

# Relazione sulla Performance 2018



POLICLINICO DI **SANT'ORSOLA**

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



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA



POLICLINICO DI **SANT'ORSOLA**



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

## **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE Anno 2018**

- Giugno 2019 -

## INDICE

<b>1.Premessa</b>	5
<b>2.Executive summary</b>	7
<b>3.1 Dimensione di performance dell'utente</b>	
3.1.1 Area di performance dell'accesso e della domanda	11
3.1.2 Area di performance dell'integrazione	21
3.1.3 Area di performance degli esiti	33
<b>3.2 Dimensione di performance dei processi interni</b>	
3.2.1 Area di performance della produzione	35
3.2.2 Area della performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	51
3.2.3 Area di performance dell'organizzazione	66
3.2.4 Area dell'anticorruzione e della trasparenza	72
<b>3.3 Dimensione di performance innovazione e sviluppo</b>	
3.3.1 Area di performance della ricerca e della didattica	75
3.3.2 Area di performance dello sviluppo organizzativo	83
<b>3.4 Dimensione di performance della sostenibilità</b>	
3.4.1 Area di performance economico-finanziaria	88
3.4.2 Area di performance degli investimenti	121
<b>4.Misurazione e valutazione della performance</b>	130
<b>5.Indicatori di risultato</b>	134

# 1 Premessa

La Relazione sulla performance è un documento che rendiconta i risultati raggiunti nel corso dell'anno, con riferimento all'anno precedente e rispetto ai singoli obiettivi programmati nel piano della performance 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) 1/2014 e 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.

Il "ciclo di gestione della performance", viene 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.

Sulla base del quadro normativo di riferimento, ripreso anche dalla legge regionale 9 del 16 luglio 2018; la Relazione della Performance è il documento annuale di rendicontazione delle azioni sviluppate e dei risultati di performance conseguiti nell'anno 2018. Il documento 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 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.

In relazione al Ciclo di gestione della performance l'Azienda attua diverse misure volte a garantire una piena informazione verso utenti e stakeholders, allo scopo di favorire forme diffuse di informazione e controllo. 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";
- 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.

## 2 Executive summary

L'anno 2018 è stato caratterizzato da importanti processi di riorganizzazione e di innovazione tecnologica e organizzativa, 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 2018, il percorso di razionalizzazione intrapreso negli anni scorsi e declinato nelle schede di budget delle unità operative, gli obiettivi di mandato definiti dall'Assessorato alla Politiche per la Salute (DGR 2151/2016), formulati sulla base del Programma di mandato della Giunta della Regione Emilia-Romagna. (DGR 919/2018).

Le azioni prioritarie per il 2018 sono state declinate nel documento di budget nel quale sono stati sviluppati gli obiettivi che riguardano:

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

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

- verifica dell'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate;
- sviluppo del processo di prevenzione del rischio e le il miglioramento della sicurezza delle cure;
- ottimizzazione dell'efficienza ospedaliera attraverso il 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;

- ottimizzazione delle attività operatorie e specialistiche diurne attraverso un migliore utilizzo delle risorse;
- attenzione alla qualità dell'assistenza nei Pronto Soccorsi e alla soddisfazione degli utenti;
- miglioramento del tasso di prestazioni diagnostiche attraverso il recupero dell'appropriatezza prescrittiva;
- azioni di miglioramento per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali.
- attività di ricerca: in continuità con gli anni precedenti è prioritaria la valorizzazione della partecipazione degli operatori e condizioni favorevoli per la sperimentazione clinica attraverso:
  - a. Rilevazione delle pubblicazioni scientifiche;
  - b. Monitoraggio degli studi clinici-predisposizione della relazione annuale sullo stato di avanzamento degli studi approvati dal Comitato Etico;
  - c. Rispetto dei tempi di rendicontazione dei progetti di ricerca finanziati

Gli obiettivi declinati nelle schede di budget dei Dipartimenti e delle Unità Operative riguardano:

- Prevenzione e promozione della salute: attività prevenzione malattie infettive, screening oncologici e gestione integrata delle emergenze;
- Interventi in materia di adesione del personale dipendente alle vaccinazioni;
- Sviluppo infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e miglioramento dell'accessibilità ai servizi;
- Razionalizzazione della gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti;
- Valorizzazione del capitale umano: integrare ricerca e la formazione, razionalizzazione offerta ECM, esperienze formative innovative, migliorare sistemi di valutazione delle competenze e sistemi premianti, profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione
- L'integrazione in area vasta e in area provinciale di funzioni specifiche e alcune specifiche linee di attività
- Strutturazione profili di cura integrati fra le diverse professionalità, avvio e sviluppo di aree con gestione per intensità di cura;
- Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa prestazioni di ricovero e ambulatoriali; Riordino ospedaliero: riduzione posti letto, rispetto valori soglia volumi/esiti, riduzione DRG ad alto rischio inappropriatezza;
- Verifica dell'appropriatezza del setting assistenziale di erogazione dei servizi sanitari e implementazione di azioni di miglioramento degli indicatori di qualità, anche sulla base degli indicatori monitorati dal Piano Nazionale Esisti e del Progetto Bersaglio;
- Verifica, in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna e lo IOR, l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa con particolare riferimento alla diagnostica pesante ed individuazione di azioni per il contenimento dei tempi di attesa i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate;
- Attività di donazione;
- Governo dei farmaci e dei dispositivi medici;



- Adozione di strumenti di governo clinico;
- Volumi di attività ed efficienza utilizzo delle risorse.

Nel 2018, a seguito dei processi di integrazione interaziendali avviati con le aziende sanitarie presenti sul territorio provinciale, sono stati organizzati degli incontri di negoziazione con la definizione di obiettivi condivisi dalle aziende. La negoziazione e la scheda di budget hanno carattere interaziendale per le seguenti unità operative:

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

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

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

referenti di lista delle varie UU.OU. affinché le stesse potenzialità e capacità di monitoraggio diventino "modus operandi" e patrimonio delle singole UU.OO.

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

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

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

## OBIETTIVI PROGRAMMAZIONE REGIONALE

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

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

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

#### **1.AMBITO ONCOLOGICO**

##### **INTERVENTI PER TUMORE DELLA MAMMELLA:**

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

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

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

##### **INTERVENTI PER TUMORE DELLA PROSTATA:**

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

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

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

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

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

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

##### **SOLUZIONI ADOTTATE:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fotografia a settembre 2018:

○ **Urologia:** 15% in classe A, 71% in classe B, 14% in classe C

○ **CPC:** 79% in classe A, 16% in classe B, 5% in classe C

Se la stessa fotografia effettuata nei primi mesi 2019 evidenzia questi i risultati:

○ **Urologia:** 3% in classe A, 77% in classe B, 20% in classe C

○ **CPC:** 22,5% in classe A, 55% in classe B, 22,5% in classe C

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

#### **INTERVENTI PER TUMORE DEL COLON:**

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

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

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

#### **INTERVENTI PER TUMORE DELL'UTERO:**

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

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

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

#### **IPOTESI DI SOLUZIONE**

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

#### **INTERVENTI PER TUMORE DEL POLMONE:**

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

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

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

#### **CONSIDERAZIONI FINALI AMBITO ONCOLOGICO**

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

#### **2. PROTESI D'ANCA**

##### **INTERVENTI PER PROTESI D'ANCA:**

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

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

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

#### **3. ALTRE PRESTAZIONI**

##### **INTERVENTI PER BY-PASS AORTO CORONARICO:**

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

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

Per questo tipo di prestazioni è stato richiesto ai professionisti particolare attenzione nella scadenza dei tempi di attesa. Il miglioramento delle performance evidenziano che tale attenzione c'è stata in particolare negli ultimi due mesi del 2018. Si precisa che dalle interlocuzioni interne con i professionisti è emerso come tale intervento sia da considerarsi oramai "desueto" per la branca cardiocirurgica e che in ragione di altri interventi più complessi (a parità di urgenza derivante dalla classe di assegnazione) viene data priorità ad altri.

**IPOTESI DI SOLUZIONE:**

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

**INTERVENTI PER ANGIOPLASTICA:**

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

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

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

**INTERVENTI PER ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA:**

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

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

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

**SOLUZIONI CONDIVISE CON L'U.O.:**

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

**INTERVENTI DI CORONAROGRAFIA:**

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

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

Per questo tipo di prestazione non vi sono criticità.

**INTERVENTI DI TONSILLECTOMIA:**

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

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



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

SOLUZIONI CONDIVISE:

- Monitoraggio più stretto delle scadenze degli interventi.

**INTERVENTI DI BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO:**

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

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

Per questo tipo di prestazione non vi sono criticità.

**INTERVENTI PER EMORROIDECTOMIA:**

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

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

**Pazienti in lista d'attesa: 74**

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

SOLUZIONE DA CONDIVIDERE CON REFERENTE WS BUDRIO:

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

**INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE MONOLATERALE:**

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

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

**Pazienti in lista d'attesa: 201**

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

SOLUZIONE DA CONDIVIDERE CON REFERENTE WS BUDRIO:

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

### **CONSIDERAZIONI FINALI RISPETTO AD ALTRE PRESTAZIONI**

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

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

Le manovre correttive previste per le ernie hanno consentito di abbattere i volumi di lista ma non ancora quello di migliorare le performance (un terzo circa di quelle in attesa sono del 2017). Per ciò che concerne i by-pass continueremo a supportare i professionisti nel monitorare le scadenze, da ultimo valuteremo le modalità operative da adottare per i pazienti sottoposti ad angioplastica. Con questi correttivi dovremmo, anche in questa sezione, migliorare le nostre performance riportando verso % più elevate.

### **SMALTIMENTO DEI CASI DATATI DEFINITI SIGLA 1.0**

Come accennato in occasione degli interventi di riparazione di ernia, anche questo rappresenta un obiettivo attribuito dalla Regione alle aziende. Ancora una volta gli enormi volumi di riferimento per la nostra azienda non hanno consentito di smaltire completamente quanto presente di vecchio nelle liste monitorate entro il 31/12. Al 1 gennaio 2018 (momento zero di cristallizzazione della fotografia per la nostra azienda dei casi presenti in lista al 31/12/2017 e da smaltire entro il 2018) i casi censiti erano 9.300. A marzo 2019 i pazienti ancora in lista sono 1.635 riuscendo quindi a smaltire l'82% dei pazienti previsti che salgono al 83% se si da seguito agli accordi regionali per i quali la disciplina Andrologica non viene considerata tra quella prioritarie da smaltire.

Volendo dettagliare questi circa 1.600 pazienti ancora una volta emergono le stesse criticità riscontrate anche per i nuovi inseriti infatti la distribuzione risulta la seguente:

- Disciplina Urologica:** 790 pazienti (di cui 178 Andrologici e 612 Urologici) pari al 48% dei pazienti da "smaltire";
- Disciplina Chirurgica:** 582 pazienti pari al 35,5% dei pazienti da "smaltire" e riferibile per la maggior parte a pazienti in attesa per la sede di Budrio (449 pazienti – 77,1%).

#### **IPOTESI DI SOLUZIONE:**

- Monitoraggio stretto con le U.O. nel tentativo di smaltimento dei pazienti datati;
- Prosecuzione delle attività di progressivo smaltimento dei pazienti in attesa sia in ambito urologico che in ambito chirurgico

Indicatori InSiDER

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	63,41	77,18	65,86	88,36
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	79,17	81,04	89,4	89,45
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	64,97	70,61	73,44	80,72

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

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

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

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

E' stato inoltre attuato un piano di adeguamento dei posti dedicati alla presa in carico, con prescrizione da parte dello specialista delle prestazioni diagnostiche necessarie per l'inquadramento e la prenotazione della visita di controllo successiva, evitando al paziente il rinvio al MMG per prescrizione.

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

Indicatori InSiDER

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg		97,05	99,91	97,82
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg		98,31	99,94	98,71

Inoltre, sono state implementate ulteriori misure riorganizzative volte ad eliminare i vincoli prenotativi presenti per le prestazioni di primo livello a CUP mediante superamento del quesito diagnostico per accedere alle agende nel sistema di prenotazione CUP. Ciò ha consentito di rendere disponibile l'accesso alle prenotazioni per le prestazioni anche tramite web (CUPWEB).

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

*Risultato raggiunto: > 80 %*

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

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

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

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

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

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

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

Indice di performance Promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente:

Numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (fonte ASA/ARMP/DEMA) Risultato atteso: valore 2018 > valore 2017. Risultato raggiunto: valore 2018>2017 (+12,3 %)

Indice di performance Promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente:

Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP (fonte ASA/ARMP/DEMA) Risultato atteso: valore 2018 < valore 2017. Risultato raggiunto: valore 2018> 2017 (+ 8,2%).

#### Afflusso ai Pronto Soccorso

Sono stati definiti i criteri utili all'implementazione del sistema NEDOCS per valutazione del sovraffollamento in PS ed è stato aggiornato il documento di gestione di sovraffollamento del PS generale a livello ospedaliero.

Nel 2018 si è concluso il progetto di reingegnerizzazione e innovazione all'interno del dipartimento di emergenza e urgenza, svolto in collaborazione con l'Università di Modena e Reggio Emilia e l'U.O. Medicina d'urgenza e PS. Questo progetto aveva l'obiettivo di revisionare il modello organizzativo in Pronto Soccorso per trovare modalità operative per facilitare il lavoro quotidiano del personale di Pronto Soccorso, individuando soluzioni innovative e contestualmente creando un gruppo di riferimento progettuale autonomo nel proseguire l'attività di miglioramento continuo. I risultati conseguiti sono stati il re-design della sala d'attesa principale, della segnaletica e dei percorsi. Sono stati individuati degli strumenti di supporto all'infermiere di triage e di processo, promosso l'integrazione del personale OSS; è stata migliorata l'interfaccia tra il PS e la Radiologia d'urgenza ed è stato ottimizzato il lavoro degli infermieri in osservazione temporanea.

Sempre nell'ambito della riduzione dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso è in fase di sperimentazione un processo "riconoscimento della condizione clinica predefinita in fase di triage" che prevedrà in futuro, a fronte della l'identificazione di una condizione clinica specifica del paziente, l'esecuzione già in triage del prelievo ematico per gli esami per quella particolare condizione clinica, andando così a ridurre i tempi di permanenza del paziente in Pronto Soccorso. Attualmente è in corso la redazione del capitolato per una gara per l'installazione di un sistema di posta pneumatica che consentirà l'invio dei campioni ematici dal Pronto Soccorso al laboratorio, ciò consentirà l'abbattimento dei tempo di portantinaggio delle provette e conseguentemente una riduzione dei tempi di permanenza in PS.

Per quanto riguarda l'efficiente utilizzo dei posti letto e il monitoraggio dell'indice comparativo di performance, che misura la durata media della degenza a parità di mix di

attività, si conferma anche per l'anno 2018 un valore di 1,02, la migliore performance fra le aziende ospedaliere universitarie della Regione Emilia-Romagna.

Indicatori e target attesi

Rilevazione algoritmo NEDOCS = 100%

Risultato conseguito: Rilevazione algoritmo NEDOCS = presente

Tempo mediano di permanenza in PS<166 (mediana 2017 per stabilimento)

Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici > 2 percorsi

IND0720 - Tempo mediano di permanenza in PS=220 (data e ora di dimissione-data ore accettazione) Mediana RER=173

Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici = Presenti PDTA BPCO e Scompenso.

#### Indicatori InSiDER

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
% abbandoni dal Pronto Soccorso	4,77	4,98	4,46	5,05
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	76,98	67,87	79,75	69,02
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	59,41	60,96	63,83	60,24

### Reti Hub and Spoke tempo dipendenti

#### Rete Stroke

Nel corso del 2018 è stato portato a termine il processo di riorganizzazione della rete metropolitana per la gestione e il trattamento del paziente con ictus ischemico acuto che prevede, attraverso il servizio di emergenza territoriale del 118 e l'integrazione degli ospedali dell'area metropolitana, la centralizzazione primaria alla stroke unit di II livello (Ospedale Maggiore dell'AUSL) di tutti i casi eleggibili al trattamento ripercusivo per l'approfondimento diagnostico e l'eventuale esecuzione delle procedure di rivascolarizzazione cerebrale intravenosa (trombolisi) o, se indicato, endoarteriosa (trombectomia primaria e secondaria).

L'AOU partecipa alla rete metropolitana Stroke attraverso:

► Invio al PS dell'Ospedale Maggiore (OM) dei pazienti autopresentati che accedono al PS dell'Azienda Ospedaliera (AOU) con indicazione a terapia ripercusiva;

► Rientro immediato da PS OM a PS AOU dei pazienti non candidabili alla terapia ripercusiva e di pertinenza dell'area territoriale AOU;

► Rientro dei pazienti ricoverati OM ai reparti AOU (in primis *Stroke care*) dei pazienti ripercusi o meno di competenza territoriale AOU (attraverso *bed management*);

► Accesso in Medicina Fisica Riabilitativa AOU da OM anche per pazienti non di competenza territoriale AOU (*cingolo riabilitativo metropolitano*).

Nel 2018 i risultati relativi ai parametri di monitoraggio del percorso aziendale dei pazienti con Stroke sono risultati in linea con i dati attesi e con performance migliori rispetto al valore medio regionale: mortalità a 30 giorni 7,26 (AOU) vs 10,09 (Regione Emilia-Romagna) e percentuale pazienti inviati alla riabilitazione (cod.56): 22,4% (AOU) vs 13,7% (Regione Emilia-Romagna).

#### Rete cardiologica

L'AOU è sede di emodinamica e centro Hub della rete metropolitana dei servizi per l'emergenza – urgenza cardiologica - che integra i sistemi di intervento di emergenza – urgenza con il territorio e con ospedali a diversa complessità assistenziale - per IMA (STEMI e NSTEMI) e per altre condizioni tempo – dipendenti, quali l'insufficienza cardiaca acuta grave e le sindromi aortiche acute toraciche (SAAT). In particolare, per la dissezione di tipo B, l'AOU è anche centro Hub di riferimento per l'Area Vasta Emilia Centro e per l'AUSL Romagna.

Si riportano, di seguito, i valori 2018 relativi agli indicatori individuati per la valutazione della **rete cardiologica e cardiocirurgica**:

Indicatori InSiDER

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	8,42	9,06	9,31	8,98
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	30,66	43,18	32,45	44,78
Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni	0,65	1,57	0,92	1,51
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni	2,15	1,96	1,36	1,68
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni	0,48	1,53	0,45	1,24
Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	7,28	10,66	7,26	10,09

I risultati del 2018 confermano la buona performance aziendale in ambito di chirurgia vascolare, cardiocirurgia, cardiologia, con una complessiva miglior performance rispetto al dato medio regionale e una sostanziale tenuta del risultato rispetto all'anno precedente.

In particolare, dati relativi all'IMA non sono standardizzati e appaiono leggermente superiori al dato regionale; dopo standardizzazione, come effettuato nel Piano Nazionale Esiti (PNE), le percentuali diventano significativamente più basse.



### 3.1.2. Area di performance dell'Integrazione

#### Integrazione e rapporti con l'Università

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

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

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

Sono stati condivisi i principi generali e le finalità, basati sulla collaborazione e orientati ad un modello di relazioni che garantisca una programmazione congiunta delle forme di integrazione tra attività assistenziali, didattico-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.

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;

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

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

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

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

Per quanto attiene alla **partecipazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale alle attività didattiche** (capo 3 dell'Accordo), l'Azienda e l'Università promuovono la partecipazione del personale dell'Azienda alle attività didattico-formative, in conformità alla normativa vigente e secondo i criteri, i requisiti e i regolamenti dell'Università. 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 nel 2018 ha predisposto quanto concordato con l'azienda territoriale di riferimento per integrare l'organizzazione dei corsi di accompagnamento alla nascita anche con corsi istituzionali la cui partenza si è verificata in gennaio 2018: 18 corsi, 270 donne/coppie e 30 donne/coppie di V-BAC. L'Azienda territoriale ha migliorato la sua

performance sulla percentuale di nullipare che hanno effettuato corsi di accompagnamento alla nascita passando dal 50,4% del 2017 a 54,87% per il 2018, rimanendo sempre al di sopra dello standard regionale previsto.

Indicatori e target:

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

Risultato conseguito:

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

#### CARTELLA REGIONALE DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA

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

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

#### METODICA DI CONTROLLO DEL DOLORE DURANTE IL TRAVAGLIO/PARTO

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

Nel 2018 è stata confermata a tutte le gestanti l'offerta della partoanalgesia con metodica epidurale secondo il percorso istituzionale sancito dalle linee guida regionali (DGR 1921/2007). Nel corso del 2018, 1.843 gestanti hanno partecipato ai corsi organizzati presso la nostra Azienda (circa 168 partecipanti per ciascuna seduta), di queste 1.030 hanno effettuato la visita di valutazione anestesiológica di idoneità alla procedura ed hanno firmato il consenso informato alla stessa. Globalmente 748 hanno fatto effettivo ricorso all'analgia peridurale in travaglio. Pertanto, su 2.140 parti spontanei, ventose e TC in travaglio avviato nel 2018, il 35,06% delle partorienti ha partorito in analgesia epidurale. A tutte le altre donne sono state offerte le tecniche non farmacologiche di contenimento del dolore.

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

### DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA

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

In particolare, è stato pianificato e attivato dal mese di novembre 2017, in accordo con l'AUSL di Bologna, il piano di incremento dell'offerta di test combinato per fare fronte alle aumentate necessità di diagnostica non invasiva. Sono state definite le misure organizzative da attivare tra i diversi punti di erogazione ambulatoriale, al fine di rispettare i tempi previsti per effettuare l'esame."

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

Nell'agenda GESI/CUP viene prenotata direttamente la traslucenza 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. L'attività effettuata nel 2018 consta di 642 prestazioni complessive, a fronte delle 368 del 2017.

### PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO

Per favorire tutte le azioni volta ad aumentare il tasso di allattamento al seno, l'azienda si è impegnata a raccogliere i dati di prevalenza al momento della dimissione e ad inviarli in Regione (pur non essendo inserita l'AOU BO nell'anagrafe vaccinale). Inoltre, l'Azienda si è impegnata a partecipare agli eventi formativi organizzati dalla Regione. Per il 2018 il risultato raggiunto si mantiene in linea con il 2017.

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

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

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

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

#### TAGLIO CERSAREO

L'andamento osservato nel 2018 sia sulla percentuale dei tagli cesarei primari sul totale dei parti che sulla percentuale dei cesarei in classe I di Robson (ovvero nullipare, gravidanza singola, >= 37 settimane di gestazione ed in travaglio spontaneo) rimane al di sopra dello standard regionale definito.

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

#### Indicatori InSiDER

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	25,64	18,01	26,96	17,47
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,95	0,9	1,08	0,94
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,61	0,98	1,85	1,24

#### STEN e STAM

In data 19 dicembre 2018 è stato effettuato un audit che ha riguardato sia il trasporto neonatale (STEN) che quello materno fetale (STAM), presenti i referenti dell'AOU di Bologna e dell'AUSL di Imola, al fine di analizzare le attivazioni STEN e gli invii STAM da parte dell'AUSL di Imola nel corso del 2018 e confrontando tali attività con gli indicatori della DGR

1603/2013. Dall'audit sono emerse approfondite valutazioni che hanno portato ad alcune azioni di miglioramento e alla revisione delle P-INT17 STEN e P-INT 36 STAM.

