

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOPSO_BO
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000168
DATA: 15/07/2020 09:33
OGGETTO: RELAZIONE SULLA PERFORMANCE - ANNO 2019

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Gibertoni Chiara in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Lavazza Luca - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Samore' Nevio - Direttore Amministrativo

Su proposta di Laura Vigne - CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMA INFORMATIVO che
esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [01-01]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- CENTRO LOGISTICO
- PERCORSI AMBULATORIALI INTEGRATI
- Servizio Unico Metropolitan Contabilita' e Finanza (SUMCF)
- MEDICINA LEGALE E GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO
- DIPARTIMENTO MEDICO DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E DELLE DISABILITA'
- DIPARTIMENTO DELLE INSUFFICIENZE D'ORGANO E DEI TRAPIANTI
- DIPARTIMENTO DELLA MEDICINA DIAGNOSTICA E DELLA PREVENZIONE
- DIPARTIMENTO TESTA, COLLO E ORGANI DI SENSO
- DIPARTIMENTO DELL' EMERGENZA-URGENZA
- DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
- DIPARTIMENTO DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELLE MALATTIE UROLOGICHE
- DIPARTIMENTO DELL' APPARATO DIGERENTE
- DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA E DI EMATOLOGIA
- ANTICORRUZIONE TRASPARENZA E RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'
- RICERCA ED INNOVAZIONE
- PROGETTAZIONE, SVILUPPO E INVESTIMENTI
- GESTIONE DEL PATRIMONIO
- CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMA INFORMATIVO



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

- INGEGNERIA CLINICA
- FARMACIA CLINICA
- UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO
- DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
- SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE
- SERVIZI DI SUPPORTO ALLA PERSONA
- SERVIZIO LEGALE ED ASSICURATIVO
- ATTIVITA' GENERALI ED ISTITUZIONALI
- INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT)
- SUPPORTO ALLA GESTIONE DEI PROCESSI ASSISTENZIALI DAI
- AREA CARDIO TORACO VASCOLARE E TRAPIANTI
- VALUTAZIONE DEL PERSONALE
- GESTIONE DELLE RELAZIONI SINDACALI
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP (SC)
- MONITORAGGIO E SUPPORTO ALL'ACQUISIZIONE PERSONALE DIRIGENTE SANITARIO
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP (SC)
- GOVERNO CLINICO, QUALITA', FORMAZIONE
- FISICA SANITARIA
- U.O.MEDICINA DEL LAVORO - VIOLANTE
- PR.PROG. UNIF.REV.RETI INT, SVIL. PROG.DG, COORD. RUA L.ATT
- PERCORSO MATERNO INFANTILE
- SETTORE AMMINISTRATIVO DEL DIPARTIMENTO TECNICO
- IGIENE E RISCHIO INFETTIVO
- FUNZIONI TRASVERSALI DI DIREZIONE SANITARIA
- PERCORSO INTERNISTICO
- PERCORSO CHIRURGICO
- RICERCA E FORMAZIONE NELLE PROFESSIONI SANITARIE

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000168_2020_delibera_firmata.pdf	Gibertoni Chiara; Lavazza Luca; Samore' Nevio; Vigne Laura	74C1E31451CE452EFF7EBAA02AB90D0C897709AFA911FCD80DBA7E90EE4AB972
DELI0000168_2020_Allegato1.pdf:		25B41CE96CACA3AEB8D85435423654F55396BFA1EC785787FD7CA0EF1933A053
DELI0000168_2020_Allegato2.pdf:		05E4D86161C98F2C2A98916204E784018D7745435A67AD309D6A5EF3C222ABA5



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.
 Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

DELIBERAZIONE

OGGETTO: RELAZIONE SULLA PERFORMANCE - ANNO 2019

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamato il D.lgs. 150/2009 ad oggetto "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" così come integrato e modificato dal D.lgs 74/2017;

Preso atto del quadro di riferimento normativo relativo al sistema di trasparenza e integrità dei controlli:

- Legge n. 190/2012 ad oggetto "Disposizione per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il D.lgs n. 33/2013 ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- il D.lgs. n. 97/2016 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza. Correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n.33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";

Considerato che la Regione Emilia Romagna con Legge n. 26/2013 "Disposizioni vigenti in materia di organizzazione del lavoro nel sistema delle amministrazioni regionali" e con DGR 334/2014 di "Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'Organismo indipendente di valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale e per l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente (ARPA) della Regione Emilia-Romagna" ha ,tra l'altro, disposto di procedere alla approvazione della disciplina in ordine alla attivazione e al funzionamento dell'Organismo indipendente unico di valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale e ha disciplinato per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, il modello di riferimento in materia di ottimizzazione della produttività, dell'efficienza e della trasparenza, in applicazione del citato D.lgs n. 150/2009;

Visti:

- la Legge della Regione Emilia Romagna 16 luglio 2018, n. 9 "Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle aziende sanitarie e gestione sanitaria accentrata. Abrogazione della legge Regionale 20 dicembre 1994, n. 50, e del Regolamento regionale 27 dicembre 1995, n. 61. Altre disposizioni in materia di organizzazione del Servizio sanitario regionale" che richiama, tra l'altro, la Relazione sulla Performance quale documento di rendicontazione annuale degli obiettivi e

dei risultati raggiunti indicati nel Piano della performance, strumento di programmazione pluriennale delle Aziende sanitarie regionali;

- il Decreto n. 35/2019 di emanazione del “Regolamento per il funzionamento degli OIV della Regione Emilia-Romagna e degli enti del sistema delle amministrazioni regionali”;

Richiamata la deliberazione dell’Organismo indipendente di valutazione unico del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR) n. 3/2015 ad oggetto “Aggiornamento delle linee guida sul Sistema di misurazione e valutazione della performance” con la quale si è proceduto ad un aggiornamento operativo, a partire dall’anno 2016, delle linee di indirizzo, già emanate con delibera 1/2014 dell’OIV-SSR, nell’ambito del Ciclo di Gestione della Performance che hanno fornito precisazioni in merito, tra l’altro, alla struttura e ai contenuti della Relazione sulla Performance, documento di rendicontazione, con validità annuale, che evidenzia a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, articolato in due sezioni contenenti elementi informativi relativi:

- alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance aziendale;
- all’evoluzione registrata per gli indicatori di risultato rispetto agli andamenti attesi, nelle diverse dimensioni ed aree di performance in cui è strutturato il piano;

Richiamate inoltre le deliberazioni aziendali:

- n. 166 del 3 agosto 2018 di adozione del Piano della Performance 2018 – 2020;
- n. 334 del 31.12.2019 di nomina dei componenti dell’Organismo aziendale di supporto (OAS) di questa Azienda per l’anno 2020;
- n. 26 del 31.1.2020 di approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e del programma della trasparenza 2020 – 2022;
- n. 131 del 29.05.2020 di adozione del Bilancio di esercizio 2019;

Tenuto conto della nota PG 2020/0447598 del 18.6 2020, con la quale l’OIV-SSR fissa al 30 giugno 2020 la data di adozione, da parte delle Aziende del SSR, della Relazione sulla Performance 2019;

Preso atto della validazione della Relazione sulla performance 2019, da parte dell’Organismo Aziendale di Supporto;

Considerato che, in attuazione della normativa vigente sopra richiamata, la Relazione sulla Performance 2019 deve essere pubblicata nella apposita sezione del sito internet aziendale “Amministrazione trasparente”;

Ritenuto pertanto di approvare la Relazione sulla Performance per l'anno 2019 allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale (All.1);

Delibera

per le motivazioni diffusamente esposte in premessa:

1. di approvare la Relazione sulla Performance per l'anno 2019, nel testo allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale (All. 1);
2. di provvedere alla pubblicazione della Relazione sulla Performance per l'anno 2019 sul sito internet aziendale "Amministrazione Trasparente" unitamente alla pubblicazione della Relazione del Direttore Generale sulla Gestione, parte integrante del Bilancio d'esercizio 2019.

Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:

Laura Vigne

Relazione sulla Performance 2019



POLICLINICO DI **SANT'ORSOLA**

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



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
Anno 2019

- Giugno 2020 -

INDICE

1.Premessa.....	3
2.Executive summary.....	5
3.1 Dimensione di performance dell'utente.....	9
3.1.1 Area di performance dell'accesso e della domanda.....	9
3.1.2 Area di performance dell'integrazione.....	24
3.1.3 Area di performance degli esiti.....	46
3.2 Dimensione di performance processi interni.....	49
3.2.1 Area di performance della produzione.....	49
3.2.2 Area della performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico.....	56
3.2.3 Area di performance dell'organizzazione.....	73
3.2.4 Area dell'anticorruzione e della trasparenza.....	75
3.3 Dimensione di performance innovazione sviluppo..	77
3.3.1 Area di performance della ricerca e della didattica.....	77
3.3.2 Area di performance dello sviluppo organizzativo.....	87
3.4 Dimensione di performance della sostenibilità..	93
3.4.1 Area di performance economico-finanziaria.....	93
3.4.2 Area di performance degli investimenti.....	136
4.Misurazione e valutazione della performance....	141
5.Indicatori di risultato.....	145

1 Premessa

La Relazione sulla performance è il documento mediante il quale l’Azienda illustra ai cittadini e agli stakeholder, interni ed esterni, i risultati raggiunti nel corso dell’anno, con riferimento all’anno precedente e rispetto ai singoli obiettivi programmati nel Piano della Performance aziendale e alle risorse utilizzate.

Con la Relazione si chiude il ciclo della performance previsto dalla normativa nazionale (D.lgs. ottobre 2009 n. 150 come modificato dal D.Lgs 74/2017 – e delibere CIVIT 112/2010, 1/2012, 5/2012) e definito nei propri contenuti, dalle linee guida regionali con le deliberazioni dell’Organismo Indipendente di Valutazione unico per la Regione Emilia-Romagna (OIV-SSR) N. 1/2014 e N. 3/2016 che hanno fornito le indicazioni metodologiche e operative per realizzare il Ciclo di gestione della performance.

Il ciclo della performance è il processo aziendale posto in essere per la definizione degli obiettivi e per i piani di attività ad essi collegati, ed attraverso cui si provvede alla misurazione, alla valutazione ed alla rendicontazione dei risultati perseguiti alla fine del ciclo.

Per una piena integrazione del ciclo di gestione della performance l’Azienda attua diverse misure volte a garantire una opportuna informazione verso utenti e stakeholders, allo scopo di sostenere forme diffuse di informazione e controllo per favorire la prevenzione della corruzione e dell’illegalità, compreso quanto previsto in merito agli obblighi di trasparenza. In particolare, sono pubblicate sul sito istituzionale e aziendale le seguenti informazioni:

- informazioni concernenti l’assetto organizzativo aziendale, derivante dai documenti aziendali: “Atto aziendale” e “Regolamento organizzativo aziendale”; “Piano della performance 2018-2020”;
- il Piano triennale di prevenzione della corruzione e del Programma della trasparenza;
- indicatori relativi agli andamenti gestionali e delle attività;
- risultati dell’attività di misurazione e valutazione. In particolare vengono pubblicati sul portale istituzionale nell’area “Trasparenza e rendicontazione” documenti di rendicontazione aziendale quali: la relazione sulla performance, il bilancio di esercizio, le attività e gli impegni del Policlinico per i cittadini e i pazienti, il piano triennale per la razionalizzazione dei beni mobili ed immobili;
- retribuzione dei dirigenti con specifica evidenza sulle componenti variabili della retribuzione e delle componenti legate alla valutazione di risultato;
- curricula dei dirigenti e dei titolari di posizione organizzativa.

Il presente documento rendiconta, quindi, i principali risultati di performance conseguito nel 2019 rispetto agli indicatori definiti nel Piano della Performance 2018-2020 con particolare attenzione agli obiettivi assegnati dalla Regione per l'anno 2019 con la DGR 977/2019 (si veda nello specifico l'Allegato Capitolo della Relazione del Direttore Generale al bilancio di esercizio 2019)

Sulla base del quadro normativo di riferimento la Relazione della Performance è articolato in due sezioni contenenti:

- elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2018-2020;
- l'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato, con commenti/spiegazioni in relazione agli andamenti attesi.

Il Piano della Performance e la Relazione della Performance sono sviluppati secondo le articolazioni dell'albero della performance che è strutturato su 2 livelli, mediante Dimensioni della performance ed Aree della performance attraverso le quali è possibile individuare un collegamento indicativo con le priorità strategiche stabilite dalla Direzione Generale dell'Azienda strettamente correlate agli obiettivi di programmazione regionale.

La Regione Emilia-Romagna ha messo a disposizione un portale con un ambiente dedicato alle Direzioni delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale per monitorare e valutare, tramite sistemi di indicatori e dashboard direzionali, l'assistenza erogata.

Per le diverse Dimensioni/Aree della performance, sono stati individuati un insieme di indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, in modo da garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema, assicurando inoltre una piena valorizzazione dei sistemi e delle banche dati esistenti a livello regionale e la standardizzazione nella loro elaborazione.

Attraverso l'individuazione degli specifici indicatori di risultato registrati nel Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (InSIDER) è possibile per l'Azienda mettere in relazione in maniera stringente, per ogni obiettivo indicato, il sistema di programmazione al successivo sistema di misurazione e valutazione della performance nel suo complesso o dei singoli gruppi o individui.

2 Executive summary

L'anno 2019 è stato caratterizzato dal proseguimento dei processi di riorganizzazione e integrazione, che hanno orientato sempre più l'Azienda verso una gestione integrata dei percorsi di cura e di tutte le attività ad essi connessi e da un quadro normativo ed economico sempre più restrittivo e vincolato.

In tale contesto, di grande cambiamento e di forte razionalizzazione delle risorse, si è rilevato fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi, l'impegno e l'elevata competenza del capitale umano del Policlinico.

Gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori e gli strumenti per la misurazione della performance aziendale nelle sue diverse dimensioni, vengono esplicitati nel piano della performance che rappresenta il documento di programmazione triennale previsto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento (DLgs 150/2009; L. RER 26/2013, L. RER 9/2018).

Il processo di budget aziendale è coerente con le azioni individuate nell'ambito del percorso regionale attuativo della certificabilità di bilancio (DGR 685/2013), nell'ambito del quale è stata definita la procedura aziendale per la negoziazione del budget con le diverse articolazioni organizzative aziendali.

La Direzione Generale ha proseguito anche per il 2019, il percorso di razionalizzazione e di integrazione intrapreso negli anni scorsi e declinato nelle schede di budget delle unità operative, gli obiettivi di mandato definiti dall'Assessorato alla Politiche per la Salute (DGR 2151/2016 e DGR 1568/2019), formulati sulla base del Programma di mandato della Giunta della Regione Emilia-Romagna (DGR 977/2019).

Le azioni adottate per il 2019, coerentemente con la dinamica delle risorse e degli obiettivi e i risultati attesi espressi nella programmazione regionale e locale riguardano:

- Linee di attività;
- La razionalizzazione dei consumi;
- I piani di sviluppo;
- Gli standard qualitativi;
- Obiettivi specifici differenziati fra le diverse unità operative.

Il cui piano delle azioni è ispirato alle seguenti aree di risultato:

▪governo liste d'attesa ricoveri: miglioramento tempi d'attesa e sviluppo progettualità tra le Aziende dell'area metropolitana per ottimizzare le attività operatorie;

- accesso all'attività specialistica: governo dei tempi di attesa e prossimità dell'offerta, anche mediante la definizione di pacchetti di prestazioni/percorsi di presa in carico;
- governo accesso in emergenza: sviluppo delle azioni volte al contenimento dei tempi di permanenza in PS;
- verifica dell'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate;
- sviluppo del processo di prevenzione del rischio e le il miglioramento della sicurezza delle cure;
- ottimizzazione dell'efficienza ospedaliera attraverso il perseguimento di tassi di occupazione delle aree di degenza in linea con le medie regionali, ottimizzazione della gestione per intensità di cura, razionalizzazione delle linee di attività;
- governo dei processi di integrazione in ambito metropolitano e di area vasta;
- attività di ricerca: in continuità con gli anni precedenti è prioritaria la valorizzazione della partecipazione degli operatori e condizioni favorevoli per la sperimentazione clinica attraverso:
 - a. Rilevazione delle pubblicazioni scientifiche;
 - b. Monitoraggio degli studi clinici-predisposizione della relazione annuale sullo stato di avanzamento degli studi approvati dal Comitato Etico;
 - c. Rispetto dei tempi di rendicontazione dei progetti di ricerca finanziati
- Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie, prevenzione della violenza sugli operatori e interventi in materia di adesione del personale dipendente alle vaccinazioni
- Integrazione in area vasta e in area provinciale di funzioni specifiche e alcune specifiche linee di attività e strutturazione profili di cura integrati fra le diverse professionalità, sviluppo di aree con gestione per intensità di cura;
- Miglioramento nella produttività e nell'efficienza nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA.

Anche nel 2019, a seguito dei processi di integrazione interaziendali avviati con le aziende sanitarie presenti sul territorio provinciale, sono stati organizzati degli incontri di negoziazione con la definizione di obiettivi condivisi dalle aziende. La negoziazione e la scheda di budget hanno carattere interaziendale per le seguenti unità operative:

- Medicina nucleare (AOU BO, AUSL BO)
- Malattie Infettive (AOU BO, AUSL BO)
- Medicina del Lavoro (AOU BO, AUSL BO, IIOORR)
- Pneumologia interventistica (AOU BO, AUSL BO)
- Dermatologia (AOU BO, AUSL BO)
- Chirurgia Generale Patologia della mammella (AOU BO, AUSL IMOLA)
- Chirurgia Vascolare (AOU BO, AUSL BO, AUSL IMOLA)
- NeuroMet (AOU BO, AUSL BO)
- Genetica Medica (AOU BO, AUSL IMOLA)
- SUMAP (AOU BO, AUSL BO, IIOORR)
- SUMCF (AOU BO, AUSL BO, IIOORR)
- SAM (AOU BO, AUSL BO, IIOORR)

A seguire si riporta la rendicontazione delle azioni che la Direzione ha inteso perseguire in coerenza con gli obiettivi di mandato ricevuti, evidenziando gli aspetti ritenuti rilevanti. L'articolazione della rendicontazione segue l'albero della performance che è strutturato su due livelli "dimensione" e "area":

Albero della performance

↳ Dimensione di performance dell'utente

- Area di performance della dell'accesso
- Area di performance dell'integrazione
- Area di performance degli esiti

↳ Dimensione di performance dei processi interni

- Area di performance della produzione
- Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
- Area di performance dell'organizzazione
- Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza

↳ Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo

- Area di performance della ricerca e della didattica
- Area di performance dello sviluppo organizzativo

↳ Dimensione di performance della sostenibilità

- Area di performance della performance economico finanziaria
- Area di performance degli investimenti

3.1 Dimensione di performance dell'utente

3.1.1 Area di performance dell'accesso e della domanda

Tempi attesa e garanzia dell'accesso per i ricoveri programmati

In ragione delle emanazioni DGR 272/2017 e DGR 603/2019, che dettagliano gli indirizzi in materia di gestione dei ricoveri programmati di ambito chirurgico, l'Azienda ha avviato gruppi di lavoro e attività necessarie all'assolvimento di quanto indicato dai vari obiettivi.

Rispetto dei criteri di priorità di accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali

- I referenti di lista delle diverse U.O., in collaborazione con il responsabile unitario dell'accesso (RUA) aziendale, sovrintendono alla periodica pulizia delle liste. Si è inoltre consolidata la collaborazione costante con il RUA aziendale che provvede ad interpellarli per la segnalazione e presa in carico di pazienti che sono prossimi alla scadenza dei tempi di attesa previsti dalle classi di assegnazione, in particolare per la patologia oncologica;
- L'Azienda nel corso del 2019, ha provveduto a completare la codifica anche delle restanti patologie e procedure inserite in liste d'attesa non SIGLA;
- Ai fini di un monitoraggio più stringente delle liste d'attesa e dei tempi di erogazione dei ricoveri oggetto di analisi da parte della Regione, il gruppo di lavoro aziendale formato dal RUA e dai servizi di supporto (controllo di gestione e tecnologie informatiche) ha proseguito le attività di strutturazione del software che permette di valutare "real time" la situazione delle singole liste e di conseguenza dei tempi di erogazione degli interventi. Ciò ha consentito e consentirà di intercettare in tempi molto rapidi eventuali criticità che si dovessero verificare al fine di avviare tempestivamente un dialogo con i professionisti di riferimento per condividere i correttivi necessari. Tale software, è stato messo a disposizione dei referenti di lista delle varie UU.OU. e consente di individuare le criticità presenti in ogni singola lista affinché le potenzialità e capacità di monitoraggio diventino "*modus operandi*" e patrimonio delle singole UU.OO.

- **Uniformare percorsi e modalità di presa in carico dei pazienti avviati all'intervento chirurgico (attività di prericovero):** nel corso del 2019 si è proseguito con le attività di revisione/implementazione dei percorsi di prericovero che, per la nostra azienda, vedono la piena rispondenza a quanto richiesto dalle Linee di indirizzo regionali del 2 maggio 2018 in quasi la totalità delle discipline prese in carico. Durante il 2019 è stato attivato il pre-ricovero per i pazienti della Chirurgia Vascolare.
- **Pubblicazione dei dati:** sono stati pubblicati i dati previsti dalle norme sulla trasparenza nella sezione del portale internet aziendale Amministrazione Trasparente. È presente una pagina dedicata alle liste di attesa con i dati relativi ai ricoveri chirurgici programmati.

L'Azienda ha proseguito le attività di analisi delle criticità avviate nell'anno precedente a seguito delle quali ha individuato ulteriori aree di intervento sulle quali ha implementato possibili soluzioni organizzative per consentire:

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

OBIETTIVI PROGRAMMAZIONE REGIONALE

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

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

Analisi degli andamenti e delle criticità degli interventi monitorati
(monitoraggio anno 2019 – Aggiornamento Febbraio 2020)

PATOLOGIA ONCOLOGICA

1.AMBITO ONCOLOGICO

Patologia	Obiettivo RER	Anno 2018	Anno 2019
Tumore maligno Mammella	90%	98,1%	98,1%
Tumore maligno Polmone	90%	91,4%	89,8%
Tumore maligno Colon	90%	90,2%	95,4%
Tumore maligno del retto	90%	96,2%	93,2%
Tumore maligno tiroide	90%	51,2%	48,1%
Tumore Maligno Utero	90%	76,1%	92,6%
Melanoma Maligno	90%	84,6%	89,4%
Tumore della prostata	90%	23,6%	42,1%

INTERVENTI PER TUMORE DELLA MAMMELLA:

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

INTERVENTI PER TUMORE DELLA PROSTATA:

Per questo tipo di tumore le criticità sono note e legati agli enormi volumi di patologia oncologica che gravitano quasi esclusivamente sul nostro ospedale. Il confronto con le altre due aziende dell'area metropolitana evidenzia i seguenti volumi di intervento di prostatectomia:

Policlinico S. Orsola:

Anno 2019: 546 interventi

Anno 2018: 441 interventi

Ausl di Bologna:

Anno 2019: 121 interventi

Anno 2018: 84 interventi

Ausl di Imola:

Anno 2019: 32 interventi

Anno 2018: 44 interventi

I volumi dell'Azienda Ospedaliera sono circa 5 volte quelli dell'Azienda Usl di Bologna e 17 volte quelli dell'Azienda Usl di Imola. Anche per l'anno 2019 si conferma il trend in incremento degli interventi di prostatectomia (+23%).

SOLUZIONI ADOTTATE:

Raddoppio della capacità produttiva per l'attività robotica a partire da ottobre 2019 attraverso l'installazione temporanea di un ulteriore robot chirurgico.

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

Tempi di attesa per tumore della prostata:

25,0% entro i tempi a ottobre 2019 (inizio recupero casistica), il 65,6% entro i tempi a novembre 2019 e il 87,2% entro i tempi a dicembre 2019. I risultati ottenuti sono strettamente correlati all'incremento di attività robotica;

A fine dicembre 2019 è stata raggiunta la normalizzazione della lista di attesa e la performance prospettica vedeva la possibilità di rispetto del tempo di attesa per il 90,0% della casistica.

INTERVENTI PER TUMORE DEL COLON:

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

INTERVENTI PER TUMORE DEL RETTO:

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

INTERVENTI PER TUMORE DELL'UTERO:

La maggiore attenzione posta nella gestione dei tempi di chiamata dei pazienti e/o nelle sospensioni ha portato ad un significativo incremento della performance superando la soglia target del 90,0%.

Per questo tipo di tumore non vi sono criticità particolari.

INTERVENTI PER TUMORE DEL POLMONE:

Per questo tipo di tumore e organizzazione non vi sono criticità particolari. La performance relativa al rispetto dei tempi di attesa ha registrato una flessione nei mesi di agosto, settembre ed ottobre correlata all'esecuzione di alcuni interventi su pazienti che avevano superato la soglia di attesa prevista e che, in relazione alla casistica contenuta, hanno impattato in maniera rilevante sulla performance complessiva per la patologia.

PERCORSO DI MIGLIORAMENTO ATTIVATO

Stretto monitoraggio dei casi in scadenza e segnalazione tempestiva alle UU.OO. per la presa in carico.

INTERVENTI PER TUMORE DELLA TIROIDE:

L'introduzione di questa patologia tra quelle monitorate è avvenuta nel corso del 2019. Vi sono stati alcuni incontri con i professionisti con l'intento di elevare la soglia di attenzione in relazione al rispetto dei tempi di attesa. La performance rilevata è strettamente correlata ai criteri di classificazione della patologia da parte dei professionisti che prevede la possibilità di attribuire classi di priorità diverse in relazione a criteri clinici specifici. Il monitoraggio della performance prevede invece un'unica soglia di attesa massima di trenta giorni per questa patologia.

Il problema si è verificato anche nelle altre Aziende regionali e a tali fine è stato redatto e condiviso un documento di classificazione della patologia e attribuzione della classe di priorità in relazione a specifici criteri clinici. Il recepimento di questo documento consentirà un puntuale monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa.

PERCORSO DI MIGLIORAMENTO ATTIVATO

Stretto monitoraggio dei casi in scadenza e segnalazione tempestiva alle UU.OO. per la presa in carico.

INTERVENTI PER MELANOMA:

L'introduzione di questa patologia tra quelle monitorate è avvenuta nel corso del 2019. Sono stati ridefiniti i criteri di classificazione di questa patologia in relazione alle diverse UU.OO. che la trattano la casistica. Vi sono stati alcuni incontri con i professionisti con l'intento di elevare la soglia di attenzione in relazione al rispetto dei tempi di attesa. A fine 2019 è stato costituito un gruppo di lavoro con l'obiettivo di definire un percorso diagnostico terapeutico (PDTA) interaziendale sul melanoma con il coinvolgimento sia dei chirurghi plastici che dei dermatologi.

Per questo tipo di tumore non vi sono criticità particolari.

PERCORSO DI MIGLIORAMENTO ATTIVATO

Conclusione del lavoro sul PDTA.

Stretto monitoraggio dei casi in scadenza e segnalazione tempestiva alle UU.OO per la presa in carico.

CONSIDERAZIONI FINALI AMBITO ONCOLOGICO

È evidente che le performance dei tumori della prostata e della tiroide condizionano pesantemente le percentuali di raggiungimento dei risultati dell'intera area oncologica. Infatti, i volumi oncologici delle due patologie (anno 2019) rappresentano oltre un terzo dell'intera casistica considerata (~38% nel 2019). Un esercizio teorico di "sterilizzazione" delle performance di queste due patologie collocherebbe la nostra azienda non all'attuale 74,74% ma bensì al 94% circa e quindi dentro i parametri richiesti per la patologia oncologica.

INTERVENTI PER PROTESI D'ANCA

2.PROTESI D'ANCA

Patologia	Obiettivo RER	Anno 2018	Anno 2019
Protesi d'anca	90%	89,4%	88,8%

Per questo tipo di patologia e organizzazione non vi sono criticità particolari. La performance relativa al rispetto dei tempi di attesa ha registrato una flessione nei mesi di gennaio e marzo correlata all'esecuzione di alcuni interventi su pazienti che avevano superato la soglia di attesa prevista e che, in relazione alla casistica contenuta, hanno impattato in maniera rilevante sulla performance complessiva per la patologia.

PERCORSO DI MIGLIORAMENTO

Stretto monitoraggio dei casi in scadenza e segnalazione tempestiva alle UU.OO. per la presa in carico.

CARDIOLOGIA E CHIRURGIA VASCOLARE

3.CARDIOLOGIA E CHIRURGIA VASCOLARE

Patologia	Obiettivo RER	Anno 2018	Anno 2019
By-Pass aorto-coronarico	90%	66,9%	68,9%
Coronarografia	90%	73,4%	80,7%
Angioplastica	90%	73,4%	79,2%
Endoarteriectomia carotidea	90%	45,4%	44,3%

INTERVENTI PER BY-PASS AORTO CORONARICO

Per questo tipo di prestazioni è stato richiesto ai professionisti particolare attenzione nella scadenza dei tempi di attesa. I professionisti sono stati supportati, attraverso l'istituzione di incontri periodici, nella gestione della lista di attesa e nella corretta programmazione nel rispetto dei tempi di attesa previsti per le classi di priorità. Tale azione ha portato ad un significativo miglioramento delle performance nel secondo semestre del 2019.

PERCORSO DI MIGLIORAMENTO

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

INTERVENTI DI CORONAROGRAFIA

Per questo tipo di prestazione non vi sono criticità organizzative specifiche. Vi sono stati alcuni incontri con i professionisti con l'intento di elevare la soglia di attenzione in

relazione al rispetto dei tempi di attesa che hanno portato ad un significativo miglioramento delle performance nell'ultimo quadrimestre.

PERCORSO DI MIGLIORAMENTO

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

INTERVENTI PER ANGIOPLASTICA

Questa tipologia di intervento è, per l'Azienda, strettamente correlata all'intervento di coronarografia (al momento di esecuzione della coronarografia, ove necessario, si procede con l'angioplastica).

Ulteriori prestazioni sono erogate come manovre in urgenza (e quindi non rientranti nel monitoraggio regionale).

Il miglioramento delle performance registrato è conseguente alle azioni volte al miglioramento della programmazione degli interventi di coronarografia.

INTERVENTI PER ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA

Per questo tipo di prestazione permangono le criticità derivanti da una pianificazione migliorabile. Ad ogni modo, la performance rilevata è influenzata dalla necessità di rispondere alle numerose urgenze trattate dalla U.O. di riferimento legate a patologie arteriose centrali e periferiche (aneurismi aortici e arteriopatie obliteranti croniche periferiche), in relazione alle risorse disponibili (spazi di sala e di degenza).

Nonostante l'attivazione dell'interaziendalità le performance raggiunte non hanno rilevato miglioramenti.

PERCORSO DI MIGLIORAMENTO

Avvio di un nuovo percorso di valutazione dei processi volto alla ridefinizione del fabbisogno di spazi di sala operatoria, spazi di degenza, suddivisione dell'attività tra le diverse sedi erogative interaziendali e definizione dei fabbisogni ulteriori di risorse;

CONSIDERAZIONI FINALI AMBITO CARDIOLOGIA E CHIRURGIA VASCOLARE

Le performance registrate in queste aree disciplinari sono influenzate dall'intero volume di patologie trattate e dalle priorità relative tra patologie. Le azioni intraprese hanno riguardato principalmente il supporto ai professionisti nel processo di pianificazione. Le attività avviate proseguiranno nel corso del 2020 anche con la valutazione di come attribuire le ore di sala ai professionisti in proporzione alla consistenza di lista.

CHIRURGIA GENERALE

4. CHIRURGIA GENERALE

Patologia	Obiettivo RER	Anno 2018	Anno 2019
Colecistectomia laparoscopica	90%	64,8%	67,4%

Emorroidectomia	90%	65,0%	81,2%
Ernia inguinale	90%	69,7%	81,8%

INTERVENTI PER COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA:

Per questa patologia le criticità sono note e legati agli elevati volumi di pazienti in ingresso nelle liste di attesa (408 pazienti nel 2019). La casistica è trattata a seconda dei criteri di rischio anestesiologicalo o presso il Policlinico S. Orsola o presso la sede di Budrio da diverse equipe chirurgiche.

PERCORSO DI MIGLIORAMENTO

Collaborazione dei professionisti ad una maggiore attenzione alla pulizia della lista di attesa e nella definizione della pianificazione degli interventi nelle diverse piattaforme disponibili, in collaborazione stretta con la Direzione Sanitaria.

Rivalutazione dell'attribuzione delle ore di sala da dedicare a questa patologia.

INTERVENTI PER EMORROIDECTOMIA:

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

PERCORSO DI MIGLIORAMENTO

Collaborazione dei professionisti ad una maggiore attenzione alla pulizia della lista di attesa e nella definizione della pianificazione degli interventi nelle diverse piattaforme disponibili, in coordinamento stretto con la Direzione Sanitaria.

Rivalutazione dell'attribuzione delle ore di sala da dedicare a questa patologia.

INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE MONOLATERALE:

Per questo tipo di intervento le criticità sono legate agli alti volumi di pazienti in lista d'attesa. Al 31 dicembre 2019 i pazienti in lista per questo tipo di intervento sono 331. Nel corso del 2019 sono state aumentate le sedute dedicate ai pazienti con ernia c/o la sede di Budrio e l'attivazione di tre sedute in aggiuntive presso il Policlinico S. Orsola. In ultimo è altresì vero che dovendo contemporaneamente lavorare su due obiettivi forniti dalla Regione stessa (recupero della casistica vecchia – definita Sigla 1.0 – e presa in carico dei nuovi entro i tempi prestabiliti) tra loro divergenti si cercherà di creare un giusto mix per migliorare le performance attuali.

PERCORSO DI MIGLIORAMENTO

Collaborazione dei professionisti ad una maggiore attenzione sulla pulizia della lista di attesa e sulla pianificazione degli interventi nelle diverse piattaforme disponibili in coordinamento stretto con la Direzione Sanitaria.

Rivalutazione dell'attribuzione delle ore di sala da dedicare a questa patologia.

CONSIDERAZIONI FINALI RISPETTO A CHIRURGIA GENERALE

La media e bassa complessità chirurgica deve essere ricondotta dentro un progetto più ampio di ridisegno della rete dell'offerta chirurgica. Se l'alta complessità chirurgica oncologica necessita di consumo di risorse importante allora va valutato attentamente l'attribuzione delle ore di sala anche per queste patologie. Le ore di sala operatoria disponibili presso l'ospedale di Budrio non sono sufficienti a soddisfare tutta la domanda che il nostro centro richiama. Andrà valutato quindi più approfonditamente come supportare la programmazione delle attività.

ALTRE PRESTAZIONI

5. ALTRE PRESTAZIONI

Patologia	Obiettivo RER	Anno 2018	Anno 2019
Biopsia percutanea del fegato	90%	<i>94,9%</i>	<i>93,7%</i>
Tonsillectomia	90%	<i>81,3%</i>	<i>68,8%</i>

INTERVENTI DI BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO:

Per questo tipo di prestazione non vi sono criticità.

INTERVENTI DI TONSILLECTOMIA:

Per questo tipo di prestazione non vi sono criticità particolari anche se nel 2019 la performance totale è peggiorata rispetto all'anno precedente.

PERCORSO DI MIGLIORAMENTO

- Monitoraggio più stretto delle scadenze degli interventi e supporto da parte della Direzione Sanitaria;
- Appropriatelyzza nell'attribuzione delle classi di priorità;
- Supportare la programmazione chirurgica.

CONSIDERAZIONI FINALI RISPETTO AD ALTRE PRESTAZIONI

L'attività chirurgica otorinolaringoiatrica di bassa complessità andrà rivalutata in termini di risorse assegnate per poter rispettare i tempi di attesa. È necessario condividere con i

professionisti strategie di pulizia della lista e programmazione coerente con gli obiettivi regionali.

SMALTIMENTO DEI CASI DATATI DEFINITI SIGLA 1.0

Anche questo rappresenta un obiettivo attribuito dalla Regione alle aziende. Ancora una volta gli enormi volumi di riferimento dell'Azienda non hanno consentito di smaltire completamente quanto presente di vecchio nelle liste monitorate entro il 31/12. Al 1 gennaio 2018 (momento zero di cristallizzazione della fotografia per la nostra azienda dei casi presenti in lista al 31/12/2017 e da smaltire entro il 2018) i casi censiti erano 9.300. I casi cancellati nel corso del 2019 sono stati 1824. Al 1 gennaio 2020 i pazienti ancora in lista erano 451 riuscendo quindi a smaltire il 95% dei pazienti previsti.

Volendo dettagliare questi circa 451 pazienti ancora una volta emergono le stesse criticità riscontrate anche per i nuovi inseriti infatti la distribuzione risulta la seguente:

- **Disciplina Urologica: 321 pazienti** (di cui 178 Andrologici e 612 Urologici) pari al 71% dei pazienti da "smaltire";
- **Disciplina Chirurgia Generale: 100 pazienti** pari al 22% dei pazienti da "smaltire" e riferibile per la maggior parte a pazienti in attesa per la sede di Budrio (81 pazienti – 81%).

PERCORSO DI MIGLIORAMENTO

- Monitoraggio stretto con le U.O. con l'obiettivo di smaltimento dei pazienti datati;
- Prosecuzione delle attività di progressivo smaltimento dei pazienti in attesa sia in ambito urologico che in ambito di chirurgia generale;
- Migliorare il processo di pulizia della lista condividendo con i professionisti azioni mirate per recuperare casi scaduti da tempo che necessitano di intervento chirurgico. Questo presupporrà l'attivazione di ambulatori dedicati per visite di rivalutazione e ore di sala dedicate.

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	65,86	88,36	74,74	89,3
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	89,4	89,45	88,79	93,11
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	73,44	80,72	76,95	85,25

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2020

Tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Mantenimento dei tempi di attesa per prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard

L'Azienda Ospedaliera, in collaborazione con l'Ausl di Bologna e IRCCS, ha partecipato al completamento e all'attuazione del piano di coordinamento interaziendale per il governo integrato del sistema di accesso alle prestazioni ambulatoriali di primo livello e di presa in carico. L'AOSP ha attuato un piano di mantenimento e qualificazione del sistema dell'offerta di prestazioni specialistiche e diagnostiche tramite sistema di prenotazione CUP, rispondendo alla richiesta di committenza in sede di accordo di fornitura da parte dell'AUSL di Bologna, sulla base di quanto previsto dalla DGR 1056/2015. A supporto di ciò è stato attivato anche il piano di acquisizione di personale medico finanziato con il fondo dedicato all'abbattimento dei tempi di attesa (cd. ex Decreto Balduzzi).

Il piano di mantenimento/potenziamento dell'offerta, effettuato presso AOSP e alcune Case della Salute, ha riguardato numerose discipline specialistiche (tra le quali in particolare a titolo di esempio: Visita reumatologica, Visita nefrologica, Visita dermatologica, Visita urologica, ecc).

Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali di primo livello il governo integrato del sistema di accesso di finalizzato al consolidamento, in ambito metropolitano, dell'obiettivo relativo ai tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso monitorate (indice di performance $\geq 90\%$ su base metropolitana), è stato riorientato alla luce della nuova DGR 603/2019 (conosciuta anche come "PRGLA 2019/21") e del relativo atto di recepimento locale, ovvero il "Programma Attuativo per il Governo delle Liste di attesa della Città Metropolitana di Bologna _ 1^ sezione - Specialistica Ambulatoriale - 2019/21" del giugno 2019; la cui prima applicazione ha occupato integralmente il secondo semestre del 2019.

Rispetto al Piano Interaziendale Urgenze (PIU), oltre al suo mantenimento e manutenzione, si è dato luogo all'applicazione delle innovazioni che la suddetta DGR 603/2019 ha introdotto in questo ambito relativamente alla classificazione delle "priorità urgenti", e quindi delle modalità prescrittive e di prenotazione delle Urgenze "U" H 72 e "B" brevi 10gg.; questo con le opportune indicazioni ai prescrittori e l'adeguamento delle regole di prenotazione nel CUP Metropolitano.

E' proseguita l'opera di sistematizzazione organizzativa dell'offerta diretta e degli strumenti informatici finalizzata ai percorsi di presa in carico anche prenotativa, oltreché prescrittiva, da parte dello specialista direttamente in ambulatorio delle prestazioni diagnostiche necessarie per l'inquadramento e la prenotazione della visita di controllo

successiva. La presa in carico si realizza attraverso l'utilizzo del sistema di prenotazione facilitato EASY-CUP, implementato nell'ambito della progressiva informatizzazione degli ambulatori, evitando così al paziente, non solo il rinvio al MMG per la prescrizione ma anche il rinvio ai punti di prenotazione esterni sul territorio. Ciò per una maggiore completezza del circuito di presa in carico specialistica.

Inoltre, a livello di sistema, sono state attuate altre misure riorganizzative volte ad eliminare i vincoli prenotativi all'accesso, se presenti, mediante eliminazione del quesito diagnostico quale requisito necessario per accedere alle agende nel sistema di prenotazione CUP attraverso più canali. Ciò ha consentito di rendere disponibile l'accesso alle prenotazioni per le prestazioni anche tramite web (CUPWEB).

Obiettivi e target attesi da delibera di programmazione regionale 2019 (DGR 977/2019)

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

Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg. bacino territoriale Ausl di Bologna anno 2019: = 99,07%.

Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg. bacino territoriale Ausl di Bologna anno 2019 = 99,88%.

- *Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg (AUSL Bologna) = 97,74% (risultato atteso $\geq 90\%$)*
- *% prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi sul totale di prestazioni di classe B (AUSL Bologna) = 97,36% (risultato atteso $\geq 90\%$)*
- *% prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi sul totale di prestazioni di classe D (AUSL Bologna) = 75,99% (risultato atteso $\geq 90\%$)*

Indicatori piano della performance 2018-2020

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore 2019 territorio di riferimento (AUSL BO)	Valore Regionale 2019
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	99,91	97,82	99,09	96,2
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	99,94	98,71	99,81	98,37

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2020

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

Nel 2019 sono state maggiormente implementate le azioni previste nella DGR 377/2016 in materia di gestione delle disdette relativamente alle prestazioni accessibili

tramite CUP e alle prestazioni dedicate alla presa in carico, che rappresentano la maggior parte dell'attività ospedaliera.

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

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

Obiettivi e target attesi da delibera di programmazione regionale 2019 (DGR 977/2019)

N. mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente (risultato atteso: valore 2019 < valore 2018)

Risultato raggiunto: valore 2019 < valore 2018, confermato il trend in diminuzione.

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

Nel 2019 è continuata la diffusione del modello informatico, già presente in Azienda, individuato quale migliore sistema per consentire l'adeguamento alla D.G.R. 377/2016, che consente di perseguire il raggiungimento degli obiettivi relativi alla diffusione della ricetta dematerializzata, alla presa in carico con prenotazione delle visite di controllo e al *monitoraggio* degli indicatori di produzione per una valutazione tempestiva sulle situazioni di disallineamento rispetto agli obiettivi di budget.

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

Il modulo è stato diffuso nelle aree ambulatoriali previa formazione sul campo del personale medico ed infermieristico con abilitazioni funzionali diverse. Tale modulo è stato arricchito con la funzione di "forzatura" che permette di inserire in agenda le prenotazioni dei controlli in aggiunta ai posti già previsti.

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

Obiettivi e target attesi da delibera di programmazione regionale 2019 (DGR 977/2019)

Numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (fonte ASA/ARMP/DEMA) = 91,21% su base metropolitana (risultato atteso: valore 2019 \geq 70%)

N. di prescrizioni effettuate dal medico specialista (differenza % rispetto all'anno precedente) = da cruscotto regionale anno 2019 = + 6,6% su base aziendale.

Numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (differenza % rispetto all'anno precedente) – Prime visite = da cruscotto regionale anno 2019 = + 1,1% su base aziendale.

N. di prescrizioni effettuate dal medico specialista (differenza % rispetto all'anno precedente) – Visite di controllo= da cruscotto regionale anno 2019 = + 5,15% su base aziendale.

Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP (fonte ASA/ARMP/DEMA)=71% (risultato atteso \geq 70%)

Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line CUPWEB regionale (risultato atteso 2019: \geq 85%) Risultato raggiunto: >80%.

Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line CUPWEB regionale = 99% (risultato atteso 2019: \geq 85%)

Infine per quanto attiene al setting del **Day-Service Ambulatoriale** (DSA), che rappresenta un modello assistenziale altrettanto idoneo, rispetto alla degenza ordinaria ed al day-hospital, per la gestione di diverse categorie di pazienti che trovano una risposta diagnostico-terapeutica altrettanto efficace ma con costi assistenziali significativamente ridotti, nel corso del 2019 è stata completata la conversione in DSA dei DH Oncologici e Radioterapici (DGR 463/2016) ed ulteriormente ampliata l'offerta dei DSA aziendali già attivi, attuando quanto previsto dalla programmazione 2019.

Afflusso ai Pronto Soccorso

Durante il 2019, al fine di ridurre i tempi di permanenza in PS ad un massimo 6 ore, come da programma regionale, sono iniziati i lavori per l'installazione di un sistema di posta pneumatica che consentirà l'invio dei campioni ematici dal Pronto Soccorso al laboratorio, ciò consentirà l'abbattimento del tempo di portatinaggio delle provette e conseguentemente una riduzione dei tempi di permanenza in PS; questo sistema sarà operativo nei primi mesi del 2020.

Nell'ambito di un progetto di miglioramento aziendale si è sviluppato un lavoro che mirava a raggiungere l'obiettivo regionale delle 6 ore di permanenza in PS e in particolare di ridurre il tempo di boarding verso l'area internistico-geriatrica: il progetto, attraverso una rilevazione puntuale nelle UU.OO di area medica, ha permesso di analizzare approfonditamente le criticità organizzative che impediscono ai reparti di accogliere i pazienti da PS come dovuto giornaliero (cingolo) e ha prodotto proposte di miglioramento/soluzione per problematiche specifiche individuate in particolare un progetto sulla reingegnerizzazione del processo di endoscopia e del trasferimento dei pazienti in ambito di chirurgia vascolare. Il progetto non si è esaurito nel 2019, ma vedrà nel corso del 2020 la verifica delle condizioni che ostacolano il deflusso dei pazienti dall'area internistico-geriatrica e l'implementazione di possibili azioni correttive.

