla specificità aziendale. Per l'anno 2014, si è proceduto inoltre a curare la formazione aziendale sulle tematiche di prevenzione della corruzione in ambito sanitario e, individuate le fasi dei processi a rischio, a elaborare un opportuno registro dei rischi.

L'Azienda ha proseguito, poi, l'attività di studio della normativa e i confronti a livello interaziendale in area vasta e metropolitana; ha effettuato confronti con i Dirigenti dell'Azienda ai fini di:

- a) predisporre i testi:
 - b) del Piano Aziendale Triennale per la Prevenzione della Corruzione;
 - a) del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità;
 - b) del Codice di Comportamento Aziendale;
 - c) del Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e delle forme di tutela del "Segnalante" (c.d. "Whistleblower").
- d) predisporre tutte le misure utili per l'adozione dei documenti di cui al punto a) entro il termine del 31 gennaio 2015 e a pubblicare gli stessi una volta approvati (deliberazione n.40/2014) sul sito aziendale;
- e) iniziare a pianificare gli interventi formativi da condursi a partire dall'anno 2015.

4.7. L'esercizio dell'azione disciplinare

Nel corso dell'anno 2014 sono stati attivati n. 26 procedimenti disciplinari gestiti dall'Ufficio dei Procedimenti Disciplinari e n. 11 gestiti dai Dirigenti Responsabili delle strutture organizzative dell'Azienda.

Nelle sotto riportate tabelle si riepilogano le fattispecie di violazioni commesse e le sanzioni comminate.

Tabella 4.20 Azioni disciplinari anno 2014 – Procedimenti gestiti dall'ufficio procedimenti disciplinari

PROFILO PROFESSIONALE: Collaboratori Professionali Sanitari Infermieri		
	INFRAZIONE	SANZIONE
1	incompatibilità	sospensione dal servizio gg. 45
2	incompatibilità	sospensione dal servizio m.3
3	incompatibilità	sospensione dal servizio m.5
4	incompatibilità	sospensione dal servizio m.5
5	incompatibilità	sospensione dal servizio gg. 35
6	incompatibilità	sospensione dal servizio gg. 25
7	incompatibilità	sospensione dal servizio gg. 12
8	incompatibilità	sospensione dal servizio gg. 17
9	incompatibilità	sospensione dal servizio gg. 35
10	incompatibilità	sospensione dal servizio gg. 16
11	incompatibilità	sospensione dal servizio gg. 16
12	incompatibilità	sospensione dal servizio gg.13
13	incompatibilità	sospensione dal servizio m.3
14	incompatibilità	sospensione dal servizio m.4
15	Stalking	Sospensione dal servizio m.6
16	Condotta scorretta	Rimprovero scritto
17	negligenza professionale	Sospensione dal servizio m.6
18	negligenza professionale	Sospensione dal servizio gg.10
19	negligenza professionale	Sospensione dal servizio gg.5
20	negligenza professionale	Sospensione dal servizio gg.5
		PROFILO PROFESSIONALE: Op.Tecn Spec add logistica
21	alterchi fra colleghi	Sospensione dal servizio gg.20
		PROFILO PROFESSIONALE: Op.Tecn Spec di Magazzino
22	Alterchi fra colleghi	Sospensione dal servizio gg.15

PROFILO PROFESSIONALE: Assistente Tecnico produzione strumenti di comunicazione		
23	Utilizzo non corretto beni aziendali	sospensione dal servizio gg.15
DIRIGENTI MEDICI		
24	Negligenza professionale	Sospensione dal servizio gg.11
25	Comportamento scorretto	Sospensione dal servizio gg.2
26	Inosservanza disposizioni di servizio	Multa pari a 500 euro

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Tabella 4.21 Azioni disciplinari anno 2014 – Procedimenti gestiti dal servizio Infermieristico tecnico e riabilitativo

PROFILO PROFESSIONALE: Collaboratori Professionali Sanitari Infermieri		
	INFRAZIONE	SANZIONE
1	Negligenza professionale	Rimprovero Verbale
2	Alterchi con colleghi	Archiviazione
3	Alterchi con colleghi	Archiviazione
4	Alterchi con colleghi	Archiviazione
5	Negligenza professionale	sospensione dal servizio gg. 2
Op Tecn Spec.to Add. Assistenza Cat. BS		
6	Comportamento scorretto	Rimprovero Verbale
7	Comportamento scorretto	Sospensione dal servizio gg. 5
Op Tecn Spec.to Add. Assistenza Cat. B		
8	Negligenza Professionale	Sospensione dal servizio gg. 10
9	Appropriazione di beni aziendali	Multa di ore 1 di retribuzione

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Tabella 4.22 Azioni disciplinari anno 2014 – Procedimenti gestiti dai dirigenti

PROCEDIMENTI GESTITI DAI DIRIGENTI		
SERVIZI DI SUPPORTO ALLA PERSONA		
Op tecn Spec.to Esperto Cuoco		
1	Negligenza professionale	Multa di ore 4 di retribuzione
SERVIZIO LOGISTICO		
Op tecn.spec.to add.logistica		
1	Assenza ingiustificata	Multa di ore 4 di retribuzione

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Di immediata evidenza è l'interessamento prevalente del personale dell'area assistenziale dovuto:

- al numero del personale dell'area assistenziale rispetto alla dotazione complessiva dell'Azienda;
- alla tipologia di responsabilità professionale, che ha un impatto immediato sull'assistenza sull'utenza;
- al maggior grado di esposizione al rischio ed all'errore professionale;
- al grado maggiore di stress delle condizioni lavorative.

Per le valutazioni di merito si rinvia alla relazione dettagliata dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari, di prossima pubblicazione.



La comunicazione è fatta di esperienza e di professionalità ed è estremamente delicata quando concerne le pubbliche amministrazioni che devono coniugare la trasparenza con i doveri istituzionali di riservatezza, imparzialità e correttezza. La Pubblica Amministrazione comunica per fare partecipare i cittadini alle decisioni assunte ed alle opportunità offerte, ampliando la dimensione sociale della comunicazione.

La comunicazione intesa come rete di relazioni è anche uno snodo importante dei processi di cambiamento e di innovazione.

Una buona comunicazione interna favorisce il miglioramento dei risultati.

In questa sezione saranno illustrate le logiche impiegate e le azioni attivate nello specifico della comunicazione esterna ed interna nell'ambito della rete di relazioni costruite dall'ospedale. Si tratterà innanzitutto il delicato e fondamentale tema dei rapporti con i cittadini, strettamente collegato con l'area relativa alla comunicazione esterna. Nel paragrafo 5.3 sono elencate le azioni inerenti la comunicazione interna, focalizzate a sostenere le scelte organizzative ed il coinvolgimento del personale nella vita del Policlinico.

5.1. I rapporti con i cittadini

Fondamentale è stata, come sempre, la collaborazione fra l'Azienda e il **Comitato Consultivo Misto** delle associazioni di volontariato presenti in ospedale e sul territorio, così come è proseguita l'attività di misurazione della customer satisfaction del cittadino/cliente.

5.1.1 La facilitazione per l'accesso

Come rendicontato in maniera più approfondita al capitolo 3, nel 2014 sono continuate le azioni per la realizzazione di quanto previsto all'interno del progetto aziendale **"Il percorso del cittadino"**, punto di riferimento delle attività per la riorganizzazione delle funzioni di accettazione, informazione, accoglienza. Questo progetto, che vede nel punto unico per l'accesso alle prestazioni il riferimento nella progettazione dei percorsi amministrativi, prevede anche specifici interventi di miglioramento nei punti di accesso privilegiati per l'utente dei servizi, rendendo più fluido il passaggio delle informazioni.

5.1.2 L'URP aziendale

Nel 2014 l'**Ufficio Relazioni con il Pubblico** ha proseguito l'attività nel rispetto delle funzioni principali ad esso assegnate, consolidando i percorsi di gestione e diffusione delle **informazioni** sui servizi offerti, sulle disposizioni normative e amministrative e sulle strutture, garantendo un'attività di ascolto dei bisogni espressi dai cittadini. Si è lavorato per rendere sempre più efficiente il processo di gestione delle **segnalazioni**, che l'URP aziendale coordina attraverso una rete di referenti interni, integrato nel sistema regionale CCRQ.

5.1.2.1 Il Front Office

Nel 2014 il Front Office dell'URP ha registrato **17373 contatti**, di cui **15131** come **punto accoglienza** e **2242** come **II livello del Numero Verde Regionale**. I contatti relativi al II livello del Numero Verde Regionale sono diminuiti del 18% rispetto al 2013; questo dato di andamento negativo, già presentatosi lo scorso anno, conferma il buon aggiornamento delle informazioni di pertinenza aziendale presenti in Banca Dati da parte degli operatori preposti dell'URP.

La tabella che segue mostra la distribuzione dei contatti in relazione alla modalità di presentazione delle richieste informative. In calo progressivo il numero di utenti che si sono recati di persona allo sportello e che hanno contattato l'URP telefonicamente. Stabile il dato riferito al contatto che avviene attraverso l'indirizzo e-mail istituzionale (urp@aosp.bo.it) e il modulo di contatto presente sulle pagine web del sito aziendale.

L'attività del front office dell'URP si riduce nel 2014 come numero di contatti evidenziando un miglioramento delle altre fonti informative

Tabella 5.1 Contatti punto URP aziendale in relazione alla modalità di presentazione

	2014	2013	2012
Telefonico	14713	17494	19832
Di persona	1566	3058	4049
Via mail/web	1871	1917	1467
Via fax	12	3	2
Utente interno	137	324	38

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nella tabella successiva sono invece evidenziati i contatti suddivisi in relazione alle tipologie di domande poste dai cittadini. In particolare, il confronto con gli anni precedenti evidenzia un **dato riferito alle richieste informative relative all'attività libero professionale sostanzialmente in linea con quello rilevato nel 2013**.

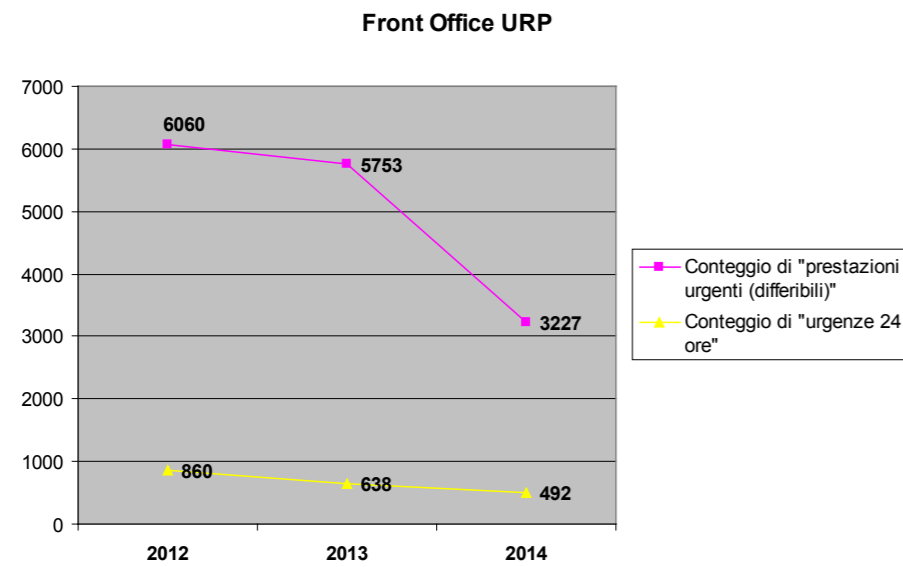
Tabella 5.2 Contatti punto URP aziendale suddivisi per argomento

	Attività libero professionale	Urgenze	Altro	Ticket	Totale
Anno 2012	3916	7247	14187	/	25350
Anno 2013	4703	6555	11214	1531	23985
Anno 2014	4440	3915	7976	1042	17373

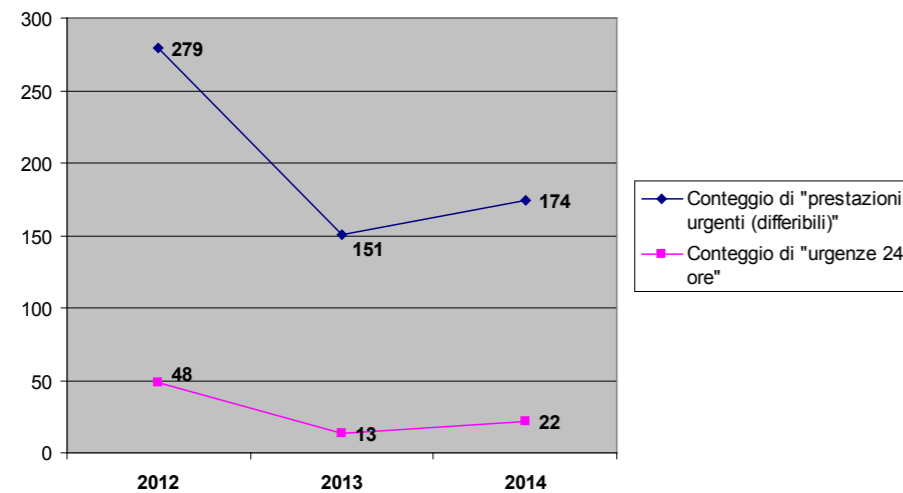
Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

La richiesta informativa relativa alle **prestazioni in urgenza** è invece **diminuita**, grazie allo snellimento dei percorsi per l'accesso che si è messo in atto dal gennaio 2013. I grafici che seguono mostrano il dato relativo ai contatti pervenuti al front-office dell'URP e ai contatti pervenuti al punto informativo di secondo livello del Numero Verde Regionale, distinguendo le chiamate relative alle prescrizioni con priorità urgente differibile e urgente 24 ore.

Grafico 5.1 Contatti pervenuti relativi alle prestazioni in urgenza



Punto Informativo aziendale Numero Verde SSR



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Sempre rilevante anche se in calo, il dato numerico - **1042** - sulle **pratiche gestite nel corso del 2014 relative al pagamento del ticket** per prestazioni erogate presso le strutture di Pronto Soccorso del Policlinico, e per le quali l'URP ha valutato l'appropriatezza e, quando necessario, ha regolarizzato le singole posizioni degli utenti; di queste 1042 richieste, il 91.17% ha avuto come esito l'annullamento della richiesta di pagamento, mentre per l'8.83% di esse si è confermato l'operato dell'Azienda.

Si riducono anche le pratiche gestite per il pagamento del ticket, per le quali il personale URP svolge una funzione di interfaccia con l'utente.

I rilievi URP

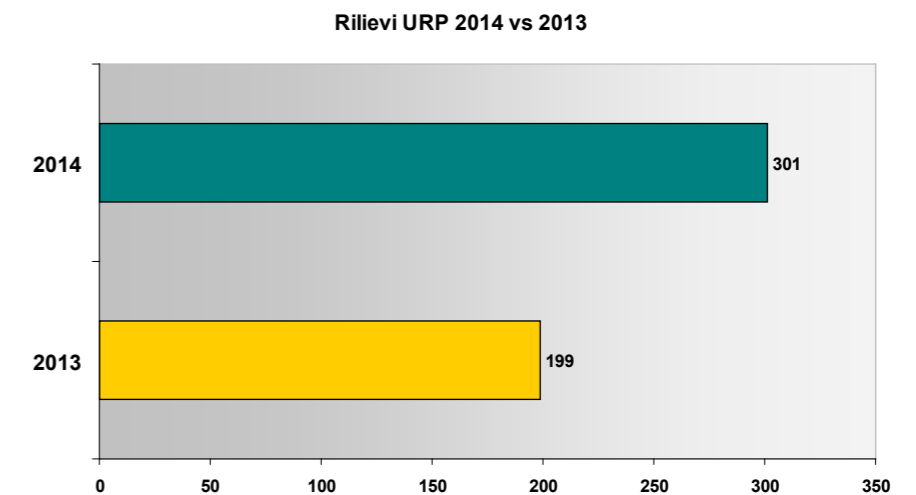
Per l'anno 2014 i dati relativi all'andamento dei rilievi URP - segnalazioni di disservizio dove è importante l'attenzione verso il cittadino e l'evento segnalato, che non presuppongono l'avvio dell'istruttoria formale del reclamo ma che vengono risolti tempestivamente dall'operatore del Front Office URP, anche con l'aiuto di altre strutture aziendali - hanno registrato un aumento, passando dai 199 del 2013 ai 263 del 2014 (+ 51.2%).

Proprio per la particolare rilevanza di questi dati, utili ai fini del miglioramento delle attività, la loro diffusione alla Direzione aziendale e alle Unità Operative viene effettuata in maniera integrata alla diffusione delle informazioni relative alle segnalazioni.

La macrocategoria più segnalata in tutti i Dipartimenti e rispettive Unità Operative è quella relativa agli **"Aspetti Organizzativi e Burocratici"**. Gli utenti hanno richiesto aiuto per le **difficoltà di contatto telefonico** riscontrate durante la prenotazione di esami e visite, in particolare per quelle eseguite in **regime libero professionale**. Anche l'applicazione delle **esenzioni** del pagamento del **ticket** è stata oggetto di numerose chiamate da parte dei cittadini, attività che non rientra però nella reportistica delle segnalazioni.

Per la macrocategoria **"Tempi"** la problematica più critica segnalata ha riguardato i tempi di **attesa fra la prenotazione e la fruizione delle prestazioni**.

Grafico 5.2 Rilievi URP 2014 vs 2013



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

5.1.2.2 Il Settore Gestione Informazioni

Il Settore Gestione Informazioni ha proceduto con le attività di inserimento, aggiornamento e modifica delle informazioni presenti sulle **Banche Dati** informative in uso presso l'URP.

In particolare il lavoro si è concentrato sulla **Banca Dati IAP - Informazioni Accesso**

Prestazioni, applicativo web per la gestione delle informazioni aziendali riferite in primo luogo alle modalità di accesso all'attività ambulatoriale. Disponibile in tutte le postazioni pc aziendali, rappresenta il principale strumento per la raccolta e la divulgazione delle informazioni che vengono utilizzate dagli operatori del front office URP, dai centralinisti e dagli operatori dei punti informativi. La sua ampia base dati è distinta dall'insieme delle informazioni aziendali e dal sottoinsieme delle informazioni che l'Azienda predispone per l'implementazione della Banca Dati del Numero Verde del Servizio Sanitario Regionale; quest'ultima Banca Dati viene aggiornata utilizzando una procedura semiautomatica di allineamento dei dati. Su IAP vengono inoltre inserite ed aggiornate le informazioni relative all'attività libero professionale dei medici del Policlinico, e alle segnalazioni degli operatori del front office URP, del centralino e dei punti informativi.

Inoltre, il settore gestione informazioni cura lo sviluppo e la manutenzione tecnica dei database informativi – db Access – in uso presso il front-office dell'URP per la rilevazione di tutti i contatti con gli utenti.

Da sottolineare, nel corso del **2014**, la **revisione costante delle informazioni relative all'attività libero professionale** dei medici del Policlinico realizzata ricavando i dati dalle comunicazioni dell'Ufficio Attività Libero Professionale e effettuando continue verifiche sull'applicativo di CUP2000 I.S.E.S. Offerta e Agende; gli interventi effettuati sono stati **556**.

E' proseguita l'attività di aggiornamento della Banca Dati PIU-CUP-SOM - **105 interventi** -, contenente le informazioni relative ai percorsi di accesso delle **prestazioni urgenti** gestite dalla nostra Azienda all'interno del protocollo interaziendale concordato con l'Azienda USL di Bologna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Si riporta di seguito la tabella contenente gli interventi di modifica, aggiornamento, revisione delle informazioni effettuati su IAP.

Tabella 5.3 Aggiornamenti informazioni IAP

IAP - Informazioni Accesso Prestazioni	Conteggio	%
Conteggio delle modifiche effettuate su segnalazione giunta dagli operatori di centralino/punti informativi/front office URP	37	1.5%
Conteggio delle attività di aggiornamento legate alle agende CUP di prenotazione delle prestazioni (*)	18	0.7%
Conteggio delle revisioni (cancellazioni/inserimenti) del personale medico (**)	595	24.7%
Conteggio degli interventi sulle informazioni relative ai luoghi di IAP (inserimento, aggiornamento, modifica e cancellazione) eseguiti su segnalazione proveniente principalmente dagli uffici della Logistica sanitaria - percorsi ambulatoriali integrati	739	30.7%

La banca dati IAP è il punto di riferimento informativo/gestionale per il personale dell'URP ed è stata mantenuta aggiornata grazie alle informazioni provenienti dalle articolazioni dell'ospedale che gestiscono i processi

Nel 2014 i reclami hanno registrato un aumento rispetto all'anno precedente (+ 4.8%), mentre gli elogi sono diminuiti (- 9.6 %)

Conteggio degli interventi sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale legate ai luoghi di IAP (inserimento, aggiornamento, modifica e cancellazione) eseguiti su segnalazione proveniente principalmente dagli uffici della Logistica sanitaria - percorsi ambulatoriali integrati.	981	40.7%
Conteggio delle attività legate alle CDS - Comunicazioni di Servizio di CUP2000 -	40	1.7%
Totale	2410	100.0%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

(*) Realizzata con l'utilizzo della procedura CUP I.S.E.S. Offerta e Agende e in collaborazione con il servizio Logistica sanitaria - percorsi ambulatoriali integrati.
(**) Realizzata con l'utilizzo del database gestionale del personale.

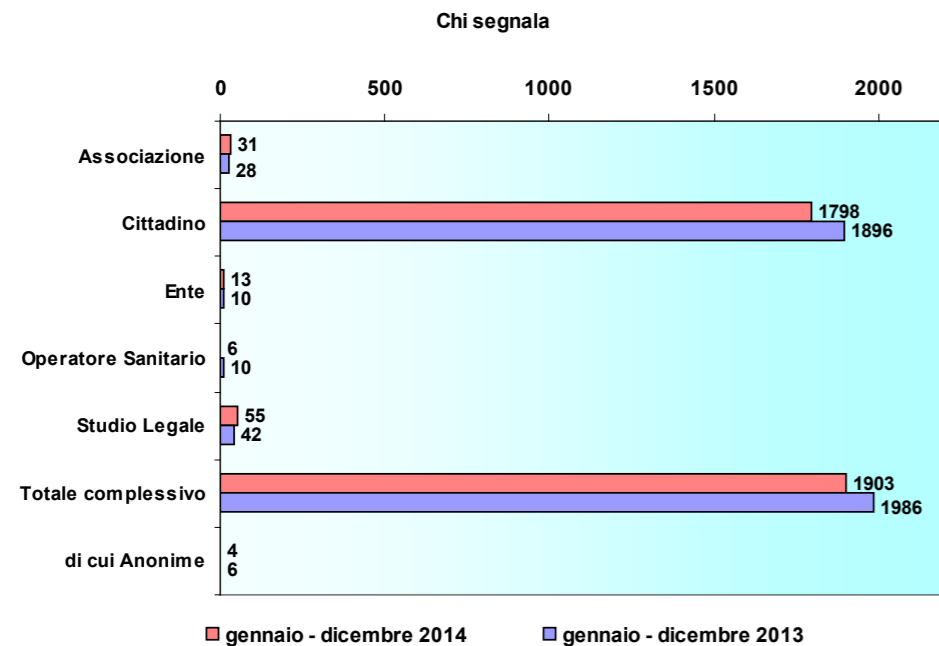
5.1.2.3 Il Settore Gestione Segnalazioni

Nel 2014 sono pervenute al Settore Gestione Segnalazioni del Policlinico 1903 segnalazioni, così numericamente suddivise: 836 reclami e 61 rilievi: sono le segnalazioni di disservizio che vengono prese in carico dal Settore gestione segnalazioni e per le quali viene avviata un'istruttoria (come da PA37) che coinvolge le Unità operative aziendali, al termine della quale viene sempre fornita una risposta scritta all'utente; 16 suggerimenti: sono le proposte che giungono dai cittadini per poter migliorare i servizi e cambiare procedure; ad anch'esse viene data risposta scritta; 19 impropri: sono le segnalazioni che non riguardano l'Azienda, ma che erroneamente vengono inviate dai cittadini e che vengono trasmesse agli Enti di competenza; 971 elogi: sono le manifestazioni di apprezzamento e stima espresse dai cittadini nei confronti di persone o servizi.

Tutte le segnalazioni vengono inserite nella banca dati "Gestione delle Segnalazioni dei Cittadini", sistema informativo e informatizzato comune dal 2003 a tutte le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna e che consente una lettura regionale del fenomeno. La conseguente elaborazione dei dati realizzata dall'URP rende possibile un riscontro sulle attività dell'Azienda e, in particolare, fornisce informazioni utili all'organizzazione ed ai professionisti per individuare sia i punti di forza sia le aree di criticità e le possibili azioni di miglioramento.

Numericamente parlando, confrontando i dati dell'anno 2014 con quelli del 2013, si assiste ad un **aumento dei reclami** (836 contro 798, **+ 4.8%**), anche se il numero dei **rilievi** (segnalazioni che molto spesso i cittadini identificano come "lamentela più blanda") è **diminuito**, passando da 74 a 61 (**- 17.6 %**). I suggerimenti sono rimasti invariati, - 16 nel 2014 e 16 del 2013 - . Il dato numerico più rilevante è quello relativo agli **elogi**, con un **calo del 9.6 %** (da 1070 a 971).

Grafico 5.3 Andamento delle segnalazioni



Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Tabella 5.4 Andamento delle segnalazioni negli anni di riferimento

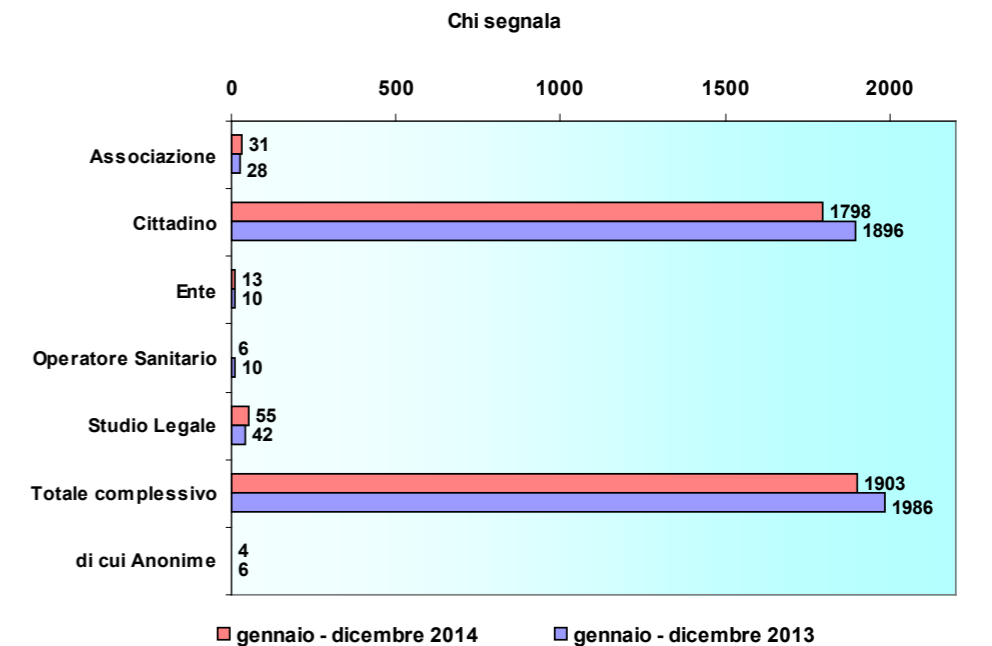
	2014	2013	2012
Elogi	971(-9,6 %)	1074(+23,2 %)	872
Reclami	836 (+4,8 %)	798(-0,7 %)	804
Rilievi	61 (-17,6 %)	74(+27,6 %)	58
Suggerimenti	16(=)	16(+6,7 %)	15
Impropri	19 (-17,4 %)	23(-62,3 %)	61
Totale	1903	1986	1810

Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Come si è registrato negli anni scorsi, emerge in modo netto come il **cittadino** sia il soggetto che si attiva più frequentemente (1798, **94.4 %**), confrontandosi direttamente con l'Azienda ed evidenziando non solo le criticità presenti ma anche (questo è dimostrato dall'alto numero di elogi) valorizzando le buone pratiche. Segue la categoria **Studio Legale** (55, **2.8 %**) nella quale si concentrano le segnalazioni rientranti nella tipologia reclami/risarcimento danni. Le altre categorie presentano tutti valori di scarso rilievo.

Il cittadino è colui che più di frequente segnala situazioni sia positive che negative registrate all'interno dell'Azienda

Grafico 5.4 Provenienza delle segnalazioni



Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

La macrocategoria degli "Aspetti tecnici professionali" è quella che più di tutte ha registrato un aumento dei reclami nel corso del 2014

Nel corso del 2014, tra tutte le macrocategorie, i cambiamenti più rilevanti si sono registrati in relazione alla categoria "**Aspetti tecnici professionali**", oggetto di una **maggiore quantità di segnalazioni**. L'insoddisfazione traspare dal numero dei reclami dei cittadini - 194 nel 2014, 149 nel 2013, solo 5 invece i rilievi nel 2014 rispetto ai 4 nel 2013 - rispettivamente il 23.2% e l'8.1% sul totale dei reclami e dei rilievi pervenuti nel 2014 per tutte le macrocategorie, con un **incremento percentuale del + 4%** nel 2014 rispetto al 2013 -, a fronte di un altrettanto elevato numero di elogi (877, il 90.3% sul totale dei ringraziamenti), confermando così la generale tendenza dei cittadini ad attribuire importanza alla qualità della prestazione sia in termini positivi che in termini negativi.

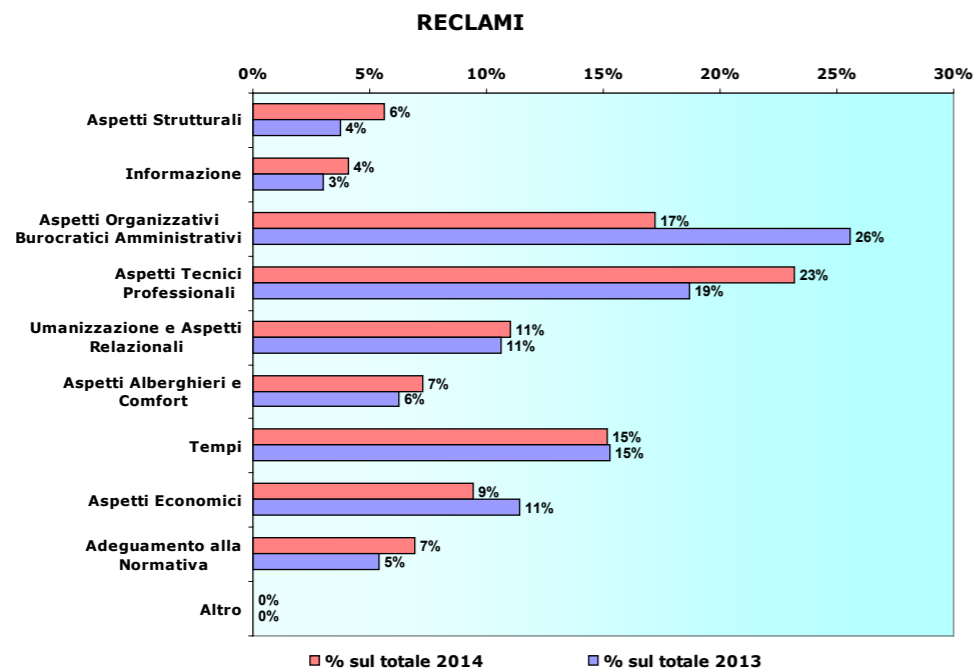
La macrocategoria "**Aspetti organizzativi burocratici amministrativi**", pur ricoprendo la percentuale del 17.2% sul numero totale dei reclami pervenuti, è la categoria che ha registrato in assoluto un **minor numero di segnalazioni rispetto all'anno precedente** (da 204 a 144 i reclami e da 20 a 9 i rilievi, - **9%**), trend in calo però anche nel numero degli elogi (6 rispetto agli 11 dell'anno precedente, lo 0.6% sul totale dei ringraziamenti).

Le macrocategorie che hanno presentato un **andamento uniforme** nel numero dei reclami, con una variazione di + o - 2% rispetto all'anno precedente sono quelle degli: "**Aspetti strutturali**" (da 30 reclami nel 2013 si è passati a 47 nel 2014, corrispondente al 5.6% sul totale dei reclami pervenuti, + **2%**); "**Adeguamento alla normativa**" (da 43 reclami a 58, + **2%**); "**Informazione**" (da 24 a 34 i reclami, + **1%**, da 6 a 9 i

rilievi); **“Aspetti alberghieri e comfort”** (da 50 a 61, + **1%**, ma in calo i rilievi, che scendono da 23 a 14); **“Aspetti economici”** (dai 91 reclami del 2013 si è scesi ai 79 del 2014, - **2%**, mentre i rilievi sono passati da 4 a 7).

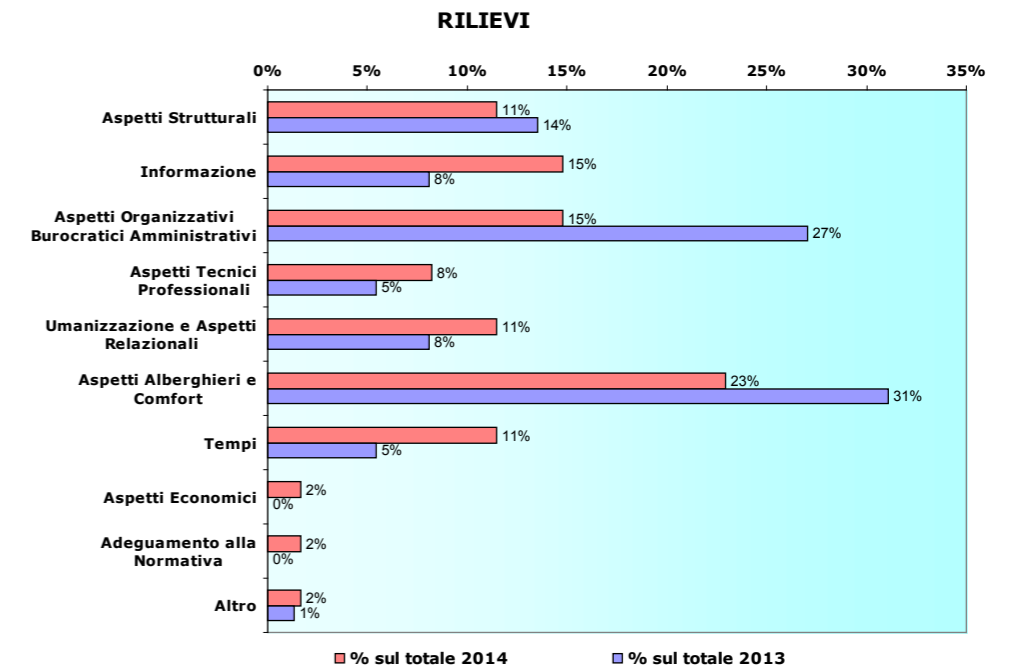
Con **percentuali pressoché invariate** rispetto all’anno precedente le macrocategorie dell’ **“Umanizzazione e Aspetti Relazionali”** (da 85 a 92 i reclami, da 6 a 7 i rilievi) e dei **“Tempi”** (da 122 a 127 i reclami e da 6 a 7 i rilievi).