### Percorso IVG

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

In ottobre 2018 sono state riorganizzate le sedute operatorie per aumentare l'offerta e ridurre i tempi di attesa. Questa azione di miglioramento effettuata a fine 2018 ha comunque consentito di avvicinarsi allo standard del 25%.

#### *Indicatori e target:*

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

### Indicatori InSiDER

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	40,99	31,48	26,6	25,64

### Procreazione Medicalmente Assistita

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

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

### Contrasto alla violenza

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

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

L'implementazione delle linee di indirizzo regionali è stata ulteriormente potenziata da un programma formativo locale specifico rivolto alle molteplici professionalità che intervengono nel percorso clinico-assistenziale del bambino vittima di abuso. A tal fine in dicembre 2018 è stato realizzato un evento formativo promosso dalla U.O. Pediatria d'Urgenza a cui hanno partecipato i professionisti di tutte le UU.OO. Pediatriche.

### Ospedali di Comunità

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

### Dimissioni protette

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

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

### Cure palliative

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

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

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

### **Processi di integrazione della rete ospedaliera**

Nell'anno 2018 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 nel 2018.

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

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna:

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

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

Il riordino dell'assistenza ospedaliera e territoriale in ambito metropolitano è stato principalmente caratterizzato dai lavori del Nucleo tecnico di Progetto (NTP) che hanno portato nel mese di giugno 2018 alla presentazione del documento "Forme di integrazione nell'Area metropolitana di Bologna" che disegna gli scenari e le ipotesi alternative di sviluppo per il futuro della sanità metropolitana bolognese; tale documento è stato acquisito dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna nella seduta del 16 luglio.

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

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

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

-rafforzare il ruolo del Direttore di Distretto, quale rappresentanza del Direttore Generale dell'Azienda nel proprio territorio, mediante l'assegnazione di un budget, comprendente anche le risorse per le prestazioni ospedaliere di base e di poteri di indirizzo, coordinamento e verifica sui Dipartimenti, compresi quelli clinici, del territorio di riferimento;

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

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

appartenenti al dipartimento interaziendale forme di collaborazione e integrazione più efficaci per il conseguimento di obiettivi di interesse metropolitano

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

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

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

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

Il quarto ed ultimo modello propone una **Azienda di nuovo tipo, Sanitario-Universitaria** con l'integrazione tra Azienda USL e Università. Il modello proposto garantirebbe il collegamento tra assistenza, didattica e ricerca nei livelli territoriali ed ospedaliero distrettuale di riferimento e lo sviluppo di una collaborazione organica e stabile per sviluppare attività di formazione a sostegno dell'acquisizione delle competenze richieste alle professioni mediche e sanitarie per rispondere alla nuova articolazione territoriale di servizi prima ospedalieri. Quest'ultimo modello richiede interventi normativi di carattere regionale.

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

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

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

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

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

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

Genetica Medica	X	C	-	X	2018
DAI Sperimentale Interaziendale di Anatomia Patologica (DIAP)	X	X	X	X	2018
Chirurgia Vascolare	X	C	-	X	2018
Chirurgia Bariatrica	X	C	-	-	2018

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

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

### **Chirurgia Senologica**

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

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

- garantire una direzione comune che assicuri l'organizzazione dell'attività e la funzionalità dei servizi;
- uniformare i percorsi di cura garantendo la piena integrazione professionale tra le due aziende, anche all'interno dei meeting multidisciplinari;
- sviluppare le *clinical competence* dei professionisti che operano all'interno del servizio integrato;
- garantire i volumi di attività per il trattamento del carcinoma mammario, sia complessivamente che per singolo operatore;
- garantire alla donna di poter accedere, in caso di ravvisata necessità, alle tecniche chirurgiche più innovative;
- garantire maggiori opportunità di ricerca, di formazione e di valorizzazione delle professionalità presenti presso l'Ospedale di Imola e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna contribuendo quindi al miglioramento della qualità assistenziale;
- inserire l'Ausl di Imola all'interno della certificazione europea Eusoma;
- uniformare le codifiche dei DRGs, i target degli indicatori di efficienza ed efficacia.

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

- 1.realizzazione di un unico PDTA per la gestione della paziente con tumore della mammella;
- 2.realizzazione di un unico team multidisciplinari integrato tra le due aziende per la discussione pre e post operatoria dei casi clinici;
- 3.rotazione del team di chirurghi sulle due sedi per sviluppare e omogeneizzare le *clinical competence*;

4.suddivisione della casistica sulle due sedi con l'effettuazione di interventi di routine presso le due sedi, per garantire la prossimità di cura alla paziente e l'effettuazione di interventi specialistici di secondo livello, che richiedono la collaborazione con chirurghi di altre UU.OO. presso la sede di AOU;

5.integrazione delle attività di anatomia patologica sulle due sedi con condivisione delle procedure diagnostiche di I livello, di II livello IIC , delle modalità di refertazione ed utilizzo di check-list comuni tra i due laboratori; centralizzazione presso AOU degli algoritmi diagnostici dei test molecolari (ISH-FISH); pianificazione di controlli di qualità interlaboratorio per valutare l'appropriatezza dei test eseguiti con revisione condivisa mediante audit; e attivazione di controlli di riproducibilità diagnostica interosservatore.

### **Progetto Chirurgia Vascolare**

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

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

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

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

La riorganizzazione delle attività prevede che le patologie principali (aortica, arteriopatie obliteranti arti inferiori e carotidea), siano trattate presso i due principali ospedali di Bologna (Sant'Orsola o Maggiore) che risultano sedi Hub individuate per le patologie di alta complessità mentre presso la sede di Imola verrà sviluppata l'attività legata alle varici e la costruzione di FAV per i residenti sul territorio dell'Ausl. Condizione essenziale allo sviluppo

di una corretta programmazione delle attività è la creazione di una lista di attesa unica per l'accesso alle prestazioni, con un collegamento informatico tra le diverse sedi che permetta lo scambio di informazioni in tempo reale tra le diverse strutture. L'unificazione delle liste operatorie permette di poter indirizzare i pazienti nei due Hub, per quanto riguarda le patologie principali con un recupero di efficienza complessivo del sistema.

### **Progetto Chirurgia Bariatrica**

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

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

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

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

### **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 2018 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).

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

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

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

In particolare per quel che concerne il SUMAP, durante l'anno 2018 è stato definito il **progetto per il consolidamento del SUMAP**. Le Direzioni delle 4 Aziende hanno convenuto, come previsto dal progetto, un riassetto delle attività volto a garantire che il servizio si concentri nelle attività "core". Sono state riallocate all'interno delle singole aziende le seguenti funzioni:

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

Si stanno verificando al momento con le direzioni le modalità organizzative che consentano di alleggerire l'enorme peso di attività che cura la amministrazione di circa 16.500 unità di personale, prevedendo anche un numero di dirigenti maggiore di quello attuale. E' inoltre proseguita l'azione propedeutica a:

- Omogeneizzazione attività:** è continuata la lunga e difficile attività di omogeneizzazione delle attività. Si è addivenuti ad un unico modello di contratto di lavoro dipendente adottato per le assunzioni di tutte e quattro le aziende, alla formalizzazione di una unica modalità per le denunce invalidi e ad un unico avviso al personale per la produzione dello stato di invalidità al personale dipendente;

•**Implementazione sistema GRU: il sistema GRU** (Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane) - pur con le note difficoltà rendicontate periodicamente nel corso degli incontri regionali - è stato definitivamente collaudato nel 2018.

L'avvento della procedura GRU ha diffuso una modalità di confronto su problematiche comuni attinenti alla amministrazione e alla gestione delle risorse umane tese a promuovere lo sviluppo di linee di azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche a livello di area metropolitana. Insieme sono state condivise le modalità di applicazione delle norme contrattuali relative alle indennità h. 12 e h. 24 anche se, dopo una iniziale trattativa congiunta interaziendale a livello di area metropolitana, nelle rispettive aziende si è dato corso a trattative su tavoli separati sulla base delle diverse esigenze e realtà aziendali. L'esperienza - pur molto impegnativa sia per gli operatori che per i dirigenti - ha portato sicuramente un valore positivo.

### **Centralizzazione acquisti e logistica dei beni farmaceutici e dei dispositivi medici**

Le attività relative al progetto della Supply Chain Centralizzata AVEC per l'anno 2018 si sono concentrate sull'aggiornamento dei costi cessanti aziendali per effetto della implementazione del progetto stesso, sull'aggiornamento del documento alle richieste regionali di chiarimento e alla predisposizione della documentazione di gara per un assesment di un soggetto advisory del progetto stesso.

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

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

Sempre in merito al documento di progetto, il coordinatore del gruppo di lavoro AVEC (Responsabile Centro Logistico AOSP Bologna) ha provveduto ad aggiornare la documentazione inerente il progetto secondo le indicazioni e le richieste della Regione. Il documento di progetto aggiornato sarà oggetto di prossima verifica da parte del collegio tecnico dei Direttori Amministrativi AVEC.

Inoltre, è in corso di valutazione di procedere alla pubblicazione di un bando di gara di assesment sulla progettualità di Supply Chain.



### 3.1.3. Area di performance degli esiti

Presso l'Azienda viene effettuato il monitoraggio sistematico di un set di indicatori di esito e volumi di attività che fanno riferimento ai dati pubblicati dal Piano Nazionale Esiti, ai data base regionali e ad uno specifico data base aziendale per la valutazione della performance clinica.

L'attività oggetto di valutazione riguarda prevalentemente le aree cliniche e i processi assistenziali riportati nella tabella sottostante.

#### Indicatori InSiDER

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	11,8	9,99	12,42	10,03
Scopenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	11,67	12,68	10,99	11,86
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	76,6	80,73	78,4	82,43
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	52,85	82,06	59,95	84,4
Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	83,72	81,55	83,38	89,07
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	3,31	6,11	3,45	6,47
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,77	0,78	0,34	0,78
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	2,86	4,74	3,57	5,08
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	4,98	4,35	4,53	3,61
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	84,27	72,8	83,21	71,36

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

La proporzione di parti cesarei primari, così come gli indicatori sulle complicanze postpartum, risultano più elevati rispetto al dato regionale, differenza dovuta alla presenza nel policlinico di un centro di terapia intensiva neonatale di terzo livello e dei centri di fisiopatologia neonatale e procreazione assistita. Standardizzando gli indicatori, il risultato varia notevolmente rendendo ragione della complessità della casistica trattata. Questo si può

facilmente constatare se si considera, ad esempio, il valore della proporzione dei parti cesarei primari del PNE 2018: standardizzato 12,32 vs grezzo 26,45.

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.

Per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni dopo intervento di tumore maligno al polmone, stomaco e colon, gli indicatori sono sostanzialmente costanti nel tempo e migliori o analoghi rispetto al valore regionale.

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

## **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 sviluppato l'andamento delle singole unità operative per individuare gli eventuali ambiti di miglioramento.

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

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

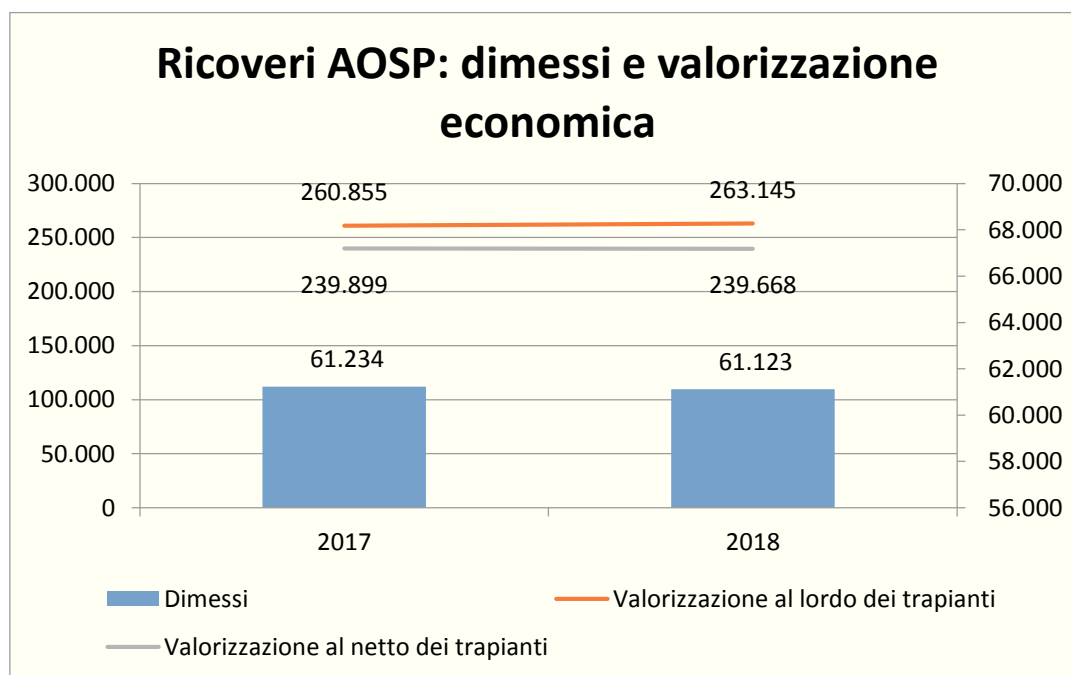
#### **Attività di ricovero**

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

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

ANDAMENTO N. RICOVERI - PERIODO Gennaio Dicembre 2017 - 2018												
* Onere della degenza: Mobilità sanitaria (1 2 6 10)	nr. Dimessi				Valorizzazione al lordo dei trapianti				Valorizzazione al netto dei trapianti			
	gen-dic 17	gen-dic 18	D ass.18_17	var% 18_17	gen-dic 17	gen-dic 18	D ass.18_17	var% 18_17	gen-dic 17	gen-dic 18	D ass.18_17	var% 18_17
DIMESSI IN REGIME ORDINARIO (al netto del nido)	49.265	48.417	-848	-1,7%	243.133	245.921	+2.788	1,1%	222.177	222.443	+266	0,1%
Val medio DO					4,94	5,08		2,9%	4,54	4,63		2,0%
NIDO	2.592	2.554	-38	-1,5%	1.060	1.056	-4	-0,3%	1.060	1.056	-4	-0,3%
<b>TOTALE RICOVERI DEGENZA ORDINARIA</b>	<b>51.857</b>	<b>50.971</b>	<b>-886</b>	<b>-1,7%</b>	<b>244.192</b>	<b>246.977</b>	<b>+2.784</b>	<b>1,1%</b>	<b>223.237</b>	<b>223.499</b>	<b>+262</b>	<b>0,1%</b>
DIMESSI in DH	9.377	10.152	+775	8,3%	16.662	16.169	-494	-3,0%	16.662	16.169	-494	-3,0%
Val medio DH					1,78	1,59		-10,4%	1,78	1,59		-10,4%
DH ONCOLOGICI	535	264	-271	-50,7%	1.872	579	-1.293	-69,0%	1.872	579	-1.293	-69,0%
DH NO ONCOLOGICI	8.842	9.888	+1.046	11,8%	14.791	15.589	+799	5,4%	14.791	15.589	+799	5,4%
<b>TOTALE RICOVERI DO+DH</b>	<b>61.234</b>	<b>61.123</b>	<b>-111</b>	<b>-0,2%</b>	<b>260.855</b>	<b>263.145</b>	<b>+2.291</b>	<b>0,9%</b>	<b>239.899</b>	<b>239.668</b>	<b>-232</b>	<b>-0,1%</b>

Fonte dati: banca dati aziendale prestazioni ambulatoriali



Fonte dati: banca dati aziendale prestazioni ambulatoriali

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

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

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 incremento sono:

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

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

Infraregione: relativamente all'attività per pazienti della Regione Emilia-Romagna si registra un lieve aumento dei ricoveri di +44 dimessi pari a +0,7% che si accompagna ad un aumento della valorizzazione dell'attività di +2,441 mln di euro (+7,1%);Si registra in particolare un incremento della valorizzazione dell'attività infraregione per l'area di cardiologia/cardiochirurgia (+1,649 mln di euro, +16%), dell'attività dei trapianti di midollo e di organo (1,080 mln di euro, +79%), urologia (+445 mila euro, +19%) nefrologia e urologia medica (+127 mila euro, +30%). In riduzione la valorizzazione di emolinfopatie, di neonatologia, di radio-chemioterapia, di gastroenterologia e chirurgia vascolare;

Extraregione: si registra una diminuzione della mobilità extraregionale -90 casi (-1,1%) con una corrispondente valorizzazione pari a -1,367 mln di euro (-2,9%), al netto dell'attività di trapianto la valorizzazione si riduce ulteriormente (-5,7%).La riduzione dell'attrazione riguarda in modo diffuso varie linee di attività: la chirurgia generale (-990 mila euro, -9%), ortopedia (-506mila euro, -24%), cardiologia cardiochirurgia (-425mila euro, -4%), medicina dell'emergenza urgenza (-260 mila, -11%), neonatologia e nido (-116mila euro, -22%). Si rileva un incremento di attività per la chirurgia toracica (+191mila euro, +26%), nefro-urologia medica (+240mila euro, +28%) e trapianti di organi (+391mila euro, +10%) e di midollo (+504mila euro, +17%).

L'attività in regime di **day hospital** registra un aumento di +775 dimessi (+8,3%): nell'anno 2018 è proseguito il percorso di riduzione del day hospital oncologico (-271 ricoveri, -50,7%) e all'incremento dei day hospital non oncologici (+1.046, +11,8%) dovuto ad azioni di miglioramento dei setting di ricovero in particolare nelle discipline di Chirurgia pediatrica, Week surgery Budrio.

### **Specialistica ambulatoriale**

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

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

	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
<b>Gennaio Dicembre 2017</b>	3.484.037	80.307.468	2.332.562	62.553.150	477.050	10.273.493	674.425	7.480.825
<b>Gennaio Dicembre 2018</b>	3.861.080	85.981.534	2.466.354	66.685.213	664.763	11.260.623	729.963	8.035.698
<b>Variazione assoluta</b>	<b>377.043</b>	<b>5.674.066</b>	<b>133.792</b>	<b>4.132.063</b>	<b>187.713</b>	<b>987.130</b>	<b>55.538</b>	<b>554.873</b>
<b>Var. %</b>	<b>10,82%</b>	<b>7,07%</b>	<b>5,74%</b>	<b>6,61%</b>	<b>39,35%</b>	<b>9,61%</b>	<b>8,23%</b>	<b>7,42%</b>

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

Fonte dati: banca dati aziendale prestazioni ambulatoriali

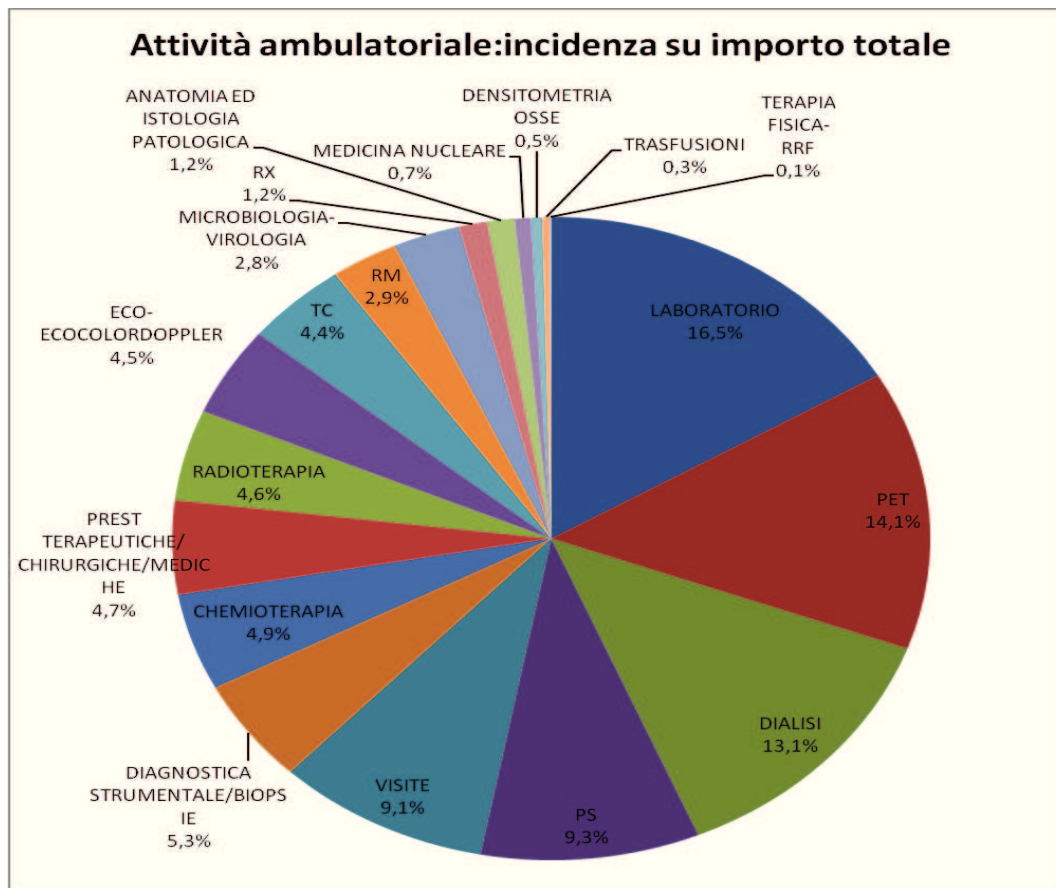


Grafico: composizione % della valorizzazione economica delle prestazioni ambulatoriali anno 2018.

Fonte dati: banca dati aziendale prestazioni di specialistica ambulatoriale anno 2018.

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

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

- di segno leggermente negativo visite (-36mila, -0,46%) e le prestazioni di anatomia patologica -15,7mila euro (-1,5%).

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

- l'attività per assistiti della provincia di Bologna rappresenta il 72% della valorizzazione complessiva, in incremento rispetto al 2017;



-l'attività per pazienti assistiti da altre Ausl della regione è il 13% e per pazienti extraregione il 14%; in entrambe i casi in incremento rispetto al 2017.

#### Indicatori InSiDER

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	325.218	6.839.955	327.408	711.7094
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	442.255	6.519.422	465.680	6.669.619
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.923.533	46.157.827	2.209.623	47.878.684
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	967.042	5.964.392	-	-

A seguire la rendicontazione relativamente alle principali linee di azione che hanno impegnato l'Azienda nel 2018.

#### Polo Cardio Toraco Vascolare

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

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

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

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

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

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

1. l'attivazione dell'ambulatorio pre-ricovero, per contenere la degenza media preoperatoria (attivazione prevista entro il 2019)

2. pianificazione delle sedute operatorie e dei ricoveri dei pazienti in rapporto alle liste di attesa per le diverse specialità chirurgiche afferenti al Polo CTV (progetto presentato nel corso dello Strategy Meeting del 27/02/2018), con coordinamento affidato all'Ufficio flussi.