Obiettivi e target attesi da delibera di programmazione regionale 2019 (DGR 977/2019)

Rilevazione algoritmo NEDOCS = presente (risultato atteso: rilevazione presente)

% accessi con permanenza <6 ore + 1 in PS generali e PPI ospedalieri con > 45.000 accessi=84,34% (risultato atteso >90%)

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019
% abbandoni dal Pronto Soccorso	4,46	5,05	4,91	5,04
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	79,75	69,02	78,04	64,81
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	63,83	60,24	58,57	59,02

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2020

3.1.2. Area di performance dell'integrazione

Integrazione e rapporti con l'Università

Nel 2019 entrato in vigore l'accordo attuativo del protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università del territorio per la collaborazione in ambito sanitario, ai sensi dell'art. 9, comma 3, della L.R. 29/2004 (DRG 1207/2016). Esso era stato adottato con delibera n. 275 del 21 dicembre 2018 e indi sottoscritto.

Brevemente si riassumono i principali contenuti di un Accordo che ha visto la luce a vent'anni dal precedente:

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

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

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

Si sono svolti incontri del Board di Coordinamento Azienda-Università e dei Gruppi di lavoro previsti dall'accordo attuativo, in particolare dei gruppi sulla ricerca e sull'edilizia e spazi.

Nel corso dell'anno, il Comitato regionale di Indirizzo ha preso in esame la conformità dell'Accordo al dettato del Protocollo di intesa ed ai suoi indirizzi attuativi rilevandone la generale conformità, ma anche l'ulteriore esigenza di strutturare l'Ufficio Congiunto previsto dall'art. 5, c. 4, del Protocollo di Intesa Regione-Università, oltre che di prevedere espressamente l'adempimento della ricognizione biennale del personale tecnico, amministrativo e sociosanitario universitario.

A questi fini sono stati avviati gli indispensabili confronti con l'Università di Bologna per condividere le modifiche da apportare all'accordo.

Inoltre, è in atto il procedimento per il riconoscimento dell'Azienda come istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. Tale cambiamento di natura istituzionale si rifletterà anche sull'Accordo attuativo, per la necessità di armonizzare tra loro gli organi e gli organismi dell'Azienda ospedaliero -universitaria e dell'IRCCS, con particolare riferimento alla figura del Direttore Scientifico e al Comitato tecnico scientifico.

Al **"Capo 2, Ricerca sperimentazione clinica e attività in conto terzi "**, sono state disciplinate le attività di ricerca che prevedono il coinvolgimento di personale universitario e dell'Azienda, ovvero l'utilizzo congiunto o disgiunto da parte degli stessi di risorse, strumenti, infrastrutture dell'Azienda e/o dell'Università. L'Azienda e Università si impegnano a sottoscrivere apposite intese che dovranno disciplinare le eventuali condizioni di compartecipazione finanziaria e le modalità di attuazione, di funzionamento e di monitoraggio da parte delle due Amministrazioni". Si esplicita l'impegno a sostenere progetti condivisi volti a:

- o istituire, sviluppare, mantenere in stretta collaborazione, le necessarie infrastrutture a servizio della ricerca;

- o valutare la istituzione di servizi unificati quali le biblioteche e la acquisizione e gestione di materiale documentale;

- o rendere reciprocamente note le attività di ricerca effettuate con il coinvolgimento di personale universitario in ambito assistenziale o dell'Azienda con finanziamento dell'Università.

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

Inoltre, a seguito della costituzione del tavolo regionale trasparenza e anticorruzione costituito dall'OIV e dai Responsabili Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza della regione, sono state fornite indicazioni interpretative delle disposizioni prescritte dall'art. 2, comma 1, del D.Lgs. 52/2019, che prevede, nel rispetto del D.Lgs. n. 33/2013 e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, che le strutture sanitarie rendano pubblici, per le sperimentazioni cliniche di farmaco profit e non profit, i nominativi e i curricula dei soggetti coinvolti nella sperimentazione, le sperimentazioni attivate, in corso, concluse e autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e i programmi di spesa con i relativi contratti. A seguire il 17.12.2019 l'OIV ha fornito le linee guida in merito alle informazioni da pubblicare in una sezione dedicata dell'amministrazione trasparente, entro il 31.01.2020 per le informazioni presenti al 31.12.2019.

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

Quale tema ulteriore portato alla trattazione congiunta, all'art 9 si disciplina la **"Proprietà intellettuale"** prevedendo che Azienda e Università gestiscano in contitolarità i diritti di proprietà intellettuale, a loro spettanti in base alle norme di legge o ai regolamenti interni, sui risultati delle attività di ricerca oggetto del presente accordo. A tal fine si sono tenuti diversi incontri che hanno portato alla definizione dell'Intesa sulla proprietà intellettuale, prossima alla stipula, corredata dal template del contratto di condivisione.

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

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

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

Processi di integrazione ospedale-territorio

Percorso nascita

CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

L'Azienda ha predisposto quanto necessario per integrare l'organizzazione dei corsi di accompagnamento alla nascita anche con corsi istituzionali. Nel 2019 sono stati organizzati 24 corsi, 380 donne/coppie e 30 donne/coppie per 7 corsi di V-BAC

CARTELLA REGIONALE DELLA GRAVIDANZA FISOLOGICA

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

Nel 2019 è stata utilizzata la cartella regionale per circa 24 gravidanze fisiologiche prese in carico nel 1° trimestre di gravidanza (in attività istituzionale).

METODICA DI CONTROLLO DEL DOLORE DURANTE IL TRAVAGLIO/PARTO

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

Nel 2019 è stata confermata a tutte le gestanti l'offerta della partoanalgesia con metodica epidurale secondo il percorso istituzionale sancito dalle linee guida regionali (DGR 1921/2007).

Nel corso del 2019, 1.688 gestanti hanno partecipato ai corsi organizzati presso la nostra Azienda, di queste 1.030 hanno effettuato la visita di valutazione anestesiológica di idoneità alla procedura ed hanno firmato il consenso informato alla stessa. Globalmente 882 hanno fatto effettivo ricorso all'analgésia peridurale in travaglio. Pertanto, su 2.152 parti spontanei, ventose e TC in travaglio avviato nel 2018, il 41% delle partorienti ha partorito in analgesia epidurale. A tutte le altre donne sono state offerte le tecniche non farmacologiche di contenimento del dolore.

DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA

Da alcuni anni l'Azienda Ospedaliera ha provveduto ad applicare la DGR n. 365 del 27.03.2017 inerente le condizioni di accesso e di erogabilità della diagnostica prenatale, in recepimento di quanto previsto nel DPCM del gennaio 2017 in materia di LEA.

In accordo con l'AUSL di Bologna viene pianificato ed avviato il piano di incremento dell'offerta di test combinato per fare fronte alle aumentate necessità di diagnostica non invasiva. Sono state definite le misure organizzative da attivare tra i diversi punti di erogazione ambulatoriale, al fine di rispettare i tempi previsti per effettuare l'esame."

A seguire si riportano i dati relativi alle prestazioni effettuate nel triennio:

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
N. prestazioni Bi-test	582	801	805
di cui:			
Prenotazione agenda GESI/CUP	214	159	231
Prenotazione agenda GSA	368	642	574

Fonte dati: Team Materno Infantile

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

Nell'ultimo trimestre del 2019 sono state avviate le attività finalizzate allo sviluppo del nuovo progetto sperimentale NIPT (Non Invasive Prenatal test), test prenatale di screening che si esegue tramite un prelievo di sangue materno nella fase iniziale della gravidanza ed è finalizzato alla valutazione del rischio di trisomia 21 (Sindrome di Down), 13 e 18.

L'offerta del test in area metropolitana ha preso avvio nel corso del mese di gennaio 2020.

PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO

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

2019	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic	Tot
Materno	108 67.9%	100 59.5 %	123 65.1%	99 58.2%	101 56.1%	84 53.8%	102 59.3%	109 65.2%	102 60.7%	99 60.7%	114 66.2%	128 64.3%	1269 61.5%
Misto	49 30.8%	63 37.5 %	60 31.7%	68 40%	75 41.7%	69 44.2%	67 39%	54 32.1%	64 38.1 %	62 38%	56 32.5%	70 35.1%	757 36.6%
Formula	2 1.2%	5 3.0 %	6 3.2%	3 1.8%	4 2.2%	3 2%	3 1.7%	4 2.4	2 1.2%	2 1.2%	2 1.1%	1 0.5%	37 1.7%
Totale dimessi	159	168	189	170	180	156	172	167	168	163	172	199	

	2015*	2016	2017	2018	2019	Δ 2019 vs 2018
MATERNO	857 53.0%	1.217 57.6%	1.179 63.7 %	1.277 62.6%	1269 61.5%	- 1.1 %
MISTO	723 44.6%	852 40.3%	651 35.1 %	724 35.5%	757 36.6%	+ 1.1%
FORMULA	39 2.4%	45 2.1%	22 1.2 %	39 1.9%	37 1.7%	- 0.2 %
TOTALE	1.619	2.114	1.852	2.040	2063	+1,1%

Nel 2019 l'Area materno infantile dell'AUSL Bologna e dell'AOU Bologna hanno lavorato in maniera integrata per organizzare la partecipazione alla Settimana mondiale dell'allattamento tenutasi in ottobre.

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

- flash-mob e allestimento del punto informativo in AOU BO. Mattinata informativa e di scambio esperienze con le donne che allattano o che hanno allattato tenutasi in Regione.

Altre azioni messe in atto in AOU:

- partecipazione dei professionisti al corso sull'allattamento;
- allestimento del punto informativo sull'allattamento materno all'interno del Policlinico di Sant'Orsola durante la Festa "Le stelle del Sant'Orsola";
- corso al personale AOU BO da personale esperto su "allattamento in posizione rilassata";
- utilizzo nel corso di tutto il 2019 della scheda latch compilata dalle ostetriche e inserita nelle cartelle del neonato.

Parti Cesarei

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

Obiettivi e target attesi da delibera di programmazione regionale 2019 (DGR 977/2019)

Percentuale tagli cesarei primari: % di interventi in maternità di II livello o comunque con ≥ 1000 parti = 22,42%, (anno 2018=26,96%) (Risultato atteso <25%)

Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub)= 6,95%, (anno 2018=12,89%) (risultato atteso $\leq 7\%$)

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	26,96	17,47	22,42	16,55
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,07	0,94	1,06	1,02
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,84	1,24	2,19	1,43

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2020

STEN e STAM

In data 20 gennaio 2020 è stato effettuato l'audit clinico sia per percorso relativo al servizio di trasporto emergenza neonatale (STEN) che per il percorso relativo al servizio di trasporto materno assistito (STAM), riferito all'ano 2019 – presenti i referenti dell'AOU di Bologna e dell'AUSL di Imola. Sono state analizzate le attivazioni STEN e gli invii STAM da parte dell'AUSL di Imola nel corso del 2019, confrontando tali attività con gli indicatori della DGR 1603/2013. Dall'audit sono emerse alcune considerazioni, dal lato STEN, rispetto alla necessità di ampliare il criterio di eleggibilità relativo all'età gestazionale da <32 settimane a < 34 settimane, per allinearsi al livello di accreditamento della struttura imolese. L'analisi del percorso del (STAM) ha portato alla revisione del registro utilizzato

nelle due Aziende per la raccolta dei dati ed alla necessità di condividere, come informazione, anche il numero di trasferimenti in altre sedi, poiché in genere correlato al mancanza di posto letto in Terapia Intensiva Neonatale AOU. Le suddette valutazioni hanno portato alla revisione della procedura interaziendale P-INT17 STEN (che ha assunto la denominazione P-INT 44 STEN) e della P-INT 36 STAM.

Screening neonatali (oftalmico, uditivo, malattie endocrine e metaboliche ereditarie)

L'Azienda eroga lo screening oftalmologico neonatale a tutti i nuovi nati entro la dimissione con l'esame di I livello (test del riflesso rosso) eseguito dai neonatologi. I casi dubbi o positivi vengono inviati agli oculisti dell'Azienda che provvedono ad eseguire gli accertamenti di II livello entro 15-20 giorni dalla nascita.

L'attività di screening uditivo viene mantenuta con livelli di performance allineati allo standard regionale.

Il programma di screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie opera la diagnosi precoce di alcune patologie congenite nei neonati della Regione Emilia-Romagna e della Repubblica di S. Marino. Le patologie attualmente sottoposte a screening sono: ipotiroidismo congenito, fenilchetonuria ed iperfenilalaninemia, fibrosi cistica, galattosemia, sindrome adrenogenitale congenita. Nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è individuato un Centro di riferimento regionale per lo che coordina il programma ed è costituito da due componenti Centro esecutivo e Centro clinico.

I campioni ematici neonatali (spots) prelevati presso le varie strutture sanitarie della Regione in cui nascono e/o vengono assistiti neonati (Ospedali, Case di Cura, centri di assistenza domiciliare) vengono inviati al laboratorio centralizzato (Centro esecutivo) che esegue su di essi i dosaggi previsti, invia i referti delle indagini eseguite alle strutture di provenienza. Il Centro clinico, su indicazione del laboratorio, è responsabile di coordinare le attività di richiamo e controllo urgente del sospetto diagnostico con modalità diverse in rapporto alla patologia.

Percorso IVG

Nell'ambito rete dell'offerta metropolitana è stato concordato che l'Azienda Ospedaliera gestisca esclusivamente la metodica chirurgica all'interruzione volontaria della gravidanza. Per questa attività viene garantito l'accesso al percorso IVG nel momento della richiesta della prestazione da parte della donna stessa. La percentuale di donne sottoposte a IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/tot. IVG chirurgiche nel 2019 è stata del 5,47%.

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

Nel dettaglio si riportano i dati mensili:

Mese IVG	Entro 2 settimane		% no	tot
	Si	No		
1	43	2	4,4%	45

30 Relazione della performance 2019

2	47		0,0%	47
3	30		0,0%	30
4	32		0,0%	32
5	42	1	2,3%	43
6	29	1	3,3%	30
7	42		0,0%	42
8	37		0,0%	37
9	40	2	4,8%	42
10	28	7	20,0%	35
11	20	5	20,0%	25
12	28	4	12,5%	32
tot	418	22	5,0%	440

Fonte: Team Materno Infantile

Obiettivi e target attesi da delibera di programmazione regionale 2019 (DGR 977/2019)

*Percentuale di IVG mediche/totale IVG residenti (dato Ausl Bologna)=46,19%
(risultato atteso $\geq 34\%$)*

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	26,6	25,64	5,47	19,85

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2020

Procreazione Medicalmente Assistita

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

- sono state superate le prescrizioni successive alla verifica ispettiva di autorizzazione regionale per le attività di procreazione medicalmente assistita (PMA) di I, II e III livello e, a tal fine, sono state elaborate e rese applicative due procedure interaziendali sul Disaster Plan con l'AUSL della Romagna (sede di Lugo) e con l'AOSP di Parma, successivamente ufficializzate con delibera aziendale. Anche la POS relativa alla gestione della fecondazione eterologa è stata elaborata ed emanata (IOS03 e R01/IOS03);
- il superamento delle criticità di natura strutturale sono legate al progetto di ristrutturazione del Polo Materno-Infantile. L'apertura del cantiere è prevista per i primi mesi del 2020 ed i lavori si concluderanno entro il 2023. Il Laboratorio PMA sarà collocato nel nuovo edificio, la cui costruzione è propedeutica alla ristrutturazione degli edifici esistenti e pertanto sarà il primo dei lavori da eseguire per la riqualificazione del Polo Materno Infantile;
- sono stati attivati i contratti con le banche estere per l'acquisto di gameti finalizzato alla PMA eterologa ed è stato avviato l'acquisto, per il 2019 pari a 73.000 euro;

- i dati della donazione nel sistema informativo regionale/cicli di PMA eterologa sono inseriti nell'applicativo fornito da Lepida;
- l'Azienda ha sviluppato tutte le azioni per l'inserimento della PMA omologa ed eterologa in lista d'attesa con le modalità previste dal programma regionale sulle liste d'attesa previsto dalla DGR 272/2017.

Contrasto alla violenza di genere

L'Azienda, anche nel 2019, ha sostenuto la formazione aziendale della rete ospedale – territorio attraverso i Pronto Soccorso Generale, Ostetrico-Ginecologico e Pediatrico il cui personale medico e infermieristico ha partecipato negli anni precedenti alla formazione regionale organizzata per Area Vasta.

In particolare, è stata garantita la partecipazione dei professionisti agli eventi formativi del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere" e alla definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto della violenza di genere.

E' pianificata per il 2020 la revisione della procedura interaziendale P-INT06/2018 di assistenza in acuto alla donna vittima di violenza sessuale.

Ospedali di Comunità

A seguito del Rapporto Conclusivo elaborato dal Nucleo Tecnico di Progetto "Forme di Integrazione nell'Area Metropolitana di Bologna", è stato avviato nel 2019 un progetto con la finalità di valutare l'integrazione delle cure nell'Area metropolitana di Bologna.

Diversi professionisti dell'AOU hanno preso parte ai gruppi di lavoro definiti dall'AUSL di Bologna e fattivamente partecipato allo sviluppo dei temi legati continuità ospedale-territorio e all'integrazione delle cure in area metropolitana su specifici casi di studio con caratteristiche diverse (Cure Palliative, Reumatologia, Scompenso cardiaco, Terapia Anticoagulante Orale).

A seguito dell'analisi quali-quantitativa dell'integrazione nel contesto metropolitano, sono stati definiti progetti di miglioramento specifici per i 4 Tavoli tematici

Dimissioni protette

Il gruppo di geriatri dell'Azienda ha partecipato alla redazione del progetto "Supporto clinico nelle CRA del territorio della AUSL di Bologna" e ha contribuito alla predisposizione di progetto specifico. I geriatri dell'U.O. di Geriatria Calogero sono stati coinvolti attivamente nella fase attuativa del progetto che prevede visite presso alcune CRA.

E' stata applicata la "Scheda PACI" in modo informatizzato per tutte le richieste di cure intermedie in ambito CEMPA. L'Azienda ha partecipato tramite un gruppo multiprofessionale alla reingegnerizzazione della piattaforma GARSIA – CeMPA, per creare

uno strumento condiviso unico al livello metropolitano utile alla dimissione protetta; si è in attesa della presentazione del prototipo.

E' stata sperimentata la scheda Brass modificata nei due reparti di geriatria (la stessa scheda di valutazione utilizzata in ambito AUSL) per identificare eventuali pazienti fragili da segnalare al territorio entro le prime 72 ore dal ricovero e sono state inviate al PCAP territorialmente competente. Dal confronto con l'AUSL è emerso che la modalità utilizzata non individua i reali bisogni dell'utenza alla dimissione pertanto la tematica è confluita nel progetto GARSIA sopracitato.

Cure palliative

Nel corso del 2019 è proseguita la collaborazione con l'AUSL di Bologna per la progressiva integrazione dell'ospedale con la rete territoriale delle cure palliative e la precoce presa in carico dei pazienti oncologici adulti.

E' stata mantenuta l'attività consulenziale di cure palliative all'interno delle unità operative onco-ematologiche, di medicina interna e geriatria del Policlinico e, nell'ambito del PAF 2019, è stata organizzata una edizione del corso formativo di cure palliative di primo livello, per gli operatori che operano nelle strutture e interagiscono con la rete, per il consolidamento di competenze e conoscenze che consentano il riconoscimento precoce della necessità di cure palliative e la gestione dei casi.

In sintesi, alcuni indicatori di attività 2019 della Rete delle cure palliative:

- - nuovi pazienti presi in carico 1.757 (+426 vs 2018), dei quali 1.523 oncologici e 234 non oncologici;
- - consulenze ospedaliere erogate presso i nove stabilimenti dell'Ausl di Bologna 303 e relative a 283 pazienti;
- - consulenze ospedaliere erogate presso AOU Bologna 141 e 211 in valutazione multidisciplinare;
- - pazienti in carico ambulatoriale 439 per un totale di 839 visite di controllo;
- - pazienti in carico domiciliare 108 per un totale di 834 accessi;
- - totale ricoveri nei tre hospice dell'Azienda USL 1.299, stabili rispetto al 2018, con una degenza media di 14,3 giorni.

INDICATORE	TARGET	VALORE 2019
Numero dei deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative, a domicilio o in hospice, sul numero di deceduti per causa di tumore relativi al rischio 2019 trasmessi dalla Regione	≥50%	61.8%
Numero di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati causa di tumore sul numero dei deceduti per causa di tumore	+5% vs 2018	-1.3%

Processi di integrazione della rete ospedaliera

Nell'anno 2019 sono proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015, anche in considerazione delle che sono emerse nel rapporto conclusivo inviato dal Nucleo tecnico di Progetto alla Conferenza socio sanitaria territoriale.

L'Azienda si è impegnata a mettere in campo, in collaborazione con le altre aziende dell'area metropolitana, tutte le azioni utili a definire il piano di riordino ospedaliero in area bolognese, in coerenza con gli obiettivi definiti anche nell'ambito della Conferenza sanitaria territoriale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna:

- ha contribuito al percorso di adeguamento agli standard di dotazione di posti letto che fissava un obiettivo per la provincia di Bologna di riduzione di 225 posti letto, con una contrazione dei posti letto in linea con la programmazione definita;

- ha promosso la multidisciplinarietà nella gestione dei percorsi oncologici sia attraverso la definizione di PDTA sia attraverso la creazione di modelli organizzativi integrati anche a livello interaziendale. Ha supporto della valutazione multidisciplinare è stato acquisito un software che verrà gradualmente esteso anche alle altre aziende del territorio provinciali;

- ha attivato e supportato l'attività dei centri di riferimento regionale;

- è stata individuata dalla Regione Emilia-Romagna quale componente della cabina di regia regionale per le attività inerenti alla programmazione per le discipline di rilievo regionale, in attuazione del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015 Indicazioni per la definizione delle reti delle discipline di rilievo regionale (DGR 1907/2017).

Il tema delle integrazioni ed unificazioni interaziendale ha rappresentato, nel corso dell'ultimo quinquennio, un aspetto fondamentale della pianificazione strategica ed un driver importante per la governance dei servizi sanitari dell'ambito metropolitano.

A partire dal 2015, in una prospettiva di applicazione delle disposizioni contenute all'interno del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015, le Aziende dell'area metropolitana di Bologna hanno sviluppato molteplici integrazioni.

Il rapporto conclusivo del Nucleo Tecnico di Progetto (inerente lo sviluppo della piena integrazione dei servizi tra le Aziende Sanitarie dell'area metropolitana di Bologna, frutto di uno specifico accordo di programma tra la Regione Emilia-Romagna, l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna e la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna e di cui alle Deliberazioni della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 743/2017 e n. 841/2017) ha evidenziato che per il corretto funzionamento dei processi e delle dinamiche di integrazione, con il principale scopo di definire e soprattutto dare applicazione a strategie condivise, appare necessario agire in logica di programmazione congiunta tra le Aziende ed Enti dell'Area metropolitana bolognese.

Anche nell'anno 2019 son proseguite le azioni riguardanti il completamento del riordino della rete territoriale e ospedaliera in coerenza con la normativa nazionale (DM 70/2015), regionale (DGR 2040/2015), con quanto declinato nel documento sulla "Programmazione dell'Assistenza Territoriale e della Rete Ospedaliera nell'Area

Metropolitana Bolognese (PATRO)” e nel rapporto conclusivo presentato nel 2018 dal Nucleo Tecnico di Progetto (costituito da CTSSM, Alma Mater Studiorum Università di Bologna e Regione Emilia Romagna per lo studio di forme di integrazione nell’area metropolitana).

Nel corso dell’anno 2019 sono stati avviati, a livello di CTSSM, specifici tavoli per lo sviluppo di proposte operative per promuovere il cambiamento disegnato nel succitato rapporto conclusivo.

I tavoli di lavoro hanno perseguito l’obiettivo di rilettura dell’offerta di prestazioni ospedaliere di secondo e terzo livello in ambito metropolitano al fine di realizzare appropriatezza e concentrazione della casistica, utilizzo ottimale di tecnologie e piattaforme logistiche, mantenimento della complessità e consolidamento/potenziamento delle competenze professionali.

Gli ambiti di attività interessati dai tavoli di lavoro sono stati i seguenti: ortopedico, oncologico, cardio-toraco-vascolare, diagnostica per immagini e di laboratorio, emergenza-urgenza, percorso nascita, patologie dismetaboliche-infiammatorie-infettive-reumatologiche e nefrologiche, riabilitazione e didattica e ricerca.

È stato altresì istituito uno specifico tavolo dedicato al tema dell’integrazione, la cui regia è stata assegnata all’AUSL di Bologna, con l’obiettivo di valutare l’integrazione delle cure nell’Area Metropolitana di Bologna attraverso misurazioni quantitative e qualitative per fornire elementi conoscitivi in grado di fornire indicazioni strategiche sul possibile riassetto dei nodi ospedalieri e territoriali dell’assistenza sanitaria e disegnare un sistema in grado di assicurare l’accesso tempestivo ai servizi di base e specialistici e la continuità di cura ed assistenza.

In merito allo sviluppo di reti cliniche in logica interaziendale e metropolitana, nel corso del 2019, si è lavorato al consolidamento e potenziamento dei progetti già avviati nei precedenti anni e sono stati avviati nuovi progetti di integrazione, alcuni dei quali a valenza regionale, come meglio specificato nella tabella di seguito riportata.

Progetto	Ambito attività	Istituto giuridico	Aziende coinvolte	Azienda Capofila	Risultato atteso a fine 2019
Chirurgia Toracica	Clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU Bologna	AUSL Bologna	Effettiva
Neurochirurgia Pediatrica	Clinica	-	AUSL Bologna AOU Bologna	AUSL Bologna IRCCS ISNB	Effettiva
NEUROMET – Rete neurologica metropolitana	Clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna/IRCCS ISN AOU Bologna	AUSL Bologna/IRCCS ISN	Effettiva

In considerazione della numerosità dei processi di integrazione avviati, in particolar modo, tra l’Azienda USL di Bologna e l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi (28 progetti, di cui: 5 di area tecnico amministrativa, 10 di area diagnostica e/o di supporto, 13 di area clinica medica-chirurgica), tali da richiedere un approccio di pianificazione e programmazione congiunta in ordine alle attività svolte, alle risorse ed allo sviluppo dei medesimi processi, nel dicembre 2019 è stata istituita la tecnostruttura interaziendale per il governo dei processi integrazione in area clinico-sanitaria e dei servizi amministrativi, tecnici e professionali.

Tale tecnostruttura è composta da funzioni di entrambe le Aziende (controllo di gestione, flussi informativi, governo clinico, ICT, reingegnerizzazione processi produttivi) e si pone il l’obiettivo di creare sinergie, tra servizi complementari delle due Aziende, al fine di ottimizzare il governo dei processi di integrazione.

Coordinamento sull’utilizzo e sviluppo delle attività ad alto contenuto tecnologico e innovativo in ambito metropolitano

Nel 2019 sono state realizzate alcune esperienze in linea con gli obiettivi di utilizzo e sviluppo integrato in ambito metropolitano di attività ad alto contenuto tecnologico:

- Sistemi di sequenziamento NGS: a seguito dell’acquisizione del sistema di sequenziamento IonGeneStudio S5 Systems nel corso del 2019 è stato condiviso e implementato l’utilizzo integrato da parte delle unità operative di Genetica medica, Anatomia patologica ed Ematologia dell’AOU con l’unità operativa di Patologia molecolare dell’Ausl di Bologna.
- Chirurgia robotica: nell’ultimo quadrimestre 2019 è stato attivato un percorso di presa in carico e gestione congiunta fra le Urologie dell’AOU e dell’Ausl di Bologna per i pazienti che necessitano la chirurgia robotica ed è stato promosso lo scambio di expertise, per l’acquisizione delle competenze e delle abilità tecniche necessarie per l’esecuzione delle procedure interventistiche di chirurgia robotica di pertinenza urologica rivolte al personale afferente allo stabilimento ospedaliero Ospedale Maggiore dell’AUSL BO.

Percorso di riconoscimento ad IRCCS interaziendale

La Regione Emilia-Romagna ha avviato il procedimento per il riconoscimento di IRCCS dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.

Nel 2019 è stato avviato il processo e si è tenuta la site visit della Commissione Ministeriale per il riconoscimento di IRCCS dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna nei due ambiti di “Assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico” e “Gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche”, che integrano attività assistenziali e di ricerca attualmente svolte sia presso l’Ospedale Maggiore dell’Azienda USL di Bologna, sia presso l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.

Si tratta del primo Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico interaziendale dell’Emilia-Romagna, coinvolgendo sia l’Azienda Ospedaliero-Universitaria che l’Azienda Usl di Bologna.

Utilizzo di piattaforme robotiche in area metropolitana

La chirurgia laparoscopica robotica rappresenta un'evoluzione tecnologica estremamente sofisticata della tecnica chirurgica tradizionale laparoscopica. Attualmente in Italia sono presenti 109 robot con prevalenza maggiore nel nord e nel centro-nord. In tutta l'Emilia-Romagna sono disponibili 4 piattaforme, nonostante la sanità dell'Emilia-Romagna sia un'eccellenza a livello nazionale per l'alto livello dei servizi forniti, come rappresentato dai notevoli volumi in termini di mobilità attiva.

Nel corso degli ultimi anni l'Azienda USL di Bologna e l'AOU hanno riorganizzato i percorsi chirurgici in un'ottica di rete metropolitana basata sul principio HUB & spoke. La nuova organizzazione conferita al complessivo sistema chirurgico aziendale ha permesso di incrementare la casistica trattata sia in termini di complessità che di volumi assoluti. Ed è in questo senso dunque che si è ravvisata l'opportunità per la città metropolitana di Bologna di acquisire una seconda piattaforma robotica, ad integrazione di quella già presente in AOU. L'evoluzione tecnologica ad alto costo e, quindi, l'implementazione di un ulteriore robot ha fatto sì che nell'area metropolitana di Bologna si sia venuta a costruire una vera e propria piattaforma di chirurgia robotica disponibile per tutti i professionisti esperti e formati dell'area metropolitana.

In prima istanza il sistema di chirurgia robotica vede l'utilizzo da parte delle équipe di chirurgia generale ad indirizzo epato-bilio-pancreatico, di chirurgia toracica e chirurgia urologica. In queste équipe, infatti, sono oggi già presenti professionisti adeguatamente formati per l'utilizzo di tale metodologia, che come noto ha bisogno di uno specifico training iniziale. In un momento successivo all'introduzione, in coerenza con uno specifico piano di formazione e apprendimento sul campo che dovrà necessariamente essere impostato, si estenderà la possibilità di utilizzo del robot ad ulteriori specialità (es. ginecologia).

A seguito di queste considerazioni, nell'anno 2019 si è realizzata la piattaforma robotica metropolitana volta alla gestione condivisa di Chirurgia Urologica, Chirurgia generale, Chirurgia Toracica e Chirurgia ginecologica. La chirurgia urologica resta suddivisa sulle due piattaforme, mentre la chirurgia Generale verrà concentrata su Ospedale Maggiore (fegato, pancreas e tubo digerente). E' stato condiviso il progetto formativo per la chirurgia Generale e toracica che si completerà nei primi mesi del 2020. Anche il materiale di consumo e' stato acquistato per circa 1000 procedure per tutta la città metropolitana. L'acquisizione della seconda piattaforma ha permesso altresì di eseguire tutti gli interventi di chirurgia urologica (tumore maligno della prostata) entro fine anno con la prospettiva di garantire i tempi di attesa nel corso del 2020.

Rete neuroscienze e Neurochirurgia Pediatrica

Nel corso del 2019 l'Azienda ha partecipato con propri professionisti al Gruppo di Lavoro regionale Rete per la Patologia Cerebrovascolare (Ictus Ischemico ed Emorragico – Emorragia Subaracnoidea) con il compito di effettuare la revisione della rete Ictus ischemico ed emorragico, emorragia subaracnoidea (ESA), gestione degli attacchi

ischemici transitori (TIA) in PS, nonché di definizione dei principali PDTA delle patologie interessate.

Coerentemente con le nuove linee di indirizzo regionali in via di emissione, è stata avviata la stesura del PDTA interaziendale per la presa in carico del paziente con stroke ischemico.

Professionisti dell'U.O. interaziendale Neurologia Metropolitana (NeuroMet) hanno preso parte ai Gruppi di Lavoro regionali per la definizione dei PDTA Morbo di Parkinson e PDTA Demenza Giovanile.

Sempre nel corso del 2019 è stato integrato il PDTA Sclerosi multipla dell'AUSL di Bologna con le attività garantite dall'Azienda Ospedaliera.

Infine con DGR n° 2199/2019 la Regione Emilia-Romagna ha approvato la costituzione del Centro Regionale Interaziendale di Neurochirurgia Pediatrica su due sedi integrate tra loro, l'IRCCS ISNB e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria con l'obiettivo di implementare la presa in carico precoce multidisciplinare e multiprofessionale del paziente al fine di garantire i trattamenti più innovativi, la migliore sopravvivenza e qualità di vita. Si rimanda al paragrafo relativo ai centri di riferimento regionale per la rendicontazione delle attività svolte nel 2019.

Processi di integrazione dei servizi di supporto amministrativi, tecnici e logistici

I processi di integrazione dei servizi di supporto amministrativi e tecnico logistici, nel corso del 2019 si sono ulteriormente sviluppati consolidando l'integrazione all'interno dei servizi SUMAP (Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale) e SUMCF (Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza). In data 05 agosto 2019 è stato sottoscritto dai singoli Enti l'Accordo Quadro per lo svolgimento delle funzioni unificate dei Servizi amministrativi, tecnici e professionali secondo le modifiche concordate rispetto al testo originariamente sottoscritto in data 25.8.2015.

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

In particolare per quel che concerne il SUMCF, durante l'anno 2019 è stato coinvolto nelle seguenti attività:

- refinizione di una istruzione operativa unica per la gestione delle anagrafiche soggetti;
- supporto alle attività del gruppo Audit e partecipazione audit interno SUMAP;
- coordinamento sovraziendale delle attività del progetto casse di riscossione;
- ridefinizione delle funzioni delegate (delibera 201/2019) e standardizzazione delle attività ad esse correlate;
- completamento unificazione strumenti di rilevazione andamenti economici gestori (Bilancio WEB);
- completamento attività definizione del regolamento donazioni unico AVEC;

- forte supporto operativo, logistico e organizzativo al progetto GAAC, referenza nei confronti della Regione per tutte e tre le Aziende, partecipazione al gruppo regionale di regia GAAC, partecipazione trasversale di numerosi operatori SUMCF ai tavoli di lavoro regionali;
- gestione e governo di alcune anagrafiche GAAC regionali (tipi e condizioni di pagamento, ritenute, tipi ritenuta, tipo contribuente, tabelle IVA);
- coordinamento attività di gestione del polo unico di governo delle anagrafiche GAAC dei servizi sanitari (capofila Ausl Bologna);
- sviluppo e test delle principali integrazioni contabili GAAC (integrazione GRU-GAAC, integrazione Casse Lepida-GAAC, integrazione Tesoreria);
- supporto interaziendale all'avvio del GAAC per l'Ausl di Bologna.

Per quel che concerne il SUMAP, durante l'anno 2019 è stato recepito il progetto esecutivo dei servizi per lo svolgimento delle funzioni unificate relative all'Amministrazione Giuridica del Personale e all'Amministrazione Economica del Personale.

Le Direzioni delle 4 Aziende hanno convenuto, come previsto dal progetto, un riassetto delle attività volto a garantire che il servizio si concentri nelle attività "core".

L'Azienda Capofila (AUSL di Bologna) ha provveduto alla costituzione di un Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale (SUMAGP) e di un Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Economica del Personale (SUMAEP) quali strutture complesse incardinate nell'organizzazione dell'Azienda Capofila, con funzioni a favore degli Enti convenzionati. La delibera di recepimento della convenzione con l'Azienda Capofila è stata adottata dall'Azienda Ospedaliera il 9 agosto 2019.

Il SUMAGP ed il SUMAEP sono strutturati da personale in servizio presso l'Azienda Capofila e da quello messo a disposizione dagli Enti convenzionati mediante l'istituto dell'assegnazione temporanea.

L'Amministrazione giuridica del personale (SUMAGP) si occupa delle seguenti attività:

- selezione e reclutamento del personale;
- modifica, sospensione e cessazione del rapporto di lavoro;
- istituti correlati all'articolazione dell'orario di lavoro;
- attività propedeutiche e conseguenti al conferimento/conferma/revoca degli incarichi dirigenziali e di funzione per il personale del Comparto;
- istruttorie del contenzioso lavoro; • supporto al Servizio Ispettivo;
- denunce infortuni sul lavoro (In attesa del passaggio della funzione al Servizio Interaziendale di Medicina del Lavoro entro l'anno 2019);
- Ufficio Procedimenti Disciplinari: istruttoria e funzioni di segreteria (In attesa del passaggio della funzione ad altri Servizi aziendali entro l'anno 2019);
- convenzioni attive per prestazioni di consulenza (In attesa del passaggio della funzione ad altri Servizi aziendali entro l'anno 2019);
- autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali a personale dipendente (In attesa del passaggio della funzione ad altri Servizi aziendali entro l'anno 2019).

L'Amministrazione economica del personale (SUMAEP) comprende le seguenti materie:

- gestione delle retribuzioni;
- gestione dei fondi contrattuali;
- adempimenti in materia fiscale;
- monitoraggio del costo del personale, flussi informativi e scambi;
- gestione previdenziale;
- supporto alle relazioni sindacali.

Centralizzazione acquisti e logistica dei beni farmaceutici e dei dispositivi medici

Progetto Supply Chain Centralizzata di AVEC - A seguito della richiesta della regione di revisione ed integrazione di alcuni punti del documento di aggiornamento del progetto, si è provveduto a modificare la Relazione di Aggiornamento del Progetto Supply Chain AVEC in maniera coerente con le richieste regionali.

Per poter effettuare tale analisi è stato predisposto uno schema di confronto tra le richieste regionali e i punti di sommario in cui poter leggere le integrazioni effettuate.

Tra le altre, le modifiche hanno riguardato una trattazione più estesa delle motivazioni che hanno portato a sviluppare il progetto.

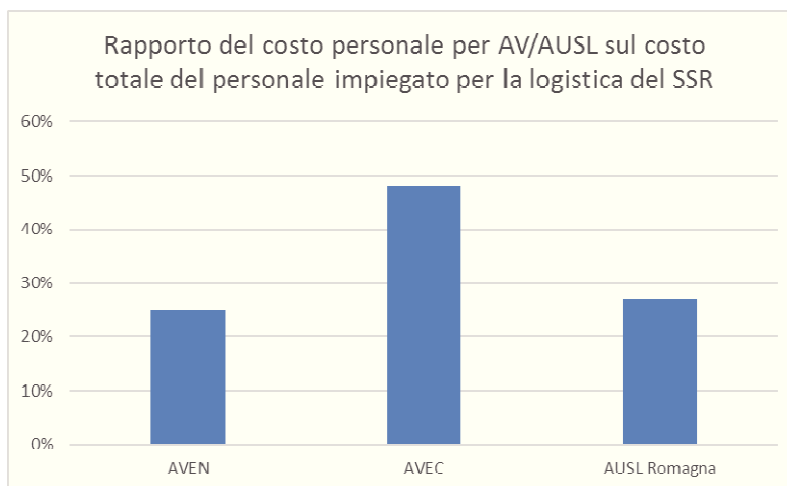
Grazie alla definizione del contesto regionale inerente alle Piattaforme Logistiche (tavolo tecnico di lavoro specifico della Regione Emilia-Romagna) è stato possibile inserire riferimenti puntuali (indicatori, ecc.) riferiti allo studio regionale di cui sopra. Inoltre, tali indicatori, hanno permesso una analisi di benchmark e il confronto tra le performance delle altre realtà sovra aziendali. Sottolineando in maniera ancora più marcata il valore della centralizzazione dei processi ed indirizzando più marcatamente il progetto verso la soluzione della centralizzazione con esternalizzazione del magazzino fisico, della movimentazione interna e della fase distributiva dei beni oggetto della centralizzazione proposta.

In primis il costo del personale: personale operativo di magazzino, farmacista ed amministrativo. Significativo in AVEC (quasi il 50% del rapporto tra costo totale per Area Vasta e totale del Servizio Sanitario Regionale) è specchio della mancata centralizzazione del processo, della duplicazione derivante dalla separazione tra strutture di farmacia ed economali. Interessante notare come, nonostante le diverse dimensioni in gioco, l'indicatore per Azienda di Romagna risulta superiore a quello di AVEN a riprova di un processo di medio periodo di centralizzazione. Altresì interessante notare come il valore assoluto di AVEN si riferisca ad una situazione non completamente centralizzata ma che lo è stata nella sua componente più costosa (farmacia).

Schema RER indicatore A

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

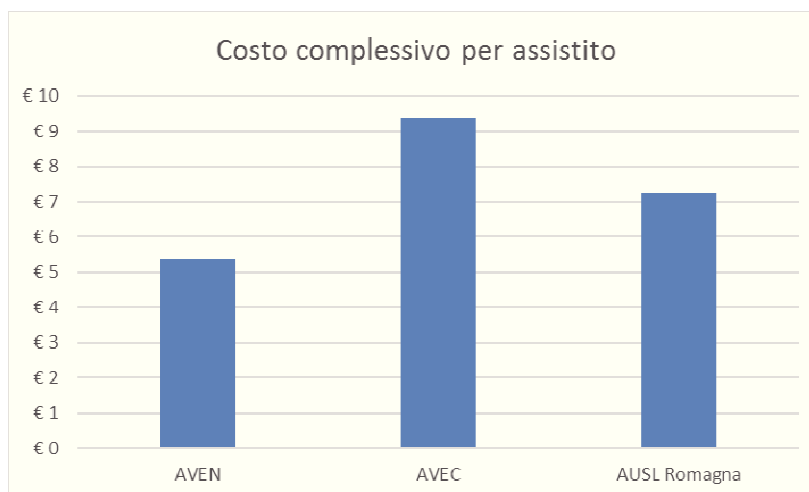
DENOMINAZIONE	AVEN		AVEC	AUSL Romagna		
			MAGAZZINI AZIENDALI			
COSTO DEL PERSONALE DIPENDENTE	€	3.401.993,21	€	6.525.602,64	€	3.666.101,62
DIRIGENTE	€	944.000,00	€	1.350.000,00	€	1.425.000,00
sanitario	€	864.000,00	€	1.026.000,00	€	1.305.000,00
amministrativo/tecnico	€	80.000,00	€	324.000,00	€	120.000,00
COMPARTO	€	2.457.993,21	€	5.175.602,64	€	2.241.101,62



In secondo luogo, il costo complessivo del processo di approvvigionamento dei beni di consumo comprensivo del costo delle strutture, dei costi di appalto e del costo del personale: AVEC risulta avere il costo complessivo più alto in assoluto (12mil), AVEN ha il secondo (10 mil) e Azienda di Romagna ha il più basso (7,9mil). L'indicatore definito dal rapporto tra il costo totale e il numero di cittadini assistiti è indice di efficienza (nei valori più bassi). Di seguito lo schema di riferimento da cui si evince che AVEC risulta la meno performante.

Schema RER indicatore C

DENOMINAZIONE	AVEN	AVEC	AUSL Romagna			
INDICATORI						
COSTO COMPLESSIVO STRUTTURA, APPALTI E PERSONALE DIPENDENTE	€	10.301.684,21	€	12.490.732,66	€	7.947.707,07
CITTADINI ASSISTITI		1.921.180		1.332.489		1.097.640
costo complessivo per assistito		5,36		9,37		7,24

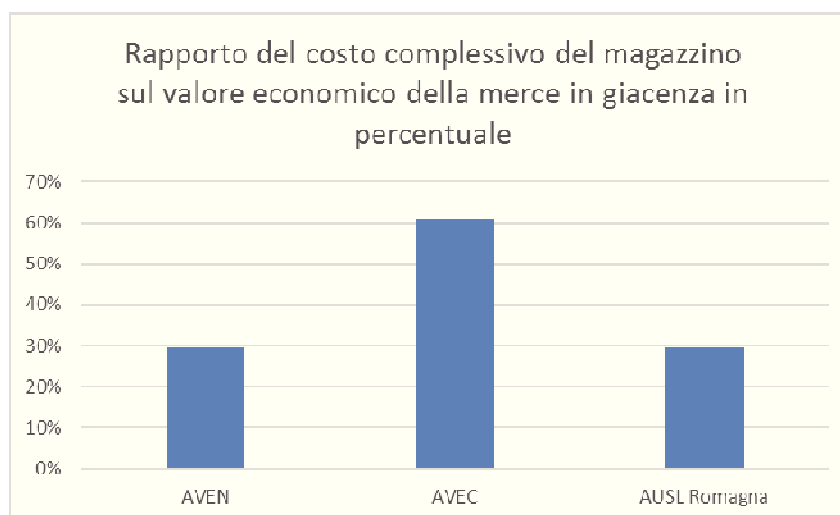


In terzo luogo, il rapporto (indicatore G) tra costo totale di processo, di struttura e di appalto rapportato al valore economico della merce ordinata in percentuale dimostra nuovamente come la mancata centralizzazione (AVEC) e la non terminata centralizzazione di Azienda di Romagna manifestino in maniera chiara margini di efficienza da conquistare (AVEC 60,66% e Azienda di Romagna 29,43%). Stesse dinamiche di efficienza possono essere tracciate nell'indicatore F riportato per completezza negli schemi sottostanti.