Grafico 5.5 Confronto categorie reclami 2014 vs 2013



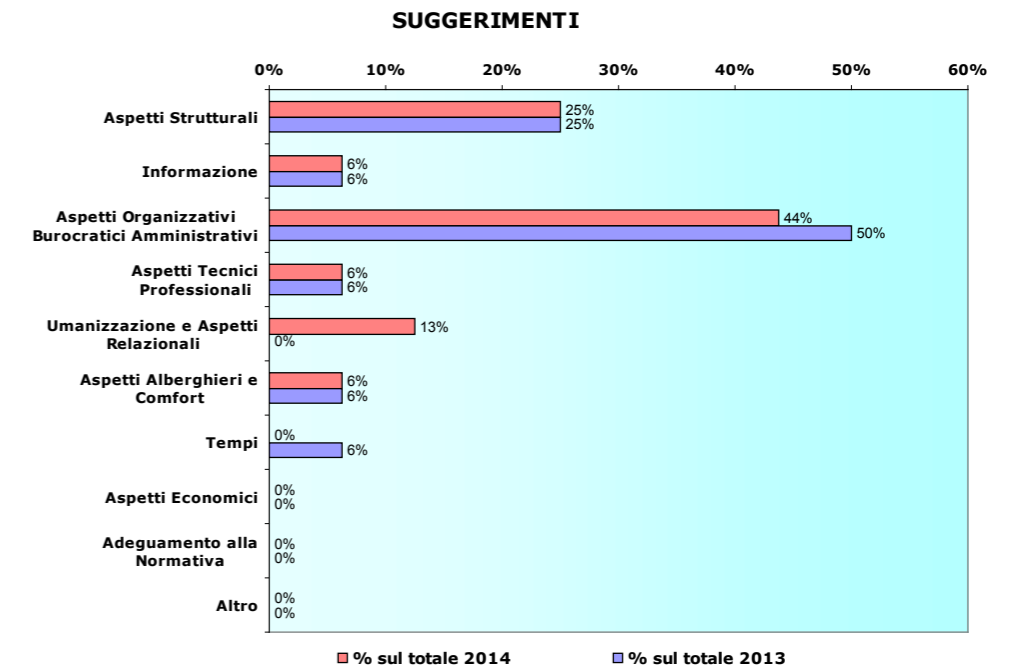
Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Grafico 5.6 Confronto categorie rilievi 2014 vs 2013



Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Grafico 5.7 Confronto categorie suggerimenti 2014 vs 2013



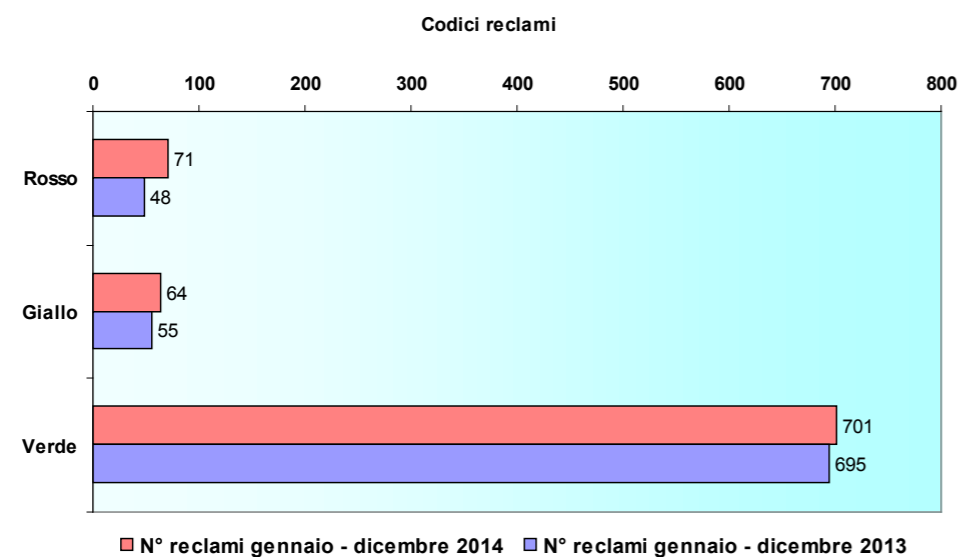
Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

La stratificazione per codice colore del contenuto dei reclami evidenzia un aumento di tutte le tipologie, in particolare per i **codici rossi** (reclami che contengono una specifica richiesta di risarcimento danni) che sono aumentati del **48%** (da 48 a 71), e i **codici gialli** (reclami di natura tecnico-professionale, assistenziale, relazionale importanti con richiesta di chiarimenti e/o con riserva di azioni legali, molto spesso di interesse per la gestione del rischio, che però non contengono un'esplicita richiesta di risarcimento danni) sono aumentati del **16%**, (da 55 a 64).

I **codici verdi**, reclami rientranti nelle altre tipologie o riguardanti disservizi di entità minore, hanno presentato un leggerissimo aumento rispetto al 2013 (da 695 a 701).

Nel 2014 si registra un l'aumento dei codici rossi e gialli

Grafico 5.8 Codici reclami 2014 vs 2013



Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Tabella 5.5 Suddivisione reclami % per codice colore

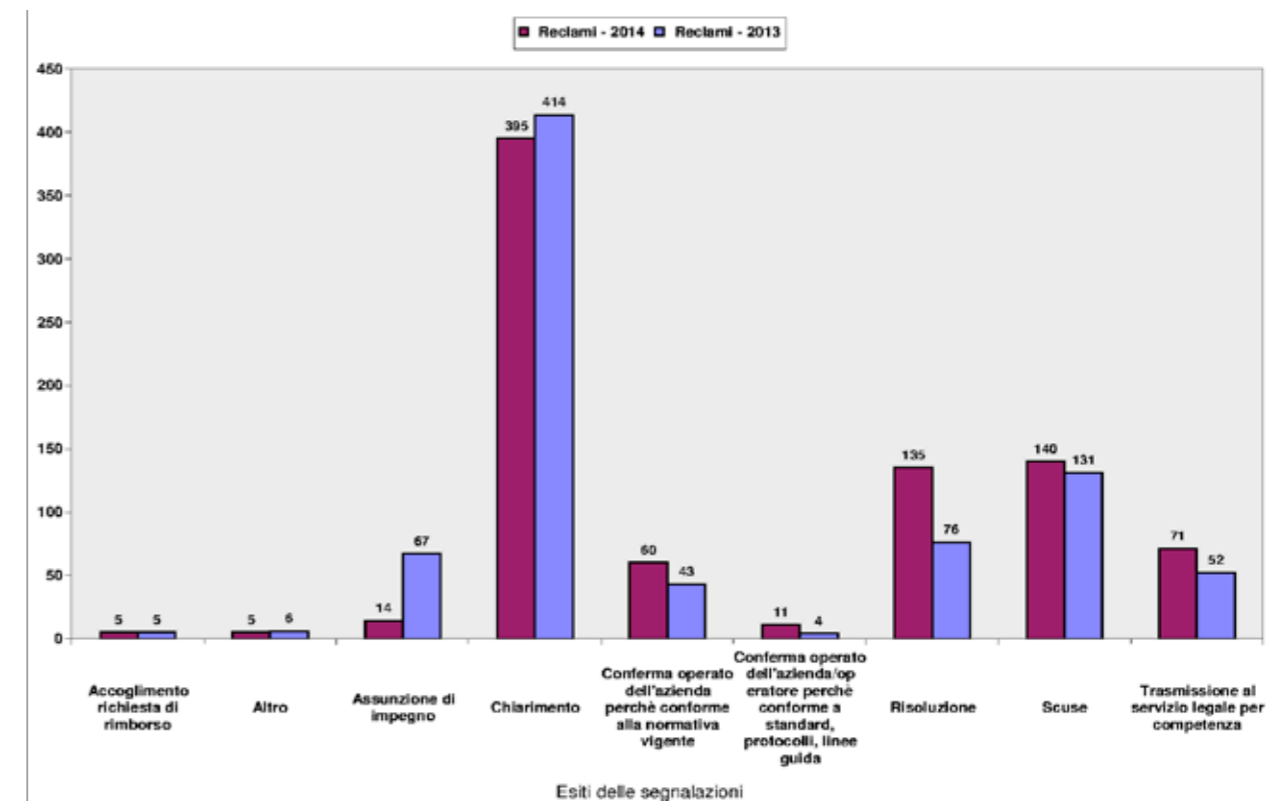
CODICE	N° reclami gennaio - dicembre 2014	% reclami sul totale	N° reclami gennaio - dicembre 2013	% reclami sul totale
Rosso	71	8.49	48	6.02
Giallo	64	7.66	55	6.89
Verde	701	83.85	695	87.09
TOTALE RECLAMI	836	100.00	798	100.00

Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Dall'analisi degli **esiti** delle segnalazioni si conferma anche quest'anno l'attribuzione per quasi tutte le tipologie di segnalazioni di un esito specifico, con pochissimi esiti "altro". Nella categoria dei reclami, per gli **esiti negativi** (che evidenziano la possibile presenza di una criticità/problematica rispetto a quanto segnalato dall'utente) aumentano **risoluzione** (+78%) e **scuse** (+7%). In netto calo l'**assunzione d'impegno** (-79%). Tra gli **esiti positivi** (esiti che complessivamente indicano il corretto operato dell'azienda o solo la necessità di chiarire l'aspetto segnalato dall'utente senza evidenziare particolari problematiche/criticità) **chiarimento** resta sostanzialmente stabile (-5%) e aumenta la **conferma operato dell'azienda** (complessivamente +51%)

I numeri relativi a rilievi e suggerimenti come sempre sono decisamente inferiori rispetto ai reclami, ma anche quest'anno si conferma la volontà dell'Azienda a prendere seriamente in considerazione la voce del cittadino, rispondendo sempre in forma scritta e assumendosi, dove possibile, l'impegno di condurre azioni migliorative.

Grafico 5.9 Esiti dei reclami 2014 vs 2013

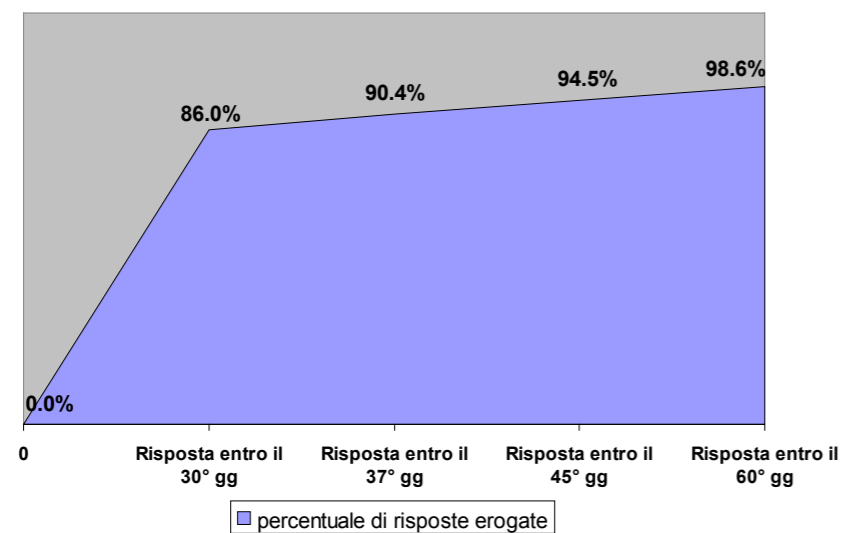


Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Per quanto riguarda gli **indicatori di gestione**, è continuata l'attenzione costante dedicata ai tempi di chiusura ha portato ad un ulteriore miglioramento della performance rispetto all'anno precedente: **l'86%** dei reclami, rilievi e suggerimenti pervenuti è **chiuso entro 30 giorni** (nel 2013: 83.3%).

Grafico 5.10 Andamento temporale della risposta ai reclami, rilievi e suggerimenti

Andamento temporale della risposta ai reclami, rilievi e suggerimenti con visualizzazione della percentuale del periodo



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Si è inoltre proseguito, attraverso momenti di supervisione, al **consolidamento del Team di ascolto e mediazione dei conflitti aziendale**, formato da professionisti in grado di prevenire ed evitare, finché possibile, la conflittualità e la sua escalation che spesso porta alla presentazione di reclami o richieste di risarcimento danni.

Si sono attivati i percorsi di ascolto in ambito sanitario per la gestione di quelle situazioni in cui si è reso necessario un accompagnamento articolato e dedicato per la presenza di significativi fattori di natura emotiva ed interpersonale e per l'intrecciarsi di questi con aspetti di natura tecnica e/o organizzativa. Gli incontri realizzati sono numericamente simili nel confronto (40 nel 2014 e 43 nel 2013).

La maggior parte degli incontri ha avuto un esito positivo realizzando un sostanziale chiarimento con l'utente. La modalità dell'incontro infatti permette ai cittadini di esprimere emozioni e pensieri che spesso la forma scritta non consente di esplicitare, con il risultato finale di una migliore comprensione dell'accaduto e delle motivazioni ad esso sottese.

Nel 2014 si è proseguito nel consolidamento del team di ascolto e mediazione dei conflitti aziendale e si sono attivati percorsi di ascolto in ambito sanitario che hanno portato nella maggior parte dei casi ad un chiarimento con l'utente

Nel 2014 è iniziata la coprogettazione per il bando di Servizio Civile Nazionale insieme ai colleghi dell'Azienda USL di Bologna

Il 2014 è stato un anno di cambiamento con la costituzione del Coordinamento, l'elezione del Presidente del CCM e l'applicazione del nuovo Regolamento.

5.1.4 I progetti di "Servizio Civile"

La Regione Emilia-Romagna, con la legge regionale 20/2003, ha istituito il Servizio Civile Regionale e ha definito le modalità per lo sviluppo e la valorizzazione dell'esperienza di Servizio Civile Nazionale, all'estero e di Servizio Civile Regionale. La Regione, per lo svolgimento delle proprie funzioni, si avvale delle attività propositive e consultive della Consulta regionale per il Servizio Civile. Inoltre per avvicinare ancor più il servizio civile al territorio e alle comunità locali sono stati istituiti i Coordinamenti provinciali degli Enti di Servizio Civile (CO.PRE.S.C.).

Nel corso del 2014 è continuata la collaborazione con il Coordinamento Provinciale degli Enti di Servizio Civile (CO.PRE.S.C.) di Bologna, sono stati molti gli argomenti trattati durante gli incontri con l'obiettivo di continuare a "snellire" la procedura nella realizzazione e nella presentazione di progetti di Servizio Civile Regionale e Nazionali.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna è accreditata come Ente di Servizio Civile di 4^a classe, può presentare progetti di Servizio Civile Regionale (SCR) e di Servizio Civile Nazionale (SCN). I volontari di Servizio Civile sono giovani di nazionalità non italiana per il SCR mentre per il SCN sono giovani di nazionalità italiana, hanno un'età tra i 18 ed i 28 anni. I progetti hanno una durata variabile dai dieci ai dodici mesi. Le figure professionali aziendali accreditate che hanno sviluppato competenze sulla progettazione frequentando specifici corsi di formazione, ricoprono ruoli come quello di formatore specifico e di operatore locale di progetto. Continua l'attività di coprogettazione con l'AUSL di Bologna nel settore dell'assistenza, prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento sociale, promozione e tutela dei diritti sociali e di cittadinanza.

Nell'autunno del 2014 con i colleghi dell'Azienda USL di Bologna sono stati fatti alcuni incontri per decidere su quali aree d'intervento realizzare il nuovo progetto di Servizio Civile Nazionale per l'anno 2015. E' la prima esperienza di coprogettazione con i colleghi dell'AUSL per realizzare in modo sinergico il progetto di SCN, negli anni passati la coprogettazione c'è sempre stata ma nello specifico solo per i progetti di SCR. Le aree sanitarie d'intervento sulle quali si andrà a progettare per l'Azienda USL di Bologna saranno - Psichiatria e Disabilità - mentre per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna saranno - Geriatria, PARE e Medicina Interna.

5.1.5 Le Associazioni rappresentative dei cittadini ed il Comitato Consultivo Misto (CCM)

Il 2014 è stato un anno di cambiamento che ha visto l'applicazione del nuovo regolamento del Comitato Consultivo Misto degli utenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, infatti nel mese di gennaio in sede della prima riunione del CCM, le 27 Associazioni che ne fanno parte hanno eletto il Coordinamento come da regolamento. L'assemblea ha votato le dieci Organizzazioni di Volontariato che sono state elette ed hanno costituito il Coordinamento del Comitato. Nel corso 2014 durante le altre riunioni i membri del Coordinamento hanno eletto il nuovo Presidente e vice Presidente del

Comitato, successivamente insieme al segretario hanno lavorato per definire e costituire i nuovi gruppi di lavoro.

Costituiti i Gruppi di lavoro, sono stati definiti gli obiettivi e nominati i referenti aziendali dei gruppi ed i referenti CCM. Inoltre come da articolo 4 del nuovo Regolamento sono stati nominati gli "esperti" – figura rappresentata da volontari di Associazioni esterne al CCM. Numerosi sono stati gli incontri di lavoro ed importanti cambiamenti sono stati apportati nelle attività. Il **Comitato Consultivo Misto** ha proseguito nel proprio ruolo di stimolo e di attenzione nei confronti della Direzione Aziendale e dell'ospedale. Ad alcuni incontri ha partecipato il Direttore Generale. La modalità di funzionamento del CCM prevede alcuni incontri durante l'anno tra i rappresentanti delle Associazioni ammesse al CCM ed i responsabili aziendali al fine di affrontare temi e problematiche che hanno rilevanza per il benessere dei pazienti. La nuova modalità di lavoro del CCM fa sì che alcune tematiche precedentemente incluse tra gli obiettivi dei Gruppi di lavoro, siano trattate all'interno degli stessi sempre interfacciandosi e collaborando con il referente aziendale e con il coordinatore dei gruppi, per poi essere presentati in plenaria a tutti i membri del CCM.

Nel corso del 2014 il CCM è intervenuto sui seguenti **temi aziendali**:

- Ticket;
- Informazione agli utenti;
- Segnalazioni;
- Accessibilità;
- Umanizzazione.

Sono attivi i seguenti **gruppi di lavoro** costituiti da componenti delle Associazioni e componenti del Policlinico:

- **gruppo "Accessibilità"** per la valutazione delle barriere presenti nelle diverse aree e segnalazione delle criticità alle direzioni interessate;
- **gruppo "Controllo qualità"** identifica e propone altri indicatori di performance dal punto di vista dell'utente per comprendere nel breve termine la qualità percepita;
- **gruppo "Criticità e verifiche, segnalazioni e suggerimenti"** che ha lo scopo di analizzare le aree critiche che emergono dai reclami e condividere le eventuali azioni di miglioramento e monitorarne i risultati;
- **gruppo "Informazione e formazione"** dedicato a trattare le modalità d'informazione messe in atto verso i cittadini e gli utenti per favorirne l'orientamento all'interno del Policlinico. La formazione è dedicata ai volontari che ogni giorno si trovano ad operare all'interno della nostra organizzazione sanitaria, permettendo loro di sviluppare conoscenze sulla logistica e sulle funzioni degli uffici, servizi ed Unità Operative;
- **gruppo "Igiene, alimenti e fumo"** si occupa di fare verifiche sul campo e del rispetto della legge regionale per la tutela dei non fumatori all'interno delle aree del Policlinico. Attraverso specifiche verifiche sul campo osserva la tipologia e la qualità degli alimenti distribuiti dalle macchine erogatrici a pagamento presenti all'interno del Policlinico;

Il progetto formativo rivolto ai volontari delle Organizzazioni di Volontariato nasce dall'esigenza espressa di fare conoscere a queste organizzazioni la realtà in trasformazione del Policlinico

- **gruppo "Normative e regolamenti"** si occupa dello studio di questioni giuridiche su materie di interesse del CCM;
- **gruppo "Umanizzazione e assistenza non sanitaria"** contribuisce all'ottimizzazione della rete dei percorsi. Non è possibile definire un approccio progettuale univoco, poiché deve essere individuata di volta in volta una soluzione di equilibrio e mediazione tra i vari fattori presenti nel setting del momento;
- **gruppo "Ad obiettivo in vista di particolari necessità"** questo gruppo di lavoro ha come obiettivo quello di prendere in esame le particolari necessità nel momento in cui insorge una problematica di rilevanza sanitaria in ospedale. Potrebbe trattarsi di eventi non prevedibili e non di emergenze, già trattate in altri gruppi.

Attraverso specifici accordi con la Direzione Aziendale, il Comitato Consultivo Misto realizza progetti di **miglioramento del comfort alberghiero** per i pazienti e i loro familiari.

Il Comitato Consultivo Misto dispone di un proprio spazio sul portale internet e allo stesso modo tutte le Associazioni di volontariato presenti all'interno dell'Azienda sono descritte attraverso una scheda informativa.

Nel corso dell'anno 2014 numerosi sono stati i contatti tra la segreteria del CCM dell'AOSP ed il Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (Ccrq), l'organismo istituito presso l'Assessorato politiche per la salute con funzioni consultive e propositive rispetto alla qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati dal Servizio sanitario regionale.

Nel corso del 2014 è stato realizzato il percorso formativo rivolto ai volontari delle Organizzazioni di Volontariato presenti in Azienda dal titolo: Progetto Conoscersi - il Policlinico e le Associazioni si incontrano.

Il corso nasce dall'esigenza di fare conoscere sempre meglio alle Associazioni presenti al nostro interno un'Azienda complessa, articolata e in continua evoluzione come quella del Policlinico, e per rispondere al loro bisogno informativo, spesso espresso all'Urp che coordina la presenza delle Associazioni all'interno dell'Ospedale.

Sono state realizzate due edizioni della durata di otto ore ognuna. Il percorso formativo nuovo ed innovativo per la realtà delle Aziende sanitarie di Bologna verrà ripetuto anche nel 2015 vista la soddisfazione espressa dai partecipanti.

Nel percorso formativo attuato sono stati trattati i seguenti argomenti:

- Organizzazione sanitaria, atto aziendale, mission, vision, i rapporti con l'Università;
- Sanità Sociale Provincia di Bologna: le Associazioni di Volontariato e il territorio: la volontà di fare rete;
- URP, i cittadini, le Associazioni, il Comitato Consultivo Misto;
- I nuovi percorsi di prenotazione e di accettazione per i cittadini.

Durante il 2014 l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna ha continuato la collaborazione al Progetto Regionale "Sperimentazione di un sistema di valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini nelle strutture di degenza", promosso dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Nell'ambito di tale progetto

i rappresentanti delle Associazioni di Volontariato, nel mese di Gennaio, hanno aderito insieme ad un gruppo di professionisti sanitari all'evento formativo residenziale dal titolo: "Sperimentazione di un sistema di valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini nelle strutture di degenza" STUDIO 1 - Sperimentazione di priority setting.

Sono anche continuate le collaborazioni con due Associazioni senza scopo di lucro esterne al Policlinico: Sogni d'oro e Cuori di maglia. Le donne che fanno parte di entrambe le Associazioni, producono utilizzando filati pregiati come lana purissima, cashmere, merinos e cotone, indumenti quali cuffiette, scarpine, body, copertine e corredini destinati ai bimbi della Terapia Intensiva Neonatale e della Neonatologia. Ne beneficiano soprattutto bambini con famiglie in difficoltà.

"Io Volontario e tu? Gestire l'attesa dei bambini in ospedale da tensione e noia ad intrattenimento e svago" è stata l'iniziativa formativa realizzata in collaborazione con l'Associazione Crescere Onlus. Il corso di formazione per volontari educatori e operatori sanitari, ha visto come partecipanti numerosi infermieri dell'area pediatrica. I contenuti del corso, temi come: incontro con la malattia, la relazione d'aiuto, contenimento delle emozioni, l'ansia del bambino e dei genitori, motivazione e necessità di volontariato, hanno coinvolto i partecipanti nell'ascolto e nel confronto in un clima di interattività con i docenti molto piacevole. Il corso è alla seconda edizione, ne seguiranno altre, al fine di promuovere la cultura del volontariato nelle strutture e nella società. Anche l'edizione 2014 ha visto una crescente richiesta di partecipazione all'evento formativo.

Sempre nel corso del 2014 l'Azienda ha rinnovato la collaborazione con l'Associazione Emergency che promuove una cultura di pace, solidarietà e rispetto dei diritti umani. Emergency è un'Associazione italiana nata nel 1994 per offrire cure medico-chirurgiche gratuite e di elevata qualità alle vittime delle guerre, delle mine antiuomo e della povertà. Ultimamente l'Associazione Emergency è stata impegnata in Italia ed in Emilia-Romagna sull'emergenza immigrazione ed ha continuato il suo impegno nelle zone disagiate e nelle città colpite dal terremoto.

Nel mese di novembre l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha collaborato nella realizzazione del convegno "Il piano biennale per i diritti della persone con disabilità", organizzato dall'Associazione Crescere e nel Settembre 2014 ha avuto modo di collaborare con alcune Associazioni che hanno partecipato alla decima edizione di VolontAssociate realizzata presso i Giardini Margherita della città di Bologna. L'iniziativa nasce dal desiderio delle Organizzazioni No-profit di creare nuove opportunità per promuovere i propri valori e le proprie attività. VolontAssociate è divenuta ormai prassi consolidata ed assume sempre maggiore visibilità, creando un vero e proprio evento di incontro del mondo del Volontariato e del Non profit bolognese con la cittadinanza. L'obiettivo dell'evento è anche quello di sensibilizzare e coinvolgere anche i giovani, con una particolare attenzione all'inclusione sociale.

Sempre nel 2014, l'URP ha continuato a collaborare con Città Metropolitana di Bologna - Ufficio Terzo Settore e con VOLABO, centro per i Servizi del Volontariato della provincia di Bologna.

I numerosi progetti di collaborazione con le Associazioni di volontariato testimoniano la vivacità dei rapporti tra le associazioni ed il policlinico

Nel corso del 2014 sono state progettate esperienze di rilevazione della qualità dal lato dell'utenza per le aree di degenza, il percorso nascita e per l'IVG

5.1.6 Rilevazione della qualità dal lato dell'utenza

Rilevazione della qualità dal lato dell'utenza nelle aree di degenza

L'Azienda ha partecipato ai lavori di revisione del questionario regionale finalizzato alla rilevazione della qualità percepita nelle aree di degenza.

Il nuovo questionario sarà utilizzato nella rilevazione programmata nel biennio 2015-2016 successivamente alla redazione del progetto operativo aziendale messo a punto nel corso del 2014. Il progetto aziendale prevede l'avvio dell'indagine nel primo trimestre 2015. L'indagine è condotta non solo mediante la somministrazione del questionario cartaceo ma, in alcune realtà selezionate, attraverso l'applicazione della nuova modalità online implementata in collaborazione con l'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale.

Rilevazione della qualità dal lato dell'utenza del percorso nascita

Nel 2014 l'Azienda ha collaborato attivamente con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale alla revisione del protocollo metodologico specifico, anche a seguito della sperimentazione eseguita presso il Policlinico nel biennio 2012-2013.

L'Azienda ha pianificato le attività di rilevazione previste dal progetto regionale nel primo semestre 2015.

Qualità della cura nei servizi dedicati all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG)

Dall'analisi degli elaborati sulla qualità della cura nei servizi dedicati all'interruzione volontaria di gravidanza sono state identificate le seguenti aree di criticità:

- informazione sulla procedura chirurgica/anestesiologica;
- informazione sulle indicazioni da seguire nel post-intervento;
- informazione sui metodi contraccettivi.

A fronte di queste necessità sono state attivate alcune soluzioni che hanno riguardato, in particolare, la redazione di un opuscolo informativo da consegnare alle donne nell'ambulatorio pre-chirurgico e l'avvio dell'attività di consulenza medica sui metodi contraccettivi dedicata alle donne che hanno avuto esperienze ripetute di IVG.

5.2 La comunicazione esterna

La comunicazione esterna è un'attività di grande rilievo per una struttura sanitaria, fondamentale per accrescere un clima di fiducia che tanti elementi oggi contribuiscono ad erodere, **consolidare l'immagine del Policlinico** e porre le fondamenta per un rapporto positivo tra il personale sanitario e i cittadini.

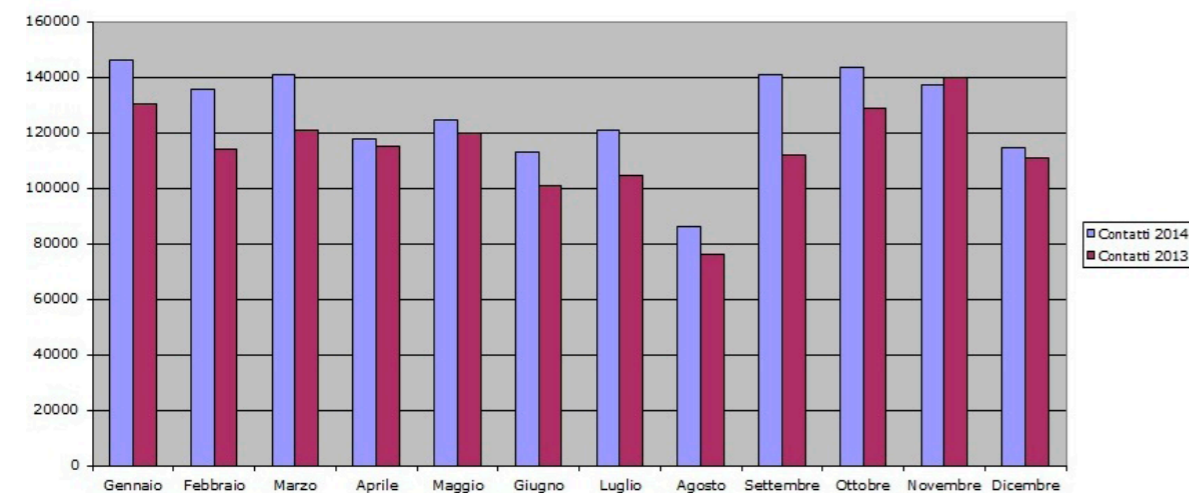
Lo strumento principale della comunicazione esterna è indubbiamente il sito internet, per il quale anche nel 2014 molte energie sono state investite nello sviluppo dei contenuti e nell'aggiornamento costante.

La pervasività della comunicazione digitale, a cui fanno riferimento anche i **monitor** distribuiti nell'area del Policlinico, sta provocando una progressiva convergenza di attività fino a pochi anni fa separate. Sempre più forti sono le interconnessioni con le azioni di **ufficio stampa**, con i comunicati che si rivelano fonti per l'aggiornamento del sito e le notizie pubblicate on line e magari riprese dai social network che svolgono un'implicita ma molto efficace azione di media relation. Già forte, ma in ulteriore evoluzione, risulta poi l'interazione tra la comunicazione digitale e gli strumenti a servizio dei cittadini, come la **Carta dei Servizi** e il sistema delle guide a strutture, prestazioni e percorsi.

5.2.1 Il portale internet

I contatti al portale del Policlinico nel 2014 sono stati **1.520.646** contro i 1.371.894 dell'anno precedente, pari a un aumento del 10,8%. Nel grafico che segue sono riportati l'andamento mensile dei contatti anno 2014 a confronto con quelli registrati nel 2013 (grafico 5.11).

Grafico 5.11 Contatti portale web

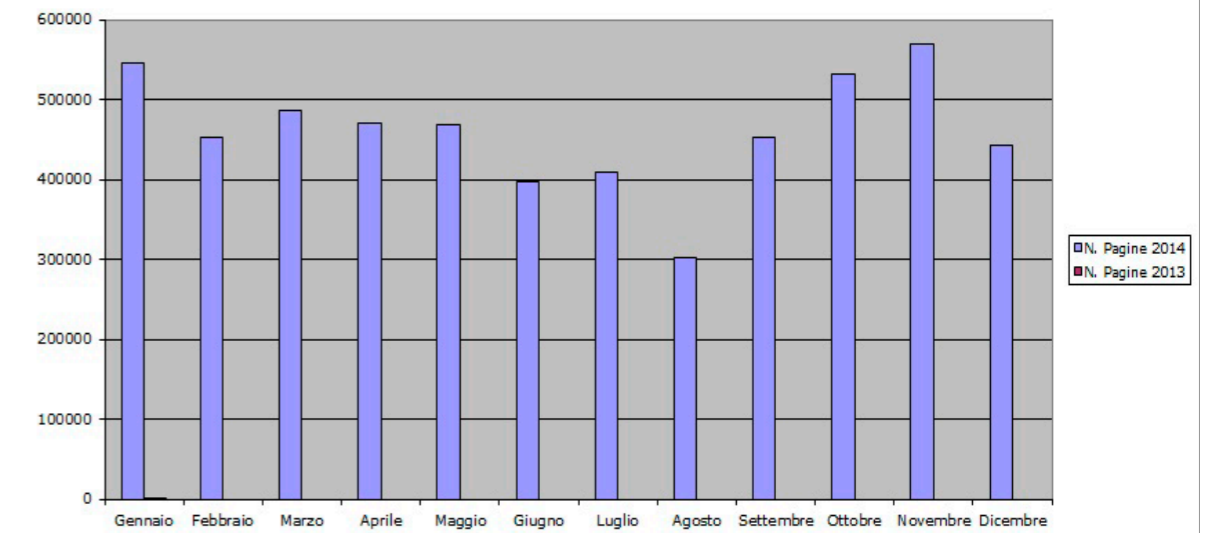


Fonte: Google Analytics

I contatti del portale internet sono aumentati del 10,8% raggiungendo quota 1.520.646

L'andamento delle pagine visitate (complessivamente pari a 5.885.110) ha segnato un incremento pari al 6,55% rispetto al 2013, quando il totale delle pagine era sceso dalle 6.939.661 del 2012 a 5.523.975.