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

- l'attivazione della struttura interaziendale di "Chirurgia Vascolare Metropolitana" dal 1° Ottobre 2018 (accordo prot. n. 19160 del 29/09/2018, recepito con delibera n. 228 del 31/10/2018)

- con l'obiettivo di strutturare una funzione che gestisca in modo integrato la patologia toracica chirurgica, garantendo il mantenimento di tutte le attività ed i percorsi di cura svolti in ambito metropolitano (compreso il trapianto di polmone) si è istituito, con nota prot. N. 10085 del 15/05/2018, il Gruppo di lavoro coordinato dalla dott.ssa Annamaria Longanesi (AUSL Bologna). Nelle more del completamento del progetto si è stipulata una Convenzione con l'Azienda USL di Bologna (sottoscritta con prot. N. 11466 del 29/05/2018 e presa d'atto con delibera n. 143 del 22/06/2018).

### Area Materno-Infantile

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

- studio di fattibilità complessivo "Riconfigurazione funzionale e architettonica dell'area pediatrica-neonatologica nell'ambito del Polo Materno-Infantile del Policlinico Sant'Orsola - Malpighi" e il progetto preliminare relativo al primo stralcio "Riordino delle strutture dell'Area Pediatrica e riqualificazione del Padiglione 4 – Ostetricia e Ginecologia – Primo Stralcio Funzionale" (anno 2015);

- riqualificazione dell'area materno - infantile con rifunionalizzazione e parziale ampliamento - sopraelevazione del Padiglione 4 e dell'area pediatrica al secondo e terzo piano del Padiglione 13 (anno 2016);

- aggiudicato il servizio di architettura, ingegneria e geologia, con relative indagini, per la redazione della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva e il coordinamento della sicurezza in fase di progettazione per un importo contrattuale pari ad € 2.141.192,30, oltre IVA e contributi previdenziali (anno 2017);

- approvato il progetto di fattibilità tecnico economica (Progetto P/45/2017) "Riordino e riqualificazione delle strutture dell'area pediatrica nell'ambito del polo materno infantile (Padiglioni 4, 10, 13 e 16), comprensivo dell'ampliamento del Padiglione n. 4 e della demolizione del Padiglione n. 21 presso il Policlinico per un importo complessivo di € 41.799.390,00 IVA inclusa, finanziato con fondi statali, regionali e aziendali (anno 2018).

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

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

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

#### Area chirurgica

L'area chirurgica è stata interessata da un'intensa azione di analisi della casistica e la messa a regime di azioni per il contenimento dei tempi di attesa per le patologie critiche, in coerenza con le disposizioni della DGR 272/2017. Per il dettaglio delle azioni avviate nel 2018 si rimanda a quanto descritto al paragrafo 3.1.1 Tempi attesa e garanzia dell'accesso per i ricoveri programmati.

#### Appropriatezza

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dalla DGR 2040/2015, l'Azienda nel corso del 2018 sono state intraprese azioni mirate al contenimento dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza in degenza ordinaria in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA. Nel 2018 il rapporto DRG potenzialmente inappropriati/appropriati è stato 0,18, quindi inferiore all'obiettivo regionale di 0,19 ed al reale valore medio regionale pari a 0,20.

#### **Indicatori InSiDER**

<b>Indicatore</b>	<b>Valore Aziendale 2017</b>	<b>Valore Regionale 2017</b>	<b>Valore Aziendale 2018</b>	<b>Valore Regionale 2018</b>
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,21	0,21	0,18	0,20

Per quanto riguarda i DRG medici, ed in particolare ai DRG 088 e 429, sono state intraprese sia azioni locali che azioni congiunte con l'Azienda USL di Bologna finalizzate alla definizione ed implementazione di percorsi specifici con l'obiettivo di potenziare le cure intermedie e primarie, riducendo, per quanto possibile, l'accesso di tali pazienti ai Pronto Soccorso ospedalieri e il loro eventuale successivo ricovero.

Nel 2018 il numero dei ricoveri dei due DRG oggetto di monitoraggio è sensibilmente calato rispetto al 2017 (riduzione del 36% per il DRG 88 e del 25% per il DRG 429) come evidenziato nella sottostante tabella che riporta il trend triennale del totale della casistica trattata in degenza ordinaria:

Numero dimessi con DRG 088 e 429.

DRG	2016	2017	2018
088 M-MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	<b>314</b>	<b>259</b>	<b>166</b>
429 M-DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	<b>186</b>	<b>113</b>	<b>85</b>

Fonte dati: banca dati SDO regionale.

Da tenere presente inoltre che tali ricoveri sono per la stragrande maggioranza (92% per DRG 88 e 77% per DRG 429) ricoveri in urgenza con accesso dal PS, per cui difficilmente contenibili.

Il tasso di ospedalizzazione di tali DRG tra i residenti dell'AUSL di Bologna è calato del 20,2% per il DRG 88 e del 37,2% per il DRG 429.

Nel corso del 2018 è stata portata a regime la conversione del day hospital oncologico al regime ambulatoriale. Per quanto riguarda i ricoveri chirurgici, l'Azienda ha iniziato un percorso teso a traslare verso il regime di DH o ambulatoriale i DRG chirurgici potenzialmente inappropriati con particolare riguardo ai 14 DRG chirurgici oggetto di monitoraggio nella DGR 191 del 27/26/18.

Per tali 14 DRG nel 2018 è stata registrata la significativa diminuzione del 19% dei casi (i ricoveri in DO sono passati da 1.651 a 1.340). Il dettaglio per singolo DRG è riportato nella sottostante tabella:

Numero dimessi con DRG chirurgici oggetto di monitoraggio nella DGR 191 del 27/26/18.

DRG	Descrizione DRG	2017	2018	riduzione 2018-2017	
		DO	DO	diff ass	diff %
8	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	21	10	-11	-52%
42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	100	186	86	86%
55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	286	261	-25	-9%
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	9	5	-4	-44%
158	INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	52	52	0	0%
169	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	129	121	-8	-6%
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	34	30	-4	-12%
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	321	357	36	11%
339	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETÀ > 17 ANNI	188	155	-33	-18%
340	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETÀ < 18 ANNI	198	64	-134	-68%
342	CIRCONCISIONE, ETÀ > 17 ANNI	36	18	-18	-50%
343	CIRCONCISIONE, ETÀ < 18 ANNI	208	7	-201	-97%
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	12	11	-1	-8%
538	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA	57	63	6	11%
	<b>Totali</b>	<b>1.651</b>	<b>1.340</b>	<b>-311</b>	<b>-19%</b>

Fonte dati: banca dati SDO regionale.

L'efficiente utilizzo dei posti letto (degenza media) è stato definito come obiettivo di budget per le unità operative con durata di degenza non ottimale monitorato in corso d'anno. Peraltro, l'indice comparato di performance (ICP) nel 2018 per il Policlinico è stato 1,02 il medesimo valore del 2017 ed è il più basso tra le Aziende Ospedaliere Universitarie regionali,

che invece hanno visto aumentare tale valore dal 2017 al 2018 come si nota nella tabella sottostante che riporta l'ICP del biennio 2017-2018.

Indice comparativo di performance delle aziende ospedaliere della Regione

Azienda di ricovero	ICP	
	2018	2017
AOSPU PARMA	<b>1,11</b>	1,10
AOSPU MODENA	<b>1,05</b>	1,04
AOSPU BOLOGNA	<b>1,02</b>	1,02
AOSPU FERRARA	<b>1,12</b>	1,09

Fonte dati: banca dati SDO regionale.

Le azioni sopra riportate, rendono conto dei buoni risultati ottenuti sul tema in oggetto riscontrabili sul sistema di indicatori regionali InSiDER di cui sotto si riportano gli indicatori di pertinenza.

#### Indicatori InSiDER

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,48	-0,52	0,23	0,40
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0,34	-0,34	0,52	0,52
Degenza media pre-operatoria	0,9	0,73	0,81	0,71
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	21.781	256.848	21.192	254.222
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	5.021	84.951	5.901	88.491
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	29.295	359.943	28.026	354.621
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	4.478	38.898	4.361	36.893
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,44	3,53	3,04	3,86
% di ricoveri in Day-Surgery per DRG LEA Chirurgici	41,13	49,65	48,18	51,48

#### Attività di procurement

Il processo della donazione degli organi, dei tessuti e delle cellule è ritenuto di primaria importanza per i risvolti clinici, etici e sociali che tale attività ingenera ed è la base imprescindibile per il mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, occorre precisare che il processo donativo coinvolge tutta la struttura ospedaliera, per tale motivo deve necessariamente possedere le caratteristiche organizzative / strutturali che ne permettano l'esecuzione.

Nell'anno 2018 è proseguita l'attività dell'Ufficio di Coordinamento Ospedaliero locale alle donazioni di organi e tessuti, al fine di sviluppare una rete donativa interaziendale che risponda al mandato di promuovere l'attività donativa stessa in un ambito organizzato e consapevole.

Il primo obiettivo perseguito dall'Ufficio è stato quello della sensibilizzazione, dei professionisti appartenenti alle UU.OO del Policlinico, all'atto donativo, che si è sviluppato attraverso un percorso capillare di relazioni con i direttori, i coordinatori e il personale infermieristico e consolidato grazie all'organizzazione ed espletamento di eventi formativi specifici (numero 8 eventi).

Sono stati, altresì consolidati percorsi specifici di sostegno per gli aspetti operativi della donazione (intervento dei componenti il procurement team direttamente nelle UU.OO in caso di segnalazione di potenziale donatore) e promossa l'implementazione della cultura della donazione.

Anche per l'anno 2018 uno degli obiettivi perseguiti, nell'ambito dell'attività di Donor Action, è stato quello legato al raggiungimento dei migliori livelli possibili in relazione ai principali indicatori nazionali e internazionali che valutano "la performance donativa" (INDEX1, PROC 2), a tale scopo sono stati rilevati tutti gli accessi, in pronto soccorso, dei pazienti portatori di lesioni cerebrali severe. Si è proceduto al loro monitoraggio, in corso di ricovero in degenza ordinaria, al fine di intervenire con la più efficace terapia medico/assistenziale valutando contemporaneamente, comunque, la possibile evoluzione verso la morte encefalica a garanzia di un possibile e rapido accesso in area intensiva indispensabile ad un eventuale successivo avvio di percorso donativo.

Lo sviluppo dei percorsi donativi e la forte collaborazione con i professionisti delle UU.OO. ha permesso non solo di raggiungere ma di superare il numero di donazioni di cornee, che per l'anno trascorso era previsto in numero di 123 e che si è attestato a 234.

Si riportano a seguire di dati relativi al monitoraggio degli indicatori.

**RIEPILOGO DONAZIONI 2018**

DONAZIONI	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
MULTIORGANO	1	1						1		1			4
<b>CORNEE</b>	27	52	22	20	27	22	14	12	8	10	10	10	234
Pazienti donatori cornee	14	26	11	10	14	11	7	6	4	5	5	5	118
MULTITESSUTO			1							2			3

NO CONSENSI	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
MULTIORGANO								2					2
Pazienti donatori cornee	22	17	23	10	11	8	9	6	11	5	6	9	137
MULTITESSUTO		2			1	1	1	1		2		2	10

NON IDONEI	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
MULTIORGANO	1						1			1			3
MULTITESSUTO	1				2						1	1	5

RIEPILOGO PAZIENTI CON ACCESSO AL PS PER PATOLOGIE CEREBRALI  
PRIMITIVE

2018

	ENTRATI	TRASFERITI	TOT VALUTABILI	DIMESSI	CURANTE	DECESSI	Non valutabili	Potenziati donatori	NON IDONEI	Morte cardiaca	NO CONSENSI	DONATORI	DONAZIONE
GENNAIO	35	4	31	18	7	6	1	5	1	4	0	1	2 CORNEE
FEBBRAIO	36	7	29	17	6	6	1	5	4	1 no posto in tipo	tessuti	2	4 CORNEE
MARZO	37	8	29	22	5	2	1	1	0	1	0	2	2 Cornee + 1 Multitessuto
APRILE	32	8	24	18	4	2	0	2	1	1	0	0	
MAGGIO	59	5	54	38	9	7	2	5	4	1	0	0	0
GIUGNO	50	6	44	36	3	5	2	3	1	2	0	0	0
LUGLIO	63	11	52	39	2	11	3	8	6	2	0	1	2 CORNEE
AGOSTO	63	14	49	31	10	8	3	5	2	3	0	0	0
SETTEMBRE	43	12	31	16	11	4	2	2	2	0	0	0	0
OTTOBRE	83	19	64	45	7	12	3	9	3	6	0	2	2 MULTITESSUTO
NOVEMBRE	78	25	53	36	11	6	3	3	1	2	0	0	0
DICEMBRE	68	11	57	44	9	4	0	4	2	2	0	0	0
	647	130	517	360	84	73	21	52	27	25	1	8	



*Indicatori e risultati*

*Relazione annuale da trasmettere al CRT-ER in occasione degli annuali incontri bilaterali con le aziende= Sono state inviate le relazioni annuali dai Coordinatori Locali sull'attività, gestione e composizione dell'ufficio di Procurement.*

*Numero di donazioni cornee rispetto al numero di decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni riferiti all'anno precedente>17%. Obiettivo raggiunto: 146 cornee prelevate su 123 richieste da obiettivo.*

*N. donazioni multitessuto (età compresa tra i 2 e i 78 anni) =come da indicazioni CRT-ER. Obiettivo non raggiunto: 3 donazioni multitessuto su 6.*

*Adesione al programma "cuore fermo DCD" regionale per le Aziende con le caratteristiche organizzative e strutturali idonee a supportare il progetto. Aderito al programma. Si è proposto un percorso che coinvolgesse la terapia intensiva polivalente per condividere le risorse. Sono state valutate le potenzialità donative per definire un percorso specifico.*

Polo oncologico

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

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

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

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

1. sviluppare percorsi assistenziali integrati all'interno dell'azienda e fra il Policlinico, sistema metropolitano e territorio;
2. completare la configurazione dell'offerta sanitaria ed assistenziale per poli di eccellenza;
3. promuovere l'innovazione assistenziale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa;
4. implementare il sistema dell'accoglienza, dell'interazione e dell'informazione nei confronti dell'utenza;

5. garantire in ogni azione di trasformazione la sostenibilità forte in termini ambientali, sociali ed economico-finanziari;
6. migliorare le relazioni di accessibilità, sosta e mobilità per gli utenti e operatori.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- adeguare le strutture alle normative vigenti e migliorare le condizioni logistiche;
- completare la riqualificazione delle attività ambulatoriali di cardiologia e cardiochirurgia;

- trasferire le attività residue ancora collocate nel Padiglione 21 – Cardiologia, (da demolire per la compensazione del nuovo volume del Polo Materno Infantile).

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

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

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

#### Diagnostica di radiologia e laboratorio

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

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

Nel corso del 2018 si è proceduto alla individuazione dei supporti informatici da dare in dotazione ai pazienti, all’inizio del trasferimento dei pazienti assistiti nei vari centri regionali verso l’Hub o gli Spoke. Nello specifico si è verificata la progressiva migrazione dei pazienti dell’area ferrarese verso il Policlinico con la presa in carico da parte della struttura designata.

Questa fase si completerà nel 2019.

#### Genetica medica

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

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

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

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

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

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

Per quel che invece concerne l'area ambulatoriale le attività cliniche di Genetica Medica saranno riviste su tutto l'ambito metropolitano<sup>1</sup> con l'obiettivo di facilitare l'accesso alla consulenza genetica nei vari presidi presenti sul territorio, di offrire ai cittadini uguali opportunità ed equità di accesso ed un percorso integrato e uniforme. In particolare la riorganizzazione prevede:

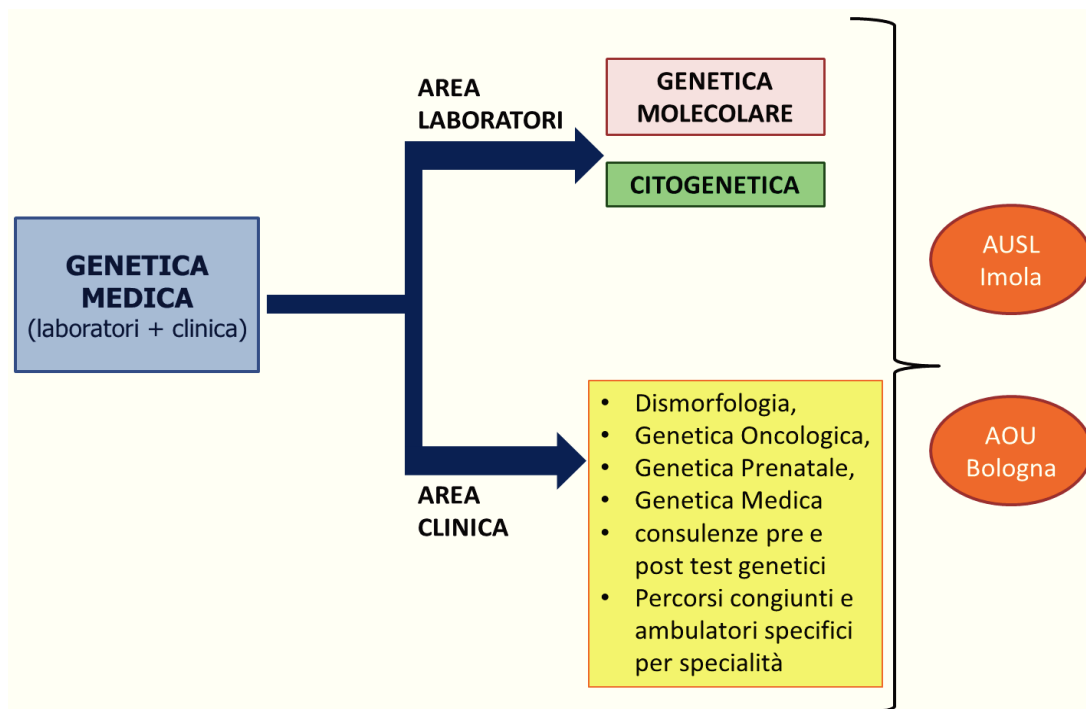
- ☐ la creazione di un team di medici che garantisca uniformità nell'assistenza ai pazienti e garanzia nella continuità del servizio;
- ☐ l'ampliamento della capacità di gestione del rischio e del governo clinico;
- ☐ la garanzia agli utenti di uguali opportunità ed equità di accesso con lo sviluppo di percorsi assistenziali simili in tutti i presidi;
- ☐ l'interscambio professionale affrontando le nuove sfide della Medicina Genetica;

---

<sup>1</sup> La riorganizzazione dell'area ambulatoriale coinvolgerà anche l'Ausl di Bologna mediante la stipula di una convenzione tra AOU e Ausl Bo

- ☐ il mantenimento di uno stretto raccordo con il Laboratorio di Genetica e con le altre strutture interessate alle attività della Genetica Clinica (Pediatria, Ginecologia, Oncologia, etc.);
- ☐ lo sviluppo dell'appropriatezza prescrittiva e la valutazione, nella loro completezza, delle prestazioni cliniche erogate in Area Metropolitana per apportare eventuali azioni correttive.

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



### Emergenza

Coerentemente con gli obiettivi 2017 sono stati definiti i criteri utili all'implementazione del sistema NEDOCS per valutazione del sovraffollamento in PS ed è stato aggiornato il documento di gestione di sovraffollamento del PS generale a livello ospedaliero.

Nel 2018 si è concluso il progetto di reingegnerizzazione e innovazione all'interno del dipartimento di emergenza e urgenza, svolto in collaborazione con l'Università di Modena e Reggio Emilia e l'U.O. Medicina d'urgenza e PS. Questo progetto aveva l'obiettivo di revisionare il modello organizzativo in Pronto Soccorso per trovare modalità operative per facilitare il lavoro quotidiano del personale di Pronto Soccorso, individuando soluzioni innovative e contestualmente creando un gruppo di riferimento progettuale autonomo nel proseguire l'attività di miglioramento continuo. I risultati conseguiti sono stati il re-design della sala d'attesa principale, della segnaletica e dei percorsi. Sono stati individuati degli strumenti di supporto all'infermiere di triage e di processo, promosso l'integrazione del personale OSS; è stata migliorata l'interfaccia tra il PS e la Radiologia d'urgenza ed è stato ottimizzato il lavoro degli infermieri in osservazione temporanea.

### **3.2.2 Area della performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**

#### Qualità ed accreditamento

In linea con gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2018, l'AOU di Bologna ha inviato alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia Romagna la domanda di rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale e la relativa documentazione richiesta, nei tempi definiti (PG 0002251 del 31.01.2018). La domanda include anche il rinnovo dell'Accreditamento delle funzioni di Provider della Formazione, già conseguito nel 2015.

In data 31.07.2018 è pervenuta dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna, la lettera accoglimento della domanda di rinnovo e l'avvio del procedimento di Accreditamento (lettera PG 0015644 del 31.07.2018), che di fatto conferma il mantenimento dell'Accreditamento per le attività precedentemente accreditate.

Nell'ambito del processo di autovalutazione sul possesso dei requisiti generali del nuovo modello di Accreditamento previsto dalla DGR1943/2017 effettuato contestualmente alla domanda di rinnovo, e durante gli interventi realizzati sia nel 2017 che nel 2018, sono emerse alcune necessità di revisione del sistema di governo che hanno condotto all'individuazione di alcune azioni di miglioramento di livello aziendale inerenti varie tematiche:

- rivisitazione del sistema di pianificazione e degli strumenti di valutazione degli obiettivi a tutti i livelli dell'organizzazione;
- implementazione di un sistema di valutazione delle competenze;
- revisione degli strumenti di gestione degli eventi avversi; ideazione e sperimentazione di un sistema di audit integrati; sistema integrato per la valutazione dei rischi;
- revisione del sistema di programmazione e gestione dei PDTA;
- applicazione dell'accordo attuativo locale, in coerenza al protocollo intesa Regione-Università;
- integrazione del PAF aziendale con la valutazione di impatto dei processi formativi;
- analisi critica e revisione della Carta dei Servizi per garantire la piena informazione ai pazienti e ai loro famigliari su standard di qualità del servizio offerto;
- definizione criteri e modalità per garantire la partecipazione consapevole ed il coinvolgimento attivo del paziente e suoi famigliari nel percorso assistenziale.

Tali azioni, presentate ed approvate dalla Direzione Generale sono state oggetto di obiettivi assegnati alle strutture di staff e line e, nel caso specifico del sistema di valutazione delle competenze, anche delle Unità Operative, e sono tuttora in corso di realizzazione da parte dei gruppi di lavoro. Altre azioni individuate nell'ambito dei percorsi formativi sull'Accreditamento erano già oggetto di altri progetti-obiettivi aziendali, e per queste si è definito di valutare la coerenza delle attività pianificate con i requisiti dell'Accreditamento, non ravvisando la necessità di attivare nuovi gruppi di lavoro e nuove azioni di miglioramento.

Nel corso del 2018 è stata avviata la fase di audit presso tutte le strutture di Staff e Line alla Direzione Aziendale, per la verifica dello stato di avanzamento delle suddette azioni post-autovalutazione intraprese a fronte dei nuovi requisiti generali di Accreditamento. In questa fase sono stati valutati anche gli strumenti e i documenti dai quali si evince la rispondenza dei processi di competenza di tali strutture ai requisiti generali e la presenza e l'applicazione di strumenti del sistema di gestione per la qualità, a supporto del governo dei processi, in particolare la definizione delle responsabilità, le competenze e l'utilizzo di un cruscotto di

indicatori per il monitoraggio dei processi specifici. Le risultanze di questa attività di audit sono state riportate in un report di valutazione, condiviso con la Direzione Aziendale in un momento dedicato. A fronte della valutazione, sono emerse altre azioni di miglioramento per il 2019, riportate in un specifici piani di miglioramento aziendale.