Nell'indicatore G sono evidenti le dinamiche relative agli acquisti da scorta a transito. Ove la centralizzazione si è compiuta, la dimensione dei valori a scorta è aumentata a fronte della riduzione della componente del transito. Questo andamento presuppone un maggior controllo e *governance* che deriva dalla omogeneità di processo conseguente alla centralizzazione delle anagrafiche di prodotto e della gestione operativa di magazzino centralizzata. Se un prodotto risulta a transito per due o più soggetti può transare in una gestione a scorta centralizzata e quindi diviene più monitorabile e più gestibile.

Schema RER indicatore F e G

DENOMINAZIONE	AVEN	AVEC	AUSL Romagna
INDICATORI			
COSTO COMPLESSIVO STRUTTURA, APPALTI E PERSONALE DIPENDENTE	€ 10.301.684,21	€ 12.490.732,66	€ 7.947.707,07
VALORE ORDINATO	€ 552.095.139,00	€ 443.053.617,81	€ 365.292.721,38
<i>incidenza costi complessivi sul totale ordinato</i>	1,87%	2,82%	2,18%
COSTO COMPLESSIVO STRUTTURA, APPALTI E PERSONALE DIPENDENTE	€ 10.301.684,21	€ 12.490.732,66	€ 7.947.707,07
VALORE GIACENZA	€ 34.793.415,00	€ 20.592.616,85	€ 27.006.481,00
<i>incidenza costi complessivi sul valore giacenza</i>	29,61%	60,66%	29,43%



Inserendo nuovamente la parte descrittiva dell'excurus che il progetto ha avuto negli anni è stato possibile evidenziare le valutazioni effettuate tra le diverse ipotesi di sviluppo del progetto stesso (Logistica Centralizzata o Logistica Integrata). A supporto della decisione dei Direttori Generali di Avec per una centralizzazione spinta, è stato inserito la valutazione economica riferita alle due ipotesi (partecipazione in magazzino centrale delle aziende ferraresi o creazione di un magazzino provinciale ferrarese).

Per quanto attiene agli impatti sul personale si fa riferimento al lavoro del gruppo di lavoro dei Direttori del Personale AVEC che da contezza dei numeri relativi al personale negli scenari di centralizzazione e dei percorsi di utilizzo interno del personale stesso (nel documento di progetto si fa specifico riferimento al contesto S. Orsola). Si è inserito anche una ricognizione specifica rispetto al riutilizzo degli edifici e dei locali che verrebbero ad essere liberati dalle operazioni di magazzino a seguito della centralizzazione pur non essendo tale impatto nello scopo del progetto ma rimanendo nell'ambito delle decisioni aziendali.

La rilevazione sui costi cessanti essendo aggiornata al 2015 e stata giudicata nella rappresentazione di progetto non abbastanza dettagliata. In tal senso l'aggiornamento dei costi cessanti in capo alle aziende AVEC identifica un maggior dettaglio che verrà riportato nel documento di aggiornamento una volta terminata la ricognizione.

Il testo identifica meglio le varie categorie di costi cessanti, la loro praticabilità e lo scenario temporale connesso ad ognuno. Inoltre, si è voluto ampliare il concetto di costi cessanti di progetto evidenziando (ma non inserendo nel bilancio tra costi cessanti ed emergenti di progetto) i costi cessanti che sono indotti dalla centralizzazione ma che si realizzeranno solo all'interno delle aziende. Nel corso del 2019 si sono svolte un numero di riunioni per proporre al gruppo di lavoro designato dal collegio tecnico dei Direttori Amministrativi AVEC, la scheda di rilevazione costi. Le attività sono ancora in corso per la coincidenza temporale della implementazione del nuovo sistema contabile regionale (GAAC) per alcune delle aziende di AVEC, compresa la capofila AOSP Bologna).

Sempre sul fronte dei costi non si è inserito un confronto tra il costo dei trasporti di AVEN, ma si è chiarito all'interno della capofila (ed in ottica con il collegio tecnico dei DDAA AVEC) le motivazioni che portano ad avere una differenza positiva (minor costo) nel confronto con AVEN. Vantaggio che si concretizza in due grossi bacini di utenza (S. Orsola e Cona) che non avranno necessità di una consegna diretta al reparto: rimarranno consegne di navettaggio su transit point.

Grazie al lavoro svolto dal gruppo di lavoro è stato possibile integrare il documento con gli investimenti "evitabili", vale a dire quelli che le aziende per via della centralizzazione potranno evitare di assumere.

Tutte le integrazioni effettuate hanno indirizzato lo studio verso la modellizzazione di una filiera di approvvigionamento composta da una struttura centrale di gestione sia amministrativa (ordini ed approvvigionamenti), sia di coordinamento dell'appalto esternalizzato di gestione logistica e da l'appalto di logistica composto da un magazzino centralizzato di area vasta, la movimentazione relativa e la fase di distribuzione attraverso una rete di transit point aziendali e di consegne puntuali sul territorio di riferimento. La condivisione dei costi connessi alla gestione e dei risparmi conseguenti alla centralizzazione dei processi tra le sei aziende AVEC diviene un fattore di efficienza e completa il mandato regionale ricevuto dalle direzioni generali.

Gara Advisory - i Direttori Amministrativi di AVEC hanno richiesto di effettuare una prima rilevazione del mercato e predisporre la documentazione di gara relativa ad un assesment del progetto stesso che possa essere effettuato da primaria società di consulenza di rilievo nazionale/internazionale. La documentazione di gara è stata predisposta, in bozza, corredata dallo schema di valorizzazione a punti dei singoli aspetti.

Aggiornamento dati relativi al costo personale AVEC - il processo di aggiornamento dei costi cessanti del personale nelle aziende AVEC si è interrotto per via della contestuale implementazione del GAAC nelle aziende AVEC. I referenti aziendali, individuati dai Direttori Amministrativi nelle singole aziende, hanno sottolineato la impossibilità di gestire le due priorità visti i carichi di lavoro inerenti il GAAC.

Considerazioni finali - In attesa dell'aggiornamento dei costi cessanti del personale riferito al progetto si ricorda che il quadro complessivo è il seguente:

QUADRO COMPLESSIVO COSTI	
Costo emergente	6.689.025
Costi cessanti (puri e catA)	-8.533.871
SALDO (minori costi)	-1.844.846

e quello degli investimenti:

QUADRO COMPLESSIVO INVESTIMENTI	
Investimenti emergenti	119.000
Investimenti evitabili	-4.978.700
SALDO (minori investimenti)	-4.859.700

3.1.3. Area di performance degli esiti

Presso l'Azienda viene effettuato il monitoraggio sistematico degli indicatori sui volumi ed esiti pubblicati ogni anno dal Piano Nazionale Esiti, degli indicatori previsti dai sistemi di rilevazione regionali, e riportati nel data base regionale InSIDER, di un panel di indicatori cruscotto aziendale per la valutazione della performance clinica.

L'attività oggetto di valutazione riguarda prevalentemente le aree cliniche e i processi assistenziali riportati nella tabella sottostante relativamente all'anno 2019:

Indicatore	EMILIA- ROMAGNA	AOSPU BOLOGNA
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	8,3	6,78
Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	1,45	1,41
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1,46	0,77
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	10,9	9,99
Valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni dall'intervento	1,46	0,77
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	9,04	8,14
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	8,89	11,58
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	82,79	85,49
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	85,35	63,23
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	88,77	85,95
% parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub)	6,73	6,95
Tagli cesarei primari: % di interventi in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti	17,04	22,44
Frattura di femore: % interventi effettuati entro 48h dall'ammissione in reparto	76,82	87,47

Fonte dati - InSiDER-Volumi - esiti, Edizione 2020 -

I risultati confermano la buona performance aziendale in ambito cardiocirurgico, cardiologico (IMA) e cerebro - vascolare (ictus ischemico), con una performance migliore sia rispetto al dato medio regionale sia al proprio risultato dell'anno precedente.

Per quanto riguarda le patologie croniche, scompenso cardiaco e BPCO, anche per lo scompenso il dato della mortalità aziendale risulta inferiore al dato medio regionale, mentre la mortalità per BPCO riacutizzata, più elevata rispetto al valore medio regionale, trova giustificazione nella presenza all'interno del Policlinico di un *setting* ad alta intensità pneumologia con centralizzazione della casistica più complicata e grave.

La proporzione di parti cesarei primari risulta più elevata rispetto al dato regionale, in linea con il dato 2018. Presso il Policlinico sussistono un centro di terapia intensiva neonatale di terzo livello e i centri di fisiopatologia neonatale e di procreazione assistita che rendono ragione della complessità della casistica trattata comprovata dal valore PNE dopo aggiustamento: percentuale grezza 26,45% che aggiustata diventa 12,32%.

Si conferma la buona performance in ambito ortopedico attraverso sia l'indicatore relativo al timing dell'intervento chirurgico sulle fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età decisamente migliore del dato medio regionale.

Per quanto riguarda la % di interventi in reparti sopra soglia relativamente a "colecistectomia laparoscopica", l'indicatore così come calcolato nei database regionali non è correttamente formulato e non corrisponde alla realtà aziendale: l'organizzazione del Policlinico dell'area chirurgica (chirurgia generale) è strutturata per percorsi e complessità di cura, nella logica del superamento del modello "verticale" di espletamento dell'attività in unità operative verso la condivisione e la razionalizzazione delle risorse. In tale ottica i dati relativi alla patologia in oggetto non devono essere calcolati per singola unità operativa (come identificato dai codici di reparto HSP), ma complessivamente all'interno della disciplina chirurgia generale (009) o in alternativa in base al "Percorso Chirurgia epatica e delle vie biliari".

Il risultato dell'indicatore % di interventi in reparti sopra soglia relativo al "tumore maligno della mammella" è viziato dal fatto che l'attività in libera professione di tali interventi è effettuata in altro "reparto/disciplina" se pur sempre effettuata dalla medesima equipe che lavora in SSN. Calcolando il solo valore relativo al SSN si ottiene un valore pari al 99%.

Infine, per quanto concerne la chirurgia oncologica, tutti i PDTA attivati all'interno dell'Azienda per la presa in carico di pazienti con specifiche patologie oncologiche prevedono la valutazione multidisciplinare della casistica. Nell'ambito dello sviluppo di piattaforme collaborative cliniche a supporto delle reti cliniche, l'AOU (insieme alle aziende dell'area metropolitana) si è dotata di un software per la condivisione di informazioni sanitarie e la gestione, anche a distanza, dei team multidisciplinari (*Healthmeeting*). A seguito dell'attivazione nel 2018 degli applicativi per la gestione dei team multidisciplinari per i percorsi oncologici del tumore del polmone e del colon-retto, nel corso del 2019 sono stati attivati quelli a supporto della gestione della *Breast Unit* 2019, dell'oncologia ginecologica, dei percorsi tumori del pancreas, della Prostate Unit, dei tumori neuroendocrini e del melanoma.

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	12,47	10,03	11,58	8,89
Scompenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	11,03	11,86	9,99	10,9
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	75,74	82,43	85,49	82,72
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	59,95	84,4	63,23	85,35
Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	83,42	89,07	85,95	88,77
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	1,8	6,47	5,83	5,78

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,34	0,78	0,66	0,7
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	3,57	5,08	2,44	4,6
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	4,8	3,61	3,49	2,64
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	83,5	71,36	87,47	76,5

Fonte dati - InSiDER-Volumi – esiti, Edizione 2020 –

3.2. Dimensione di performance dei processi interni

3.2.1 Area di performance della produzione

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

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

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

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

L'analisi che viene condotta sull'andamento dei costi viene condotta con periodicità mensile per la verifica del consumo di beni sanitari e non sanitari e con periodicità trimestrale per quanto riguarda tutti i fattori produttivi.

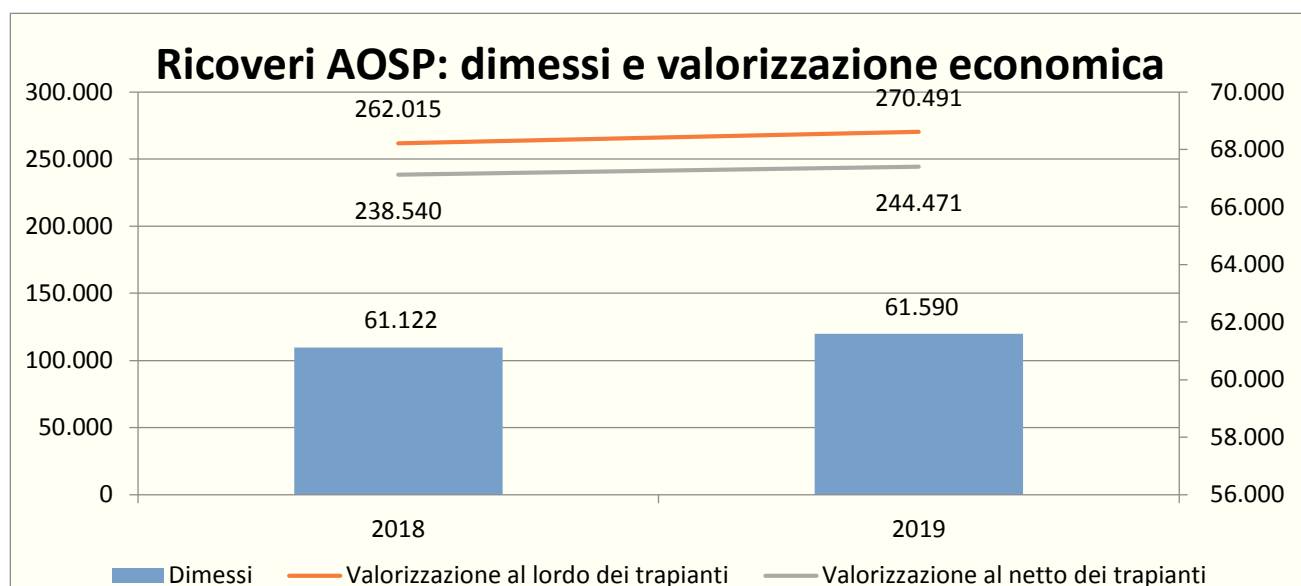
Attività di ricovero

L'Azienda a fine anno 2019 registra, rispetto all'anno precedente, un aumento dell'attività di ricovero per effetto dell'incremento del numero dei ricoveri (+0,8%), della valorizzazione economica (+3,2%) e della complessità della casistica trattata (5,2 il valore medio del caso trattato in degenza ordinaria).

La tabella successiva rappresenta gli andamenti rilevati dei pazienti in termini di numero di dimessi e valorizzazione economica dell'attività complessiva e al netto dei trapianti (importi rappresentati in migliaia di euro).

ANDAMENTO N. RICOVERI - PERIODO Gennaio Dicembre 2018 - 2019												
* Onere della degenza: Mobilità sanitaria (1 2 6 10)	nr. Dimessi				Valorizzazione al lordo dei trapianti				Valorizzazione al netto dei trapianti			
	gen-dic 18	gen-dic 19	D ass.19_18	var% 19_18	gen-dic 18	gen-dic 19	D ass.19_18	var% 19_18	gen-dic 18	gen-dic 19	D ass.19_18	var% 19_18
DIMESSI IN REGIME ORDINARIO (al netto del nido)	48.417	48.468	+51	0,1%	244.429	252.047	+7.617	3,1%	220.955	226.026	+5.072	2,3%
Val medio DO					5,05	5,20		3,0%	4,60	4,71		2,3%
NIDO	2.554	2.400	-154	-6,0%	1.056	993	-63	-5,9%	1.056	993	-63	-5,9%
TOTALE RICOVERI DEGENZA ORDINARIA	50.971	50.868	-103	-0,2%	245.485	253.040	+7.555	3,1%	222.011	227.020	+5.009	2,3%
DIMESSI in DH	10.151	10.722	+571	5,6%	16.529	17.451	+922	5,6%	16.529	17.451	922	5,6%
Val medio DH					1,63	1,63		0,0%	1,63	1,63		0,0%
DH ONCOLOGICI	264	174	-90	-34,1%	574	550	-24	-4,2%	574	550	-24	-4,2%
DH NO ONCOLOGICI	9.887	10.548	+661	6,7%	15.955	16.901	+946	5,9%	15.955	16.901	+946	5,9%
TOTALE RICOVERI DO+DH	61.122	61.590	+468	0,8%	262.015	270.491	+8.476	3,2%	238.540	244.471	+5.931	2,5%

Fonte dati: banca dati aziendale



Fonte dati: banca dati aziendale

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

⇒ *Bologna*: i ricoveri sono in incremento (+278, pari a +0,6%), con una valorizzazione economica incrementata di +3,131 mln di euro (+1,8%) e un aumento del valore medio della casistica trattata in regime ordinario del +1,8%.

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

Le linee di attività in incremento sono:

- ✓ Pneumologia/Pneumologia interventistica: +1,043mln euro, +9%;
- ✓ interventi di chirurgia generale (+1,399mln euro, +7%) in particolare di chirurgia bariatrica, chirurgia epato-pancreatica ano e stoma, interventi di ernia, chirurgia digestiva, interventi apparato digerente, tiroide;

- ✓ ortopedia (+606mila euro +5%);
- ✓ trapianti: si rileva un incremento di trapianto di d'organo (813mila euro +39%) mentre è stabile l'attività di trapianto di midollo;
 - ✓ urologia (+720mila euro, +7%): incremento di attività per riduzione di liste di attesa della patologia oncologica.
- ⇒ *Imola*: si rileva un lieve incremento della mobilità attiva relativa a pazienti di Imola pari a +42 dimessi (+2%) con un incremento della valorizzazione economica pari a +191mila euro (+1,9%). Analizzando il dato al netto dell'attività di trapianto la valorizzazione economica è in incremento rispetto all'anno precedente (+5,3%). Nel dettaglio si rileva un aumento dell'attività per patologia ORL/ Maxillo Facciale (+111mila euro, +95%), un incremento degli interventi di cardiocirurgia e cardiologia interventistica (123mila, +5%), pneumologia interventistica (+93 mila pari a +45%). Per quanto riguarda i trapianti si rileva un calo del trapianto di midollo (-318mila euro, -31%) mentre è in incremento l'attività di trapianto di organi (+56mila euro, +26%);
- ⇒ *Infraregione*: relativamente all'attività per pazienti della Regione Emilia-Romagna si registra un lieve aumento dei ricoveri di +112 dimessi pari a +1,8% che si accompagna ad un aumento della valorizzazione dell'attività di +4,247 mln di euro (+11,6%);
- ⇒ Si registra in particolare un incremento della valorizzazione dell'attività infraregione per l'area di cardiologia/cardiocirurgia (+1,150 mln di euro, +10%), dell'attività dei trapianti di midollo e di organo (1,764 mln di euro, +26%), pneumologia (+189mila euro +40%), nefrologia e urologia medica (+242 mila euro, +46%), chirurgia generale (+307mila euro +8%), neonatologia (167mila euro +18%), gastroenterologia (180mila euro +15,8%). In riduzione la valorizzazione di emolinfopatie, di ortopedia e otorinolaringoiatria;
- ⇒ *Extraregione*: si registra un incremento della mobilità extraregionale +36 casi (+0,4%) con una corrispondente valorizzazione pari a +908 mila euro (+2%).
- ⇒ L'incremento dell'attrazione riguarda in modo diffuso varie linee di attività: la chirurgia generale (+553mila euro, +5%), malattie infettive (+238mila +18%), otorino (+139mila euro +13%), trapianti di organi (+950mila euro, +22%). Si rileva una diminuzione di attività per la chirurgia toracica (-194mila euro, -21%), medicina dell'emergenza urgenza (-478mila, -24%) e di trapianto midollo (-610mila euro, -17%).

L'attività in regime di **day hospital** registra un aumento di +571 dimessi (+5,6%): anche nell'anno 2019 è proseguito il percorso di riduzione del day hospital oncologico (-90 ricoveri, -34%) e all'incremento dei day hospital non oncologici (+661, +6,7%) dovuto ad azioni di miglioramento dei setting di ricovero in particolare nelle discipline di Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia pediatrica e all'aumento dell'attività di Week surgery presso l'ospedale di Budrio finalizzato allo smaltimento delle liste di attesa.

Specialistica ambulatoriale

Per quanto riguarda la **specialistica ambulatoriale per pazienti esterni** l'andamento ha registrato, a livello complessivo, un aumento rispetto ai valori economici del 2018 (complessivamente: +2,262 mln di euro, pari al +3%): incrementa la valorizzazione

dell'attività per prestazioni di specialistica ambulatoriale (+2,362 mln di euro, pari al +4%) e le prestazioni di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (+181mila euro, pari al +2%), mentre calano le prestazioni di dialisi (-281 mila euro, pari al -2%)

Il trasferimento dell'attività dei **day hospital** oncologici al regime assistenziale di day service ambulatoriale si traduce in una valorizzazione pari a +732 mila euro, pari al 11% (DSA oncologico: prestazioni diagnostiche e terapeutiche).

	Totale		Articolazione per area di attività					
			Specialistica		Dialisi		Pronto soccorso	
	N.Prest	Importo Lordo	N.Prest	Importo Lordo	N.Prest	Importo Lordo	N.Prest	Importo Lordo
Gennaio Dicembre 2018	3.861.080	85.981.534	2.466.354	66.685.213	664.763	11.260.623	729.963	8.035.698
Gennaio Dicembre 2019	3.929.035	88.243.375	2.636.159	69.047.307	546.134	10.979.415	746742	8.216.653
Variazione assoluta	67.955	2.261.841	169.805	2.362.094	-118.629	-281.208	16.779	180.955
Var. %	1,76%	2,63%	6,88%	3,54%	-17,85%	-2,50%	2,30%	2,25%

Tabella: Attività specialistica ambulatoriale per pazienti ambulatoriali al lordo del ticket anno 2018-2019

Fonte dati: banca dati aziendale prestazioni ambulatoriali

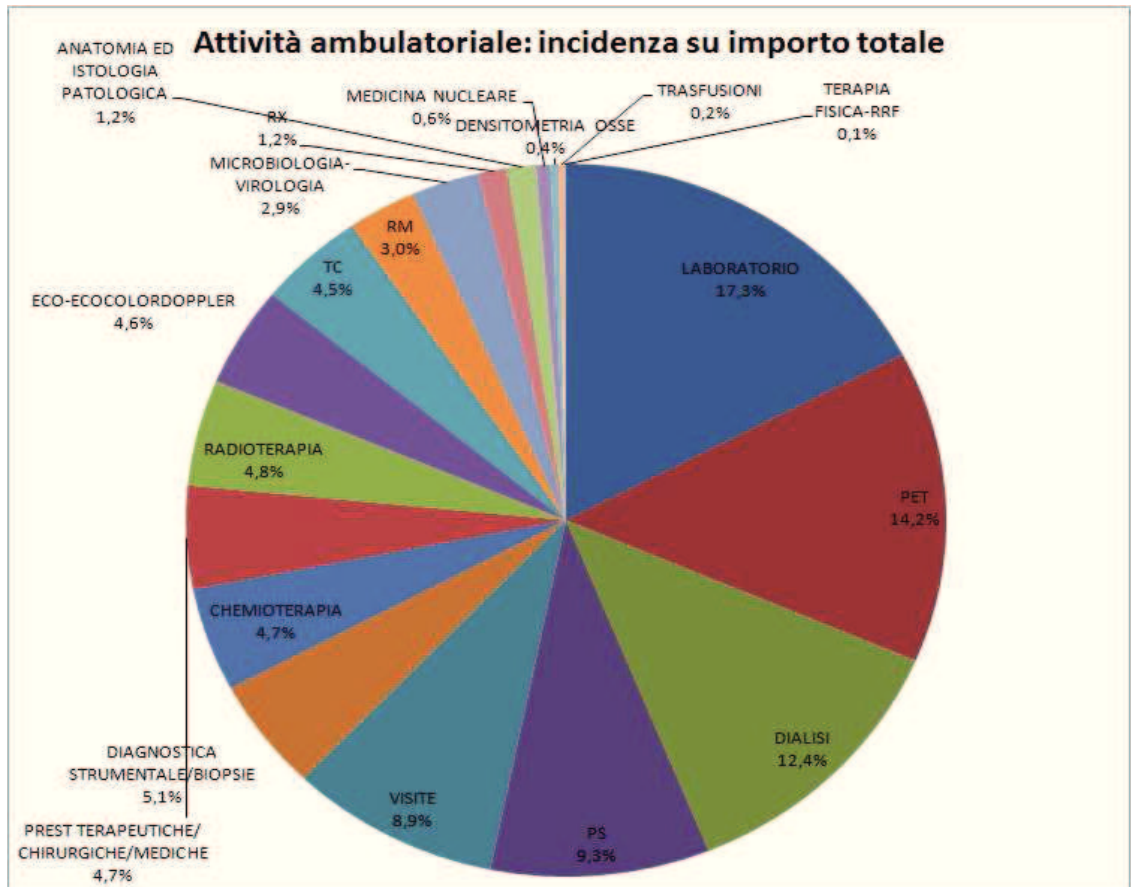


Grafico: composizione % della valorizzazione economica delle prestazioni ambulatoriali anno 2019.
Fonte dati: banca dati aziendale prestazioni di specialistica ambulatoriale anno 2019.

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

- i settori della specialistica che hanno visto un aumento di attività sono legate alle prestazioni di supporto, in particolare di laboratorio, che valorizzano +1,107mln euro (+7,82%) . In ambito oncologico si osserva un incremento anche di prestazioni di radioterapia (+332mila euro, +8,5%) e la diagnostica PET (+392mila, +3,24%), TC (+253mila euro +6,75%) e RM (+135.249 +5,4%).
- di segno negativo trasfusioni -72mila euro (-26,4%), densitometria ossea (-92mila , -23%).
- Le prestazioni di dialisi rilevano una diminuzione -281mila (-2,5%)

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

- ✓ l'attività per assistiti della provincia di Bologna rappresenta il 72,2% della valorizzazione complessiva, in incremento rispetto al 2018;
- ✓ l'attività per pazienti assistiti da altre Ausl della regione è il 14% e per pazienti extraregione il 14%; in entrambe i casi in incremento rispetto al 2018.

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	327.408	7.117.094	336.478	7.169.052
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	465.680	6.669.619	464.348	6.674.019
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.209.623	47.878.684	2.246.172	48.954.054
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	1.210.766	-	1.283.254	6.984.000-

Fonte dati - InSiDER - Edizione 2020 -

3.2.2 Area della performance dell'appropriatezza, della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Appropriatezza

L'Azienda nel corso del 2018 e 2019 ha definito un piano per l'appropriatezza mirato al controllo e alla riduzione dell'attività inappropriata in degenza ordinaria e day hospital.

Le aree maggiormente interessate sono state quelle chirurgiche (generali e specialistiche) con particolare riguardo la casistica oggetto di monitoraggio negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriata, con l'obiettivo di trattare la casistica più leggera in day hospital.

Tali attività, sia sull'area chirurgica sia sull'area medica, sono finalizzate a ridurre il rapporto DRG potenzialmente inappropriati/appropriati inferiore al target LEA di 0,19 , risultato già raggiunto sia nel 2018 (risultato definitivo 0,18) che nel 2019 ha portato al valore di 0,17 (risultato atteso anno 2019 <0,19).

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,18	0,20	1,17	0,19

Fonte dati - InSiDER - Edizione 2020 -

Nel corso dei due anni, come si evince dalla tabella sottostante, la numerosità dei DRG chirurgici potenzialmente inappropriati in DO si è sostanzialmente ridotta. Nei due anni c'è stata una riduzione totale del 27,1 %.

	2017	2018	2019
DRG Chirurgici Potenzialmente Inappropriati	4.384	3.708	3.379
<i>Riduzione su anno precedente</i>		<i>-15,4%</i>	<i>-8,9%</i>

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2020

Nel dettaglio i DRG chirurgici oggetto di monitoraggio nella DGR 191 del 27/26/18 nel biennio hanno avuto una riduzione del 21% come evidenziato nella sottostante tabella.

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

DRG	2017	2018		2019		
	ric DO	ric DO	riduz Anno prec	ric DO	riduz Anno prec	riduz da 2017
008 C-INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO	21	8	-62%	22	175%	5%
042 C-INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	118	208	76%	239	15%	103%
055 C-MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	286	261	-9%	235	-10%	-18%
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	14	5	-64%	5	0%	-64%
158 C-INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	223	189	-15%	178	-6%	-20%
169 C-INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	140	121	-14%	132	9%	-6%
229 C-INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI	34	30	-12%	19	-37%	-44%
266 C-TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE	342	360	5%	286	-21%	-16%
339 C-INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' > 17 ANNI	197	162	-18%	177	9%	-10%
340 C-INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' < 18 ANNI	205	65	-68%	51	-22%	-75%
342 C-CIRCONCISIONE, ETA' > 17 ANNI	36	18	-50%	30	67%	-17%
343 C-CIRCONCISIONE, ETA' < 18 ANNI	208	7	-97%	14	100%	-93%
503 C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	43	42	-2%	45	7%	5%
538 C-ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA	58	63	9%	92	46%	59%
TOTALE	1.925	1.539	-20%	1.525	-1%	-21%

Fonte dati: banca dati SDO 2018-2019

Altri indicatori relativi all'area chirurgica vedono una degenza preoperatoria uguale alla media regionale, una percentuale di ricoveri in day surgery leggermente inferiore alla media regionale e la percentuale di casi medici leggermente superiore

Indicatori Appropriatazza Chirurgica	Emilia Romagna	AOSPU BOLOGNA
% di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici - ricovero ordinario	12.33	18.37
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	55.3	54.77
Degenza media pre-operatoria	0.69	0.7

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2020

Per l'area medica, anche per l'anno 2019, sono proseguite con l'Azienda USL di Bologna le azioni intraprese nel 2018 riguardo all'attività relativa ai DRG 88 e 429; azioni finalizzate alla definizione ed implementazione di percorsi specifici con l'obiettivo di potenziare le cure intermedie e primarie, che hanno permesso di ridurre l'accesso di tali pazienti ai Pronto Soccorso ospedalieri e il loro eventuale successivo ricovero. Come evidenziato nella tabella sottostante, nel biennio per il DRG 88 c'è stato una riduzione del 67% e per il 429 una riduzione pari al 35% dei casi.

DRG	2017	2018	2019	
	ric	ric	ric	riduz da 2017
088 M-MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	277	140	91	-67%
429 M-DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	99	56	64	-35%
TOTALE	357	185	150	-58%

Fonte dati: banca dati SDO 2018-2019

L'efficiente utilizzo dei posti letto (degenza media) è stata strettamente monitorata nel corso del 2019. L'indice comparato di performance (ICP) nel 2019 per il Policlinico è stato il

più basso tra le Aziende Ospedaliere attestandosi ad un livello di 1,01 in riduzione rispetto al valore dell'anno precedente (1,02)

Azienda Di Ricovero	ICP	
	2019	2018
AOSPU PARMA	1,16	1,11
AOSPU MODENA	1,03	1,05
AOSPU BOLOGNA	1,01	1,02
AOSPU FERRARA	1,18	1,12

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2020

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,14	0,40	-0,29	0
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,01	0,52	-0,01	0
Degenza media pre-operatoria	0,81	0,71	0,7	0,69
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	21.192	254.222	21.295	251.847
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	5.901	88.491	6.612	91.650
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	28.026	354.621	27.861	354.900
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	4.361	36.893	4.186	35.708
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,04	3,86	2,75	3,94
% di ricoveri in Day-Surgery per DRG LEA Chirurgici	48,18	51,48	54,77	55,3

Fonte dati - InSiDER - Edizione 2020 -

Qualità ed accreditamento

Il percorso effettuato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna in preparazione alla visita di Accreditamento ha visto una forte sinergia tra la Direzione Aziendale, le strutture di staff e line, i Dipartimenti ad Attività Integrata e l'Area della Qualità che ne ha coordinato tutte le attività al fine di garantire una piena aderenza dei processi sanitari e di supporto ai requisiti generali e specifici previsti dalla Regione Emilia Romagna. Nel 2019 si sono svolte:

a) la visita per il rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale dell'AOU di Bologna mediante verifica della rispondenza ai requisiti generali definiti dalla Regione Emilia Romagna e contenuti nella DGR 1943/2017;

b) la visita per il rinnovo delle Funzioni di Governo e di Provider della Formazione, secondo i requisiti regionali contenuti nelle DGR n. 1332/2011 e nella DGR n. 1333/2011 in

merito al processo di accreditamento della formazione continua delle Aziende sanitarie pubbliche e degli altri soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, pubblici o privati.

La visita per il rinnovo dell'Accreditamento si è svolta nelle giornate 11-12-13 giugno 2019 con il coinvolgimento della Direzione Aziendale e di tutte le strutture di staff e line, dei Direttori e Vicedirettori di Dipartimento e di Unità Operativa e di altre funzioni chiave nello sviluppo e mantenimento del sistema di gestione aziendale, come i rappresentanti della Direzione per la Qualità, gli Animatori di Formazione e i referenti del Governo Clinico.

La fase di valutazione dei requisiti generali di Accreditamento previsti dalla DGR 1943/2017 si è svolta mediante intervista tra il team dei valutatori regionali e le suddette funzioni che hanno esplicitato ed illustrato, ciascuno in relazione alle proprie responsabilità e competenze i caratteri distintivi dell'organizzazione aziendale, dei processi di revisione degli assetti nell'area sanitaria e amministrativa, della gestione dei processi sanitari e della loro riorganizzazione nell'ottica dell'intensità di cura e delle reti integrate in ambito metropolitano, dei progetti di modernizzazione strutturale e ristrutturazione degli edifici, dei processi di ricerca e di specifiche esperienze innovative, dei sistemi informativi ed informatici utilizzati a supporto delle attività e della valutazione dei risultati e delle performance, di documenti, dati, azioni di miglioramento e loro risultati, rendendo così possibile la lettura dell'aderenza dei processi sanitari e di supporto a tutti i requisiti previsti dal nuovo modello di accreditamento.

La commissione si è poi suddivisa in sottogruppi per alcuni approfondimenti nell'ambito dei processi di Gestione del Rischio e Sicurezza delle Cure, Ricerca e Innovazione, Umanizzazione delle cure, Governo Clinico e PDTA, con specifica valutazione del PDTA Diabete Mellito e valutazione sul campo del PDTA Carcinoma della Mammella. La valutazione dei requisiti e delle esperienze di miglioramento condotte in questi ambiti specifici, che costituiscono poi i principali aspetti di innovazione introdotti nel modello di Accreditamento (in particolare le gestione del rischio e i progetti di umanizzazione), è stata condotta in collaborazione con i responsabili delle strutture di staff e line e con la partecipazione attiva dei professionisti sanitari coinvolti nel governo e nel miglioramento di questi processi. Il team dei valutatori, ha riconosciuto la qualità dell'assistenza offerta dall'Azienda, apprezzando in particolare *"...l'alleanza tra Direzione, professionisti e cittadini, il coinvolgimento delle associazioni di volontariato, il valore professionale e la passione con cui tutto il personale si dedica all'assistenza e al suo continuo miglioramento.."*

Tutte le autovalutazioni positive effettuate in fase di presentazione della domanda di Accreditamento e rivisitate alla luce dei risultati delle azioni di miglioramento intraprese, sono state pienamente confermate dal gruppo dei valutatori regionali.

La valutazione del rispetto dei requisiti specifici per l'Accreditamento delle funzioni di Governo e di Provider della Formazione si è svolta a cura di un sottogruppo di valutatori con esperienza nell'ambito del governo dei processi di formazione e dei sistemi di gestione per la qualità ed ha coinvolto il Responsabile e il gruppo di professionisti dell'Area Formazione. Anche nel caso della Formazione, l'autovalutazione positiva di tutti i requisiti specifici è stata confermata nel corso della visita.

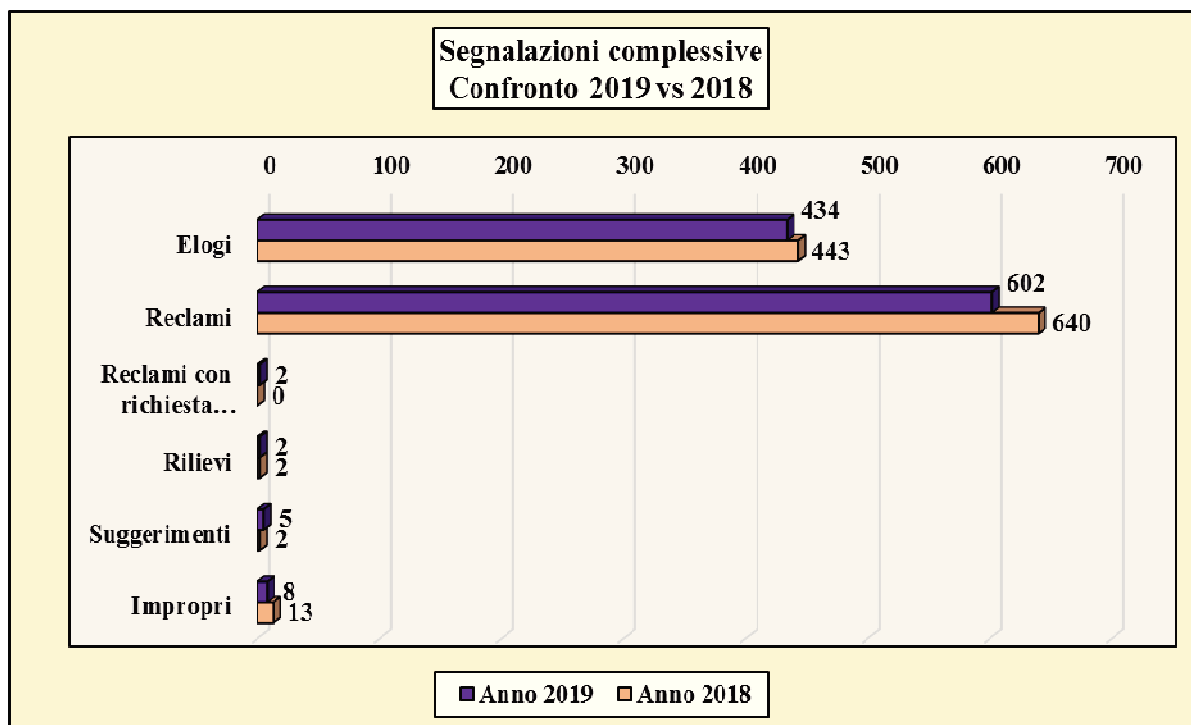
Qualità percepita dal paziente

Gestione delle segnalazioni e tempi di risposta

Per l'anno 2019, l'Azienda ha prefissato come obiettivo il consolidamento ed il miglioramento dei servizi a supporto della qualità percepita dal paziente, con particolare attenzione alla gestione delle segnalazioni ed alla riduzione dei tempi di attesa.

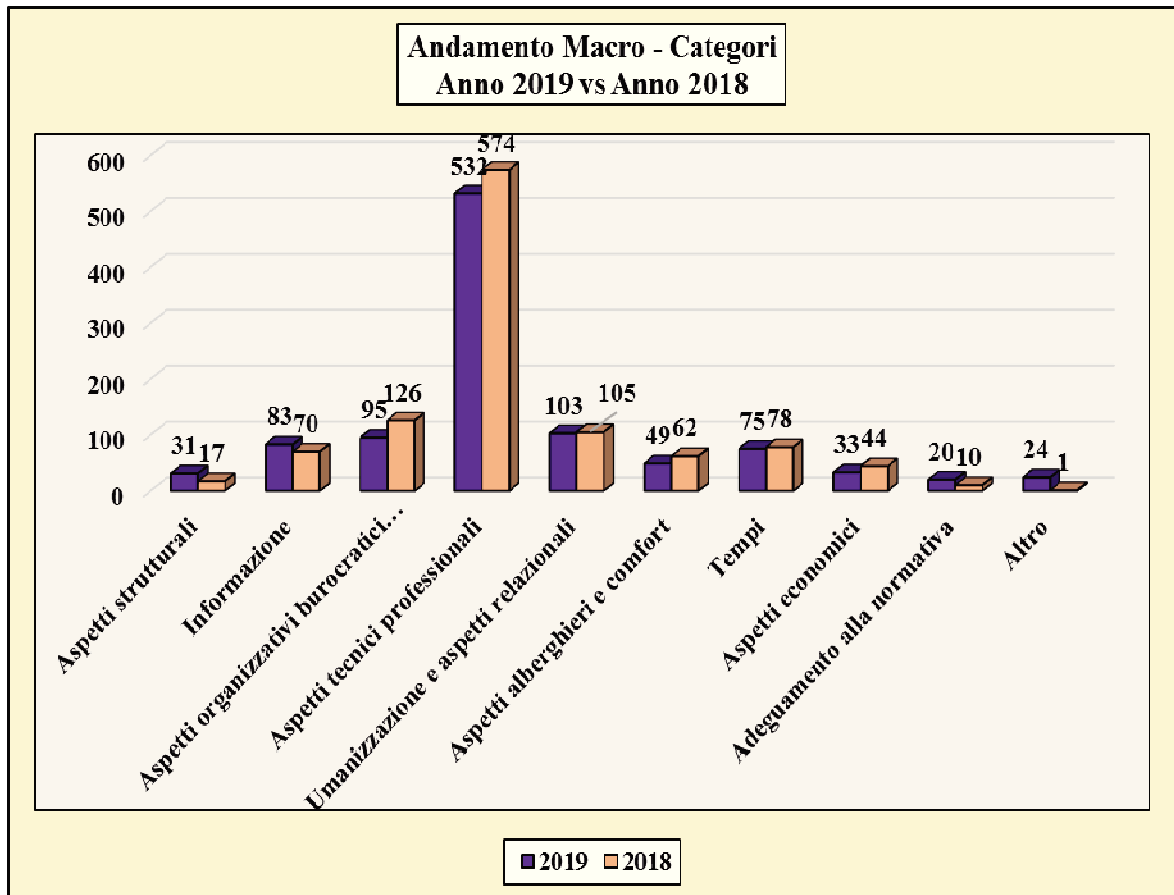
Gestione delle Segnalazioni: il grafico sotto riportato evidenzia come, nel 2019, sia avvenuto, nel complesso, un lieve aumento delle segnalazioni, passando da 1.100 nel 2018 a 1.053 nel 2019.

Da tale confronto, si evince un lieve incremento nel numero di segnalazioni pari a +47 (in valore assoluto) con una percentuale pari a +4,46%.



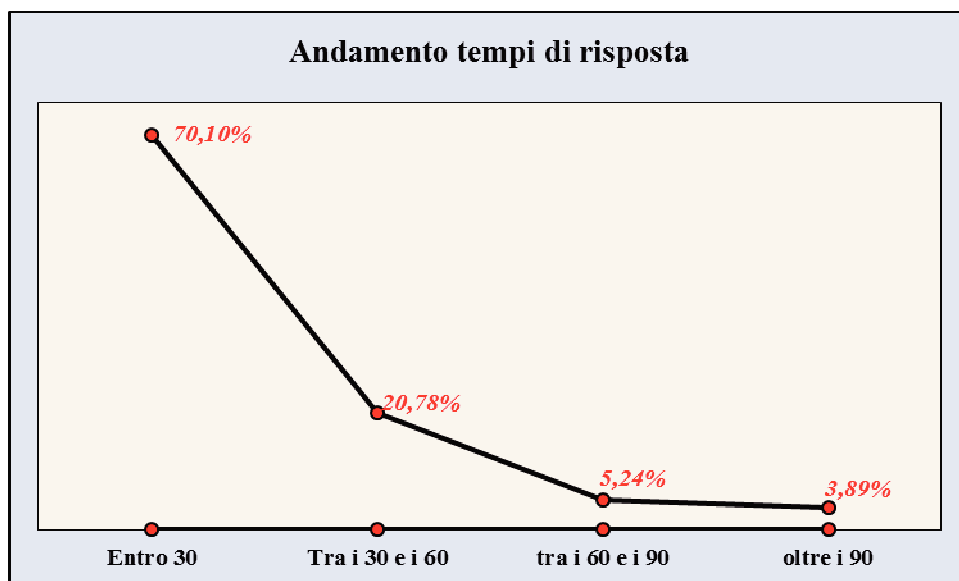
Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Come nel 2018 la macro – categoria di segnalazioni più rilevante, è quella relativa agli “Aspetti tecnico – professionali”. Nel 2019 si è registrato un numero di segnalazioni per aspetti tecnico-professionali pari a 532 corrispondente ad una percentuale del 50,91% del totale segnalazioni.



Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Per quanto riguarda la performance relativa ai tempi di risposta all'utente, possiamo osservare come il contenimento dei tempi di risposta all'interno dei 30 giorni ha riguardato il 70,10% delle richieste, con un numero di Segnalazioni chiuse entro i 30 giorni, pari a 415.



Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Anche per l'anno 2019, la conflittualità insorta tra cittadini e operatori/organizzazioni sanitarie, è stata gestita attraverso la modalità dell'incontro, con la finalità di garantire, attraverso lo strumento del confronto fra le parti, l'esame e la discussione con la finalità di comprendere e, quando possibile, correggere le criticità rilevate.

La maggior parte degli incontri ha avuto un esito positivo e si è concluso con la soddisfazione dell'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.

Mediazioni linguistico-culturali ed interpretariato

Nell'ambito dei Servizi di mediazione attivi nel Policlinico, grande attenzione è stata rivolta alla "postazione fissa", tipologia di servizio che prevede la presenza fissa di un mediatore culturale.

In relazione all'esigenza di garantire la presenza di un interprete specializzato nel *linguaggio italiano dei segni (LIS)*, è stata prevista tale tipologia di servizio, formalizzata all'interno del capitolato d'appalto, al fine di ottemperare al meglio a tali richieste.

Per l'anno 2019, gli interventi di "mediazione a chiamata" (urgente o programmata) effettuati, sono risultati pari al numero a nr. **656**, rispetto ai 619 interventi dell'anno precedente. Analizzando la differenza rispetto al biennio precedente, si rileva un incremento di richieste di interventi di mediazione linguistico-culturale pari al **+5,98%**, ovvero +37 prestazioni.