Grafico 5.12 Numero complessivo di pagine visitate (2013 verso 2012)



Fonte: Google Analytics

L'analisi di dettaglio delle pagine visitate pone – anche quest'anno – al primo posto quelle dei reparti/servizi che riportano le informazioni sulle Unità operative, la loro organizzazione, le prestazioni erogate. Seguono l'area aperta ai visitatori esterni relativa a bandi e concorsi e le pagine raggiungibili grazie ai motori di ricerca disponibili sul portale, in particolare "cerca un medico", per rintracciare rapidamente i professionisti, accedere al loro curriculum e all'organizzazione di afferenza.

Per quanto riguarda la provenienza dei visitatori, aumenta sensibilmente la percentuale di coloro che provengono da fuori regione, che passa **dal 52,9% al 57,9%**. In forte crescita soprattutto la Lombardia, la cui quota di visitatori sale dall'8% al 14,31%. Il podio delle provenienze d'oltre frontiera rimane invariato rispetto al 2013, con Stati Uniti (0,47%), Gran Bretagna (0,37%) e Germania (0,31%) ai primi tre posti.

Il portale aziendale continua sempre più ad essere seguito anche da utenti che utilizzano, per consultarlo, i loro dispositivi mobili; gli accessi di questo tipo (con smartphone e tablet) passano dai 113.082 del 2012 ai 280.557 del 2013 e ai **505.115** dell'anno appena trascorso (**più 80,35%** rispetto all'anno precedente).

Nel 2014 si è consolidata l'attenzione sviluppata nel 2013 con il percorso di sviluppo del Portale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna previsto dal D. Lgs 14 marzo 2013 n.33 verso il principio della **trasparenza** inteso come "accessibilità totale" alle

informazioni che riguardano l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni. Una Trasparenza, quindi, chiamata ad assolvere molteplici funzioni, tra cui favorire il controllo sociale sull'azione amministrativa e promuovere la diffusione della cultura della legalità e dell'integrità nel settore pubblico.

Questa attività è avvenuta senza perdere di vista la necessità di attuare parallelamente il miglioramento continuo dei servizi e delle informazioni rivolte ai cittadini, in coerenza con le linee guida per i siti web della PA emanate dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e Innovazione del 2010 e il decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179.

5.2.2 La Carta dei Servizi, le Guide all'unità operativa, le Schede Informative di Reparto e gli opuscoli informativi

Il sistema di comunicazione verso il cittadino continua il suo percorso di integrazione degli strumenti informativi aziendali. La **"Carta dei Servizi"** è il documento che maggiormente rappresenta questa logica: è stata, infatti, da tempo trasformata in pagine web del portale aziendale il cui corpo è costituito da link ad aree pubbliche che ne alimentano i contenuti. In questo modo la "Carta dei Servizi" presenta informazioni costantemente aggiornate, a tutto vantaggio di chi abbia necessità di consultarla.

Oltre a presentare l'Azienda e la sua organizzazione, la "Carta" rende conto degli impegni presi nei confronti del cittadino, unitamente agli indicatori per verificarne la realizzazione. In stretta connessione con questa funzione di rendicontazione è stata, inoltre, migliorata l'area web dedicata al cittadino, in cui è pubblicato il risultato consuntivo delle attività svolte e degli impegni assunti dal Policlinico, una vera e propria versione semplificata del Bilancio di Missione, con indicatori chiari e di semplice lettura.

Le informazioni contenute nella "Carta dei Servizi", necessariamente sintetiche, sono approfondite da quelle dell'area **"Reparti e Servizi"**, ovvero le pagine internet dedicate alle Unità Operative e alle Strutture Semplici Dipartimentali, che specificano in maniera più dettagliata elementi caratteristici delle unità organizzative (es. tempi di attesa, indicatori di monitoraggio dei processi, personale, orari di apertura ecc.). I contenuti delle diverse aree sono periodicamente rivisti anche in funzione di un miglioramento della loro leggibilità: questa attività, come pure la verifica puntuale dei dati pubblicati, devono essere intese come un **impegno continuo per garantire informazioni sempre corrette**.

Tutte le Unità Operative che erogano attività di ricovero (ordinario e in day hospital) sono dotate di **schede informative di reparto** che sono consegnate al paziente al momento del ricovero e che illustrano l'organizzazione dell'unità di degenza, riportando informazioni utili per la vita di reparto (orari dei pasti, orari di visita ecc.). Tutte le schede informative sono continuamente rivalutate e, se necessario, aggiornate. Le schede informative sono state rese disponibili anche sul portale aziendale, all'interno delle pagine di ciascuna struttura, in una nuova sezione denominata "Informazioni per pazienti e familiari". Per alcune di queste è stata realizzata anche la **versione in più lingue**, in considerazione della nazionalità degli utenti che accedono alle Unità Operative stesse. La traduzione

di questa documentazione è parte integrante del **progetto denominato "l'ospedale multiculturale"**.

Da diversi anni il Policlinico prepara **materiale illustrativo rivolto all'utente con l'obiettivo di aiutare i cittadini ad usufruire in maniera adeguata dei servizi disponibili**. Il materiale informativo è raggruppato in due collane: "Orientarsi" e "Azienda aggiorna". Nel corso del 2014 è proseguito il lavoro di aggiornamento e produzione di diversi strumenti informativi, principalmente sotto forma di opuscoli.

5.2.3 I rapporti con gli organi di stampa

Nel 2014 l'Ufficio Stampa ha continuato a curare i rapporti con i mass media attraverso collaborazioni e contatti diretti a livello sia locale sia nazionale, redazione di comunicati stampa, documenti e materiali informativi rivolti alle redazioni giornalistiche quotidiane e periodiche, organizzazione di conferenze stampa, realizzazione e collaborazione trasmissioni televisive e radiofoniche.

Questa attività è resa possibile da un raccordo costante con la Direzione, i Dipartimenti Assistenziali Integrati (DAI) e le strutture aziendali per individuare gli spunti di notiziabilità e con la Regione e le altre Aziende Sanitarie (AUSL di Bologna; Istituti Ortopedici Rizzoli e Ausl di Imola in particolare) ed eventualmente gli Enti locali per concordare le modalità di valorizzazione in tutti i casi – sempre più frequenti – in cui le attività vedono un coinvolgimento di più soggetti del Sistema Sanitario Regionale.

Grazie a questa attività sono stati redatti e diffusi **48 comunicati stampa**, il 29,7% in più rispetto all'anno precedente (37). L'evoluzione del sistema dei media e le modalità di organizzazione del lavoro all'interno delle redazioni hanno innescato un'evoluzione strutturale nell'attività dell'ufficio stampa.

Sempre più efficaci per la promozione delle notizie si rivelano, infatti, non gli strumenti istituzionali (comunicati e conferenze stampa), ma i contatti informali con i giornalisti, una modalità più difficile da governare ma indubbiamente più efficace.

L'Ufficio stampa ha poi seguito la completezza della rassegna stampa e il monitoraggio di servizi televisivi a livello locale e nazionale svolgendo attività di collaborazione e verifica dei contenuti.

5.2.4 I monitor multimediali

Nell'ambito della **comunicazione multimediale**, per diffondere messaggi di informazione, intrattenimento e pubblicità, il Policlinico **si avvale anche di 22 monitor**: 20 sono stati collocati nelle sale d'attesa e negli atri dei diversi padiglioni e sono rivolti al cittadino, gli altri 2 sono invece posizionati all'interno delle mense frequentate dal personale del Policlinico. Sugli schermi sono trasmesse informazioni sui servizi presenti in ospedale, oltre a filmati a sostegno di campagne di comunicazione della Regione Emilia – Romagna.

Il numero dei comunicati stampa è aumentato in un anno quasi del 30%

5.2.5 Eventi pubblici

Nell'ottobre 2014, terminati i lavori di ristrutturazione in seguito al sisma del maggio 2012, è stata inaugurata la sede rinnovata della **casa Tetto Amico** che, gestita dal volontariato, assicura l'accoglienza dei pazienti in attesa di trapianto o trapiantati residenti fuori regione e di un accompagnatore. Con l'occasione la casa è stata ampliata e si è provveduto a migliorare la dotazione strutturale delle camere.

Sempre nel mese di ottobre 2014 è stata organizzata una visita ufficiale per presentare alla città il nuovo Polo Cardio Toraco Vascolare, non appena chiuso il cantiere, che entrerà in funzione nel corso del 2015 non appena conclusi gli allestimenti interni e il trasferimento delle attrezzature. Dopo la visita delle autorità – alla quale hanno partecipato tra gli altri l'Assessore alle Politiche sanitarie della Regione Emilia-Romagna, il Sindaco di Bologna e il Rettore dell'Università di Bologna – per una settimana il Polo è rimasto aperto ospitando ogni giorno tre visite guidate, alle quali cittadini e operatori potevano prenotarsi attraverso il sito del Policlinico e la intranet aziendale.

In un anno sono state inserite 68 notizie sulla intranet aziendale e sono state spedite quasi 800 Mail a tutti per aggiornare il personale sulle novità inerenti l'attività di ciascuno

5.3 La comunicazione interna

Questo ambito di comunicazione riguarda il riferimento a tutte quelle azioni che sono volte a migliorare da una parte i **meccanismi di funzionamento dell'organizzazione** e, dall'altra, il **clima aziendale**. In esso sono potenzialmente coinvolte tutte le aree e i livelli gerarchici. Si descrivono, quindi, le principali iniziative e gli strumenti volti a migliorare il sistema delle relazioni interne.

5.3.1 Il portale intranet

Nel 2014 sono proseguite le attività di **sviluppo e riqualificazione delle informazioni disponibili nell'area intranet** con il supporto attivo delle redazioni periferiche, che contribuiscono al puntuale mantenimento delle informazioni di competenza.

Interventi sostanziali sono stati attuati in corrispondenza di variazioni legislative legate a tematiche organizzative ad alto impatto aziendale, con creazione di aree specificamente dedicate; in esse sono stati pubblicati materiali informativi e indicazioni aziendali atti a supportare il personale coinvolto e a rendere più sicuri i processi sanitari.

Nel corso dell'anno, in particolare, è stata arricchita e costantemente aggiornata una specifica sezione chiamata CoorLab, coordinata dalla Direzione Generale e **dedicata ai Coordinatori**, strutturata come piattaforma di **confronto e scambio** in cui affrontare e condividere tematiche di lavoro, aree di miglioramento, nuovi progetti.

Nell'area intranet sono, inoltre, presenti **diversi strumenti per la gestione di documenti di servizio e per la consultazione on line della documentazione aziendale**. È possibile dunque accedere ai documenti approvati, che contengono regole di funzionamento dell'organizzazione o indicazioni utili per il personale. In una specifica area dedicata è possibile consultare documentazione inerente i percorsi aziendali e gli indicatori di governo clinico utili al monitoraggio delle attività assistenziali.

I contenuti del portale intranet più visitati, oltre alla home page, sono:

- quelli relativi ai servizi informatici, per l'accesso a diverse funzionalità predisposte dalla direzione competente e a tutte le procedure sanitarie informatizzate;
- quelli dell'area servizi e utilità, che racchiude altri strumenti fondamentali per l'invio e la gestione delle richieste rivolte ai servizi di supporto;
- quelle che comprendono argomenti attinenti alla vita professionale del personale, ossia le comunicazioni dalle direzioni aziendali, i contenuti della Ricerca e della Formazione e quelli fondamentali della Sicurezza delle cure.

5.3.2 Le news in intranet

Le news sono tra gli strumenti di comunicazione più utilizzati dal personale interno. L'adozione di criteri rigorosi nella selezione delle notizie ha condotto ad un miglioramento progressivo dell'area, che rappresenta un forte stimolo per il personale a segnalare

eventi da pubblicare. Il 2014 ha continuato a registrare un incremento di richieste di pubblicazione e di varietà di argomenti per le news in intranet, rendendo queste ultime sempre più specifiche e orientate al personale interno. Le notizie pubblicate in quest'area sono state 68.

5.3.3 La mail a tutti

Nel 2014 sono state inviate 800 "mail a tutti". **Questo strumento consente la comunicazione veloce di informazioni interne**, trattandosi, nella maggior parte dei casi, di messaggi di natura operativa. Si tratta di uno strumento con il quale ogni articolazione organizzativa può comunicare a tutti gli indirizzi mail del Policlinico informazioni utili per il personale: è attiva la possibilità, da parte di ciascun utente, di **scegliere quali tipologie di mail ricevere**, aumentando l'efficacia dei messaggi e diminuendo il numero di mail ricevute. Tale selezione può essere effettuata in piena autonomia, accedendo da intranet a una specifica sezione delle pagine di gestione della posta su web.



*In questo capitolo vengono prese in esame le azioni intraprese relativamente all'**attività di promozione della ricerca e dell'innovazione** e lo **stato di avanzamento relativo allo sviluppo dell'infrastruttura locale per la ricerca e l'innovazione**, al **progetto anagrafe della ricerca**, allo **sviluppo delle regole per la trasparenza** e alla **valorizzazione del ruolo del Comitato Etico**. In questo quadro sono presentati i progetti di ricerca e le sperimentazioni condotti e l'attività del gruppo di lavoro tecnico - professionale che supporta la Direzione Aziendale ed il Collegio di Direzione nelle decisioni riguardanti l'introduzione di nuove tecnologie ad elevato impatto clinico.*

6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

6.1.1 Azioni della infrastruttura locale

Presso l'Azienda è attivo lo staff Ricerca e Innovazione a disposizione di tutto il personale del Policlinico (*personale dipendente e convenzionato e giovani ricercatori operanti a vario titolo presso le strutture del Policlinico*) per fornire supporto ai ricercatori nella predisposizione e nella gestione dei progetti di ricerca scientifica.

Nel corso del 2014 sono proseguite le attività relative alla diffusione delle diverse opportunità di finanziamento, al supporto al Collegio di Direzione e ai ricercatori nella predisposizione e sottomissione dei progetti ai bandi, alla gestione delle relazioni con altre aziende ed istituzioni, alla gestione amministrativa dei fondi di ricerca e dei contratti relativi alle sperimentazioni cliniche.

E' proseguita la gestione dei progetti del **Programma di Ricerca Regione – Università** delle edizioni 2007-2009, 2011-2012 e 2013.

In merito all'anno 2014, l'unica area di ricerca destinataria di nuove proposte progettuali è stata l'Area 3, in ordine alla quale l'AOU di Bologna ha ottenuto il finanziamento per il progetto **"PhD@PRU"**, da realizzarsi congiuntamente all' IRCS Rizzoli e all'IRCS Neuroscienze, pari alla somma di € 249.000.

Tale progetto ha consentito di finanziare n. 5 borse studio nell'ambito dei seguenti corsi di dottorato del 30° Ciclo – A.A. 2014/2015, attivati presso UNIBO

- **Oncologia, Ematologia e Patologia** - n.1 borsa di studio collegata all'AOU di Bologna dal titolo "APPROCCI INNOVATIVI NELLA DIAGNOSI E TERAPIA DEI TUMORI SOLIDI E DELLE NEOPLASIE EMATOLOGICHE";
- **Scienze Biomediche e Neuromotorie** - n. 1 borsa di studio collegata all'IRCCS Rizzoli dal titolo "Nuove strategie terapeutiche per la rigenerazione dei tessuti dell'apparato muscolo scheletrico" e n. 1 borsa di studio collegata all'IRCCS Scienze Neurologiche dal titolo "Cafalea da iperuso di farmaci (MOH): strategie di prevenzione e stratificazione di rischio in relazione al trattamento di disintossicazione";
- **Scienze Chirurgiche** - n. 1 borsa di studio collegata all'AOU di Bologna dal titolo "Cancro alla mammella: patologia ad alta incidenza e forte impatto psicologico";
- **Scienze Mediche Generali e Scienze dei Servizi** - n. 1 borsa di studio collegata all'AOU di Bologna dal titolo "Individuazione e valutazione dei metodi per il "priority setting" nella ricerca sanitaria nel campo materno-infantile".

L'AOU di Bologna è stata, inoltre, individuata quale ente gestore del finanziamento di 50.000 € finalizzato alla copertura dei costi per le missioni del personale degli Enti destinatari dei finanziamenti del Programma Regione Università, coinvolto nelle attività propedeutiche alla partecipazione dei progetti transazionali del programma quadro per la ricerca innovativa "Horizon 2020".

Nello stesso anno, la Regione Emilia Romagna ha attribuito all'AOU di Bologna sia la

gestione del finanziamento di Euro 4.452.000,00 destinato ai progetti in materia di ricerca e innovazione, anche nell'ambito di progetti europei "ERA NET COUFOUND" del programma di finanziamento europeo per la ricerca e innovazione "HORIZON 2020, Salute, Cambiamento Demografico e Benessere", sia dei finanziamenti a supporto dei progetti relativi al bando Giovani Ricercatori "Alessandro Liberati".

Il finanziamento complessivo assegnato alla AOU di Bologna ammonta, dunque, alla somma complessiva di € 4.751.000,00 (incluse le quote di competenza di unità di ricerca esterne alla AOU di Bologna).

E' stata promossa e sostenuta la partecipazione al **Bando Ministeriale Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori 2013** (circa 70 progetti sottomessi il cui processo di valutazione è ancora in corso) oltre che sostenuta la realizzazione dei progetti finanziati con i precedenti bandi 2009, 2010, 2011-2012.

Nel corso del 2014 è stato sviluppato il **progetto MED EU**, come nuovo modello di collaborazione strategica sulla progettazione europea, basato sull'integrazione delle eccellenze dell'area bolognese presenti presso gli enti partecipanti Università di Bologna, AOU di Bologna, IRCCS Rizzoli e IRCCS Scienze Neurologiche. Il progetto ha consentito di individuare figure professionali che, formate presso l'ARIC di UNIBO, sono state dedicate allo scouting e all'accompagnamento dei ricercatori in tutte le fasi di progettazione europea (ricerca programma di finanziamento, redazione della proposta, ricerca partners, "submission" e nei casi di successo, finalizzazione della contrattualistica da presentare alla commissione europea - Grant Agreement e Consortium agreement) nell'ambito dei bandi di Horizon 2020.

Tale progetto collaborativo ha condotto, nel corso del 2014, alla presentazione di 15 progetti che vedono coinvolta anche la nostra azienda, di cui 5 sono in fase di valutazione finale ed 1 è già stato finanziato.

I progetti in fase finale di valutazione sono:

- "Eicosapentaenoic acid for patients affected by Familial Adenomatous Polyposis" (EPAFAP);
- "HemAtological Pilot model for Personalised medicine (HAPPEN)";
- "Identification of biomarkers associated with the effectiveness of personalized nutritional interventions targeted to obese children (OMNIA-P)";
- "Prevention and Treatment of Hyperinsulinaemic Androgen Excess in Girls: Towards an Intervention Targeting Adipose Tissue (INSENGI)";
- "Androgen imbalance and diabetes risk in women and in men (ANDRO-DIAB)".

Il progetto finanziato è:

- Repair of tissue and organ damage in refractory chronic graft versus host disease after hematopoietic stem cell transplantation by the infusion of purified allogeneic donor regulatory T lymphocytes (TREGeneration) - Grant Agreement n° 643776 - PI Dott. Mario Arpinati.

Nell'ambito del medesimo progetto collaborativo è stata inoltre realizzata una brochure

La ricerca ministeriale

La progettazione europea

Il Programma di Ricerca Regione Università

istituzionale descrittiva della piattaforma MED-EU finalizzata alla promozione delle eccellenze scientifiche e di cura disponibili presso gli enti aderenti al progetto e quindi attrarre stakeholder nazionali e internazionali per promuovere e supportare il coinvolgimento in iniziative e progetti europei.

Figura 6.1: Copertina della brochure informativa descrittiva della piattaforma MED-EU



La piattaforma strategica è stata presentata all'ufficio di Bruxelles della Regione Emilia-Romagna il 2 luglio 2015 (<http://www.regione.emilia-romagna.it/sede-di-bruxelles/notizie/2015/lufficio-incontra-i-rappresentanti-del-progetto-med-eu-creazione-di-una-task-force-dedicata-all2019europrogettazione-nell2019ambito-socio-sanitario>).

6.1.2 Capacità di attrazione da parte dell'Azienda di risorse finanziarie

Relativamente ai fondi acquisiti per lo svolgimento di progetti di **ricerca sanitaria** nella tabella sotto riportata sono indicati i **progetti attivi** al dicembre 2014 e i relativi finanziamenti per ente erogatore.

Tabella 6.1 Progetti attivi e relativi finanziamenti per ente erogatore

ENTE EROGATORE	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2012	N. PROGETTI 2012	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2013	N. PROGETTI 2013	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2014	N. PROGETTI 2014
Programma Regione-Università	9.880.766	32	9.469.000	28	9.565.236	39
Ministero Salute	4.440.911	24	4.258.411	23	6.051.928	30
Regione	900.000	26	1.998.555	12	1.308.876	19
Aziendali	382.500	14	213.500	19	-	-
ISS	275.026	6	209.000	2	168.800	7
AIFA	275.000	1	275.000	1	275.000	1
Progetti Europei	185.000	2	274.927	2	274.927	2
Fondazioni	119.000	5	222.000	3	135.000	5
Altri Enti (*)	99.182	18	796.627	3	158.429	4
TOTALE	16.557.385	128	17.717.020	93	17.938.196	107

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

I progetti attivati

I progetti attivati nel corso del 2014 e i relativi finanziamenti.

In particolare nell'anno di gestione 2014 risultano attivati 34 nuovi progetti (capofila e unità di ricerca) per un finanziamento complessivo di 4.266.553 €.

Tabella 6.2 Progetti avviati nell'anno e relativi finanziamenti per ente erogatore

ENTE EROGATORE	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2012)	N. PROGETTI 2012	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2013)	N. PROGETTI 2013	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2014)	N. PROGETTI 2014
Programma Regione-Università	7.952.666	21	6.511.400	22	1.409.920	11
Regione	570.000	5	532.961	8	428.876	7
Fondazioni	52.000	1	45.000	2	80.000	3
Ministero Salute	1.804.700	9	-	-	2.335.957	11
AIFA	275.000	1	275.000	1	-	-
ISS	119.000	3	90.000	3	11.800	2
Progetti Europei	275.026	2	90.026	1	-	-
Altri Enti	25.000	1	585.345	9	-	-
TOTALE	11.153.992	43	8.129.732	46	4.266.553	34

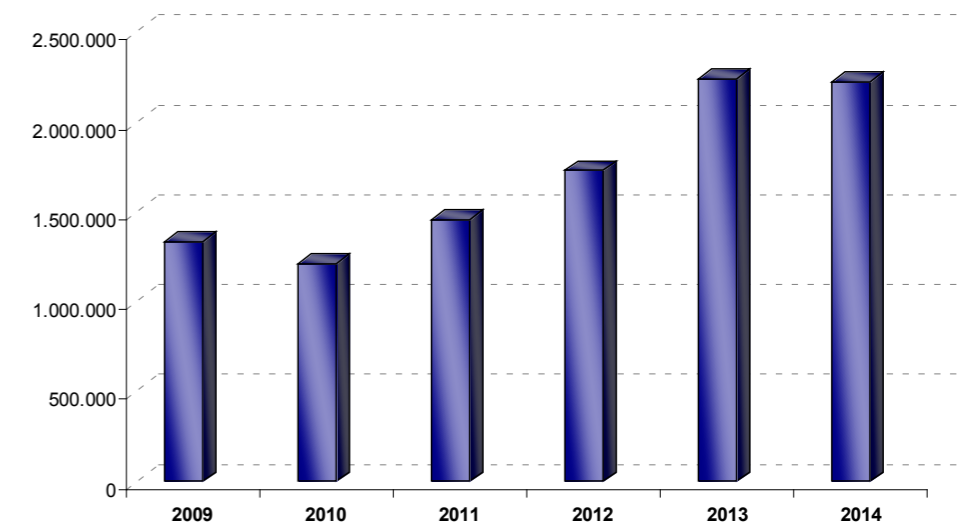
Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

I finanziamenti provenienti dalla sperimentazione clinica profit

Per quanto riguarda la sperimentazione clinica nel 2014 sono stati finalizzati 31 contratti commerciali e 4 accordi no profit per altrettanti studi.

L'impatto economico dei contratti inerenti gli studi profit del periodo 2009 -2014 è desumibile dal relativo fatturato.

Grafico 6.1 - Contratti inerenti gli studi profit - Fatturato periodo 2009-2014

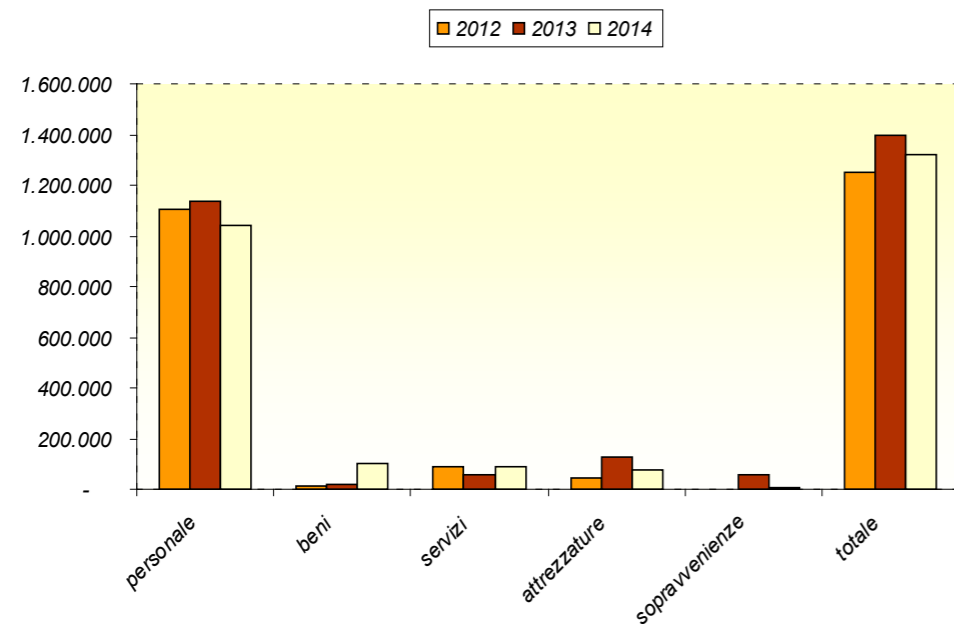


Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tali finanziamenti, sulla base del regolamento aziendale di cui alla Delibera del Direttore Generale 30/2000 emendato con Delibera del Direttore Generale 159 /2012, detratta la quota aziendale a copertura dei costi (pari al 35%), restano in disponibilità alle Unità Operative di afferenza dello sperimentatore principale, da utilizzare secondo le indicazioni previste nel citato regolamento aziendale.

Di seguito sono riportati i dati relativi all'impiego di tali finanziamenti negli anni 2012 - 2014, che evidenziano l'uso prevalente per sostenere costi di personale.

Grafico 6.2 Impiego di finanziamenti derivanti da studi clinici profit



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Si rileva infine che tutte le considerazioni sopra riportate inerenti ai **finanziamenti disponibili** (no profit e profit) sono riferite ai soli finanziamenti gestiti dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria.

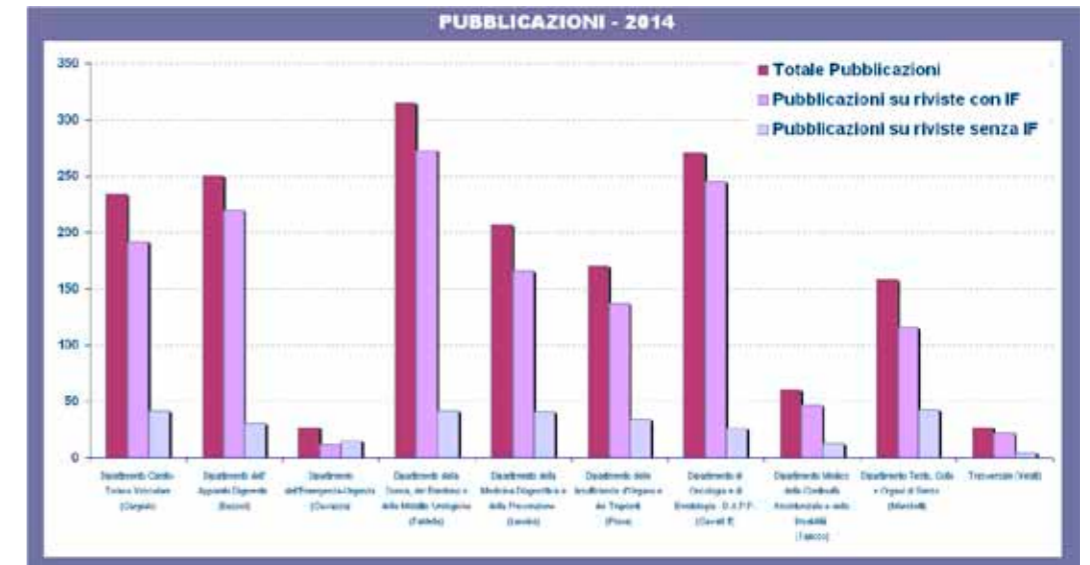
6.1.4 La produzione scientifica

Le informazioni fornite dai **Dipartimenti ad Attività Integrata** sono relative al numero delle pubblicazioni scientifiche censite su PubMed pubblicate su riviste con Impact Factor (IF), al relativo IF, al numero pubblicazioni scientifiche censite su PubMed pubblicate su riviste senza IF, al numero di altre pubblicazioni con esclusione di abstract e pubblicazioni edite solo on line.

Considerato che nel corso del 2014 sono stati definiti i nuovi DAI, nei grafici che seguono si riportano i dati relativi al solo anno 2014 inerenti il numero complessivo delle pubblicazioni rilevate e del numero delle pubblicazioni con IF e senza IF.

Il trend delle pubblicazioni dei Dipartimenti ad Attività Integrata

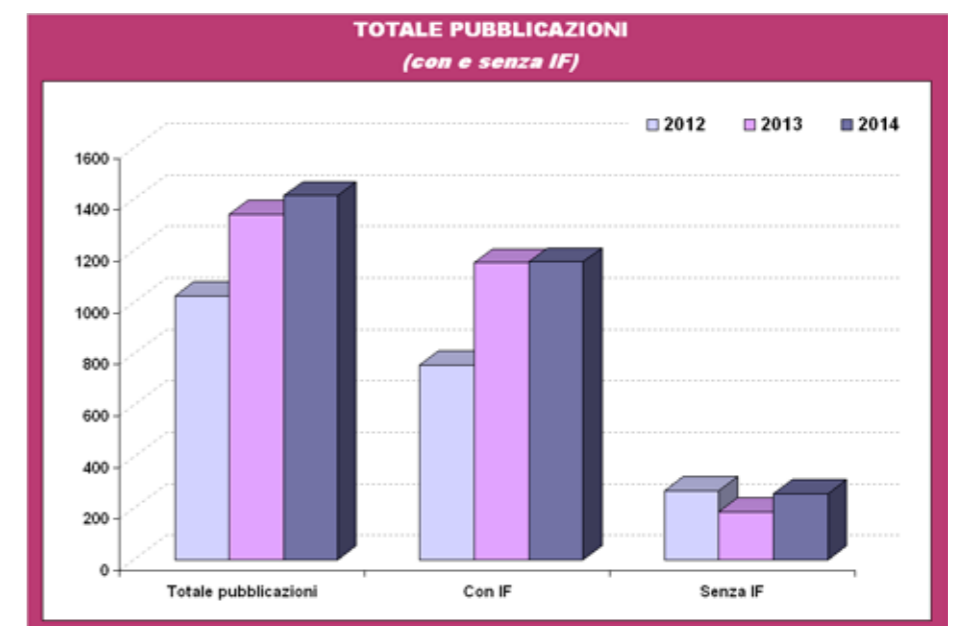
Grafico 6.3 Pubblicazioni per Dipartimento ad Attività Integrata - anno 2014



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Per una valutazione del trend complessivo del triennio 2012-2014, si espongono i medesimi dati i riferiti all'Azienda nel suo complesso.

Grafico 6.4 Pubblicazioni - dato aziendale anni 2012-2013-2014

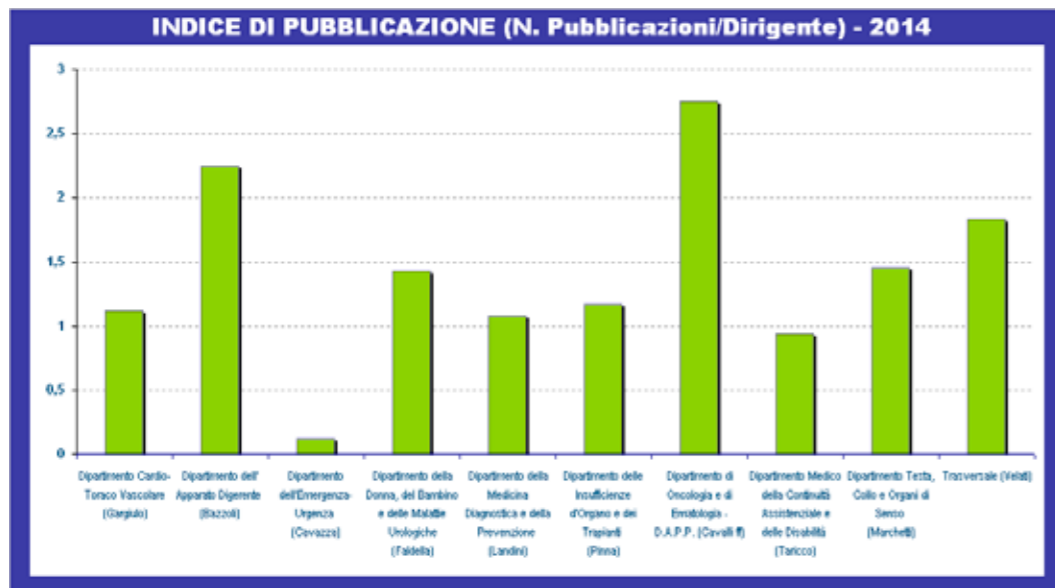


Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

L'andamento della produttività scientifica dei Dipartimenti ad Attività Integrata, valutata prendendo in esame tutti i lavori con IF censiti rispetto alla numerosità dei professionisti afferenti ai singoli DAI (considerando a tal fine il personale dipendente, il personale

universitario integrato e le forme di collaborazione quali i CLP e i Co. Co. Co. della dirigenza medica e della dirigenza non medica), è illustrato nel seguente grafico.