L'attività di supporto alla visita di rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale si è realizzata nel 2018 anche attraverso la realizzazione di eventi formativi dedicati ai Dipartimenti, per l'illustrazione del nuovo modello previsto dalla DGR 1943/2017 e per l'individuazione e applicazione degli elementi di ricaduta dei requisiti generali a livello delle strutture aziendali.

I facilitatori dell'Area Qualità, i Referenti dell'Area Formazione e gli Animatori di Formazione hanno altresì supportato i Dipartimenti nel processo di rivalutazione dei requisiti specifici, in relazione ad eventuali cambiamenti intervenuti nella logistica e nell'organizzazione delle strutture, nell'attività di revisione di alcuni strumenti come lo stato della formazione, l'attività di valutazione periodica dei risultati conseguiti, la predisposizione dei dossier formativi di gruppo, la revisione degli strumenti informativi per l'utenza ed altri strumenti utili al governo dei processi interni. Le attività di formazione, informazione e condivisione degli obiettivi e degli strumenti del sistema di gestione per la qualità sono state realizzate anche attraverso gli incontri periodici delle reti integrate qualità e formazione che rappresentano a tutt'oggi un importante momento di scambio tra le aree qualità e formazione, con la partecipazione dei Rappresentanti della Direzione per la qualità, gli Animatori di Formazione e i Coordinatori infermieristici e tecnici.

#### Indicatori

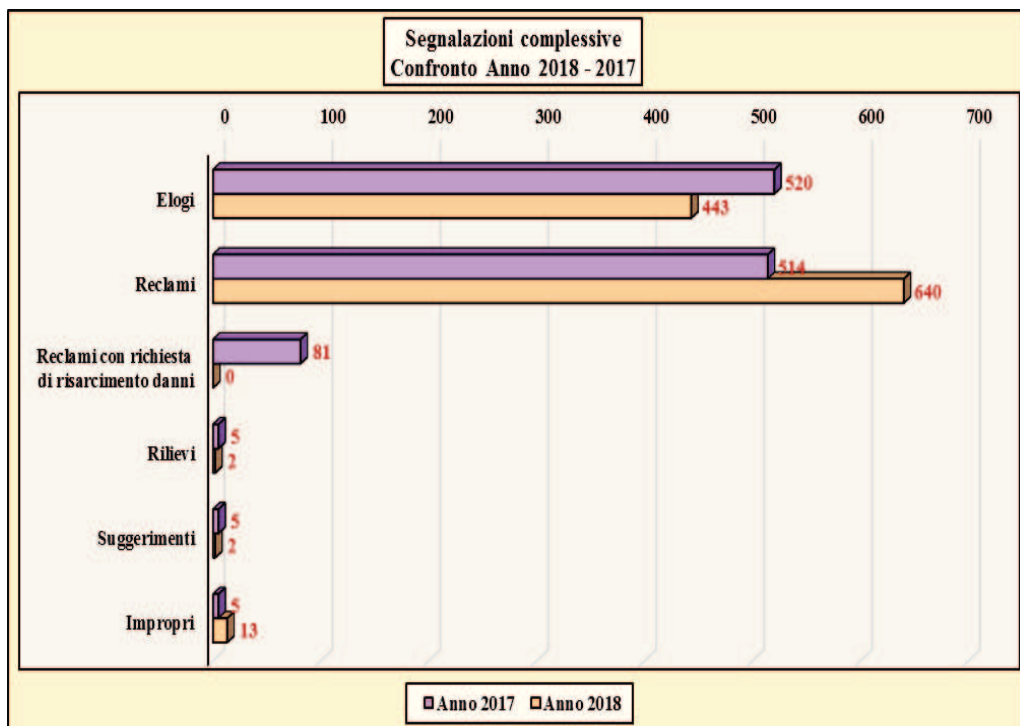
- Presentazione di valida domanda di rinnovo entro la scadenza dell'accreditamento (31.07.2018)  
Target 100% Risultato 100%
- Possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/2017 al momento della presentazione della domanda (autovalutazione)  
Target 100% Risultato 100%

## **Qualità percepita dal paziente**

Per l'anno 2018, 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.

**1. Gestione delle Segnalazioni:** l'obiettivo individuato è stato quello di ridurre il numero complessivo delle segnalazioni agendo sulle principali criticità rilevate negli anni precedenti. Il grafico sotto riportato evidenzia come, nel 2018, sia avvenuto, nel complesso, un calo delle segnalazioni, passando da 1.130 nel 2017, a 1.100 nel 2018.

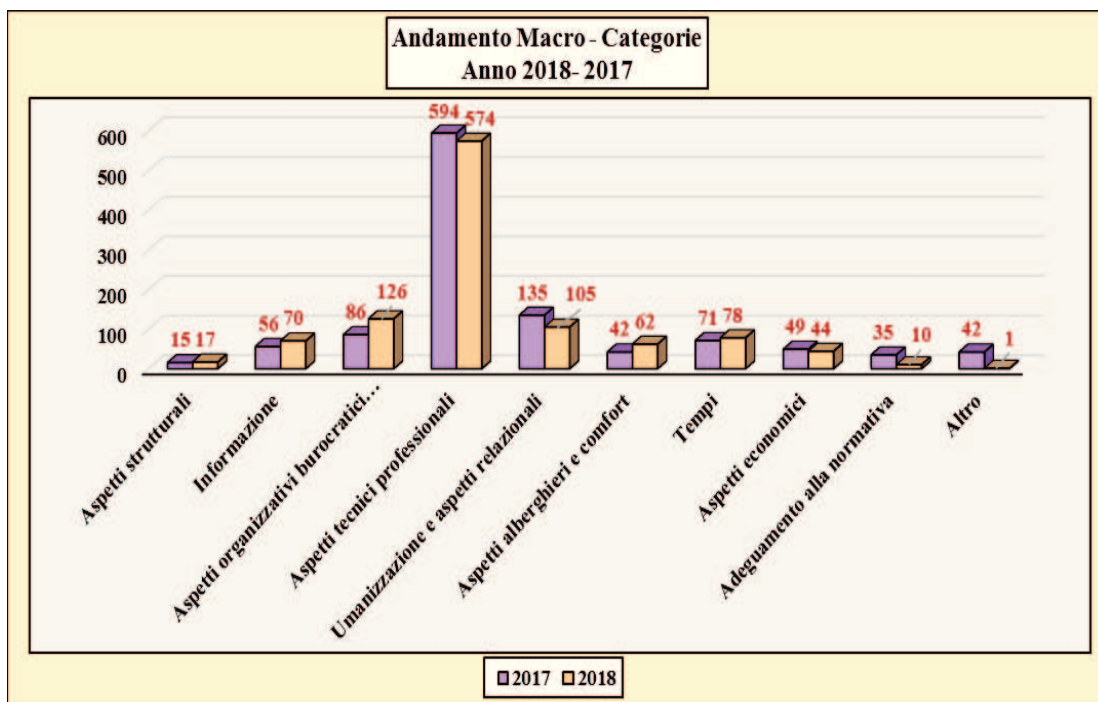
Da tale confronto, si evince un decremento nel numero di segnalazioni pari a -30 (in valore assoluto) con una riduzione percentuale pari a -2,65%.



Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Come nel 2017 la macro – categoria di segnalazioni più rilevante, è quella relativa agli "Aspetti tecnico – professionali" con un numero di segnalazioni pari a 574 corrispondente ad una percentuale del 52,81% del totale segnalazioni.

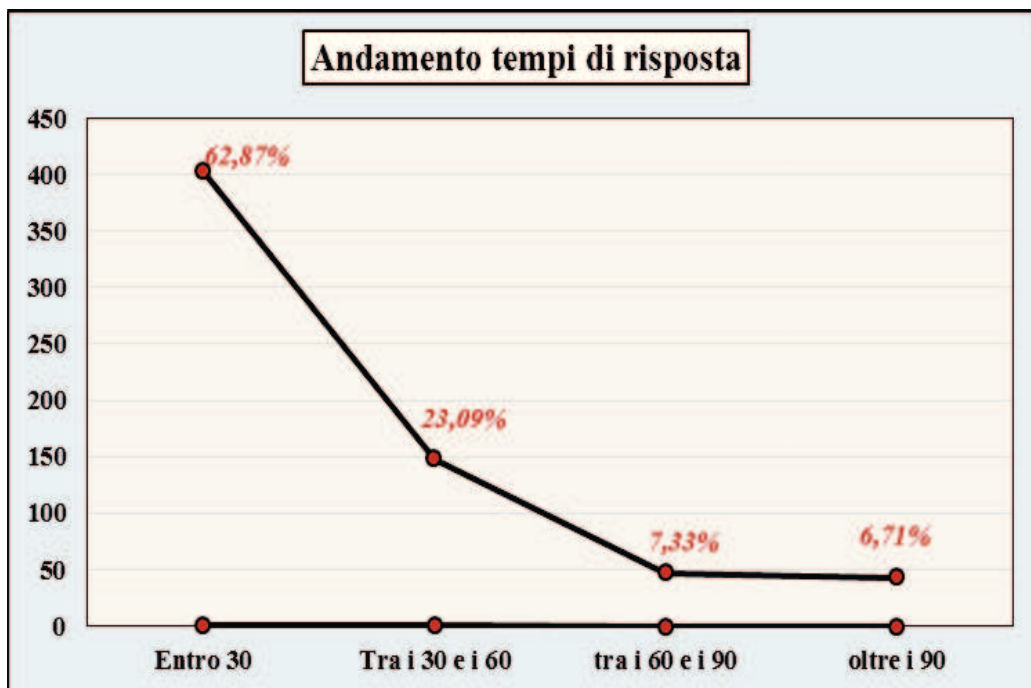




Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

## 2. Riduzione dei tempi di risposta agli utenti.

Per quanto riguarda i Tempi di Risposta all'utente, possiamo osservare come il contenimento dei tempi di risposta all'interno dei 30 giorni ha riguardato il 62,87% delle richieste, con un numero di Segnalazioni chiuse entro i 30 giorni, pari a 403.



Fonte: Database regionale per la gestione delle segnalazioni

Anche per l'anno 2018, 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. Nel corso dell'anno 2018 sono stati effettuati 18 incontri.

### 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 poi alla nuova esigenza emersa nel corso del 2016 e proseguita anche nell'anno 2018 di un interprete specializzato nel *linguaggio italiano dei segni (LIS)*, è stata confermata l'individuazione di un mediatore esterno in grado di ottemperare a tali richieste.

Per l'anno 2018, gli interventi di "mediazione a chiamata" (urgente o programmata) effettuati, sono risultati pari al numero a nr. **619**, rispetto ai 778 interventi dell'anno precedente. Analizzando la differenza (delta  $\Delta$ ) dei totali biennali raggiunti, è presente una diminuzione di richieste di interventi di mediazione linguistico-culturale pari al **-20,44%**, ovvero -159 prestazioni.

Per quanto riguarda le **LINGUE** per la quale sono state richieste il maggior numero di mediazioni (> di 40 interventi), troviamo la seguente ripartizione: il Russo con nr. **109** prestazioni su 619, corrispondente al 17,61% di interventi sul totale; a seguire troviamo l'Arabo per cui sono state effettuate il 15,67% delle mediazioni, pari a nr. **97** interventi. Un'ulteriore dato rilevante è presente per il Bengalese, nr. **59** prestazioni pari al 9,53%. Rispetto all'anno 2017 sono aumentati gli interventi di mediazione richiesti per la lingua russa e bengalese ed al contrario nettamente diminuite le prestazioni in lingua araba.

	2018			2017	
	Nr. Interventi	Nr. Ore		Nr. Interventi	Nr. Ore
Russo	109	158:20:00	Arabo	186	237:50:00
Arabo	97	133:50:00	Urdu	142	176:00:00
Bengalese	59	70:40:00	Albanese	84	102:20:00
Albanese	47	66:02:00	Russo	75	118:05:00
Romano	46	59:40:00	Bengalese	64	73:35:00
Urdu	44	56:45:00	Cinese	48	51:40:00

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

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 **371** interventi, corrispondenti rispettivamente al 43,78% degli interventi annuali. A seguire troviamo

il "Dipartimento delle Insufficienze d'organo e dei trapianti" con un totale di **105** interventi, corrispondenti rispettivamente al 16,96% degli interventi annuali. Un'ulteriore dato rilevante è presente per il "Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare" e per il "Dipartimento di Oncologia e di Ematologia", con, in ugual misura, un totale di **62** interventi, corrispondenti al 10,02% degli interventi annuali.

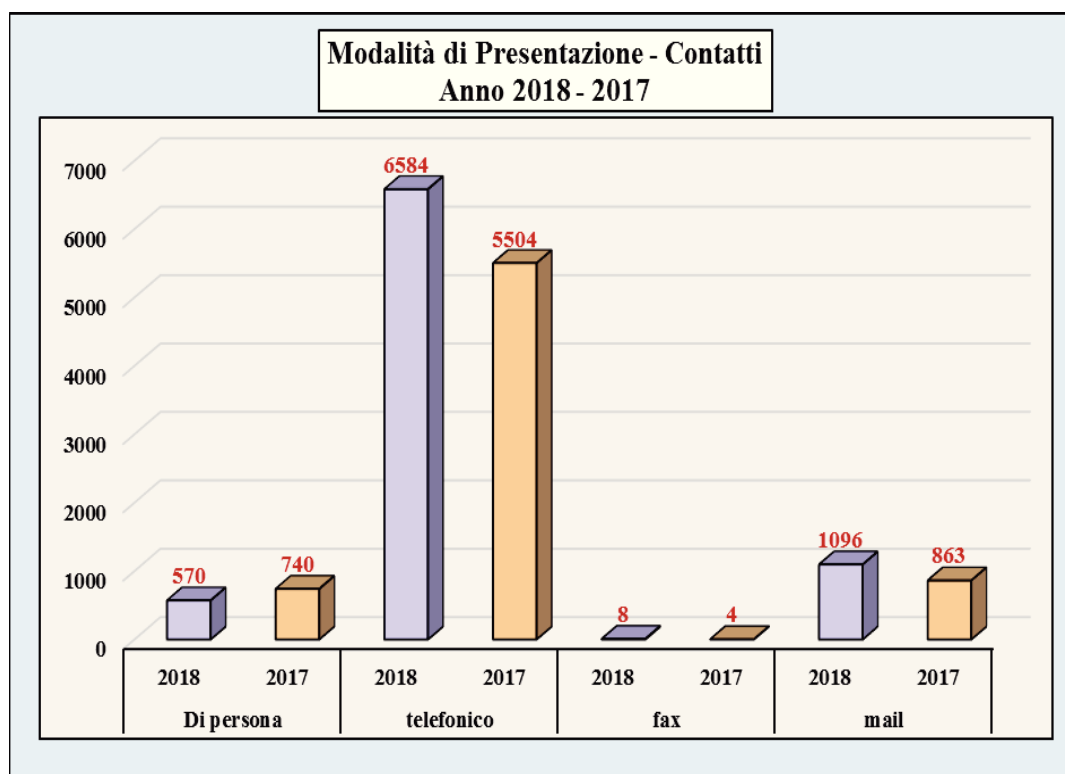
Il dato complessivo, inerente all'utilizzo del servizio di interpretariato telefonico da remoto, risulta essere, per l'anno **2018**, pari a **291** prestazioni, con **delta** in aumento, rispetto all'anno 2017, per nr. **46** prestazioni, pari al **18,78%**.

	TOT. Prestazioni	Δnr.	Δ %
Mediazioni ANNO 2017	245	46	18,78%
Mediazioni ANNO 2018	291		

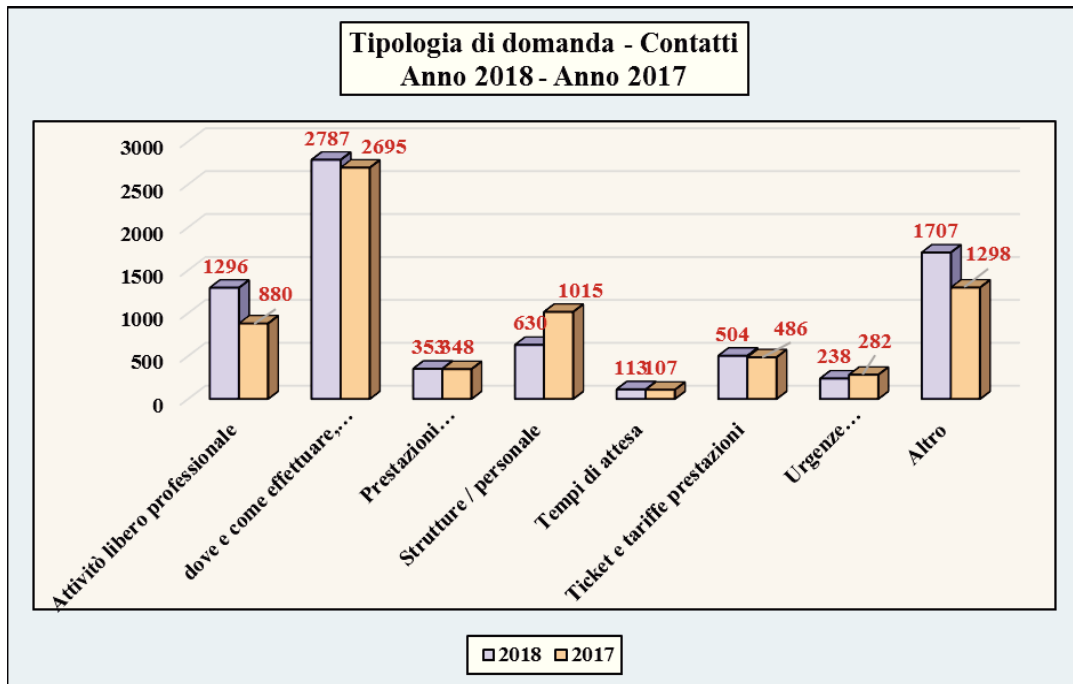
Fonte dati: Rielaborazione URPRAV del Report annuale □ Colloquia Multimedia S.p.a.

### Call/Contact center aziendale.

La modalità di presentazione al punto di accoglienza informativo di front office più rilevante è avvenuta telefonicamente, con un numero di chiamate pari a 6584, corrispondente al 79,73%, su un totale dei contatti pari a 8258.

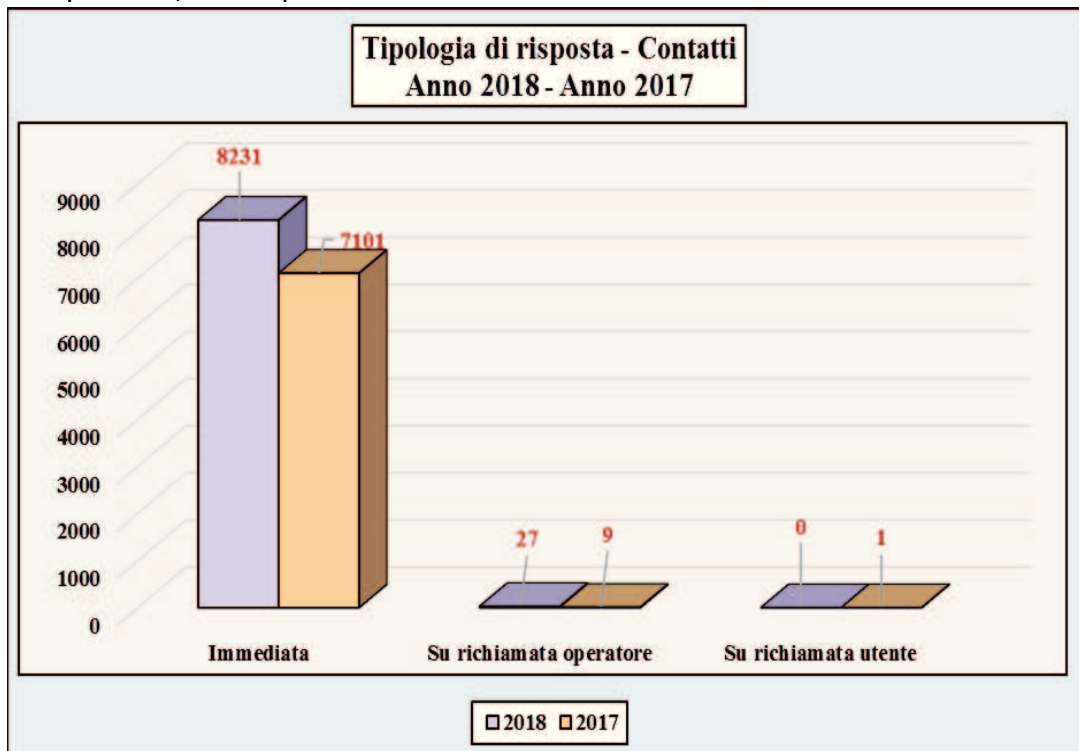


Per quanto riguarda la tipologia di richieste formulate al call center, si è evidenziato che le domande più frequenti si riferiscono a "dove e come effettuare, prenotare e annullare visite, esami, terapie", con un numero di richieste pari a 2.787 e con una percentuale, sul totale dei contatti, pari al 33,75%.



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, al 99,67% dei contatti è stata fornita, dall'operatore, una risposta immediata.



### **Comitato Consultivo Misto (CCM)**

L'obiettivo è stato quello di favorire la partecipazione 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 2018 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:

#### **Gruppo lavoro accessibilità**

Nell'anno 2018, si è ripreso il gruppo di lavoro, già costituito su base volontaria nell'anno precedente, come disposto dall'Art. 3 del Regolamento vigente del CCM, con lo scopo di apportare delle migliorie in termini di confort e accessibilità all'interno del Policlinico. Le funzioni/attività del Gruppo di lavoro, sono quelle di:

- effettuare sopralluoghi;
- valutare gli interventi;
- elaborare uno schema di proposte per pianificare le problematiche riscontrate;
- informare i servizi competenti per condivisione ed eventuali azioni di miglioramento.

In data 23.03.2018 e 19.04.2018 sono stati effettuati due sopralluoghi presso il Padiglione 1. In particolare le UU.OO. interessate sono state:

- Nefrologia, Dialisi ed Ipertensione;
- Urologia (5gg – 7gg);
- Oftalmologie;
- Ambulatori PAD. 1.

Dai sopralluoghi sono emerse alcune criticità concernente i letti, le uscite di sicurezza e il confort generale dell'ambiente ospedaliero. Le criticità sono state riportate nel corso degli incontri del CCM, in seduta plenaria, per condividere ciò che è emerso dai sopralluoghi svolti, con lo scopo di trovare delle soluzioni efficaci ed idonee ed ovviare alle problematiche riscontrate. Ad oggi, le azioni di miglioramenti sono in fase di attivazione.

#### **Progetto letture in reparto**

Il Progetto Lettura, nato nel 2017 è stato ripreso nel 2018 coinvolgendo alcune associazioni facenti parte del CCM. Sono stati realizzati nel mese di novembre e nel mese di Dicembre 6 incontri, una volta a settimana, in cui due volontarie si sono recate nel reparto di Medicina fisica Riabilitativa - Taricco/Pare – 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.
- Il Progetto Lettura verrà ripreso nel 2019.