Per quanto riguarda le **LINGUE** per la quale sono state richieste il maggior numero di mediazioni (> di 40 interventi), troviamo la seguente distribuzione:

FOCUS PER LINGUA	Numero di interventi per lingua		% di incidenza sul Totale annuale degli interventi	
	2018	2019	2018	2019
Bengalese	59	125	9,53%	19,05%
Arabo	97	121	15,67%	18,45%
Urdu	44	105	7,11%	16,01%
Cinese	30	61	4,85%	9,30%
Romeno	46	55	7,43%	8,38%
Serbo-Croato	36	51	5,82%	7,77%
Albanese	47	44	7,59%	6,71%
Inglese	11	22	1,78%	3,35%
Francese	21	20	3,39%	3,05%
Russo	109	12	17,61%	1,83%
Pidgin English		6		0,91%
Punjabi	3	6	0,48%	0,91%
Ucraino	9	4	1,45%	0,61%
Hindi	3	3	0,48%	0,46%
Somalo		3	0,00%	0,46%
Spagnolo	28	3	4,52%	0,46%

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Tagalog	13	3	2,10%	0,46%
Ceco		2	0,00%	0,30%
Cingalese	8	2	1,29%	0,30%
Polacco	2	2	0,32%	0,30%
Tamil		2		0,30%
Wolof	1	2	0,16%	0,30%
Bambara		1		0,15%
Portoghese		1		0,15%
Tigrino	24		3,88%	
Somalo	18		2,91%	
L.I.S. (Lingua Italiana dei Segni)	8		1,29%	
Dari	1		0,16%	
Twi	1		0,16%	
TOTALE	619	656	100,00%	100,00%

Fonte dati: Database Ufficio Relazioni con il Pubblico e Rapporti con le Associazioni di Volontariato

Rispetto all'anno 2018 sono aumentati nettamente gli interventi di mediazione richieste per la lingua Bengalese, Arabo e Urdu ed al contrario vi è stata una netta diminuzione delle prestazioni in lingua Russa.

Il **Dipartimento** che ha maggiormente fatto uso di mediazioni linguistico-culturali è il "Dipartimento della Donna, del bambino e delle malattie urologiche", con un totale di **345** interventi. A seguire troviamo il "Dipartimento delle Insufficienze d'organo e dei trapianti" con un totale di **101** interventi. Un'ulteriore dato rilevante è presente per il "Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare" e per il "Dipartimento dell'Apparato Digerente".

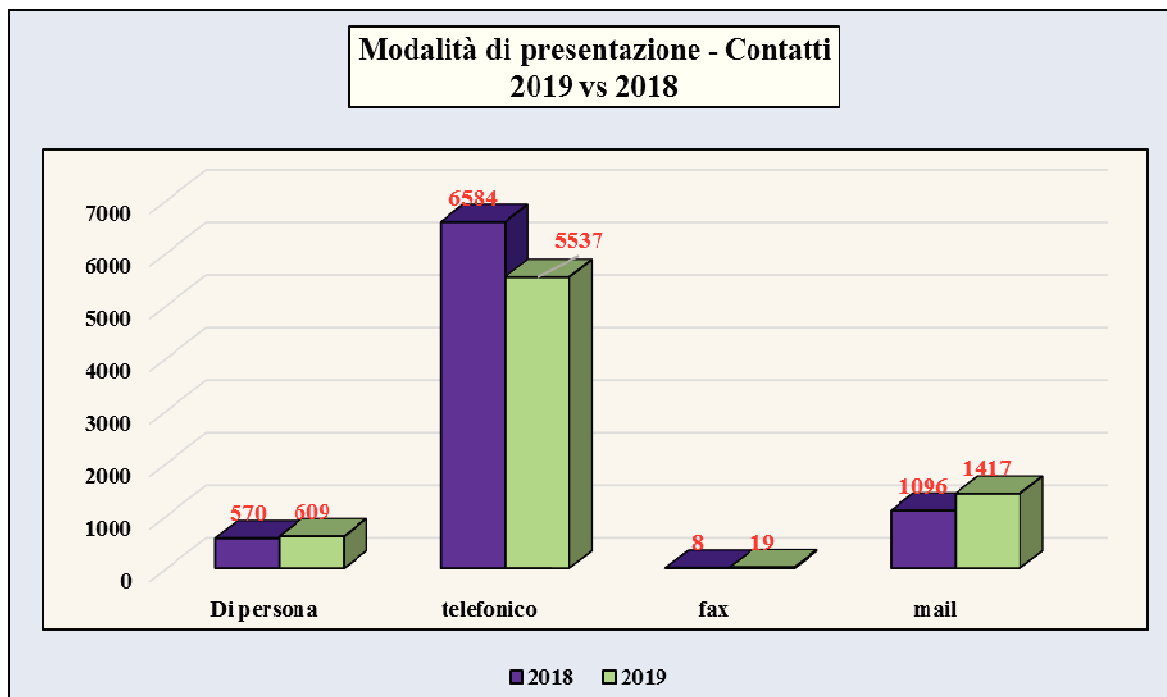
FOCUS DIPARTIMENTALE	Numero di interventi di mediazione linguistico-culturale		Delta Δ prestazioni 2019 vs 2018	
	2018	2019	nr.	%
Dipartimento della Donna, del bambino e delle malattie urologiche	271	345	74	27,31%
Dipartimento delle Insufficienze d'organo e dei trapianti	105	101	-4	-3,81%
Dipartimento Cardio - Toraco - Vascolare	62	69	7	11,29%
Dipartimento dell'Apparato Digerente	54	46	-8	-14,81%
Dipartimento di Oncologia e di Ematologia	62	25	-37	-59,68%
Dipartimento Medico della continuità assistenziale e della disabilità	12	22	10	83,33%
Strutture di Altra Azienda - Servizi ambito metropolitano	15	19	4	26,67%
Direzione Sanitaria		15	15	100,00%
Dipartimento dell'Emergenza - Urgenza	18	7	-11	-61,11%
Dipartimento Testa collo e organi di senso	7	5	-2	-28,57%
Attività Interdipartimentale	13	2	-11	-84,62%
TOTALE	619	656	37	5,98%

Fonte dati: Database Ufficio Relazioni con il Pubblico e Rapporti con le Associazioni di Volontariato

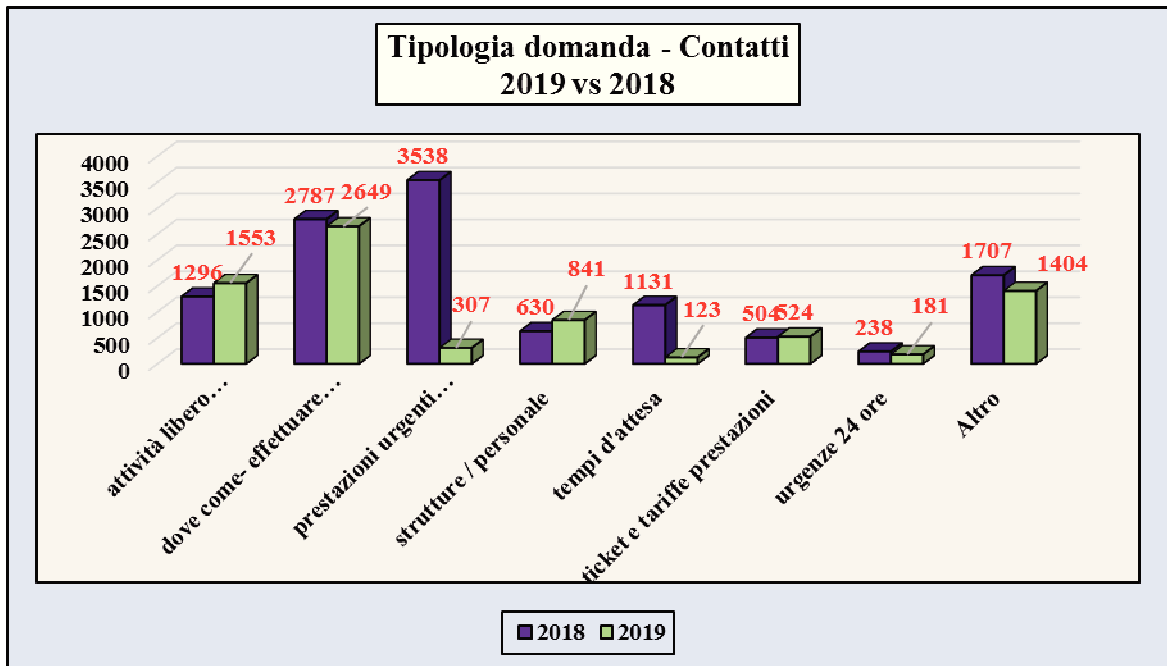
Nel corso dell'anno 2019 è continuato l'utilizzo dell'interpretariato telefonico da remoto, utile nella gestione delle emergenze e per aiutare a risolvere immediatamente le più diverse necessità linguistiche.

Call/Contact center aziendale

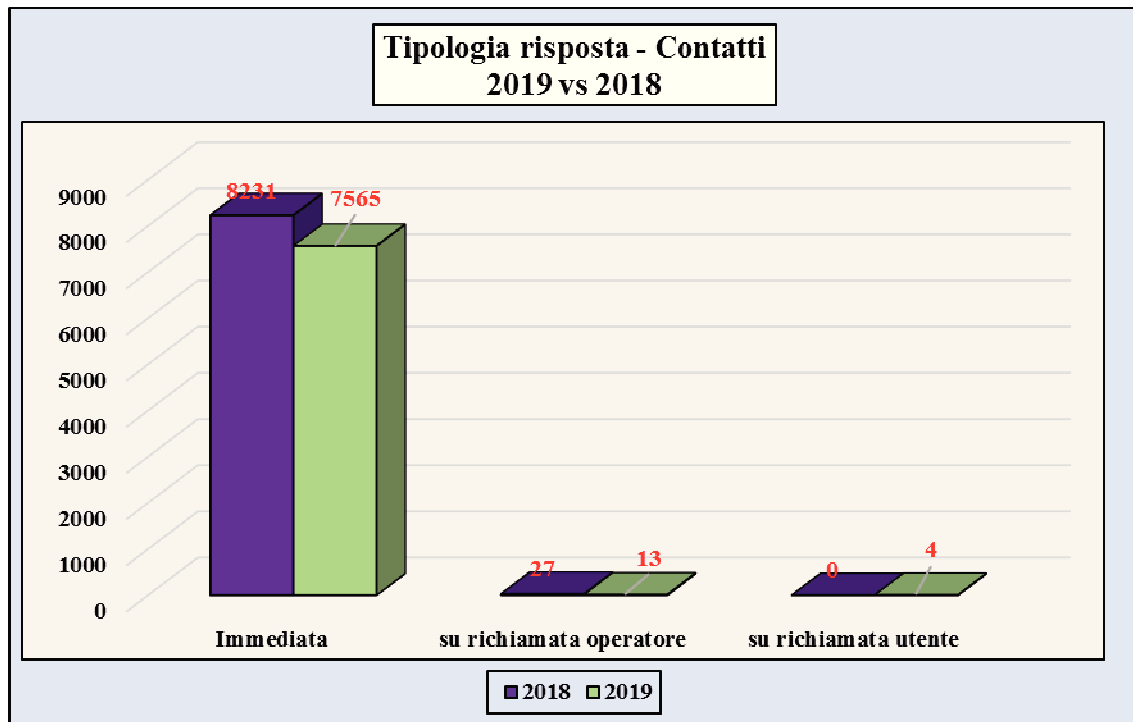
Esattamente come nel 2018, anche nel 2019 la modalità di presentazione al punto di accoglienza informativo di front office più rilevante è avvenuta telefonicamente, con un numero di chiamate pari a 5.537, corrispondente al 73,02%, su un totale dei contatti pari a 7.582.



Per quanto riguarda la tipologia di richieste formulate al call center, anche nel 2019 si è evidenziato che le domande più frequenti si riferiscono a "dove e come effettuare, prenotare e annullare visite, esami, terapie", con un numero di richieste pari a 2.649 e con una percentuale, sul totale dei contatti, pari al 34,93%.



Il database interno, consente di ricavare, oltre alla modalità di presentazione e alla Tipologia di Domanda, anche i tempi di risposta degli operatori di front office. Come si evince dal grafico sotto riportato, anche nel 2019 al 99,77% dei contatti è stata fornita, dall'operatore, una risposta immediata.



Comitato Consultivo Misto (CCM)

Il CCM è un organismo con competenze e conoscenze utili per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari dalla parte dei cittadini/utenti.

L'obiettivo è di favorire la partecipazione dei rappresentanti delle associazioni di tutela e di volontariato al processo decisionale a livello aziendale, in merito agli aspetti riguardanti

il rilevamento, il controllo e le verifiche per il miglioramento della qualità dei servizi dalla parte dei cittadini.

Nel corso dell'anno 2019 il CCM è stato coinvolto, in un'ottica di miglioramento e di percezione delle criticità, su alcuni progetti in relazione ai quali sono state organizzate le seguenti iniziative:

✓Il Progetto coinvolge alcune Associazioni facenti parte del CCM. Sono stati realizzati da Febbraio a Maggio 2019 un incontro ogni settimana in cui due volontarie si sono recate nel reparto di Medicina fisica Riabilitativa – Taricco e Lungodegenza post acuzie – Calogero per leggere alcuni libri, scelti accuratamente nel corso di una riunione tenutasi antecedente l'inizio del progetto.

Tale progetto è nato per favorire la crescita cultura e sociale dei pazienti ricoverati in degenze e per le persone che li assistono. La realizzazione del progetto può rappresentare un elemento importante nella quotidianità dei pazienti ospedalizzati, un riferimento diretto con il mondo esterno che aiuta a migliorare la socializzazione, soprattutto in situazioni delicate e particolari. Gli obiettivi che tale progetto si è posto sono stati:

- creare momenti di svago nei pazienti ricoverati e anche in chi li assiste;
- migliorare la qualità di vita dei pazienti;
- cercare di far sentire i pazienti il più possibile come a casa loro.

✓Si è provveduto alla stipula, proroga e rinnovo delle convenzioni di pertinenza con le Associazioni di Volontariato, Associazioni di Promozione Sociale, Fondazioni e simili per l'implementazione di progetti comuni e condivisi, ai sensi del regolamento aziendale Deliberazione n. 376 del 8.8.2014.

Iniziative di health literacy

L'Azienda ha garantito la partecipazione agli incontri e alle iniziative promosse dal gruppo regionale Health Literacy (HL). Sono stati recepiti i dati relativi all'evento formativo in materia di HL organizzato internamente alla fine del 2018, disponendo così di uno strumento utile per tarare al meglio gli eventi successivi sulla base dei punti di forza e di miglioramento espressi dai partecipanti. Ciò ha consentito di tracciare in modo dettagliato i requisiti per la progettazione di uno o più eventi sul tema della Health Literacy nel biennio successivo.

In accordo con le indicazioni espresse nel dicembre 2019 dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, l'Area Formazione dell'AOU ha promosso, diffuso e supportato a livello aziendale l'evento formativo in e-learning "Health Literacy-Progetto Capirsi", che ha visto la partecipazione di operatori, sanitari e amministrativi, a questo evento che si configura come propedeutico all'organizzazione di futuri eventi residenziali, per migliorare le competenze comunicative dei professionisti, con particolare attenzione alla verifica della comprensione del paziente e all'efficacia dei mezzi e degli strumenti di comunicazione.

Disposizioni anticipate di volontà nei trattamenti sanitari

Con riferimento alle disposizioni anticipate di volontà sono stati organizzati percorsi formativi per gli operatori.

Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

L'Azienda provvede a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea in coerenza con la normativa nazionale e le indicazioni dell'Autorità Garante e a livello regionale attraverso la condivisione ed il rispetto delle indicazioni del Tavolo Regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Per l'anno 2019 ha garantito:

- ✓ l'esecuzione della sistematica **attività formativa ed informativa** rivolta ai soggetti designati ed in generale i soggetti definiti nella Delibera Aziendale n. 265 del 19.12.2018 di definizione delle responsabilità in materia di protezione dei dati personali (organigramma privacy aziendale) realizzando sia formazione a distanza FAD (500 licenze) che in aula attraverso 4 sessioni trasversali e 4 sessioni su specifiche tematiche richieste (target atteso almeno 2 eventi formativi);
- ✓ il recepimento delle indicazioni regionali in relazione all'adozione di un software unico di **registro delle attività di trattamento** - software Engineering (target atteso 100%);
- ✓ l'aggiornamento periodico del documento aziendale di definizione della **policy aziendale** in tema di trattamento dei dati personali (IOA29) e dei relativi allegati (target atteso 100%).

Sicurezza dei lavoratori e sorveglianza sanitaria

L'Azienda, partecipa regolarmente al coordinamento regionale dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei Medici Competenti. Con riferimento agli obiettivi di garantire livelli di **tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori** per l'anno 2019 ha realizzato le seguenti azioni:

- valutazione dei rischi del Pad. 8;
- valutazione del rischio chimico trasversalmente in azienda;
- valutazione del rischio azoto liquido in azienda;
- monitoraggio dell'esposizione a sostanze e miscele volatili con particolare attenzione agli anestetici, agli antiblastici ed ai composti organici volatili;
- monitoraggio dell'esposizione ad agenti cancerogeni e mutageni.

Per quanto attiene le attività di formazione, informazione e addestramento dei lavoratori, sostenendo forme organizzative aziendali che ne assicurino la razionalizzazione, la qualità e la tempestività, sono stati:

- mantenuti attivi corsi permanenti in tema di sicurezza nella manipolazione di antiblastici, alla gestione dell'emergenza incendi;
- implementato un progetto di formazione sperimentale blended e learning + in presenza per operatori socio sanitari e neoassunti;

- eseguiti corsi di formazione antincendio rischio elevato e seminari per la diffusione dei contenuti dei piani di emergenza incendio destinati a tutti i lavoratori presenti in Azienda;
- aggiornato il catalogo dei dispositivi di protezione individuale;
- eseguito addestramento dei lavoratori sulla movimentazione manuale e ausiliata dei carichi e pazienti, e all'uso dei facciali filtranti;
- aderito al gruppo regionale sulla definizione delle linee di indirizzo sulla prevenzione violenza nei confronti degli operatori e sull'analisi dei dati relativi a tale fenomeno;
- attivato di un tavolo mensile con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza sui temi di sicurezza in applicazione dell'articolo n. 50 del D. Lgs. N. 81/08;
- formalizzata con delibera l'attivazione di un tavolo aziendale interdisciplinare ai fini della prevenzione del rischio movimentazione manuale dei pazienti.

In merito alla **sorveglianza sanitaria**, per l'anno 2019, l'Azienda ha realizzato le azioni descritte di seguito:

- Sono proseguite le attività necessarie alla integrazione delle funzioni di sorveglianza sanitaria con l'Azienda USL e lo IOR, come stabilito dall'accordo per la conduzione in modalità unificata delle attività di Medicina del Lavoro (AOU, AUSL Bologna e IOR).

- È stata messa a regime l'attività di reportistica sui giudizi di idoneità.

- È stato completato il programma di aggiornamento e ampliamento della classificazione in fasce di carico biomeccanico delle attività di tutte le unità operative aziendali.

- È stata ampliata l'offerta di vaccinazioni per il personale, dando attuazione alla Deliberazione della Giunta Regionale numero 351/2018 avente per oggetto: Approvazione del documento "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario". In particolare, si è proceduto alla revisione del protocollo di sorveglianza sanitaria (PS01) che ora prevede l'offerta delle misure di profilassi attiva per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea per tutto il personale che opera all'interno delle strutture sanitarie AOU AUSL e IOR. A testimonianza di questo:

- la **campagna antinfluenzale 2019/2020 ha raggiunto la percentuale del 45%** di copertura di tutto il personale operante nel Policlinico (target regionale $\geq 34\%$);
- l'offerta attiva della vaccinazione è stata comunque mantenuta per gli operatori non sanitari;
- la percentuale di operatori adibiti a **reparti ad alto rischio immunocompetenti secondo le indicazioni regionali sul totale degli operatori adibiti a reparti ad alto rischio è oggi superiore al 95%** (target regionale $\geq 95\%$);
- è proseguita l'offerta del vaccino anti-diftotetanopertosse sulla base del calendario vaccinale individuale e delle indicazioni per i soggetti ad alto rischio per condizioni di salute individuale;

- a supporto di questa attività sono stati effettuati 5 eventi formativi sul tema malattie infettive, vaccinazioni e operatori sanitari.
- Si è data attuazione a quanto previsto dalla Delibera della Giunta Regionale 1308 del 29.7.2019 "Supporto e coordinamento attività medici competenti Aziende sanitarie, con particolare riferimento a: sorveglianza sanitaria, criteri idoneità alla mansione specifica, valutazione rischi sanitari", realizzando le attività concordate con la Regione.

Infine, nel corso 2019, coerentemente a quanto previsto dal *Piano Aziendale di Prevenzione della Violenza a danno degli Operatori sanitari* (PREVIOS - redazione Gennaio 2019) che costituisce anche parte integrante del Piano Programma per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio, è proseguita la **raccolta sistematica delle segnalazioni interne di violenza verso operatore sanitario** attraverso la scheda elaborata dal livello regionale. La scheda è accessibile anche dalla sezione *Sicurezza delle cure* dell'Intranet aziendale insieme alla procedura aziendale di riferimento (PA110 – Prevenzione e Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori)

Nel 2019 sono stati complessivamente segnalati 42 episodi di violenza verso operatore. Gli episodi sono comunque oggetto di analisi e valutazione da parte del Risk Manager e del Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione che per ogni segnalazione pervenuta restituiscono sempre un feedback in termini di offerta di supporto e/o richieste di approfondimenti all'équipe segnalante.

Anche a questo tipo di puntuale riscontro si deve probabilmente l'aumentata predisposizione degli operatori all'effettuazione delle segnalazioni con una riduzione della quota di verosimile sotto-segnalazione degli eventi (nel 2018 n. 9 segnalazioni, n. 7 nel 2017 e n. 6 nel 2016). Dei 42 episodi segnalati, 38 sono qualificabili come *aggressioni verbali*, 2 come *aggressioni fisiche* e 2 come *danneggiamento di proprietà*. Nessuno di questi eventi si configurava come *evento sentinella*. Gli ambiti di accadimento più frequenti restano, come nel triennio precedente, i vari Pronto soccorso dell'Azienda con prevalenza di quello generale.

Sono proseguiti gli interventi di prevenzione trattandosi di contesto clinico-organizzativo che per tipologia di utenza e di prestazioni erogate risulta particolarmente esposto ad agiti aggressivi da parte di pazienti e/o visitatori nei confronti del personale sanitario:

- formazione specifica su ascolto e mediazioni dei conflitti (nel 2019 n. due edizioni dedicate al personale e al setting di PS su 7 complessive che si sono svolte nell'anno);
- collocazione di pulsanti antipánico per prevenire le aggressioni in tutti i PS;
- attivazione dei sistemi di videosorveglianza;
- progetti in corso su "operatori di corridoio" in collaborazione con Regione Emilia-Romagna per intervento di assistenti sociali/educatori a supporto dei sanitari nei pazienti con diagnosi sociale;
- progetto in corso su utilizzo "gilet antiaggressione".

Indicatore	Valore Aziendale 2018 Fonte dati aziendale	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019 Fonte dati aziendale	Valore Regionale 2019
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	62,00%		45% -la percentuale di operatori adibiti a reparti ad alto rischio immunocompetenti secondo le indicazioni regionali sul totale degli operatori adibiti a reparti ad alto rischio è oggi superiore al 95%	

Fonte dati - Medicina del lavoro Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Sicurezza delle cure

Coerentemente alla programmazione, è stato assolto il debito informativo relativo agli eventi sentinella e alle segnalazioni di eventi avversi con il sistema di **incident reporting**. In particolare, nel 2019, sono stati segnalati complessivamente 7 eventi sentinella, dei quali 6 corrispondono ad esito grave o decesso da caduta di paziente in ospedale. Da sottolineare il significativo miglioramento del funzionamento del sistema di segnalazione aziendale dell'incident reporting che fa registrare, per il 2019, un totale di 209 segnalazioni. Rispetto all'indicatore monitorato, l'incremento di UO segnalanti nel 2019 (con più di una segnalazione) vs 2018 è stato di 13 UO (target atteso ≥ 3).

Per quanto riguarda gli obiettivi previsti dalla programmazione in tema di **prevenzione delle cadute in ospedale**, il 2019 vede un netto ampliamento della partecipazione al corso specifico "FAD regionale", con una quota di partecipanti che sopravanza del 47% quella registrata nel 2018 (target atteso +30%); sono anche state condotte le attività di auditing interno per la verifica del livello di adesione alle linee d'indirizzo regionali su 4 Unità Operative (Oncologia-Ardizzoni, Medicina interna-Lenzi, Medicina Interna-Stanghellini e Gastroenterologia-Bazzoli) esaminando, come previsto, le cartelle cliniche dei primi venti pazienti dimessi nel mese di settembre 2019, con risultati più che soddisfacenti in termini di corretta applicazione della procedura aziendale, la quale, ovviamente, recepisce le indicazioni regionali. I risultati sono anche stati restituiti ed analizzati con le singole UU.OO. attraverso incontri specifici, individuando i punti di forza e gli aspetti da migliorare.

Costante l'implementazione delle **raccomandazioni relative al percorso nascita** ed il loro monitoraggio, insieme all'effettuazione delle analisi dei casi significativi (SEA) per la sicurezza in Ostetricia: tutti i near miss inseriti nel database ISS e gli eventi significativi sono stati analizzati.

In 3 UU.OO. (Ortopedia, Urologia e Pneumologia) sono, inoltre, stati condotti i cosiddetti **"giri per la sicurezza" con la metodologia prevista dal progetto VISITARE**, in stretta collaborazione con il Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione aziendale e con focale d'attenzione sulla tematica della prevenzione degli episodi di

violenza verso gli operatori. Alcune delle azioni di miglioramento individuate sono già state effettuate.

Sono state elaborate ed emesse le procedure aziendali di recepimento delle **Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto e delle Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto**, nonché pianificata la formazione in merito per il 2020.

In riferimento alla **sicurezza in sala operatoria**, si ritiene soddisfacente l'assolvimento del debito informativo previsto dalla Circolare n. 18/2016, con il pieno raggiungimento dei due obiettivi previsti, ovvero:

- ✓ copertura SDO su procedure AHRQ4=99,74% (Risultato atteso $\geq 90\%$)
- ✓ linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 = 92,56% (Risultato atteso $\geq 85\%$)
- ✓ effettuazione osservazioni in sala operatoria=88 osservazioni effettuate (risultato atteso almeno 75 osservazioni)

Resta più critico l'aspetto della registrazione delle non conformità (NC) intercettate dalla checklist (pur applicando correttamente lo strumento, spesso la NC - intercettata e superata - non viene puntualmente registrata).

Sollecito, come richiesto dalla programmazione, è stato il coinvolgimento del Comitato Consultivo Misto a supporto dell'adesione all'iniziativa dell'**Open Safety Day** (Giornata per la Sicurezza delle Cure OMS e Nazionale, il 17 settembre), a cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha partecipato con l'allestimento di numerosi punti informativi (negli spazi esterni circostanti la struttura, nelle sale d'attesa, negli atrii di ingresso ai Padiglioni, ecc.), ma anche con iniziative d'informazione mirata all'interno delle Unità Operative, rivolte ad operatori, pazienti e visitatori. Sono stati utilizzati materiali informativi divulgativi prodotti dalla Regione Emilia-Romagna e anche materiali e gadget elaborati specificatamente dall'Azienda.

Sono, inoltre, garantite le rendicontazioni annuali richieste, ovvero il report di attuazione delle attività previste dal **Piano Programma per la Sicurezza delle Cure** (PPSC) per l'anno 2018, con l'aggiornamento delle attività previste per il 2019 e la relazione annuale consuntiva (ai sensi della L. 24/2017) sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni messe in atto.

Si sono iniziate le progettazioni per il progetto relativo allo sviluppo di una Cartella Clinica Elettronica di Area Metropolitana (CCE).

Nel 2019 è stato costituito un gruppo tecnico per l'affidamento dell'elaborazione di un software per la gestione integrata di tutti i **flussi relativi alla sicurezza delle cure** (SegnalER) presso IntercentER a cui partecipa la Medicina Legale e gestione Integrata del Rischio dell'Azienda, sia per la gestione del rischio sia del contenzioso. Si è regolarmente partecipato all'attività regionale di Risk Management, attraverso riunioni regolari del gruppo regionale.

Contrasto infettivo associato all'assistenza

Alla luce dell'obbligatorietà della registrazione SiCher in scheda di dimissione ospedaliera, sono migliorati i livelli di adesione degli interventi già monitorati nell'ambito della sorveglianza già in essere presso l'Azienda, grazie ad iniziative mirate a consolidare nei reparti la pratica della sorveglianza. La percentuale di **procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza** è passato da 55,47% nel 2018 a 78,74% nel 2019 (target atteso 75%).

Nel corso del 2019 il **consumo del gel idroalcolico** (44,91 L/1000 gdd verso 34,5 L/1000 gdd del 2018) si è stabilizzato oltre il target internazionale e del target regionale (20 L/1000 gdd) e si è ridotto il numero delle unità operative ancora sotto soglia, nell'ambito delle quali sono in corso interventi finalizzati all'adeguamento, come ad esempio la ridefinizione dei punti in cui il gel deve essere disponibile per il personale dedicato all'assistenza.

Durante il 2019 si è consolidato il dato dell'anno precedente in termini di riduzione dell'incidenza delle **trasmissioni di enterobatteri produttori di carbapenemasi**, attraverso il mantenimento costante della sorveglianza epidemiologica e il quotidiano supporto alle unità operative ed in particolare si è provveduto con tempestività alla registrazione delle batteriemie da CPE all'interno del sistema SMI, e che peraltro risultano in riduzione rispetto gli anni precedenti (numero di batteriemie segnalate/numero delle batteriemie registrate in SMI = 100%).

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019
Sepsi postoperatoria per 1.000 dimessi chirurgici	9,82	6,38	9,28	6,89
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda postoperatoria per 1.000 dimessi chirurgici	5,89	3,35	6,12	3,57

Fonte dati - InSiDER - Edizione 2020 -

3.2.3 Area di performance dell'organizzazione

Percorsi diagnostici terapeutici

I percorsi diagnostico – terapeutici assistenziali (PDTA) rappresentano strumenti utili per la gestione integrata di specifiche categorie di pazienti e, allo stesso tempo, per la promozione di modelli di collaborazione fra le differenti figure professionali e servizi allo scopo di favorire un'assistenza multidisciplinare, appropriata e adattata ai contesti locali.

Nel corso del 2019 sono stati revisionati e aggiornati sulla base di nuove evidenze PDTA già attivi e, con il coinvolgimento e l'interazione di professionalità diverse, implementati nuovi PDTA per la presa in carico, in particolare, di pazienti con patologia cronica nell'ottica dell'integrazione fra ospedale e territorio.

L'Azienda concorre alla realizzazione della rete integrata per il **paziente cronico** in collaborazione con le altre aziende che insistono sul territorio provinciale.

L'innalzamento della vita media determina la presenza di un numero sempre maggiore di pazienti con patologie croniche concomitanti che richiedono l'intervento di diverse figure professionali e competenze di tipo sanitario, riabilitativo e socio-assistenziale.

In tale contesto, si è proseguito anche nel 2019 nella direzione di uniformare i processi assistenziali e di ottimizzare la rete dei servizi integrando e coordinando le attività tra assistenza ospedaliera e territoriale per favorire le dimissioni protette e la continuità fra i diversi setting assistenziali.

Obiettivo perseguito anche attraverso la strutturazione di PDTA interaziendali per la presa in carico di pazienti con patologia cronica, quali **diabete mellito e BPCO**, o tramite il rafforzamento della relazione fra professionisti ospedalieri e la componente assistenziale territoriale nel percorso di cura dello **Scopenso Cardiaco**. L'obiettivo è organizzare un'assistenza sociosanitaria per le persone affette da malattie croniche efficace ed efficiente in termini di prevenzione e assistenza, equità di accesso e continuità assistenziale, favorendo anche il coinvolgimento delle associazioni di pazienti.

Sempre nell'ottica dell'integrazione dei servizi e della continuità delle cure, nel corso del 2019, è stata pubblicata la revisione 2 del PDTA per l'assistenza integrata agli **anziani con frattura di femore** che, oltre ad aggiornare le parti anestesiologicala, riabilitativa e nutrizionale della fase acuta, individua criteri di "profilazione" dei pazienti ai fini dell'attivazione degli appropriati interventi riabilitativi post-dimissione che sembrano influire sulla mortalità a breve termine.

In considerazione dell'influenza negativa dell'obesità sulla salute pubblica e sullo stato di salute della persona, e a supporto della rete clinica interaziendale per la gestione del paziente obeso, è nata la necessità di integrare in un PDTA interaziendale i due percorsi aziendali di AOU e AUSL di Bologna per rispondere con modalità omogenee e di presa in carico globale alle esigenze del **paziente con obesità patologica**.

Il PDTA del paziente adulto con **cefalea non traumatica** rappresenta un ulteriore percorso integrato strutturato fra professionisti e servizi ospedalieri e territoriali dell'AOU e dell'AUSL di Bologna.

Sulla base di nuove linee guida ed evidenze, nel 2019 sono stati aggiornati i seguenti PDTA aziendali per la gestione di pazienti con **patologia oncologica**:

- Paziente con tumore della mammella – Rev.12
- Paziente con epatocarcinoma – Rev.1
- Pazienti con tumori maligni della tiroide – Rev.3

Inoltre, a supporto delle reti professionali, è proseguita l'estensione della piattaforma collaborativa *Healthmeeting* alla maggior parte dei percorsi di cura dei pazienti oncologici. Il software consente la condivisione di informazioni sanitarie e la gestione, anche a distanza, dei meeting multidisciplinari.

Con l'obiettivo di promuovere il confronto tra gli specialisti di riferimento e definire criteri diagnostici e di prescrizione farmacologica o di trattamento appropriati e condivisi, nel corso del 2019 sono stati sviluppati PDTA per i pazienti affetti da alcune **malattie rare o congenite** per il cui trattamento il Policlinico rappresenta un punto di riferimento

- Malattie autoimmuni del fegato (MAF)
- Malattia emorragica congenita e artropatia (PDTA interaziendale con IOR)
- Cardiopatie congenite dell'adulto (GUCH).

3.2.4 Area dell'anticorruzione e della trasparenza

Come previsto dal comma 5 dell'art. 1 della L. n. 190 del 6.11.2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" si è proceduto con deliberazione n. 36 del 30.01.2019 all'adozione del Piano triennale di prevenzione della Corruzione per il periodo 2019-2021.

Le attività oggetto di attenzione nel 2019 sono state influenzate dal sistema corruttivo fatto emergere nel comparto funerario dall'inchiesta denominata "*Mondo sepolto*", determinato dalle attività di due cartelli di pompe funebri bolognesi che si spartivano i funerali tra gli ospedali Maggiore e il Policlinico Sant'Orsola - Malpighi. La Regione Emilia-Romagna è prontamente intervenuta garantendo un ruolo di coordinamento per le Aziende sanitarie nelle attività di verifica, revisione e valutazione delle procedure adottate in ambito funerario; l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha nel frattempo provveduto all'adozione del nuovo regolamento aziendale sulla vestizione delle salme, a rendere applicativo il sistema di prenotazione informatizzata dei funerali a carico delle imprese di onoranze funebri e ad effettuare due audit interni sulla camera mortuaria.

Altri temi incalzanti nel 2019 sono stati i servizi unici metropolitani, le relazioni tra questi e le Aziende coinvolte e gli indicatori di attività più corretti per la valutazione di efficacia delle misure di prevenzione individuati sui rispettivi processi.

Nel 2019 i Responsabili di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) delle Aziende Sanitarie di Bologna hanno condiviso la necessità di integrare le attività tese a verificare l'efficacia delle misure di prevenzione del rischio corruttivo, rendendole funzionali anche ad ambiti con analoghe necessità di controllo, pur di diverso obiettivo. È stato, quindi, preso in esame il processo di gestione del personale dipendente e non, per agevolare una più appropriata scelta delle misure di prevenzione e per procedere ad un inquadramento del processo sempre più rispettoso della realtà del Servizio Unico Metropolitano.

Per agevolare la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati e sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse, in coerenza con il programma di lavoro inerente il "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei dati e dei bilanci", costituitosi a livello provinciale e sviluppatosi su 3 grandi macroaree (Requisiti generali, Ciclo Attivo, Ciclo Passivo e Netto), le Aziende USL di Bologna, Imola, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna ed Istituto Ortopedico Rizzoli hanno approvato il progetto "*Gruppo area metropolitana di Bologna*".(vedi paragrafo 3.2.1). Il 2019 è stato caratterizzato dall'avvio delle azioni propedeutiche al passaggio al nuovo gestionale amministrativo contabile (GAAC); le attività 2019 del Gruppo Audit Metropolitano hanno compreso prime verifiche del grado di conoscenza e di applicazione delle procedure mediante questionari di autovalutazione, analisi delle criticità emerse e individuazione degli interventi correttivi anche con l'apporto dei Collegi Sindacali.

Sempre sul tema dei controlli, la Direzione ha ritenuto di grande interesse ed attualità il progetto di avvio di audit di verifica delle attività di prevenzione della corruzione e lo ha approvato nella sua funzione di verifica indipendente, con la finalità di esaminare e valutare i processi aziendali a rischio corruttivo.

In particolare, la funzione di audit interno, adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurre l'impatto, è

considerata un supporto alla Direzione per valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative, per verificare la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite, per identificare e valutare le aree operative maggiormente esposte a rischi e implementare misure idonee per ridurli. Nell'anno 2019 le verifiche sono state eseguite per l'area della Libera professione, per il processo di gestione del decesso in ospedale e per l'area della logistica sanitaria, nonché quale verifica della corretta applicazione del regolamento sull'informazione scientifica.

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	99,66	N.D. a seguito del rinvio dei termini di effettuazione dell'attestazione da parte dell'ANAC	N.D. a seguito del rinvio dei termini di effettuazione dell'attestazione da parte dell'ANAC
% di centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	49,17	-	48,99	56,55

Attività di informazione sul farmaco da parte degli informatori scientifici

I rapporti con le società farmaceutiche sono stati affrontati, anche su impulso degli indirizzi e direttive della Regione Emilia-Romagna in materia (DGR n. 2309/2016), attraverso la emanazione di specifiche disposizioni aziendali e attivazione di un percorso di tracciatura di richieste di visita e numero di incontri avvenuti per singolo professionista (deliberazione aziendale n.110/2017). Nel 2019 si è proseguito con l'analisi dei dati per la verifica della corretta applicazione del regolamento aziendale, con elaborazione e rappresentazione grafica dei risultati, inviata a tutti i Dipartimenti/Unità Operative. Sono poi stati eseguiti alcuni audit sul campo per controllare l'effettiva conoscenza e applicazione delle procedure da parte degli informatori scientifici del farmaco.

Infine è stato attivato specifico gruppo aziendale per arrivare a disciplinare le corrette modalità di esercizio dell'assistenza aggiuntiva non sanitaria (ANS), intesa come l'insieme delle attività prestate alla persona ricoverata, quale supporto personale, relazionale e affettivo al di fuori delle fasce orarie di visita. Questo al fine di consentire al paziente ricoverato e ai familiari dello stesso di poter scegliere liberamente il tipo di supporto più adeguato alle proprie esigenze; di porre, inoltre, divieto al personale dipendente di prestare assistenza aggiuntiva non sanitaria a titolo oneroso in attività di servizio e non, nonché di rilasciare nominativi di assistenti privati ai parenti o pazienti, anche qualora ne facessero richiesta.

3.3 Dimensione di performance innovazione e sviluppo

Percorso di riconoscimento di IRCCS

Nel corso del 2019 la Regione Emilia-Romagna ha avviato il procedimento per il riconoscimento di IRCCS dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna nei due ambiti di "Assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico" e "Gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche", che integrano attività assistenziali e di ricerca attualmente svolte sia presso l'Ospedale Maggiore dell'Azienda USL di Bologna, sia presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna.

Il riconoscimento di tale IRCCS nei suddetti ambiti persegue i seguenti obiettivi:

- sviluppare un partenariato di natura strategica con il sistema della ricerca e della formazione universitaria nell'ambito delle strutture del SSN, essenziale per una ricerca autenticamente traslazionale;
- adottare un concetto di disciplinarietà trasversale, cioè multiprofessionale e transdisciplinare, anziché concentrarsi su singoli organi e apparati, in risposta alla necessità di personalizzare gli interventi a fronte dell'alta complessità dei pazienti;
- focalizzare l'attenzione allo sviluppo, alla sperimentazione e al trasferimento delle nuove tecnologie interventistiche, complementari o sostitutive delle tecniche tradizionali, con l'obiettivo di realizzare un approccio integrato e multiprofessionale fra discipline mediche e chirurgiche.

Nel dicembre 2019 si è conclusa con esito positivo la site visit della commissione ministeriale in ordine al riconoscimento ad IRCCS.

A seguire si rendiconta rispetto alle attività di didattica e ricerca attualmente in corso.

3.3.1 Area di performance della ricerca e della didattica

1) rilevazione dell'attività di ricerca clinica – organizzativa e degli studi clinici (implementazione degli applicativi aziendali e regionali, monitoraggio amministrativo degli studi clinici approvati dal CE)

E' proseguita l'attività di alimentazione del data base aziendale (IDS) con le informazioni relative a tutti gli studi clinici sottoposti al parere del Comitato Etico (CE) nell'anno 2019: **439 nuovi studi valutati**, di cui **374 approvati**, 102 richieste di uso terapeutico autorizzate (112 pazienti) e **49 sospesi ai chiarimenti**.

ANNO 2019

	AOU Bologna	%
Studi interventistici farmacologici	163	37%
Studi di dispositivo medico	10	2%
Studi interventistici non farmacologici + Studi con tessuti umani in vitro	56	13%
Studi osservazionali	210	48%

TOTALE STUDI	439	100%
USI TERAPEUTICI (numero pazienti)	112	
TOTALE EMENDAMENTI SOSTANZIALI	855	
totale valutazioni	1406	

E' proseguito il monitoraggio degli aspetti autorizzativi degli studi e a presidiare l'osservanza degli adempimenti regolatori previsti da normativa speciale in taluni ambiti e tipologie di studi in particolare in occasione delle riunioni che si tengono a monte delle sedute mensili del CE AVEC, dal gruppo di lavoro coordinato dal direttore della U.O. Ricerca e Innovazione. L'attività svolta da tale gruppo è volta anche a garantire che il nullaosta del Direttore Generale all'avvio degli studi si poggi su valutazioni e approfondimenti volti a verificare l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale, ai sensi dell'art. 7 della L.R. n. 9/2017. Nell'ambito di tali riunioni viene valutata l'intera documentazione degli studi posti all'ordine del giorno della seduta di CE, al fine di verificare la fattibilità degli studi stessi, l'osservanza giuridico-regolatoria, la idoneità della copertura assicurativa, la revisione contrattualistica, la sostenibilità economica (copertura dei costi e raccordo con progetti finanziati gestiti dalla AOUBO), la disponibilità delle facilities necessarie allo studio, il coinvolgimento di altre strutture oltre al centro clinico del Responsabile Scientifico dello studio, status del Responsabile scientifico stesso, la necessità di ulteriori specifiche autorizzazioni oltre al parere del CE, la natura dello studio in caso di protocolli no profit con finanziamento terzo.

Per quanto riguarda l'attività di **monitoraggio amministrativo degli studi clinici** nel corso del 2019 sono state registrate nel data base IDS n. **2.030** relazioni rispetto ai **2.911** studi che risultano aperti. Il processo descritto nello schema sotto riportato, anche nel cambio del referente relativo alla gestione del data base IDS, è proseguito fluido ed efficace,

L'elaborazione dei dati per la verifica dell'adesione da parte delle UU.OO all'obiettivo aziendale "rendicontazione almeno annuale degli studi" è pari al 70% (verifica al 17/02/2020).

		anno precedente /anno in corso
PI	invio relazioni su indirizzo mail dedicato visibile a CE,IDS, R&I	31 dicembre
IDS	inserimento nel DB IDS dei dati contenuti nei report pervenuti all'indirizzo mail dedicato alla scadenza del 31.12	15 febbraio
R&I	elaborazione dati, analisi report,predisposizione lettere di sollecito agli interessati e comunicazione a IDS dei solleciti inoltrati	15 marzo

PI - Principal Investigator
 IDS – Investigational Drug Service – Farmacia Clinica
 R&I – Ufficio Ricerca Innovazione

2) diffusione delle opportunità di finanziamento (divulgazione dei bandi locali, nazionali ed europei) e attivazione di iniziative volte a promuovere la progettazione per indirizzare la ricerca verso aree strategiche e di interesse per il Policlinico, nel panorama nazionale e internazionale

Nel corso del 2019 è stata garantita la partecipazione ai seguenti bandi:

- Bando AIFA;
- Bandi AIRC "Fellowships for Italy" e "MFG";
- Bando Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna per la Ricerca medica traslazionale e clinica 2019;
- Bando Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna;
- Bando Fondazione Telethon;
- Bando DKMS Stiftung Leben Spenden;
- Bando EHA European Hematology Associated;
- Bandi europei;
- Bando Ministero della salute - Ricerca Finalizzata 2019.

3) assistenza ai dipartimenti ad attività integrata ed ai ricercatori nell'iter di presentazione dei progetti di ricerca e nella gestione delle varie fasi della conduzione degli studi e supporto metodologico - formativo e organizzativo - gestionale ai ricercatori

E' stato fornito costante supporto ai ricercatori in particolare per la pianificazione e la stesura di protocolli di studio, l'analisi di dati e la revisione di articoli in fase di pubblicazione (157 consulenze fornite nel 2019); il supporto è fornito anche per la predisposizione delle proposte progettuali nell'ambito dei bandi pubblici e per la gestione e la rendicontazione dei progetti finanziati.