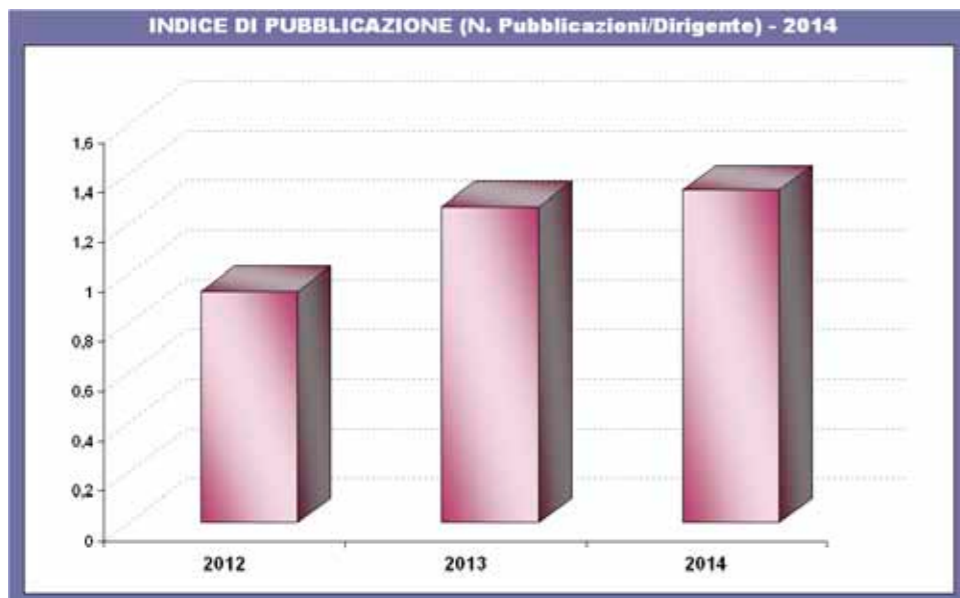
Grafico 6.5 Pubblicazioni con IF per dirigente afferente per Dipart. ad Attività Integrata - anno 2014



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nel grafico seguente è riportato il medesimo dato riferito all'insieme aziendale e al triennio 2012 - 2014.

Grafico 6.6 Pubblicazioni con IF per dirigente - dati aziendali 2012- 2013 - 2014



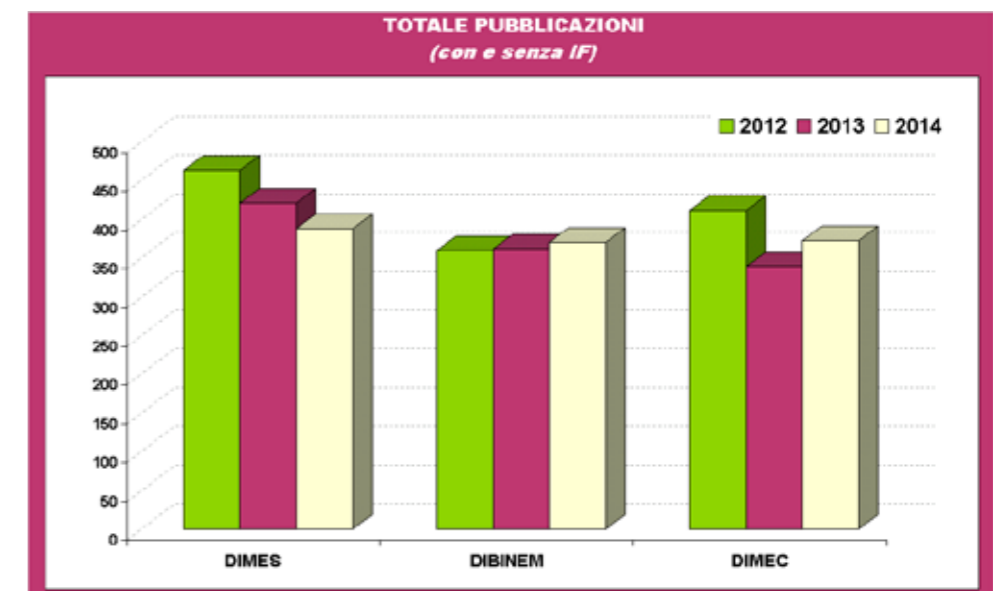
Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Si riportano anche le informazioni acquisite dall'Ateneo per i Dipartimenti Universitari dell'Area Clinica, intendendo in questo modo valorizzare l'apporto di tutte le diverse componenti che operano nel contesto dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria.

Per quanto riguarda i **Dipartimenti Universitari dell'Area Clinica**, le informazioni relative agli 2012 - 2014 sono state fornite dal Settore Monitoraggio e Supporto alla Valutazione della Ricerca dell'Area Ricerca e Trasferimento Tecnologico.

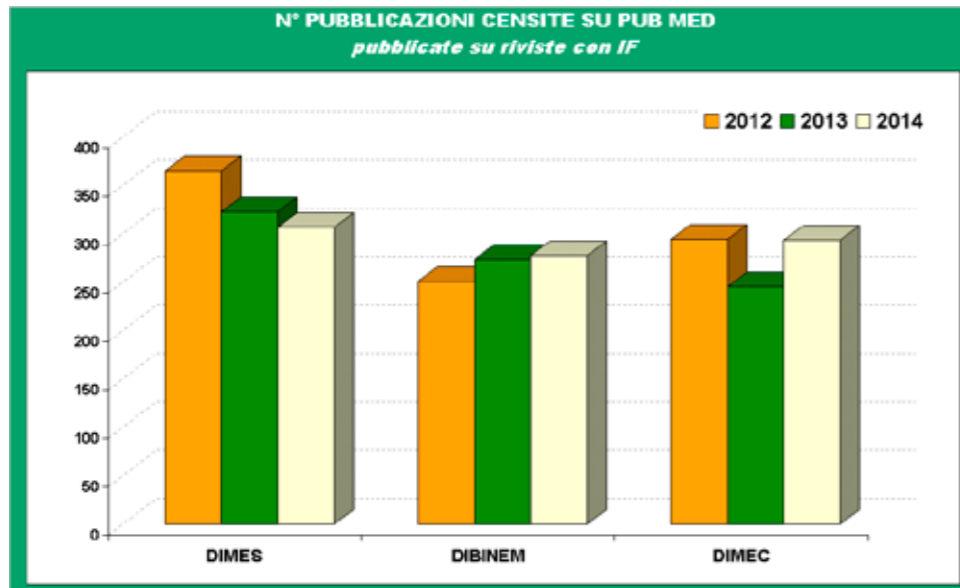
I dati riguardano il numero delle pubblicazioni, il numero degli articoli con IF e il numero degli articoli senza IF relativamente all'anno 2012,2013 e 2014 , presenti in anagrafe della ricerca, che abbiano tra gli autori almeno uno dei docenti afferenti ai dipartimenti di area clinica (428 docenti nel 2012, 443 docenti nel 2013 e 423 nel 2014), con esclusione delle pubblicazioni online ad eccezione di quelle riconducibili ad un editore e quindi equiparabili a pubblicazione a stampa. Ai fini della valutazione dei dati si consideri che le schede del catalogo per l'anno 2014 non rappresentano tutte le pubblicazioni di area medica ma solo le pubblicazioni inserite dai docenti nel catalogo di Ateneo (non essendoci stati processi amministrativi o simili su prodotti della ricerca 2014, i numeri restituiscono una realtà parziale).

Grafico 6.7 Pubblicazioni per Dipartimenti Universitari dell'Area Clinica 2012 - 2013- 2014 (pubblicazioni, articoli con IF, articoli senza IF)



Fonte: Settore Gestione dati e sviluppo applicativi dell'Area Ricerca e Trasferimento Tecnologico dell'Università di Bologna

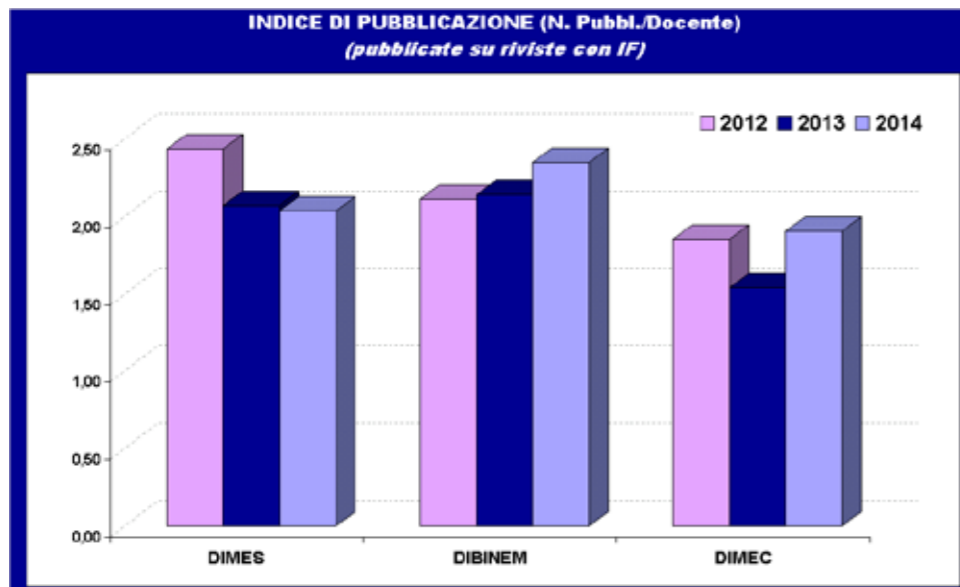
Grafico 6.8 Pubblicazioni con IF per Dipartimenti Universitari dell'Area Clinica 2012 -2013-2014



Fonte: Settore Gestione dati e sviluppo applicativi dell'Area Ricerca e Trasferimento Tecnologico dell'Università di Bologna

La produttività scientifica, valutata prendendo in esame gli articoli con IF rispetto alla numerosità dei professionisti afferenti ai singoli DU negli anni 2012 -2014 è illustrata nel seguente grafico.

Grafico 6.9 Pubblicazioni con IF per docente per Dipartimento Dipartimenti Universitari dell'Area Clinica 2012 -2013



Fonte: Settore Gestione dati e sviluppo applicativi dell'Area Ricerca e Trasferimento Tecnologico dell'Università di Bologna

6.1.5 Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche

Nel 2014 proseguono le attività della CADM - riferimento tecnico scientifico principale per la valutazione di appropriatezza delle innovazioni tecnologiche

Come per i farmaci, anche per i DM il progresso tecnologico è fortemente indirizzato all'alta specializzazione, con procedure che coinvolgono dispositivi sofisticati e di alta tecnologia utilizzati per prestazioni specialistiche.

Risulta pertanto essenziale l'approfondimento sulle innovazioni e l'appropriatezza d'impiego al fine di utilizzare le risorse economiche, sempre più limitate in maniera corretta.

Considerato che il mercato delle innumerevoli tecnologie sanitarie non ha, a monte, filtri particolarmente rigorosi, attraverso la CADM (Commissione Aziendale Dispositivi Medici) l'impegno è stato in particolare rivolto alla valutazione delle richieste di introduzione di nuove tecnologie (DM e DM-IVD)

Una sintesi dell'attività svolta dalla CADM è riportata nelle tabelle che seguono.

Tabella 6.3 Attività CADM

ATTIVITA' CADM			
	2012	2013	2014
Riunioni	7	10	9
Presenza media componenti	77%	82%	74%
Richieste valutate	59	72	80

Fonte: Segreteria Scientifica della CADM

Tabella 6.4 Richieste CADM per area

Richieste CADM per Area				
AREA	2012	2013	2014	var% 2014 vs 2013
Chirurgia	21	22	31	41%
Radiol Interv/Emodinamica	3	10	13	30%
Materno-Infantile	5	7	9	29%
Medicina	7	18	17	-6%
Laboratorio	23	15	10	-33%
Totale	59	72	80	11%

Fonte: Segreteria Scientifica della CADM

Tabella 6.5 Pareri espressi

PARERI ESPRESI DALLA CADM						
	2012		2013		2014	
	n°	%	n°	%	n°	%
Richieste valutate CADM	59		72		80	
parere positivo	28	47%	41	57%	36	45%
parere negativo	19	32%	14	19%	20	25%
parere sospeso*	12	20%	13	18%	11	14%
altro**			4	6%	13	16%
parere sospeso*	a. richieste in corso di valutazione b. richieste incomplete, in attesa di integrazioni					
altro**	a. richiesta riconducibile a gara b. richiesta annullata, decaduta					

Fonte: Segreteria Scientifica della CADM

Tabella 6.6 Richieste CADM per classificazione CND (Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici)

RICHIESTE CADM PER CLASSIFICAZIONE CND				
CND	descrizione CND	2013	2014	var%
A	DISPOSITIVI DA SOMMINISTRAZIONE, PRELIEVO E RACCOLTA	1	6	500%
B	DISPOSITIVI PER EMOTRASFUSIONE ED EMATOLOGIA	2	1	-50%
C	DISPOSITIVI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	5	9	80%
F	DISPOSITIVI PER DIALISI	1		-100%
G	DISPOSITIVI PER APPARATO GASTROINTESTINALE	10	1	-90%
H	DISPOSITIVI DA SUTURA	4	10	150%
J	DISPOSITIVI IMPIANTABILI ATTIVI	2	2	0%
K	DISPOSITIVI PER CHIRURGIA MINI-INVASIVA ED ELETTROCHIRURGIA	5	15	200%
M	DISPOSITIVI PER MEDICAZIONI GENERALI E SPECIALISTICHE		4	
P	DISPOSITIVI PROTETICI IMPIANTABILI E PRODOTTI PER OSTEOSINTESI	17	7	-59%
R	DISPOSITIVI PER APPARATO RESPIRATORIO E ANESTESIA	3	2	-33%
T	DM PROTEZIONE E AUSILI PER INCONTINENZA (D.Lgs. 46/97)		2	
U	DISPOSITIVI PER APPARATO UROGENITALE		1	
W	DISPOSITIVI MEDICO-DIAGNOSTICI IN VITRO (D. Lgs. 332/2000)	14	10	-29%
V	DISPOSITIVI VARI	1		-100%
Z	APPARECCHIATURE SANITARIE E RELATIVI COMPONENTI ACCESSORI E MATERIALI	7	10	43%
totale		72	80	11%

Fonte: Segreteria Scientifica della CADM

Al fine di accogliere e dare applicazione alla raccomandazione contenuta nelle Linee di Programmazione 2014 della RER, ed avviare un confronto per la realizzazione di un coordinamento provinciale, le CADM della provincia (AOU di Bologna, AUSL di Bologna e Imola, I.O.R.) hanno iniziato un percorso di confronto, a partire dall'analisi delle attività svolte dalle varie Commissioni.

Dal confronto è emersa la opportunità di avviare percorsi di lavoro comune relativamente alle seguenti tematiche trasversali:

- 1. introduzione di Nuove Tecnologie** : valutazione condivisa delle attività per l'introduzione di nuove tecnologie ad uso comune e Condivisione delle informazioni necessarie per la richiesta di inserimento nuovi Dispositivi Medici;
- tra le **tematiche sulle quali la CRDM (Commissione Regionale Dispositivi Medici) ha già prodotto linee di indirizzo** cui si richiede di dare seguito, si concorda di avviare un percorso comune relativamente agli aspetti formativi preliminari alla prossima introduzione nelle aziende di Dispositivi Medici con meccanismo di sicurezza e di avviare il monitoraggio dell'utilizzo delle suture meccaniche per interventi di razionalizzazione della spesa;
 - 1) condivisione di strategie di acquisto** comuni e successiva proposta alle centrali di committenza;
 - 2) condivisione di prassi** per l'approccio alla ricerca nel campo dei nuovi Dispositivi Medici.

Presupposto che si ritiene fondamentale all'avvio di tali percorsi di lavoro comune è la disponibilità di una **piattaforma informatica comune** alle quattro aziende partecipanti, al fine di assicurare il continuo scambio di informazioni.

Dal confronto con le CADM della Provincia di Bologna emerge l'opportunità di avviare percorsi di lavoro comune su tematiche trasversali

Il progetto di collaborazione con l'Università di Bologna porterà ad unificare o servizi bibliotecari del Policlinico, consentendo, in un contesto di razionalizzazione, di assicurare la disponibilità della migliore documentazione scientifica

6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

6.2.1 Attività di formazione del personale

Attraverso il contributo delle varie strutture aziendali coinvolte (Formazione, Investigational Drug Service, Segreteria del Comitato Etico, Area Governo Clinico, Gruppo EBM e Centro Studi EBN) nel corso del 2014 sono state svolte le seguenti iniziative finalizzate alla diffusione della metodologia della ricerca:

- CORSO EVIDENCE BASED - CORSO BASE - 2 edizioni con la partecipazione di 47 professionisti;
- CORSO EVIDENCE BASED - CORSO AVANZATO - 1 edizione con la partecipazione di 21 professionisti.

6.2.2 Accessibilità all'informazione e documentazione scientifica

Nel corso del 2014 è stata definito e sottoscritto l'**accordo per l'unificazione dei servizi bibliotecari del Policlinico**. Sono state inoltre pianificate le attività per la gestione esecutiva del progetto che porterà alle seguenti attività e servizi:

- negoiazione e acquisizione coordinata delle risorse nel rispetto delle specifiche esigenze scientifiche;
- catalogazione comune delle risorse;
- prestito e fornitura di documenti;
- orientamento, informazione e assistenza alla ricerca bibliografica;
- conservazione e valorizzazione del patrimonio bibliografico cartaceo;
- formazione del personale.

Il progetto prevede inoltre, l'integrazione del personale già operante nelle strutture e la dismissione degli ambienti della Biblioteca centralizzata entro il 2016. Il coordinamento dell'attività, in fase definitiva, avverrà a cura del Comitato scientifico della biblioteca interdipartimentale di Medicina dell'Università di Bologna.

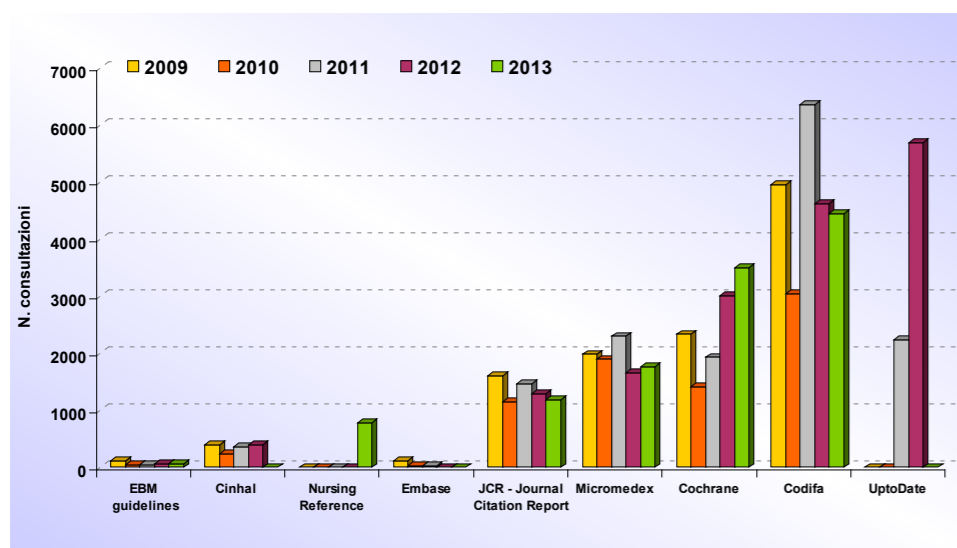
Un rilevante prossimo impegno da realizzare fra il 2015 e il 2016 riguarderà il controllo e individuazione delle riviste duplicate cartacee facenti parte del patrimonio dell'AOU di Bologna; attività che sarà svolta con l'obiettivo di selezionare il patrimonio da conservare e di riordinare la documentazione depositata all'archivio di Minerbio che, a seguito del terremoto del maggio 2012, non è ancora fruibile per la consultazione.

Il procedimento previsto è stato sottoposto al parere del SERVIZIO SOPRINTENDENZA PER I BENI LIBRARI E DOCUMENTARI della Regione.

Pur razionalizzando progressivamente la spesa sostenuta, è stata mantenuta una rilevante quantità di sottoscrizioni per assicurare la disponibilità della migliore documentazione scientifica per gli operatori.

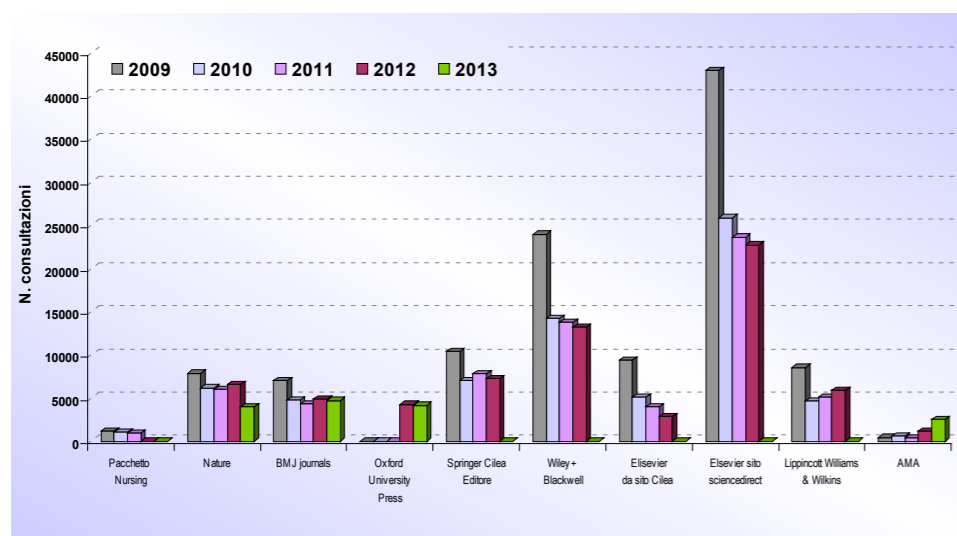
Nei grafici seguenti sono riportati i dati relativi alla consultazione delle risorse on line (banche dati e riviste) nel periodo 2009 – 2014 degli utenti con account aziendale.

Grafico 6.10 Andamento utilizzo banche dati (Anni 2009 – 2014 in corso di aggiornamento)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 6.11 Andamento utilizzo riviste elettroniche (Anni 2009 – 2014 in corso di aggiornamento)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

6.3 Garanzie di trasparenza

6.3.1 Progetto regionale "Anagrafe della Ricerca"

Nel 2014 sono proseguiti i progetti "Anagrafe della ricerca" e "database aziendale studi clinici"

Nel corso del 2014 è proseguita la partecipazione al progetto promosso dalla Agenzia Sanitaria Regionale relativo all'**Anagrafe della Ricerca**, completando l'inserimento dei dati relativi al periodo 2009-2014 secondo le indicazioni del gruppo regionale.

Sono inoltre proseguite le attività per l'alimentazione del **data base aziendale degli studi clinici** sottoposti al Comitato Etico e la diffusione trimestrale della reportistica finalizzata alla realizzazione dell'"osservatorio aziendale delle sperimentazioni e degli studi clinici" (sistema di reporting per livello aziendale, dipartimentale e di Unità Operativa, che consente di monitorare la gestione degli studi clinici, con particolare riguardo agli studi con farmaco ed alla sperimentazione no profit).

I principali dati caratterizzanti l'attività di ricerca clinica del policlinico sono rappresentati nei grafici e nelle tabelle che seguono.

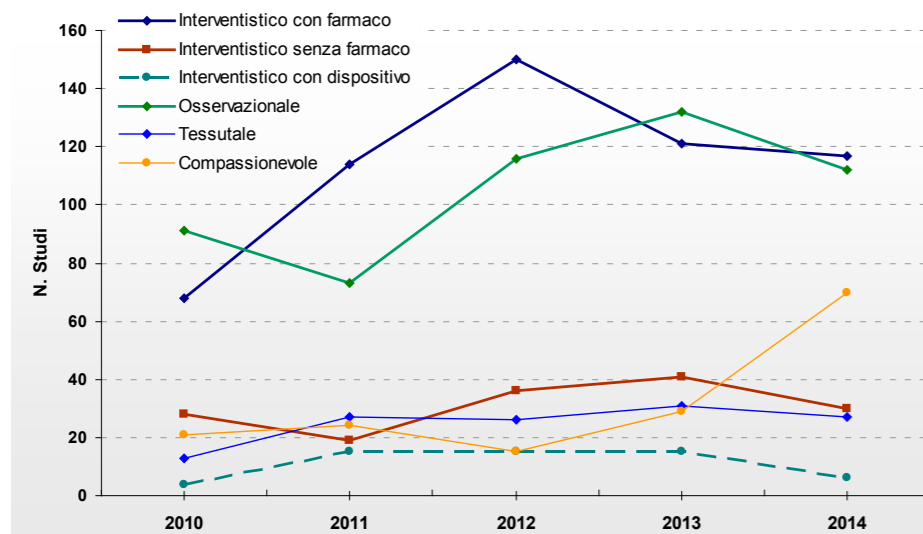
I dati relativi agli studi clinici del periodo 2010 – 2014 evidenziano

- la prevalenza degli studi interventistici con farmaco (36%) e degli studi osservazionali (33%) (grafico 6.12);
- la prevalenza degli studi no profit (61%) (grafico 6.13);
- negli studi interventistici di medicinale, la prevalenza degli studi profit (79%) (grafico 6.14);
- negli studi interventistici di medicinale la prevalenza degli studi di fase III (57%) e II (32%) (tabella 6.7); l'andamento degli studi clinici per fase nel periodo 2010 – 2013 nel Policlinico è posto a confronto con l'analogo andamento a livello nazionale (grafico 6.15);
- la prevalenza degli studi in ambito di medicina generale (17%), ematologia (17%) e oncologia (11%) (tabella 6.8).

E' stata inoltre condotta un'analisi campione sui tempi medi del processo (dalla sottomissione dello studio al CE alla firma del contratto) per gli studi sponsorizzati dalla quale si evince la necessità di migliorare, in particolare i tempi relativi alla sottoscrizione dei contratti economici (figura 6.2)

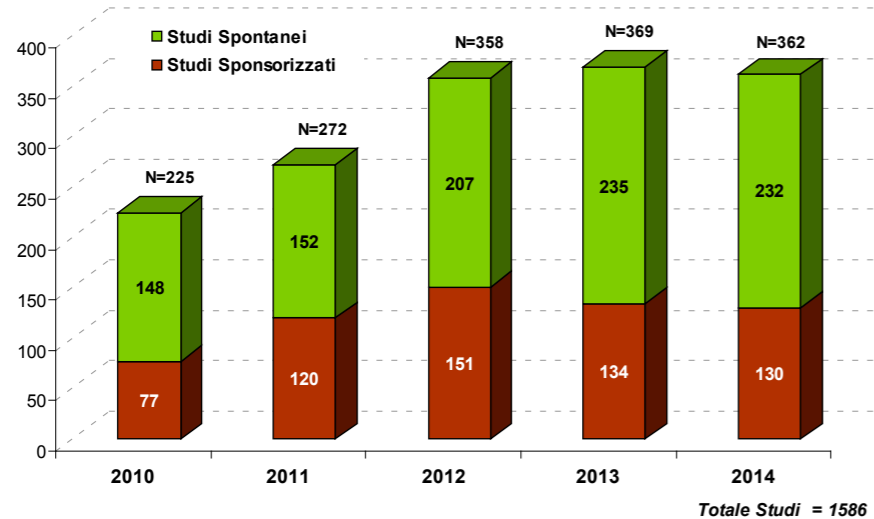
Grafico 6.12 Tipologia degli studi 2010 – 2014

Tipologia	2010	2011	2012	2013	2014	Totale	%
Interventistico con farmaco	68	114	150	121	117	570	35,9%
Interventistico senza farmaco	28	19	36	41	30	154	9,7%
Interventistico con dispositivo	4	15	15	15	6	55	3,5%
Osservazionale	91	73	116	132	112	524	33,0%
Tessutale	13	27	26	31	27	124	7,8%
Compassionevole	21	24	15	29	70	159	10,0%
TOTALE	225	272	358	369	362	1586	100,0%



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

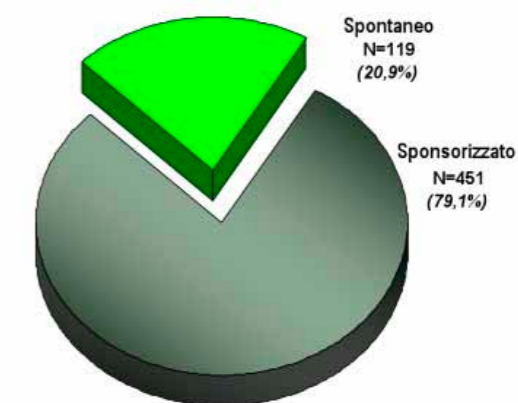
Grafico 6.13 Studi clinici per promotore 2010 - 2014



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 6.14 Studi clinici con farmaco per promotore 2010 - 2014

	2010	2011	2012	2013	2014	Totale
Sponsorizzato	52	88	118	92	101	451
Spontaneo	16	26	32	29	16	119
Totale	68	114	150	121	117	570



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

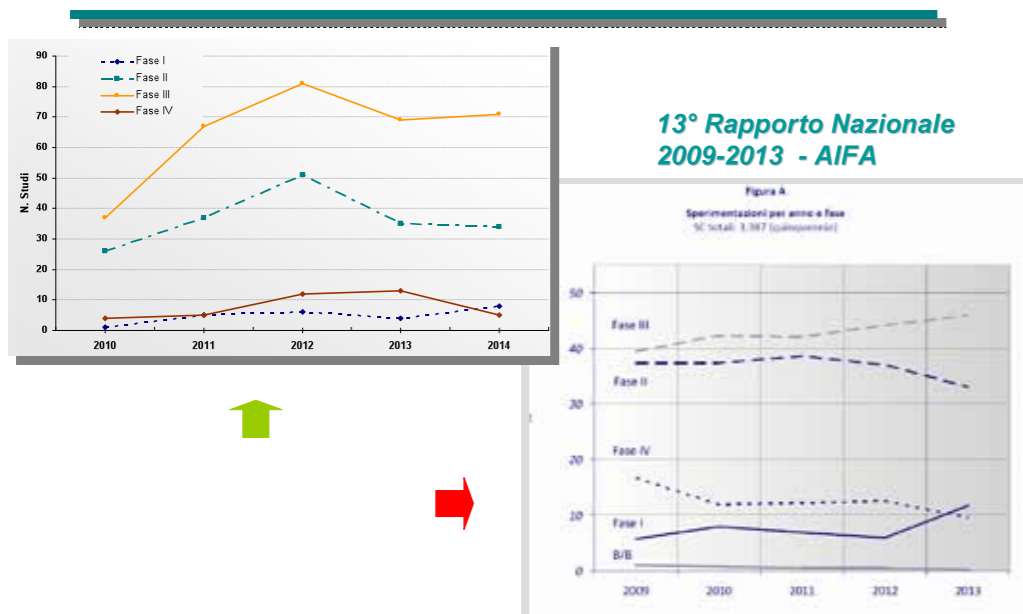
Tabella 6.7 Studi clinici con farmaco per fase 2010 - 2014

Studi con farmaco (2010-2014)	N.	%
Fase I	24	4,2%
Fase II	183	32,1%
Fase III	324	56,8%
Fase IV	39	6,8%
Totale	570	100,0%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 6.15 Confronto trend studi con farmaco per fase presso il Policlinico con trend studi con farmaco per fase a livello nazionale 2010 - 2013

Fasi delle Sperimentazioni trend policlinico e nazionale



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

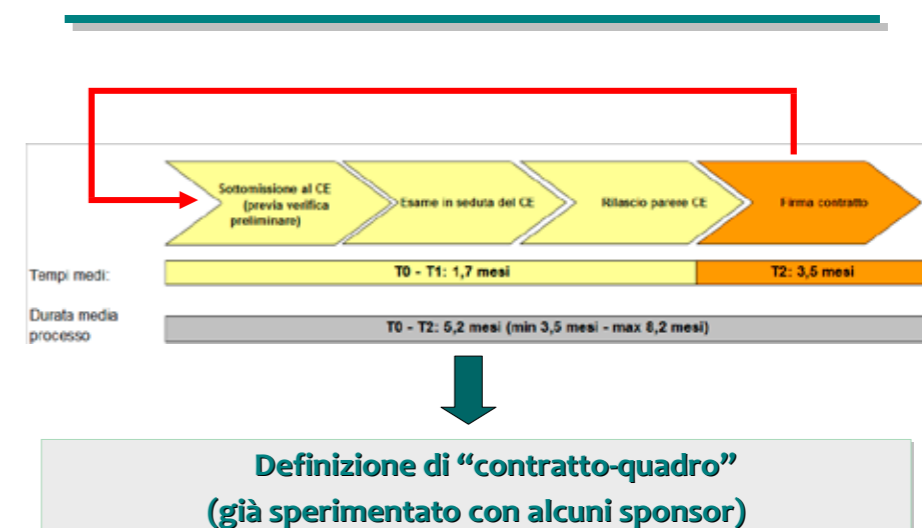
Tabella 6.8 Studi per disciplina del centro 2010 - 2014

Tab.5 - Studi clinici per Disciplina del Centro	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Totale	%	% cum
MEDICINA GENERALE	35	15,6%	52	19,1%	71	19,8%	56	15,2%	55	15,2%	269	17,0%	17,0%
EMATOLOGIA	28	12,4%	49	18,0%	59	16,5%	49	13,3%	79	21,8%	264	16,6%	33,6%
ONCOLOGIA	17	7,6%	36	13,2%	36	10,1%	43	11,7%	49	13,5%	181	11,4%	45,0%
CARDIOLOGIA	20	8,9%	15	5,5%	13	3,6%	28	7,6%	26	7,2%	102	6,4%	51,5%
PEDIATRIA	12	5,3%	18	6,6%	13	3,6%	24	6,5%	13	3,6%	80	5,0%	56,5%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	8	3,6%	8	2,9%	14	3,9%	19	5,1%	22	6,1%	71	4,5%	61,0%
GASTROENTEROLOGIA	5	2,2%	7	2,6%	22	6,1%	9	2,4%	11	3,0%	54	3,4%	64,4%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	7	3,1%	7	2,6%	8	2,2%	11	3,0%	13	3,6%	46	2,9%	67,3%
DERMATOLOGIA	6	2,7%	9	3,3%	10	2,8%	10	2,7%	10	2,8%	45	2,8%	70,1%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	0,9%	4	1,5%	13	3,6%	11	3,0%	6	1,7%	36	2,3%	72,4%
TOTALE prime 10 Discipline	140	62,2%	205	75,4%	259	72,3%	260	70,5%	284	78,5%	1148	72,4%	
ALTRE DISCIPLINE	85	37,8%	67	24,6%	99	27,7%	109	29,5%	78	21,5%	438	27,6%	100,0%
Totale	225	100%	272	100%	358	100%	369	100%	362	100%	1586	100%	

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Figura 6.2 Il processo e i tempi medi

Il processo e tempi medi



6.3.2 Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori privati

La gestione dei finanziamenti correlati alla **sperimentazione clinica e alla ricerca scientifica** avviene sulla base di procedure e di istruzioni operative di servizio pubblicate nel 2009 e progressivamente aggiornate.