### **Convenzioni e rapporti con le associazioni di volontariato**

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.

Nel 2018 è stata garantita la partecipazione, attraverso un referente aziendale, alle iniziative inerenti l'applicazione degli strumenti *equity oriented*, da utilizzare nei setting assistenziali previsti dai Piani Locali Attuativi riferiti al Piano regionale della Prevenzione.

### Iniziative di health literacy

L'Azienda ha proseguito anche nel 2018 l'impegno nel garantire la formazione su *health literacy* dei professionisti del Policlinico, assicurando anche la partecipazione alle iniziative promosse a livello regionale, al fine di migliorare la relazione fra operatore sanitario e paziente attraverso una comunicazione comprensibile.

E' stato inoltre prodotto o aggiornato ulteriore materiale informativo elaborato in modo partecipato con pazienti/caregiver e/o associazioni di volontariato per l'introduzione a specifici percorsi di cura.

### 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

Il Regolamento Europeo UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, pienamente applicabile dal 25 maggio 2018, ha introdotto un nuovo approccio basato sulla responsabilizzazione del titolare del trattamento: accountability. L'Azienda, a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento Europeo UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali applicabile dal 28/05/2018, ha garantito:

- ✓La nomina del Responsabile della protezione dei dati (DPO) avvenuta con Delibera n. 149 del 28.06.2018;
- ✓L'adozione del registro delle attività di trattamento nei tempi previsti dal regolamento
- ✓La partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale

✓L'emissione di un nuovo organigramma delle responsabilità privacy aziendali ridefinendo i profili di responsabilità in tema di protezione dei dati personali e le nuove modalità di designazione dei soggetti autorizzati ad eseguire operazioni di trattamento dei dati personali (Delibera n. 265 del 19.12.2019).

### 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 2018 ha realizzato le seguenti azioni:

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

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

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

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

- avvio della reportistica sui giudizi di idoneità con limitazioni rilasciati dai singoli medici. Nel corso del 2018 è stato predisposto un primo report pilota relativo alle prescrizioni emesse dai singoli medici in AOU aggiornato a giugno 2018. Il documento è stato oggetto di elaborazione, discussione e confronto tra tutti i medici competenti cui

sono seguite modifiche e integrazioni alla procedura PS01 in relazione ai criteri di emissione del giudizio di idoneità;

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

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

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

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

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

-la campagna antinfluenzale 2018/2019 ha raggiunto la percentuale del 61,2% di copertura per gli operatori sanitari;

-l'offerta attiva della vaccinazione è stata comunque mantenuta per gli operatori non sanitari;

-la percentuale di operatori adibiti a reparti ad alto rischio immunocompetenti secondo le indicazioni regionali sul totale degli operatori adibiti a reparti ad alto rischio è oggi pari a 96,8%;

-è proseguita l'offerta del vaccino anti-diftotetanopertosse sulla base del calendario vaccinale individuale e delle indicazioni per i soggetti ad alto rischio per condizioni di salute individuale;

- a supporto di questa attività sono stati effettuati 5 eventi formativi sul tema malattie infettive, vaccinazioni e operatori sanitari.



4. Realizzazione dei progetti di interesse regionale collegati alla sorveglianza sanitaria e finanziati dalla Deliberazione della Giunta Regionale numero 1762/2017 avente per oggetto "Assegnazione e concessione di finanziamenti alle aziende sanitarie in attuazione della DGR 1350/2010 per il potenziamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro per l'anno 2017 in attuazione del D.lgs. 81/08, art. 13 e 14".

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

Indicatori e risultati:

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

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

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

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018 Fonte dati aziendale	Valore Regionale 2018
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	40,55	29,57	62,00	

### Sicurezza delle cure

Le attività svolte nel 2018 hanno, di fatto, concluso l'attuazione degli interventi previsti dal *Piano-Programma per la sicurezza e la gestione del rischio 2016-2018* nei differenti ambiti, assicurando, in linea di massima, il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi previsti dalla DGR 919/2018 per l'annualità in corso in tema di sicurezza delle cure.

In particolare, nell'ottica di dare diffusione capillare alla pratica di segnalazione spontanea secondo le modalità prevista dall'attuale procedura aziendale (PA90), così da ottenere un maggiore coinvolgimento delle Unità Operative che, nel corso degli ultimi anni, si sono dimostrate meno attive sotto questo profilo, ne sono state coinvolte ed attivate in tal senso alcune che risultavano non segnalanti nel 2017. In particolare, nel contesto del *Dipartimento della Donna, del Bambino e delle Malattie Urologiche*, hanno segnalato ambiti quali il Blocco Operatorio Ostetrico Ginecologico, il Blocco Operatorio Pediatrico, il Blocco Operatorio Urologico, la Chirurgia Neonatale, la Sala parto e gli Ambulatori di Neonatologia. Le attività di miglioramento condotte nel contesto di tale

Dipartimento sui vari temi della sicurezza (i cosiddetti *giri per la sicurezza* implementati secondo la metodologia proposta dalla Regione Emilia-Romagna con il progetto VISITARE e la formazione dedicata alla gestione delle emergenze ostetriche, neonatali e pediatriche con moduli specificatamente dedicati all'importanza della segnalazione e alle metodologie di analisi degli eventi avversi), hanno condotto ad un sensibile miglioramento del reporting, con particolare riferimento agli ambiti chirurgici e/o assistenziali di specifica afferenza che, nel 2017, risultavano non segnalanti.

Un altro settore in cui si è assistito ad un significativo miglioramento del reporting è stato quello della Radiologia d'urgenza e specialistica, nell'ambito del *Dipartimento della Medicina Diagnostica e della Prevenzione*: il predetto settore nel 2017 risultava non segnalante. L'input positivo è dovuto ad un'azione correttiva che ha coinvolto un gruppo di professionisti afferenti a tali Radiologie, pianificata ed attuata a seguito di un errore di identificazione del paziente (errato appaiamento paziente-esame diagnostico sul RIS), occorso nel 2018. L'équipe è stata sensibilizzata a segnalare con lo strumento dell'IR puntualmente eventi/quasi eventi relativi ad errori di questo tipo.

In generale il numero di segnalazioni spontanee di eventi avversi (incident reporting), inviate nel 2018 risulta pressoché stabile (2017 n. 168 vs 2018 n. 177), con un trend in lieve aumento nell'ultimo triennio: risulta peraltro migliorata in alcuni ambiti di cura la qualità delle segnalazioni pervenute rispetto a puntualità, dettaglio della descrizione e completezza della scheda. Resta positivamente alta la sensibilità degli operatori (prevalentemente infermieri), nella segnalazione di eventi e quasi eventi inerenti errori di identificazione paziente/procedura/farmaco, errori nella gestione della terapia farmacologica.

Nel 2018 sono stati analizzati complessivamente 12 eventi avversi, 6 dei quali trasmessi anche al Ministero della Salute, per il tramite della Regione, in quanto eventi sentinella (Adempimenti Flusso SIMES). Ogni evento è stato analizzato con metodologia SEA (Significant Event Audit) e, in ciascuna di tali occasioni, è stato effettuato anche per i professionisti presenti un refresh informativo sul metodo e sulle finalità del SEA.

In riferimento alle attività previste per il triennio 2018-2020 ed in coerenza con quanto richiesto dalla Programmazione regionale per l'anno 2018 in ambito di sicurezza delle cure, sono stati implementati i seguenti interventi:

**a) Adozione Braccialeto Identificativo** (copertura 95% delle UO di degenza). Dal 2017 le aree di degenza hanno raggiunto un livello di copertura pari al 100%; lo stesso può dirsi per i 4 Pronto Soccorso. In fase d'implementazione la stampa anche per alcune tipologie di prestazioni ambulatoriali.

**b) Sono state effettuate visite per la sicurezza (strumento VI.SI.T.A.RE)** per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del foglio unico di terapia/scheda unica di terapia (fut/sut) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica presso il PS generale-OBI-Medicina d'urgenza. Sono stati valutati in particolare i seguenti ambiti:

- prevenzione delle cadute dei pazienti in un setting del tutto particolare quale quello dell'emergenza-urgenza (Raccomandazione n. 13);
- prevenzione della violenza verso gli operatori (Raccomandazione n. 8);

- corretto utilizzo dello strumento Foglio Unico di terapia/Scheda Unica di terapia e attività di ricognizione/riconciliazione farmacologica (Raccomandazione n. 7).

**c) Partecipazione al Progetto Regionale-ISS "Near miss in Ostetricia", per l'effettuazione di analisi di casi significativi (SEA) per la sicurezza in Ostetricia:** sono stati analizzati con i referenti aziendali individuati tutti i casi segnalati ed inseriti nella piattaforma dell'ISS con l'individuazione, laddove necessario, di alcune azioni di miglioramento.

**d) Analisi ed effettuazione di Osservazioni dirette sul corretto utilizzo della Checklist di Sala Operatoria.** Pur avendo raggiunto gli obiettivi attesi sul livello di copertura delle checklist attivate rispetto alle procedure chirurgiche eligibili, la scarsa registrazione delle non conformità (Fonte InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna IND0734 - % di checklist con almeno una non conformità segnalata nella scheda 776/B pari a 0.11% nel 2017) e alcuni aspetti rilevati nel corso delle osservazioni dirette in sala operatoria (nell'ambito del progetto OssERvare), hanno reso cogente, nell'ultimo trimestre 2018, l'avvio di un'azione di miglioramento al fine di comprendere, attraverso un'analisi aggiornata del contesto operativo e dei fattori d'ostacolo, quali potrebbero essere le strategie da mettere in campo per ottenere un corretto utilizzo dello strumento.

In primo luogo è stato necessario gettare le basi per un adeguato e puntuale monitoraggio del fenomeno da parte di tutti gli attori coinvolti, per cui è stato realizzato un cruscotto di monitoraggio dedicato che consenta ai singoli ambiti chirurgici, ai Blocchi Operatori, ai referenti organizzativi SSCL e alla Direzione di prendere visione in tempo reale delle performances, degli aspetti qualitativi del flusso e delle principali non conformità rilevate. Risulta complessivamente dalla reportistica disponibile sulla piattaforma regionale che, in oltre la metà delle osservazioni effettuate, la checklist avrebbe richiesto una compilazione migliore dal punto di vista qualitativo. La checklist di sala operatoria, se utilizzata correttamente, consente in linea generale di aumentare il livello di sicurezza e qualità delle cure prestate nel percorso chirurgico, anche rispetto agli indicatori di sicurezza specifici monitorati ed in particolare la sepsi postoperatoria e l'embolia polmonare/trombosi venosa profonda.

#### Indicatori InSiDER

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Sepsi postoperatoria per 1.000 dimessi chirurgici	7,3	5,89	9,82	6,38
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda postoperatoria per 1.000 dimessi chirurgici	6,5	3,18	5,89	3,35

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. Si ritiene, inoltre, che, coerentemente al trend in crescita del dato regionale, vi sia anche un miglioramento della rilevazione del fenomeno della sepsi, con un conseguente aumento delle diagnosi in termini assoluti;

**e) implementazione delle Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente.** Numerose sono state le attività condotte in tale ambito nel corso del 2018. In coerenza con la "Procedura Aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale", emessa sulla base delle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione e gestione della caduta del paziente", prosegue l'attività di prevenzione e gestione delle cadute, con particolare riguardo all'individuazione del profilo di rischio, in relazione alle caratteristiche del paziente adulto e geriatrico e della struttura; relativamente al paziente pediatrico e nel setting perinatale sono adottati i Care Bundle specifici, la cui revisione, iniziata nel 2018, sarà portata a compimento nel 2019. L'Azienda si è dotata di un Piano Annuale di Prevenzione delle Cadute, elaborato e condiviso dal Gruppo operativo multidisciplinare prevenzione cadute. La valutazione del rischio ambientale, per la nostra Azienda, è complessa poiché il "layout" ospedaliero subisce modifiche importanti e continue cui si somma l'introduzione di nuove tecnologie e di ausili. Alla luce della complessità degli ambienti ospedalieri, la Direzione del Servizio Tecnico, coinvolta nel processo in oggetto, ha implementato un sistema di supervisione periodica degli ambienti/arredi con il supporto di professionisti con formazione tecnica, per definire annualmente un programma di manutenzione ordinaria e straordinaria, a garanzia della mitigazione del rischio ambientale. Dall'analisi dei dati raccolti, si può affermare che, nell'anno 2018, l'incidenza delle cadute all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi, sia rimasta stabile ed in linea con la letteratura internazionale (Tasso cadute su 1000 gg degenza: 1,7 vs 1,9 anno 2017). Rispetto alla rendicontazione del 2017, il numero totale di cadute dei pazienti ricoverati segnalate, con esito definito da significativo a severo, è sensibilmente diminuito; tale risultato si deve attribuire al fatto che, da parte dei professionisti, vi fosse una non sempre corretta valutazione del danno, ovvero non conforme alla classificazione regionale di cui alla Nota RER del 18/02/2016. Si è, quindi, provveduto ad una riqualificazione corretta degli esiti così come valutati dai segnalanti. In riferimento a questo aspetto in particolare, attraverso opportune modifiche/integrazioni della scheda informatizzata di segnalazione attualmente in uso e, conseguentemente, della procedura specifica, sarà rivista nel 2019 la modalità di qualificazione dell'esito della caduta da parte degli operatori. Il dato così rivalutato consente di arrivare alla precisa coincidenza degli eventi con esito di danno più grave effettivamente definiti e segnalati come eventi sentinella;

**f) coinvolgimento dei cittadini per la diffusione della cultura della sicurezza delle cure, anche attraverso l'adesione all'iniziativa informativa regionale rivolta ai cittadini "Open Safety day".** Nel 2018 l'Azienda ha aderito alla campagna informativa organizzata dalla Regione allestendo punti informativi per la distribuzione del materiale messo a disposizione (*Per noi la tua storia è importante – Vogliamo curare proprio te – Pillola verde o pillola bianca*) sia all'interno delle Unità Operative, sia negli spazi comuni d'attesa, sia nei punti di accesso esterni.

#### Migliorare lo strumento cartella clinica

In continuità con quanto già impostato negli anni precedenti prosegue la sorveglianza continua sulla corretta compilazione della cartella clinica, con particolare

riferimento alla sicurezza del percorso di cura, di informazione e consenso, tutela del paziente, continuità del processo diagnostico-terapeutico e della gestione del dolore. Nonostante la generale soddisfacente qualità di accuratezza della compilazione delle cartelle cliniche registrata nell'anno 2018 (peraltro in lento, ma progressivo miglioramento dall'inizio di questo tipo di valutazione in Azienda), scendendo ad analizzare nel dettaglio i risultati relativi ai singoli *item*, è possibile rilevare aree di miglioramento su aspetti specifici che potranno essere oggetto di interventi di formazione del personale nel corso dell'anno 2019.

Per quanto riguarda gli *item* di competenza medica, in particolare, alla raccolta dell'anamnesi e dell'esame obiettivo in occasione dell'apertura della cartella clinica, gli aspetti di intelligibilità dell'**identità del compilatore (con timbro)** e dell'esatto momento della loro registrazione (**data e ora di compilazione**) risultano suscettibili di interventi di ulteriore sensibilizzazione degli operatori sanitari; analoga considerazione circa l'orario dell'annotazione, tuttavia, è valida anche al riguardo delle successive registrazioni in corso di degenza, tanto rispetto alle annotazioni sul diario clinico da parte dei medici (71,3%), quanto per quelle degli infermieri sulla documentazione di loro pertinenza (67,3%), compresa la rilevazione del dolore (73,8%).

La programmazione degli eventi formativi finalizzati al miglioramento di tali attività potrà essere indirizzata alle UU.OO. per le quali si è registrato una minor percentuale di soddisfacimento di tali indici, il cui livello di implementazione potrà essere poi misurato con l'attività di monitoraggio prevista per l'anno in corso.

Inoltre, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, l'Azienda USL di Bologna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli hanno recentemente condiviso l'obiettivo di dotarsi di un sistema di **Cartella Clinica Elettronica (CCE) unico** a supporto delle attività cliniche e assistenziali nei reparti di cura. A tal fine il 20/07/2017 è stato costituito un Gruppo di lavoro interaziendale che ha preliminarmente effettuato una analisi del contesto ICT delle due Aziende più grandi e complesse (AOU e AUSL), procedendo ad una verifica dei requisiti necessari (sia di ambito applicativo, sia infrastrutturale), previsti dalle Linee Guida Tecniche Regionali della CCE. Il gruppo si è poi occupato della stesura del capitolato tecnico, tenendo conto della necessaria conformità alle indicazioni delle Linee Guida Regionali in materia di CCE ed alle esigenze delle Aziende, avvalendosi altresì del supporto di Ufficio Privacy, Medicina Legale e Risk Management, e Farmacia: tale fase di lavoro è terminata a fine febbraio 2018.

Gli Uffici Privacy delle due Aziende hanno definito un modello comune che permetta ai professionisti di avere accesso ai precedenti sanitari dei pazienti prodotti da entrambe le Aziende, nel rispetto della vigente normativa. Le strutture di Medicina Legale e Risk Management hanno supportato le valutazioni in merito all'analisi di documentazione particolare (consensi al trattamento sanitario, documenti prodotti, ecc.) che il sistema di CCE dovrà gestire. È stata, inoltre, effettuata una consultazione preliminare di mercato, propedeutica all'individuazione di una procedura aperta finalizzata all'acquisizione del sistema di CCE e di un sistema di prescrizione e di somministrazione dei farmaci (*Determina del 05/06/2018*). La procedura amministrativa terminerà con l'aggiudicazione prevista entro il mese di giugno 2019.

### Contrasto infettivo associato all'assistenza

Alla luce dell'obbligatorietà della registrazione SiCher in SDO, sono migliorati i livelli di adesione degli interventi già monitorati nell'ambito della sorveglianza già in essere presso l'Azienda Ospedaliera. Nel corso del 2019 ci attendiamo un ulteriore nuovo miglioramento, grazie ad iniziative mirate a consolidare nei reparti la pratica della sorveglianza.

Nel corso del 2018 il consumo del gel idroalcolico (34,5 L/1000 gdd) si è stabilizzato oltre il target internazionale e si è ridotto il numero delle unità operative ancora sotto soglia, nell'ambito delle quali sono in corso interventi finalizzati all'adeguamento, come ad esempio la ridefinizione dei punti in cui il gel deve essere disponibile per il personale dedicato all'assistenza. Durante il 2018 è stato possibile proseguire la campagna per l'igiene delle mani, estesa al padiglione 2 ed al padiglione 5, per le unità operative non soggette a prossima ristrutturazione. Obiettivo per il 2019 sarà il raggiungimento del target minimo raccomandato da WHO e richiesto dalla Regione in tutti i reparti.

Durante il 2018 si è consolidato il dato dell'anno precedente in termini di riduzione dell'incidenza delle trasmissioni di enterobatteri produttori di carbapenemasi, attraverso il mantenimento costante della sorveglianza epidemiologica e il quotidiano supporto alle unità operative ed in particolare si è provveduto con tempestività alla registrazione delle batteriemie da CPE all'interno del sistema SMI, e che peraltro risultano in riduzione rispetto gli anni precedenti (numero di batteriemie segnalate/numero delle batteriemie registrate in SMI = 100%). Sono ancora in fase di costruzione gli specifici report di mercurio che daranno la possibilità di allargare e rendere più rapidi i report epidemiologici prodotti.

### 3.2.3 Area di performance dell'organizzazione

#### Percorsi diagnostici terapeutici

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

Nel corso del 2018 sono stati implementati o sviluppati ulteriori Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) attraverso il coinvolgimento e l'interazione di professionalità diverse, di professionisti di discipline e servizi diversi, anche in integrazione fra ospedale e territorio:

PDTA interaziendale delle persone adulte con BPCO;

PDTA interaziendale della persona adulta con diabete mellito.

Rev. PDTA per l'assistenza integrata agli anziani con frattura di femore

PDTA per paziente obeso candidabile alla chirurgia metabolica;

PDTA della donna con endometriosi.

Nel corso del 2018 è stato completato il nuovo modello di rete metropolitana di Bologna per il trattamento del paziente con **ictus ischemico acuto** al fine di assicurare un equo ed efficace accesso alle procedure di rivascolarizzazione cerebrale. Il modello adottato (c.d. mothership) prevede la centralizzazione primaria di tutti i pazienti eleggibili, inclusi gli ictus non databili o al risveglio, alla riperfusione presso la Stroke Unit di II livello dell'Ospedale Maggiore AUSL Bologna per l'approfondimento diagnostico e l'eventuale trattamento con trombolisi ev e/o, se indicato, procedure endovascolari (trombectomia primaria e secondaria).

L'Ospedale Maggiore è pertanto *Hub* metropolitano per la terapia riperfusiva in fase acuta dello Stroke, al centro di una rete che comprende altre strutture per il trattamento del paziente con stroke (cd *spoke*) individuati nel Policlinico e negli ospedali di Bentivoglio, Porretta Terme e San Giovanni in Persiceto.

Dall'avvio del nuovo modello, i dati registrati, soprattutto per quanto riguarda i pazienti sottoposti a trattamento di riperfusione, testimoniano la maggiore efficienza della rinnovata rete interaziendale stroke.

L'Azienda concorre da anni alla realizzazione di una 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 (comorbidità) che richiedono l'intervento di diverse figure professionali e competenze di tipo sanitario, riabilitativo e socio-assistenziale.

In tale contesto, si è proseguito nel 2018 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**, al fine di organizzare un'assistenza sociosanitaria per le persone affette da malattie croniche efficace ed efficiente in termini di prevenzione e assistenza, che assicuri equità di accesso e continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i professionisti e il coinvolgimento della comunità e delle associazioni di pazienti.

Nel corso del 2018, anche ai fini della prevenzione delle malattie croniche correlate all'obesità, è nata la necessità di sviluppare un PDTA aziendale che risponda alle esigenze del **paziente obeso**, in considerazione dell'influenza negativa dell'obesità sulla salute pubblica e sullo stato di salute della persona.

Il PDTA definisce la presa in carico multidisciplinare del paziente obeso dal momento del suo accesso al Policlinico fino alla sua dimissione e al follow-up per il recupero e il mantenimento dello stato di salute psico-fisica, con la finalità di omogeneizzare i comportamenti professionali ispirati alle evidenze scientifiche, personalizzare la cura dei pazienti, ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili e promuovere il *self-management* del paziente

Nell'ottica di un percorso integrato preventivo, diagnostico – terapeutico e riabilitativo per l'obesità, il percorso aziendale potrà successivamente integrarsi con le modalità di presa in carico territoriale in ambito nutrizionale.

Lo sviluppo di una rete clinica regionale relativa all'**endometriosi** ha favorito la strutturazione di un PDTA per la gestione delle pazienti con endometriosi all'interno del Policlinico, che si candida a diventare centro Hub regionale.

Il PDTA ha l'obiettivo di promuovere un modello assistenziale innovativo per la gestione dell'endometriosi finalizzato ad un approccio preventivo e *problem-oriented* mediante l'applicazione di un modello integrato, multidisciplinare e multiprofessionale, in stretto contatto con il territorio.