Alla data del 31.12.2019 i progetti finanziati attivi sono 53, per un ammontare complessivo di finanziamento assegnato, pari a €10.326.832. Nella tabella di seguitor riportata sono indicati i dettagli relativi agli enti erogatori:

ENTE EROGATORE	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2017	N. PROGETTI 2017	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2018	N. PROGETTI 2018	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2019	N. PROGETTI 2019
Programma Regione-Università	6.787.065	18	130.900	2	-	-
Ministero Salute	3.555.657	15	5.958.255	24	5.271.687	17
Regione	2.073.436	18	1.888.425	16	2.247.577	14
Aziendali	-	-	-	-	-	-
ISS	151.684	5	177.900	4	193.400	5
AIFA	1.143.000	1	1.143.000	1	1.143.000	1
Progetti Europei	1.011.807	3	875.907	3	875.907	3
Fondazioni	85.000	4	124.000	3	280.610	4
Altri Enti (*)	729.832	13	419.995	10	314.651	9
TOTALE	15.537.481	77	10.718.383	63	10.326.832	53

Nel corso del 2019 sono stati avviati n. 18 nuovi progetti per un importo di € 2.036.187.

ENTE EROGATORE	FINANZIAMENT O in € (progetti avviati nell'anno 2017)	N. PROGETTI 2017	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2018)	N. PROGETTI 2018	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2019)	N. PROGETTI 2019
Programma Regione-Università	-	-	-	-	-	-
Regione	1.197.786	6	335.073	6	272.577	5
Fondazioni	20.000	1	-	-	280.610	4
Ministero Salute	-	-	3.858.994	13	1.313.000	3
AIFA	1.143.000	1	-	-	-	-
ISS	45.000	1	87.900	2	105.500	3
Progetti Europei	59.406	1	49.001	1	-	-
Altri Enti	159.344	4	196.151	3	64.500	3
TOTALE	2.624.536	14	4.527.119	25	2.036.187	18

Relativamente agli studi di fase I, ai sensi della Determina di AIFA 809 del 2015 presso alcuni centri clinici (Ematologia, Oncologia e Oncoematologia Pediatrica) è stato perseguito il mantenimento della certificazione (esecuzione di verifiche interne dei centri clinici e mantenimento della competenza dei professionisti di FASE I) e ottenuto l'*Audit certificate* il 14 novembre 2019.

Sono, inoltre, stati gestiti i percorsi di notifica per la sperimentazione clinica con cellule CAR-T, ai sensi del Decreto Legislativo 206 del 2001, presso l'UO di Ematologia.

4) attivazione di iniziative di formazione per la ricerca e la sperimentazione clinica

Le iniziative realizzate durante l'anno 2019 sono le seguenti:

1) Master in EBP e Metodologia della ricerca clinica assistenziale (in convenzione UNIBO – AOUBO) - Il Master attivato nel 2018, con l'iscrizione di 16 partecipanti è in corso e si concluderà nel 2020.

Nel mese di febbraio 2020, sono state concluse le attività didattiche in presenza, previste dal piano formativo del master. Dal mese di febbraio 2020 al mese di settembre 2020, gli studenti sono impegnati in attività a distanza per la produzione del project work o per l'effettuazione dello stage. (come previsto dal bando del Master). La giornata di chiusura del master è stata programmata per il giorno 25 settembre 2020, con la presentazione in plenaria dei progetti finali da parte degli studenti. E' stata presentata da parte del direttore del master (Dott.ssa Gambineri Alessandra), la nuova proposta di attivazione del master per l'AA 2020-2022.

2) Corsi EBN base ed EBN avanzato in ECM

Rivolto ai dipendenti delle professioni sanitarie delle aziende Bolognesi (AOSP, IOR, AUSL, Imola). Nel corso del 2019 sono state realizzate 2 sessioni del corso EBP base e 2 sessioni del corso EBP avanzato. I docenti del corso sono tutti formatori interni alla nostra azienda.

3) Gruppo multi professionale e multidisciplinare EBP Per l'anno 2019, il gruppo di lavoro è stato accreditato come formazione sul campo per trenta ore complessive, dodici ore di lezione frontale e diciotto ore di lavoro in autonomia o in piccoli gruppi. Il gruppo di miglioramento attivo all'interno del Policlinico, nasce con l'obiettivo di favorire il mantenimento e l'accrescimento delle competenze EBP dei professionisti che lavorano all'interno dell'Azienda; competenze che vengono apprese durante i corsi EBP base ed avanzato, attivati ogni anno come formazione aziendale. Altro obiettivo del gruppo di lavoro è quello di produrre (attraverso la ricerca bibliografica, la traduzione e la sintesi di articoli scientifici) Critical Appraisal Topic (CAT) di documenti evidence based, di interesse dei professionisti.

I (CAT) prodotti dai professionisti e approvati dal responsabile del progetto, vengono pubblicati all'interno del sito del centro studi evidence based nursing e sono accessibili gratuitamente a tutti gli interessati. Alcuni dei CAT particolarmente rilevanti per la pratica clinica, possono essere utilizzati dai professionisti per guidare le scelte cliniche ed assistenziali dopo la stesura di procedure e documenti evidence based. Il gruppo EBP, si rinnova di anno in anno con eventuali modifiche sul numero dei partecipanti, che possono decidere di abbandonare, oppure possono inserire nuovi collaboratori, dopo aver completato la formazione del corso base ed avanzato EBP. I professionisti che hanno iniziato la collaborazione con il gruppo EBP per l'anno 2019 sono 25 appartenenti alle seguenti categorie professionali: infermieri; fisioterapisti; tecnici di radiologia, ostetriche e medici; tutti hanno completato il lavoro nei tempi previsti e consegnato i CAT prodotti.

I lavori completati per l'anno 2019 sono 13.

4) Corso sul protocollo di ricerca - Il corso dal titolo il protocollo di ricerca, ha come obiettivo quello di fornire ai discenti contenuti e competenze rispetto alla redazione di un protocollo di ricerca e alla compilazione della documentazione necessaria per la presentazione dello studio e di eventuali emendamenti al comitato etico. Il corso prevede l'effettuazione di 16 ore totali. Rivolto ai dipendenti delle professioni sanitarie delle aziende Bolognesi (AOSP, IOR, AUSL, Imola). Per il 2019 è stata effettuata una sola sessione primaverile. I formatori del corso sono docenti interni all'Azienda.

5) Corso sull'analisi descrittiva dei dati per il 2019 non è stato proposto.

6) Protocolli di ricerca: DEAS EM 645/2019 N 145/2017/U/SPER/AOUBO

1) DEAS: Trial randomizzato e controllato sulla deambulazione assistita vs usual care nel paziente anziano ospedalizzato. **Centro Sperimentale:** Università di Bologna/Centro Studi EBN, in collaborazione con l'Unità Operativa di Geriatria-Calogero. Si è conclusa la fase di arruolamento dei pazienti ed è in corso il follow-up telefonico. La conclusione dello studio è prevista per il mese di ottobre 2020.

7) Protocollo di ricerca Multischiume: N 168/2019/Disp/AOUBO del 20/03/2019

Multischiume: Efficacia dell'utilizzo della medicazione multistrato in schiuma di poliuretano nella zona sacrale, in aggiunta all'assistenza standard, per la prevenzione dell'insorgenza di lesioni da pressione nei pazienti a rischio. Trial Randomizzato e Controllato multicentrico. Promotore IRCCS IOR, (Dott.ssa Forni Cristiana), sperimentatore responsabile AOSP (Dott.ssa Domenica Gazineo).

Si è concluso l'arruolamento dei 120 pazienti previsti ed è stata inviata documentazione di chiusura al CE.

8) gestione degli aspetti economico – amministrativi dei fondi per la ricerca e delle sperimentazioni cliniche ispirata ai criteri di trasparenza

La gestione degli aspetti economico – amministrativi dei fondi per la ricerca avviene sulla base della procedura PAPAC07 per la gestione dei fondi di ricerca e PAPAC16 per la gestione dei fondi da sperimentazione.

Vengono inoltre pubblicati gli atti deliberativi inerenti il trasferimento delle somme alle altre aziende o enti collaboranti e gli atti autorizzativi inerenti le sperimentazioni cliniche, quest'ultimi rilasciati ai sensi dell'art. 7 della Legge Regionale n. 9 / 2017.

Sono proseguite anche nel 2019 le attività relative alle sperimentazioni cliniche sulla base della procedura revisionata nel 2018, PA 104 MODALITÀ DI CONDUZIONE DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE, corredata da specifico allegato "REGOLE E COMPORTAMENTI CHE DISCIPLINANO IL CORRETTO PERCORSO PER LA CONDUZIONE DEGLI STUDI CLINICI ", in linea con la procedura relativa al nuovo Codice di comportamento aziendale e con le nuove disposizioni in materia di privacy anche a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (GDPR). A tal proposito la collaborazione con l'ufficio aziendale privacy è stata assidua e proficua. Nel 2019 è stata redatta diversa documentazione, quale fogli informativi/moduli di consenso al trattamento dei dati personali e modulistica privacy, nomina a referente privacy e nomina a soggetto autorizzato al trattamento studio-specifici, aggiornamento contratti con promotori profit e no profit anche per l'aspetto privacy, revisione della IOA87 (Procedura privacy). Nel 2019 è stato pianificato un evento formativo da realizzarsi nel primo semestre del 2020.

Ai fini di assicurare correttezza e trasparenza degli atti sono inoltre oggetto di verifica e revisione ai sensi della normativa vigente sulla ricerca, in materia di protezione dei dati e di proprietà intellettuale:

- accordi di ricerca in genere;
- MTA (Material Transfer Agreement);
- CDA/NDA (Accordi di Riservatezza);
- accordi con ditte farmaceutiche per la fornitura gratuita di farmaci per l'utilizzo nominale ai sensi del Decreto 7/9/2017.

Per quanto riguarda in particolare i **fondi per la ricerca** assegnati all'Azienda, vengono impegnati secondo i piani economici autorizzati dall'ente committente. L'impegno delle risorse destinate alle unità di ricerca interne avviene secondo le procedure aziendali per l'acquisizione di personale, beni di consumo e servizi. Il trasferimento delle somme alle unità di ricerca afferenti ad altre aziende o enti collaboranti avviene mediante l'assunzione di specifico atto deliberativo pubblicato sul sito aziendale. Nel 2019 sono stati redatti n.12 atti per un importo complessivo di € 1.279.247.

Nell'ambito della **sperimentazione clinica** per migliorare la gestione dei rapporti fra le parti nel 2019 è proseguita l'attività di negoziazione e stipula con i promotori profit e no profit utilizzando i modelli aziendali che sono stati continuamente aggiornati, mantenendo i medesimi sotto indicati processi:

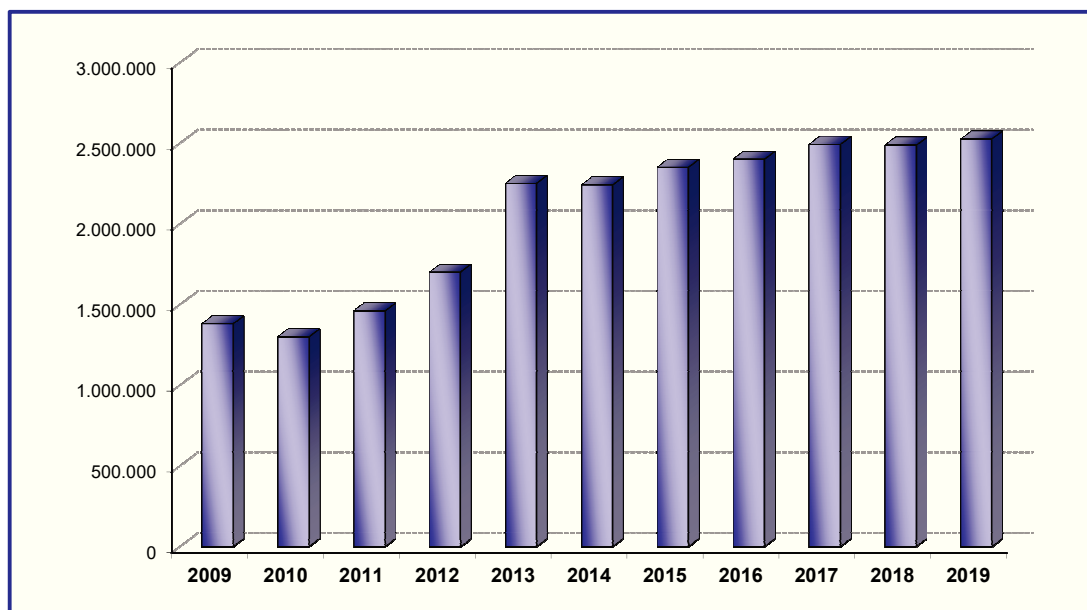
- aggiornamento del *template* della bozza contrattuale per gli studi *profit* attualmente in uso in attesa di recepire lo schema di contratto per la conduzione della sperimentazione clinica sui medicinali predisposto dal Centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati Etici ai sensi della Legge N. 3/2018 (Art. 2, Comma 6);
- adeguamento del *format* di accordo per gli studi *no profit* osservazionali e del *format* di *agreement* tra il terzo finanziatore di studi con promotore Azienda Ospedaliera;
- consolidamento ed incremento della stipula di contratti con centri partecipanti sia quando l'Azienda Ospedaliera è promotore sia con promotori esterni quando l'Azienda Ospedaliera è centro partecipante, per la necessità di regolarizzare non solo gli impegni e gli obblighi reciproci tra promotore e centro partecipante, ma anche per definire contrattualmente gli adempimenti ai fini *privacy* che la normativa dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali prevede sia regolamentata attraverso accordi congiunti bilaterali.

Nel 2019 sono stati revisionati e gestiti nel processo di negoziazione **97** contratti per studi profit, **52** per studi no profit con finanziamento e **214** contratti per studi no profit senza finanziamento oltre a diverse decine di emendamenti ai contratti.

In particolare per quanto riguarda le **sperimentazioni cliniche sponsorizzate** la finalizzazione dei contratti proposti mostra l'andamento descritto in tabella.

	PROPOSTI	FINALIZZATI
2015	85	38
2016	100	63
2017	88	51
2018	90	54
2019	97	57

Nel 2019 il fatturato è stato pari a € 2.524.639. Il trend rispetto agli anni precedenti è illustrato nel grafico di seguito riportato.



Il finanziamenti sono gestiti ai sensi dello specifico regolamento aziendale di cui alla Delibera 159 del 4 Aprile 2012. Le quote a disposizione delle unità operative vengono utilizzate secondo il medesimo regolamento e conformemente alle procedure aziendali per l'acquisizione di personale, beni di consumo, attrezzature e servizi.

Nelle tabelle sotto riportate è illustrato il trend dell'utilizzo dei finanziamenti disponibili per anno e per tipologia di impiego (valori assoluti e valori percentuali).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
personale	1.102.000	1.136.920	1.040.000	1.075.034	1.063.000	1.037.000	960.000	950.000
beni	14.000	22.000	104.000	42.000	10.000	5.300	6.000	15.000
servizi	88.000	58.000	89.000	60.000	125.000	157.630	62.000	168.000
attrezzature	45.000	127.000	79.000	54.580	65.000	20.000	29.000	40.000
sopravvenienza	0	55.000	8.000	0	0	0	0	0
Totale	1.249.000	1.398.920	1.320.000	1.231.614	1.263.000	1.219.930	1.057.000	1.173.000

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
personale	88%	81%	79%	87%	84%	85%	91%	81%
beni	1%	2%	8%	3%	1%	0%	1%	1%
servizi	7%	4%	7%	5%	10%	13%	6%	14%
attrezzature	4%	9%	6%	4%	5%	2%	3%	3%
sopravvenienza	0%	4%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

9) Integrazione operativa con i servizi dell'Università che svolgono analoghe funzioni

- **Rapporto di collaborazione informale con UNIBO** per tutti i progetti presentati nell'ambito dei bandi europei dai ricercatori universitari che richiedono la partecipazione dell'AOU come parte terza.
- **Rapporto di collaborazione con la direzione amministrativa dei Dipartimenti Universitari (DU)** per la gestione di progetti e /o studi clinici e per l'individuazione dei migliori possibili percorsi amministrativi comuni. La collaborazione si sostanzia anche in atti formali riguardanti convenzioni progetto specifiche. Nel corso del 2019 sono state attivate n. 2 convenzioni rispettivamente per il trasferimento di € 150.000 dall'Azienda Ospedaliera al DIMES e n. 1 convenzione per il trasferimento di € 25.000 dal DIMEC all'Azienda, per la realizzazione di altrettanti progetti di comune interesse.
- **Valorizzazione e tutela della proprietà intellettuale** - si è consolidata la collaborazione tra gli uffici aziendali Ricerca e Innovazione, Privacy, Legale e l'Ufficio di trasferimento tecnologico dell'Alma Mater, collaborazione che ha condotto alla messa a punto del **Regolamento relativo alla tutela della proprietà industriale e intellettuale dell'AOU di Bologna**, adottato con Delibera N. 42 del 28.2.2018. Nel corso del 2019 è stata depositata una domanda di brevetto in Italia.
- **Progetto di unificazione del Servizio di Biblioteca** - il rinnovo dell'accordo, potrà essere oggetto di ulteriore approfondimento in sede di applicazione dell'Accordo Attuativo Locale fra l'Azienda Ospedaliera e l'Università.

A seguire gli indicatori della performance relativi all'area della ricerca e della didattica elaborati dall'Ufficio Ricerca e Innovazione.

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019
Impact Factor Grezzo (*)	7.628		8.652	
IF per ricercatore (**)	7,26		8,46	
N° progetti di ricerca finalizzata (***) a cui l'azienda partecipa in qualità di coordinatore	33		27	
N° progetti di ricerca finalizzata (***) a cui l'azienda partecipa in qualità di unità partecipante	20		18	

*) Dato grezzo – IFN non disponibile

(**) Dato grezzo (IFN non disponibile) per ricercatore, 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 in servizio al 31.12 dell'anno di riferimento

(***) Progetti di ricerca in corso nell'anno ad esclusione di quelli finanziati da privati.

Esperienze formative innovative

Un'opportunità per lo sviluppo di esperienze formative innovative è stata rappresentata dall'utilizzo del Centro di Simulazione per la gestione delle emergenze cliniche, tramite tecniche di rianimazione cardiopolmonare. Anche nel 2019 sono stati infatti realizzati eventi di simulazione condotti in una struttura dotata di tecnologie e strumenti innovativi che facilitano l'apprendimento delle principali sequenze scelte, condivise nel gruppo di lavoro, rispetto a manovre cardio polmonari e/o altri interventi in emergenza nel lattante e/o nel bambino. Il Centro di Simulazione è stato teatro di eventi sulla gestione del rischio in ostetricia per la prevenzione della morte materna, in accordo con la specifica raccomandazione ministeriale sul tema. La simulazione facilita la valutazione delle azioni messe in campo dal team di emergenza, finalizzate al contenimento dei rischi in ambiti diversi.

Le diverse iniziative formative condotte nell'ambito del "Percorso di allineamento del Sistema di Governo Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Sant'Orsola Malpighi al Sistema di Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie della Regione Emilia-Romagna" hanno offerto l'occasione di mettere a punto una metodologia formativa basata sulla lettura collegiale dei nuovi requisiti di Accreditamento Istituzionale previsti dalla DGR 1943/2017 e su un confronto attivo sulla percezione (e l'evidenza oggettiva) del livello del loro soddisfacimento.

I progetti di formazione-intervento realizzati nell'ambito della Direzione Sanitaria, attraverso la costituzione dei Team di Direzione, sono stati condotti attraverso una metodologia basata su un percorso partecipativo che ha visto l'alternanza di momenti teorici con momenti di esercitazione e confronto, offrendo la possibilità ai partecipanti di predisporre positivamente all'apprendimento e cogliere l'utilità e la trasferibilità di quanto appreso. L'intervento "Ultimo miglio" rivolto ai professionisti afferenti alla Direzione Sanitaria e alla Direzione delle professioni sanitarie, in relazione all'introduzione del nuovo modello di funzionamento basato sul lavoro in team, preceduto e accompagnato da interviste ai Direttori di Dipartimento e incontri di coordinamento con la Direzione Aziendale, si è realizzato attraverso attività formative atte a favorire l'empowerment dei Team di Direzione Sanitaria costituiti con l'obiettivo di un miglioramento dell'integrazione tra le diverse componenti professionali e una più chiara referenza a supporto dei dipartimenti aziendali.

Altra esperienza formativa innovativa è stata quella condotta a favore degli operatori dei Punti Informativi dell'Azienda nell'ottica di stimolare gli aspetti di umanizzazione durante i processi di accoglienza, informazione e comunicazione, prevenire l'insorgenza di potenziali conflitti e incomprensioni e migliorare la relazione con l'utenza.

3.3.2. Area di performance dello sviluppo organizzativo

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

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

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

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

I Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) assicurano la piena integrazione delle attività di assistenza didattica e ricerca, garantendo il miglior percorso di cura per il paziente. Ai Dipartimenti ad Attività Integrata afferiscono 64 Unità operative, 11 strutture semplici dipartimentali, 13 programmi dipartimentali e 63 strutture semplici di unità operativa.

Con delibera n. 286 del 28/12/2018 i DAI sono stati prorogati per un anno, sino al 31 dicembre 2019 e successivamente è stato formalizzato con delibera n. 328 del 23/12/2019 un ulteriore provvedimento di proroga di ulteriori 6 mesi in ragione del procedimento in atto per il riconoscimento in IRCCS che comporterà l'implementazione di riassetto organizzativi necessari a dare piena attuazione agli ambiti di ricerca dell'IRCCS.

In Azienda, a supporto dell'attività assistenziale, sono presenti strutture in staff e in line alla Direzione Aziendale. Con deliberazione n. 206 del 5 ottobre 2018 si è definita la prima fase di riorganizzazione che ha coinvolto in particolare lo staff del Direttore Generale, lo staff della Direzione Aziendale, la line del Direttore Amministrativo e la line del Direttore Sanitario.

Con delibera 43 del 31/01/2019 è stato approvato il documento che individua le modalità di lavoro in team, quale modello di governo delle attività sanitarie e ne definisce un periodo di sperimentazione decorrente dal 01/02/2019 fino al dicembre 2019. Il modello proposto si prefigge sostanzialmente di:

- favorire l'integrazione orizzontale delle funzioni strettamente correlate al percorso del paziente, anche attraverso lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi che prevedano il lavoro in team e l'integrazione multiprofessionale;
- ridefinire e chiarire le responsabilità e i ruoli dei componenti della Direzione Sanitaria, in particolare a supporto delle attività dei DAI;
- revisionare le strutture in staff e in line al Direttore Sanitario rendendole più funzionali allo svolgimento delle attività di indirizzo, gestione e verifica della produzione dei

servizi clinico assistenziali di competenza.

Le **strutture in staff** svolgono attività trasversali, spesso a supporto della direzione e delle linee e operano basandosi su logiche di lavoro in team e di gestione di progetti. Vengono definite in staff:

- al Direttore Generale le funzioni non sono delegabili dal datore di lavoro;
- alla Direzione Aziendale se la gestione è integrata tra Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo in quanto i percorsi e i temi hanno una valenza strategica e trasversale;
- al Direttore Sanitario se funzioni maggiormente legate alla gestione dei percorsi del paziente ed all'interazione con i dipartimenti.

Le strutture in line garantiscono il funzionamento dell'organizzazione aziendale in un contesto complesso e di grandi dimensioni come quello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, la continuità del servizio e il suo corretto svolgimento in un'ottica di efficienza e di offerta del migliore servizio erogato al paziente; sono caratterizzate da assetto e ruolo stabile e strutturato all'interno dell'Azienda e gestiscono gruppi di processi affini e le relative risorse assegnate.

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Nella programmazione e realizzazione dell'attività formativa 2019 è stato dato un grande impulso alle iniziative in tema di sicurezza delle cure e alla gestione del rischio. Come previsto, è stata potenziata l'attività formativa sulle tecniche di rianimazione cardiopolmonare, anche attraverso la collaborazione offerta all'Università, agli studenti dei Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche, al personale medico e infermieristico della Clinica Odontoiatrica dell'Università e agli insegnanti di alcuni licei della città. Fondamentale è stata anche l'importante attività formativa di rianimazione cardiopolmonare (adulto e pediatrico) svolta a favore del personale medico e infermieristico (sia dipendente che con altre forme di contratto con l'Azienda) che afferisce alle strutture coinvolte negli studi di sperimentazione di Fase 1, in relazione ai requisiti dell'accreditamento AIFA. Per una migliore esplicitazione dell'offerta formativa in tema di tecniche di rianimazione cardiopolmonare è stata predisposta e diffusa al personale una specifica tabella allegata al Piano Aziendale di Formazione onde facilitare l'orientamento alla scelta dei corsi cui partecipare, in ragione dei contenuti, del periodo di validità della certificazione conseguita e della tipologia dei destinatari.

In linea con le indicazioni ministeriali in tema di sicurezza per il paziente e per gli operatori, sono stati realizzati: interventi formativi specifici a seguito di eventi avversi e nell'ambito dei SEA attivati; eventi sul tema dell'ascolto, della comunicazione efficace, della prevenzione e gestione dei conflitti nei diversi setting operativi e per la prevenzione degli atti di violenza verso gli operatori; anche a livello dipartimentale sono state realizzate giornate formative sui rischi correlati alla trasfusione, alle procedure operative per la prevenzione del rischio in ostetricia, in particolare per ciò che attiene alla raccomandazione ministeriale relativa alla prevenzione della morte materna.

In accordo con le indicazioni del DPCM 2017 "*Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere nel contrasto alla violenza contro le donne*" sono state

organizzate iniziative formative per diffondere l'impegno del Policlinico S. Orsola nel contrasto alla violenza sulle donne, destinate al personale sanitario e finalizzate al riconoscimento e al trattamento di tali episodi.

Per quanto riguarda l'area tematica della Qualità delle cure sono stati organizzati eventi formativi sulla gestione delle dimissioni protette e relazioni con il territorio e sui percorsi di formazione per il personale che opera nelle strutture che si interfacciano ed interagiscono con la rete delle cure palliative. L'obiettivo dell'integrazione tra ricerca e formazione è stato perseguito attraverso l'attivazione di iniziative formative che concernono l'EBN, l'EBP e la Good Clinical Practice, la stesura di protocolli di ricerca e l'analisi statistica dei dati.

Nel Piano Formativo 2019 è stato dato ampio spazio alle iniziative formative che riguardano la tutela della salute dei lavoratori (legge 81/08), la radioprotezione, l'impiego in sicurezza della formaldeide e dei farmaci antiblastici. In relazione all'acquisizione di dispositivi di sicurezza sono state realizzate iniziative formative per preparare il personale all'uso di tali dispositivi che si prefiggono l'obiettivo di una gestione più sicura dell'incidenza degli infortuni da rischio biologico. Sempre in tema di gestione degli infortuni da rischio biologico, si è lavorato sulla progettazione di un evento formativo in e-learning destinato al personale delle Aziende dell'area metropolitana.

In linea con l'obiettivo aziendale della riduzione degli indici di infezioni correlate all'assistenza e della prevenzione delle infezioni nosocomiali, sono stati realizzati interventi formativi di livello trasversale o mirati ad affrontare situazioni di criticità in realtà specifiche, sul tema della prevenzione delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi: rispetto a questi interventi è proseguita la misurazione di ricaduta formativa, anche attraverso la diffusione delle buone pratiche (es. lavaggio delle mani, corretti comportamenti in sala operatoria, misure preventive delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi, gestione dei CVP e CVC nei pazienti ospedalizzati, ecc.). Sempre in tema di prevenzione delle infezioni sono stati organizzati seminari per la prevenzione e controllo della legionellosi nelle strutture sanitarie e in tema di vaccinazione del personale sanitario.

Rispetto all'attività di coordinamento effettuata a livello regionale sulla promozione della cultura e degli strumenti della Health Literacy ai fini del miglioramento della comunicazione tra i sanitari ed i pazienti, l'Azienda ha garantito la partecipazione alle iniziative e agli incontri del gruppo regionale HL e ha promosso e supportato la partecipazione al corso e-learning regionale "Health Literacy-Progetto Capirsi".

L'area degli aggiornamenti tecnico-legislativi ha visto l'attuazione di numerosi eventi, promossi in parte a livello aziendale, e in larga misura anche a livello di Area Vasta, relativi alle tematiche della trasparenza e anticorruzione nell'area affidamento lavori, servizi e forniture e nell'area delle risorse umane, altri eventi dedicati all'approfondimento dei contenuti del Decreto sblocca cantieri e al nuovo Regolamento europeo in materia di privacy e data protection nell'ottica di un nuovo modo di pensare e gestire il trattamento dei dati.

Sono stati organizzati eventi di formazione sulle tematiche trattate ed espresse dalla legge 219/2017 sul tema del consenso informato e pianificazione condivisa delle cure nell'adulto e nel minore, e sulle norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", per approfondire gli aspetti dell'accanimento terapeutico, del rifiuto delle cure, della responsabilità medica, dell'effettivo rispetto della volontà e delle disposizioni fornite dal paziente nel rispetto dell'autonomia professionale.

La promozione della donazione di organi e tessuti è stata supportata dall'organizzazione di numerosi eventi formativi dal titolo "Quando la vita chiama la vita - Il procurement nella donazione di organi e tessuti" finalizzati principalmente a fornire agli operatori sanitari gli strumenti basilari per individuare un potenziale donatore di organi e tessuti, eseguire una prima valutazione di idoneità al prelievo, fornire gli strumenti base per iniziare un colloquio con i parenti, per proporre la possibilità di una donazione.

La riorganizzazione dell'attività sanitaria e l'introduzione di nuovi modelli organizzativi in Azienda e in particolare la riorganizzazione delle funzioni afferenti alla Direzione Sanitaria, è stata accompagnata da un evento di formazione-intervento che ha coinvolto i "Team di Direzione", con l'obiettivo di migliorare, attraverso la capacità di lavorare in team, la relazione e integrazione tra i professionisti che ne fanno parte.

Il perseguimento dell'obiettivo regionale del rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale introdotto con la DGR 1943/2017 e del rinnovo dell'Accreditamento delle funzioni di Governo e di Provider della Formazione (DGR 1332 e 1333/2011) è stato accompagnato da una serie di giornate di formazione.

Nel 2019 è proseguita l'azione di coordinamento della Formazione di Area Vasta Emilia Centro da parte del Responsabile Formazione dell'AOU di Bologna. Una delle innovazioni introdotte nel Piano Formativo (PAF) AVEC è stato l'ampliamento della durata a due anni (2019-2020) ed un maggiore coinvolgimento delle Direzioni Generali nella proposta e selezione degli eventi formativi del PAF AVEC. Rispetto alla programmazione 2019, sono state diverse iniziative formative, 4 delle quali realizzate da AOUBO, 2 da IOR, 1 da AUSLBO.

In linea con le indicazioni della programmazione regionale rispetto agli obiettivi della formazione continua ECM, l'Azienda ha perseguito l'obiettivo di individuare alcuni eventi formativi sui quali effettuare la valutazione del trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo (livello L3) e la misurazione dell'efficacia delle azioni formative in termini di impatto rispetto al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi (livello L4).

In particolare, la misurazione d'impatto è stata effettuata rispetto agli eventi formativi relativi: 1-2) all'Accreditamento Istituzionale, attraverso la misurazione del livello di soddisfacimento dei requisiti generali indicati nella DGR 1943/2017 a livello trasversale e di ricaduta nelle U.O.; 3) alla formazione e valutazione di impatto degli eventi formativi; 4) all'utilizzo del sistema informatizzato delle risorse umane (GRU) per la gestione degli eventi formativi; 5) ai Laboratori Direzione Professioni Sanitarie per la gestione del cambiamento e lo sviluppo dei processi di integrazione; 6) ai corsi di "Prevenzione delle Lesioni da Pressione"; 7) ai corsi sulla "Prevenzione delle cadute"; 8) ai corsi per medici e infermieri referenti delle Cure Palliative; 9) al corso dipartimentale "*Il paziente neurochirurgico: caring e sviluppo delle competenze, protocollo gestionale pre e post intervento al bambino sottoposto a craniotomia*"; 10) all'evento "*DIMMI*" sulle tematiche del fine vita, valutato attraverso indicatori relativi alla riduzione all'opposizione della donazione di organi; 11) al corso base "*Ecografia toracica*" il cui impatto è valutato attraverso la misurazione della riduzione da richieste di RX toracico.

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

Il sistema di valutazione è uno strumento strategico per la valorizzazione del personale, per orientare i comportamenti dei gruppi e degli individui al miglioramento della performance e al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Le linee di indirizzo regionali (delibere OIV-RER 1/2014, 2/2015 e 5/2017 dell'OIV-SSR), sottolineano che obiettivo primario del processo di valutazione è quello di migliorare complessivamente i risultati organizzativi e la qualità dei servizi prodotti, in un'ottica di responsabilizzazione del personale verso il pieno svolgimento delle funzioni assegnate in Azienda migliorando, nel contempo, la crescita professionale del personale stesso.

Le attività che l'Azienda ha messo in campo nel 2019, per dare sostanza ai principi e agli scopi che il sistema di valutazione aziendale persegue, in linea con quanto previsto dal piano aziendale di avvicinamento alle indicazioni dell'OIV regionale (delibera 289/2018), e sono state orientate all'implementazione dell'applicativo legato al progetto "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU) secondo le scadenze pianificate dal cronoprogramma con l'obiettivo finale di implementare le schede previste per le diverse tipologie valutative nel modulo "master valutazione" di GRU, al fine di garantire l'ottimizzazione dei nuovi processi dei percorsi di valutazione del personale. Tale obiettivo è stato perseguito attraverso:

- l'avvio delle fasi di test con alcune U.O. selezionate a campione con l'effettuazione della valutazione annuale delle competenze e della performance organizzativa e individuale di risultato;
- l'avvio e la realizzazione del processo di valutazione del periodo di prova per i neoassunti della dirigenza e del comparto non sanitario;

Per quanto riguarda le azioni specifiche, nel corso del 2019:

- sono stati costituiti appositi gruppi di lavoro (aziendali e interaziendali) al fine di integrare i contributi di tutte le UO interessate dai diversi ambiti valutativi e omogenizzare le scelte e le opportunità del nuovo sistema di valutazione;
- è stato ideato un chiaro ed esplicito collegamento tra la valutazione annuale di risultato e la valutazione di incarico;
- è stata creata un'area intranet dedicata ad Vademecum informatizzato in cui concentrare tutte le informazioni di carattere generale e specifico per il neoassunto della dirigenza e del comparto;

Contestualmente alle suddette attività, sono state avviate le azioni propedeutiche all'avvio della valutazione mediante la predisposizione e realizzazione di corsi di formazione per valutatori della dirigenza e del comparto. Un primo evento informativo/formativo è stato realizzato nell'ultima parte dell'anno, orientato specificamente ai coordinatori della Direzione delle professioni sanitarie e sono state attivate sessioni per corsi in aula per tutti i valutatori (dirigenza e comparto) a partire dal febbraio 2020.

Ulteriore obiettivo perseguito nel 2019 è stato il processo di revisione degli incarichi dirigenziali attraverso la stesura di job description, sia per SOC/SSD in scadenza sia per

incarichi rilevanti (IAS, SS, SSD, SOC) di nuova attivazione sia per gli incarichi di funzione gestionale del comparto.

Nel 2019, in particolare per l'area della dirigenza, è stato garantito il supporto capillare alle singole UU.OO.:

- per la valutazione della performance individuale attraverso l'utilizzo di strumenti capaci di individuare obiettivi collegati ai singoli professionisti, accompagnati da indicatori e modalità di misurazione utili a leggere il contributo individuale;
- per la mappatura di tutti gli incarichi di nuova attivazione con l'inserimento di obiettivi chiari e misurabili nelle singole Job Description.

3.4 Dimensione di performance della sostenibilità

3.4.1 Area di performance economico-finanziaria

La Direzione Aziendale nel corso del 2019 è stata impegnata al raggiungimento dell'obiettivo economico-finanziario di pareggio civilistico di bilancio.

La Direzione Aziendale è stata inoltre impegnata:

- al costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Le CTSS sono state informate degli esiti delle verifiche straordinarie;
- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato.

Il rispetto dell'obiettivo economico-finanziario assegnato, è stato perseguito individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria e gli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

L'Azienda ha dato applicazione alla normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamate in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure di riduzione della spesa sanitaria alternative ed equivalenti sotto il profilo economico

Ottimizzazione della gestione finanziaria

Nel corso del 2019 l'Azienda ha consolidato la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del Servizio Sanitario Regionale nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

L'Azienda è stata impegnata nel corso del 2019 in continuità alle azioni avviate negli anni precedenti:

- a rimuovere gli ostacoli alla tempestività dei pagamenti, dovuti a percorsi organizzativi inefficienti o a inadempienze nelle fasi di registrazione, liquidazione o pagamento delle fatture, favorendo l'introduzione di innovazioni tecnologiche finalizzate a uniformare, snellire e velocizzare il processo;

- a proseguire nel progetto di dematerializzazione dei processi di liquidazione anche in vista dell'attivazione del nuovo software gestionale per l'area amministrativo contabile (GAAC);
- ad estendere l'utilizzo della procedura informatica ordini a tutto il volume degli acquisti di beni e servizi rendendo univoci i percorsi organizzativi;
- ad estendere l'utilizzo dell'ordine e del documento di trasporto dematerializzato;
- a rimuovere gli ostacoli che impediscono ove possibile la liquidazione automatica delle fatture;
- ad attuare un efficiente controllo per verificare che la liquidazione delle fatture avvenga entro i tempi di pagamento stabiliti;
- ad effettuare una sistematica programmazione volta a ottimizzare l'utilizzo delle risorse finanziarie.

L'Azienda ha regolarmente inviato trimestralmente le tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2019, previste quale adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF).

Il valore dell'utilizzo dell'anticipazione di tesoreria nell'esercizio 2019 è stato pari a 0.

Il valore dell'**indice tempestività di pagamento per l'esercizio 2019 è stato pari a -25,65 giorni (target regionale di riferimento <= 0).**

Il valore di riferimento registrato nel 2019 relativamente **all'invio delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali è pari al 100 %.**

Miglioramento del sistema informativo contabile

Nel corso del 2019 l'Azienda, proseguendo nel percorso di applicazione delle linee guida regionali e nel perfezionamento degli strumenti di controllo interno, ha garantito l'omogeneità, la confrontabilità e l'aggregabilità dei bilanci delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale nel rispetto dei target definiti attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario) **rispettando il target di riferimento previsto;**
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP e LA.4

In corso d'anno stata assicurata dall'Azienda, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e

GSA, attraverso l'utilizzo della Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali messa a disposizione dalla Regione Emilia-Romagna.

L'Azienda ha garantito la corretta e tempestiva alimentazione della Piattaforma web in tutte le sessioni previste e alle scadenze prestabilite **rispettando il target di riferimento previsto pari al 100%**.

Piattaforma di gestione di area amministrativo contabile (GAAC)

Nel corso del 2019 l'Azienda è stata impegnata:

- ▪ ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- ▪ a garantire la partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo GAAC, ridefinita in Cabina di Regia;
- ▪ ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- ▪ ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori dell'Azienda a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC;
- ▪ ad assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- ▪ ad assicurare l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati" finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP);
- ▪ ad assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione, dal Tavolo GAAC, dal RTI, dal DEC per garantire l'avvio previsto secondo le tempistiche programmate.
-
- Nel corso del 2019 sono state predisposte tutte le anagrafiche di base assegnate e sono stati pubblicati tutti i match previsti entro le tempistiche indicate. Alcune delle configurazioni di base GAAC sono state implementate dalle Aziende Sanitarie dell'area bolognese.
- Il target di riferimento riscontrato relativamente **alla partecipazione attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro, l'avvio del modulo GAAC e l'allineamento delle anagrafiche aziendali** a target di riferimento per il 2019 è pari al **100 %**.

▪

▪ Fatturazione elettronica

▪ L'Azienda è stata inoltre impegnata nell'applicazione di quanto previsto dalle normative in tema di monitoraggio completo dell'intero ciclo degli acquisti (commi da 411 a 415 – art.1 della Legge n.205/2017) e fatturazione elettronica.

▪

▪ A decorrere dal 01/01/2019 l'Azienda:

- ▪ ha emesso le fatture verso i privati in formato elettronico in modalità integrata con il sistema regionale per la fatturazione elettronica NoTIER e secondo le specifiche

tecniche definite dall’Agenzia Regionale per lo Sviluppo dei Mercati Telematici – Intercenter;

- ha messo in atto idonei strumenti di controllo finalizzati all’applicazione del dettato normativo che prevede che il codice AIC sia inserito nella fattura elettronica;
- ha proseguito nel percorso di dematerializzazione dell’intero ciclo passivo avviato in Regione Emilia Romagna in attuazione della delibera di Giunta Regionale n. 287/2015.
-
- Il valore riscontrato relativo alla **corretta applicazione del dettato normativo** è pari al **100%**.
-

Sistema audit interno

Nel corso del 2019 la Regione ha istituito un gruppo di lavoro regionale con il compito di favorire e coordinare le funzioni di Audit aziendale nella fase di istituzione a cui l’Azienda ha assicurato la collaborazione e il supporto tecnico-specialistico.

Il gruppo Audit provinciale ha, nel contempo, continuato le proprie attività previste dal piano delle verifiche, in attesa delle linee guida che dovranno essere emanate dal gruppo regionale.

Il valore rilevato relativo **all’istituzione del Sistema di Audit interno e alla corretta applicazione delle linee guida** è pari al **100 % degli adempimenti**.

Governo delle risorse umane

Il piano triennale dei fabbisogni del personale (PTFP) è stato redatto tenendo conto della programmazione - tanto sul livello regionale quanto sull’ambito metropolitano - ed in continuità con le azioni già intraprese, in tema di assunzioni, di copertura del turnover e di superamento del lavoro precario. In tale ambito sono state inserite anche le previsioni di reclutamento al fine di garantire l’applicazione del disposto normativo della Legge 161/2014, in materia di regolamentazione dell’orario di lavoro e di garanzia del riposo giornaliero del personale dipendente, rispetto al quale nel corso dell’anno è stata posta in essere una costante attività di monitoraggio.

In merito all’obiettivo del superamento del lavoro precario al 31.12.2019 è stato raggiunto l’obiettivo regionale dell’abbattimento - nel corso del triennio 2017/2019 - dei contratti in essere al 31/12/2016 nella misura dell’80%, fatta naturalmente salva la disponibilità di graduatorie per le discipline interessate.

In tale contesto, sono state avviate ed in parte concluse anche le procedure di reclutamento di 16 unità di personale medico, 6 di personale del comparto addetto all’assistenza, 3 amministrativi, in applicazione del comma 2 dall’art. 20, comma 1 del Decreto Legislativo 75/2017.

Le aree di intervento del PTFP per l’anno 2019 sono state orientate a programmare la necessaria copertura di dotazione organica per i seguenti ambiti:

-Potenziamento dell’area dell’emergenza urgenza;

- Potenziamento della rete trapiantologica regionale, con istituzione del Programma regionale "Percorsi innovativi per il potenziamento della rete trapiantologica regionale e trapianti sperimentali" (DGR N. 1313 DEL 29 luglio 2019);
- Centro Hub per l'utilizzo delle terapie avanzate CAR-T per i pazienti dell'Emilia Romagna (determinazione n. 14263 dell'1/8/2019);
- Area Oncologica Tumori Rari (DGR N. 1308 DEL 29 luglio 2019);
- Potenziamento attività ECMO;
- Potenziamento attività di chirurgia robotica.

E' inoltre proseguita l'attività sulle seguenti attività di livello interaziendale, per le quali nel PTF 2018-2020 e confermati per il triennio 2019-2021 sono stati indicati gli incrementi di personale legati allo sviluppo dei servizi:

- A. *Pneumologia interventistica*
- B. *Medicina del lavoro*
- C. *Malattie infettive*
- D. *Medicina nucleare*
- E. *Dermatologia*
- F. *Genetica*
- G. *Chirurgia vascolare*
- H. *Neurochirurgia pediatrica*
- I. *Nefrologia e dialisi*
- J. *Servizio Trasfusionale unico metropolitano (TUM)*
- K. *Chirurgia senologica*

Le richieste di copertura o istituzione di Strutture Complesse sono state coerenti con le linee guida emanate con gli standard previsti dal Patto per la Salute, richiamati nel D.M. 70/2015.