Sperimentazione clinica

La trasparenza nel rapporto con i finanziatori privati è assicurata dall'adozione di contratti economici per le **sperimentazioni sponsorizzate** e di specifici accordi economici per le **sperimentazioni non profit** con sostegno di terzi privati, conformi a schemi tipo pubblicati sul sito del Comitato Etico (<http://www.aosp.bo.it/content/convenzione-economica>).

Lo schema di convenzione economica è stato rivisto alla luce delle indicazioni normative applicabili e adottato con Delibera del Direttore Generale n. 327 del 4 luglio 2014 "Approvazione dello schema di contratto avente oggetto studi clinici con promotore commerciale".

Ricerca Scientifica

Per la corretta gestione dei finanziamenti provenienti da enti pubblici e privati, nazionali ed internazionali (Ministero, CNT, CNS, AIFA, CNR, Regione, Fondazioni, Società, Associazioni pubbliche e private, UE) vincolati alla realizzazione dei progetti di ricerca scientifica sono utilizzate diverse forme legali (Convenzione, Protocollo di Intesa, Atto di

assegnazione di contributo, Delibera Regionale); le quote vengono conseguentemente assegnate con differenti modalità (erogazione di contributi, trasferimento di quote a fronte di fatture o note, anticipazioni ed acconti a fronte di specifica richiesta) anche sulla base delle specifiche regolamentazioni/indicazioni stabilite dall'ente erogatore.

6.3.3 Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico

Al fine di garantire che la ricerca sia condotta secondo criteri di correttezza e ammissibilità etica e scientifica, l'Azienda ha investito il Comitato Etico della funzione di valutazione dei protocolli di studio come previsto dal Decreto 12 maggio 2006 e dal DM 8/02/2013. Il Comitato Etico del Policlinico S. Orsola - Malpighi (di seguito CE) è un organismo indipendente, costituito nell'ambito dell'Azienda in conformità ai "Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali" definiti nel Decreto del Ministero della Salute del 12/05/2006 (G.U. n. 194 del 22/08/2006) nonché ai "Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici" (DM 08/02/2013), ed è composto da membri interni ed esterni all'Azienda, rappresentativi di competenze multidisciplinari di area medica e non medica, in modo da garantire le qualifiche e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti.

Conformemente ai suddetti decreti, si avvale della consulenza di un gruppo di consulenti esperti per le materie non coperte dai componenti individuati a cui viene demandata l'istruttoria tecnica e l'attività di relazione delle sperimentazioni connesse alle aree di specifica competenza (sicurezza sui luoghi di lavoro, ostetricia-ginecologia, medicinale legale, pediatria, genetica medica, materia assicurativa, malattie infettive, medicina interna, privacy, anestesia e rianimazione, medicina di laboratorio, valutazione dei farmaci ed aspetti regolatori, valutazione metodologica degli studi).

Il CE è supportato dalla segreteria tecnico-scientifica che è composta da personale farmacista e da personale amministrativo che lavora in integrazione con l'Ufficio di Staff Ricerca e Innovazione della Direzione Sanitaria.

Il CE ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti coinvolti in ogni sperimentazione clinica di medicinali e/o in qualsiasi procedura diagnostica o terapeutica innovativa condotta presso l'Azienda o presso strutture che ad essa facciano riferimento, e di fornire pubblica garanzia di tale tutela.

Il CE valuta la corrispondenza ai principi etici ed alle disposizioni stabilite dalle norme di legge vigenti in materia per le seguenti tipologie di studi:

- sperimentazioni farmacologiche e cliniche;
- protocolli chirurgici, diagnostici e terapeutici innovativi;
- sperimentazione clinica di dispositivi medici nuovi o utilizzati con nuove modalità;
- studi osservazionali;
- ogni procedura che implichi l'uso di tessuti umani a scopi scientifici;
- uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica (cosiddetto uso compassionevole).

Il CE valuta la domanda di approvazione della sperimentazione in tutti i suoi aspetti, compresi quelli economici rilevanti ai fini del giudizio etico (sostenibilità dei costi previsti dalla sperimentazione e congruità del compenso economico), nonché quelli relativi alla congruità della struttura ove si svolge la sperimentazione. Inoltre il CE verifica che ai soggetti in sperimentazione sia garantita, da parte del promotore, una idonea copertura assicurativa, che li tuteli da qualunque danno direttamente o indirettamente derivante dalla sperimentazione, e che sia altresì prevista una copertura assicurativa degli sperimentatori.

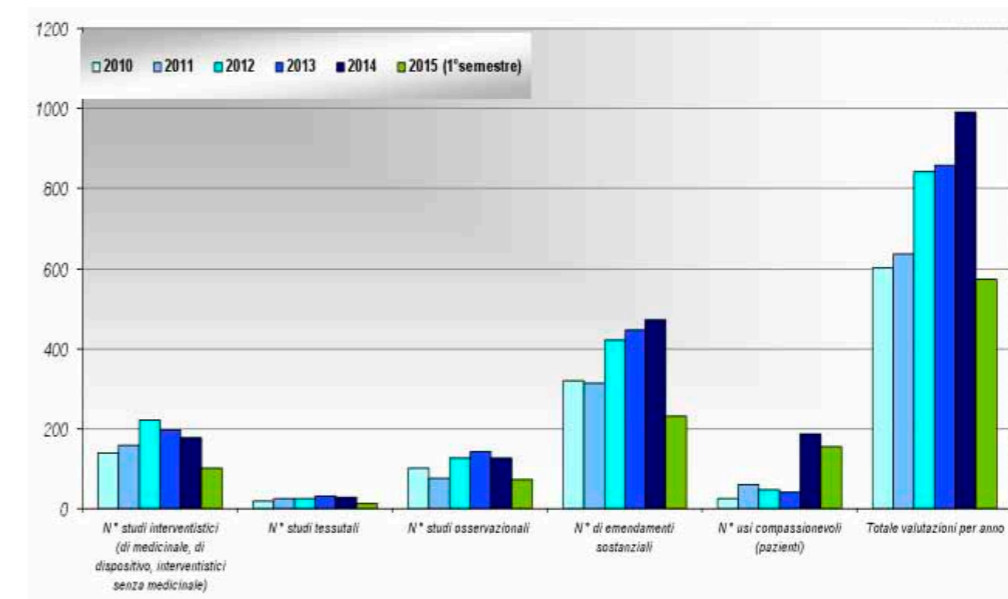
Il parere del CE è vincolante per la realizzazione di ogni sperimentazione all'interno dell'Azienda e condizione necessaria per l'autorizzazione da parte della autorità competente locale.

Il CE valuta inoltre gli emendamenti ai protocolli, riceve le segnalazioni di eventi avversi ed i risultati finali degli studi e predispone procedure operative ai fini dell'applicazione della normativa vigente in materia.

Inoltre, la Direzione Aziendale (con Delibera 90 del 20 giugno 2008) ha delegato al Comitato Etico la valutazione di tutta la documentazione tecnica (protocollo sperimentale e documenti annessi), dando atto che per esprimere le proprie valutazioni nelle materie di competenza (rischio/benefici, copertura assicurativa, pubblicazione dei risultati, congruità dei costi) verifica le proposte di promotore/sponsor e la loro conformità alla modulistica aziendale (schema di convenzione, modulo dei costi).

L'attività del Comitato Etico nel periodo 2010 - 2014 e primo semestre 2015 è descritta in termini di protocolli di studio e di emendamenti valutati.

Grafico 6.16 Attività del Comitato Etico (Anni 2010-2014 e primo semestre 2015)



Fonte: Comitato Etico Indipendente AOSP Bologna S. Orsola - Malpighi

I dati che seguono evidenziano per le sperimentazioni esaminate dal Comitato Etico nell'anno 2014 la tipologia degli studi e per le sperimentazioni con farmaco la tipologia del promotore, il ruolo di centro coordinatore, la tipologia di convenzione economica.

Tabella 6.9 Protocolli esaminati dal Comitato Etico per tipologia

Tipo di studio	N°
Sperimentazioni cliniche interventistiche di farmaco (Decreto Legisl. 211/2003)	130
Sperimentazioni cliniche interventistiche di Dispositivo Medico	9
Sperimentazioni cliniche interventistiche senza farmaco (es. chirurgiche)	37
Studi osservazionali	127
Studi tessutali	30
Usi terapeutici (cosiddetti usi compassionevoli) (D.M. 8 maggio 2003)	73
TOTALE	406

Fonte: Comitato Etico Indipendente AOSP Bologna S. Orsola – Malpighi

Tabella 6.10 Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs. 211/2003) suddivise per tipologia di promotore

Tipo di promotore	N°
Non-profit	25
profit	105
Totale studi	130

Fonte: Comitato Etico Indipendente AOSP Bologna S. Orsola – Malpighi

Tabella 6.11 Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs. 211/2003) sponsorizzate multicentriche suddivise per centro coordinatore

Centro coordinatore	N°
AOU S. Orsola –Malpighi	28
Altri centri	75
Totale studi multicentrici	103

Fonte: Comitato Etico Indipendente AOSP Bologna S. Orsola – Malpighi

Tabella 6.12 Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs. 211/2003) sponsorizzate suddivise per tipologia di convenzione economica

Tipo di convenzione	N°
Ospedaliera	49
Universitaria	56
Totale studi	105

Fonte: Comitato Etico Indipendente AOSP Bologna S. Orsola – Malpighi

Nel corso del 2014 oltre alla attività correlata alla espressione dei pareri, sono state svolte specifiche attività in merito ai seguenti argomenti:

- **valutazione delle richieste di uso terapeutico ai sensi del D.M. 8 maggio 2003 "Uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica"** - valutazione delle richieste urgenti di uso terapeutico. In particolare, al fine di monitorarne l'andamento e valutarne l'adeguatezza delle motivazioni a supporto dell'urgenza, il CE è dotato al suo interno un gruppo di valutazione permanente coinvolto nell'esame di ogni nuova richiesta appartenente alla suddetta tipologia;
- **valutazione degli studi no profit ai sensi del D.M. 17/12/2004 "Prescrizioni e condizioni di carattere generale, relative all'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali, con particolare riferimento a quelle ai fini del miglioramento della pratica clinica, quale parte integrante dell'assistenza sanitaria"** - in particolare, nell'ambito di un apposito gruppo di lavoro, è stata approfondita la reale indipendenza di tali studi mediante la valutazione degli elementi presenti nei contratti che regolano l'eventuale erogazione di fondi e la fornitura del farmaco sperimentale da parte di aziende farmaceutiche o altre organizzazioni a fini di lucro;
- in collaborazione con l' **Ufficio Privacy aziendale**, redazione delle istruzioni operative aziendale per il trattamento dei dati personali nell'ambito degli studi clinici e dell' informativa in materia di protezione dei dati personali per progetti di ricerca/ studi osservazionali retrospettivi promossi e condotti dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna;
- **monitoraggio** sullo stato di avanzamento degli studi approvati dal CE;
- stesura delle **Procedure Operative** per il funzionamento del Comitato Etico e della Segreteria;
- aggiornamento del Regolamento del CE e della modulistica in uso;
- registrazione del CE nella piattaforma del nuovo Osservatorio sulla Sperimentazione Clinica di Medicinale operativo, per quanto riguarda la **e - submission degli studi**, dal 01/10/2014.

Per l'attività di monitoraggio degli studi clinici il Comitato Etico si avvale anche della Unità IDS che svolge il *monitoraggio sull'andamento degli studi* (inizio

arruolamento, fine arruolamento, relazioni periodiche, chiusura dello studio) ed inserisce le informazioni nell'apposita banca dati "IDS Clinical Trials Database" che comprende tutti gli studi valutati dal Comitato Etico dal gennaio 2000 ad oggi (vedi paragrafo 6.3.1).

L'unità aziendale per la sperimentazione clinica (afferente al Servizio di Farmacia), denominata **Investigational Drug Service (IDS)**, istituita nel 2004 per svolgere una specifica attività di supporto agli sperimentatori al fine di superare criticità/irregolarità nella conduzione degli studi, è stata inoltre individuata quale responsabile della trasmissione delle informazioni di competenza del promotore in riferimento alle sperimentazioni di natura non commerciale promosse dall'Azienda.

In particolare nell'anno 2014 IDS ha svolto le seguenti attività:

- inserimento nell'IDS Clinical Trials Data Base delle informazioni di dettaglio relative ai 406 studi valutati dal CE nell'anno 2014 e aggiornamento delle informazioni inerenti a 3950 studi clinici approvati dal CE dal gennaio 2000;
- monitoraggio amministrativo degli studi clinici approvati registrati nell'IDS Clinical Trials Data Base;
- pubblicazione trimestrale della reportistica monitoraggio sperimentazioni cliniche per i livelli aziendale, dipartimentale e di unità operativa sul Portale della Reportistica Aziendale;
- attività di consulenza agli sperimentatori per stesura protocollo, aspetti gestionali, procedure autorizzative, GCP, aspetti legislativi, gestione del farmaco sperimentale (433 consulenze);
- transito di materiale sperimentale per tutti gli studi clinici con medicinale e/o dispositivo medico in corso nell'anno 2014 (2103 transiti relativi a 339 studi clinici);
- gestione come responsabile dell'accesso e dell'utilizzo del sistema informativo - profilo Promotore - dell'Osservatorio Nazionale Sperimentazione Clinica OsSC - AIFA per gli studi interventistici con medicinale e del Registro Studi osservazionali RSO-AIFA per gli studi osservazionali farmacologici promossi dalla nostra azienda;
- inserimento nella banca dati Anagrafe della Ricerca Emilia-Romagna (A-RER) delle informazioni inerenti ai progetti di ricerca approvati per la nostra azienda;
- attività di formazione nell'ambito dei corsi di aggiornamento professionale interni e nell'ambito di specifici corsi universitari;

L'Unità IDS è inoltre presente nel gruppo di lavoro AIFA per le problematiche inerenti all'Osservatorio nazionale delle sperimentazioni cliniche.

Le attività dell'unità IDS della Farmacia Clinica sono svolte anche in stretta collaborazione con il Comitato Etico per il monitoraggio dell'andamento degli studi



*N*el capitolo conclusivo vengono prese in esame le principali linee di azione messe in campo nel corso del 2014 per migliorare la qualità delle cure e l'efficienza nella produzione dei servizi. In particolare sono rendicontati i progetti connessi alle strategie di integrazione a livello di Area Vasta, quelli attuati per il rafforzamento della rete ospedaliera e della continuità di cura e altri progetti aziendali di particolare rilievo per potenziare aree di eccellenza o rispondere a specifiche indicazioni normative di livello nazionale o regionale.

Il capitolo termina con le azioni attuate per il recupero dell'efficienza dei servizi di supporto, con particolare riferimento a quelle dell'area Servizi alla persona e con un focus sull'andamento economico finanziario dal 2010 al 2013

Di seguito si descrivono gli obiettivi di particolare rilevanza aziendale su cui l'Azienda si è impegnata nel corso del 2014. Alcuni di questi hanno avuto una trattazione più sintetica in altri punti del bilancio di missione ma si è scelto di riprenderli per consentirne un approfondimento.

7.1 Le strategie di integrazione in Area Vasta

Sempre più la Regione Emilia Romagna sta incentivando lo sviluppo di forme di integrazione a livello provinciale e di Area vasta relativamente agli aspetti sanitari/ produttivi, sia ai servizi di supporto nell'esigenza di migliorare la qualità dell'offerta e l'efficienza nella produzione dei servizi.

Nel 2014 l'Area vasta Emilia Centro (AVEC) ha proseguito l'intenso processo di integrazione di attività e funzioni tra aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare le risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie.

Di seguito si rendicontano i risultati raggiunti per i progetti metropolitani e di area vasta che hanno maggiormente impegnato le professionalità aziendali.

7.1.1 Servizio Trasfusionale

Per la realizzazione e lo sviluppo del Trasfusionale Unico Metropolitan (TUM), sono stati predisposti specifici gruppi di lavoro, coordinati da un componente dello staff di progetto, che hanno portato a termine progetti su diversi ambiti e tematiche inerenti lo sviluppo del TUM.

Di seguito si riassumono di seguito i progetti divenuti operativi:

- è stata completata l'unificazione del sistema gestionale trasfusionale Eliot per AUSL-AOU-IOR.;
- è stato predisposto nel primo semestre del 2014 il progetto esecutivo per la concentrazione della lavorazione, presso il SIMT dell'Azienda Usl di Bologna, degli emocomponenti provenienti dalla raccolta dei SIMT di tutte le Aziende dell'AVEC ed inoltre degli emocomponenti provenienti dalla raccolta dell'area di Modena (afferenza all'AVEC per le attività di qualificazione biologica, lavorazione e gestione delle scorte, e afferenza all'AVEN per tutte le altre attività). Dal 4 settembre 2014 il progetto è divenuto operativo con il trasferimento al SIMT della AUSL di Bologna della lavorazione degli emocomponenti raccolti presso la AOSP (90%);
- è stato rivisto il progetto di ristrutturazione degli spazi al 3° piano dell'ala lunga del OM per la ricollocazione delle attività trasfusionali e in particolare del Polo Unico di Validazione biologica e di Lavorazione degli emocomponenti;
- è stata avviata la revisione delle procedure di richiesta e assegnazione di sangue ed emocomponenti attraverso i COBUS.

Nel 2014 sono state realizzate le azioni programmate per dare continuità al progetto di unificazione del servizio trasfusionale unico metropolitano

- sono stati definiti i requisiti tecnici inerenti alle modalità del trasporto di emocomponenti per la raccolta e l'avvio degli stessi al Polo Unico di Validazione biologica e di Lavorazione presso l'Ospedale Maggiore;
- dopo un progetto sperimentale di fattibilità di un nuovo e innovativo metodo di lavorazione degli emocomponenti, è stata conclusa la gara per l'acquisizione del materiale per la raccolta e la lavorazione;
- è stata completata la ricognizione degli inventari dei beni e delle apparecchiature;
- sono state avviate e concluse le gare per l'acquisizione dei sistemi per il controllo e la convalida del plasma ad uso industriale, l'acquisizione delle apparecchiature per il congelamento rapido, per la dotazione di spazi freddi per il Polo di Lavorazione e Validazione Unico di AVEC;
- È stata conclusa la installazione delle nuove apparecchiature per le attività di Immunoematologia a Bologna (Ospedale Maggiore, S. Orsola, Bellaria), Ferrara e Imola. Per Bologna (Ospedale Maggiore e S. Orsola) e presso l'ospedale di Imola è stata completata l'installazione delle apparecchiature e del software per il collegamento a distanza (premessa per l'attivazione della guardia medica unica);
- è stata conclusa l'installazione delle apparecchiature necessarie all'avvio del Laboratorio di Immunoematologia Avanzata (progetto di interesse regionale);
- è stata avviata la definizione dei meccanismi di controllo, valutazione e compensazione dei costi di gestione dei vari settori della Medicina Trasfusionale che l'unificazione di parte delle attività prima svolte in AUSL e AOU hanno indotto. È stata definita la griglia analitica dei fattori economici per le attività di validazione e lavorazione (oggetto della centralizzazione presso il Polo), ma anche delle restanti attività trasfusionali al fine di ottenere parametri per monitorare anche aspetti che in corso d'opera potranno subire ricollocazioni operative. Tale gruppo di lavoro si integra con l'analogo gruppo regionale in considerazione della estensione del programma di concentrazione delle attività produttive, oltre che a Ferrara, anche a Modena;
- è stata conclusa la raccolta dei dati inerenti all'assetto delle risorse umane in area metropolitana, a Ferrara e Modena ed è oggi possibile formulare una proposta di assetto a regime del personale;
- le unità operative della AUSL e della AOU hanno concordato un unico percorso per le attività formative inerenti al SIMT AMBO;
- è stato avviato il percorso di revisione e affiancamento dell'intero Sistema della Qualità: in particolare le due Unità operative AUSL e AOSP hanno definito il lay-out delle nuove procedure unificate, hanno prodotto e reso operative le prime procedure generali integrate, è inoltre sistematicamente in atto la revisione di tutte le procedure e la produzione appaiata delle nuove versioni. Dall'inizio del 2015 saranno coinvolti attivamente anche i referenti di AUSL Imola e IOR;
- in seguito alle visite ispettive condotte dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale è stato completato nei tempi previsti (31 dicembre 2014) il percorso di accreditamento istituzionale di tutte le sedi ospedaliere (Ospedale Maggiore, Bellaria e Imola) e di 8 sedi territoriali, delle 11 concordate con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue.

7.1.2 Centralizzazione delle attività di Laboratorio

Nel corso del 2014, per quel che concerne l'attivazione del Laboratorio Unico Metropolitano, si è proceduto all'indizione e aggiudicazione di diverse gare AVEC fra cui la più importante è stata quella del "core-lab" dell'area siero che ha visto le Aziende partecipanti fortemente impegnate. L'esito di quest'ultima è stato oggetto di ricorso che ha comportato un ritardo di alcuni mesi nella realizzazione del progetto; pertanto l'avvio del nuovo laboratorio unico è stato posticipato alla primavera 2015.

Attuando quando concordato con le Direzioni Generali dell'area Vasta si è proceduto alla unificazione presso il laboratorio dell'Ausl di Bologna degli esami di protidemia ed urine, mentre presso il laboratorio dell'Azienda Ospedaliera si è concentrata l'esecuzione dei dosaggi dei farmaci anti-epilettici.

Si è proceduto inoltre ad unificare il sistema informatico rendendolo di area vasta e nel realizzare questo allineamento tecnologico si è tenuto conto di quanto già realizzato in Romagna. Il nuovo sistema informatico è infatti totalmente interfacciabile con quello del Laboratorio Unico di Pievesestina, in questo modo si è realizzata la complementarietà ottimale delle strutture.

È proseguita la definizione del modello a cui tendere, sia approfondendo tutti gli aspetti relativi alla compensazione dei costi, sia affinando le conoscenze circa il modello gestionale

7.1.3 Logistica centralizzata di area vasta – Magazzino Unico AVEC

Da diversi anni gli indirizzi regionali alle Aziende sanitarie sottolineano l'esigenza di sviluppare possibili forme di collaborazione, sia a livello provinciale sia di area vasta; queste azioni negli anni hanno coinvolto sia aspetti sanitari/produttivi, sia i cosiddetti "servizi di supporto".

Il percorso attuato per elaborare il progetto di integrazione logistica si è basato quindi sulla costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale che ha analizzato gli studi già elaborati in passato in AVEC per una possibile integrazione in ambito logistico, ma soprattutto la situazione dei magazzini e dei processi logistici dei beni attualmente presente nelle Aziende di AVEC, in modo da offrire ai Direttori Generali un quadro aggiornato sul quale impostare un nuovo percorso realmente integrato a livello interaziendale.

Il raw model del progetto era quello di includere in una gestione logistica centralizzata tutti i prodotti farmaceutici, dispositivi medici ed economici che potessero essere centralizzati, dotandosi di un unico sistema di gestione delle anagrafiche tecniche (andando quindi ad uniformare il "linguaggio"). I reparti ospedalieri avrebbero sottoposto le proprie richieste alle strutture economiche e farmaceutiche presenti nelle aziende che avrebbero proceduto ad una validazione quali-quantitativa delle richieste. La gestione della fase di acquisti ed ordini sarebbe stata centralizzata su una azienda capofila che avrebbe a sua volta fatturato i beni, i costi fissi e le *service fees* alle altre (gestione commerciale). Questo avrebbe permesso il rapporto diretto tra fornitori ed un unico

Nel 2014 le Direzioni delle Aziende AVEC hanno proseguito il lavoro di analisi e progettazione in ambito logistico per conseguire una progressiva integrazione ed unificazione

soggetto acquirente più forte nella propria posizione e con evidenti economie di scala nella emissione, gestione e *follow up* della fase relativa. Inoltre la centralizzazione degli stoccaggi avrebbe necessariamente portato ad una nuova ingegnerizzazione dei trasporti dedicati alle consegne e ad una standardizzazione del livello di servizio offerto, con probabile ricadute di efficienza economica. La ripartizione dei costi operativi legati alla gestione centralizzata tra le aziende era pensata come partecipazione fissa sulla base di un parametro da scegliersi (volume di attività aziendale) per massimizzare l'uso che ogni azienda avrebbe potuto fare della logistica centralizzata. Altri esempi che come unico driver di ripartizione per le *service fees* (o costi variabili di *operation*) hanno di fatto portato a sotto utilizzazioni delle nuove strutture seguendo il concetto del "meno uso, meno pago". Il modello logistico di riferimento era un "hub&spoke" con un magazzino centrale a spazi modulabili per permettere l'inserimento in fasi delle varie aziende e delle *spoke* (transit point) nelle aziende per il ricevimento e successiva consegna di ultimo miglio dei materiali.

Rispetto al progetto presentato, va evidenziato che fu successivamente deciso di utilizzare i 4 milioni precedentemente disponibili per altre esigenze di investimenti dell'AOU di Ferrara; di tale elemento si tenne conto nello sviluppo degli ulteriori approfondimenti già previsti nel progetto stesso (avvio ricerca di mercato per il magazzino, valutazioni tecniche sulle modalità di funzionamento del magazzino, valutazioni sui costi di funzionamento e sugli investimenti necessari, valutazioni sugli investimenti informatici), prevedendo anche una specifica valutazione dei costi emergenti e dei costi cessanti del progetto stesso, più oltre esposta.

Nel corso della riunione dei Direttori Amministrativi di AVEC, tenutasi in data 1 aprile 2014, si ipotizzò una possibile rivisitazione del percorso attuativo del Progetto di Logistica Centralizzata in un Progetto di Logistica Integrata di AVEC. Questo soprattutto, ma non solo, alla luce della perdita del finanziamento già citato.

Si considerò che il primo passo imprescindibile sarebbe stato, in qualsiasi scenario, rappresentato dalla definitiva unificazione dei magazzini di Ferrara in un'unica realtà fisica che gestisse i prodotti per l'intera provincia, affidandone la gestione all'Azienda USL di Ferrara (Azienda "capofila"). Tale magazzino unico avrebbe potuto essere individuato (sempre in locazione) in posizione baricentrica rispetto alle realtà della provincia ferrarese ed attivato senza un particolare livello di automazione, e quindi contenendo fortemente gli investimenti necessari (senza precludere eventuali future evoluzioni). Ma di fatto avrebbe servito solo la provincia di Ferrara poiché non modulabile sulle altre aziende dell'Area Vasta. In parallelo sarebbe stata confermata ed attivata la gestione integrata delle codifiche comuni su tutte le Aziende AVEC attraverso il Portale AVEC.

Una volta a regime questa prima fase, si sarebbe passati alla gestione unificata in "rete" (Logistica Integrata) dei 3 magazzini principali presenti (ossia: AUSL BO, AOU BO; Ferrara), "allargando" di fatto l'ambito di competenza dell'Azienda "capofila". Gli applicativi amministrativo-contabile, WMS (Warehouse Management System) e TMS (Transport Management System) unici previsti in questo contesto avrebbero dovuto cercare di garantire la omogeneità del processo logistico operativo.

Nel corso del 2014 si è lavorato sulla base di questo progetto per consentirne la realizzazione.

L'azienda ha quindi partecipato, in seno al nuovo gruppo di lavoro convocato alle attività propedeutiche all'avvio del nuovo magazzino provinciale di Ferrara e alla progressiva eliminazione dei magazzini esistenti nella provincia di Ferrara, dando supporto di consulenza procedurale al progetto. Sono continuate le attività relative all'allineamento delle codifiche scorta e transito dei beni farmaceutici, in primis delle aziende ferraresi e la costituzione di un Portale AVEC di gestione centralizzate delle codifiche. E' stato approntato un cronoprogramma espressamente relativo alle operazioni ferraresi. Si è proceduto alla verifica delle disponibilità di mercato di un magazzino fisico di dimensioni più contenute rispetto all'iniziale progetto di centralizzazione della logistica AVEC, con l'emissione di un bando pubblico che non ha dato rilevanze apprezzabili.

7.1.4 Integrazioni delle funzioni tecnico amministrative

Le linee di indirizzo regionali da diversi anni assegnano alle Aziende sanitarie, tra gli altri, l'obiettivo di individuare ed attuare sinergie in ambito amministrativo e tecnico a livello sovraaziendale e/o di Area Vasta.

Al riguardo, il Comitato dei Direttori Generali di AVEC ha approvato, nella seduta del 4.9.2013, il documento: "Progetto per l'integrazione delle funzioni tecnico amministrative", che è stato trasmesso alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali a fine ottobre 2013. Il progetto prevede per l'area bolognese la "fusione" di numerosi servizi amministrativi centrali/trasversali dell'Azienda USL di Bologna, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, concentrando le attività in un'unica sede. Tale progetto è stato adottato formalmente da questa Azienda con Deliberazione n.23 del 24.1.2014 "Integrazione di funzioni tecnico-amministrative in ambito metropolitano. recepimento del progetto dell'Area Vasta Emilia Centro (AVEC) e primi provvedimenti attuativi".

Gli obiettivi strategici che si intendono conseguire mediante il progetto sono i seguenti:

- fusione delle funzioni amministrative centrali delle 3 Aziende con creazione di uffici centrali unici ad unica direzione e concentrati nella stessa sede fisica;
- adozione di strumenti informatici unici (cogliendo anche le opportunità connesse con le iniziative regionali sulla gestione del personale e sull'area amministrativa), quali supporti operativi di una profonda revisione ed omogeneizzazione dei processi (anche al di fuori dei servizi coinvolti);
- significativa riduzione del personale impiegato a seguito delle economie di specializzazione conseguibili dall'unificazione dei servizi. Tali recuperi saranno utilizzati non solo per far fronte alle cessazioni che si avranno all'interno dei servizi unificati, ma anche in altri ambiti aziendali in cui è impiegato il personale amministrativo, riducendo così notevolmente i tempi per il loro proficuo riassorbimento e fornendo un

Tra gli obiettivi di unificazione a livello di area vasta, quello delle funzioni tecnico amministrative è particolarmente impegnativo, riguardando molte delle aree aziendali

contributo al mantenimento dei livelli di servizio verso l'utenza;

- maggiore omogeneità nelle procedure e nelle interpretazioni normative, all'interno dei servizi coinvolti ma anche tra le 3 Aziende bolognesi;
- possibilità di un maggior livello di professionalizzazione e specializzazione del personale.

Il progetto prevede in sostanza una gestione completamente integrata, in un'unica sede e con un'unica direzione, di tutte le attività amministrative dei servizi coinvolti, escludendo unicamente quelle che rivestono un effettivo carattere strategico aziendale e quelle legate a specifiche responsabilità delle Direzioni Aziendali.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna partecipa al progetto di unificazione in ambito metropolitano e di area vasta dell'area amministrativa e tecnica. Il progetto risponde all'obiettivo assegnato dal livello regionale, volto alla razionalizzazione del personale amministrativo e tecnico e alla sua specializzazione.

Nel corso del 2014 l'AOU ha ipotizzato una ri-articolazione della struttura organizzativa aziendale, in particolare per quel che concerne alcune funzioni amministrative in line al Direttore Amministrativo.

7.2 La rete ospedaliera e la continuità delle cure

7.2.1 Accordi di fornitura tra le Aziende pubbliche

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi ha definito accordi di fornitura con le aziende presenti sul territorio provinciale, l'AUSL di Bologna e l'AUSL di Imola e le aziende USL extra-provinciali della regione Emilia-Romagna, in applicazione di quanto disposto dalla delibera di programmazione regionale 2014 (DGR 217/2014).

L'accordo di fornitura con l'AUSL di Bologna riguarda la fornitura di prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale, pronto soccorso e ambiti di collaborazione per quanto riguarda la clinical governance, la politica del farmaco e l'innovazione e lo sviluppo tecnologico ed informatico. I principi di riferimento dell'accordo 2014 e gli ambiti di attività sono in continuità con i precedenti accordi, con particolare attenzione a quanto definito all'interno della programmazione locale dell'offerta, atta a soddisfare la domanda espressa dalla popolazione residente nei territori di competenza.

Sono stati assunti come principi ispiratori:

- l'appropriatezza della produzione e del setting assistenziale;
- la qualità del servizio;
- l'adeguamento delle strutture di produzione, con l'obiettivo di fornire localmente i massimi livelli di erogazione di prestazioni di ricovero nelle discipline di base e/o di media assistenza, riservando invece la produzione di prestazioni di alta specializzazione ai centri individuati dalla programmazione attuativa provinciale e regionale.

Sono inoltre oggetto di accordo di fornitura le seguenti attività:

- riorganizzazione attività di laboratorio (progetto LUM): importo pari a 6,749 mln di euro, pari al 2013;
- riorganizzazione attività trasfusionali (progetto TUM): importo pari a 3,289 mln di euro, pari al 2013;
- attività di chirurgia generale presso l'ospedale di Budrio.

Nel corso del 2014, l'Azienda Ospedaliera in collaborazione con l'Ausl di Bologna, ha avviato un progetto per la delocalizzazione degli interventi di chirurgia generale a bassa complessità, quali ernie, proctologia e colecisti, presso la struttura ospedaliera di Budrio, progetto del quale si rendiconta al capitolo 3. Questo progetto ha consentito un utilizzo appropriato delle strutture ospedaliere garantendo ai pazienti un adeguato profilo di assistenza e la riduzione dei tempi di attesa. I riconoscimenti economici già attivi per queste attività.

L'accordo, come negli anni precedenti, ha contemplato, inoltre, le azioni relative alla politica del farmaco da attivare al fine del raggiungimento degli obiettivi che discendono dalle principali indicazioni normative in materia.

La valorizzazione economica a consuntivo anno 2014 vede un esclusivo incremento dell'attività di ricovero, quale riconoscimento tariffario dell'attività di impianto di valvola aortica (+650mila euro), e dell'assistenza farmaceutica per il completo riconoscimento della somministrazione/erogazione a pazienti residenti (+4,058 mln di euro).