In coerenza con le indicazioni regionali, si è implementato insieme con i clinici il Data Base Oncologico di registrazione informatica al fine di rendere trasparente ed efficiente il processo di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva oncologica

Nell'ambito dello sviluppo di piattaforme collaborative cliniche a supporto delle reti cliniche, l'AOU (insieme alle aziende dell'area metropolitana) ha esteso l'utilizzo del software per la condivisione di informazioni sanitarie e la gestione, anche a distanza, dei team multidisciplinari (Healthmeeting) alla maggior parte dei percorsi di cura dei pazienti oncologici.



### 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 procede all'adozione del Piano triennale di prevenzione della Corruzione per il periodo 2018-2020.

Le attività oggetto di attenzione nel 2018 sono state influenzate dall'ancora pressante necessità di agire sui Servizi Unici Metropolitan, sulle relazioni tra questi e le Aziende coinvolte e sugli indicatori di attività più corretti per la valutazione di efficacia delle misure di prevenzione individuate.

Nel corso del 2018 è stato, pertanto, attivato uno specifico approfondimento per rendere più strutturate ed organiche le relazioni tra Intercenter-ER e Aziende sanitarie nella filiera degli *Acquisti*. Come noto, si tratta di area di rischio particolarmente critica per tutte le pubbliche amministrazioni, ma in modo specifico nel settore sanitario.

L'obiettivo dell'approfondimento condotto è stato quello di migliorare l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte per la prevenzione della corruzione nei processi di acquisto, con un approccio effettivamente sistemico, evitando che la necessaria ed opportuna collaborazione tra soggetti diversi crei spazi di incertezza nell'applicazione della normativa e dei regolamenti interni.

Per la definizione delle fasi del processo di acquisto si è assunto quale riferimento principale quanto previsto nel capitolo "AREA DI RISCHIO CONTRATTI PUBBLICI" del PNA 2015 (Determinazione ANAC n.12/2015). L'analisi del processo ha portato all'individuazione di misure di carattere generale e di misure specifiche, legate alle diverse fasi del processo di acquisto.

Per quanto riguarda l'Amministrazione del Personale, per rendere più appropriata la scelta delle misure di prevenzione, come evidenziato dall'attività di audit svolta nel 2017, e per procedere ad un inquadramento del processo sempre più rispettoso della realtà del Servizio Unico Metropolitan, si è rivista la mappatura del processo di *Acquisizione del personale, conferimento incarichi e gestione delle carriere* e sono state rivalutate conseguentemente le misure di prevenzione.

A seguito dell'iniziativa formativa sul conflitto di interessi nello svolgimento dell'*Attività libero professionale* intramoenia rispetto a quella istituzionale svoltosi nel 2017, era stata avanzata l'ipotesi di istituire un gruppo di lavoro permanente sui temi della prevenzione della corruzione con componenti di ALP, Direzione Sanitaria e Ufficio Anticorruzione. L'idea ha trovato attuazione nel 2018 e ha portato alla costituzione di un gruppo con l'obiettivo di supportare il programma aziendale di controlli organizzativo-gestionali per la libera professione e rendere più strutturata e continuativa l'attività.

La regolamentazione aziendale delle *Sperimentazioni Cliniche* ha subito una importante revisione per delineare le nuove modalità di conduzione degli studi clinici, la conferma del necessario passaggio di autorizzazione aziendale e le attività del Comitato Etico Regionale. E' stato rivisto il sistema di ripartizione dei proventi e definita l'elaborazione di specifici indicatori di rischio come, ad esempio, il rapporto tra i volumi di attività svolta nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e attività istituzionale; si è valutata

la misura preventiva di raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte dei professionisti coinvolti, in considerazione dell'impatto dei finanziamenti esterni.

Per agevolare la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati e sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse, in coerenza con il programma di lavoro inerente il "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei dati e dei bilanci", costituitosi a livello provinciale e sviluppatosi su 3 grandi macroaree (Requisiti generali, Ciclo Attivo, Ciclo Passivo e Netto), nel corso del 2017 le Aziende USL di Bologna, Imola, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna ed Istituto Ortopedico Rizzoli hanno approvato il progetto "*Gruppo area metropolitana di Bologna*".(vedi paragrafo 3.2.1). Nel corso dell'anno 2018 il Gruppo Audit Area Metropolitana ha raggiunto i seguenti risultati:

- supporto e coordinamento per la redazione di un regolamento comune in materia di donazioni, di comodato e di conto visione;
- costituzione di un database unico delle procedure aziendali e interaziendali e dei relativi controlli/indicatori;
- mappatura delle procedure esistenti ai fini dell'individuazione delle aree di miglioramento e delle omogeneità (laddove possibili) delle stesse.

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

In particolare, la funzione di audit interno, adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per 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 2018 le verifiche sono state definite e previste per l'area della Libera professione, per il processo di gestione del decesso in ospedale e per l'area della logistica sanitaria.

Sulla base di quanto disposto dalla Direzione Generale Cura della persona, salute e Welfare, con nota del 13.03.2018 Prot. Reg. 2018/175158 "Legge regionale n. 19 del 29 luglio 2004. Vestizione del defunto deceduto presso una struttura sanitaria", riguardo l'affidamento al personale delle onoranze funebri incaricate dai familiari, di tutte le incombenze quali la vestizione e la tanatocosmesi, in quanto non rientranti nei LEA di cui al D.P.C.M. DEL 12.01.2017, è stato adottato con Delibera n. 292 del 31 dicembre 2018 ed è entrato in vigore dal 1° gennaio 2019 il Regolamento Aziendale sulla vestizione delle salme.

### Indicatori InSiDER

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	98,75	100	99,66
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	81	85,59	-	-

#### 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 2018 si è quindi provveduto ad effettuare un'accurata 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.

Rispetto agli indicatori e target attesi la rendicontazione è la seguente:

- Adozione Codice di comportamento nei tempi e con le modalità indicate dalla DGR 96/2018: Codice comportamento adottato con deliberazione n. 115 del 24.05.2018;
- % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2018 (tenuto conto dei tempi di effettiva disponibilità moduli GRU)= 30% (valore atteso  $\geq 15\%$ )

### 3.3 Dimensione di performance innovazione e sviluppo

#### 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 sottomessi al parere del Comitato Etico: nell'anno 2018 454 **nuovi studi valutati**, di cui **404 approvati** - compresi usi compassionevoli e **45 sospesi** ai chiarimenti.

Per quanto riguarda l'attività di **monitoraggio amministrativo degli studi clinici** (gestita come da processo descritto nello schema sotto riportato), si è appena conclusa la fase di inserimento dei **1.542 report**, pervenuti a cura dei responsabili degli studi clinici alla data del 31.12.2018. L'elaborazione dei dati per la verifica dell'adesione da parte delle UU. OO. all'obiettivo aziendale **"rendicontazione almeno annuale degli studi"** è in corso.

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

PI - Principal Investigator

IDS – 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 2018 è stato fornito specifico supporto per la partecipazione ai seguenti bandi

- Bandi AIRC MFG e IG
- Bando della Fondazione Cassa di Risparmio di Bologna per progetti nel settore della ricerca scientifica e tecnologica anche in campo medico


- Bandi europei
- Bando Ministero della salute - Ricerca Finalizzata 2018.

In particolare per quest'ultimo bando, i risultati hanno evidenziato una buona performance dei ricercatori del Policlinico, con 5 progetti finanziati sui 37 presentati.



### Progetti Presentati - Progetti Finanziati (I)

	TOTALE		
	ITALIA	RER	AOU BO
<b>Progetti Presentati</b>	1582	97	37
<b>Progetti Finanziati</b>	235	12	5
<b>Progetti Finanziati (%)</b>	<b>14,9%</b>	<b>12,4%</b>	<b>13,5%</b>



Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi

Dati elaborati sulla base della documentazione pubblicata sul sito del Ministero della Salute  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=5127&area=Ricerca%20sanitaria&menu=finalizzata](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5127&area=Ricerca%20sanitaria&menu=finalizzata)

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

E' stato fornito costante supporto ai ricercatori in particolare per la pianificazione e la stesura di protocolli di studio, l'analisi di dati e la revisione di articoli in fase di pubblicazione (140 consulenze fornite nel 2018); il supporto è fornito anche per la predisposizione delle proposte progettuali nell'ambito dei bandi pubblici e per la gestione e la rendicontazione dei progetti finanziati.

Alla data del 31.12.2018 i progetti finanziati attivi sono 63, per un ammontare complessivo di finanziamento assegnato, pari a € 10.718.383

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

ENTE EROGATORE	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2016	N. PROGETTI 2016	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2017	N. PROGETTI 2017	FINANZIAMENTO in € progetti in corso anno 2018	N. PROGETTI 2018
Programma Regione-Università	6.787.065	18	6.787.065	18	130.900	2
Ministero Salute	3.555.657	15	3.555.657	15	5.958.255	24
Regione	875.650	12	2.073.436	18	1.888.425	16
Aziendali	-	-	-	-	-	-
ISS	106.684	4	151.684	5	177.900	4
AIFA	-	-	1.143.000	1	1.143.000	1
Progetti Europei	952.401	2	1.011.807	3	875.907	3
Fondazioni	65.000	3	85.000	4	124.000	3
Altri Enti (*)	570.488	9	729.832	13	419.995	10
<b>TOTALE</b>	<b>12.912.945</b>	<b>63</b>	<b>15.537.481</b>	<b>77</b>	<b>10.718.383</b>	<b>63</b>

Nel corso del 2018 sono stati avviati 25 nuovi progetti per un importo di € 4.527.119.

ENTE EROGATORE	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2016)	N. PROGETTI 2016	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2017)	N. PROGETTI 2017	FINANZIAMENTO in € (progetti avviati nell'anno 2018)	N. PROGETTI 2018
Programma Regione-Università	-	-	-	-	-	-
Regione	330.650	5	1.197.786	6	335.073	6
Fondazioni	30.000	1	20.000	1	-	-
Ministero Salute	1.219.701	4	-	-	3.858.994	13
AIFA	-	-	1.143.000	1	-	-
ISS	60.500	3	45.000	1	87.900	2
Progetti Europei	-	-	59.406	1	49.001	1
Altri Enti	95.000	3	159.344	4	196.151	3
<b>TOTALE</b>	<b>1.735.851</b>	<b>16</b>	<b>2.624.536</b>	<b>14</b>	<b>4.527.119</b>	<b>25</b>

Sono inoltre proseguite le attività per implementare e mantenere i requisiti per la conduzione degli studi di fase I ai sensi della Determina di AIFA 809 del 2015 presso alcuni centri clinici (Ematologia, Oncologia e Oncoematologia Pediatrica) e sono stati gestiti i percorsi di notifica per la sperimentazione clinica con cellule CAR -T, ai sensi del Decreto Legislativo 206 del 2001, presso l'UO di Ematologia.

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

Le iniziative realizzate durante l'anno 2018 sono le seguenti.

**a. Master in EBP e Metodologia della ricerca clinica assistenziale** (in convenzione UNIBO – AOUBO) - Il Master è stato attivato con l'iscrizione di 16 partecipanti e terminerà nel 2020

**b. Corsi EBN base ed EBN avanzato in ECM** riservato ai dipendenti delle professioni sanitarie delle aziende dell'area metropolitana (AOSP, IOR, AUSL, Imola). Nel corso del 2018 sono state realizzate le seguenti iniziative:

i. corso EBP Base primaverile - hanno completato il corso 12 infermieri, 1 medico, 1 farmacista, 1 ortottista, 1 TSLB e 1 assistente sanitario

ii. corso EBP Base autunnale - hanno partecipato 10 infermieri 1 chimico 1 TSLB e 1 fisioterapista

iii. Corso EBP Avanzato primaverile - hanno partecipato 12 infermieri, 1 fisioterapista e 2 medici

iv.corso EBP Avanzato autunnale - hanno partecipato 12 infermieri, 1 chimico, 1 TSLB e 1 medico

c.**Gruppo multi professionale e multidisciplinare EBP** - ha coinvolto 48 professionisti. Sono stati prodotti e pubblicati 12 critical appraisal topic ed 1 studio di validazione transculturale in lingua italiana della Postural Assessment Scale for Stroke Patients (PASS) (Scala di Valutazione Posturale per Pazienti con Stroke). Lo studio è concluso, in fase di pubblicazione l'articolo e di implementazione dello strumento nelle UU. OO.

d.**Corso sul protocollo di ricerca** - hanno partecipato 10 infermieri, 1 chimico, 2 medici, 1 fisioterapista 1 ricercatrice psicologa

e.**Corso sull' analisi descrittiva dei dati** - hanno partecipato: 13 infermieri, 4 medici, 5 fisioterapisti, 1 farmacista, 1 chimico, 1 tecnico di radiologia

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

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

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

Nel corso del 2018 è stata revisionata la procedura PA 104 MODALITÀ DI CONDUZIONE DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE corredata da specifico allegato REGOLE E COMPORTAMENTI CHE DISCIPLINANO IL CORRETTO PERCORSO PER LA CONDUZIONE DEGLI STUDI CLINICI " messo a punto per conciliare la procedura con il nuovo Codice di comportamento aziendale e con le nuove disposizioni in materia di privacy anche a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (GDPR)

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

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

Per quanto riguarda in particolare i **fondi per la ricerca** assegnati all'AOU questi vengono impegnati secondo i piani economici autorizzati dall'ente committente. L'impegno delle risorse destinate alle unità di ricerca interne avviene secondo le procedure aziendali

per l'acquisizione di personale, beni di consumo e servizi. Il trasferimento delle somme alle unità di ricerca afferenti ad altre aziende o enti collaboranti avviene mediante l'assunzione di specifico atto deliberativo pubblicato sul sito aziendale ( nel 2018, 1 atto per un importo complessivo di € 14.000,00).

Nell'ambito della sperimentazione clinica per migliorare la gestione dei rapporti fra le parti nel 2018 sono state messe in campo le seguenti iniziative

- adeguamento del template della bozza contrattuale per gli studi profit con integrazione di modulistiche anagrafiche in versione bilingue per il Servizio Bilancio e attivazione della negoziazione del contratto al momento della sottomissione della documentazione degli studi alla segreteria del Comitato Etico

- predisposizione di un format di accordo per gli studi no profit osservazionali e un format di agreement tra il terzo finanziatore di studi con promotore AOUBO

- introduzione della stipula di contratti con centri partecipanti sia quando AOUBO è promotore, sia con Promotori esterni quando AOU BO è centro partecipante, per la necessità di regolarizzare non solo gli impegni e gli obblighi reciproci tra Promotore e centro partecipante, come previsti dalla diversa normativa in materia di sperimentazioni, ma anche per definire contrattualmente gli adempimenti ai fini privacy che la normativa del Garante prevede sia regolamentata attraverso accordi congiunti bilaterali.

Nel 2018 sono stati revisionati e gestiti nel processo di negoziazione circa 150 contratti tra studi profit e no profit e decine di emendamenti ai contratti.

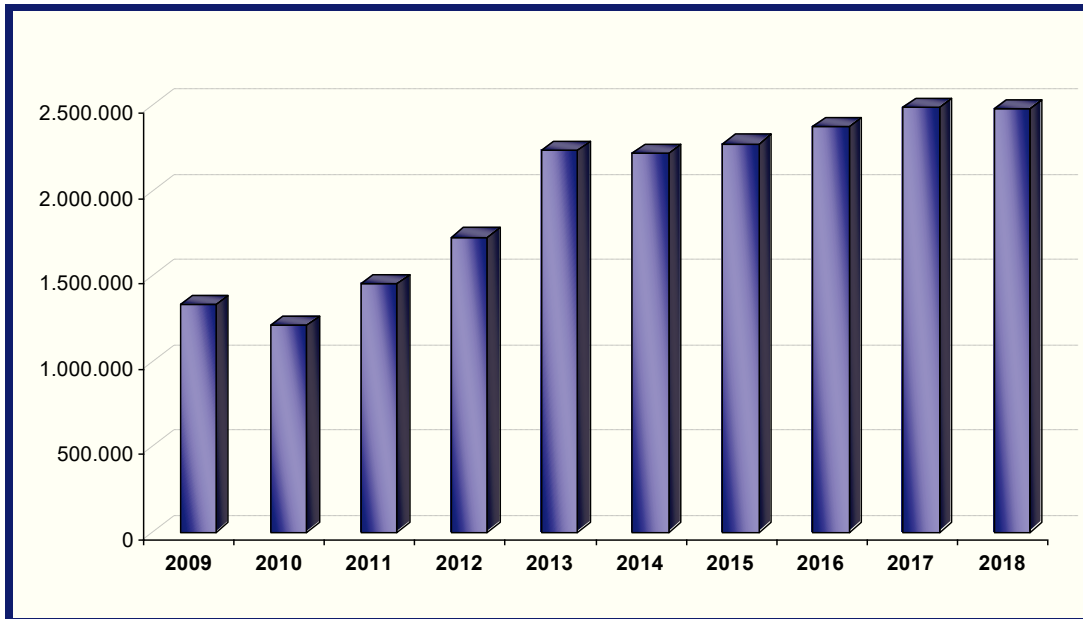
In particolare per quanto riguarda le **sperimentazioni cliniche sponsorizzate** la finalizzazione dei contratti proposti mostra l'andamento descritto in tabella.

	PROPOSTI	FINALIZZATI
2015	85	38
2016	100	63
2017	88	51
2018	90	54 (*)

*(\*46 stipulati e 8 già in versione definitiva ma in attesa di stipula)*

Nel 2018 il fatturato al netto del recupero costi per prestazioni aggiuntive e allestimento farmaci è stato pari a € 2.487.149. Il trend rispetto agli anni precedenti è illustrato nel grafico di seguito riportato.





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

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
personale	1.102.000	1.136.920	1.040.000	1.075.034	1.063.000	1.037.000	960.000
beni	14.000	22.000	104.000	42.000	10.000	5.300	6.000
servizi	88.000	58.000	89.000	60.000	125.000	157.630	62.000
attrezzature	45.000	127.000	79.000	54.580	65.000	20.000	29.000
sopravvenienze		55.000	8.000	-			
<b>totale</b>	<b>1.249.000</b>	<b>1.398.920</b>	<b>1.320.000</b>	<b>1.231.614</b>	<b>1.263.000</b>	<b>1.219.930</b>	<b>1.057.000</b>

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
personale	88%	81%	79%	87%	84%	85%	91%
beni	1%	2%	8%	3%	1%	0%	1%
servizi	7%	4%	7%	5%	10%	13%	6%
attrezzature	4%	9%	6%	4%	5%	2%	3%
sopravvenienze	0%	4%	1%	0%	0%	0%	
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

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

- **Rapporto di collaborazione informale con UNIBO** per tutti i progetti presentati nell'ambito dei bandi europei dai ricercatori universitari che richiedono la partecipazione dell'AOU come parte terza.

▪ **Rapporto di collaborazione informale con la direzione amministrativa dei DU** per la gestione di progetti e /o studi clinici e per l'individuazione dei migliori possibili percorsi amministrativi comuni. La collaborazione si sostanzia anche in atti formali riguardanti convenzioni progetto specifiche. Nel corso del 2018 è stata attivata 1 convenzione con il trasferimento di € 25.000 dall'AOU BO al DIMEC e 1 convenzione con il trasferimento di € 20.000 € dal DIMEC a AOU BO, per la realizzazione di altrettanti progetti di comune interesse.

▪ **Valorizzazione e tutela della proprietà intellettuale** - si è consolidata la collaborazione tra gli uffici aziendali Ricerca e Innovazione, Privacy, Legale e l'Ufficio di trasferimento tecnologico dell'Alma Mater, collaborazione che ha condotto alla messa a punto del **Regolamento relativo alla tutela della proprietà industriale e intellettuale dell'AOU di Bologna**, adottato con Delibera N. 42 del 28.2.2018. Nel corso del 2018 è inoltre proseguita l'attività per la definizione di specifica intesa fra Azienda e UNIBO in materia di diritti di proprietà intellettuale per i casi di collaborazione fra le parti. Al 31.12. 2018 risultano depositate, in contitolarità con altri enti, tre domande di brevetto in Italia, oggetto di estensione anche all'estero.

▪ **Progetto di unificazione del Servizio di Biblioteca** - il rinnovo dell'accordo scaduto nell'agosto 2017, potrà essere oggetto di ulteriore approfondimento in sede di applicazione dell'Accordo Attuativo Locale fra AOUBO e UNIBO, sottoscritto nel dicembre 2018.

#### Esperienze formative innovative

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

Un'opportunità per lo sviluppo di esperienze formative innovative è stata rappresentata dall'utilizzo del Centro di Simulazione per la gestione delle emergenze cliniche, tramite tecniche di rianimazione cardiopolmonare, anche nel 2018 sono stati infatti realizzati eventi di simulazione condotti in una struttura dotata di tecnologie e strumenti innovativi che facilitano l'apprendimento delle principali sequenze scelte, condivise nel gruppo di lavoro, rispetto a manovre cardio polmonari e/o altri interventi in emergenza nel lattante e/o nel bambino. Il Centro di Simulazione è stato teatro di eventi sulla gestione del rischio in ostetricia per la prevenzione della morte materna, in accordo con la specifica raccomandazione ministeriale sul tema. La simulazione facilita la valutazione delle azioni messe in campo dal team di emergenza, finalizzate al contenimento dei rischi in ambiti diversi.

L'esperienza condotta negli anni precedenti rispetto all'acquisizione di nuovi strumenti per la formazione, come la tecnica dello storytelling e del videostorytelling, ha consentito ai professionisti formati, di mettere a disposizione dei pazienti e della comunità cittadina le proprie competenze, attraverso alcune attività di sensibilizzazione al corretto lavaggio delle mani, in linea con l'obiettivo di riduzione delle infezioni nosocomiali

e nel corso dell'iniziativa realizzata presso il Policlinico, denominata "Le Stelle di S. Orsola".

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

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

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

### **3.3.2. Area di performance dello sviluppo organizzativo**

#### La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

La programmazione delle attività formative per il 2018 è stata effettuata, facendo seguito ad incontri con i referenti delle strutture trasversali proponenti e tenendo conto delle necessità provenienti dai requisiti di Accreditamento e degli obiettivi strategici aziendali. Elemento di innovazione è stata l'aggregazione di iniziative formative proposte da più Direzioni, nell'ottica di una razionalizzazione dell'offerta e della relativa pianificazione.

Nella programmazione e realizzazione dell'attività formativa è stato dato un grande impulso alle iniziative in tema di sicurezza delle cure e alla gestione del rischio. Come previsto, è stata potenziata l'attività formativa sulle tecniche di rianimazione cardiopolmonare, anche attraverso la collaborazione offerta all'Università con l'apertura ai medici in formazione specialistica, agli studenti dei Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche, al personale medico e infermieristico della Clinica Odontoiatrica dell'Università e agli insegnanti di alcuni licei della città. Fondamentale è stata anche l'importante attività formativa di rianimazione cardiopolmonare (adulto e pediatrico) svolta a favore del personale medico e infermieristico (sia dipendente che con altre forme di contratto con l'Azienda) che afferisce alle strutture coinvolte negli studi di sperimentazione di Fase 1, in relazione ai requisiti dell'accREDITAMENTO AIFA.