Nel 2019 le Amministrazioni di AVEC hanno sottoscritto un protocollo di intesa per la gestione congiunta dei seguenti concorsi pubblici da espletarsi nel 2019 e 2020, dei quali uno concluso e alcuni in corso di espletamento:

AMBITO TERRITORIALE DI FERRARA (Azienda USL di Ferrara e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara)

- Collaboratore professionale sanitario – assistente sanitario – Amministrazione capofila: Azienda USL di Ferrara;
- Collaboratore professionale sanitario – logopedista – Amministrazione capofila: Azienda Ospedaliera di Ferrara;
- Collaboratore professionale sanitario – tecnico audiometrista – Amministrazione capofila: Azienda Ospedaliera di Ferrara;

AMBITO TERRITORIALE DI BOLOGNA (Azienda USL di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda USL di Imola, Istituto Ortopedico Rizzoli)

- Collaboratore tecnico-professionale – settore: tecnico (ingegnere civile/edile) – Amministrazione capofila: Azienda USL di Imola (CONCLUSO);

- Collaboratore tecnico-professionale – settore: tecnico (ingegnere elettrico/elettronico) – Amministrazione capofila: Azienda USL di Bologna (IN CORSO DI ESPLETAMENTO);
- Operatore tecnico specializzato – autista di ambulanza – Amministrazione capofila: Azienda USL di Bologna;
- Collaboratore professionale sanitario – ortottista – Amministrazione capofila: Azienda USL di Bologna;
- Collaboratore amministrativo-professionale settore: amministrativo – Amministrazione capofila: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna;
- Collaboratore tecnico-professionale – settore: informatico – Amministrazione capofila: Azienda USL di Bologna (IN CORSO DI ESPLETAMENTO);

In relazione ai concorsi previsti nel protocollo di intesa per la gestione congiunta dei concorsi pubblici sottoscritto nel 2018, le Amministrazioni di AVEC nel 2019 hanno espletato i seguenti concorsi pubblici:

AMBITO TERRITORIALE DI FERRARA (Azienda USL di Ferrara e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara)

- Collaboratore professionale sanitario – dietista – Amministrazione capofila: Azienda USL di Ferrara (CONCLUSO);
- Collaboratore professionale sanitario – tecnico della prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro – Amministrazione capofila: Azienda USL di Ferrara (CONCLUSO);

AMBITO TERRITORIALE DI BOLOGNA (Azienda USL di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda USL di Imola, Istituto Ortopedico Rizzoli)

- Assistente amministrativo – Amministrazione capofila: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (CONCLUSO).

L'esperienza è stata positiva sia per la tempistica che ha consentito alle sei aziende di avere contestualmente disponibili più graduatorie di concorso pubblico, obiettivo altrimenti non raggiungibile nei tempi necessari, sia in considerazione della previsione nei relativi bandi della disponibilità di graduatorie differenziate per azienda, che consente poi la gestione separata delle assunzioni, con tempistiche previste a seconda delle specifiche esigenze e, non da ultimo, in considerazione dei costi conseguenti alla gestione di concorsi che per questi profili comportano un consistente numero di partecipanti.

Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

In ottemperanza all’art.21 del Codice dei Contratti (D.Lgs.50/2016) l’Azienda ha elaborato il programma biennale 2019/2020 degli acquisti di beni e servizi, predisposto non solo secondo le modalità del Decreto del MIT n.14/18, ma anche continuando nell’opera di integrazione con le altre Aziende sanitarie e l’Agenzia Intercent-ER. Conseguentemente, il Masterplan predisposto dall’Agenzia regionale Intercent-ER continua a essere strumento di programmazione condiviso a tutti i livelli in ambito regionale

Anche il 2019 ha visto il Servizio Acquisti Metropolitano impegnato nella integrazione organizzativa con l'Agencia Intercent-ER per portare a termine le procedure già assegnate, nonché procedere con la riedizione della procedura relativa ai Radiodiagnostici.

Inoltre, sempre ai fini della maggior integrazione tra le Aziende Sanitarie e Intercent-ER, già dal 2018 è stato instaurato un modello di condivisione delle attività non solo con le strutture aziendali deputate agli acquisti ma anche con le Direzioni Aziendali: un importante obiettivo di questa nuova modalità è sicuramente la definizione di un meccanismo di coordinamento che sappia affrontare e risolvere eventuali criticità.

Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

La spesa farmaceutica complessiva per beni sanitari dell'anno 2019 è stata pari a 182,664 mln, con un incremento di 10,472 mln (+6,1%). L'incremento più significativo è a carico dei medicinali ed emoderivati (+8,6%) che nell'insieme rappresentano il 68% della spesa complessiva. (Tab.1)

Tab.1 – COSTI per beni sanitari farmaceutici: 2019 vs 2018

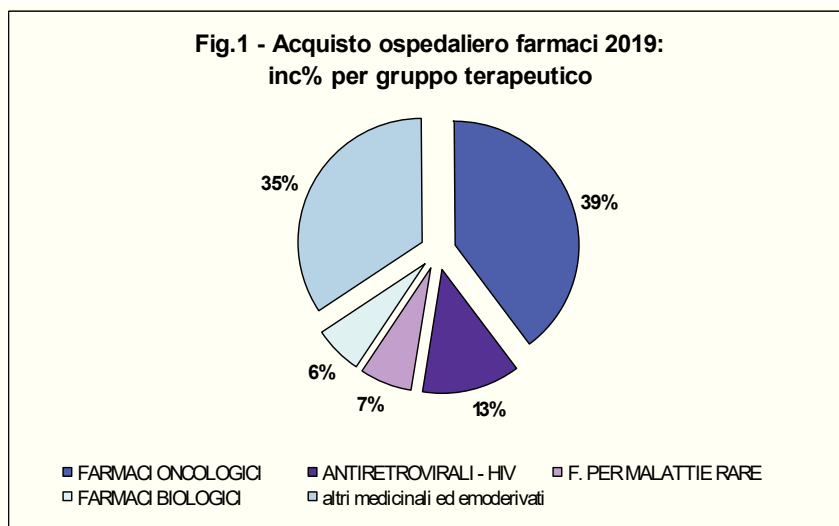
BENI SANITARI	2018	2019	var costi	var% costi
MEDICINALI	104.781.083	114.417.501	9.448.873	9,0 %
EMODERIVATI	9.529.710	9.775.086	437.367	4,7 %
DISPOSITIVI MEDICI	45.713.004	47.109.488	1.439.695	3,2 %
DIAGNOSTICI	7.304.560	6.629.748	- 640.693	-8,8 %
DIALISI	2.310.917	2.455.674	146.739	6,4 %
GAS	1.966.718	1.548.523	- 442.958	-22,2 %
ALTRI BENI SANITARI	402.120	727.792	83.078	12,9 %
TOTALE	172.008.112	182.663.812	10.472.102	6,1 %

Acquisto ospedaliero di farmaci

La spesa 2019 per l'acquisto ospedaliero di farmaci (escluso ossigeno e farmaci innovativi) è stato pari a 119,738 mln con un incremento del 5,8% (+7,580 mln) a fronte di un obiettivo assegnato dalla Regione per il 2019 pari a 112,158 mln (-0,9%).

I farmaci maggiormente responsabili dell'incremento sono i farmaci oncologici, sia quelli dell'elenco del gruppo B parzialmente finanziati dalla regione (+5,466 mln) che ulteriori principi attivi inclusi i farmaci per malattie rare (+1,842 mln).

I farmaci antineoplastici si confermano al primo posto tra le categorie terapeutiche a maggiore impatto di spesa, con una incidenza pari al 39% ed un incremento del 17%, seguiti dai farmaci antiretrovirali che incidono per il 13% sulla spesa complessiva (Fig.1)



Fondo farmaci innovativi NON oncologici

Per il 2019, l'assegnazione del finanziamento per farmaci innovativi è stata pari a 5,554 mln.

A consuntivo, si registra un utilizzo del fondo di 4,538 mln, pari all'82%, per la spesa a carico dei Farmaci per Epatite C al netto di tutti pay back. (Tab.2)

Tab.2 -Farmaci innovativi per Epatite C - Sintesi dei dati 2019 per farmaco

ATCS	FARMACO	N trattati 2019	N arruolati 2019	Spesa lorda 2019	Pay back tratt >12 sett	Quota rimborsi P/V	Spesa al netto di tutti i rimborsi
J05AP57	MAVIRET*84CPR RIV 100MG+40MG	351	344	2343572	-87047	0	2256525
J05AP55	EPCLUSA*1FL 28CPR 400+100MG	245	216	1588838	0	0	1588838
J05AP54	ZEPATIER*28CPR RIV 50MG+100MG	80	69	464200	0		464200
J05AP56	VOSEVI*28CPR 400+100+100MG FL	21	4	228140	0		228140
Totale:		697	633	4624750	-87047	0	4537703

Nota: la spesa include tutti i rimborsi ricevuti nell'anno 2019

Nella lista dei farmaci innovativi non oncologici sono presenti anche altri farmaci quali: emicizumab, dupilumab, letermovir e cenegermin per i quali si è avuta una spesa pari a 0,845 mln. In totale l'utilizzo del fondo per farmaci innovativi non oncologici è stato di 5,382 mln.

Fondo farmaci innovativi oncologici

Il fondo gruppo A, inizialmente fissato dalla Regione in 5,122 milioni di euro, è stato successivamente rideterminato in 8,312 mln, con un incremento di 3,190 mln. Tale quota aggiuntiva ricomprende 365.000 euro a copertura dei costi per il farmaco Lutathera, 320.000 euro per le terapie avanzate CAR-T e 2,505 mln per i farmaci già ricompresi nell'elenco.

A consuntivo, per il 2019 è stata registrata una spesa di 7,459 mln, determinata dall'incremento della casistica trattata in particolare per i farmaci daratumumab e pembrolizumab. (Tab.3)

Mentre, per le terapie CAR-T, entro fine anno sono stati definiti gli accordi di fornitura con le rispettive ditte per entrambi i prodotti commercializzati, Kymriah e Yescarta e i primi trattamenti sono stati attivati da gennaio 2020.

Si evidenzia che per i farmaci ricompresi nel gruppo A, una quota della spesa pari a 176.060 euro è rimborsata dal finanziamento del fondo AIFA 5%.

Tab.3 – Fondo Oncologici regionale 2019

FARMACO	Gruppo A	Gruppo B
ALECTINIB	213.862	
ATEZOLIZUMAB	113.007	420.637
CARFILZOMIB		920.112
CRIZOTINIB		338.340
DARATUMUMAB	3.505.437	
DINUTUXUMAB	122.283	
DURVALUMAB	12.943	
IBRUTINIB		2.403.482
IDELALISIB		76.389
LENVATINIB MESILATO		201.576
LUTEZIO (177LU) Oxodotretotide	298.576	
NIVOLUMAB	702.676	2.001.620
OSIMERTINIB		748.907
NAB PACLITAXEL		367.985
PALBOCICLIB		2.093.059
PEMBROLIZUMAB	2.489.899	318.449
POMALIDOMIDE		951.489
RIBOCICLIB		219.194
TOTALE	7.458.683	11.061.239
FONDO ONCOLOGICI RER 2019	8.311.701	5.595.305

Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

a. Farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica territoriale

Anche per il 2019 in collaborazione con l'AUSL di Bologna sono state messe in campo azioni per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata nell'ambito del progetto "Governare il farmaco".

Di seguito la sintesi dei principali risultati.

- Consumo territoriale dei PPI

Il consumo degli inibitori di pompa protonica, oggetto di un'azione già avviata nel 2015, con l'introduzione di una scheda prescrittiva e la presa in carico in distribuzione diretta dei pazienti con l'erogazione completa del trattamento fino ad un massimo di 12 mesi, continua a registrare anche nel 2019 un valore inferiore rispetto alla media regionale. Il dato osservato in banca dati regionale (Insider) per il territorio dell'Ausl di Bologna è il seguente:

- Il consumo giornaliero dei PPI x 1.000 residenti di Bologna 2019 è di 52,2, la media regionale si attesta al 54,01.

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

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

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

Le azioni previste in questo progetto sono state:

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

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

Da ottobre 2019 il progetto è stato esteso anche alle medicine interne e le geriatriche.

Nel 2019, è stata pubblicata la campagna informativa "BPCO e farmaci inalatori" e la Commissione Farmaci AVEC ha redatto la brochure tascabile "BPCO – Approccio alle terapie inalatorie *long acting* nel trattamento della BPCO stabile" che contiene una breve sintesi sulla scelta della terapia ed un'analisi costo terapia pubblicata a febbraio 2020.

Risultati Ottenuti: Da ottobre 2018 a dicembre 2019 sono stati raccolti 54 piani terapeutici relativi a prescrizioni di associazioni (precostituite o estemporanee) di farmaci LABA, LAMA, ICS; in 52 schede si dichiara l'avvenuta diagnosi di BPCO tramite spirometria con la valorizzazione dell'indice di Tiffenau. In 2 schede il dato non è disponibile al momento della prescrizione.

- Terapie ipolipemizzanti a base di statine e Omega 3

L'azione messa in campo a partire da luglio 2017 con il Progetto Interaziendale Statine, volta a promuovere da un lato la prescrizione degli ipolipemizzanti nel rispetto dei criteri della Nota Aifa 13, è stato esteso anche agli Omega 3.

In tale ambito è stata svolta una campagna informativa dedicata "Farmaci Omega-3 e salute cardiovascolare" e la Scheda di Terapia degli ipolipemizzanti introdotta nel 2017 è stata estesa anche con gli Omega3 a partire da luglio 2019.

Per quanto riguarda le statine nella tabella è rappresentata la percentuale di pazienti trattati nell' anno 2019 con statine del gruppo A vs statine del gruppo B

Il dato è leggermente inferiore (67,8% vs 69%) rispetto alla percentuale di pazienti trattati lo scorso anno con statine del gruppo A.

Tab.4 - % prescrizioni statine Gruppo A e Gruppo B - 2019

Gruppo	atc5	Desc atc5	paz(N)_tutti	%
Gruppo A	C10AA01	SIMVASTATINA	572	22 %
	C10AA03	PRAVASTATINA	235	9 %
	C10AA04	FLUVASTATINA	25	1 %
	C10AA05	ATORVASTATINA	1.813	69 %
Gruppo A		Somma:	2.645	
		Percentuale:	67,8 %	100 %
Gruppo B	C10AA07	ROSUVASTATINA	486	39 %
	C10AX09	EZETIMIBE	453	36 %
	C10BA02	SIMVASTATINA/EZETIM	316	25 %
Gruppo B		Somma:	1.255	
		Percentuale:	32,2 %	100 %
			3.900	
		Percentuale:	100 %	

Per quanto riguarda gli omega 3 nel 2019 sono stati trattati 696 pazienti vs 758 del 2018 con una diminuzione percentuale dell'8%. Il consumo giornaliero di farmaci Omega 3 per 1.000 residenti è per l'Ausl di Bologna pari a 7, la media regionale è pari a 3,78.

Il progetto degli ipolipemizzanti dovrebbe costituire un buon presupposto di sensibilizzazione per l'avvio alle terapie a base di PCSK9 (Evolocumab e Alirocumab). I farmaci Evolocumab e Alirocumab sono soggetti a registro Aifa. I criteri di eleggibilità prevedono che il paziente abbia fatto una terapia con statine ad alta intensità per almeno sei mesi e che possa poi passare al PCSK9 solo in caso di mancata risposta o di intolleranza. Nel corso del 2019 sono stati trattati 159 pazienti con PCSK9.

Tab.5 – Prescrizioni PCSK9: 2019 vs 2018

Principio Attivo	Reparto prescrittore	n pazienti 2018	n pazienti 2019	% paz 2019
Evolocumab	Cardiologia	7	10	6%
	Medicina Interna Borghi	61	101	64%
Alirocumab	Cardiologia	3	3	2%
	Medicina Interna Borghi	24	45	28%
totale		95	159	

- Impiego della Vitamina D

Nel 2018 i pazienti che hanno ricevuto prescrizioni a carico del SSR e ritirato medicinali a base di Colecalciferolo presso le farmacie convenzionate dell'area bolognese sono stati oltre 102.000, con una prevalenza dell'11%.

Sull'impiego della vitamina D si sono concentrate molte azioni per cercare di limitarne l'utilizzo ma soprattutto si è cercato di promuovere la prescrizione della formulazione multidose in gocce, raggiungendo nel 2019 in erogazione diretta il 74,5% delle prescrizioni. A novembre 2019 AIFA ha limitato la prescrivibilità a carico SSN introducendo la nota 96. Il testo della Nota esplicita molto bene gli ambiti di utilizzo, la durata della terapia e quando è necessario eseguire il dosaggio ematologico della vitamina D. Il testo della Nota è stato diffuso a tutti i prescrittori, gli effetti saranno visibili nel 2020.

- Farmaci anticoagulanti orali (NAO)

L'indicatore proposto, ossia Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (*naive+switch* da AVK), viene misurato su base territoriale. Per l'area di Bologna, l'incidenza dei trattamenti con NAO è 2,56% sovrapponibile con il dato medio della Regione Emilia-Romagna 2,52%. Allo stesso modo la percentuale di pazienti trattati con i NAO è pari al 54,85% vs una media regionale del 55,55%.

Le prescrizioni nel 2019 sono state 3.111 (+13%) vs 2.754 del 2018; il principio attivo maggiormente prescritto è stato l'apixaban 39%.

Tab.6 – Prescrizioni NAO per principio attivo - 2019

principio attivo	n prescrizioni 2019	%
APIXABAN	1218	39%
RIVAROXABAN	1079	35%
EDOXABAN	544	17%
DABIGATRAN ETEXILATO	270	9%
totale	3111	

Impiego delle insuline basali

Ad agosto 2019 è stata inviata una comunicazione a firme congiunte dei direttori sanitari di AUSL e AOSP avente come oggetto le insuline basali e biosimilari. La nota ricorda gli obiettivi assegnati dalla regione nelle linee di programmazione relativamente a queste categorie di farmaci e fornisce informazioni sui costi terapia per orientare le prescrizioni verso i principi attivi a miglior costo/opportunità.

L'insulina glargine, in generale, ma soprattutto il biosimilare Abasaglar, è l'insulina basale a minor costo ed è quella più utilizzata in azienda. Tuttavia, occorre sottolineare, che non tutte le insuline basali sono ad esclusiva erogazione diretta, ma solo l'insulina Toujeo e Tresiba lo sono, pertanto il dato è parziale.

Tab.7 – Prescrizioni insulina basale in erogazione diretta - 2019

Farmaco	Descrizione Farmaco(AC)	n fiale	n unità	% UI sul TOT
INSULINA GLARGINE	LANTUS SC 1 FL 10ML 100UI/ML	13,00	130.000,00	2%
INSULINA GLARGINE	TOUJEO*3PEN 300UI/ML 1,5ML	2.320,00	3.132.000,00	42%
INSULINA GLARGINE	ABASAGLAR*SC 5 KWIKPEN100UI/ML	175,00	262.500,00	4%
INSULINA GLARGINE	ABASAGLAR SC 5CART 100UI/ML 3ML	3,00	4.500,00	0%
INSULINA GLARGINE	LANTUS SOLOST.SC 5 PEN 100UI/ML	341,00	852.500,00	12%
INSULINA DETEMIR	LEVEMIR FLEXPEN 5PEN 3ML 100UI	109,00	163.500,00	2%
INSULINA DEGLUDEC	TRESIBA FLEXT 5PEN 3ML 100UI/ML	1.889,00	2.833.500,00	38%
			7.378.500,00	

Per l'Area di Bologna, relativamente all'anno 2019:

- la percentuale di insuline basali a minor costo raggiunge il 65,9% verso una media regionale dell'81,4%;
- l'incidenza di trattamento con i NAO (pazienti naive + switch da AVK) è pari a 4,87 sostanzialmente pari alla media regionale (target atteso 4,5 pazienti su 1000 residenti).

b. Farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica ospedaliera

- Contenimento del consumo di farmaci antimicrobici sistemici

Con riferimento all'ambito ospedaliero, le attività sviluppate nel 2019 per contenere lo sviluppo di resistenze ai farmaci antimicrobici sono finalizzate sia al mantenimento e ampliamento dell'attività di politica prescrittiva degli antimicrobici in terapia che al costante monitoraggio dell'aderenza al corretto utilizzo degli antibiotici in profilassi chirurgica.

a) STEWARDSHIP ANTIMICROBICA

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

La collaborazione oramai quotidiana tra farmacisti ed infettivologi ha permesso la verifica puntuale delle sospensioni dei trattamenti e il recupero di farmaci non utilizzati in modo da non lasciare scorte in reparto per l'eventuale inizio di terapie empiriche non valutate dai consulenti. Questa attività risulta di particolare rilevanza per contenere l'esposizione agli antimicrobici entro i limiti necessari alla risoluzione clinica delle infezioni.

Per quanto riguarda gli antibiotici "target" del Progetto Stewardship, con particolare riferimento al meropenem, anche per il 2019 sono proseguite le attività rivolte al controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed al relativo monitoraggio. I dati 2019 evidenziano una riduzione dell'utilizzo di Meropenem (-12,8% DDD/100ggdd) mentre sul totale dei farmaci ricompresi nel progetto si è registrato un aumento del 4,0%) (Tab.8). Escludendo le terapie per CPE, il valore del Meropenem è pari a 2,12 DDD/100ggdd (Tab.9)

Per quanto riguarda il contenimento dell'esposizione ad altre classi di antibiotici, particolare attenzione è stata posta all'uso dei **fluorochinoloni** per i quali si è registrata, per il 2019,

una netta riduzione dell'utilizzo pari -19,9% (7,83 DDD/100ggdd) e dei **glicopeptidi** -18,9% (4,17 DDD/100ggdd).

Tab.8 – Consumi e spesa antibiotici in Degenza ordinaria in DDD/100 giornate di degenza 2019 vs 2018

DESC ATC5	DDD/100 ggdd AP	DDD/100 ggdd AC	var DDD/100ggdd	Importo D.O. AP	Importo D.O. AC	var Importo D.O.
DAPTOMICINA	2,80	3,35	0,55	535.036,	488.544,	-46.493,
LINEZOLID	1,20	1,04	-0,15	65.502,	29.396,	-36.105,
MEROPENEM	3,26	2,84	-0,42	216.132,	85.679,	-130.453,
TIGECICLINA	0,87	0,93	0,06	195.532,	77.049,	-118.483,
Totale Farmaci Stewardship	8,13	8,17	0,04	1.012.202,	680.668,	-331.534,
Altri ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	77,13	77,92	0,79	1.527.896,	1.849.974,	322.078,
Totale ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	85,25	86,09	0,83	2.540.098,	2.530.642,	-9.456,

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

Descr Codice Atc(DDD AP)	DDD/100ggdd escl KPC_AP	DDD/100ggdd escl KPC_AC	var DDD/100ggdd	Costi al Netto KPC AP	costi netto KPC AC	var costi al netto KPC
DAPTOMICINA	2,40	2,86	0,46	414.046,	389.414,	-24.633,
LINEZOLID	0,88	0,92	0,04	43.536,	24.196,	-19.341,
MEROPENEM	1,96	2,12	0,16	117.421,	59.691,	-57.730,
TIGECICLINA	0,48	0,61	0,13	97.221,	46.792,	-50.429,
Farmaci Stewardship	5,72	6,50	0,79	672.225,	520.093,	-152.132,
Altri ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	85,37	83,39	-1,98	1.527.896,	1.849.974,	322.078,
Totale ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	91,09	89,89	-1,19	2.200.121,	2.356.231,	156.110,

Nel corso del 2019 è continuata la collaborazione tra farmacisti e infettivologi al fine di garantire un utilizzo corretto e mirato dei nuovi antibiotici come *Ceftolozano/Tazobactam* e *Ceftazidime/Avibactam* per il trattamento delle infezioni gravi da batteri Gram - multiresistenti.

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

b) PROFILASSI ANTIMICROBICA IN CHIRURGIA

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

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

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

Rispetto ai primi due punti, in Azienda si sono complessivamente raggiunti buoni livelli di aderenza: la scelta degli antimicrobici nel 2019 è stata appropriata nel 73% dei casi e la

somministrazione avviene in sala operatoria. Il dato di adesione agli schemi di profilassi antimicrobica riguarda gli interventi di tutte le discipline (Tab.10).

Tab.10 - Adesione agli schemi di profilassi antimicrobica in chirurgia per disciplina - anno 2019

Disc Reg	Descr Disc Reg	Interventi valutati	% appropriati
006	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	236	87,7 %
007	CARDIOCHIRURGIA	931	83,2 %
009	CHIRURGIA GENERALE	4.391	65,8 %
010	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	231	70,6 %
011	CHIRURGIA PEDIATRICA	1.059	35,2 %
012	CHIRURGIA PLASTICA	695	69,9 %
013	CHIRURGIA TORACICA	268	88,1 %
014	CHIRURGIA VASCOLARE	793	59,6 %
036	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.616	87,8 %
037	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.381	87,7 %
038	OTORINOLARINGOIATRIA	618	85,9 %
043	UROLOGIA	1.734	79,1 %
057	FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	1.235	75,5 %
		15.188	72,9 %

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

- Farmaci oncologici

La spesa per farmaci oncologici rappresenta nel Policlinico il 40% circa della spesa per medicinali e l'impatto dell'innovazione in tale ambito pone serie criticità sulla sostenibilità del sistema.

Per l'anno 2019 si è ritenuto necessario focalizzare l'attenzione sull'appropriatezza prescrittiva in ambiti clinici ove l'innovazione determina un significativo incremento della spesa.

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

Per l'anno 2019 la Farmacia Clinica e il Governo Clinico hanno individuato come ambito di particolare interesse i trattamenti con farmaci innovativi per il **tumore del polmone**, ai fini di eventuali interventi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

E' stato redatto il report di progetto di audit, condiviso con i clinici specialisti di riferimento, con l'obiettivo di valutare l'adesione al Documento di Raccomandazione d'uso elaborato dal GREFO (maggio 2016), alle successive determine di aggiornamento del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) e all'Algoritmo GREFO nell'ambito della prescrizione dei farmaci per il trattamento del tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico, per la 1°e 2° linea di terapia. Sono state incluse anche valutazioni del rapporto costo/opportunità relative alle scelte del trattamento a parità di linea di trattamento e di forza della raccomandazione. Lo studio è retrospettivo e include tutti i pazienti con tumore non a piccole cellule (NSCLC) ad istologia squamosa e non squamosa, trattati in prima e/o seconda linea per la patologia metastatica o avanzata nel periodo gennaio-novembre 2019.

Per ogni linea di terapia sono stati individuati i criteri, gli indicatori di verifica, i relativi target/ standard di riferimento e le fonti dei dati (programma Log80, database dell'erogazione diretta per le terapie orali, registri AIFA, dati di laboratorio, cartelle cliniche, ecc).

Terminato il periodo di osservazione, segue la raccolta e rilevazione dei dati in apposito DB: parametri clinici da rilevare per tutti i pazienti (istologia, mutazioni, valori di PD-L1, PS) e dati di efficacia, dati clinici e dati relativi alla terapia per pazienti sottoposti a immunoterapia.

E' in corso la fase di elaborazione dei dati raccolti e la predisposizione dell'AUDIT report con la valutazione dei risultati e degli indici di appropriatezza per i diversi farmaci oggetto dell'audit.

L'audit sul NSCLC è stato scelto anche come obiettivo di interesse della Commissione Farmaco-AVEC, nell'ambito della quale a fine 2019 è stato creato un gruppo di lavoro per la condivisione del progetto aziendale dell'AOUBO, l'implementazione dei contenuti e della scheda raccolta dati con i contributi dei vari componenti del gruppo, al fine di pianificarne l'avvio nel 2020.

- Allestimenti delle terapie antitumorali

Nell'ambito della partecipazione al gruppo regionale ROFO (Rete Oncologica Farmacie Ospedaliere), nel 2019 si è collaborato all'elaborazione e pubblicazione del documento "Soluzioni organizzative per l'ottimizzazione degli scarti di lavorazione dei farmaci oncologici" con l'analisi delle diverse soluzioni organizzative da adottare nei Laboratori di Farmacia Oncologica mirate a ridurre gli scarti di produzione durante gli allestimenti dei farmaci quali: *l'arrotondamento dose e dose banding, l'estensione della stabilità dopo ricostituzione/diluizione, l'organizzazione di drug day/month.*

Presso i Laboratori Antitumorali del Centro Compounding, in linea con le raccomandazioni ministeriali e regionali in materia, già da tempo sono state messe in atto diverse soluzioni organizzative per ottimizzare la produzione delle terapie antitumorali:

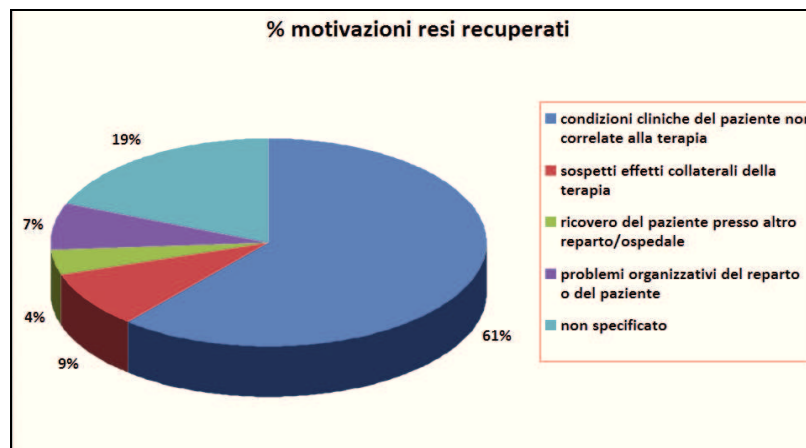
- la centralizzazione dell'allestimento delle terapie ev con la programmazione di drug-day/month, per concentrare l'allestimento e la somministrazione di molecole ad alto costo;
- l'utilizzo di sacche multidose di principi attivi già in soluzione;
- l'estensione della validità dei residui di produzione di farmaci in seguito a rivalutazione della stabilità chimico-fisica, sia dopo ricostituzione (*n. 37 molecole*), sia

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

Riguardo alle terapie rese nel 2019 sono state restituite alla farmacia in totale **n. 341 terapie**, pari allo 0,78% del totale degli allestimenti annuali per l'azienda, escluso i farmaci sperimentali e le siringhe intravitreali di bevacizumab. **Il 19%** di tali terapie rese è stato recuperato pari ad un valore di spesa di **131.358 euro**.

E' stata effettuata anche un'analisi delle diverse motivazioni del reso della terapia che ha evidenziato un 61% di resi dovuto a *condizioni cliniche del paziente non correlate alla terapia*, un 9% a *collaterali sospetti effetti della terapia*, un 4% dovuto a *ricovero del pz presso altro reparto/ospedale*, un 7% legato a *problemi organizzativi del reparto o del paziente* e il restante 19% dovuto a *cause non specificate*. (Fig. 2)

Fig. 2 – Analisi % motivazioni dei resi delle terapie recuperate - anno 2019



Per l'anno 2019 è proseguita per l'AOU BO l'analisi dei dati, estratti dal software Log80, relativi ai consumi e agli scarti generati dall'allestimento di terapie con 26 farmaci antineoplastici ad alto costo, in parte monitorati dal gruppo ROFO e in parte nuovi farmaci: *aflibercept, azacitidina, bendamustina, bevacizumab, bortezomib, brentuximab vedotin, cabazitaxel, cetuximab, decitabina, doxorubicina liposomiale, eribulina, ipilimumab, nivolumab, paclitaxel albumina, panitumumab, pembrolizumab, pemetrexed, ramucirumab, rituximab, trabectedina, trastuzumab, trastuzumab etamsine, carfilzomib, daratumumab, elotuzumab, atezolizumab*.

Va sottolineato che tali farmaci rappresentano circa il 78% della spesa aziendale per i farmaci antineoplastici ev/sc (23,8 mln euro). In particolare l'analisi ha evidenziato per

l'anno 2019 una progressiva riduzione rispetto agli anni precedenti sia della quantità % di scarto che del corrispettivo valore % di spesa (Tab.11)

Tab.11- % scarti allestimenti antiblastici: 2017-2018-2019

Anni	N. molecole antineoplastici ev/sc ad alto costo	Quantità scaricata (mg)	Scarti (mg)	Quantità Scarto %	Valore quantità scaricata (euro)	Valore scarto (euro)	Valore scarto %
2017	23	3.420.036	51.110	1,5%	15.297.555	491.635	3,2%
2018	26	4.026.166	58.421	1,4%	17.357.489	474.193	2,7%
2019	26	5.022.093	63.302	1,2%	18.522.815	393.467	2,1%

- Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe

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

Nel corso del 2019 i lotti delle gare regionali che hanno visto l'aggiudicazione di un biosimilare sono state diverse: si sono confermate le aggiudicazioni il biosimilare di epoetina, filgastrim, infliximab, etanercept, rituximab, trastuzumab ed enoxaparina, parallelamente a nuove aggiudicazioni come l'adalimumab e l'insulina lispro (ad azione rapida) e glargine.

Di seguito sono indicate le percentuali di utilizzo raggiunte nel corso del 2019, da cui si evince un costante consolidamento dell'utilizzo dei biosimilari (Tab. 12)

Tab. 12 - % utilizzo del biosimilare per principio attivo

Indicatore	OBIETTIVO	I SEMESTRE 2019	CONSUNTIVO 2019
Governo dei farmaci a brevetto scaduto	-	-	-
% di consumo di ormone della crescita biosimilare	50	35	39,6
% di consumo di eritropoietine biosimilari	90	95.92	98.50
% di consumo di infliximab biosimilare	100	88.12	100
% di consumo di etanercept biosimilare	60	57.60	83.7
% di consumo di follitropina biosimilare	60	18	0
% pazienti trattati con trastuzumab in ambito oncologico *	80		69.3
% pazienti trattati con rituximab in ambito oncologico *	80		96.6
% pazienti trattati con rituximab in ambito reumatologico	90		100
% di consumo di enoxaparina biosimilare	90	99.03	100

% di consumo di insulina lispro (ad azione rapida) biosimilare	80	10.14	10.8
% di consumo di adalimumab biosimilare	60	ND	60.70

* Biosimilare presente solo per la formulazione ev

Si precisa che per i due farmaci oncologici, essendo stati introdotti biosimilari solo per le formulazioni ev, in accordo con i clinici è stata garantita la continuità dei pazienti in trattamento con la formulazione sottocute dell'originator, mentre per il trattamento dei pz naive si è condiviso la conversione del trattamento sc con la formulazione ev dei biosimilari. Dai dati si evince come l'utilizzo dei biosimilari si vada consolidando nel tempo. In particolare, per adalimumab si precisa che l'obiettivo regionale è da riferire al secondo semestre 2019. Per trastuzumab sottocute il dato medio annuale di utilizzo è del 31,7% se valutato sul 4° trimestre 2019 presenta un valore del 16,3% che rientra nell'obiettivo regionale del 20% avendo nel corso dell'anno terminato la terapia di molte pz in trattamento per continuità terapeutica.

• Terapia antiretrovirale per HIV

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

- la prescrizione dei farmaci privi di copertura brevettuale, ove disponibili;
- monitoraggio della viremia;
- prescrizione con *second opinion* di alcuni farmaci (*stewardship antiretrovirale*) per uno o più dei seguenti motivi:
 1. indicazione ristretta a pazienti selezionati;
 2. bassa barriera genetica e rischio di resistenza;
 3. costo elevato.

Per i trattamenti antiretrovirali dei pazienti con infezione da HIV, nel 2019 si è registrato una riduzione della spesa nonostante l'incremento dei pazienti in trattamento (+95 pz). La spesa per l'anno 2019 è stata di 15.761.804 euro rispetto 16.700.713 del 2018 con una diminuzione del 5,6%. Il ricorso a schemi terapeutici che comprendono farmaci a brevetto scaduto e la collaborazione tra infettivologi e farmacisti ha permesso di attuare strategie di contenimento della spesa (Tab.13).

Tab. 13 – Farmaci antiretrovirali per HIV: 2018 vs 2019

	2018	12/2018	12/2019	var costi	var% costi
ANTIRETROVIRALI - HIV	16.700.713	16.700.713	15.761.804	-938.909	-5,6 %
ALTRI ANTIVIRALI	2.438.503	2.438.503	3.053.991	615.488	25,2 %
ANTIVIRALI PER IL TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI DA HIV, ASSOC.	12.238.468	12.238.468	11.790.608	-447.860	-3,7 %
INIBITORI DELLE PROTEASI	1.218.064	1.218.064	559.242	-658.823	-54,1 %
NON-NUCLEOSIDI INIBITORI DELLA TRANSCRITTASI INVERSA	289.834	289.834	279.236	-10.598	-3,7 %
NUCLEOSIDI INIBITORI DELLA TRANSCRITTASI INVERSA	515.844	515.844	78.727	-437.117	-84,7 %

Nel corso del 2019 sono stati effettuati 3 incontri con gli infettivologi mirati alla valutazione degli schemi terapeutici e al monitoraggio dei costi al fine di adottare comportamenti prescrittivi condivisi e orientati al contenimento della spesa individuando schemi con il miglior costo/opportunità.

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

Tab. 14 – Farmaci antiretrovirali per HIV e casistica Malattie Infettive 2018 vs 2019

GRUPPI TERAPEUTICI	Atc4	Descrizione Atc5	12/2019	var costi	var% costi	Pz (n)	var pz (n)
ANTIRETROVIRALI	J05AE	INIBITORI DELLE PROTEASI	555.176	-658.113	-54,2%	182	-217
	J05AF	NUCLEOSIDI INIBITORI DELLA TRASCRITTASI INVERSA	34.053	-141.779	-80,6%	350	29
	J05AG	NON-NUCLEOSIDI INIBITORI DELLA TRASCRITTASI INVERSA	280.052	23.136	-7,6%	293	-53
	J05AR	ANTIVIRALI PER IL TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI DA HIV, ASSOC.	11.839.811	-598.383	-4,8%	2.457	57
	J05AX	ALTRI ANTIVIRALI	3.031.349	596.895	24,5%	713	131
ANTIRETROVIRALI-HIV		Totale	15.740.440	-824.516	-5,0%	2.676	39

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

- Il mantenimento dei livelli di viremia <40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% dei fallimenti virologici/anno);
- La prescrizione di schemi terapeutici che comprendano farmaci a brevetto scaduto (indicatore: n° piani con farmaco generico in seconda linea/totale piani terapeutici in seconda linea dell'ambito considerato).

- L'analisi dei dati immunovirologici dei pazienti in trattamento con i farmaci antiretrovirali non è stata possibile a causa della indisponibilità del dato delle viremie dei pazienti;
- Per quanto riguarda il ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV in seconda linea di terapia l'incremento registrato rispetto all'anno precedente è del 9,1% (Tab. 15).

Tab. 15 – % del ricorso al farmaco generico in seconda linea

INDICATORE	N PZ	TOT PZ	%
N° PAZIENTI CON FARMACO GENERICO IN SECONDA LINEA ANNO 2017	434	1579	27,50%
N° PAZIENTI CON FARMACO GENERICO IN SECONDA LINEA ANNO 2018	549	1754	31,30%
N° PAZIENTI CON FARMACO GENERICO IN SECONDA LINEA ANNO 2019	726	1842	39,40%
Incremento 2019 vs 2018			8.10%

Il consistente incremento dell'utilizzo del farmaco a brevetto scaduto è stato determinato dalle genericazioni di diverse molecole antiretrovirali avvenute nel corso dell'anno 2019 (*ritonavir, darunavir, abacavir*) e all'aumentato utilizzo dei regimi di semplificazione dual therapy che in molti casi contengono principi attivi genericati.

Farmaci DAA per Epatite C

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

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

Nel 2019 sono stati avviati al trattamento con i nuovi farmaci ad azione antivirale diretta di seconda generazione (DAAs) per la cura dell'epatite C cronica 634 nuovi pazienti

su un totale di 698 trattati che ricomprende anche i casi avviati nel 2018 e che hanno terminato la terapia nel 2019. Complessivamente i pazienti trattati da dicembre 2014 sono 3.482.

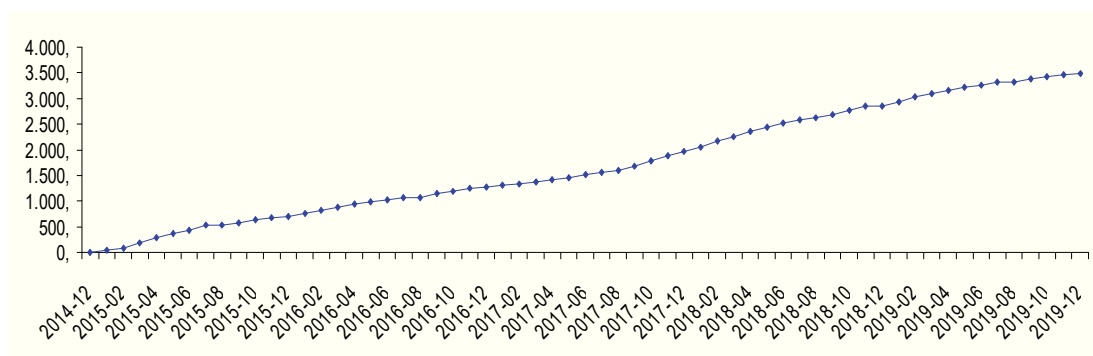
La spesa è stata contenuta all'interno del finanziamento ricevuto dalla regione come fondo specifico dei farmaci innovativi non oncologici (Tab.16).

Tab. 16 - Spesa Farmaci Epatite C vs Finanziamento Regionale 2019

ATC5	Descrizione Atc5	FARMACO	N trattati		Spesa lorda 2019	Pay back tratt >12 sett	Quota rimborsi P/V	Spesa al netto di FONDO		%Ass Fondo
			2019	N arruolati 2019				tutti i rimborsi	RER	
J05AP57	GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR	MAVIRET*84CPR RIV 100MG+40MG	351	344	2.343.572	-87.047	0	2.256.525		
J05AP55	SOFOSBUVIR/VELPATASVIR	EPCLUSA*1FL 28CPR 400+100MG	245	216	1.588.838	0	0	1.588.838		
J05AP54	ELBASVIR/GRAZOPREVIR	ZEPATIER*28CPR RIV 50MG+100MG	80	69	464.200	0		464.200		
J05AP56	SOFOSBUVIR,VELPATASVIR E VOXILAPREVIR	VOSEVI*28CPR 400+100+100MG FL	21	4	228.140	0		228.140		
J05AP51	LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR	HARVONI 1FL 28CPR RIV 90+400MG	1	1	3	0		3		
Totale:			698	634	4.624.753	-87.047	0	4.537.706	5.277.451	86,0 %

Lo scenario terapeutico non ha subito grandi cambiamenti rispetto al 2018. Il trattamento di pazienti a basso grado di fibrosi (F0-F2), avviato nel 2017 con l'estensione dei criteri di trattamento AIFA, ha consentito di trattare tutti i pazienti per i quali è indicata la terapia come stabilito nel piano nazionale di eradicazione dell'Epatite C previsto per il triennio 2017-2019. (Fig.3, Tab.17).

Fig.3 – Trend cumulativo dei trattamenti avviati al 31.12.2019 (Totale paz. 3482)



- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Tab. 17 – Arruolamenti a trattamenti per HCV, per Criterio e gravità per anno: 2014-2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Totale
Criterio 1	2,	513,	320,	130,	97,	101,	1.163,
Criterio 5		16,	11,	3,	2,		32,
CIRROTICI	2,	529,	331,	133,	99,	101,	1.195,
% per anno	66,7 %	75,0 %	56,9 %	19,6 %	11,2 %	17,1 %	34,7 %
Criterio 2		39,	41,	15,	7,	2,	104,
Criterio 3	1,	44,	47,	34,	5,		131,
Criterio 4		75,	145,	105,	80,	54,	459,
Criterio 6		8,	15,	13,	5,	3,	44,
Criterio 7		7,	1,	194,	138,	102,	442,
Criterio 8		3,	2,	177,	535,	326,	1.043,
Criterio 9				8,	5,		13,
Criterio 10				1,	5,	3,	9,
Criterio 11					2,		2,
	0,	0,		0,	0,	0,	0,
NON CIRROTICI	1,	176,	251,	547,	782,	490,	2.247,
% per anno	33,3 %	25,0 %	43,1 %	80,4 %	88,8 %	82,9 %	65,3 %

DESC CRITERIO

Criterio 1: Pazienti con cirrosi in classe di Child A o B e/o con HCC con risposta completa a terapie resettive chirurgiche o loco-regionali non candidabili a trapianto epatico nei quali la malattia epatica sia determinante per la prognosi.

Criterio 2: Epatite ricorrente HCV-RNA positiva del fegato trapiantato in paziente stabile clinicamente e con livelli ottimali di immunosoppressione.

Criterio 3: Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatiche HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B, insufficienza renale).

Criterio 4: Epatite cronica con fibrosi METAVIR F3 (o corrispondente Ishak).

Criterio 5: In lista per trapianto di fegato con cirrosi MELD <25 e/o con HCC all'interno dei criteri di Milano con la possibilità di una attesa in lista di almeno 2 mesi.

Criterio 6: Epatite cronica dopo trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo in paziente stabile clinicamente e con livelli ottimali di immunosoppressione.

Criterio 7: Epatite cronica con fibrosi METAVIR F2 (o corrispondente Ishak) e/o comorbilità a rischio di progressione del danno epatico [coinfezione HBV, coinfezione HIV, malattie croniche di fegato non virali, diabete mellito in trattamento farmacologico, obesità (body mass index =30 kg/m²), emoglobinopatie e coagulopatie congenite].

Criterio 8: Epatite cronica con fibrosi METAVIR F0-F1 (o corrispondente Ishak) e/o comorbilità a rischio di progressione del danno epatico [coinfezione HBV, coinfezione HIV, malattie croniche di fegato non virali, diabete mellito in trattamento farmacologico, obesità (body mass index =30 kg/m²), emoglobinopatie e coagulopatie congenite].

Criterio 9: Operatori sanitari infetti.

Criterio 10: Epatite cronica o cirrosi epatica in paziente con insufficienza renale cronica in trattamento emodialitico.

Criterio 11: Epatite cronica nel paziente in lista d'attesa per trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo.

Come indicato nelle linee di programmazione regionali, sono stati privilegiati tra gli schemi terapeutici disponibili, quelli che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità: il 53% con glecaprevir/pibrentasvir (miglior costo), il 33% sofosbuvir/velpatasvir e il 11% elbasvir/grazoprevir.

La legge di stabilità ha riconfermato la presenza dei farmaci per il trattamento dell'epatite C nel fondo dei farmaci innovativi non oncologici; pertanto aver privilegiato, fra gli schemi disponibili, quelli con il migliore rapporto costo/opportunità, ha permesso il trattamento dei pazienti a basso grado di fibrosi, mantenendo la spesa per questi farmaci

entro la quota assegnata dalla Regione nel fondo per farmaci innovativi non oncologici. Nel 2019 il 55% dei pazienti trattati appartiene al Criterio Aifa n. 8 (epatite c con fibrosi METAVIR F0-F1 e/o comorbilità a rischio di progressione del danno epatico) n.326 rispetto al n.535 del 2018.