L'accordo con l'Azienda USL di Imola ha per oggetto l'erogazione di prestazioni di ricovero, assistenza specialistica ambulatoriale, compreso pronto soccorso non seguito da ricovero, e l'assistenza farmaceutica. Relativamente alla committenza, fatto salvo il riferimento generale a consuntivo 2013 in termini di tipologie di prestazioni, per il 2014 gli obiettivi dell'attività di ricovero sono:

- contenimento della mobilità passiva in particolare per i ricoveri afferenti a DRG di Non Alta Specialità e Potenzialmente Inappropriati, in modo da perseguire migliori livelli di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e maggiore autosufficienza territoriale;
- gestione del percorso del paziente candidato ad interventi di chirurgia vascolare periferica e del paziente candidato ad intervento di litotrissia, con l'obiettivo di garantire tempi di presa in carico adeguati all'indicazione terapeutica;
- azioni volte alla gestione del percorso del paziente ematologico.

In corso d'anno è stato definito dalle due Aziende un atto d'intesa per la definizione congiunta di un Progetto per lo sviluppo e l'integrazione delle funzioni chirurgia generale. È stata inoltre formalizzata la convenzione per la gestione dell'unità operativa interaziendale di Chirurgia Generale nella fase transitoria finalizzata alla definizione del progetto. La convenzione prevede che i ricoveri effettuati presso i 21 letti di chirurgia generale di Imola, siano dell'azienda ospedaliera a partire dal 4 agosto 2014. Dal punto di vista economico le aziende hanno concordato un riconoscimento su base annua di 300mila euro, sterilizzando gli effetti della mobilità attiva sulla degenza, salvaguardando in tal modo gli accordi di fornitura e le previsioni di bilancio già in essere.

Relativamente alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, al fine di perseguire maggiori livelli di appropriatezza, vengono richieste azioni volte al contenimento della mobilità passiva in particolare per le prestazioni di diagnostica ad alto costo quali PET che derivano da prescrizioni interne all'Azienda Ospedaliera. A questo fine le Direzioni sanitarie proporranno modalità di reciproca verifica della correttezza delle indicazioni poste dal prescrittore.

Accordi fornitura extra-provinciali: In riferimento a quanto previsto dalla delibera regionale 217/2014 in tema di accordi, la contabilizzazione degli scambi economici è stata effettuata sulla base degli accordi di fornitura siglati con le Aziende USL sulla base dei criteri definiti dalla Direzione Generale dell'Assessorato alla Sanità (Linee guida per la definizione degli accordi di mobilità extra-provinciali prot. PG 99676 del 19/04/2012). In corso d'anno sono stati definiti accordi con tutte le aziende USL della Regione, ad eccezione di Reggio Emilia e Parma con le quali c'è stato il riconoscimento della produzione effettivamente erogata.

L'applicazione delle linee guida per gli accordi extra-provinciali ha comportato una minore valorizzazione economica di 727mila euro, pari al 2% del valore della produzione, in

riduzione rispetto al 2013 quando lo sconto riconosciuto è stato pari a 830mila euro (2,3%). Il benchmarking con le altre aziende ospedaliere presenti sul territorio regionale evidenzia che l'applicazione delle linee guida, che prevedono sostanzialmente degli abbattimenti tariffari e dei tetti economici all'attività a bassa complessità, ha un'incidenza del 2% sul valore dell'attività dell'AOU di Bologna, valore più basso rispetto alle altre aziende.

7.2.2 Day-hospital

Nel corso del 2014 è proseguita la revisione e analisi delle attività di day hospital medico procedendo alla loro disattivazione nei casi in cui i processi assistenziali effettuati non richiedano irrinunciabilmente la condizione di ricovero. Principio che si intende perseguire attraverso un rafforzamento ed una semplificazione dei percorsi ambulatoriali, anche dal punto di vista informatico, che consenta alla componente professionale (medici e infermieri) di proseguire in una corretta presa in carico dei pazienti e a questi di mantenere punti di riferimento chiari in caso di necessità. In particolare si è provveduto a:

- **Radioterapia:** in ragione della chiusura dei letti di degenza ordinaria il 31/12/2013 si è provveduto ad una revisione dei percorsi clinici e di presa in carico dei pazienti attraverso setting assistenziali differenti (day hospital per pazienti in trattamento con brachiterapia, ambulatoriale per pazienti in precedenza trattati in regime di DH);
- **Angiologia:** anche in questo ambito in ragione di una valutazione della casistica ricoverata presso letti di degenza ordinaria sono stati implementati percorsi alternativi al ricovero per pazienti in trattamento per TVP prevedendo un setting assistenziale (DH o ambulatoriale) differenziato a seconda delle condizioni cliniche e residenza.

7.2.3 Percorso nascita

Nel 2014 è proseguito il monitoraggio degli indicatori identificati e condivisi a livello interaziendale fra strutture ospedaliere e servizi territoriali dell'Azienda USL di Bologna ai fini della valutazione della performance del "Percorso nascita".

Nel mese di ottobre 2014 è stato attivato **l'ambulatorio della gravidanza a termine** per garantire la presa in carico della donna in gravidanza fisiologica seguita fino a quel momento presso il punto nascita territoriale. L'attivazione è stata possibile grazie al lavoro propedeutico consistito nell'elaborazione e nella condivisione di una procedura che descrive il percorso per l'accoglienza, il controllo e la presa in carico della gravidanza fisiologica a termine gestita dalle ostetriche. Tale percorso ha l'obiettivo di individuare eventuali fattori di rischio e di indirizzare conseguentemente le gravidanze considerate a rischio verso un percorso dedicato gestito congiuntamente dal medico e dall'ostetrica nell'ambulatorio integrato. A ulteriore garanzia dell'attività di presa in carico è stato adeguato l'organico ostetrico.

Nel corso del 2014 è proseguita la revisione e analisi delle attività di day hospital concentrandosi sulle aree di radioterapia e angiologia

L'ampliamento dell'offerta di parto analgesia in attività istituzionale ha consentito di portare l'indicatore di copertura al livello del 35% superiore al risultato atteso regionale

Dopo il lavoro del 2013, nel 2014 è stato attivato l'ambulatorio della gravidanza a termine ed è stato organizzato un intervento formativo per promuovere e sostenere l'allattamento al seno

Nell'ambito del programma della gravidanza fisiologica è stato organizzato un intervento formativo di refreshing con l'obiettivo di promuovere e sostenere l'allattamento al seno. Con l'attivazione dell'ambulatorio è stato inoltre avviato l'utilizzo della cartella clinica integrata medico-ostetrica che segue la partoriente dal primo accesso ambulatoriale fino alla dimissione post-partum, ottimizzando il processo informativo tra i diversi professionisti coinvolti nelle varie fasi assistenziali.

Da Ottobre 2014 è stata **ampliata l'offerta di parto analgesia in regime istituzionale** a tutte le gestanti che la richiedano. E' stato revisionato in maniera congiunta con i professionisti degli altri due punti nascita del territorio bolognese il materiale informativo e sono state condivise le modalità di accesso alla prestazione, con particolare riguardo a: momento informativo, modalità di richiesta, modalità di accesso agli esami propedeutici e alla visita anestesiológica per la definizione di idoneità alla prestazione; inoltre è stato rivisto il consenso informato alla prestazione.

Dai dati rilevati si osserva nell'ultimo trimestre 2014 una copertura del 35,27% di parto analgesia, superiore alla percentuale del 30% attesa a livello regionale.

Per quanto riguarda le metodiche non farmacologiche per il **controllo del dolore da parto**, oltre ad offrire alle partorienti tecniche consolidate (come ad es. il sostegno psicologico, utilizzo della borsa di acqua calda, assunzione di posizione libera), l'Azienda partecipa al Programma Sperimentale Regionale "Medicine non Convenzionali 2014-2016", al Tavolo interaziendale di progetto "Salute Donna" e sta implementando un progetto sperimentale sulla digitopressione.

Al fine di **ridurre il ricorso al taglio cesareo** ed in particolare, per introdurre interventi di provata efficacia in sottogruppi di popolazione, il Policlinico partecipa ad uno studio europeo biennale "Opti birth", coordinato a livello nazionale dall'Università di Genova, per ridurre la frequenza del taglio cesareo nelle donne con pregresso TC. I primi risultati dello studio, che si pone l'obiettivo di ottimizzare l'evento parto aumentando il parto vaginale dopo cesareo (VBAC) saranno disponibili nel secondo trimestre 2015.

Il ricorso al taglio cesareo in travaglio registra un trend in riduzione: dal 15,45% dell'anno 2012 al 14,14% nell'ultimo trimestre del 2014.

Al fine di garantire **un'assistenza appropriata in caso di nato morto** (obiettivo n. 8 della DGR 533/2008) durante il 2014 è stato attivato un gruppo di lavoro aziendale che ha visto il coinvolgimento di tutti i professionisti coinvolti nel percorso diagnostico assistenziale (medico ostetrico, neonatologo, ostetrica, anatomo-patologo, microbiologo, genetista, radiologo e medico legale).

Sono stati definiti i responsabili della conduzione dei casi e della relativa comunicazione ai genitori; è stato implementato il modello di cartella clinica approvato dalla Commissione nascita regionale, sono stati eseguiti gli incontri multidisciplinari per la discussione dei 10 casi verificatisi nell'anno 2014 e i professionisti individuati hanno partecipato agli audit condotti a livello provinciale.

Ai fini del **monitoraggio dell'applicazione della Raccomandazione del Ministero**

della Salute n.6 “Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto”, nel 2014 sono stati avviati corsi di simulazione sulle emergenze cliniche maggiori correlate al travaglio: emorragia post-partum, distocia di spalla, crisi eclamptiche con l’obiettivo di approfondire le tematiche inerenti alla prevenzione del rischio materno mediante simulazione dell’evento critico e delle azioni opportune da mettere in atto.

In Azienda è attiva da diversi anni la Procedura interaziendale che delinea il **Percorso sanitario e assistenziale integrato in caso di violenza sessuale/sospetto di abuso sessuale a carico di minori**. In seguito ai nuovi orientamenti regionali è stata nominata la referente dipartimentale, che ha partecipato a tutti gli eventi organizzati nel 2014 a livello regionale su tale tematica, così come le assistenti sociali dell’area pediatrica. Sempre in relazione agli indirizzi regionali dal 2014 è stato adottato il format per la prima segnalazione al Tribunale per i minori.

Non essendo emerse criticità in relazione all’applicazione della procedura interaziendale che delinea il Percorso sanitario e assistenziale integrato in caso di violenza sessuale/sospetto di abuso sessuale a carico di minori non sono stati definiti aggiornamenti della procedura.

7.2.4 Lo screening neonatale

Il Policlinico figura come centro di riferimento regionale per lo screening neonatale e per il follow-up delle malattie endocrino-metaboliche. Già a partire dal 1978 è stato riconosciuto come riferimento per le malattie che progressivamente sono state sottoposte a screening dalla Regione Emilia-Romagna (ipotiroidismo congenito, fenilchetonuria, galattosemia, iperplasia surrenale congenita e fibrosi cistica).

L’aumento dei parametri clinici e laboratoristici utilizzati nello screening, esteso mediante tandem-massa, conduce ad un significativo aumento del numero dei richiami e conseguentemente dei contatti con i punti nascita e le famiglie da parte del Centro Clinico di riferimento.

L’attività non si limita alla sola realizzazione dello screening neonatale “allargato” mediante tandem-massa (che rappresenta solo l’inizio di un lungo e complesso percorso diagnostico-terapeutico) ma è diretta a strutturare un percorso integrato di assistenza e presa in carico della maggior parte delle patologie metaboliche congenite attualmente diagnosticabili. Nel 2014 è stato effettuato lo screening neonatale su 36.852 neonati (anno 2013: 38.017).

7.2.5 L’ambulatorio di Malattie Rare, Sindromologia e Auxologia

L’Ambulatorio di Malattie Rare, Sindromologia e Auxologia, attivo dal 1984, dal 2005 è stato riconosciuto come Centro Regionale di riferimento per le Malattie Rare.

L’ambulatorio valuta i soggetti con patologia genetico-malformativa ai fini diagnostici,

di follow-up e terapeutici ed ha strutturato una rete assistenziale multidisciplinare, costituita da numerosi professionisti che si avvale quindi delle funzioni di alta specializzazione presenti presso le diverse aziende dell’area metropolitana bolognese (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda USL Città di Bologna, Istituti Ortopedici Rizzoli).

Il centro fornisce supporto alla conferma della diagnosi (clinica ed eziologia) ed alla costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici codificati e individualizzati e condivisi da tutti gli specialisti, favorendo la continuità assistenziale e semplificando la gestione del paziente e del nucleo familiare. Nel 2014 sono stati valutati 2.019 pazienti.

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

Il Centro Regionale di Nefrologia Pediatrica si pone 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 sono state avviate e implementate 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.

7.2.7 Il Centro di Riferimento Regionale per le emergenze microbiologiche (LABP3) (Delibera RER 1684/2010) e Centro di Riferimento Regionale per le emergenze microbiologiche West Nile Virus (WNV)

L’attività di ricerca del Centro di Riferimento Regionale per le Emergenze Microbiologiche (CRREM) è stata indirizzata allo studio di alcuni microrganismi coinvolti in patologie infettive che rientrano nell’elenco delle malattie emergenti o ri-emergenti.

Il CRREM opera principalmente sui patogeni sotto elencati:

- Influenza virus A/HN1N12009 “SWINE”;
- Virus Chikungunya (CHIKV) e Dengue (DENV);

- Virus West Nile (WNV);
- Virus Toscana (Sandfly TOSV);
- Attività diagnostica varia.

Nel 2014, il CREEM ha contribuito alla realizzazione di programmi di interesse regionale a sostegno del piano regionale della prevenzione infettivologica per la sorveglianza e controllo del morbillo e l'eliminazione della rosolia.

Anche nella stagione 2013/2014 sulla base delle segnalazioni della circolazione di WNV in vettori ed uccelli ottenute dal sistema di sorveglianza integrata entomologico-veterinario e sulla base dei sospetti clinici generati dal sistema di sorveglianza delle meningo-encefaliti, il CRREM ha attuato un'attività di sorveglianza diagnostica per WNV.

Nel 2014 sono proseguite le azioni per la realizzazione del programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile

7.3 I progetti di particolare rilievo aziendali

7.3.1 Il Programma regionale degli eventi avversi e per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità Civile

Con deliberazione della Giunta regionale n. 1350 del 17 settembre 2012 è stato approvato formalmente il "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie".

Il suddetto Programma è nato dall'esigenza di prevenire gli eventi avversi in ambito sanitario e, contestualmente, assicurare un'adeguata copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie, con l'obiettivo di perseguire la tutela complessiva della salute degli utenti che si rivolgono al Servizio Sanitario Regionale; ha, inoltre, come finalità, la presa in carico della persona rispetto ai danni eventualmente causati dall'attività sanitaria, la prevenzione, gestione e risarcimento degli eventi avversi, nonché l'obiettivo di una maggiore tutela, serenità e trasparenza degli operatori del Servizio Sanitario Regionale nello svolgimento della propria attività professionale.

Con la successiva L.R. 7 novembre 2012, n. 13: "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale" sono state disciplinate, in particolare, le forme di gestione diretta dei sinistri e le modalità di corresponsione dei risarcimenti conseguenti a responsabilità civile per l'attività sanitaria delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per migliorare l'efficienza e la trasparenza dei relativi procedimenti, per ottimizzare la gestione delle risorse per tale tipo di rischio, nonché per conoscere le cause degli errori e ridurre gli eventi avversi prevenibili.

Nell'anno 2014 con la LR 28/2013 sono state apportate modifiche alla Legge regionale 13/2012 con particolare riferimento alle fasce economiche di competenza rispettivamente aziendale e regionale nel senso di prevedere una prima fascia in cui sono ricompresi i sinistri entro la soglia di euro 250.000,00 e una seconda fascia che ricomprende sinistri oltre la predetta soglia.

Nell'anno 2014 non è più prevista una fascia con copertura assicurativa a seguito del recesso dall'1/1/2014 della Compagnia QBE che assicurava i sinistri sopra la soglia di euro 1.5 milioni.

Conseguentemente, il programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie è stato aggiornato con delibera di Giunta Regionale n. 2079 del 23/12/2013 da applicarsi per i sinistri pervenuti dall'1/1/2014, fermo restando quanto previsto dai suddetti atti regionali per l'anno 2013.

In base al nuovo programma, risulta di maggiore centralità il ruolo diretto ed esclusivo delle Aziende sanitarie in ordine ad una fascia di sinistri in cui convergono la maggior parte delle richieste risarcitorie. Anche la fascia di competenza regionale prevede una forma di condivisione tra Aziende sanitarie e Regione, ispirata a principi di collaborazione.

È confermato il ruolo del Comitato Valutazione Sinistri aziendale quale organismo tecnico di primaria importanza, deputato alla valutazione dei sinistri.

Inoltre, per quanto attiene ai rapporti tra le Aziende Sanitarie sperimentatrici, alle attività del Responsabile dell'attuazione del Programma regionale e del Nucleo Regionale di Valutazione, trova applicazione la Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 4955 del 10/4/2014 che esplicita operativamente i rispettivi ruoli anche in ordine ai procedimenti di mediazione, ai procedimenti civili e penali con riferimento agli incarichi di difesa connessi alla fascia economica in cui è compreso il sinistro.

In conformità con quanto stabilito dalla L.R. 13/2012 (come modificata dalla L.R. 38/2013 e dalla DGR n. 2079/2013), la gestione diretta dei sinistri in ambito aziendale è stata affidata alle figure e agli organismi sotto elencati, che hanno agito in modo sinergico integrando le loro specifiche competenze e in base alla procedura aziendale PA 45, opportunamente revisionata.

L'Unità Operativa Complessa di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio (U.O.C. MLGIR) svolge il compito relativo alla valutazione del caso, sia sulla base della documentazione sanitaria, sia della visita diretta, qualora possibile, in termini di responsabilità professionale con relativa eventuale quantificazione del danno. Nel corso dello studio del caso, spetta al medico legale reperire la documentazione sanitaria necessaria e fornire una valutazione medico-legale, anche alla luce della conoscenza dei meccanismi organizzativi interni all'Azienda.

Valutato il caso, provvede – se opportuno – all'attivazione del Team di ascolto e mediazione dei conflitti dell'Azienda che attiva il percorso di mediazione dei conflitti (il Tutor del Team è il Direttore dell'UO di MLGIR).

Lo studio dei casi si avvale della collaborazione dei professionisti clinici, momento fondamentale per la comprensione della concatenazione dei fatti che hanno dato luogo all'evento avverso, per la valutazione delle sue conseguenze e la messa in atto di azioni di miglioramento in ambito assistenziale. Tale collaborazione fra clinici e medici legali si è rivelata ancora più fondamentale e solida nelle fasi di contenzioso giudiziario, in particolare nei casi in cui si sia reso necessario l'affiancamento del medico legale aziendale da parte di uno specialista clinico.

L'U.O.C. di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio svolge un ruolo fondamentale, non solo nella gestione del contenzioso, ma anche proattivamente sulla gestione del rischio.

Il Direttore dell'U.O.C. di MLGIR, infatti, partecipa sia all'Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure, sia al Nucleo Regionale di Valutazione, integrando l'esperienza aziendale e quella regionale, partecipando e contribuendo attivamente alla formazione continua e sul campo.

Al Servizio Legale e Assicurativo sono state affidate competenze di natura legale-amministrativa e di mantenimento delle relazioni con i Legali rappresentanti del cittadino/utente. Il Servizio Legale e Assicurativo ha agito direttamente nella fase di negoziazione, subito dopo la valutazione medico-legale, la quantificazione del danno e la discussione

Grazie alla collaborazione tra il servizio legale assicurativo e l'UOC di Medicina legale e gestione integrata del rischio sono stati semplificati i passaggi procedurali riducendo i tempi di gestione del processo di negoziazione

in Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS), avanzando al richiedente una proposta economica quale risarcimento onnicomprensivo tacitante la pretesa.

Il confronto sui sinistri tra i due Servizi si è realizzato nell'ambito di incontri programmati a livello aziendale (CVS) a cui partecipa, oltre all'U.O.C. di MLGIR, anche il legale esperto individuato a seguito di apposito avviso.

Responsabilità primaria del CVS è stata la raccolta di informazioni inerenti il sinistro, l'analisi del caso e la valutazione delle criticità emerse, per uno svolgimento più agile delle relative pratiche e per favorire la transazione extragiudiziale. È stata, comunque, sempre assicurata l'integrazione con la funzione aziendale di gestione del rischio, particolarmente agevole nell'AOU di Bologna, essendo espletata dall'U.O.C. di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio che già fa parte del CVS aziendale.

In ambito aziendale si è, pertanto, perseguito l'obiettivo di una fattiva e reciproca stretta collaborazione fra il Servizio Legale e Assicurativo e l'U.O.C. di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio affinché il programma di gestione diretta producesse i suoi effetti positivi, in primis attraverso la gestione in tempi brevi del processo di negoziazione, volta a semplificare il più possibile i passaggi procedurali.

Operativamente, quindi, la gestione e la valutazione degli eventi avversi è avvenuta come segue:

Gestione dei sinistri di prima fascia, di importo inferiore o uguale ad € 100.000,00 (anno 2013) e ad € 250.000,00 (anno 2014)

La caratteristica peculiare della gestione dei sinistri di prima fascia ha attribuito alle Aziende Sanitarie di un ruolo diretto e tendenzialmente esclusivo.

La trattazione del sinistro è stata effettuata direttamente dall'Azienda Sanitaria, tramite il Comitato Valutazione Sinistri, organismo interdisciplinare composto dal Direttore del Servizio legale e assicurativo e/o suo delegato e dal Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio e/o suo delegato che ha, in linea generale, la funzione di attuare una più efficace e puntuale gestione dei sinistri con l'obiettivo di minimizzare l'impatto economico del sinistro stesso ed è deputato ad assumere decisioni circa la definizione dei sinistri, con particolare riferimento alla necessità, opportunità e/o convenienza di giungere ad una definizione transattiva stragiudiziale delle controversie, laddove le valutazioni medico-legali compiute supportino tale determinazione.

Gestione dei sinistri di seconda fascia, di importo superiore ad € 100.000,00 e inferiore o uguale ad € 1.500.000,00 (anno 2013) e superiore a € 250.000,00 (anno 2014)

In relazione alla gestione dei sinistri di seconda fascia, caratterizzati da una maggiore complessità e da un più elevato peso economico, si è attivata una forma di cogestione tra l'Azienda Sanitaria e la Regione ispirata a principi di collaborazione ed attivata sulla base di una procedura standard.

Gestione dei sinistri di importo superiore ad € 1.500.000,00, ossia di tipo "catastrofale" (solo anno 2013)

Per le richieste di risarcimento di danni c.d. catastrofali (quantificati in un importo superiore a 1.500.000,00 euro), si è mantenuta una copertura assicurativa, mediante la stipulazione di un contratto a livello regionale in proprio ed a favore delle Aziende Sanitarie, nell'ambito del quale il ruolo attivo delle Aziende Sanitarie si è caratterizzato nella fase istruttoria e nella cogestione delle fasi successive unitamente alla Regione.

7.3.2 Il sistema integrato di Gestione del Rischio

La sanità, ora più che mai, sta attraversando un momento delicato, per l'accrescersi dei bisogni, l'esigenza di migliorare continuamente la qualità delle prestazioni da erogare, allocando correttamente le risorse e aumentando la sicurezza del sistema, condividendo le informazioni e le scelte anche con i cittadini fruitori dei servizi.

Rendere la sanità più sicura è un obiettivo strategico, ma per raggiungerlo occorre una radicale modificazione culturale, che ancora non ha permeato in profondità l'ambito in cui ci muoviamo, portando ad affrontare davvero la gestione dei rischi secondo una visione sistemica e non per compartimenti separati: trattare solo il rischio clinico, o quello assicurativo, oppure relativo alla salute dei lavoratori o all'ambiente di lavoro, ovvero alle tecnologie, ecc., non permette di sviluppare le competenze e la consapevolezza indispensabili per dominare il problema, posto che l'obiettivo principale delle organizzazioni sanitarie è garantire il diritto alla tutela della salute di tutta la popolazione, in ossequio alla sua fundamentalità costituzionale.

La gestione del rischio globalmente intesa, mira a raggiungere l'identificazione dei punti deboli del sistema organizzativo o delle inadeguatezze nei meccanismi di difesa (c.d. barriere), per prevenire – nei limiti del possibile - gli incidenti e applicare i correttivi necessari prima che essi si verifichino, proattivamente; a registrare gli elementi di rilievo subito dopo quelli accaduti (per esempio i necessari campionamenti e le relative indagini microbiologiche nelle infezioni legate all'assistenza e negli infortuni a rischio biologico).

Gli errori e gli eventi avversi, in particolare quelli che comportano un danno alla persona, possono essere ridotti nel tempo soltanto se nell'Azienda si lavora sinergicamente, in squadra, facendo comunicare fra loro tutti i Servizi/le Unità Operative coinvolte nel sistema di gestione del rischio/sicurezza e nella produzione, perché è indispensabile conoscere a fondo tutti gli eventuali malfunzionamenti del sistema (strutturali, organizzativi, funzionali) e gli errori umani, anche se questi sono spesso solo l'ultima e più appariscente tessera del mosaico.

Gli incidenti devono essere studiati non appena rilevati, quando gli accadimenti sono ancora ben presenti nella memoria del personale coinvolto e la sequenza degli eventi è ricordata chiaramente; va eseguito un esame strutturato e obiettivo dei fatti relativi all'evento per rilevare errori attivi o latenti, guasti meccanici o malfunzionamenti di attrezzature, allo scopo di acquisire le conoscenze per potenziare la sicurezza e migliorare le pratiche cliniche.

Un approccio davvero integrato alla gestione del rischio in sanità richiede integrazione, interazione e sinergia fra tutti gli attori.

La cultura della sicurezza ed il rispetto del diritto del paziente all'autodeterminazione ed alla comunicazione trasparente

Identificare accuratamente modalità di mitigazione dei rischi è arduo in assenza di attività di rilevazione sistematica, notifica, registrazione, analisi e feedback delle informazioni sugli incidenti: le procedure di segnalazione e di raccolta devono essere semplici, chiare e comprese nella loro utilità da tutto il personale, garantendo la confidenzialità e fornendo il ritorno delle informazioni e l'evidenza delle azioni correttive.

Se tali principi possono valere in generale per le organizzazioni sanitarie, è logico che la sicurezza delle cure sia fra gli obiettivi prioritari di un'Azienda Ospedaliero-Universitaria con molte attività distintive, come quella di Bologna, dedicata non solo all'assistenza dei pazienti provenienti da tutto il Paese, ma anche alla formazione dei futuri professionisti della salute. Fin dall'anno 2006 (DGR 86/2006) le indicazioni regionali hanno concentrato sull'integrazione e sull'interazione fra tutti i professionisti coinvolti nell'organizzazione, nel supporto e nell'erogazione di prestazioni il segreto del successo di un'attività efficace di prevenzione e di gestione del rischio, senza che, tuttavia, si sia riusciti a modificare radicalmente la cultura del rischio e della sicurezza. L'approccio integrato richiede la modificazione dei punti di vista ed il superamento di alcune concezioni da ritenere ormai superate: dalla netta separazione che per molti anni ha governato la sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, all'ottica dell'errore umano e di sistema. La tendenza al superamento delle nette separazioni fra settori non è soltanto "funzionale" alle sempre più pressanti esigenze di fornire buone performances ai fruitori dei servizi sanitari, ma anche di adeguare le reali possibilità di provvedere a cure sicure e di qualità, soddisfacendo i veri bisogni di salute della popolazione in maniera appropriata. D'altro canto la qualità e la sicurezza delle cure è un requisito imprescindibile delle buone pratiche cliniche e delle buone performance in sanità.

Pertanto, l'applicazione di un modello di approccio integrato alla gestione del rischio è stato sviluppato in questi ultimi anni ed è già in essere nella nostra Azienda, tuttavia, sussiste l'esigenza di individuare strumenti sempre più efficaci, in grado di salvaguardare le singole professionalità ma che concorrano allo sviluppo continuo ed al potenziamento del "gioco di squadra". I professionisti devono percepire che è possibile declinare le proprie competenze, pur non perdendo di vista la meta comune della **safety governance aziendale**.

7.3.2.1 Gli strumenti

La cultura della Patient Safety richiede una comunicazione aperta, onesta ed efficace fra i professionisti della salute ed i pazienti, titolari del diritto all'informazione sulle loro condizioni, sulle loro patologie e sui trattamenti sanitari che li riguardano, inclusi i rischi relativi all'assistenza sanitaria, atteggiamento mentale da acquisire ed affinare fin dalle prime fasi della formazione accademica e professionale.

I pazienti – ed in generale coloro che accedono ai servizi sanitari – hanno diritto al rispetto della loro autonomia, in relazione ad età, maturità, condizioni psicofisiche e competenza decisionale: devono quindi essere attivamente coinvolti ed essere messi in grado di scegliere consapevolmente riguardo alla propria salute, condividendo il percorso

di cura e le relative decisioni con i sanitari curanti (Shared Decision Making).

Pertanto, nel tentativo di promuovere nuove modalità, oltre alla tradizionale formazione in aula, al refreshing sulle procedure critiche (fra le quali sempre figurano quella relativa all'informazione ed all'acquisizione del consenso del paziente ai trattamenti sanitari e quella inerente la corretta redazione e tenuta della documentazione sanitaria, segnatamente della cartella clinica), nonché alle attività di audit, si è promossa molta più formazione sul campo, nelle Unità Operative ed all'interno di meeting clinici, allo scopo di raggiungere gli operatori nel loro contesto professionale.

Sono stati mantenuti operativi gli strumenti classici di gestione del rischio, già messi in atto negli anni precedenti, quali:

- **l'identificazione dei punti deboli del sistema organizzativo o delle inadeguatezze nei meccanismi di difesa**, per agire e rimediare agli inconvenienti e riuscire ad applicare i correttivi necessari prima che un incidente si verifichi: la gestione attiva del rischio deve mirare a un monitoraggio continuo per la rilevazione degli errori;
- **l'analisi dei reclami, degli infortuni, delle segnalazioni spontanee degli operatori e del contenzioso** per un'identificazione *ex post* delle aree di maggiore criticità, in quanto fonti potenziali di reiterazioni di eventi avversi o di near miss, al fine di pianificare e di attuare azioni di miglioramento mirate;
- **la raccolta e l'analisi della segnalazione di incidente occorso in ambito sanitario**, consente, se effettuata tempestivamente, la più adeguata gestione della crisi, dei rapporti interni fra i professionisti, il paziente ed i suoi famigliari; tra gli operatori fra loro e con la direzione aziendale, e di quelli esterni (con i mass media e gli altri enti). Consente, inoltre, l'attivazione del team di ascolto e mediazione dei conflitti aziendale per mitigare gli aspetti conflittuali della vicenda.

Per quanto attiene alla gestione del contenzioso, si è ancora nella fase sperimentale del Programma regionale, che ha inizialmente coinvolto sei Aziende sanitarie, inclusa l'AOU di Bologna, capofila del progetto, a cui si sono aggiunte l'Azienda USL di Imola e l'Ospedale Riabilitativo di Montecatone.

Il Programma, volto anche ad arginare i costi dei contratti assicurativi, implicando la gestione diretta dei sinistri RCT/RCO ha comportato, necessariamente, una crescita culturale nell'ambito della gestione del contenzioso, sviluppando le competenze medico-legali, legali e assicurative necessarie. Ha, però, reso più cogente il problema dell'obbligo di rivalsa sul professionista nei casi d'individuazione di colpa grave da parte della Corte dei Conti, producendo un'ulteriore difficoltà – rispetto a quelle già esistenti legate alla responsabilità penale, civile e disciplinare – che può precludere la fattiva collaborazione degli operatori sanitari alla gestione del rischio, di quello clinico in particolare (problema al quale si ovvia, in concreto, con l'assicurazione per la colpa grave da parte del professionista, ma che può "incrinare" i rapporti fra professionista e Azienda, soprattutto se non sono spiegati adeguatamente al professionista la portata della responsabilità contrattuale e i risvolti della responsabilità contabile).

Tuttavia, si è convinti che l'obiettivo debba essere quello di "aggredire il sinistro", facendo funzionare un sistema efficace di segnalazione spontanea degli eventi avversi da parte del personale e cercando di ridurre notevolmente i tempi di istruttoria, di accertare l'accaduto presso la struttura sanitaria dove si è verificato l'evento per la formulazione di un primo parere sulla fondatezza o meno della richiesta, in maniera da consentire, laddove ne ricorrano gli estremi, di dare rapida ed equa risposta. Pertanto si è intrapresa la strada di utilizzare parte delle risorse organizzative, umane e finanziarie per risarcire direttamente i danni prodotti nello svolgimento dell'attività sanitaria, anche per mantenere maggiore e costante consapevolezza di quanto accade nelle strutture sanitarie, ai fini del miglioramento della sicurezza delle cure, per accompagnare il cittadino nel percorso e per ridurre i tempi di ristoro del danno. Ciò nell'ottica di una tutela complessiva della salute dei cittadini, con la presa in carico della persona anche rispetto ai danni eventualmente causati dall'attività sanitaria, diventando responsabili dei percorsi di cura nella loro interezza, anche per quanto attiene alla gestione degli eventi avversi dai quali siano derivate conseguenze dannose, garantendone, in caso di accertata responsabilità, il risarcimento.

Ma, se il presupposto principale della rinuncia all'assicurazione risiede nella volontà di ridurre i tempi di gestione e di ridare fiducia sia ai cittadini, sia ai professionisti, è pur vero che ciò richiede una solida organizzazione, fondata su una robusta tecnostruttura (anche in termini di numero di risorse umane, oltre che di competenze specifiche).

Ciò in quanto sia la partecipazione al Nucleo Regionale di Valutazione, sia al gruppo di lavoro per la costituzione dell'Osservatorio Sicurezza delle Cure, oltre a tutte le altre attività medico-legali e formative nei vari ambiti espletate anche sul livello regionale, risultano molto impegnative.

La gestione dei sinistri è diventata, alla luce del Programma regionale, parte integrante di una politica di gestione del rischio alla cui attuazione concorrono, nel rispetto delle distinte attribuzioni, sia le Aziende, sia la Regione Emilia-Romagna.