In linea con le indicazioni ministeriali in tema di sicurezza per il paziente e per gli operatori, sono stati realizzati: interventi formativi specifici a seguito di eventi avversi e nell'ambito dei SEA attivati; eventi per la prevenzione degli episodi di suicidio del paziente e di prevenzione e gestione degli atti di violenza verso gli operatori; eventi sul tema dell'ascolto, prevenzione e gestione dei conflitti nei diversi setting operativi; anche a livello dipartimentale sono state realizzate giornate formative sui rischi correlati alla trasfusione, alle procedure operative per la prevenzione del rischio in ostetricia, alle procedure per la prevenzione degli episodi di stravasamento, e per la corretta gestione dei CVC e CVP.

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

Nel Piano Formativo 2018 è stato dato ampio spazio alle iniziative formative che riguardano la tutela della salute dei lavoratori (legge 81/08), la radioprotezione, l'impiego in sicurezza della formaldeide e dei farmaci antitumorali. In relazione all'acquisizione di dispositivi di sicurezza sono state realizzate iniziative formative per preparare il personale all'uso di tali dispositivi che si prefiggono l'obiettivo di una gestione più sicura dell'incidenza degli infortuni da rischio biologico. Sempre in tema di gestione degli infortuni da rischio biologico, l'emissione di una procedura interaziendale sul tema ha

rappresentato lo spunto per realizzare alcune giornate formative che hanno visto la partecipazione di personale delle Aziende dell'area metropolitana.

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

Rispetto all'attività di coordinamento effettuata a livello regionale sulla promozione della cultura e degli strumenti della Health Literacy ai fini del miglioramento della comunicazione tra i sanitari ed i pazienti, l'Azienda ha garantito la partecipazione ai corsi regionali e ha organizzato una giornata formativa residenziale interna che ha visto un'ampia partecipazione da parte del personale.

L'area degli aggiornamenti tecnico-legislativi ha visto l'attuazione di numerosi eventi, promossi in parte a livello aziendale, e in larga misura anche a livello di Area Vasta, relativi alle tematiche della trasparenza e anticorruzione, del Codice di comportamento introdotto in Azienda, del nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale del Comparto sanità, delle modalità di acquisto di beni e servizi per importi inferiori a 40.000 euro, della digitalizzazione nella Pubblica Amministrazione.

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

La riorganizzazione dell'attività sanitaria e l'introduzione di nuovi modelli organizzativi in Azienda sono stati accompagnati da eventi di formazione-intervento, che hanno coinvolto il personale afferente alla Direzione delle Professioni Sanitarie, facendo seguito all'evento formativo svoltosi nel 2017 che ha accompagnato la riorganizzazione complessiva di questa Direzione. La formazione-intervento del 2018 ha avuto come focus principale la costruzione di "Laboratori" dei Coordinatori infermieristici e tecnici delle diverse Unità Operative, ciascuno con l'obiettivo di proporre e realizzare azioni di miglioramento rispetto a diversi ambiti di lavoro. Sulla scorta di questa esperienza, è stato attivato un altro percorso di formazione-intervento che ha accompagnato la riorganizzazione delle funzioni afferenti alla Direzione Sanitaria, attraverso la costituzione dei "Team di Direzione". Obiettivo che accomuna tali iniziative è migliorare, attraverso la capacità di lavorare in team, la relazione e integrazione tra i professionisti.

Il perseguimento dell'obiettivo regionale di un progressivo avvicinamento al nuovo modello di Accredimento Istituzionale introdotto con la DGR 1943/2017 è stato accompagnato da una serie di giornate di formazione dedicate principalmente a Direttori, Coordinatori, Rappresentanti della Direzione per la Qualità, Animatori di Formazione, con l'obiettivo di approfondire il nuovo approccio che prevede l'applicazione dei requisiti

generali ai processi direzionali e trasversali, per favorire un ruolo più rilevante della leadership a sostegno del miglioramento e dell'innovazione, ed una ricaduta delle scelte direzionali a livello delle strutture operative dell'organizzazione. L'obiettivo di tradurre in azioni ed evidenze oggettive le innovazioni introdotte in tema di Accredimento Istituzionale è stato perseguito attraverso la predisposizione di vademecum che associano i criteri e i requisiti generali del nuovo modello di Accredimento, agli strumenti aziendali e di Unità Operativa che ne attestano l'aderenza.

A sostegno degli obiettivi di miglioramento dell'attività di procurement e relativo incremento delle donazioni e dei trapianti di organi e tessuti, anche da donatore a cuore fermo, (come previsto dai recenti orientamenti nazionali) sono stati realizzati diversi eventi formativi. Per alcuni di questi, e nella fattispecie per il programma di formazione sul procurement di cornee è stato possibile individuare in corso d'anno una effettiva ricaduta organizzativa, avendo registrato a livello aziendale un incremento significativo di cornee prelevate, a dimostrazione dell'aumentata sensibilità del personale sanitario agli aspetti etici e professionali su questo argomento.

In linea con le indicazioni del documento di programmazione sanitaria regionale 2018 riguardo la formazione continua ECM, l'Area Formazione dell'AOU ha perseguito l'obiettivo di individuare alcuni eventi formativi sui quali effettuare la valutazione del trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo (livello L3) e la misurazione dell'efficacia delle azioni formative in termini di impatto rispetto al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi (livello L4).

Il percorso formativo sul tema dell'Accredimento Istituzionale iniziato nel 2017 e proseguito nel 2018 e gli audit interni effettuati presso le strutture in staff e line alla Direzione Aziendale, hanno offerto l'opportunità di valutare il trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo oggettivamente con la misurazione del livello di soddisfacimento dei requisiti generali indicati nella DGR 1943/2017 (progetto formativo 1). Terminati gli eventi formativi sui Dipartimenti sarà possibile valutare nel 2019 il trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo attraverso la valutazione di ricaduta dei requisiti generali a livello delle U.O. e la rivalutazione dei requisiti specifici (progetto formativo n. 2). A completamento del progetto formativo dedicato ai Coordinatori (Laboratori DiProSa) è stato possibile valutare il trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo attraverso la produzione di project work e di azioni di miglioramento applicate in contesti specifici (progetto formativo n. 3). L'attuazione del corso sull'uso del sistema informatizzato GRU, programmato nel 2018 e riproposto nel 2019, ha reso possibile valutare il livello di autonomia degli Animatori di Formazione sull'utilizzo del sistema (progetto formativo n. 4). Il corso sull'"Impatto della formazione" ha consentito di evidenziare ulteriori eventi con trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo (progetto formativo n.5).

Alcuni degli eventi individuati per il trasferimento degli apprendimenti al contesto lavorativo sono stati prescelti anche per la misurazione dell'efficacia. Oltre a questi, sono stati individuati altri eventi: corso per la "Prevenzione delle LDP" (Monitoraggio 2019 vs 2018) (progetto n. 1) e della "Prevenzione delle cadute" (monitoraggio 2019 vs 2018) (progetto n. 2). Per questi due ultimi eventi si procederà nel 2019 anche alla

somministrazione di un questionario per valutare il mantenimento delle competenze. Sempre nell'ambito della formazione trasversale, sono stati selezionati altri eventi: "L'ultimo miglio", per la realizzazione dei Team di Direzione (progetto n. 3) e "Corso di aggiornamento per medici referenti e infermieri facilitatori nelle cure palliative" (progetto n. 4). In ambito dipartimentale, sono stati selezionati i seguenti corsi: "Il paziente neurochirurgico: caring e sviluppo delle competenze, protocollo gestionale pre e post intervento al bambino sottoposto a craniotomia" (progetto n. 5); evento "DIMMI" sulle tematiche del fine vita, valutato attraverso indicatori relativi alla riduzione all'opposizione della donazione di organi (progetto n. 6); corso base "Ecografia toracica" che sarà valutato attraverso la misurazione della riduzione di richieste di RX toracico (progetto n. 7); corso Procurement aziendale, per la sensibilizzazione del personale alla segnalazione di pazienti deceduti ai fini del prelievo di cornee, misurabile con il numero delle segnalazioni 2018 vs 2017 (progetto n. 8).

Indicatori e target:

- progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di misurare il trasferimento gli apprendimenti al contesto lavorativo. Target: almeno 4 Risultato: 5
- progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative. Target: almeno 3 Risultato: 8

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

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

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

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

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

- l'integrazione con GRU, nel 2018, ha riguardato l'utilizzo del modulo "verifiche"; sono stati effettuati i primi incontri propedeutici all'attivazione del modulo "valutazione del personale" da implementare nel secondo semestre 2019.

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

- il processo di budget in cui è stato fornito un supporto capillare alle singole UU.OO. per collegare la valutazione della performance organizzativa alla valutazione della performance individuale per l'utilizzo di strumenti capaci di individuare obiettivi e progetti collegati ai singoli professionisti, accompagnati da modalità di misurazione ed indicatori utili a leggere il contributo individuale;

- la continua mappatura di tutti gli incarichi di nuova attivazione con l'inserimento di obiettivi nelle Job Description. Sono stati revisionati gli obiettivi di mandato dei direttori di struttura complessa e di struttura semplice dipartimentale con valutazione dell'incarico in scadenza.



## **3.4 Dimensione di performance della sostenibilità**

### **3.4.1 Area di performance economico-finanziaria**

La Direzione aziendale nel corso del 2018 è stata impegnata al raggiungimento dell'obiettivo economico-finanziario di pareggio civilistico di bilancio. La Direzione aziendale è stata inoltre impegnata:

-al costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Le CTSS sono state informate degli esiti delle verifiche straordinarie;

-alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato.

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

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

Con delibera 116 del 30/04/2019 è stato formalizzato il bilancio consuntivo 2018 in equilibrio.

#### Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2018 l'Azienda ha consolidato la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR nel rispetto delle disposizioni del D.lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

L'Azienda è stata impegnata nel corso del 2018 in continuità alle azioni avviate negli anni precedenti:

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

- proseguire nel progetto di dematerializzazione dei processi di liquidazione anche in vista dell'attivazione del nuovo software gestionale per l'area amministrativo contabile (GAAC);

- ad estendere l'utilizzo della procedura informatica ordini a tutto il volume degli acquisti di beni e servizi rendendo univoci i percorsi organizzativi;

- ad estendere l'utilizzo dell'ordine e del documento di trasporto dematerializzato;

- a rimuovere degli ostacoli che impediscono ove possibile la liquidazione automatica delle fatture;
- ad attuare un efficiente controllo per verificare che la liquidazione delle fatture avvenga entro i tempi di pagamento stabiliti;
- ad effettuare una sistematica programmazione volta a ottimizzare l'utilizzo delle risorse finanziarie.

L'Azienda ha regolarmente inviato trimestralmente le tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2018, previste quale adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

Il valore dell'utilizzo dell'anticipazione di tesoreria nell'esercizio 2018 è stato pari a 0.

**Il valore dell'indice tempestività di pagamento per l'esercizio 2018 è stato pari a -19,88 giorni (target regionale di riferimento <= 0).**

A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di Tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, l'Azienda ha avviato il nuovo servizio dal 1 gennaio 2018.

L'Azienda ha avviato nei tempi previsti dalla normativa il progetto **SIOPE+** che prevede per l'Ente l'obbligo di applicazione dell'ordinativo informatico e l'integrazione delle informazioni sui pagamenti con quelle delle fatture delle PA registrate nella Piattaforma dei crediti commerciali (PCC).

I flussi SIOPE+ sono stati collaudati nel mese di settembre e il progetto è stato avviato in produzione dal 1 ottobre 2018.

Il target di riferimento riscontrato nel corso del 2018 relativamente **al rispetto delle tempistiche di avvio del progetto SIOPE+** è pari al **100 %**.

#### Miglioramento del sistema informativo contabile

Nel corso del 2018 l'Azienda ha consolidato la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR nel rispetto delle disposizioni del D.lgs. n. 231/2002 e s.m.i., attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

L'Azienda è stata impegnata nel corso del 2018 in continuità alle azioni avviate negli anni precedenti:

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

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

L'Azienda ha regolarmente inviato trimestralmente le tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2018, previste quale adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

Il valore dell'utilizzo dell'anticipazione di tesoreria nell'esercizio 2018 è stato pari a 0.

**Il valore dell'indice tempestività di pagamento per l'esercizio 2018 è stato pari a -19,88 giorni (target regionale di riferimento  $\leq 0$ ).**

A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di Tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, l'Azienda ha avviato il nuovo servizio dal 1 gennaio 2018.

L'Azienda ha avviato nei tempi previsti dalla normativa il progetto **SIOPE+** che prevede per l'Ente l'obbligo di applicazione dell'ordinativo informatico e l'integrazione delle informazioni sui pagamenti con quelle delle fatture delle PA registrate nella Piattaforma dei crediti commerciali (PCC).

I flussi SIOPE+ sono stati collaudati nel mese di settembre e il progetto è stato avviato in produzione dal 1 ottobre 2018.

Il target di riferimento riscontrato nel corso del 2018 relativamente **al rispetto delle tempistiche di avvio del progetto SIOPE+** è pari al **100 %**.

Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie

Nel corso del 2018 l'Azienda è stata impegnata in continuità agli esercizi precedenti:

- a recepire ed applicare eventuali integrazioni delle Linee Guida regionali;
- a proseguire nel progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno, anche in vista dell'avvio del nuovo sistema informativo regionale per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC);

-a proseguire il percorso per il superamento delle criticità emerse dai Monitoraggi Regionali sullo stato di attuazione del PAC a tutto il 2017;

-a recepire le osservazioni e i suggerimenti del Collegio Sindacale formulati in occasione delle Revisioni Limitate effettuate nel corso del 2016 e del 2017 e a proseguire il percorso per superamento delle criticità emerse nelle Revisioni stesse;

-ad aderire alle attività formative organizzate a livello regionale.

#### Piattaforma di Gestione Area Amministrativo Contabile (GAAC)

Nel corso del 2018 l'Azienda è stata impegnata:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;

- a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4706 del 28/03/2017 al Tavolo di coordinamento e governo GAAC (d'ora in poi Tavolo GAAC);

- ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la massima collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema anche attraverso un supporto logistico e organizzativo al progetto garantito dal Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza;

- ad assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie all'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;

- ad assicurare la partecipazione dei propri collaboratori ai gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati anche tramite il Referente GAAC nominato.

Nel corso del 2018, sono state predisposte tutte le anagrafiche di base assegnate e sono stati pubblicati tutti i match previsti entro le tempistiche indicate. Alcune delle configurazioni di base GAAC sono state implementate dalle Aziende Sanitarie dell'area bolognese.

Il target di riferimento riscontrato relativamente **alla partecipazione attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro** e target di riferimento per il 2018 è pari al **100 %**.

L'Azienda è stata inoltre impegnata nell'applicazione di quanto previsto dalle normative in tema di:

- indicazione del Codice AIC all'interno delle fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN, che prevede il divieto di pagamento delle fatture relative a acquisti di prodotti farmaceutici che non riportano correttamente l'indicazione dello stesso codice;

- monitoraggio completo dell'intero ciclo acquisti, che prevede per il 2018 l'avvio del sistema SIOPE+, di cui al DM 25 settembre 2017, in grado di rilevare automaticamente i pagamenti eseguiti dalle amministrazioni pubbliche e di collegarli alle rispettive fatture e il nodo di smistamento degli ordini di acquisto (NSO), in grado di rilevare automaticamente gli ordini di acquisto, collegandoli sia ai contratti di origine che ai documenti emessi nelle fasi successive (fatture, bolle di accompagnamento dei beni, stati di avanzamento dei lavori).

L'Azienda ha inoltre assicurato la collaborazione ad IntercentER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR n. 287/2015, anche in vista dei nuovi adempimenti previsti dalla Legge finanziaria 2018, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile e garantire l'emissione di ordini di acquisto sia per i beni che per i servizi.

#### Fatturazione elettronica

Nel corso del 2018 l'Azienda è stata impegnata:

- ad assicurare la collaborazione ad Intercent-ER nella gestione del processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti attraverso la risoluzione degli inconvenienti informatici segnalati vicendevolmente;
- a garantire la partecipazione dei gestori aziendali emettenti ordini di acquisto al gruppo di lavoro dedicato alla dematerializzazione del ciclo passivo. Il gruppo si è incontrato con cadenza trimestrale per l'analisi dei volumi di ordini inviati elettronicamente da ciascun soggetto e la definizione delle azioni specifiche per risolvere le eventuali problematiche di processo ed informatiche;
- ad inizializzare le riflessioni operative con i gestori coinvolti per una sempre maggiore pervasività della dematerializzazione nel mondo dei servizi, attraverso incontri dedicati al tema;

Il target di riferimento riscontrato relativamente **alla implementazione di un sistema unico regionale** per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile, per la fatturazione elettronica, è pari al **100 %**.

#### Sistema audit interno

La Legge Regionale 9/2018 del 16 luglio 2018 prevede all'art. 26 che l'Azienda debba costituire un sistema di audit interno per la verifica, il controllo, la revisione e la valutazione delle attività e delle procedure adottate, al fine di certificarne la conformità ai requisiti legali, alle linee guida e indirizzi regionali, nonché alle migliori pratiche applicate. La funzione di Audit interno persegue l'obiettivo di indicare le necessarie azioni di revisione e integrazione delle procedure interne, anche amministrativo contabili, non conformi. L'Azienda nel corso del 2017 ha aderito, con deliberazione 194 del 28/09/2017, al progetto audit che coinvolge tutte le Aziende sanitarie della provincia. Con nota prot. 15050/2018 del 19/07/2018 è stato istituito il gruppo Audit metropolitano che ha avviato formalmente i lavori nel corso del mese di settembre. Con nota prot. 8518/2018 del 17/07/2018 è stato istituito il gruppo Audit metropolitano che ha avviato i lavori predisponendo una prima relazione sulle attività svolte.

Nel corso dell'anno 2018 il Gruppo Audit Area Metropolitana che coinvolge gli Uffici Qualità, Anticorruzione e trasparenza, Controllo di Gestione e Bilancio, ha raggiunto i seguenti risultati:

- supporto e coordinamento per la redazione di un regolamento comune in materia di donazioni, di comodato e di conto visione;

-costituzione di un database unico delle procedure aziendali e interaziendali e dei relativi controlli/indicatori;

-mappatura delle procedure esistenti ai fini dell'individuazione delle aree di miglioramento e della omogeneità (laddove possibili) delle stesse.

Il target di riferimento riscontrato relativamente **all'istituzione del Sistema di Audit interno** e target di riferimento per il 2018 è pari al **100 %**.

#### Governo delle risorse umane

**Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP)** L'anno 2018 è stato caratterizzato dalla predisposizione dei Piani triennali dei fabbisogni, sviluppato in coerenza con le priorità definite dal livello regionale (area emergenza urgenza, processi di stabilizzazione dei contratti atipici) e dai piani di sviluppo individuati a livello metropolitano e provinciale.

**Concorsi in sede Avec** nel 2018 le Amministrazioni di AVEC hanno sottoscritto un protocollo di intesa per la gestione congiunta dei seguenti concorsi pubblici:

- tecnico di laboratorio medico,
- tecnico di ostetricia,
- tecnico fisioterapista.

Visti i risultati della sperimentazione di concorsi congiunti in sede Avec l'attività continuerà nel 2019 con la previsione di ulteriori concorsi congiunti per altre figure del personale del comparto sanitario e non sanitario quali: dietista, tecnico della prevenzione, assistente amministrativo, assistente sanitario, logopedista, audiometrista, ingegnere civile, collaboratore amministrativo.

Nell'area metropolitana di Bologna la pianificazione delle procedure concorsuali è stata supportata da due cabine di regia, una per il personale del comparto composta dai direttori amministrativi e una per il personale della dirigenza composta dai direttori sanitari o loro delegati di tutte e 4 le aziende, al fine di ottimizzare la indizione delle procedure e effettuare procedure – ove possibile – in forma congiunta.

L'esperienza per i concorsi della dirigenza – anche se limitata a poche discipline (pronto soccorso, anestesia, igiene pubblica, dirigente chimico) non ha dato ultimamente gli stessi frutti positivi in relazione alle diverse esigenze delle aziende coinvolte.

#### Rispetto della Legge 161/2014

L'azienda ha garantito la regolare erogazione dei servizi e dei livelli di assistenza in coerenza con le direttive e le linee condivise con la Regione. Rispetto agli indicatori e target previsti dalla delibera di programmazione regionale (DGR919/2018):

-Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti: a seguito dell'avvenuta implementazione della procedura unica regionale per la gestione delle presenze/assenze, si è nuovamente reso possibile nel corso del 2018 porre in essere il monitoraggio e la segnalazione di eventuali mancati rispetti della normativa quali il superamento delle 48 ore;

-A sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'emergenza urgenza è stata effettuata una proposta di adeguamento del personale e formalizzata nel piano triennale dei fabbisogni del personale;

-È stata data esecuzione agli accordi sottoscritti con le OOSS in applicazione della L.161/2017. Con riferimento alla riduzione del lavoro precario medico, l'obiettivo dato nel 2016 era la riduzione dell'80% dei contratti libero professionali finanziati con risorse aziendali. Nel 2016 erano 60, al 31.12.2018 rimangono attivi 27. La realizzazione dell'obiettivo si completerà nel corso del 2019 (obiettivo 12);

-Sono stati rispettati gli standard previsti dal patto per la salute;

-E' stata avviata la sperimentazione di unificazione dei concorsi del personale, come dettagliatamente rappresentato al paragrafo precedente.

### 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 della RER e l'Agenzia Intercent-ER. Conseguentemente, il Masperplan diventa strumento di programmazione condiviso a tutti i livelli in ambito regionale

### Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie

Nel 2018 è continuata la sperimentazione della collaborazione tra l'Agenzia Intercent-ER e le Aziende Sanitarie, dopo che ogni Azienda ha stipulato apposita convenzione alla fine del 2015, come indicato nella D.G.R. n.1658 del 17 ottobre 2016, successivamente prorogata al 31.12.2019.

Per il 2018 sono state assegnate all'AVEC, per conto di Intercent-ER, le seguenti procedure, non ancora completate:

Servizio Acquisti Metropolitan di Bologna (S.A.M.):

1. FOBT;
2. Radiofarmaci per i lotti non aggiudicati nella prima gara;
3. Sistemi infusionali.

Mentre il Servizio Acquisti di Ferrara deve ancora concludere la procedura assegnata nel 2016 relativa a:

- Dispositivi per laparoscopia e suturatrici meccaniche.

Inoltre, sempre ai fini dell'integrazione organizzativa tra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie, si evidenzia che periodicamente (mediamente ogni 3 mesi) il Direttore dell'Agenzia Intercent-ER incontra i Direttori Sanitari e i Direttori Amministrativi dell'Area Vasta per un aggiornamento sull'attività in corso, sugli esiti delle procedure, sulle modalità di coordinamento delle attività, su eventuali criticità in fase di predisposizione degli atti di gara o di valutazione delle offerte.