- Farmaci antiVEGF per uso intravitreale

Nel 2019 la quota di pazienti complessivamente trattati con *bevacizumab* è stata pari al 64,6%, in linea con quella dello scorso anno, con una spesa complessiva per farmaci AntiVEGF di 1,241 mln.

Tab.18 – Casistica pazienti trattati per farmaco

Farmaco	12/2019				
	N paz	%	Costi medi paz	var N paz	var Costi medi
BEVACIZUMAB	1.248	64,6 %	54	12	-1,13
AFLIBERCEPT	341	17,7 %	2.008	-51	180,92
RANIBIZUMAB	167	8,6 %	1.845	53	292,82
DESAMETASONE	148	7,7 %	1.204	41	66,55
TRIAMCINOLONE	28	1,4 %	99	-11	10,03
Totale	1.727	100,0 %	1.241.351	62	154.722
Costo medio/paz			718,79		66,16

Nota: La casistica di ranibizumab (Lucentis) considera anche i pazienti trattati nell'ambito degli studi clinici non essendo possibile distinguerli dai dati inseriti nel Registro Operatorio; i costi relativi si riferiscono invece ai soli trattamenti in regime SSN o ALP

- Fattori della coagulazione

L'emofilia è una patologia rara su base genetica che richiede nella maggior parte dei casi una terapia sostitutiva del fattore della coagulazione mancante. Nel corso del 2018 sono entrati in commercio fattori IX e VIII a lunga emivita (eftrenonacog alfa, albutrenonacog alfa ed efmorotocog alfa) che da un lato migliorano drasticamente la qualità di vita di questi pazienti, dall'altro presentano dei costi maggiori rispetto ai corrispondenti plasmaderivati, ponendoci quindi di fronte al problema della razionalizzazione delle risorse.

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

Nel 2019 è stato predisposto il "Documento di confronto fra le specialità a base di fattore VIII della coagulazione" in fase di pubblicazione.

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

Si è condiviso di:

- di privilegiare i prodotti farmaceutici di sintesi biotecnologica per il trattamento dell'emofilia congenita;
- di privilegiare fra i farmaci biotecnologici quelli più avanzati come tecnologia e che non presentino aggiunte di albumina umana;

- di mettere a disposizione i prodotti che favoriscano, quando clinicamente possibile, una miglior compliance al trattamento;
- di utilizzare, ogniqualevolta si creino le condizioni cliniche e comunque sempre su valutazione dello specialista, i prodotti che garantiscono il miglior rapporto costo opportunità.

La gara si è svolta nel 2019, come strategia è stato deciso di costituire un lotto unico in cui mettere in concorrenza i vari fattori VIII ricombinanti di terza generazione "standard half life" in accordo quadro, mettendo in gara l'80% dei fabbisogni.

Con i farmaci aggiudicati in gara è stato possibile trattare due pazienti che erano in terapia con il farmaco Kogenate non più commercializzato dal 01 gennaio 2020 senza praticamente nessun aggravio di spesa per il Servizio Sanitario Regionale e fornendo al paziente un prodotto di nuova generazione con un beneficio rispetto a quello con cui era in terapia.

Adozione di strumenti di governo clinico

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

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

I trattamenti effettuati con DAAs nel 2019 sono stati in totale 656 e per 642 dei casi, la prescrizione è stata effettuata utilizzando la piattaforma informatica SOLE. I 15 casi senza Piano Terapeutico (PT) SOLE sono: n. 7 pz per i quali il medico ha riscontrato problematiche al momento della registrazione sulla piattaforma (segnalate all'helpdesk non ancora risolti); n. 3 pazienti stranieri in possesso di tessera STP; n.2 pazienti trattati in seguito ad una reinfezione; n. 3 pz il cui precedente trattamento è stato effettuato in altro centro ed essendo un ritrattato il sistema non permette l'inserimento.

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

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

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

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

Per quel che riguarda i registri AIFA, la percentuale dei trattamenti chiusi, già inseriti in una Richiesta di Rimborso (RDR), per l'anno 2019 è risultata del 100%. Le proposte di pagamento (PdP) sono state pari a 2,930 mln di euro, di cui il 97% già pagate (Tab.19)

Tab. 19 – Valore delle Proposte di Pagamento di competenza anno 2019 (esclusi farmaci Epatite C)

STATO PDP ANNO 2019	VALORE PROPOSTA di PAGAMENTO
PAGATA	□ 2.904.829
VALUTATA (DA PAGARE)	□ 59.251
NON ACCOLTA	-
TOTALE COMPLESSIVO PAGATO/DA PAGARE	□ 2.964.080

% di trattamenti chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso (RdR)=99,17%

c. Compilazione del database regionale delle eccezioni prescrittive

Nel database regionale delle eccezioni prescrittive sono state inserite nel 2019 n. 270 schede relative a pazienti trattati con farmaci off-label, farmaci non ancora inseriti in PTR e farmaci in Classe Cnn (29 richieste in più rispetto all'anno precedente, +11%).

Le principali Classi terapeutiche riguardano i farmaci antineoplastici, immunosoppressori, antidiarroici, antinfiammatori e antinfettivi intestinali, sulle quali si concentrano il 74% delle prescrizioni. (Tab. 20)

Tab. 20 - Eccezioni prescrittive 2019 per Gruppo terapeutico

ATC 2	DESCRIZIONE	N°	%
L01	Antineoplastici	120	44%
L04	Sostanza ad azione immunosoppressiva	54	20%
A07	Antidiarroici, antinfiammatori e antinfettivi intestinali	26	10%
B01	Antitrombotici	14	5%
J01	Antibatterici per uso sistemico	11	4%
J05	Antivirali ad uso sistemico	10	4%
V06	Agenti nutrizionali	9	3%
G03	Ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale	6	2%
L03	Immunostimolanti	5	2%
Principali gruppi terapeutici		255	94%
	Altri	15	6%
Totale Complessivo		270	100%

Il 74% (n.200) delle prescrizioni riguardano pazienti trattati con farmaci **off-label**.

In particolare si evidenzia che:

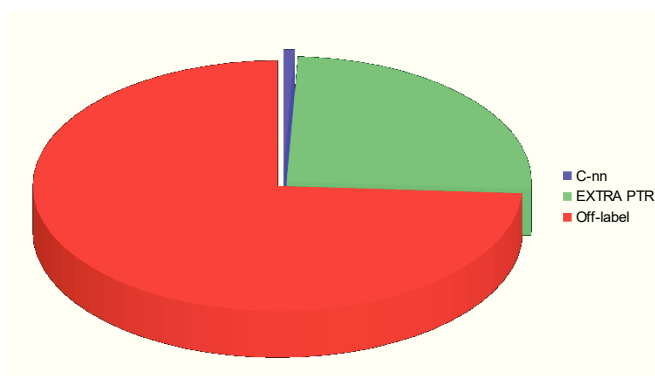
- *per la classe L01-Antineoplastici* : n.45 casi (40%) riguardano l'utilizzo off-label di Rituximab per patologie nefrologiche, n.19 casi (17%) l'utilizzo di Fluorouracile per patologie oftalmologiche e n. 12 casi (11%) l'utilizzo di nab-paclitaxel per il trattamento in prima linea del carcinoma ovarico e della mammella in pazienti con reazioni pregresse a taxani;
- *per la classe L04 -Sostanze ad azione immunosoppressiva* : n. 12 casi (6%) riguardano l'utilizzo di Tocilizumab, in particolare 8 casi per il trattamento del rigetto umorale cronico attivo di trapianto di rene, i rimanenti casi per il suo meccanismo di azione contro l'innalzamento dell' IL-6 nei processi infiammatori;

- *per la classe B01-Antitrombotici* : n. 18 casi (90%) riguardano l'utilizzo di Alteplase per patologie oftalmologiche.

Per gli **extra-prontuario** sono pervenute n. 68 richieste (25%), di cui n. 29 (43%) relative all'uso di ustekimumab per Morbo di Crohn plurirefrattario attivo di grado moderato e n. 26 (38%) relative all'uso di rifaximina per la riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età ≥ 18 anni.

Per i **farmaci in Classe Cnn** sono state inserite n. 2 richieste (1%) una di Olaparib per la prima linea del carcinoma dell'ovaio per pazienti BRCA mutate e l'altra richiesta per l'associazione pembrolizumab/pemetrexed/cisplatino per l'uso in prima linea del NSCLC, successivamente pubblicato in G.U. il 10.12.19 a carico SSN con l'innovatività terapeutica. (Fig. 4)

Fig.4 - % Schede di eccezioni prescrittive per tipologia: anno 2019



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

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

Riguardo le terapie con **farmaci oncologici orali**, erogati in distribuzione diretta in ambulatorio dedicato a pazienti oncologici e onco-ematologici, la prescrizione informatizzata è stata avviata da aprile 2019. Nel corso dei primi mesi dell'anno è stato implementato e perfezionato il modulo dedicato di Log80 ed è stato completato dai clinici l'inserimento dei protocolli terapeutici orali per le diverse patologie. L'avvio della prescrizione informatizzata riguarda le terapie orali ad alto costo prescritte in DSA ed ha raggiunto il 66% dei pz trattati.

Riguardo all'**alimentazione del data base oncologico (DBO)** come da circolare regionale, nel 2019 l'invio dei dati delle terapie è avvenuto regolarmente e secondo le scadenze previste per le terapie iniettabili, mentre per le terapie orali i dati sono stati recuperati nel corso dell'anno parallelamente all'estensione dell'informatizzazione. Per il 2019 sono stati inviati dall'AOUBO n. 3.051 record complessivi relativi a cicli somministrati

di terapie iniettabili e cicli erogati di terapie orali, di cui 2.892 ritenuti validi pari al 94,78% come indicato nella tabella di seguito riportata (Tab. 21).

Tab. 21 - Dati generali Azienda: 908 – AOSPU – Bologna -Flusso DBO – Anno 2019

Totali generali per azienda					
Record abbinati					
	Letti	Scartati	%	Validi	%
Informazioni generali	3.051	159	5,21 %	2.892	94,79 %
Neoplasia	3.051	159	5,21 %	2.892	94,79 %
Dati prescrizione	3.051	159	5,21 %	2.892	94,79 %
Fattori	1.901	71	3,73 %	1.830	96,27 %
Principi attivi	26.876	1.052	3,91 %	25.824	96,09 %

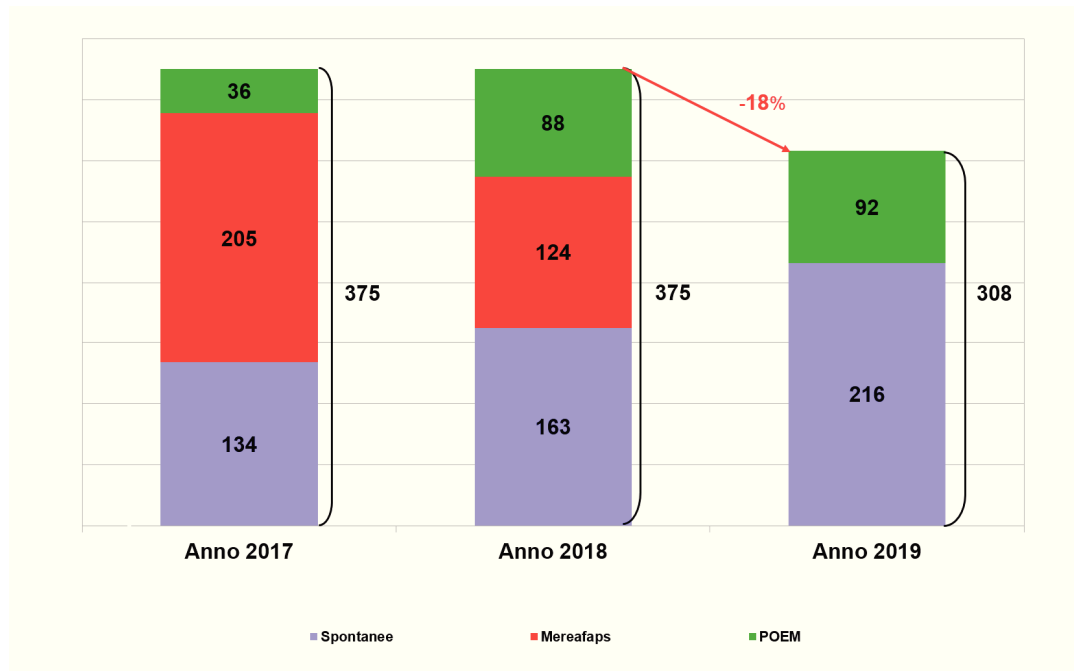
In particolare la percentuale dei record inseriti nel DBO rispetto a quelli candidati al DBO risulta: per le terapie iniettabili l'80,7 %, mentre per le terapie orali (inserite da maggio 2019) il 69,7%.

Allo stato attuale il DBO, come da circolare regionale, copre solo i tumori solidi e non quelli ematologici. In particolare permangono alcune criticità relative alla completezza dei dati clinici per la difficoltà nella compilazione di alcuni campi (es. istotipo, radioterapia, recettori/fattori prognostici), a causa di difficoltà a reperire informazioni cliniche specifiche contenute in procedure informatiche diverse non interfacciabili.

Farmacovigilanza

Nel 2019 sono pervenute al Responsabile Aziendale di Farmacovigilanza 308 segnalazioni di sospetta ADR (*Adverse Drug Reaction*) con un decremento del 18% rispetto al 2018 (Fig.5), dovuto principalmente alla conclusione del progetto di Farmacovigilanza Attiva "MEREAFaPS" (Monitoraggio Epidemiologico di Reazioni ed Eventi Avversi da Farmaci in Pronto Soccorso).

Fig. 5 – Andamento delle segnalazioni aziendali di sospetta ADR negli anni 2017-2018-2019



Il Policlinico conta attualmente 1487 posti letto pertanto il tasso di segnalazione aziendale per il 2019 è di 207 ADR/1000 posti letto.

Sul totale delle segnalazioni aziendali, 216 (70%) sono state spontanee e 92 ADR (30%) sono state effettuate nell'ambito del progetto multicentrico regionale di FV attiva in Onco-Ematologia "POEM" che, nonostante si sia concluso negli altri centri nel dicembre 2018, è stato prorogato presso la nostra azienda per l'intero anno 2019.

Nell'ambito di questo progetto sono stati segnalati 39 principi attivi tra cui: palbociclib (25 ADR, 28%), ribociclib (7 ADR, 8%), filgrastim (6 ADR, 7%), olaparib, paclitaxel e lenalidomide (4 ADR, 4%), gefitinib e bevacizumab (3 ADR, 3%).

Il 79% del totale delle segnalazioni onco-ematologiche (73 ADR) sono state effettuate dai farmacisti che operano nei reparti onco-ematologici e negli ambulatori di distribuzione farmaci della Farmacia dove, grazie al coinvolgimento del paziente nella compilazione di una "scheda di rilevazione effetti indesiderati da farmaci onco-ematologici orali", è stato possibile individuare il caso di sospetta tossicità a farmaco e formalizzare la segnalazione con il recupero delle informazioni necessarie, contestualmente alla consegna dei farmaci.

Nel 2019, a livello aziendale, sono aumentate le segnalazioni spontanee (216 vs 163), di queste 102 (47%) sono state effettuate dai clinici del Pronto Soccorso che, oramai sensibilizzati alle attività di segnalazione delle sospette ADR, nonostante la conclusione del progetto MEREAFaPS, hanno continuato a segnalare al momento della dimissione.

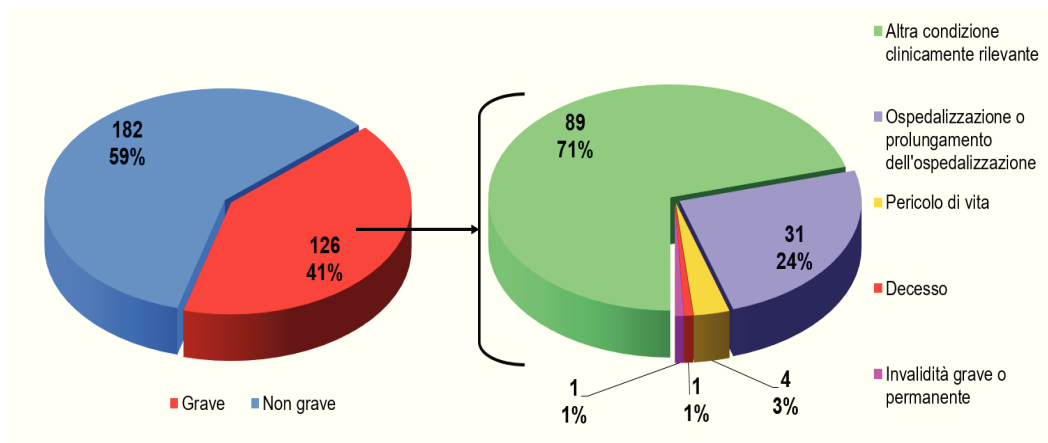
N°34 ADR (16%) provengono dall'U.O. di Malattie Infettive dove il farmacista di reparto, coinvolto nella distribuzione di farmaci antiretrovirali e farmaci per epatite C promuove la segnalazione, 17 (8%) dall'U.O. Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali e 17 (8%) dalla Farmacia Clinica.

L'81% (n°176) delle segnalazioni spontanee sono state effettuate dal medico e il 19% (n°40) dal farmacista.

Da evidenziare che nel 2019 sono state segnalate 18 (6%) ADR per farmaci biosimilari: 12 per adalimumab e 6 filgrastim, segnalazioni che nel 100% dei casi hanno determinato lo switch da biosimilare all'*originator*.

Per quanto attiene la gravità, 182 ADR (59%) sono state classificate "non gravi" e 126 (41%) "gravi" di cui: 89 (71%) come "altra condizione clinicamente rilevante", 31 (25%) come "ospedalizzazione o prolungamento dell'ospedalizzazione", 4 (3%) come "grave - pericolo di vita", 1 (1%) come "invalidità grave o permanente" e 1 (1%) come "decesso" (Fig.6).

Fig.6 – Stratificazione delle ADR per gravità – anno 2019

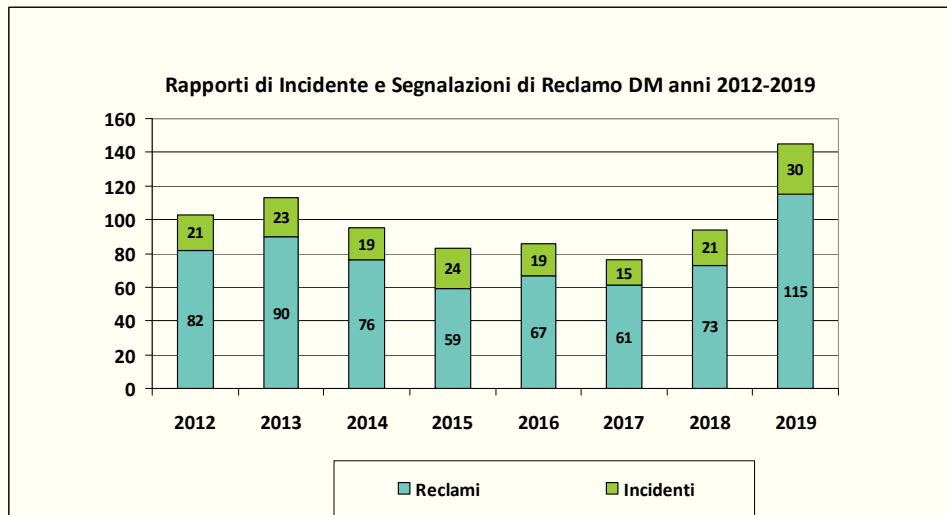


Inoltre, relativamente alla promozione della segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e vaccini mediante l'utilizzo della piattaforma "**VigiFarmaco**", con la diffusione a livello aziendale di mail informative e attività di supporto alla segnalazione, sono pervenute 306 segnalazioni online (99%) e di solo 2 (1%) schede cartacee, dato in ulteriore miglioramento rispetto all'anno precedente (95% di segnalazioni online).

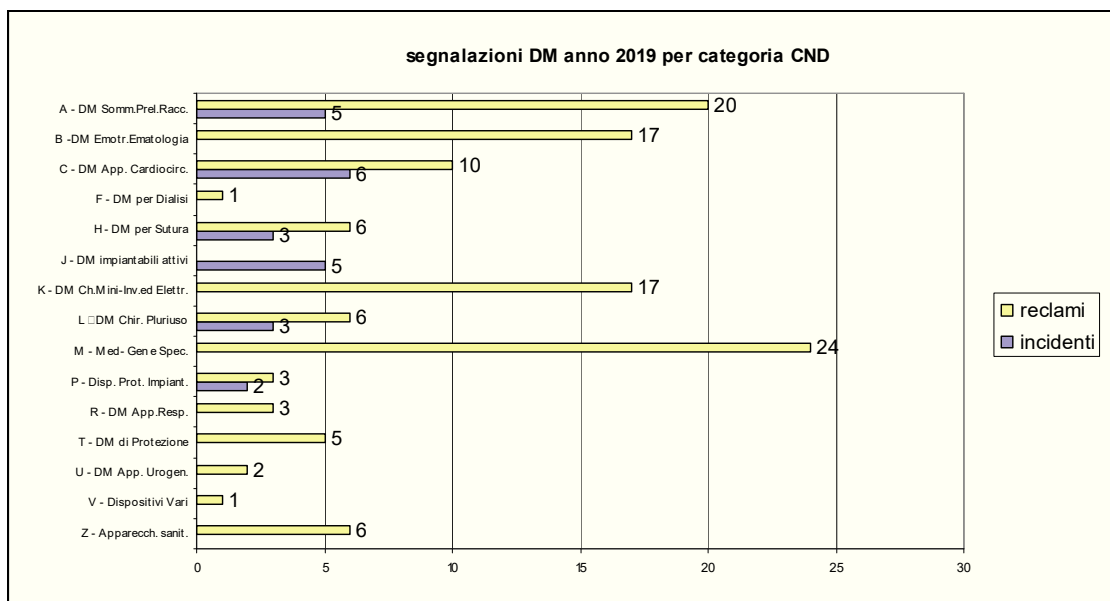
N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP e IRCCS x 1.000 ricoveri=5,15 (media Regione=4,78).

Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Nel 2019 sono pervenute complessivamente 145 segnalazioni di cui 30 rapporti di incidente (21%), inviati al Ministero della Salute e 115 segnalazioni di reclamo (79%), inviate alle Ditte Fornitrici. Rispetto all'anno precedente si è registrato un incremento delle segnalazioni totali del 54%. (Fig.7)



La categoria CND più segnalata nel 2019 è stata la A-DM per Somministrazione, Prelievo e Raccolta, con 25 segnalazioni di non conformità (5 rapporti di incidente e 20 reclami). Seguono, la M-DM per medicazione, con 24 segnalazioni di reclamo e la B-DM per emotrasfusione ed ematologia (17 reclami) e K-DM per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia (17 reclami). (Fig.8)



La distribuzione dei 30 Rapporti di Incidente in funzione della classificazione CND è la seguente:

- 6 per CND C DM Apparato Cardiovascolare;
- 6 per CND Z Apparecchiature sanitarie e relativi componenti;
- 5 per CND A DM per Somministrazione, Prelievo e Raccolta
- 5 per CND J DM Impiantabili Attivi;
- 3 per CND H DM per Sutura;

- 3 per CND L DM Strumentario chirurgico pluriuso;
- 2 per CND P DM Protesici Impiantabili

Nel 2019 è stata organizzata una nuova edizione di un **evento formativo sui dispositivi medici** e la dispositivo vigilanza già proposto nel 2018 dal titolo "SICUREZZA DELLE CURE E DISPOSITIVI MEDICI: Post Market Surveillance e Vigilanza nell'ambito dei Dispositivi Medici". Il corso ha avuto l'obiettivo di sensibilizzare e formare gli operatori relativamente all'introduzione di nuovi DM, all'importanza dell'attività di dispositivovigilanza e alle modalità di segnalazione, alle criticità della sperimentazione dei DM e alle specificità di alcuni DM particolari quali i custom-made, all'interno della cornice disegnata dal Nuovo Regolamento Europeo sui DM. All'evento hanno partecipato 126 operatori sanitari (medici, farmacisti, infermieri).

Sempre in tema di sicurezza, a livello regionale è stato aggiornato il corso FAD sulla dispositivovigilanza. Il corso è stato reso disponibile sulla piattaforma regionale Ellab-ER a partire da ottobre 2019; da ottobre 2019 hanno aderito alla FAD 182 operatori sanitari.

Acquisto SSN dei dispositivi medici

La spesa complessiva per i dispositivi medici nel 2019 è stata di 47,109 mln con un incremento di 1,440 mln (+3,2%). Il 55% dei consumi totali (25,801 mln) è a carico del polo Cardio-Toraco-Vascolare dove in particolare si evidenzia l'aumento degli impianti di TAVI (+ 103 valvole rispetto al 2018 pari a +1,766 mln) e di VAD (+2 pari a + 245 mln). Gli altri incrementi sono correlati allo sviluppo di attività chirurgiche complesse, generale e specialistica, ivi inclusa la chirurgia robotica e bariatrica. (Tab.22,23) In particolare per la chirurgia robotica l'incremento è stato determinato dall'aumento di attività nell'ultimo trimestre allo scopo di abbattere le liste d'attesa come previsto dall'obiettivo regionale.

Tab.22 - Costi Dispositivi medici 2019 vs 2018

Categoria	2018	2019	var Importo DM	var% Importo DM
ALTRI_DISPOSITIVI_MEDICI	11.745.808	12.211.627	452.616	3,80%
DM PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	7.667.776	7.741.647	72.788	0,90%
SUTURATRICI MECCANICHE	2.091.764	2.040.355	-51.410	-2,50%
DM PER ELETTROCHIRURGIA	2.071.658	2.040.736	-30.922	-1,50%
SUTURE CHIRURGICHE	1.725.726	1.695.066	-30.582	-1,80%
DM PER CHIRURGIA MINI- INVASIVA	1.345.498	1.210.395	-135.102	-10,00%
dispositivi per chirurgia robotica	652.349	860.421	208.071	31,90%
TOTALE DISPOSITIVI MEDICI	27.300.579	27.800.247	485.460	1,80%
DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI (ICD)	1.511.390	1.319.800	-191.591	-12,70%
ALTRI DM IMPIANTABILI ATTIVI	978.124	1.269.646	291.631	29,80%
PACE-MAKERS_	528.754	581.251	52.498	9,90%
TOTALE DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	3.018.268	3.170.697	152.538	5,10%
ENDOPROTESI VASCOLARI E CARDIACHE	7.021.776	6.128.490	-874.355	-12,50%
VALVOLE BIOLOGICHE PERCUTANEE	4.079.194	5.844.901	1.778.061	43,70%
ALTRI DM IMPIANTABILI NON	1.940.481	1.999.537	56.983	2,90%

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

ATTIVI				
ALTRE VALVOLE CARDIACHE	1.664.649	1.546.811	-117.793	-7,10%
PROTESI_ORTOPEDICHE	610.575	508.312	-102.263	-16,70%
TOTALE DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI	15.316.674	16.028.051	740.632	4,80%
STRUM. CHIRURGICO	77.482	51.682	2.255	4,60%
CELLULE E TESSUTI UMANI PER TRAPIANTO		58.810	58.810	
TOTALE DISPOSITIVI MEDICI	45.713.004	47.109.488	1.439.695	3,20%

Fonte dati: sistema informativo aziendale

Tab.23 – Spesa DM presso il Polo CTV: 2019 vs 2018

DISPOSITIVI MEDICI	2018		2019				
	N int/imp	costi	N int/imp	costi	var n IMP	var costi	var% costi
DM correlati all'attività del POLO CTV		26.172		25.801		- 371	-1%
VALVOLE TRANSAPICALI/PERCUTANEE E CLIP	210	4.079	313	5.845	103	1.766	
VALVOLE CARDIACHE	476	1.665	446	1.225	-30	- 440	
ENDOPROTESI VASCOLARI E CARDIACHE		7.022		6.128		- 894	
<i>di cui Endoprotesi aortiche e toraciche</i>	267	4.528	252	4.288	-15	- 240	
ICD, PM	491	2.103	506	1.901	15	- 202	
ALTRI DM IMPIANTABILI ATTIVI		870		1.148		278	
<i>di cui VAD</i>	7	633	9	878	2	245	
DM PER APP. CARDIOCIRCOLATORIO VARI		5.887		5.804		- 83	
ALTRI DM (impiantabili e non)		4.588		2.956		- 1.632	
altri DISPOSITIVI MEDICI		19.548		21.308		1.760	9%
DM MONOUSO PER CHIRURGIA ROBOTICA Ch.mininvasiva/Elettrochirurgia/Suturatrici meccaniche		652		860		208	32%
Tutti gli altri DM, impiantabili e non		5.507		5.290		- 217	-4%
		13.389		15.158		1.769	13%
TOTALE AZIENDALE		45.720		47.109		1.389	3%

Fonte dati: sistema informativo aziendale

Al fine di mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa dei dispositivi medici, per l'Azienda Ospedaliera sono stati proposti dalla Regione, come ambiti di intervento i dispositivi per funzionalità cardiaca Pacemaker e Defibrillatori impiantabili.

Nel il 2019, gli obiettivi sperimentali di tipo osservazionale, per i Pacemaker hanno registrato un lieve scostamento della spesa per paziente rispetto all'obiettivo (1.626 vs 1.529) dovuto all'utilizzo di 10 sistemi di stimolazione intracardiaca transcateretere Micra al costo unitario di 7.800 euro.

Per i defibrillatori c'è stato un scostamento della spesa per paziente rispetto all'obiettivo (8.991 vs 8.720) dovuto in parte ad un maggior numero di impianti di ICD biventricolari.

- Commissione dispositivi medici AVEC e NOL

Le azioni di governo del settore dispositivi medici sono state realizzate con il contributo della Commissione Dispositivi Medici di area Vasta Emilia Centro (CDM-AVEC) e del Nucleo Operativo Locale (NOL) dell'AOU di Bologna per i dispositivi medici (DM). Per entrambe le

commissioni, la segreteria scientifica risiede presso la UO Farmacia Clinica dell'AOU di Bologna.

Nel 2019 sono stati consolidati i percorsi di valutazione delle richieste per l'introduzione in regime assistenziale di nuovi DM sia a livello della CDM-AVEC che dei NOL, identificando i rispettivi ambiti di competenza sulla base della CND di appartenenza del DM richiesto, assicurando l'inserimento di tutte le richieste nell'Applicativo web per la gestione delle richieste di valutazione dei dispositivi medici della Regione Emilia-Romagna e coordinando azioni di monitoraggio delle decisioni assunte.

Nei relativi ambiti di competenza, tra gli obiettivi specifici della CDM-AVEC si ricordano quello di :

- identificare mezzi e strumenti per promuovere un uso appropriato delle risorse dedicate ai DM;
- valutare l'opportunità di inserire in regime assistenziale nuovi DM richiesti dai clinici dell'AVEC;
- promuovere e facilitare il recepimento di indicazioni fornite da documenti regionali, nazionali ed internazionali in materia di DM;
- produrre e implementare eventuali documenti per l'utilizzo appropriato e razionale dei DM a livello delle AS AVEC e monitorarne l'applicazione;
- identificare possibili aree di miglioramento nell'impiego delle risorse destinate ai DM;
- collaborare con gli organi regionali preposti al governo dei DM al fine di promuovere azioni condivise e capillari.

Per quanto riguarda in particolare la valutazione dell'inserimento nella pratica clinica di nuove tecnologie, i pareri espressi hanno tenuto conto prioritariamente dell'efficacia e della sicurezza documentate, nonché del costo del nuovo DM a confronto con i prodotti e/o le tecniche già utilizzate, anche in rapporto a strategie aziendali di sviluppo o consolidamento di specifiche attività o prestazioni.

La CDM-AVEC ha inoltre preso in esame le richieste di affiancamento di prodotti già in uso per valutare se fossero o meno in contrasto con altri prodotti aggiudicati tramite procedure di gara.

Di seguito viene riportata una breve sintesi delle attività di valutazione di nuove richieste di inserimento/affiancamento svolte dalla CDM-AVEC nel 2019. (Tab.24)

Tab. 24 - Attività di valutazione di richieste di inserimento/affiancamento CDM – AVEC 2019

	Totale	Richieste in formato elettronico (Applicativo web regionale)			Richieste cartacee arrivate nel 2019 (solo richieste di affiancamento)
		prese in esame nel 2018 ma con valutazione sospesa ^f	inserite nel 2018 e valutate dalla CDM-AVEC nel 2019	inserite nel 2019	
Richieste da clinici dell'AVEC	141			109	14
Richieste di competenza della CDM-AVEC	90 ^g	5	13*	58 ^g	14
Richieste	72	5	13*	40 ^h	14

prese in carico dalla CDM-AVEC nel 2019					
Esito delle richieste					
Parere positivo					47
Parere negativo					20
Parere sospensivo					4
Richieste ritirate					1
Tempo medio di valutazione (giorni)					
Presenza in carico della richiesta di inserimento da parte della Segreteria					30
Completamento dell'istruttoria					19
Espressione parere alla prima seduta CDM-AVEC					6
Dal caricamento nell'Applicativo web regionale all'espressione del parere alla prima seduta CDM-AVEC					55

Legenda

£ Motivi di sospensione: richiesta di chiarimenti al clinico richiedente, per necessità di approfondimenti da parte della segreteria scientifica e/o servizi delle Aziende sanitarie AVEC

* Di cui 2 affiancamenti presentati erroneamente in formato elettronico anziché cartaceo

§ 51 richieste erano di competenza dei NOL

§ di cui 3 richieste che, seppur di competenza della CDM-AVEC, sono state valutate oppure verranno valutate dai NOL

di cui 1 richiesta ritirata e 2 prese in carico nel 2019 ma ancora con parere sospensivo

Relativamente alle 67 nuove richieste di inserimento/affiancamento prese in carico dalla CDM-AVEC nel 2019, 22/67 (33%) sono state inviate da clinici dell'AOU di Bologna, 18/67 (27%) da quelli dell'AUSL di Bologna, 13/67 (19%) da quelli dello IOR. Le rimanenti richieste sono state inviate da clinici dell'AOU di Ferrara (9/67, 13%), dell'AUSL di Imola (4/67, 6%) e dall'AUSL di Ferrara (1/67, 1%).

Per argomenti particolarmente complessi di interesse interaziendale, a supporto delle attività della CDM-AVEC sono stati istituiti gruppi di lavoro specifici con rappresentanti dei clinici che hanno prodotto criteri condivisi di utilizzo e monitoraggio dei DM valutati.

L'attività del NOL dell'AOU di Bologna riguarda le richieste di inserimento non candidabili alla valutazione da parte della CDM-AVEC; come indicato nel regolamento deliberato a settembre 2019. Il numero di richieste esaminate nel corso dell'anno sono state 18, di cui 10 con parere favorevole, 4 con parere sospensivo e 4 con parere non favorevole.

- Completezza della rilevazione dei consumi e della spesa per dispositivi attraverso il Flusso DiMe

In ordine alla completezza della rilevazione della spesa per dispositivi medici attraverso il Flusso DiMe, il tasso di copertura del flusso informativo sul conto economico è pari al **95,18%** vs un target regionale del 95% per i Dispositivi Medici.

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	95,88	97,48	98,33	95,18

Fonte: Insider Edizione 2020

Acquisto di servizi

Nel 2019 è perseguita la strategia di consolidamento, qualificazione e ottimizzazione continua dei servizi di supporto, avendo come criterio guida la centralità delle persone, con una rinnovata attenzione ai bisogni dei pazienti, loro familiari e care-givers, di professionisti, operatori, studenti e soggetti diversi presenti nel Policlinico.

La struttura ha continuato ad agire con un'attenzione doppia, alla qualità del servizio e alla razionalizzazione dei costi. Si è agito sul fronte di servizi in gestione interna e servizi appaltati, provvedendo alla gestione corrente da un lato, e alla riprogettazione di processi e contratti dall'altro.

Si possono individuare alcuni macro ambiti progettuali di intervento:

- **Alimentazione e servizi di ristorazione**
- **Servizi per il comfort e la sicurezza delle persone**
- **Servizi commerciali e di accoglienza**

Su tutti i fronti individuati sono state ulteriormente potenziate e qualificate le relazioni con le altre strutture aziendali competenti per ambito professionale nonché con le aziende sanitarie ed altri soggetti del territorio, al fine di costruire progetti trasversali con potenziale impatto positivo in ambito metropolitano e territoriale.

Alimentazione e servizi di ristorazione

Le azioni 2019, in continuità con quanto realizzato nel periodo precedente, sono state indirizzate al consolidamento delle iniziative in corso, ad un ulteriore potenziamento e qualificazione della Ristorazione aziendale sul fronte tecnico-gestionale, economico e culturale.

Si rafforzano i progetti che qualificano il "cibo a supporto della cura" con la consapevolezza che l'alimentazione contribuisce in modo importante alla qualità dell'assistenza e alla diffusione di un messaggio educativo che mira a sostenere una sana alimentazione e corretti stili di vita per tutti.

La Ristorazione aziendale agisce secondo i seguenti indirizzi:

- a) valorizzare il cibo ed il momento del pasto come elementi di buona e sana alimentazione in supporto alla cura facendone occasioni di miglioramento della qualità della vita, in ospedale e non solo;
- b) realizzare una gestione efficace ed efficiente della cucina e delle mense aziendali, qualificando le competenze e la motivazione del personale;
- c) mettere a sistema i servizi di ristorazione aziendale (gestiti internamente) e commerciale (gestiti in concessione esterna);

d) porsi come riferimento nazionale ed internazionale sulla tematica specifica, valorizzando il network di relazioni di carattere tecnico-scientifico e lanciando progetti finalizzati in collaborazione con altre Aziende sanitarie e/o altri partner.

Si consolidano i numeri dei pasti prodotti, circa 6.500 giorno (comprese colazioni) per la degenza e 1.800 per le due mense, nell'anno significano circa 1.200.000 pasti. Si registra un consolidamento del trend di aumento dei pasti, soprattutto per le mense, con il gradimento dei professionisti per le innovazioni sui menu e la fruizione della Linea Veloce adottata alla mensa Malpighi. Si consolida inoltre il processo di razionalizzazione del mix qualità-costi.

L'organizzazione e la gestione del servizio a livello aziendale si mantiene un'area di forte impegno ed investimento della struttura, fondamentale per garantire una buona qualità del servizio. L'organico viene mantenuto a livelli adeguati e stabili nel tempo (106 risorse assegnate), con una resa crescente in termini di produttività, e si provvede quando necessario ad un ripristino con inserimenti di personale a tempo determinato in attesa degli effetti del concorso dedicato.

Sul fronte della ricerca fra Alimentazione, Clinica e Ristorazione, nel 2019 è proseguito il **progetto CRUNCH** (Cucina e Ristorazione Uniti nella Nutrizione Clinica H-ospedaliera) con azioni tese a promuovere e divulgare la conoscenza del cibo e dell'alimentazione nei processi gestionali e di assistenza con l'obiettivo di qualificare la risposta della Ristorazione alle esigenze aziendali, considerando il Cibo come elemento di prevenzione e supporto alla terapia se utilizzato in modo appropriato.

Nello specifico le azioni del Progetto CRUNCH sono:

- formazione e consulenza al personale della Cucina e del servizio di Ristorazione del Sant'Orsola, ed anche ad altri operatori tecnici e sanitari coinvolti in processi specifici (es. dietisti, logopedisti, personale sanitario di reparto) nel campo della Nutrizione Clinica Applicata, della Biochimica degli Alimenti Applicata e delle più recenti Linee Guida nel campo dell'Alimentazione;

- formazione e consulenza sulla valorizzazione delle produzioni territoriali e tipiche del territorio, in collaborazione con Aziende e Istituti agro-alimentari della regione Emilia-Romagna, per l'utilizzo in ambito clinico-sanitario partendo dalla Cucina e dal servizio di Ristorazione del Sant'Orsola; si cita in particolare il supporto al progetto AppenBio più oltre descritto;

- sviluppo di ricette/menu innovativi, con particolare riguardo al menu di mensa o di particolari patologie (es. la disfagia);

- supporto allo sviluppo di analisi di fattibilità per preparazioni alimentari innovative a supporto delle UUOO, anche oggetto di percorsi di sviluppo di nuovi brevetti (si cita in particolare la collaborazione con la Radiologia Golfieri);

- supporto alla realizzazione di strumenti di comunicazione utili a favorire il trasferimento delle più recenti acquisizioni in campo nutrizionale all'alimentazione quotidiana (es. partecipazione agli eventi aziendali come ad es. le stelle di S.Orsola, ai congressi scientifici di riferimento, ecc...) .

Nel corso del 2019 si è concluso il progetto "APPEN.BIO: DALL'APPENNINO CIBO PER LA SALUTE", legato al finanziamento regionale ER (PSR 2014-2020 PER LA Misura 16 – tipo di operazione 16.1.01 "sostegno per la costituzione e la gestione dei Gruppi Operativi del PEI in materia di produttività e sostenibilità dell'agricoltura" – Focus Area 2A), nel quale il S.Orsola partecipava come consulente esperto scientifico nell'ambito di un gruppo di soggetti pubblici e privati (capofila l'azienda alimentare "Alce Nero", UNIBO Fac. Agraria e altri soggetti di riferimento alla ricerca nazionale, fra cui il prof. Berrino dell'Istituto nazionale Tumori di Milano). Fra i ritorni per l'Azienda dal progetto si citano: a) un contributo finanziario di 25.000 Euro + iva su un triennio 2017-19, finalizzato ad una borsa di studio dedicata, b) un contributo in derrata alimentare (prodotto di nicchia ad alto valore nutritivo) derivato dalla produzione interna al progetto (primo step: cereali antichi e in particolare farro monococco; secondo step: yogurt da latte fieno). La sperimentazione sul campo, in stretta collaborazione con le UUOO, ha dato risultati interessanti sia sul fronte nutrizionale, che del gradimento al paziente, che anche sul piano della lavorabilità e produzione in cucina.

Tre in particolare gli ambiti di supporto del Policlinico al Progetto AppenBio:

1.Supporto tecnico-scientifico: partecipazione al comitato scientifico, contributo all'identificazione delle analisi necessarie sia per cereali che per latte, in vista dello sviluppo della ricerca sui prodotti trasformati;

2.Sperimentazione dei prodotti: con riferimento ai due focus 1. cereali (farro monococco, 1.a) farina e 1.b) chicchi) e 2. latte (yogurt latte fieno), valutazione impatto in termini di adeguatezza nutrizionale, accettazione visivo-organolettica e di gradimento complessivo del paziente;

3.Comunicazione: supporto alla comunicazione dei contenuti del progetto con revisione e contestualizzazione dei messaggi per il target sanitario; diffusione dei risultati ai diversi target interni ed esterni al Policlinico.

Sono inoltre da rilevare altre iniziative e progettualità, in corso da diversi anni, che danno continuità alle azioni già rilevate, fra le quali:

-Progetto Crunch e Oncologia, con percorso formativo dedicato e composizione linee guida paziente anche su aspetti nutrizionali e stili di vita, in collaborazione con UO Oncologia Ginecologica De Iaco;

- Progetto Disfagia, con inserimento nuova linea nutrizionale dedicata e nuove preparazioni studiate insieme fra cucina, dietisti, logopedisti, sanitari. Circa 100 pazienti coinvolti, importanti risultati in termini nutrizionali, di gradimento ed anche di riduzione scarti e costi di produzione (circa -50%);

-Progetto Radiologia, con l'implementazione di un brevetto e l'avvio di un progetto sperimentale di ricerca per l'utilizzo di preparazioni naturali a sostituzione dei farmaci di contrasto per le diagnostiche;

- Revisione completa del Dietetico Ospedaliero in relazione ai menu della Ristorazione, in collaborazione con struttura clinica di riferimento;

- Progetto di recupero pasti prodotti e non consegnati, in collaborazione con Last Minute Market; sono circa 40 pasti/giorno quelli consegnati alle cooperative sociali per la distribuzione in città. Sono circa 10.000 i pasti recuperati nell'anno;

- Progetto Lavoratori Pubblica Utilità, con il consolidamento della collaborazione con il Tribunale di Bologna per l'inserimento in cucina di oltre 300 lavoratori con turni e presenze differenziate;

-Collaborazione con l'Istituto Ortopedico Rizzoli per la realizzazione del progetto "Menù Benessere" a supporto dei pazienti oncologici;

-Collaborazione con Università di Scienze Gastronomiche di Pollenzo e Associazione Slowfood (Bologna ed Emilia Romagna) per lo sviluppo di tematiche di interesse comune attorno al Cibo inteso come elemento di Salute, alla conservazione della Biodiversità e alla valorizzazione del Territorio. Fra le progettualità specifiche si può citare l'esperienza sperimentale del primo Mercato contadino all'interno di un Ospedale, realizzato con la collaborazione dei produttori della condotta di SlowFood Bologna in collaborazione con il concessionario dei servizi commerciali Sirio spa nell'ambito del progetto Smart Hospital; da settembre 2018 il mercato ha una periodicità settimanale.

Servizi per il comfort e la sicurezza delle persone

Di seguito una sintesi delle principali progettualità in corso, in continuità fra anno 2018 e anno 2019.

Progetto innovativo di servizi integrati in supporto alla persona.

Nei primi mesi 2019 è stata aggiudicata la gara appalto di gestione dei servizi integrati di supporto alla persona e nel mese di dicembre 2019 è stato dato avvio al nuovo contratto con passaggio d'appalto per i servizi operativi previsto il giorno 24 febbraio 2020.