L'attribuzione alle Aziende Sanitarie di un ruolo nella gestione dei sinistri (autonomo e diretto nella prima fascia, nel 2013 fino a 100.000,00 euro, dal 1 gennaio 2014 fino a 250.000 euro e di tipo collaborativo con la Regione per quanto concerne i sinistri rientranti nella fascia superiore a tale soglia), ha inoltre reso necessaria l'attivazione di un percorso che, nel rispetto dell'autonomia aziendale ed organizzativa di ciascuna Azienda Sanitaria, garantisca l'adozione di procedure efficaci e abbastanza omogenee sull'intero territorio regionale, per cui oltre alla responsabilità dell'attuazione del Programma Regionale a livello aziendale, l'Unità Operativa di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio ha curato e cura la formazione del personale delle Aziende sperimentatrici.

Sul livello aziendale, quando sono inoltrati all'Azienda reclami codificati dall'URP come "codici rossi", vale a dire contenenti un'esplicita richiesta di risarcimento danni, la gestione del sinistro avviene come segue:

1. formulazione di un parere medico-legale con l'espressione di un giudizio valutativo sull'eventuale "tenuta" del caso in giudizio, cui può conseguire o meno la scelta di

una soluzione transattiva in sede stragiudiziale (da discutere in sede di Comitato Valutazione Sinistri aziendale, insieme al Servizio Legale e Assicurativo), con analisi finalizzata anche al miglioramento dei percorsi e individuazione di eventuali punti di debolezza del sistema;

2. attivazione, se e quando opportuno, del percorso di ascolto-mediazione dei conflitti;
3. visita medico-legale dei danneggiati, quando possibile, attraverso il proprio personale strutturato (medici legali dipendenti dell'Azienda); tale coinvolgimento, agevola l'apprendimento della qualità percepita da parte dei pazienti nonché la conoscenza di aspetti legati alla comunicazione e/o all'organizzazione, spesso alla base del contenzioso;
4. la valutazione dei casi di contenzioso potenziale (i c.d. "codici gialli"), con istruttoria delle pratiche, disamina dei casi e attivazione del percorso di ascolto e mediazione dei conflitti;
5. l'inserimento nel software per la gestione del contenzioso della parte di competenza medico-legale;
6. il fornire raccomandazioni e consulenze, nonché contribuire attivamente all'elaborazione di procedure;
7. il prestare assistenza come consulente tecnico di parte in ambito penale, quando richiesto dal/i professionista/i e come consulente di parte dell'Azienda e dei professionisti in ambito civile.

7.3.2.2 L'assetto organizzativo

L'organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio fa capo ad una funzione in staff alla Direzione Sanitaria aziendale e si esprime anche attraverso il Collegio di Direzione, con il coinvolgimento dei servizi trasversali e di supporto. Da tempo, peraltro, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria è fortemente orientata verso il continuo sviluppo di un sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul lavoro che si coniughi inscindibilmente e sinergicamente con la Gestione del Rischio aziendale, operando in base ad un modello organizzativo che ha chiaramente delineato le responsabilità della Direzione strategica, dei dirigenti e dei preposti aziendali, così come previsto dal D. Lgs. 81/08 e s.m.i.

L'Area "Sicurezza delle cure", posta appunto in staff al Direttore Sanitario aziendale e che comprende la struttura semplice Governo clinico, Qualità e Formazione e la struttura complessa Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, è stata istituita con la riorganizzazione aziendale messa a punto e applicata dal 1 febbraio 2012. Sovrintende alla radioprotezione dei lavoratori coordinando gli esperti qualificati aziendali e si integra saldamente con il S.P.A., con la Sorveglianza Sanitaria aziendale, con la Comunicazione e l'Ufficio Stampa, con l'URP e rapporti con le Associazioni di Volontariato, con l'Ingegneria Clinica e Informatica Medica, con la Farmacia Clinica, ecc.

Nell'ambito del controllo del rischio infettivo, si è data attuazione alle Linee di indirizzo

La sicurezza delle cure

Cure sicure in un'Azienda sicura

alle Aziende Sanitarie per il governo del rischio infettivo correlato all'assistenza (DGR 318/2013), partecipando al Nucleo Strategico ed al Nucleo Operativo "Controllo ICA", collaborando altresì alle iniziative formative e informative rivolte agli operatori sanitari ed agli utenti.

Si è continuato a lavorare all'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali sulla "Prevenzione degli eventi sentinella" e sulla "Sicurezza in Sala operatoria".

7.3.2.3 Il Piano strategico aziendale per la gestione del rischio

Al fine di perseguire una politica aziendale di miglioramento continuo della qualità delle cure, si sono delineati quali obiettivi strategici:

Rafforzare e sostenere a livello aziendale la cultura della sicurezza dei pazienti e degli operatori: favorire il contesto culturale di riferimento e le competenze inerenti la gestione del rischio, "costruendo" la consapevolezza della centralità della safety e della security nell'attività quotidiana, per questo è stata messa in atto un'opportuna formazione, anche integrata (corsi obbligatori ai sensi del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. corredati delle parti relative alla gestione del rischio clinico, in particolare rischio biologico/rischio infettivo);

- **Potenziare la rete per la gestione del rischio (coinvolgimento attivo di tutti gli attori):** la realizzazione di un approccio sistemico alla gestione del rischio richiede l'interazione delle diverse professionalità coinvolte, garantendo un approccio multidimensionale alla complessità del sistema, pur all'interno di una visione unitaria, in quanto non vi è settore aziendale che non sia attivamente coinvolto nell'aumento della sicurezza del sistema;
- **Implementazione dei processi d'informatizzazione aziendale relativi alla gestione della documentazione sanitaria e della terapia farmacologica:** l'obiettivo è arduo, costoso, ma imprescindibile per sperimentare sul campo la riconosciuta maggiore affidabilità di una gestione informatizzata dei processi di compilazione, tenuta e conservazione della documentazione sanitaria oltre che di prescrizione e registrazione della somministrazione della terapia farmacologica, come efficace strumento di prevenzione degli errori (ausilio nel calcolo dei dosaggi, alerts per eventuali sovra-sotto-dosaggi, interazioni fra farmaci, evitare gli errori di ricopiatura, ecc.) e di fedele tracciabilità rispetto a "chi ha fatto cosa";
- **Includere nel sistema informativo per la rilevazione trasversale delle attività aziendali i dati (indicatori di esito) di interesse per la gestione del rischio:** le attività di identificazione e mappatura dei rischi implicano adeguati flussi informativi intraziendali relativi ai principali indicatori di esito inerenti la qualità delle cure;
- **Individuazione delle criticità e priorità di intervento:** focalizzare pochi, ma chiari e definiti obiettivi, modulati in base alle informazioni provenienti dalle varie fonti disponibili: flussi informativi con indicatori di esito, incident reporting, controlli di qualità sulla documentazione sanitaria, analisi del contenzioso, analisi dei reclami, ecc., paragonando i dati contenuti nei relativi database, al fine di poter valutare

la percezione degli operatori (incident reporting), dei cittadini fruitori dei servizi (reclami) e quanto di tutto ciò si trasforma in sinistri;

- **Promuovere il miglioramento della comunicazione interna a tutti i livelli e delle relazioni tra operatori e tra operatori e pazienti:** diffondere la cultura della "buona comunicazione" fra i professionisti sanitari e della sua imprescindibilità per la prevenzione degli errori legati ad un difettoso passaggio di informazioni nelle attività diagnostico-terapeutiche (la cartella clinica come strumento di lavoro del clinico, ma, anche, come efficace strumento di comunicazione fra i professionisti che si avvicendano nelle cure e, pertanto, necessariamente integrata: l'efficace integrazione richiede l'informatizzazione e la possibilità di accesso contemporaneo da parte di più operatori, da punti diversi, anche in contemporanea); diffondere e sviluppare competenze in merito alla prevenzione/gestione di relazioni conflittuali con i colleghi e con i cittadini/pazienti oltre che alla gestione di situazioni emotivamente intense.

Ancora, in particolare, nel 2014 si è dato ulteriore seguito ad attività rilevanti e già intraprese, ma ritenute rilevanti dalla Regione:

- rispetto alle indicazioni relative all'allontanamento di pazienti dalle strutture sanitarie, l'AOU di Bologna ha ottemperato alla messa a punto di una procedura interaziendale concordata con le altre Aziende provinciali (Azienda USL di Bologna, di Imola e IOR) e con la Prefettura di Bologna, come da indicazioni regionali, contestualizzandola anche per la propria realtà aziendale;
- riguardo alle Linee di indirizzo sulla gestione clinica del farmaco, sulla ricognizione e la riconciliazione farmacologica, si è continuata la formazione (anche sul campo), per l'implementazione della relativa procedura revisionata nel 2013;
- in merito alla prevenzione e alla gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie, si è continuata l'attività di formazione e si è sottoposta a revisione la procedura aziendale, mettendo a punto anche documenti relativi all'ambito ostetrico, neonatale e pediatrico;
- relativamente alla prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO, pure è stata condotta una formazione specifica (anche sul campo), pure in occasione della revisione della procedura e della messa a punto di varie indicazioni e istruzioni operative, unitamente ad un manuale d'uso del terminale, sottoposto ad alcune modifiche;
- in relazione alla prevenzione della violenza sugli operatori sanitari, è stato organizzato un corso specifico di formazione dedicato, in particolare, ai professionisti (medici e infermieri) dei diversi Pronto Soccorso dell'AOU di Bologna; durante l'anno si è svolta anche una formazione in materia di ascolto empatico per la prevenzione e gestione dei conflitti.

7.3.3 I progetti di riorganizzazione

7.3.3.1 La riorganizzazione delle medicine

La riorganizzazione dell'area medica è frutto di una progettualità che "ab inizio" ne prevedeva la realizzazione attraverso step progressivi. La trattazione del primo stralcio, concretizzatosi nel corso del 2012 e che ha visto un ridisegno degli ambiti internistici e geriatrici unitamente alla "separazione" dei pazienti interessati da percorsi in emergenza-urgenza da quelli deputati ad approfondimenti clinici attraverso ricoveri programmati (creazione area programmati).

La seconda parte della riorganizzazione dell'area medica si svolge in continuità con le ragioni che hanno mosso il disegno complessivo, ripercorrendo le direttrici principali ed in particolare:

- riorganizzazione delle attività mediche attraverso una ridefinizione più precisa delle vocazioni delle diverse U.O. di Medicina Interna;
- deaffollo delle aree mediche attraverso un più efficiente/efficace utilizzo dei letti di riferimento dell'area
- miglioramento nella presa in carico dei pazienti attraverso percorsi alternativi al ricovero;

In merito al primo punto le medicine interne hanno avuto in passato diverse aree di sovrapposizione mentre l'obiettivo della riorganizzazione è quello di proseguire nella caratterizzazione di ognuna di esse sulla base della vocazione clinica prevalente.

La chiusura passata e futura di alcune U.O./SSD ha consentito e consentirà di perseguire il secondo obiettivo precedentemente elencato ovvero il cosiddetto "deaffollo" delle stanze di degenza. Si è cercato, e si cercherà sempre di più in futuro anche attraverso opere di ristrutturazione, di riportare gli standard di p.l. per singola stanza di degenza verso un numero più idoneo ad una migliore presa in carico dei pazienti sia medica sia infermieristica. Altro obiettivo, stringente negli ultimi anni e strettamente legato al deaffollo, è quello di consentire eventuali isolamenti di pazienti interessati da infezioni che necessitano di tale soluzione logistica per ridurre al minimo il contagio interumano.

Da ultimo la chiusura di un numero significativo di posti letto dal 2012 ad oggi non sarebbe stata possibile se non attraverso due elementi:

- la creazione di percorsi alternativi al ricovero che consentono di ridurre la parte finale dello stesso (iter post ricovero) e di conseguenza la degenza media, o addirittura di prevenire il ricovero già dal Pronto Soccorso (percorsi ambulatoriali complessi internistici e specialistici).
- un "investimento" (in termini di persone e supporti informatici) sul bed management che ha permesso una corretta gestione della risorsa posto letto in termini quali e quantitativi.

7.3.3.2 La Piastra endoscopica

Di particolare importanza nel corso del 2014 è stata l'apertura della nuova piastra endoscopica situata presso il 2° piano del Padiglione "Nuove Patologie". Le cinque nuove sale endoscopiche, oggetto di profonda ed accurata ristrutturazione delle precedenti sale operatorie, si aggiungono alle tre già presenti presso il 3° piano del medesimo padiglione portando quindi a otto il totale delle sale dedicate a questa tipologia di attività. Tale investimento ha permesso altresì di concentrare le attività di endoscopia digestiva oltre che consentire il perseguimento di alcuni obiettivi strategici che si riportano di seguito. Si precisa altresì che alcuni di questi figurano come già realizzati ed operativi mentre per altri sarà necessario arrivare ad una piena maturazione del modello ai fini di un completo raggiungimento.

- **Organizzazione dei blocchi per intensità di cura:** Il modello organizzativo ipotizzato, e che troverà piena maturazione nel corso del 2015, prevede una suddivisione delle attività per intensità di cura e quindi di concentrare al 3° piano le attività di 2° livello (ecoendoscopia ed endoscopia interventistica). Questa tipologia di scelta risulta di particolare importanza in quanto pone in stretta relazione la tipologia di manovra endoscopica con il modello di assistenza infermieristica necessaria nonché con le attività di sorveglianza ad esse collegate (sala di osservazione). Attualmente, presso due delle tre sale endoscopiche site al terzo piano, si eseguono procedure di particolare rilevanza (ERCP, eco endoscopia) la cui sorveglianza impone di "dedicare" una risorsa infermieristica al monitoraggio post-procedura. Nel resto delle sale si eseguono manovre meno complesse (gastroscopie, colonscopie) per le quali, laddove necessario, la sorveglianza del paziente in sala di osservazione può essere affidata ad altre figure sanitarie di supporto, le quali, in caso di necessità, potranno far intervenire personale medico od infermieristico a seconda della rilevanza del problema riscontrato.
- **Gestione emergenze endoscopiche:** attualmente la funzione di gestione delle emergenze endoscopiche è realizzata presso il box dell'area rossa sito in Pronto Soccorso. Tale attività si svolge alla presenza del medico endoscopista reperibile unitamente a due infermieri, uno di formazione "endoscopica" (anch'esso in reperibilità) mentre il supporto del secondo proviene da personale infermieristico in turno, in quel momento presente in P.S.. L'ipotesi è quella della attivazione, nel corso del 2015, di una seconda reperibilità infermieristica endoscopica che consenta da un lato di salvaguardare la specificità della funzione, dall'altro di preservare il PS da questa ulteriore attività, che verrebbe quindi a svolgersi all'interno del blocco endoscopico, salvo situazioni per le quali le condizioni cliniche impongano lo svolgimento delle procedure presso il PS o la sala operatoria dei blocchi presenti al padiglione 5;
- **Gestione anestesia generale:** tra le diverse implementazioni e qualificazioni che si vogliono fornire alle attività endoscopiche è stato valutato l'uso del propofol (o similare ipnoinduttore) da parte degli endoscopisti, sotto supervisione della componente anestesilogica. Questa tipologia di protocollo, attualmente condiviso

solo nella parte ideativa, mira a qualificare ulteriormente le attività del blocco endoscopico nella direzione che la Legge 34 del 2010 auspicava.

- **Formazione infermieri:** uno degli obiettivi qualificanti dell'intero progetto di riorganizzazione delle attività endoscopiche riguarda l'aumento della "competence" degli infermieri per le prestazioni complesse e per quelle in urgenza. Se per le prime prosegue il programma di formazione del personale attualmente in organico, per le seconde occorre ridisegnare la formazione proprio in ragione del modello che si vuole adottare consentendo così ad un numero maggiore di infermieri, senza per questo sacrificare la "competence", di formarsi sul tema.

7.3.3.3 L'area oncologica e la rete dei tumori rari

In area oncologica è stata avviata la **riorganizzazione delle attività per percorsi di cura a livello aziendale e interaziendale**. In particolare sono in corso di revisione i percorsi per la presa in carico dei pazienti afferenti alle aree di oncologia e radioterapia, interessate da una riorganizzazione logistica e clinica (la prima) strumentale (la seconda), attraverso una condivisione dell'approccio da parte delle U.O./SSD delle due aree.

Per l'area Ematologica di particolare rilievo la sperimentazione condotta nel corso del 2014 che ha visto una revisione complessiva dei percorsi di consulenza all'interno dell'ospedale. Un'analisi delle criticità ha evidenziato una "discontinuità" nella presa in carico dei pazienti ricoverati al di fuori del reparto di Ematologia, dovuta in particolare a situazioni cliniche che richiedono il susseguirsi di consulenze durante il ricovero le quali venivano evase ad opera di un medico differente nei diversi giorni (in ragione della pianificazione dei turni). La proposta di riorganizzazione, nata dai professionisti stessi, ha portato alla suddivisione dell'ospedale in diverse aree ad ognuna delle quali sono stati assegnati, per l'espletamento delle consulenze, due ematologi in via esclusiva (salvo ovviamente situazioni contingenti che non consentano di mantenere tale organizzazione come ad esempio malattia o ferie estive). Ciò ha permesso di limitare fortemente la criticità e perseguire in maniera strutturata una maggiore continuità nella presa in carico dei pazienti oltre a consolidare un "empatia clinica" tra i consulenti e i reparti di riferimento. La rendicontazione di tale sperimentazione sarà disponibile nei primi mesi del 2015.

La gestione clinica dei tumori rari in generale e quindi dei sarcomi viscerali e GIST risulta estremamente complessa, in quanto la rarità comporta una scarsa disponibilità di conoscenze scientifiche e di expertise omogenea in tutto il territorio. Questo è spesso causa, nella pratica clinica quotidiana, di ritardi nella fase diagnostica, rallentata dall'esecuzione di esami inutili e costosi, e di trattamenti inadeguati o sub-ottimali. Tali prestazioni improprie comportano un dispendio ingente di risorse economiche ed incidono negativamente sulla prognosi dei pazienti affetti da queste malattie. Inoltre la difficile reperibilità delle competenze cliniche sui tumori rari, in quanto i centri che ne dispongono sono pochi e dispersi geograficamente, fa sì che questo gruppo di malattie sia legato ad un elevato tasso di migrazione sanitaria. Pertanto al giorno d'oggi i tumori

rari rappresentano un problema di sanità pubblica, sia per costi sanitari che sociali.

Sulle base delle suddette premesse, i tumori rari, per la loro bassa incidenza, ma alta specificità, richiedono un approccio multidisciplinare altamente specializzato, inserito nell'ambito di un percorso diagnostico-terapeutico complesso. Da questo aspetto è nata la necessità di sviluppare, all'interno del Policlinico un Centro di riferimento per la gestione dei paziente affetto da tumori rari con particolare riferimento ai GIST e ai Sarcomi viscerali per i quali è attivo un PDTA aziendale.

I volumi di pazienti gestiti nel 2014 dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna sono:

- Incidenza GIST: 66
- Incidenza Sarcomi viscerali: 136

La gestione clinico assistenziale in fase di diagnosi e di presa in carico del paziente, contenendo i tempi di gestione del paziente e migliorando test diagnostici, richiede un articolato coordinamento di professionisti dedicati con competenze specialistiche e un buon coordinamento con le altre strutture regionali e nazionali.

7.3.3.4 L'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica

Nel Gennaio 2014, a fronte di una rivalutazione dei percorsi del paziente cardiologico, si è proceduto al trasferimento di una delle due degenze intensive presenti nel Policlinico.

Le motivazioni del trasferimento sono state di tipo logistico (posizione decentrata rispetto al laboratorio di emodinamica e alle altre aree di degenza intensiva) e funzionale (presenza nella nuova collocazione delle funzioni di Pronto soccorso e Medicina d'urgenza e di Chirurgia Vascolare).

Ciò ha consentito alla UTIC di fungere da punto di riferimento per la gestione delle emergenze cardiovascolari che non necessitano di rivascolarizzazione immediata, di svolgere un ruolo fondamentale nella rete emergenze/urgenze, accogliendo pazienti vasculo/cardiopatici con parametri clinici sempre più instabili per offrire anche in assenza di IMA il più alto livello di cura intensiva, e passare da Unità intensiva coronarica a Unità intensiva cardiologica.

La vicinanza con la Rianimazione ha permesso inoltre l'integrazione fra le due funzioni e ha creato un valido supporto nell'accoglimento di pazienti con grado di instabilità elevata, ma che non necessitano di rianimazione, e nella presa in carico di pazienti vasculopatici sottoposti ad intervento chirurgico correttivo, con compromissione cardiaca nell'immediato post operatorio.

Per una migliore gestione dei posti letto, nella stessa area, oltre ai letti intensivi sono stati predisposti letti da utilizzare nel periodo post-intensivo così da rendere autosufficiente l'assetto, dal ricovero alla dimissione, ai fini della migliore gestione delle risorse e delle dotazioni attraverso la massima flessibilità organizzativa.

Il supporto costante al Pronto Soccorso ha permesso altresì la diagnosi precoce nei casi

di dolore toracico aspecifico e di fibrillazione atriale determinando la diminuzione dei ricoveri impropri.

L'attività di diagnostica ecografica è stata garantita ed erogata direttamente a tutte le UU.OO. presenti nel padiglione, anche in regime di urgenza nelle ore notturne.

7.3.3.5 La Breast Unit

Dal 2005 l'Azienda, in linea con le indicazioni delle principali linee guida internazionali sulle Breast Units, ha organizzato un percorso assistenziale per la presa in carico delle donne con tumore al seno secondo un modello integrato di cura che garantisce anche un adeguato supporto psicologico e il sostegno del volontariato.

I diversi anni di esperienza hanno permesso di consolidare le fasi del percorso che richiedevano maggiore attenzione nei confronti della donna anche in considerazione dei suggerimenti rappresentati dalle stesse pazienti e dalle Associazioni di volontariato.

L'operatività del percorso è garantita da un team interdisciplinare e interprofessionale che raccoglie le seguenti professionalità: chirurgo senologo, oncologo medico, infermiere, anatomo patologo, radiologo, chirurgo plastico, radioterapista, fisiatra, fisioterapista, medico di medicina nucleare, psicologo, genetista, ginecologo. Il team contempla tutte le conoscenze e le possibilità diagnostiche e terapeutiche necessarie per fornire un'assistenza di elevata qualità ed efficienza alla donna con tumore mammario, guidandola ed affiancandola nelle diverse fasi del trattamento.

La Breast Unit è inoltre coinvolta nell'attività di screening mammografico e fa parte della Rete Oncologica metropolitana; svolge corsi di formazione continua rivolti al personale coinvolto nel percorso e partecipa attivamente a diversi progetti di ricerca anche a livello internazionale.

L'attività dei professionisti dedicati nell'ambito del team multidisciplinare è una prassi operativa regolare: il Team si riunisce ogni settimana per discutere collegialmente le nuove diagnosi e decidere il programma terapeutico più appropriato per ogni paziente.

Nel 2014 sono state visitate 504 nuove pazienti (in linea con il trend degli anni passati) e sono stati eseguiti complessivamente 523 interventi di chirurgia mammaria. La percentuale di pazienti sottoposte a re-intervento a 90 giorni risulta pari allo 0%.

Nel 2014 sono proseguite anche le attività previste ai fini del mantenimento della certificazione europea EUSOMA attribuita alla Breast Unit. In particolare, sono state avviate diverse iniziative formative interdipartimentali allo scopo di confrontare e standardizzare le competenze multispecialistiche dedicate a diagnosi, trattamento e assistenza della paziente con tumore della mammella, sono proseguiti in un'ottica di learning organization i meeting settimanali interdipartimentali e multidisciplinari di discussione (MDM) di casi clinici e sono stati monitorati, oltre agli indicatori interaziendali, gli indicatori di performance previsti dal sistema EUSOMA che hanno evidenziato il superamento degli standard richiesti in tutti i 10 indicatori che riguardano terapia e diagnostica.

7.3.4 L'Applicazione della normativa privacy

Da uno sguardo d'insieme ai provvedimenti più significativi del Garante per la protezione dei dati personali relativamente al biennio 2012/2013 emerge la varietà degli ambiti nei quali si sono posti, e si porranno, problemi in merito alla protezione dei dati personali.

La complessità delle decisioni adottate dall'Azienda ha riguardato tanto profili specificatamente giuridici, anche in relazione alla evoluzione del contesto normativo italiano ed europeo, quanto profili organizzativi e tecnico-informatici. In particolare si è provveduto a:

- aggiornare le designazioni dei Responsabili e degli Incaricati del trattamento;
- aggiornare il regolamento aziendale in materia di protezione dei dati personali rivedendo anche la parte operativa con la relativa modulistica da utilizzare;
- organizzare iniziative di formazione ed informazione, attraverso incontri di carattere residenziale durante i quali approfondire la disciplina vigente, le responsabilità ed i compiti illustrando doveri ed indicando comportamenti da tenere in situazioni di routine ed emergenza.

L'apertura nel sito intranet, a disposizione di tutto il personale, di una sezione dedicata alla privacy, quale canale di diffusione della "policy aziendale" rappresenta uno degli strumenti volti a tenere aggiornati il personale in merito ai principi fondanti la normativa, alle misure di sicurezza adottate in Azienda e ai comportamenti da seguire nell'utilizzo delle informazioni, dei documenti e dei dati. Nel corso dell'anno sono stati inseriti i più significativi provvedimenti del Garante per la protezione dei dati personali in tema sanità.

Disposizioni sulla sicurezza informatica

Il tema della sicurezza è uno dei temi centrali dell'intera disciplina privacy; obiettivo dell'Azienda è l'adozione di preventive ed idonee misure di sicurezza, tese a ridurre il rischio di accessi non autorizzati ai dati e ai sistemi.

Nell'ambito del processo di riorganizzazione delle responsabilità in materia di privacy, è pertanto sorta l'esigenza di definire un processo evolutivo di miglioramento anche nell'ambito del trattamento dei dati sensibili con modalità informatizzate.

A tal fine è stata attivata un convenzione con l'Azienda USL di Bologna al fine di procedere all'attività di inventariazione e di analisi dei sistemi informativi utilizzati per il trattamento di dati personali e di verificare i regolamenti, i protocolli e gli accorgimenti organizzativi adottati.

La prima fase del progetto è stata dedicata all'analisi delle procedure di autenticazione e autorizzazione adottate all'interno delle singole UU.OO. afferenti ai DAI.

Nel corso dell'anno particolare attenzione è stato rivolto al tema dossier sanitario elettronico (DSE). A tal fine è stata predisposta la modulistica aziendale (informativa, locandina ed opuscolo) per l'utilizzo di tale strumento elettronico ed è stata configurata la maschera di acquisizione del consenso alla costituzione del DSE nel sistema aziendale

[Proseguono le azioni sulla privacy con particolare impegno nella sicurezza informativa per il dossier sanitario elettronico e per il fascicolo sanitario elettronico](#)

denominato "Galileo".

Sono state organizzate giornate formative sul tema DSE ed è in corso di predisposizione il manuale operativo aziendale di riferimento.

Fascicolo Sanitario Elettronico

Lo scorso 14 maggio 2013 è stata emanata dal Direttore Generale alla Sanità e alle Politiche Sociali la circolare 5 contenente "Disposizioni in materia di consegna dei referti tramite Fascicolo Sanitario Elettronico" nella quale si precisa, tra le altre cose, che le aziende sanitarie dovranno presentare un piano di attivazione del servizio di consegna referti mediante Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Successivamente ad integrazione della circolare sopra richiamata, sono state inviate dal Responsabile del Servizio Innovazione e Sviluppo IDT e Tecnologie Sanitarie due comunicazioni in merito alla consegna dei referti tramite FSE e alla trasmissione degli stessi all'infrastruttura regionale SOLE/FSE.

È stato istituito formalmente un gruppo di lavoro sul FSE con mandato del Direttore Sanitario di predisporre un piano operativo aziendale con individuazione delle varie azioni da intraprendere, con particolare attenzione agli adeguamenti informatici necessari all'implementazione della consegna dei referti tramite FSE e alla definizione di un'adeguata campagna informativa rivolta agli utenti, al fine di incentivare l'attivazione del FSE.

7.4 Il recupero dell'efficienza dei servizi di supporto

Di seguito si riporta un focus sulle azioni attuate nell'ambito dell'area Servizi di supporto alla persona (SSP).

Le attività 2014 dell'area sono parte di un progetto triennale (2013-15) di razionalizzazione, riorganizzazione, miglioramento dei servizi. Il progetto si colloca nel quadro strategico aziendale ed agisce per una ulteriore qualificazione e potenziamento delle funzioni primarie istituzionali del Policlinico, di prevenzione, cura e riabilitazione.

7.4.1 Obiettivi

La struttura Servizi di supporto alla persona agisce per ricomporre processi ed attività tradizionalmente frammentate su più funzioni e unità organizzative, con l'intento di ottimizzare, razionalizzare, migliorare gli output dei processi stessi, con un'attenzione doppia, alla qualità del servizio e alla razionalizzazione dei costi.

L'azione si esercita in parallelo sul miglioramento dei servizi in gestione interna ed appaltata, provvedendo alla riprogettazione dei servizi per i futuri contratti, da attivare alla scadenza di quelli in vigore.

In coerenza con gli obiettivi assegnati sono definiti di seguito 3 macro-ambiti di intervento focalizzato, per i quali sono descritte le principali iniziative/attività effettuate e i risultati realizzati:

- Organizzazione e gestione della struttura;
- Settore Ristorazione;
- Servizi Appaltati.

7.4.2 Organizzazione e gestione della struttura

Sulla base della progettazione attivata nel corso del 2013, è stata gestita la nuova struttura organizzativa, tenendo fede ai seguenti aspetti:

focalizzazione delle responsabilità, competenze e mansioni;

- gestione per obiettivi personali e di gruppo;
 - raccolta e gestione di indicatori di performance e customer satisfaction;
- azione sistematica di confronto e crescita professionale.

La struttura ha supportato la messa a regime del processo di integrazione delle responsabilità di carattere gestionale sul fronte tecnico-operativo con la responsabilità economica e contrattuale seguendo l'impostazione e gli indirizzi assegnati dalla direzione.

Sono stati impostati e rafforzati nel corso dell'anno i rapporti con le strutture trasversali, in particolare con i nuovi Programma Igiene Ospedaliera e prevenzione ed Epidemiologia e controllo rischio infettivo correlato alle organizzazioni sanitarie, con cui si sono avviate diverse attività in sinergia sul fronte operativo con interfaccia le unità operative da un

Le attività 2014 dell'area Servizi alla persona sono parte di un progetto triennale (2013-15) di razionalizzazione, riorganizzazione, miglioramento dei servizi.

Nel 2014 è stata consolidata la struttura organizzativa interna con un duplice obiettivo, presidiare la qualità dei servizi nelle unità operative da un lato ed individuare le aree di miglioramento per i futuri contratti d'appalto dall'altro. Si è operato in stretta collaborazione con le altre strutture aziendali e con il contributo tecnico-scientifico dell'Università.

Il progetto Coor-Lab si configura come una piattaforma di confronto e scambio per affrontare e condividere tematiche di lavoro con i Coordinatori Sanitari

lato e la Direzione aziendale dall'altro.

Per migliorare gli output dei progetti di competenza è stata rafforzata la collaborazione con le strutture responsabili del Controllo di gestione e sistema Informativo da un lato e delle Tecnologie e sistemi informatiche dall'altro.

In collaborazione con la struttura Progettazione, sviluppo, investimenti è stato presidiato il progetto europeo EcoQuip, in cui l'Azienda partecipa per l'Italia. Il progetto è indirizzato allo scambio/adozione di pratiche innovative a livello dei partner EU e l'Azienda partecipa con l'intenzione di rafforzare e in parte finanziare il progetto di innovazione sui servizi alberghieri.

Internamente alla struttura è stato fatto inoltre un lavoro di razionalizzazione e potenziamento degli strumenti di lavoro, con particolare attenzione alla relazione fra referenti della struttura, fornitori dei servizi appaltati e unità operative. In particolare è stata potenziata la gestione dei reclami e delle non conformità sui servizi, anche attivando sperimentazioni finalizzate alla informatizzazione dei processi.

Sul fronte specifico della Ristorazione, si è provveduto ad un potenziamento della struttura organizzativa specifica, focalizzando ulteriormente i ruoli di coordinamento sulle aree critiche. Sono stati avviati inoltre alcuni progetti pilota di ricerca e collaborazione con alcune unità operative sul fronte dell'Alimentazione in supporto alla cura.

Sono proseguite attività specifiche di ricerca e collaborazione con le Università, in particolare con l'Università di Bologna, Ingegneria Gestionale, Area organizzazione aziendale, con un progetto di tesi sulla gestione della ristorazione, e con l'Università di Modena e Reggio Emilia, Dipartimento di scienze e metodi dell'Ingegneria, con un progetto legato alla ottimizzazione del servizio di trasporto pazienti.

7.4.2.1 Progetto "Coor-Lab" - Laboratorio con i coordinatori su aree trasversali

E' stato consolidato il progetto "Coor-Lab", avviato con la Direzione Generale nel 2013, per continuare ad avere un sistema strutturato di relazione/partecipazione con i Coordinatori infermieristici delle Unità operative.

Si ricorda che il "Coor-Lab" si configura come piattaforma di confronto e scambio per affrontare e condividere tematiche di lavoro, aree di miglioramento, nuovi progetti ed è composta da diverse azioni e strumenti:

- interventi in plenaria (tutti i coordinatori, tutte le tematiche);
- interventi in piccolo gruppo (coordinatori a partecipazione volontaria, focalizzati per tematica)
- colloqui e confronti sul campo (incontri piccolo gruppo, visite ad personam);
- un'area dedicata sulla intranet aziendale con documentazione, piano incontri e spazio osservazioni.

Il laboratorio agisce con i seguenti compiti:

- stato avanzamento/monitoraggio condiviso delle soluzioni gestionali adottate;
- analisi/confronto sulle problematiche tecniche specifiche riscontrate nelle aree di riferimento, valutazione della risposta ai bisogni, delle tempistiche e modalità di soluzione ai problemi, proposte di miglioramento;
- individuazione, valutazione, monitoraggio di strumenti e procedure di lavoro;
- analisi di trend di indicatori tecnico-economici: SLA (Service Level Agreement), KPI (Key Performance Indicator), Budget;
- ipotesi di nuove soluzioni tecniche e gestionali, lancio di nuovi progetti.

Il laboratorio, nel corso del 2014, ha visto in particolare un approfondimento del servizio "pulizie e sanificazione" e lo sviluppo di un progetto specifico con circa 10 coordinatori di unità operative "campione" teso alla individuazione nuovi parametri per i futuri contratti d'appalto relativi ai servizi di supporto alla persona.