Il modello definito con la nuova gara prevede di tenere insieme servizi di supporto "operativo" (pulizia, gestione biancheria, logistica beni e persone) e servizi di supporto "organizzativo" che aiuteranno ad operare al meglio il fornitore sul fronte della ottimizzazione ed integrazione delle attività di competenza con le attività svolte dal personale aziendale.

Concetti chiave / esigenze attese:

COMFORT E SICUREZZA DELLE PERSONE

Il sistema dovrà migliorare la risposta alle esigenze dei pazienti, dello staff sanitario, di tutti gli operatori ed utenti del Policlinico, garantendo il massimo rispetto per la dignità, il benessere e la sicurezza delle persone. Uno fra gli obiettivi principali da realizzare è la riduzione delle infezioni ospedaliere e il miglioramento delle condizioni di vita per tutti gli utenti.

MIGLIORARE L'ESPERIENZA DEL PAZIENTE

La garanzia di un'accoglienza piacevole e sicura ricopre un ruolo significativo nel migliorare l'esperienza del paziente. Non tutti i pazienti sono uguali, dovremo essere in grado di offrire servizi personalizzati per le diverse esigenze rappresentate.

SUPPORTARE L'ASSISTENZA E IL LAVORO DEI PROFESSIONISTI

L'Azienda come tutta la sanità pubblica sta attraversando processi di profonda riorganizzazione e riassetto delle risorse, facendo fronte alle esigenze di riduzione della spesa senza abbassare la qualità dell'assistenza. Il nuovo progetto pertanto intende implementare servizi di supporto integrati ed ottimizzati per facilitare le attività cliniche.

MIGLIORAMENTO CONTINUO E SOSTENIBILITA' AMBIENTALE

L'Azienda è consapevole che devono essere stabiliti obiettivi importanti in materia di riduzione delle emissioni di carbonio, di efficienza nell'utilizzo delle risorse umane, dell'energia e delle risorse naturali. Il nuovo progetto agisce con l'intento di minimizzare l'impatto ambientale attraverso:

- un approccio integrato all'utilizzo delle risorse, atteso che la sinergia fra servizi consenta una maggiore efficienza,
- una visione unitaria della catena di approvvigionamento, perché possa fornire soluzioni globali di basso impatto ambientale.

L'Azienda attiva un coordinamento fra le diverse strutture coinvolte su progetti a sostenibilità ambientale ed energetica e procede ad aumentare la consapevolezza tra il personale dipendente, i pazienti e i visitatori, attraverso strategie di comunicazione ad hoc.

Riorganizzazione dei trasporti in ambulanza

Nell'ambito della strategia di miglioramento dei trasporti sanitari, con particolare attenzione a quelli INTRA-ospedalieri, è proseguito il riassetto della flotta di mezzi dedicati forniti dai soggetti accreditati in regime di contratto esterno. Il riassetto consente di migliorare la coerenza fra le esigenze dei pazienti da movimentare e la tipologia del trasporto erogato, con impatto positivo sui livelli di servizio (qualità-tempi) e sui costi. Inserendo una quota accessoria di mezzi sanitari leggeri ad integrazione delle ambulanze (per servire i pazienti che non necessitano di barella), può essere ridotto il costo di trasporto paziente e la tempistica di viaggio. E' in corso un lavoro congiunto con la Centrale Operativa Unica (COU) di Azienda Usl, che gestisce il sistema di ricezione/gestione delle chiamate, da un lato per migliorare ed informatizzare il processo di attivazione – chiusura del trasporto, dall'altro per ottimizzare i mezzi nei momenti di picco attività sulle fasce orarie più critiche (nelle quali è attivo il supporto da parte dei mezzi del territorio).

Progetto Smart Hospital e concessione servizi commerciali

Il progetto innovativo dei servizi commerciali integrati comprende bar e ristorazione commerciale così come librerie, negozi specializzati e nuovi servizi all'utenza (mobilità sostenibile, iniziative culturali, ecc.). Il nuovo progetto intende qualificare la piattaforma dei servizi offerta all'utenza e mettere ulteriormente a valore il ritorno economico per

l'azienda, che potrà accedere a risorse economiche aggiuntive per qualificare l'assistenza e il welfare aziendale.

Punti informativi e accoglienza

I punti informativi dell'azienda con il relativo personale, occupano a fine 2019 n.46 unità distribuite su 10 sportelli con orari differenziati, sostanzialmente riconducibili a tre tipologie:

- 3 punti informativi aperti 6h a copertura della mattina
- 3 punti informativi aperti 12h a copertura della fascia diurna
- 4 punti informativi aperti 24h a copertura della intera giornata.

E' attivo un piano di intervento finalizzato a:

-mettere ordine negli aspetti di carattere tecnico ed organizzativo (riassetto turni degli operatori sulle postazioni in relazione alla disponibilità di risorse ed esigenze dell'utenza),

-rivedere le postazioni e gli orari di apertura delle stesse in relazione alle risorse disponibili in attesa di un riassetto più generale dei punti informativi;

-qualificare l'attività di accoglienza potenziando le competenze degli operatori e la coerenza con le esigenze dell'utenza (è stato realizzato un corso specifico sulla umanizzazione per tutti gli operatori);

-definire gli interventi a supporto del miglioramento del decoro, comfort e logistica degli spazi pubblici in sinergia con l'attività del gruppo aziendale dedicato.

Data la progressiva riduzione di personale, sia generale nel servizio che sui turni 24h (i più difficili da garantire), ma anche per rispondere ad esigenze di servizio in evoluzione, è in corso di valutazione una riorganizzazione del servizio di accoglienza teso a migliorare la risposta alle esigenze dell'utenza e modernizzare il servizio.

Collaborazioni e convenzioni

Nell'ambito della mission aziendale di perseguimento della centralità del paziente/utente e della sua presa in carico complessiva rispetto ai percorsi diagnostici e di cura, l'Azienda favorisce le collaborazioni tra le diverse organizzazioni, in generale mediante lo strumento della convenzione tra Enti, per l'acquisizione di servizi prevalentemente a corredo dei percorsi sanitari, volti alla integrazione delle professionalità e delle competenze a supporto e completamento delle attività istituzionali dell'Azienda.

In particolare, da anni l'Azienda si avvale della collaborazione, regolata da convenzione, del dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna per l'attività di supporto psicologico a sostegno dei pazienti afferenti all'area oncologica, nefrologica e cardiocirurgia.

Tra i servizi acquisitati all'esterno, l'Azienda ha posto l'attenzione sulla reingegnerizzazione dei processi rilevanti dell'Azienda, definendo collaborazioni per servizi di ricerca progettuale e di sviluppo con l'Università di Bologna, nell'ambito dell'area dell'emergenza-urgenza, del Polo CTV, del centro logistico, dei servizi alberghieri, alla scopo di pervenire alla ridefinizione di modelli operativi di efficientamento e razionalizzazione.

Dematerializzazione del processo di ciclo passivo

Le disposizioni della Legge di Bilancio 2018 (articolo 1, commi 411-415) prevedono l'obbligo di emissione, trasmissione, conservazione e archiviazione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi in forma elettronica.

Il Decreto del Ministero delle Finanze del 07/12/2018 prevede che a partire dall'01/10/2019 sarebbe divenuto obbligatorio, per tutte le aziende sanitarie nazionali, l'invio degli ordini in formato elettronico, pena l'impossibilità di effettuare la liquidazione delle fatture emesse a seguito di ordini non elettronici. Tale data è stata poi fatta traslare al 1 febbraio 2020 con alcune specifiche.

Lo standard PEPPOL BIS versione 3.0, su cui si basa lo scambio elettronico di documenti in NSO, prevede 3 possibili processi:

1. Ordine senza risposta: eventuali modifiche, che possono essere riscontrate e segnalate sia dall'ordinante che dal fornitore, vanno gestite "fuori sistema", tramite i canali tradizionali (fax, mail, telefono);

2. Ordine con risposta: il fornitore può dare una risposta (variazioni, errori) telematica all'ordine che ha ricevuto;

3. Ordine pre-concordato: l'ordine elettronico è emesso e inviato ad NSO dal fornitore, in accordo con il cliente.

In un primo momento in Emilia-Romagna sarà attivo solo il processo di Ordinazione senza risposta. In futuro si valuterà (IntercentER) l'opportunità di sviluppare anche gli altri processi.

Nel corso del 2019 la cabina di regia principale ha visto l'allargamento della partecipazione di tutte le regioni italiane. Sono stati creati dei Sotto-Gruppi di Lavoro, formati da rappresentanti di Regioni, Operatori Economici e Organismi Istituzionali, per approfondire le macroaree coinvolte dal Decreto:

4. Beni sanitari,
5. Beni non sanitari,
6. Servizi sanitari,
7. Servizi non sanitari,
8. Punti di consegna, ecc.

I diversi gruppi di lavoro hanno prodotto delle interrogazioni che sono state sottoposte MEF per dettagliare, per ogni area: Inclusioni, Esclusioni, Tempistiche di implementazione, Linee Guida, ecc. Si attende nei primi giorni del 2020 l'emissione delle Linee guida che rispondano a tali quesiti.

Le azioni che sono state implementate nel corso del 2019 e parzialmente da completare nel 2020 sono:

1. Adeguare GE4 allo standard PEPPOL 3.0:
 - a. Collaudo ICT-ADS-IntercentER effettuato il 25/09;
 - b. A seguire, test di scambio di documenti elettronici con alcuni fornitori;
2. Adeguare i Punti di Consegna aziendali secondo quanto indicato dalle Regole Tecniche v.4 prodotte dal MEF:
 - a. Omogeneizzazione dei Punti di Consegna esistenti;
 - b. Predisposizione di repository aziendale e pubblicazione del relativo link sul sito <http://www.puntidiconsegna-nso.it/> messo a disposizione dal Ministero.

Nel corso del 2019 l'Azienda nel suo complesso ha emesso 34.683 (+31% rispetto all'anno 2018) ordini di beni di consumo dematerializzati con protocollo Peppol rispetto ad un totale di ordini emessi di 46.189. La percentuale di ordini dematerializzati si attesta quindi al 75,1%.

Fonti energetiche

Per quanto riguarda le **politiche per l'uso razionale dell'energia** e la corretta gestione ambientale le azioni messe in atto dall'Azienda nel 2019 sono state in linea con il programma regionale sia nella gestione ordinaria delle attività, sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) in coerenza con i Criteri Ambientali Minimi approvati con DM 11/10/2017.

Il Policlinico nel 2019 ha continuato e sviluppato le azioni già intraprese a livello aziendale negli anni precedenti e sono state affrontate sia a livello gestionale, sia sul piano dell'innovazione tecnologica.

Le **azioni di tipo gestionale** intraprese sono le seguenti:

- adesione alla gara regionale, effettuata dall'Agenzia Regionale Intercent-ER, per la fornitura di energia elettrica a partire dal 1 gennaio 2009;
- sviluppo della campagna di sensibilizzazione, informazione ed orientamento rivolta agli operatori dell'Azienda ospedaliera per l'uso razionale dell'energia mediante la distribuzione dei depliant forniti dalla Regione (punti di distribuzione, cedolino stipendiale, ecc.), l'affissione dei manifesti nei punti di maggior afflusso, l'attivazione della casella postale "io spengo lo spreco" e le risposte ai relativi suggerimenti, comunicazioni e articoli sulle riviste interne, sul sito, nelle newsletter, ecc.. In particolare, l'Azienda ha realizzato filmati specifici sul risparmio energetico e sulle azioni concrete che tutto il personale può mettere in atto quotidianamente (risparmio energetico in ospedale, risparmio energetico, comportamento etico) e procede ad organizzare periodicamente giornate di formazione specifica nell'ambito del Sistema Aziendale di Gestione Ambientale e Sviluppo Sostenibile "io spengo lo spreco";
- svolgimento di un'attività continua di monitoraggio di tipo quali/quantitativo sull'uso dell'energia elettrica, termica e sull'acqua mediante la raccolta periodica dei dati e inserimento del flusso delle informazioni nell'apposito programma informatico in sinergia con l'Energy Manager Unificato;
- conferma anche per l'anno 2019 del contributo dell'Azienda per l'acquisto di abbonamenti TPER da parte dei propri dipendenti.

Sul piano dell'**innovazione tecnologica**, l'Azienda ha realizzato il progetto "*Nuove Centrali Tecnologiche e rifunzionalizzazione dei sistemi infrastrutturali impiantistici del Policlinico*" per il rifacimento completo delle Centrali Tecnologiche e dei sistemi di distribuzione nell'area Sant'Orsola (co/trigenerazione).

La nuova centrale consente di produrre contemporaneamente attraverso un unico impianto alimentato a metano sia l'energia elettrica che l'energia termica necessaria al fabbisogno del Policlinico.

Nel 2019 l'Azienda ha partecipato come partner al Progetto Europeo "*EcoQUIP Plus - COLLABORATIVE INNOVATION PROCUREMENT ACTION TO IMPROVE EHE EFFICIENCY, QUALITY AND SUSTAINABILITY OF HEALTHCARE*", finanziato dalla Commissione Europea, Executive Agency for Small and Medium – sized Enterprises (EASME), risultato vincitore e ha sottoscritto il Grant Agreement il 17 dicembre 2019 (PG 2079/2020).

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

Gestione rifiuti

Nel 2019 si è registrato un aumento della produzione dei rifiuti speciali rispetto all'anno precedente. Nonostante il sostanziale mantenimento della produzione dei rifiuti cosiddetti infetti, codice 180103, che ha avuto un incremento del 1,55%, il risultato complessivo è stato condizionato dalle variazioni intervenute nell'ambito dell'attività dei laboratori diagnostici, generali e microbiologici, per quanto riguarda i rifiuti liquidi, codice 180106 e codice 180107, e dalla necessità di un maggiore utilizzo di materiali nell'ambito dell'attività assistenziale, per i rifiuti solidi, codice 180104.

In particolare la raccolta dei rifiuti speciali pericolosi ha avuto un aumento del 3,27%, circa due terzi di tale aumento è dovuto all'aumento dei reflui conseguenti alle variazioni intervenute nell'ambito dell'attività dei laboratori diagnostici. La produzione di rifiuti speciali non pericolosi ha avuto un aumento del 10,26%, circa la metà di tale aumento è dovuto ai rifiuti solidi non derivanti dalle attività assistenziali.

Nel 2019 è stata ulteriormente migliorata la raccolta differenziata dei rifiuti assimilati agli urbani. Complessivamente la percentuale di rifiuti urbani in raccolta differenziata è stata del 63%, più 4% rispetto all'anno precedente.

3.4.2 Area di performance degli investimenti

Nel corso dell'anno 2019 l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna ha investito in immobilizzazioni immateriali e materiali un importo complessivo di 18,167 milioni di euro, di cui:

- Lavori (9,799 milioni di euro);
- Attrezzature sanitarie, mobili e arredi, software e attrezzature informatiche (8,368 milioni di euro).

Di seguito, per aggregato di intervento, vengono riportati i principali investimenti realizzati:

Lavori

Nell'anno 2019 oltre alla manutenzione ordinaria edile ed impiantistica necessaria alla gestione del patrimonio immobiliare aziendale ed orientata sempre più ad una miglior efficienza energetica, gli investimenti effettuati per la realizzazione di lavori (strutture e impianti), per l'adeguamento e la riqualificazione delle strutture, ammontano complessivamente a oltre € 9.799.000 IVA inclusa.

Sono stati eseguiti, inoltre, molteplici lavori, tutti orientati a rispondere ad esigenze di adeguamento normativo, ad implementare la sicurezza e/o imprescindibili per la continuità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie ed assistenziali finanziati con l'accantonamento al fondo manutenzioni cicliche costituito nell'Anno 2012/2013 per un importo di € 2.956.000 IVA inclusa.

I più rilevanti, suddivisi in opere specifiche nei vari padiglioni che hanno interessato tutta l'area del Policlinico, sono evidenziati di seguito:

- Riqualificazione del corpo G del Padiglione 23 (intervento RER PB6);
- Riordino e riqualificazione delle strutture dell'Area Pediatrica nell'ambito del Polo Materno-Infantile (Pad. 4, 10, 13, 16) – Interventi RER P2, PB4, 39 e APb.16 - progettazione;
- Riqualificazione degli ambulatori (padiglione 5 Ala E primo piano) per il nuovo centro di riferimento regionale per le malattie Infiammatorie croniche intestinali (MICI);
- Riqualificazione delle degenze dell'Ala B - Intervento ai piani P2, P3 e P4 – progettazione;
- Riqualificazione funzionale-architettonica, strutturale e impiantistico-prestazionale afferenti al padiglione 25-27-28 (Ala B e Ala H) – progettazione;
- Riqualificazione funzionale-architettonica, strutturale e impiantistico-prestazionale afferenti al padiglione 5- progettazione;
- Riqualificazione centro prelievi Pad. 11;
- Sistema di posta pneumatica per Pronto Soccorso;

- Riqualficazione oncologia 4 piano Padiglione 2;
- Riqualficazione area esterna e completamenti camere mortuarie Padiglione 18 per trasferimenti;
- Completamento locali Padiglione 18;
- Riqualficazione genetica medica e microbiologia Padiglione 11;
- Installazione Acceleratore Lineare – Padiglione 11;
- Completamento della ristrutturazione del Padiglione Malattie Infettive (e risorse residue del programma AIDS L. 5/06/1990 n. 135) – progettazione;
- Donazione materiale interventi realizzati da UNIBO Pad. 18.

Attrezzature sanitarie e tecnico-economiche

Gli investimenti in attrezzature sanitarie e tecnico-economiche effettuati nel corso del 2019 (circa € 6.500.000) hanno seguito le ristrutturazioni derivanti dalle riorganizzazioni delle attività sanitarie e potenziamenti dovuti ad incrementi di attività oppure per garantire un contenimento delle liste di attesa.

Oltre agli investimenti prevedibili sono state acquistate apparecchiature in "urgenza" seguendo i seguenti criteri:

- sostituzione di attrezzature non riparabili o non convenienti economicamente;
- sostituzioni volte a garantire la sicurezza degli operatori e dei pazienti (DLgs. 81/08);
- standardizzazione delle tecnologie.

Per il 2019 gli investimenti più rilevanti in tecnologie sanitarie e tecnico economiche riguardano:

- acceleratore lineare per circa € 3.000.000 Iva inclusa;
- aggiornamento ciclotrone per circa € 350.000 Iva inclusa;
- acquisti per rinnovo tecnologico per obsolescenza di apparecchiature medicali per un importo di circa € 1.800.000 Iva inclusa (colonne per videolaparoscopia, cappe chimiche, modulo acquisizione immagini, laser chirurgico, sonde ecografiche, sistemi di integrazione audio-video, ecotomografi, pulsossimetri, monitors multiparametrici, ecc.);
- acquisto di attrezzature urgenti e imprescindibili per un importo di circa € 1.100.000 Iva inclusa (ecotomografi, sonde ecografiche, defibrillatori, frigoriferi biologici, lettini da visita elettrificati, letto a bilancia per dialisi, contenitore criogenico, sistema per anestesia, ottiche per laparoscopia ecc.);
- acquisto di attrezzature da laboratorio per sostituzione/adequamento per obsolescenza per un importo di circa € 250.000 Iva inclusa.

Arredi

Gli investimenti in arredi effettuati nel corso del 2019 (circa €. 240.000) sono stati orientati:

- ad integrare la dotazione di unità operative che, a seguito di riorganizzazione e trasferimento presso altra sede, costituivano necessità indispensabile per consentire l'avvio delle attività previste nelle nuove strutture;
- al completamento del nuovo Polo Cardio-Toraco-Vascolare provvedendo ad integrare le necessità di arredi vari evidenziatesi nei vari reparti a seguito dell'avvio delle attività (finanziamenti AP35);
- alla sostituzione di presidi atti a consentire la riduzione del rischio di movimentazione da carico per D.V.R.;
- alla sostituzione di arredi ormai privi dei requisiti di sicurezza sia per gli operatori sia per l'utenza (DLgs. 81/08).

Di seguito vengono sintetizzati gli acquisti effettuati:

Pad. 1 – PALAGI

- Sostituzione di piantane destinate al supporto delle sacche per cistoclisi con dispositivi servoassistiti idraulicamente atti a favorire la movimentazione dei carichi degli operatori presso la degenze urologiche per un importo pari a circa €. 21.100 (I.V.A. INCLUSA).

Pad. 5 – NUOVE PATOLOGIE

- Allestimento di nuovi ambulatori destinati all'attività cardiologica per un importo pari a circa €. 2.700 (I.V.A. INCLUSA).

Pad. 11 – CLINICA MEDICA

- Integrazione di arredi da laboratorio e da ufficio per consentire il trasferimento e l'attivazione degli studi ed i laboratori di genetica nei locali appena ristrutturati per un importo pari a circa €. 23.600 (I.V.A. INCLUSA);
- Integrazione di arredi sanitari vari per consentire il trasferimento e l'attivazione degli ambulatori del centro regionale di riferimento per l'insufficienza intestinale cronica benigna presso la nuova sede per un importo pari a circa €. 2.100 (I.V.A. INCLUSA).

Pad. 15 – PNEUMONEFRO

- Sostituzione di alcuni arredi presso la Terapia Intensiva Pneumologia per consentire il miglioramento dell'operatività in settore ritenuto particolarmente critico un importo pari a circa €. 5.100 (I.V.A. INCLUSA).

Pad. 18 – ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA

- Integrazione e sostituzione di arredi da laboratorio e da ufficio per consentire il trasferimento e l'attivazione della camera mortuaria presso la nuova sede a seguito dei lavori di ristrutturazione un importo pari a circa €. 9.300 (I.V.A. INCLUSA).

Pad. 23 – POLO CARDIO-TORACO-VASCOLARE:

- Integrazione di carrelli, arredi mobili per vari reparti per un importo complessivo pari ad € 6.600 (I.V.A. INCLUSA);

VARIE

- Integrazione e sostituzione di barelle ad altezza variabile, spinali e a cucchiaio per un importo complessivo pari ad €. 17.000 (I.V.A. INCLUSA);
- Accessori per letti da degenza esistenti (es. sponde, aste solleva pazienti) per un importo complessivo pari ad €. 12.800 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzione di carrozzine ed ausili per la deambulazione per vari reparti e per il trasporto dei pazienti in ambulanza per un importo complessivo pari ad €. 17.100 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzione di carrelli ad uso sanitario e da trasporto per un importo complessivo pari ad €. 30.000 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzione di sedute da lavoro e per l'utenza per un importo complessivo pari ad €. 30.000 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzione di poltrone relax per pazienti per un importo complessivo pari ad €. 3.700 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzione di piantane porta flebo per un importo complessivo pari ad €. 4.500 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzione di arredi da laboratorio obsoleti e non più idonei all'uso per l'importo complessivo pari ad €. 4.500 (I.V.A. INCLUSA);
- Sostituzioni e integrazioni di piccoli complementi a seguito di prescrizioni (scale, armadi spogliatoio, armadi porta effetti personali, comodini, tavolini servitori, armadi e armadi per farmaci, scrivanie) per un importo complessivo pari ad €. 40.000 (I.V.A. INCLUSA).

Software e attrezzature informatiche

Gli investimenti in software e attrezzature informatiche effettuati nel 2019 ammontano a circa € 1.400.000,00 e hanno riguardato in particolare:

- Completamento wi-fi: l'investimento è dedicato alla messa in sicurezza delle reti wi-fi oltre che alla copertura di tutto il Policlinico per un importo di circa € 541.000;
- Servizi di gestione documentale (BABEL) per un importo di circa € 129.000;
- Manutenzione straordinaria software area amministrativa e licenza sistema backup per un importo di circa € 63.000;
- Licenze per sistemi di sicurezza/adequamenti sw per un importo di circa € 35.000;
- Sistema chiamata ambulatoriale per un importo di circa € 55.000;
- Manutenzioni evolutive per software sanitari oggetto di integrazione metropolitana per un importo di circa € 277.000;
- Sostituzioni urgenti ed imprevedibili di dotazioni informatiche, sostituzione di apparati di rete per un importo di circa € 49.000;

- Sistema di gestione dell'area amministrativa e contabile (GAAC) – attività propedeutiche per l'implementazione del sistema per un importo di circa € 11.000;
- Sistema gestionale della rilevazione presenze (GRU) per un importo di circa 11.000;
- Acquisto totem / check-in per un importo di circa € 42.000.

Fonti di finanziamento

Relativamente alle realizzazioni anno 2019, complessivamente pari a 18,167 milioni di euro, come si evince dalla tabella di sintesi:

- 6,146 euro (pari al 33,83%) degli investimenti effettuati, trova copertura da specifici finanziamenti esterni (contributi in conto capitale già erogati o in corso di erogazione: art. 20, fondi vincolati, programma regionale di investimenti in sanità ex art. 36 L.R. n. 38/2002, ecc.);
- 9,644 milioni euro (pari al 53,09%) finanziati da donazioni (donazioni e sperimentazioni, donazioni per investimenti, donazioni materiali);
- 2,377 milioni di euro (circa il 13,08% degli investimenti complessivi), trova copertura da mezzi aziendali, costituiti da indebitamento a lungo termine e contributi in c/esercizio (ai sensi del D.Lgv. 118/11).

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019
% di realizzazione del piano di investimento aziendale	79,77		81,4	

A fronte di investimenti programmati per € 22.309.430,00 (fonte: prospetto impieghi allegato alla relazione al Bilancio di previsione Anno 2019 - interventi in corso di realizzazione) sono stati realizzati investimenti per € 18.166.655,99 (Fonte: piano di realizzazione degli investimenti allegato alla relazione al Bilancio di esercizio Anno 2019).

4. Misurazione e valutazione della performance

Negli anni l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha consolidato un articolato processo - fondato sull'integrazione di sistemi, metodiche e strumenti esistenti o sviluppati ad hoc - finalizzato ad attuare una corretta gestione aziendale, attraverso un'azione coordinata di programmazione, monitoraggio, valutazione dell'attività e delle prestazioni e valorizzazione dell'apporto professionale d'équipe ed individuale.

Il percorso è stato quello di rendere maggiormente definiti i principali risultati attesi. Sono stati rivisitati gli strumenti di budget per evidenziare la visione di insieme della progettazione dell'anno con il proposito di rendere più puntuali le declinazioni degli obiettivi aziendali in programmi operativi per i dipartimenti e le unità operative, nonché per esplicitare più chiaramente gli ambiti di responsabilità e le figure professionali coinvolte sia della dirigenza sia del comparto. Il budget, quale atto di incontro tra i differenti livelli di responsabilità, ha valore di impegno bilaterale e postula un programma operativo attivo e richiama l'impegno dinamico verso il miglioramento organizzativo, il governo gestionale, la responsabilizzazione diffusa e partecipata, la comunicazione aziendale. I Dipartimenti ad Attività Integrata, con il supporto della rete, sono gli ambiti di informazione e coinvolgimento dei professionisti nelle fasi principali del processo di budget, nella condivisione degli obiettivi e delle azioni individuate per la relativa realizzazione

Il processo nel suo insieme - come successivamente illustrato - trova riscontro nel contesto normativo delineato dal D.lgs 150/2009, aggiornato con D.lgs 74/2017 e realizza il "Sistema di misurazione e valutazione della performance" previsto dal decreto stesso. Inoltre, esso risulta in linea con le fasi che il D.lgs. 150/09 definisce per il "ciclo di gestione della performance", declinato come segue:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il ciclo della performance con il relativo sistema di misurazione è stato strutturato in modo coerente:

-le fasi di cui ai punti a) e b) si realizzano attraverso il processo di programmazione e controllo secondo il percorso definito dalla procedura di budget formalizzata nell'ambito del percorso attuativo per la certificabilità di bilancio.

-le fasi di cui ai punti c) e d) si attuano attraverso gli strumenti propri del controllo di gestione e del sistema di valutazione tenuto conto di quanto disposto dall'OIV-SSR. Nel

corso del 2018-2019 il ciclo di programmazione e controllo è stato oggetto di un'azione di miglioramento, avviata nell'ambito del percorso per l'accreditamento istituzionale. I primi interventi condotti sono stati:

- avviato percorso per l'anticipazione dei tempi negoziazione del budget;
- strutturazione di un sistema aziendale di monitoraggio infrannuale degli andamenti (riesame della direzione).
- sviluppo e implementazione di strumenti interattivi di analisi dei dati e di monitoraggio degli indicatori di budget.

Con delibera 3/2016 "Aggiornamento delle linee guida sul Sistema di misurazione e valutazione delle performance" l'OIV-SSR ha proceduto ad un aggiornamento operativo delle linee di indirizzo già emanate con la propria delibera 1/2014. Con delibera 5/2017 ad oggetto "Sistema di valutazione integrata del personale: indicazioni per lo sviluppo dei processi aziendali" l'OIV-SSR ha definito le linee di indirizzo regionali per lo sviluppo dei sistemi di valutazione aziendali.

-le fasi di cui ai punti e) ed f) si concretizzano attraverso l'attuazione dei sistemi premianti, gli strumenti del controllo di gestione, l'attività dell'Organismo Aziendale di Supporto, gli strumenti di comunicazione aziendale; in particolare la rendicontazione istituzionale si realizza attraverso la redazione annuale del Bilancio di Esercizio (Relazione del Direttore Generale sulla gestione).

Di seguito sono illustrati sistemi, processi, organismi e modalità che interagiscono nel complessivo sistema di gestione della performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e che - nel loro insieme - costituiscono il sistema di misurazione e valutazione della performance:

1.Negoziante del budget: del documento di budget trovano declinazione, nelle diverse articolazioni aziendali, gli obiettivi strategici, le linee di programmazione regionale coerentemente con la programmazione provinciale e di Area Vasta. Nel budget aziendale viene verificata la sostenibilità economica e patrimoniale del sistema di programmazione.

2.Controllo di gestione e sistema informativo: è la struttura complessa che si occupa della programmazione operativa e del processo di verifica, al controllo e valutazione dei risultati al fine di indirizzare i comportamenti verso il conseguimento degli obiettivi aziendali. Il sistema di monitoraggio e controllo aziendale è articolato su vari livelli all'interno dell'azienda: (aziendale, gestionale/trasversale, per dipartimenti e centri di responsabilità) e si completa con la valutazione annuale dei risultati conseguiti.

3.Sistemi premianti: condivisi nel tempo con le organizzazioni sindacali delle diverse aree di contrattazione e con il Collegio di Direzione, sono stati predisposti in linea con la logica per obiettivi prevista dai contratti nazionali per lavoro. Il fondo finalizzato alla corresponsione della retribuzione di risultato è stato articolato in due ambiti premianti:

-il primo diretto a riconoscere il contributo dei professionisti al raggiungimento degli obiettivi negoziati in sede di budget (performance organizzative). Tale valutazione è incentrata sull'équipe; in caso di raggiungimento parziale degli obiettivi assegnati, a tutti i componenti della specifica struttura organizzativa viene assegnata una percentuale del premio prefissato. In questo ambito, pertanto, l'Azienda premia la performance organizzativa in coerenza con quanto previsto dal D.Lgs.150/2009 e ss.mm.ii;

- il secondo è individuale. Riconosce il contributo dei professionisti attraverso gli obiettivi specifici differenziati assegnati a ciascun dirigente di area sanitaria. Il premio viene attribuito sulla base del peso definito per l'UO in relazione alla strategicità degli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale e in ragione del diverso apporto individuale rendicontato;

-il secondo prevede l'assegnazione selettiva di premi a dirigenti che concorrano al raggiungimento di progetti specifici che riguardano, di anno in anno, solo il personale effettivamente coinvolto nel conseguimento degli obiettivi dei progetti specifici aziendali.

Per l'area del comparto, come per la dirigenza, la performance organizzativa aziendale viene periodicamente monitorata. L'Azienda infatti attua una valutazione per stati di avanzamento; sulla base dell'andamento e della relativa proiezione prospettica degli indicatori aziendali individuati, a cui è sottesa l'attività di tutte le strutture organizzative e del personale aziendale, procede alla correlazione della liquidazione degli incentivi.

Il contributo individuale per il comparto riproduce il sistema degli incarichi dirigenziali, attraverso la formalizzazione di un sistema di responsabilità che valorizza l'attribuzione individuale di specifiche funzioni correlate alla gestione di risorse e/o di processi. Si prevede inoltre l'assegnazione di un premio correlato al conseguimento degli obiettivi dei progetti specifici aziendali assegnati selettivamente.

4.Sistema di valutazione del personale: il sistema di valutazione è fondato su criteri ispirati all'integrazione tra personale del SSN e personale universitario. L'Azienda ha l'obiettivo di sviluppare la valutazione individuale, la valutazione delle posizioni e delle clinical competence ai fini di orientare i sistemi premianti e i profili di sviluppo individuali.

Le attività che l'Azienda ha messo in campo nel 2019, per dare sostanza ai principi e agli scopi che il sistema di valutazione aziendale persegue, in linea con quanto previsto dal piano aziendale di avvicinamento alle indicazioni dell'OIV regionale (delibera 289/2018), e sono state orientate all'implementazione dell'applicativo legato al progetto "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU) secondo le scadenze pianificate dal cronoprogramma con l'obiettivo finale di implementare le schede previste per le diverse tipologie valutative nel modulo "master valutazione" di GRU, al fine di garantire l'ottimizzazione dei nuovi processi dei percorsi di valutazione del personale. Tale obiettivo è stato perseguito attraverso:

- l'avvio delle fasi di test con alcune U.O. selezionate a campione con l'effettuazione della valutazione annuale delle competenze e della performance organizzativa e individuale di risultato;
- l'avvio e la realizzazione del processo di valutazione del periodo di prova per i neoassunti della dirigenza e del comparto non sanitario;

5.Organismo di Supporto Aziendale (OAS): in applicazione della DGR 334/2014 e della delibera 1/2014 dell'Organismo Indipendente di Valutazione unico regionale (OIV-SSR) è stato istituito l'OAS aziendale, che svolge le funzioni previste dalle Delibere OIV-SSR 1/20 14, 2/2015, 3/2016, 4/2016 e 5/2017;

6.Comunicazione e trasparenza: nell'ambito del "Sistema aziendale di misurazione e valutazione delle performance", l'Azienda attua diverse misure volte a garantire una piena informazione verso utenti e stakeholders in relazione al ciclo della performance attuato, allo

scopo di favorire forme diffuse di informazione e controllo. In particolare, sono pubblicate sul sito istituzionale e aziendale le seguenti informazioni:

- Informazioni concernenti l'assetto organizzativo aziendale, come derivante dai documenti aziendali: "Atto aziendale", "Regolamento organizzativo aziendale", Linee guida operative Budget;

- Indicatori relativi agli andamenti gestionali e delle attività;

- Risultati dell'attività di misurazione e valutazione. In particolare vengono pubblicati sul portale istituzionale nell'area "Amministrazione Trasparente" documenti di rendicontazione aziendale quali: la relazione sulla performance, il bilancio di esercizio, le attività e gli impegni del Policlinico per i cittadini e i pazienti, il piano triennale per la razionalizzazione dei beni mobili ed immobili;

- Retribuzione dei dirigenti con specifica evidenza sulle componenti variabili della retribuzione e delle componenti legate alla valutazione di risultato; Curricula dei dirigenti e dei titolari di posizione organizzativa.

5. Indicatori di risultato

La delibera n. 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione regionale individua per le diverse Dimensioni e Aree della Performance un "cruscotto" di indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende della Regione al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema. Attualmente la Regione Emilia-Romagna ha aggiornato e ulteriormente arricchito gli indicatori di riferimento per una migliore rappresentazione delle performance aziendali.

La scelta di tale insieme di indicatori è stata effettuata avendo come riferimento prioritario il Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale, attualmente denominato INSIDER / REPORT-ER, al fine di garantire una piena valorizzazione dei sistemi e delle banche dati esistenti a livello regionale e standardizzazione nella loro elaborazione. Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito della Griglia LEA e del Programma Nazionale Esiti, dal momento che essi sono centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende.

Nelle schede a seguire, relative ai risultati conseguiti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, si possono osservare gli indicatori raggruppati per area della performance di riferimento con il valore aziendale conseguito nel corso del 2018-2019 e tra l'altro il valore medio regionale del 2018-2019, che consente un confronto dell'Azienda rispetto alla media delle Aziende sanitarie regionali;

Gli indicatori individuati per:

-l'Area di performance della ricerca e della didattica, riferita alla dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo, attualmente non disponibili nel sistema di monitoraggio regionale INSIDER/REPORT-ER, sono stati elaborati a livello aziendale, tenendo conto degli indicatori proposti dalla Delibera 3/2016 dell'OIV-SSR. Sono stati considerati i progetti di ricerca a cui l'Azienda partecipa tramite i bandi che prevedono un finanziamento dedicato alla ricerca. Si tratta di Bandi ministeriali, bandi Regione-Università, bandi regionali di modernizzazione, bandi AIFA, bandi europei e altre fonti di finanziamento;

-l'Area di performance degli investimenti, afferente alla dimensione di performance della sostenibilità, sono stati elaborati a livello aziendale in quanto non disponibili in INSIDER/REPORT-ER, e come proposto dalla citata delibera 3/2016 dell'OIV regionale, l'indicatore utilizzato riguarda la percentuale di realizzazione del piano investimenti aziendali.

Gli indicatori di risultato e il relativo monitoraggio sono pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del portale internet aziendale, al seguente indirizzo:

[Indicatori predisposti ai sensi del c.522 della legge di stabilità 2016](#)

UTENTE

Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		132,86		131,3		
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg		97,82		96,2		
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg		98,71		98,37		
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti		10,69		11,33		
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA		16		16		
% abbandoni dal Pronto Soccorso	4,46	5,05	4,91	5,04		
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	79,75	69,02	78,04	64,81	Monitoraggio	
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	63,83	60,24	58,57	59,02	Monitoraggio	

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Tasso std di accessi in PS		388,32		395,62		
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	65,86	88,36	74,74	89,3	Miglioramento	
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	89,4	89,45	88,78	93,11	Miglioramento	
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	73,44	80,72	76,95	85,25	Miglioramento	

Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA		106,81		102,43		
Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA		386,89		389,25		
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA		4,21		4,14		

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO		8,14		9,07		
% IVG medica sul totale IVG		34,21		38,34		
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	26,6	25,64	5,47	19,85	Miglioramento	Sono state riorganizzate le sedute operatorie per aumentare l'offerta e ridurre i tempi di attesa.
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni		23,17			27,56	
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni		190,65			191,83	

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	9,48	8,98	6,78	8,3	Monitoraggio	
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	33,03	44,78	29	47,59	Monitoraggio	

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Scopenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	11,03	11,86	9,99	10,9	Monitoraggio	
Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni	0,92	1,51	1,41	1,45	Monitoraggio	
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni	1,36	1,68	0,77	1,46	Monitoraggio	
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni	0,45	1,24	0,51	1,18	Monitoraggio	
Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	7,35	10,09	8,14	9,04	Monitoraggio	
Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia		1,88		1,61		
BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	12,47	10,03	11,58	8,89	Monitoraggio	La mortalità per BPCO riacutizzata, più elevata rispetto al valore medio regionale, può trovare giustificazione nella presenza all'interno del Policlinico di un setting ad alta intensità con centralizzazione della casistica più complicata e grave.
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	75,74	82,43	85,49	82,72	Monitoraggio	

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	59,95	82,4	63,23	85,35	Monitoraggio	L'organizzazione del Policlinico dell'area chirurgica (chirurgia generale) è strutturata per percorsi e complessità di cura, nella logica del superamento del modello "verticale" di espletamento dell'attività in unità operative verso la condivisione e la razionalizzazione delle risorse. In tale ottica i dati relativi alle patologie in oggetto non devono essere calcolati per singola unità operativa (come identificato dai codici di reparto HSP), ma complessivamente all'interno della disciplina chirurgia generale (009) o in alternativa in base alle strutture trasversali "Percorso chirurgia della mammella" e "Percorso Chirurgia epatica e delle vie biliari".
Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	83,42	89,07	85,95	88,77	Monitoraggio	
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	3,45	6,47	5,83	5,78	Monitoraggio	
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,34	0,78	0,66	0,7	Monitoraggio	
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	3,57	5,08	2,44	4,6	Monitoraggio	
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	4,8	3,61	3,49	2,64	Monitoraggio	

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	26,96	17,47	22,42	16,55	Monitoraggio, riduzione	La presenza nel policlinico di un centro di terapia intensiva neonatale di terzo livello e dei centri di fisiopatologia neonatale e procreazione assistita spiegano indicatori con incidenze superiori alla ,media regionale. Standardizzando gli indicatori, il risultato varia notevolmente rendendo ragione della complessità della casistica trattata. Questo si può constatare considerando, ad esempio, il valore della proporzione dei parti cesarei primari del PNE 2018 : standardizzato 12,32 vs grezzo 26,45.
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,07	0,94	1,06	1,02	Monitoraggio	
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,84	1,24	2,19	1,43	Monitoraggio	
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	83,5	71,36	87,47	76,5	Mantenimento	Si conferma il buon risultato in ambito ortopedico con l'indicatore sul timing dell'intervento chirurgico sulle fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età decisamente migliore del dato medio regionale

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Frattura della tibia e perone : tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	3	2	3	2	Mantimimento/Riduzione	

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,01	0,52	-0,01	0	Miglioramento	
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,14	0,40	-0,29	0	Miglioramento	
Degenza media pre-operatoria	0,81	0,71	0,7	0,69	Miglioramento	
Volume di accessi in PS	144.581	1.921.960	149.860	1.944.115	Monitoraggio	
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	28.026	354.621	27.861	354.900	Monitoraggio	
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	21.192	254.222	21.295	251.847	Monitoraggio	
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	4.361	36.893	4.186	35.708	Riduzione	
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	5.901	88.491	6.612	91.650	Incremento	

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,04	3,86	2,75	3,49		

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		20,86		20,98		
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza		52,2		54,21		
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita		60,13		62,37		
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita		28,71		28,36		
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)		5,93		7,25		
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti		20,29		20,41		
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile		81,39	-	85,13		
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti		0,37	-	0,37		

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% ambulatori infermieristici per gestione cronicità nelle Case della Salute attive		78,1	-	89,66		
Durata media di degenza in OSCO		19,2	-	18,51		
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	327.408	7.117.094	336.478	7.169.052	Monitoraggio	
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	465.680	6.669.619	464.348	6.674.019	Monitoraggio	
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.209.623	47.878.684	2.246.172	48.954.054	Monitoraggio	
Volume di accessi in ADI: alta intensità		463.022	-	440.731		
Volume di accessi in ADI: media intensità -		847.215	-	856.988		
Volume di accessi in ADI: bassa intensità		1.790.340	-	1.773.313		

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	1.210.766	-----	1.283.254	6.984.000		

Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA		93,47			95,14	
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA		-----				
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA		95,17			95,52	
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA		9,44			9,29	
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare		-----			49,9	
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività		-----			34,3	

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)		69,54			69,67	
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)		62,59			62,42	
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (59 - 69 anni)		54,07			53,53	
Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio -		----			ND	
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	----	----		----	ND	
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini		92,09			92,04	
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni		90,86			92,66	
% cantieri ispezionati		20,05			17,83	

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti		100			100	
Percentuale di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni		79,82			85,67	

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		2,07		1,92		
Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		29,87		27,06		
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,18	0,2	0,17	0,19	Monitoraggio	
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA		7,65		7,94		

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti		9,56		9,44		
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	9,82	6,38	9,28	6,89	Monitoraggio	Il dato aziendale sulla sepsi postoperatoria, leggermente superiore alla media regionale, trova giustificazione nel peggioramento epidemiologico complessivo italiano e regionale, associato alla sempre crescente complessità dei casi chirurgici trattati da quest'Azienda.
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	5,89	3,35	6,12	3,57	Monitoraggio	
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria		21,74		22,43		
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti		790,54		822,01		
% di ricoveri in Day-Surgery per DRG LEA Chirurgici	48,18	51,48	54,77	55,3	Miglioramento	
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS		13,54		13,9		

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni		4,85		4,52		

Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	99,66	Dato non disponibile a seguito del rinvio dei termini di effettuazione dell'attestazione da parte dell'ANAC	Dato non disponibile a seguito del rinvio dei termini di effettuazione dell'attestazione da parte dell'ANAC	Mantenimento	
% di centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	49,17		48,99	56,55		

INNOVAZIONE E SVILUPPO

Ricerca e Didattica

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Impact Factor Grezzo	7.628		8.652	☐	Monitoraggio	Dato grezzo ☐ IFN non disponibile

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
IF per ricercatore	7,26		8,46		Monitoraggio	Dato grezzo (IFN non disponibile) per ricercatore, 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 in servizio al 31.12 dell'anno di riferimento
N° progetti di ricerca finalizzata a cui l'azienda partecipa in qualità di coordinatore	33		27		Monitoraggio	Progetti di ricerca in corso nell'anno ad esclusione di quelli finanziati da privati.
N° progetti di ricerca finalizzata a cui l'azienda partecipa in qualità di unità partecipante	20		18		monitoraggio	Progetti di ricerca in corso nell'anno ad esclusione di quelli finanziati da privati.

SOSTENIBILITA'

Economico-Finanziaria

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Costo pro-capite totale		1.767,86		1.801,56		
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro		57,08		57,04		

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite		165,21		169,1		
Costo pro-capite assistenza distrettuale		1.077,93		1.115,35		
Costo pro capite assistenza ospedaliera		632,84		629,17		
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-19,88		-25,65	-	Mantenimento	
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	95,88		98,33	95,18	Mantenimento	

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza		85,63		86,2		

Investimenti

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Valore Aziendale 2019	Valore Regionale 2019	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% di realizzazione del piano di investimenti aziendali	79,77%		81,4%		Mantenimento	

A fronte di investimenti programmati per € 22.309.430,00 (fonte: prospetto impieghi allegato alla relazione al Bilancio di previsione Anno 2019 - interventi in corso di realizzazione) sono stati realizzati investimenti per € 18.166.655,99 (fonte: piano di realizzazione degli investimenti allegato alla relazione al Bilancio di esercizio Anno 2019)