7.4.2.2 Progetto Indicatori Servizi Alberghieri

Il Progetto, ideato con l'intento di fotografare, analizzare e riprogettare in modo partecipato fra personale di supporto e coordinatori infermieristici i livelli di servizio e comportamenti di consumo legati ai servizi di supporto alla persona (in particolare pulizie e sanificazione, gestione biancheria piana e divise, trasporti e logistica di persone e beni, ...) produrrà una serie di indicatori di efficacia ed efficienza (anche in ottica customer satisfaction) che serviranno a rivedere e migliorare il modello di erogazione del servizio all'interno delle unità operative e a ridisegnare il contenuto delle future gare di appalto.

7.4.3 Settore Ristorazione

Le azioni individuate si collocano nel contesto del progetto triennale (2013-15) di riorganizzazione, razionalizzazione, miglioramento dei servizi di ristorazione avviato nella seconda metà del 2012, con la finalità di ottimizzare la produzione, la gestione e l'organizzazione del servizio, razionalizzare la spesa, valorizzare l'offerta e lo sviluppo del mix di prodotti/servizi commerciali/a pagamento, attivare progetti di miglioramento e innovazione sul mix di proposta alimentare.

Sono individuate alcune azioni di intervento specifiche:

- il continuo monitoraggio della riorganizzazione del personale di cucina e relative responsabilità/mansioni con l'obiettivo di migliorare la produttività, ridurre le inefficienze, migliorare il clima interno; è stato portato l'organico a 115 persone, con una riduzione di 6 unità fra pensionamenti, dispense da attività, indirizzo ad altre attività. La riorganizzazione dei turni avviata nel 2013 ha confermato di poter tenere sotto controllo straordinari e assenze.
- una ulteriore revisione degli appalti esterni nell'ottica della razionalizzazione ed ottimizzazione dei processi, in sinergia fra gestione appaltata e gestione diretta; oltre alla conferma delle pulizie di cucina internalizzate (assegnate ai cuochi a

Il settore ristorazione è stato oggetto di ulteriori azioni di riorganizzazione e miglioramento dei servizi che ha portato risparmi consolidati per oltre 1 milione di Euro rispetto all'avvio del progetto.

fine turno con l'intento di accorpare attività e responsabilità sul posto di lavoro e contemporaneamente risparmiare), è stata fatta una seconda revisione del trasporto carrelli vitto in collaborazione con il fornitore ed ulteriormente ridotto l'ambito di attività a suo carico con riduzione costi importante; è stata approfondita l'analisi del lavaggio carrelli con il fornitore, riorganizzato il servizio, ridotta la quota di costo a carico dell'azienda di circa un 5% ed individuato un nuovo sistema di calcolo costi.

- una continua revisione degli acquisti di prodotto alimentare e materiali di consumo, con l'obiettivo di migliorare la resa dei menu nel rapporto qualità-prezzo del mix prodotto-servizio (sia per i degenti che per gli utenti di mensa); sono state confermate scelte di razionalizzazione e miglioramento del paniere d'acquisto (pezzature/confezioni più grandi, meno prodotti confezionati, semplificazione menu veloci).

Altre azioni specifiche:

- conferma della riorganizzazione del layout di mensa Malpighi, con linea veloce realizzata internamente e disbrigo stoviglie a cura del nostro personale: l'inserimento della linea veloce si conferma una scelta di successo ed apprezzata dagli utenti, con circa il 30% di gradimento;
- ulteriore potenziamento del sistema di autocontrollo HACCP (in collaborazione con Programma Igiene e Dipartimento Nutrizione);
- approfondimento del monitoraggio della soddisfazione dell'utente, in particolare con gli utenti di mensa, in stretta collaborazione con Area Comunicazione. Molti i questionari ricevuti dalla mensa, più che raddoppiati nel 2014 rispetto al 2013 (da 280 a 742), e di grande valore i commenti raccolti, che hanno contribuito in modo rilevante all'azione di miglioramento. I dati evidenziano un aumento del gradimento complessivo di circa 8 punti percentuali (da 52.90 a 60.90) nei commenti positivi;
- azioni di promozione e sviluppo delle attività della Ristorazione e dei Servizi alla Persona in collaborazione con Area Comunicazione aziendale, dedicando particolare attenzione alle relazioni stampa sul caso "spending review virtuosa" e adozione del progetto di cui all'Art 16 (ritorno al personale di cucina di parte dei risparmi ottenuti con il progetto di miglioramento della ristorazione aziendale);
- progetti finalizzati di ricerca e collaborazione con Unità operative sul tema Alimentazione e Cura; da citare in particolare il progetto avviato con il reparto Radiologia-Golfieri sui liquidi di contrasto per attività diagnostica;
- sviluppo del progetto di recupero pasti non consegnati, in collaborazione con Last Minute Market; sono circa 20 pasti al giorno (cene) per un totale di oltre 6000 pasti anno;
- formazione del personale, si evidenzia oltre alle azioni ordinarie anche la fase preliminare del progetto di ricerca-formazione con UNISG SlowFood, per cui si prospetta convenzione nel 2015 (formazione agli operatori di cucina, tirocini per la ricerca, supporto alla comunicazione, ecc.)

Per quanto riguarda i **risultati economici** sono stati consolidati ed ulteriormente migliorati gli obiettivi di risparmio attesi per l'anno 2014, consuntivando un risparmio

aggregato di spesa di oltre 1 milione di Euro rispetto al 2011, pari a oltre il 10% dei costi 2011. Su questo importante risultato sarà data ulteriore applicazione alla distribuzione di incentivi al personale ex art. 16 del D.L.98/2011.

7.4.3.1 Ristorazione e servizi commerciali

L'anno 2014 è stato dedicato alla riprogettazione dei servizi di ristorazione e commerciali integrati per disegnare ed implementare un sistema di servizi innovativo, di qualità per gli utenti e con maggiore ritorno economico per l'Azienda.

La progettazione, che ha visto operare un team interno alla SSP in continuo dialogo con le altre competenze aziendali, è stata condotta con grande attenzione al mercato per valutare la compatibilità di un progetto innovativo con il contesto reale e delineare le condizioni di una fattibilità effettiva.

Il bando è stato pubblicato in autunno (novembre) e la gara avrà sviluppo nell'arco dell'anno 2015.

Una volta avviato il nuovo progetto, il sistema definito potrà aumentare in modo rilevante il potenziale volume d'affari per il partner concessionario e a ritorno il valore economico per l'azienda (obiettivo minimo è consolidare lo storico, poi avere le condizioni per una crescita graduale ma stabile).

7.4.4 Servizi Appaltati

La gestione dei servizi in appalto ha visto principalmente lo sviluppo delle seguenti azioni:

Servizio di pulizia e sanificazione ambientale e attività accessorie; la gestione è stata dedicata in gran parte al consolidamento del rapporto con i reparti, al presidio della ditta Operosa e alla qualificazione del servizio per quanto possibile all'interno del quadro contrattuale vigente, alla riduzione della spesa in occasione del rinnovo annuale in attesa dei nuovi contratti.

Si è lavorato a focalizzare il rapporto con Operosa al rispetto della qualità del servizio, con impegno nelle risposte e nelle tempistiche di capitolato; con il marzo 2014 sono entrate a regime ulteriori efficienze economiche pari ad oltre 500.000 € (compresa iva) annui, circa il 5% del valore annuo dell'appalto per il servizio specifico, che tuttavia non hanno impattato con riduzione di prestazioni presso le degenze.

E' stata affrontata una riorganizzazione specifica delle attività di lavaggio stoviglie, con l'obiettivo di ridurre la spesa e ottimizzare i tempi di intervento della ditta, rendendoli più coerenti ai volumi di lavoro prodotti in Cucina.

Dal punto di vista dei risultati economici, è stata chiusa con il fornitore una trattativa aperta da alcuni anni riguardante il riconoscimento della revisione prezzi. In termini economici significa un risparmio di oltre 3 milioni di Euro, in parte dovuti a minori costi 2014 e anni precedenti.

Le azioni attuate sui servizi appaltati hanno consentito di ottenere significativi risparmi. E' stato avviato il percorso per ridisegnare il modello di servizio e i futuri contratti d'appalto.

Servizio di lavanoleggio di biancheria piana e confezionata, dispositivi medici, materasseria e divise per il personale, comprese le attività accessorie; è stato monitorato il servizio in collaborazione con il fornitore per la riduzione dei disservizi, praticamente azzerati rispetto alla biancheria piana. E' stato potenziato il servizio di gestione divise tecniche per sala operatoria con ulteriori armadi di nuova tecnologia che il fornitore è stato disponibile ad installare a sue spese.

Dal punto di vista dell'impatto economico, anche per questo servizio è stata chiusa favorevolmente per l'azienda una trattativa aperta da alcuni anni, centrata soprattutto sulla revisione prezzi. Si parla di un risparmio pari a circa 900 mila euro per il contratto specifico (lavanolo/logistica) fra minori costi 2014 e anni precedenti. L'impatto sul bilancio sarà parte 2014 e parte 2015.

Trasporto pazienti; in parallelo con la trattativa per la ridefinizione della convenzione con Catis/Croce Azzurra, è stata potenziata l'analisi del servizio, in particolare a livello intra-ospedaliero, e l'analisi dei dati finalizzata ad individuare azioni di miglioramento.

Il servizio di trasporto con ambulanze/moss, fino a marzo 2014 contrattualizzato attraverso AUSL Bologna, è stato preso in carico direttamente dall'Azienda con contratto ponte su Catis/Croce Azzurra (alle stesse condizioni del contratto AUSL precedente). Questo con l'obiettivo di procedere verso una gestione autonoma del fornitore (economicamente e operativamente), pur in sinergia con AUSL e COU. E' stato definito il quadro atteso delle nuove condizioni tecniche-gestionali da tenere presente per le nuove convenzioni, finalizzate ad un miglioramento e ad un efficientamento del servizio, oltre che ad una riduzione della spesa in linea con le indicazioni della Regione Emilia Romagna. La negoziazione con i gestori resta difficile anche per la complessità del sistema di Accreditamento regionale.

Con il fornitore di servizi non sottoposti ad Accreditamento (movimentazione pazienti interna ai padiglioni e sotto tunnel) è stato intensificato il controllo del servizio per contenere i ritardi e possibili disservizi; si è inoltre lavorato all'avvio della sperimentazione della richiesta di trasporto "via web" con il Pronto Soccorso (attivata nel mese di dicembre).

Sul fronte del processo di informatizzazione completa della richiesta di trasporto, è proseguita la progettazione del nuovo sistema aziendale "middleware" in collaborazione con SIA e ITB, e con il prezioso contributo tecnico-scientifico del Dipartimento di Scienze e Metodi dell'Ingegneria dell'Università di Modena e Reggio Emilia.

7.5 Altre attività a valenza aziendale

Di seguito si rendicontano alcune attività a valenza aziendale di interesse generale che non hanno trovato spazio in altre parti del bilancio di missione.

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna è **Ente convenzionato con il Tribunale di Bologna per lo svolgimento del lavoro di pubblica utilità**, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274 e dell'articolo 2 - comma 1 - del decreto ministeriale 26 marzo 2001 (limitatamente al reato previsto dall'art.186 del Codice della Strada - guida sotto l'influenza dell'alcool).

La convenzione è stata attivata nell'anno 2011 e, in considerazione dei positivi riscontri, è stata successivamente rinnovata, con validità fino al 31 dicembre 2015 (determinazione n. 280/AG del 19 dicembre 2013).

Il Servizio Affari generali, istituzionali e convenzioni è referente per lo svolgimento dei lavori di pubblica utilità, nei confronti di istituzioni e soggetti coinvolti, e cura i necessari adempimenti amministrativi.

L'attività non retribuita in favore della collettività, in conformità con quanto previsto dall'art. 1 del Decreto Ministeriale 26 marzo 2001, ha ad oggetto prestazioni da svolgersi, presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, nelle aree sotto indicate:

- cucine;
- magazzino;
- punti di accettazione - PDA (percorsi di accesso alle prestazioni ambulatoriali);
- area amministrativa;

fatte salve eventuali diverse individuazioni, in relazione ad aspetti organizzativi o sopravvenute indisponibilità delle aree suddette.

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, tramite la propria Unità Operativa Neonatologia, si è fatta promotrice di una iniziativa mirata a fornire a neonati critici, soprattutto prematuri, la possibilità di usufruire di latte umano qualora la loro madre non ne abbia a sufficienza e, conseguentemente, ha avviato il progetto di creazione di una **Banca del Latte Umano Donato - BLUD**, ispirata ai più elevati standard internazionali.

Per la costituzione della Banca del Latte Umano Donato, nell'anno 2012, è stata sottoscritta una convenzione con Granarolo S.p.A (deliberazione n. 205/2012) che, quale industria leader nella lavorazione del latte, mette a disposizione alcune strutture e presta alcuni servizi di raccolta, trasporto, pastorizzazione, conservazione e successiva consegna delle confezioni di latte materno all'Unità Operativa, sulla base di procedure definite e concordate.

Al progetto BLUD partecipa l'Associazione di volontariato "Cucciolo - Associazione in Bologna dei genitori dei bambini nati pretermine", con cui l'Azienda ha stipulato una convenzione (determinazione n. 99/AG - 2012) che prevede il coinvolgimento di volontari appositamente formati, nel primo contatto con l'utenza, al fine di consentire una prima individuazione delle potenziali donatrici e fissare l'appuntamento con il medico della BLUD.

La convenzione con il Tribunale di Bologna consente di impiegare risorse, sotto il coordinamento del Servizio Affari generali, per l'effettuazione di lavori di pubblica utilità.

Il progetto Banca del Latte Umano Donato (BLUD) è ispirato ai più alti standard internazionali e consente ai neonati prematuri di usufruire di latte umano qualora la loro madre non ne abbia a sufficienza

La "casa Tetto Amico" è affidata alla gestione di ATCOM e consente di offrire una temporanea sistemazione abitativa a persone con patologie connesse all'attività di trapianto

Nel 2014 è stata ripristinata la funzionalità degli archivi ubicati a Minerbio e sono state riviste le modalità di archiviazione e scarto della documentazione amministrativa e sanitaria

Nel 2013, la convenzione tra l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna e la Granarolo S.p.A. per la costituzione della Banca del Latte Umano Donato BLUD è stata integrata prevedendo la possibilità di estendere l'iniziativa ad altre Unità Utilizzatrici site nel territorio della Regione Emilia Romagna (deliberazione n. 184/2013). Alla Banca del Latte Umano Donato aderisce l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara.

Le convenzioni sopra citate sono state rinnovate fino al 31 gennaio 2016.

La convenzione tra Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Azienda USL di Bologna e BolognAIL Onlus per il **servizio di assistenza domiciliare ematologica** prevede terapie di supporto domiciliare a favore di pazienti onco-ematologici, anziani o portatori di handicap, che necessitino di assistenza sanitaria e che, a motivo della loro condizione abbiano difficoltà ad accedere al Day Hospital o agli ambulatori dell'Unità Operativa Ematologia.

La convenzione, attivata nel 2010, è stata rinnovata con validità fino al 31 dicembre 2017 (deliberazione n. 182/2015). La gestione della chemioterapia antitumorale infusiva domiciliare è disciplinata da apposita istruzione operativa (IO03) - approvata dal Direttore del Servizio di Assistenza Ematologica Domiciliare - BolognAIL Onlus e dal Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione dell'Azienda - che costituisce parte integrante della convenzione medesima.

In adesione al progetto "Tetto Amico", promosso e sviluppato da "ATCOM - Associazione Nazionale Trapiantati di Cuore Policlinico S.Orsola - Malpighi", l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, nel 2010, ha sottoscritto il Protocollo d'intenti per l'affidamento ad ATCOM della gestione della struttura "**Casa Tetto Amico**", realizzata per offrire un'adeguata temporanea sistemazione abitativa a persone con patologie che possano trovare soluzione tramite trapianto d'organo oppure a pazienti dimessi, nella fase post - trapianto, per i quali i clinici curanti ritengano opportuna la permanenza nelle immediate vicinanze del Policlinico (deliberazione n. 151/2010).

Il Protocollo d'intenti prevedeva l'impegno dell'Azienda a mettere a disposizione dell'Associazione ATCOM, per la durata di quindici anni dalla sottoscrizione dello stesso, i locali destinati alla gestione della struttura "Casa Tetto Amico", presso il padiglione 29, come specificato nel relativo contratto di comodato (determinazione n. 1089/AT - 2010). In considerazione dei positivi riscontri ottenuti nell'esperienza di "Casa Tetto Amico", nel 2014 è stato realizzato un ampliamento dei locali destinati a detta struttura ed, in tale occasione, è stata concordata con ATCOM un'integrazione al Protocollo d'intenti precedentemente sottoscritto, approvata con deliberazione n. 253 del 30 maggio 2014.

Nel 2013 è stata affidata agli Affari Generali, Istituzionali e Convenzioni la responsabilità della **gestione degli archivi aziendali**. All'inizio del 2014 sono stati riaperti i due depositi destinati ad archivio dell'Azienda ed ubicati presso il Comune di Minerbio, dopo il periodo di chiusura post-terremoto. Conclusa la fase di recupero e riposizionamento dei documenti nei depositi, si è avviata l'attività di riordino archivistico finalizzata alla corretta gestione del flusso documentale, attraverso la progettazione di un sistema di gestione documentale finalizzato ad agevolare la corretta conservazione e razionalizzazione delle

operazioni di scarto, inventariazione e reperimento dei documenti. Infatti nel corso dell'anno 2014 è stato attivato il software per la gestione delle richieste di documentazione attraverso la predisposizione di un database specifico per la gestione delle richieste medesime ed è stato adottato il software archivistico "xDAMS" per l'inventariazione della documentazione, finalizzata alla redazione di un inventario topografico di tipo analitico e alla gestione informatizzata di tutta la documentazione conservata nei due depositi.

I consulenti archivisti hanno coordinato tutte le operazioni di riordino archivistico della documentazione e hanno collaborato all'impostazione delle corrette modalità di gestione dei flussi documentari in entrata ed in uscita ai fini di una corretta gestione complessiva degli archivi. Inoltre contestualmente alle attività di riordino è stata effettuata l'attività di selezione e scarto della documentazione passibile di smaltimento.

Sono state inoltre acquisite le attrezzature per la movimentazione della documentazione (commissionatori e elevatori) ed è stato effettuato il corso di formazione sul campo per gli addetti all'archivio oltre all'attività di addestramento per l'utilizzo delle attrezzature.

Con il coordinamento degli Affari Generali sono stati effettuati incontri formativi in Azienda sulle modalità di archiviazione e scarto destinata agli addetti agli archivi delle strutture organizzative dell'Azienda (UU.OO. ed Uffici amministrativi) ed è stato effettuato il censimento dei nuclei documentari presenti in Azienda, attraverso la compilazione di schede di rilevazione da parte degli addetti agli archivi delle UU.OO..

L'Azienda rispetta l'obiettivo economico 2014 assegnato dalla Regione Emilia-Romagna

7.6 Focus sull'andamento economico finanziario 2010 - 2014

L'Azienda Ospedaliera Universitaria (A.O.U.) di Bologna nell'esercizio 2014 raggiunge pienamente l'obiettivo economico finanziario assegnato dalla Regione Emilia Romagna, realizzando il pareggio di bilancio.

Il rispetto di quanto assegnato dal livello regionale l'Azienda di Bologna si è realizzato anche negli anni precedenti; nella analisi seguente vengono presi in considerazione gli esercizi che vanno dal 2010 al 2014, coincidenti con il mandato regionale assegnato alla Direzione Generale.

L'obiettivo economico è stato realizzato nonostante siano intervenute, nel corso degli esercizi considerati, revisioni nel livello dei finanziamenti introdotti sia da normative nazionali (in particolare L.135/2012 cd spending review: -3,2 milioni €) che da normative regionali (in particolare programma regionale per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile - Auto Assicurazione - (DGR n. 1905/2012): -3,385 milioni €), nonché applicazione di adeguamenti normativi sul lato dei costi (basti ricordare l'incremento di +2 punti IVA, da 20% a 22%).

L'andamento complessivo del Valore della Produzione (fonte dati: conto economico - schema regionale) e del Costo della Produzione (fonte dati: conto economico - schema regionale) mostrano un andamento in lieve crescita e coerente; dai macro valori si evidenzia un contenimento e governo della struttura dei costi della produzione, che registra vs l'anno di riferimento 2010 un incremento inferiore rispetto a quello del valore della produzione.

Tabella 7.1 Valore della produzione (Schema regionale in milioni di euro)

Descrizione	Consuntivo 2010	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Cons.2014/Cons.2010	
Valore della Produzione	543,981	554,086	574,334	562,025	563,590	14,047	2,58%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Tabella 7.2 Costi della produzione (Schema regionale in milioni di euro)

Descrizione	Consuntivo 2010	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Cons.2014/Cons.2010	
Costi della Produzione	536,433	541,588	556,837	545,877	547,888	11,365	2,12%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

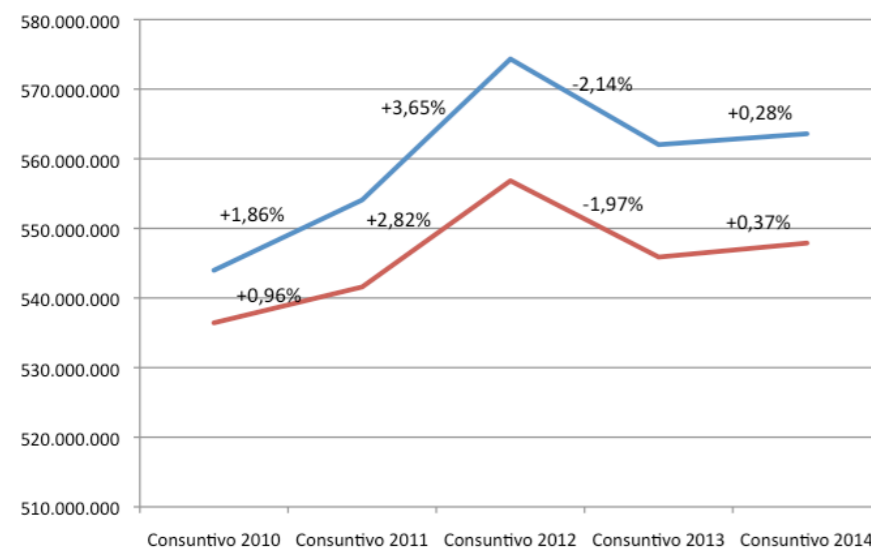
Se il valore del costo della produzione viene analizzato al netto del valore degli accantonamenti per rischi ed altri accantonamenti, l'evoluzione evidenzia un sostanziale stabilità della struttura dei costi.

Tabella 7.3 Evoluzione dei costi della produzione (anno 2010/2014 in milioni di euro)

Descrizione	Consuntivo 2010	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Cons.2014/Cons.2010	
Costi della Produzione (al netto Accantonamenti rischi e altri accantonamenti)	525,543	531,995	532,296	528,391	519,810	-5,733	-1,09%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 7.1 Andamento del valore e dei costi della produzione (anno 2010/2014)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Nell'ambito del contributo ricevuto dal livello regionale a garanzia dell'equilibrio economico finanziario aziendale (cd FONDO DI SOSTEGNO), si evidenzia un contenimento significativo che porta l'azienda al 2014 ad un valore in linea con quanto assegnato ad altre aziende della Regione.

Tabella 7.4 Contributo regionale a garanzia dell'equilibrio economico finanziario (anno 2010/2014)

Descrizione	Consuntivo 2010	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Cons.2014/Cons.2010	
Costi della Produzione (al netto Accantonamenti rischi e altri accantonamenti)	20,690	20,690	14,539	10,170	10,940	-9,750	-50,84%
	20.690.000	20.690.000	14.539.318	10.170.286	10.940.000	-9.750.000	-47,12%

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Dall'esercizio 2013 l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna ha partecipato con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e le AUSL di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini alla fase sperimentale del programma regionale per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile - Auto Assicurazione - (DGR n. 1905/2012). La Regione Emilia Romagna ha costituito un fondo per far fronte ai risarcimenti di seconda fascia (per il 2013 oltre 100 mila euro dal 2014 oltre 250 mila euro). Il fondo regionale è stato costituito trattenendo alle Aziende sperimentatrici le risorse.

Ne consegue che i contributi regionali indistinti dell'Azienda per l'anno 2014 sono rappresentati al netto della quota trattenuta, pari a 3,385 milioni di euro.

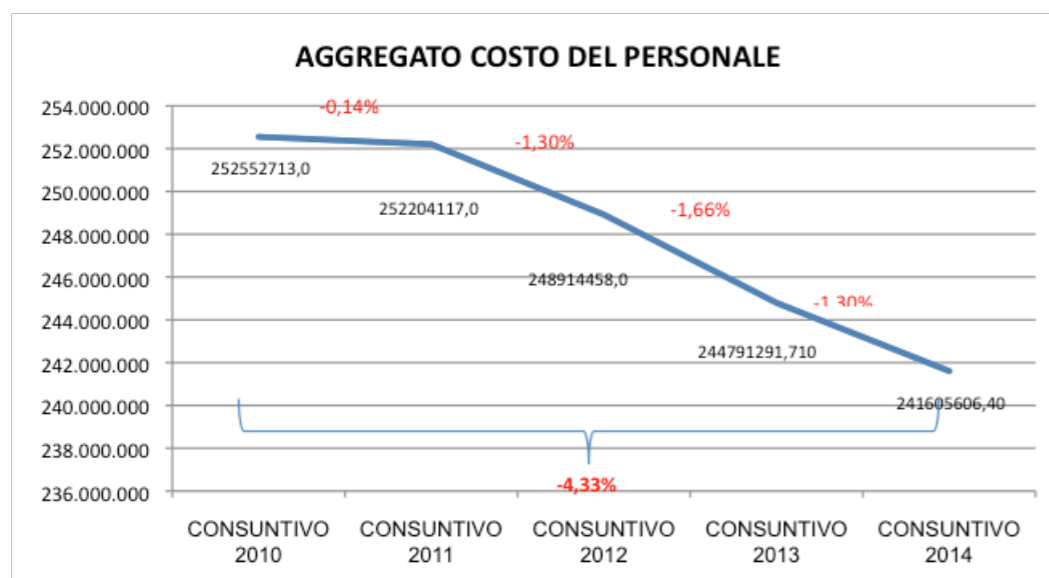
L'evoluzione del costo complessivo del personale, ovvero personale dipendente e personale libero professionista nonché ore di lavoro remunerate in simil alp-ore aggiuntive, vede nel corso degli ultimi 4 anni un contenimento complessivo, fino a registrare una riduzione del -4,45% vs l'anno 2010.

Tabella 7.5 Evoluzione del costo complessivo del personale

	CONSUNTIVO 2010	CONSUNTIVO 2011	CONSUNTIVO 2012	CONSUNTIVO 2013	CONSUNTIVO 2014	DIFFERENZA CONSUNTIVO 2014 VS 2010	SCOSTAMENTO (%) SU PRECONSUNTIVO 2010
PERSONALE DIPENDENTE E UNIVERSITARIO	244.047.799	245.028.228	242.782.336	238.843.895	234.519.799	- 9.528.000	
LAVORO INTERINALE E COLLABORAZIONI SANITARIE	6.667.346	6.032.623	5.015.630	5.060.623	6.141.395	- 525.951	
LAVORO INTERINALE E COLLABORAZIONI NON SANITARIE	1.181.804	595.474	416.379	483.068	520.796	- 661.008	
SIMIL ALP	655.764	547.792	700.113	403.705	423.616	- 232.148	
AGGREGATO COSTO DEL PERSONALE	252.552.713	252.204.117	248.914.458	244.791.292	241.605.606	- 10.947.107	4,33
IRAP	15.252.392	15.186.139	15.092.141	14.767.035	14.624.860	- 627.532	
ALTRI COSTI	481.794	5.504.179	644.584	310.000	127.655	- 354.139	
TOTALE COMPLESSIVO	268.286.899	272.894.435	264.651.183	259.868.327	256.358.121	- 11.928.778	4,45

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Grafico 7.2 Aggregato Costo del Personale (anno 2010/2014)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

In particolare il contenimento del costo del personale dipendente, analizzato per profilo professionale, ha visto l'evoluzione seguente:

Tab. 7.6 Costo personale dipendente (2010-2014)

Costo del personale dipendente	Consuntivo 2010	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Differenza consuntivo 2014 vs 2010	Scostamento (%) su consuntivi vs 2010
Personale medico e veterinario	83.013.132	83.072.484	82.469.771	81.947.327	80.911.287	-2.101.845	-2,53
Personale sanitario non medico	111.147.044	110.987.568	110.176.835	107.689.827	105.507.402	-5.639.642	-5,07
Personale professionale	1.228.175	1.340.345	1.346.618	1.285.921	1.137.898	-90.277	-7,35
Personale tecnico	35.934.598	36.561.138	35.957.399	35.559.942	34.765.045	-1.169.553	-3,25
Personale amministrativo	12.724.050	13.066.693	12.831.713	12.360.878	12.198.168	-525.882	-4,13

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

L'evoluzione delle unità di personale (tempo pieno equivalente) con contratto di lavoro subordinato e autonomo finanziate con risorse ordinarie di bilancio vede, dal 2010 ad oggi, una riduzione significativa, pur avendo mantenuto il livello di servizio sanitario previsto dalla programmazione cittadina e regionale.

Tab. 7.7 Evoluzione costo personale contratti di lavoro subordinato-autonomo/interinale (2010-2014)

PERSONALE	UNITA' TP EQ ANNO 2010	UNITA' TP EQ ANNO 2011	UNITA' TP EQ ANNO 2012	UNITA' TP EQ ANNO 2013	UNITA' TP EQ ANNO 2014	DIFFERENZA 2014 VS 2010
CONTRATTI DI LAVORO SUBORDINATO	4828	4845	4777	4670	4581	-247
CONTRATTI DI LAVORO AUTONOMO/INTERINALE	106	65	46	45	72	-34
TOTALE	4934	4910	4823	4715	4653	-281

Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

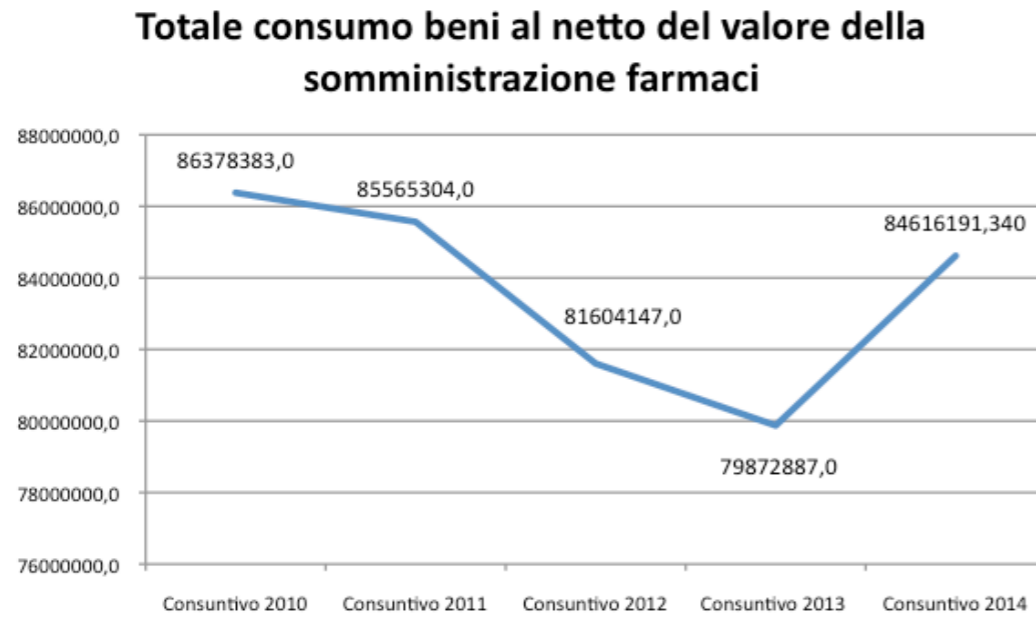
Nel corso del periodo analizzato, sono state sviluppate azioni volte alla razionalizzazione, alla riorganizzazione ed al miglioramento dei servizi aziendali.

In particolare, con l'adozione della delibera aziendale n. 31 del 31/01/2012 "Riassetto organizzativo della direzione Aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna", si è avviato il percorso di riorganizzazione dei servizi trasversali e di supporto; a seguito di tale provvedimento, è stata definita la struttura del Regolamento di Organizzazione Aziendale, al fine di descrivere e definire l'organizzazione e il funzionamento delle strutture organizzative orizzontali e verticali a supporto dell'azione di governo della Direzione.

7.5.3 Analisi costi di produzione – beni e servizi

Al fine di una corretta e completa valutazione del consumo di beni, sanitari e non sanitari, è opportuno analizzare il dato di acquisto ed il dato di variazione delle scorte, oltre all'impatto della somministrazione diretta dei farmaci non direttamente legata al ciclo produttivo (valori in migliaia di euro):

Grafico 7.3 Consumo beni al netto del valore somministrazione farmaci (anno 2010/2014)



Fonte: AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi

Ringraziamenti

Questa versione del Bilancio di Missione è stata elaborata grazie al contributo del gruppo aziendale coordinato da Barbara Monte e composto da Federica Banorri, Lucia Bortoluzzi, Cristina Caravita, Elisa Casadio, Cinzia Castellucci, Filippo Caniglia, Alessandra De Palma, Maria Luisa Diodato, Andrea Frabetti, Alessandra Illuminati, Diego Lauritano, Ilaria Nonni, Nevio Samorè, Luisa Scardovi, Daniela Stagni, Marco Storchi, Martina Taglioni, Stefano Vezzani, Laura Vigne, Enrichetta Zanotti.

Si ringrazia Sandra Venero (per l'Azienda USL) che ha collaborato alla rendicontazione dei progetti di collaborazione ed al contesto di riferimento cittadino.

Un sincero grazie anche a tutti coloro che hanno contribuito a raccogliere i dati e le informazioni necessarie a supporto del gruppo di lavoro e, in alcuni casi, hanno partecipato alla redazione dei capitoli.

La versione grafica è stata come di consueto curata da Marco Menichetti.



Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Policlinico S. Orsola - Malpighi
via Albertoni, 15 - 40138 Bologna
www.aosp.bo.it

Ufficio Comunicazione e Ufficio Stampa