### Il Governo dei farmaci e dei Dispositivi Medici

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

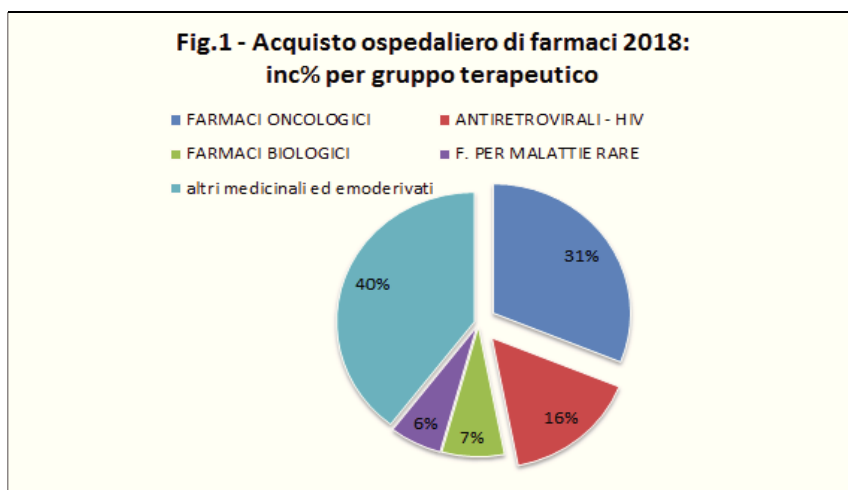
Tab.1 – COSTI per beni sanitari farmaceutici: 2018 vs 2017

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

### Acquisto ospedaliero di farmaci

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

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



### Fondo farmaci innovativi NON oncologici

Per il 2018, l'assegnazione del finanziamento per farmaci innovativi è stata pari a 6,175 mln.



A consuntivo si registra un utilizzo del fondo per 5,990 mln, pari al 97%, al netto di tutti i rimborsi/pay back.

La spesa è sostanzialmente a carico dei Farmaci per Epatite C (Tab.2)

Tab.2 - Farmaci innovativi per Epatite C: Sintesi dei dati 2018 per farmaco

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

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

### Fondo farmaci innovativi oncologici

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

Tab.3 - Fondo Oncologici Regionale 2018

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

### Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

#### **a. Farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica territoriale**

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

Gli interventi mirati su alcune classi terapeutiche, uniti alla genericazione di alcuni farmaci, hanno permesso di registrare nel 2018 una riduzione della spesa per l'AUSL di

Bologna pari a -5,5%, a fronte di un obiettivo assegnato del -2%. La spesa netta pro-capite è stata pari a 112,46€ vs 119,01€ registrati nel 2017.

Di seguito la sintesi dei principali risultati.

• Consumo territoriale dei PPI

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

- Trattamenti > 1 anno (dato disponibile 2017): BOLOGNA: 38,63 vs RER 39,96. Il dato 2015 data di inizio del progetto era per BO 42,35 vs RER 40,13.

- Il consumo giornaliero dei PPI x 1.000 residenti di Bologna 2018 è di 50,91 vs RER 53,5 (obiettivo anno 2018 < 48 DDD per ogni 1.000 abitanti)

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

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

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

Le azioni previste in questo progetto sono state:

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

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

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

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

• Terapie ipolipemizzanti a base di statine

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

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

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

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

Si nota un netto miglioramento rispetto al 2017, tuttavia l'obiettivo non è ancora stato raggiunto.

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

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

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

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

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

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

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

• Impiego della Vitamina D

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

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

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

• Farmaci anticoagulanti orali (NAO)

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

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

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

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

**calo medio di prezzi (per le Az. San.) da gennaio 2018:**  
 -7,5% [ da + 5% a - 20% ]  
 Costo di 1 gg di terapia (+IVA) va da circa 1,7€ a circa 2€

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

Tab.6 – Prescrizioni NAO per principio attivo - 2018

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

*Indicatore e risultati attesi*

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

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

*Risultato ottenuto territorio AUSL Bologna*

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

● Impiego delle insuline basali

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

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

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

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

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

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

a. **EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE**: sviluppata sul tema del contrasto allo spreco delle EBPM rivolta ai clinici afferenti alle Aziende USL BO, OSP BO e IOR mirata a promuovere un impiego razionale delle EBPM a seguito di dimissione o visita specialistica, ovvero mettere in relazione il tema clinico della durata delle terapie prescritte con quello farmaceutico del confezionamento delle stesse. E' stata inoltre stampata una brochure tascabile, curata dal Policlinico S. Orsola e approvata dalla Commissione Farmaci dell'Area Vasta Emilia Centro, per un appropriato utilizzo di questa Classe di farmaci nelle diverse indicazioni cliniche.

b. **DOLORE NEUROPATICO**: finalizzata a richiamare i contenuti della nota AIFA n.4, richiamando l'attenzione dei clinici che nel trattamento del dolore neuropatico, oltre alle possibilità prescrittive vincolate alle indicazioni e alle vie di somministrazione previste in scheda tecnica, la scelta dei principi attivi più appropriati deve tenere conto anche del rapporto costo/opportunità più favorevole

c. **IPOLIPEMIZZANTI ORALI**: la campagna informativa ha posto in evidenza l'elevato numero di pazienti dell'area bolognese trattati con questi farmaci (oltre 100.000), con una esposizione decisamente più elevata rispetto alla media regionale (+14%) ed una spesa che nel 2017 è stata pari a circa 16 milioni. Si è voluto porre l'attenzione in particolare sui pazienti non aderenti al trattamento (circa il 13,6% dei soggetti assumono meno del 50% atteso) e sui pazienti sovra trattati (il 3,26% assume il 30% in più del consumo atteso).

**b. Farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica ospedaliera**

• Contenimento del consumo di farmaci antimicrobici sistemici

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

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



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

*Indicatore e risultati attesi*

*Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1.000 residenti*

*Risultato atteso  $\leq 16$  DDD pazienti su 1.000 residenti*

Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1.000 residenti

*Risultato ottenuto territorio AUSL Bologna*

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

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

*Risultato atteso  $\leq 1,12$  DDD pazienti su 1.000 residenti*

*Risultato ottenuto territorio AUSL Bologna*

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

*a) STEWARDSHIP ANTIMICROBICA*

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

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

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

L'aumentato utilizzo di Meropenem può essere attribuito all'aumento del numero di pazienti positivi per KPC ( $\Delta$  58 pz) e all'evoluzione del panorama epidemiologico ma

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

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

DESC ATCS	DDD/100 ggdd AP	DDD/100 ggdd AC	var DDD/100ggdd	Importo D.O. AP	Importo D.O. AC	var Importo D.O.
DAPTOMICINA	1,84	2,80	1,15	383.221	535.036	151.815
LINEZOLID	0,78	1,19	0,42	73.193	65.502	-7.691
MEROPENEM	3,80	4,98	1,19	254.758	215.531	-39.228
TIGECICLINA	0,85	0,87	0,22	261.773	195.532	-66.241
Totale Farmaci Stewardship	6,88	9,86	2,98	972.946	1.011.601	38.655
Altri ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	84,07	85,13	1,06	1.255.923	1.527.622	271.700
Totale ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	90,95	94,99	4,04	2.228.869	2.539.223	310.355

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

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

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

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

#### b) PROFILASSI ANTIMICROBICA IN CHIRURGIA

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

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

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

Rispetto ai primi due punti, in Azienda si sono complessivamente raggiunti buoni livelli di aderenza: la scelta degli antimicrobici nel 2018 è stata appropriata nel 78% dei



casi e la somministrazione avviene in sala operatoria. Il dato di adesione agli schemi di profilassi antimicrobica riguarda gli interventi di tutte le discipline ad eccezione per la chirurgia generale pediatrica, poiché anche le linee guida nazionali, data la peculiarità dei pazienti pediatrici, non contemplano specifici protocolli in questa popolazione (Tab.10).

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

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

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

- Farmaci oncologici

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

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

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

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

**A1) Audit uso di Olaparib nel trattamento del carcinoma ovarico:** il risultato complessivo dell'audit evidenzia una sostanziale adesione alle raccomandazioni sia per la percentuale delle pazienti con carcinoma ovarico in trattamento di mantenimento con olaparib (il Policlinico è un riferimento provinciale e regionale per il trattamento del carcinoma ovarico) sia per l'appropriata selezione delle pazienti. L'appropriatezza totale relativamente ai due indicatori analizzati è risultata del 96%, con pieno raggiungimento dell'obiettivo;

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

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

• Allestimenti delle terapie antitumorali

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

-la rivalutazione della stabilità chimico-fisica dei residui di produzione di farmaci, sia in polvere dopo ricostituzione (*n. 37 molecole*) sia in soluzione dopo perforazione (*n. 50 molecole*) sulla base di indicazioni dell'RCP, dichiarazioni delle ditte e dati di letteratura,

-la valutazione della stabilità microbiologica dei residui di produzione con controllo della sterilità a 7 giorni ,

-la condivisione con i clinici di effettuare arrotondamenti della dose, laddove possibile, per alcuni farmaci ad alto impatto di spesa e con una limitata numerosità dei pazienti, quali ad esempio il brentuximab, l'aflibercept, il ramucirumab, ecc.

-il monitoraggio delle terapie rese alla farmacia e non somministrate e dell'eventuale riutilizzo in sicurezza.

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

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

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

o elaborazione di un documento di analisi delle diverse soluzioni organizzative da adottare nelle UFA mirate a ridurre gli scarti di produzione durante gli allestimenti dei farmaci quali: *l'arrotondamento dose e dose banding, l'estensione della stabilità dopo ricostituzione/diluizione, l'organizzazione di drug day/month*

o raccolta dei dati organizzativi e di attività delle UFA - anno 2017

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

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

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

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

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

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

•Farmaci biosimilari

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. AIFA nel Secondo Position Paper sui farmaci biosimilari si dichiara che "... l'AIFA considera i biosimilari come prodotti intercambiabili con i corrispondenti originatori di riferimento"; questo fornisce un ulteriore elemento di chiarezza per perseguire gli obiettivi posti per il governo della spesa farmaceutica, ricorrendo al loro utilizzo sia nei pazienti di nuova diagnosi sia in fase di rivalutazione con superamento delle criticità legate allo shift delle prescrizioni da originator a biosimilare nelle terapie croniche.

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

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

Tab.12 - % utilizzo del biosimilare per principio attivo

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

\* il biosimilare è presente solo per la formulazione ev

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

•Terapia antiretrovirale per HIV

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

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

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

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

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

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

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

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

a. Il mantenimento dei livelli di viremia <40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% dei fallimenti virologici/anno);

b. L'aumento (>10%) del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV in seconda linea (indicatore: n° piani con farmaco generico in seconda linea/totale piani terapeutici in seconda linea dell'ambito considerato) rispetto all'anno precedente.

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

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

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

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

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

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

Tab.15 – Valori di viremia anno 2018

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

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

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

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

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

• Farmaci DAA per Epatite C

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

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

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

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

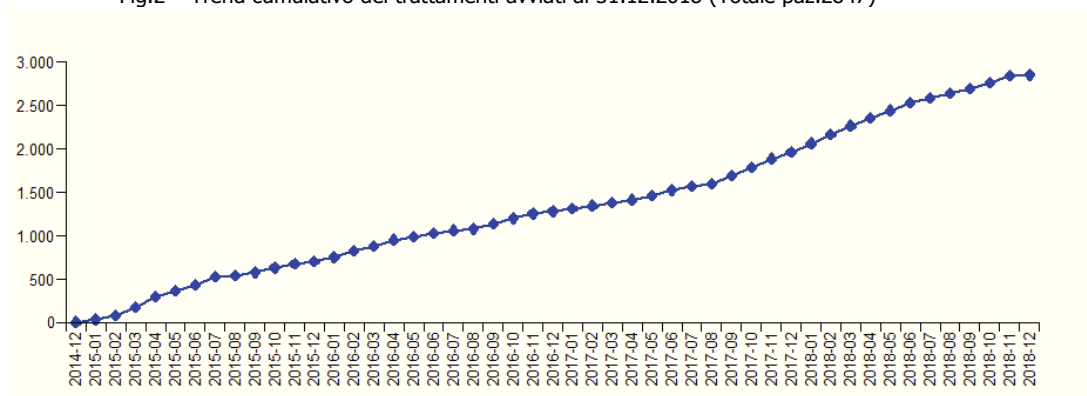
Tab. 17 - Spesa Farmaci Epatite C vs Finanziamento Regionale 2018

ATC5	Descrizione Atc5	FARMACO	N trattati 2018	N arruolati 2018	Spesa lorda 2018	Pay back tratt >12 sett	Quota rimborsi PV	Spesa al netto di tutti i rimborsi	FONDO RER	%Ass Fondo
J05AP57	GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR	MAVIRET® 84CPR RIV 100MG+40M	498	463	3.808.587	-154.390	-666.875	2.987.322		
J05AP55	SOFOSBUVIR/VELPATASVIR	EPCLUSA® 1FL 28CPR 400+100MG	336	269	2.241.263	-24.452	-585.880	1.630.931		
J05AP54	ELBASVIR/GRAZOPREVIR	ZEPATIER® 28CPR RIV 50MG+100M	189	151	1.140.334	-2.933		1.137.401		
J05AP09	DASABUVIR	EXVIERA 56CPR RIV 250MG	8	2	3.188	-1.848		1.320		
J05AP53	OMBITASVIR, PARITAPREVIR, RITONA	VIKIRAX 56CPR 12,5+75+50MG	10	2	42.500	-27.321		15.178		
J05AP56	SOFOSBUVIR, VELPATASVIR E VOXIL	VOSEVI® 28CPR 400+100+100MG F	18	2	201.960	0		201.960		
J05AP07	DACLATASVIR	DAKLINZA 28 CPR RIV 30MG								
J05AP07	DACLATASVIR	DAKLINZA 28 CPR RIV 60MG	1	1	3.300	0		3.300		
		<b>Totale:</b>	<b>1.049</b>	<b>886</b>	<b>7.441.112</b>	<b>-210.944</b>	<b>-1.252.755</b>	<b>5.977.413</b>	<b>6.174.649</b>	<b>96,8 %</b>

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

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

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





- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

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

	2014	2015	2016	2017	2018	2019		Totale
T1 1. Pazienti con cirrosi in classe di Child A o B e/o con HCC con risposta completa a terapie resettive chirurgiche o loco-regonali non candidabili a trapianto epatico nei quali la malattia epatica sia determinante per la prognosi.	2	513	320	130	97	25	1	1.088
T5 5. In lista per trapianto di fegato con cirrosi MELD < 25 e/o con HCC all'interno dei criteri di Milano con la possibilità di una attesa in lista di almeno 2 mesi.		16	11	3				30
T5 5. In lista per trapianto di fegato con cirrosi MELD < 25 e/o con HCC all'interno dei criteri di Milano con la possibilità di una attesa in lista di almeno 2 mesi.					2			2
<b>CIRROTTICI</b>	<b>2</b>	<b>529</b>	<b>331</b>	<b>133</b>	<b>99</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>1.120</b>
<b>% per anno</b>	<b>66,7 %</b>	<b>74,9 %</b>	<b>56,8 %</b>	<b>19,6 %</b>	<b>11,2 %</b>	<b>14,5 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>37,0 %</b>
T2 2. Epatite ricorrente HCV-RNA positiva del fegato trapiantato in paziente stabile clinicamente e con livelli ottimali di immunosoppressione.		5	41	15	7			68
T2 2. Recidiva di epatite dopo trapianto di fegato con fibrosi METAVIR ≥ 2 (o corrispondente Ishack) o fibrosante colestatica.		34						34
T3 3. Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatite HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B).	1	44	47	22				114
T3 3. Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatite HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B, insufficienza renale).				12	3			15
T3 3. Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatite HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B, insufficienza renale).					1			1
T4 3. Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatite HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B, insufficienza renale).					1			1
T4 4. Epatite cronica con fibrosi METAVIR ≥ 3 (o corrispondente Ishack).			1	1	64	12		78
T4 4. Epatite cronica con fibrosi METAVIR ≥ 3 (o corrispondente Ishack).		75	145	104	17			341
T6 6. Epatite cronica dopo trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo con fibrosi METAVIR ≥ 2 (o corrispondente Ishack).		8	10					18
T6 6. Epatite cronica dopo trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo in paziente stabile clinicamente e con livelli ottimali di immunosoppressione.			5	13	4			22
T7 7. Epatite cronica con fibrosi METAVIR F0-F2 (o corrispondente Ishack)		7	1	70				78
T7 7. Epatite cronica con fibrosi METAVIR F2 (o corrispondente Ishack) e/o comorbilità a rischio di progressione del danno epatico (coinfezione hbv, coinfezione hiv, malattie croniche di fegato non virali, diabete mellito in trattamento farmacologico, obesità)		1		124	138	29		292
T8 8. Epatite cronica con fibrosi METAVIR F0-F1 (o corrispondente Ishack) e/o comorbilità a rischio di progressione del danno epatico (coinfezione hbv, coinfezione hiv, malattie croniche di fegato non virali, diabete mellito in trattamento farmacologico, obesità)				163	535	106		804
T8 8. Epatite cronica con fibrosi METAVIR F3 (o corrispondente Ishack).		3	2	14				19
9. Operatori sanitari infetti.				8	5			13
10. Epatite cronica o cirrosi epatica in paziente con insufficienza renale cronica in trattamento emodialitico.				1	5			6
11. Epatite cronica nel paziente in lista d'attesa per trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo.					2			2
<b>NON CIRROTTICI</b>	<b>1</b>	<b>177</b>	<b>252</b>	<b>547</b>	<b>782</b>	<b>147</b>		<b>1.906</b>
<b>% per anno</b>	<b>33,3 %</b>	<b>25,1 %</b>	<b>43,2 %</b>	<b>80,4 %</b>	<b>88,8 %</b>	<b>85,5 %</b>		<b>63,0 %</b>



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

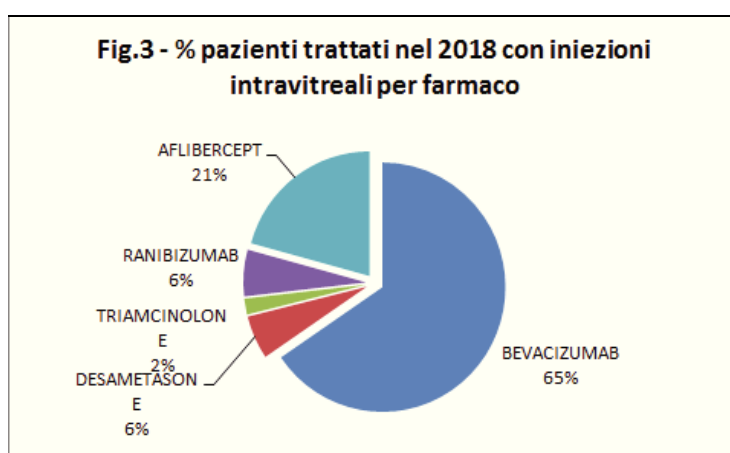
La legge di stabilità ha riconfermato la presenza dei farmaci per il trattamento dell'epatite C nel fondo dei farmaci innovativi non oncologici; pertanto aver privilegiato, fra gli schemi disponibili, quelli con il migliore rapporto costo/opportunità, ha permesso di incrementare il trattamento dei pazienti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

- Farmaci antiVEGF per uso intravitreale

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

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

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



- Fattori della coagulazione

L'emofilia è una patologia rara su base genetica che richiede nella maggior parte dei casi una terapia sostitutiva del fattore della coagulazione mancante. Nel corso dell'ultimo anno sono entrati in commercio dei fattori IX e VIII a lunga emivita (eftrenonacog alfa, albutrenonacog alfa ed efmoroctocog 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 corso del 2018 è stato redatto il "Documento di confronto fra le specialità a base di fattore VIII della coagulazione" in fase di pubblicazione.

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

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

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

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

-inserire in PTR la specialità medicinale di propranololo sciroppo Hemangiolo<sup>®</sup> (3,75 mg/ml da 120ml) con prescrizione su piano terapeutico, limitata ai pazienti seguiti presso centri pediatrici con diagnosi da parte di unità operativa ospedaliera pediatrica, in bambini di età compresa tra 5 settimane e 5 mesi come da determina AIFA (GU n. 79 del 5° aprile 2016)

-rendere disponibile lo sciroppo di propranololo come galenico magistrale, per tutti gli usi clinici previsti in ambito pediatrico, uniformando le modalità di allestimento da parte dei laboratori galenici delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna attraverso l'adozione di una procedura regionale e con disponibilità di diverse concentrazioni per la personalizzazione della terapia, e l'elaborazione di una "Sintesi informativa" sul preparato galenico da consegnare al paziente (doc. PTR n. 300)

-prevedere che l'erogazione avvenga sia per il galenico magistrale sia per la specialità medicinale attraverso la sola distribuzione diretta.

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

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

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

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

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

#### Adozione di strumenti per il governo clinico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### c. Compilazione del database regionale delle eccezioni prescrittive

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

Tab.21 - Eccezioni prescrittive 2018 per Gruppo terapeutico

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

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

In particolare si evidenzia che:

- per la classe L01-Antineoplastici n.38 casi (30%) riguardano l'utilizzo off-label di Rituximab per patologie nefrologiche, n.18 casi (14%) l'utilizzo di Fluorouracile per patologie oftalmologiche,

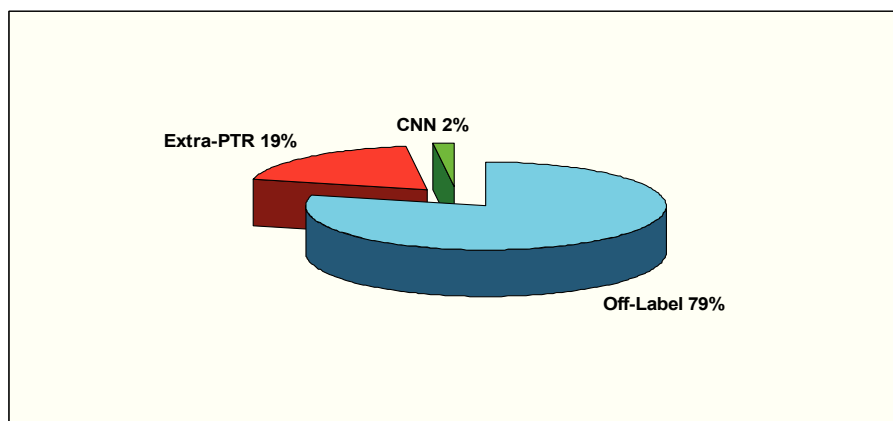
- per la classe B01-Antitrombotici n. 18 casi (90%) riguardano l'utilizzo di Alteplase per patologie oftalmologiche,

- per la classe J01- Antibatterici per uso sistemico n. 14 richieste (82%) riguardano la prescrizione di dalbavancina nelle infezioni provocate da batteri MDR gram positivi: n. 8 nelle infezioni dell'osso e n. 6 infezioni protesiche. La somministrazione avviene con cadenza settimanale (1500 mg/sett. per due settimane). Questo permette di effettuare il trattamento in regime di day-hospital e la riduzione della durata del ricovero ordinario.

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

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

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



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

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

Riguardo la prescrizione dei farmaci oncologici orali erogati in distribuzione diretta nel 2018 non è stata ancora informatizzata, nel corso dell'anno è stata effettuata la valutazione di un modulo del programma log80 dedicato alla gestione delle terapie orali da implementare. Sono stati organizzati diversi incontri con le UO coinvolte, la Direzione Sanitaria, la Farmacia e il Servizio di Informatica Medica per la messa a punto di personalizzazioni a livello locale e tra le attività propedeutiche alla gestione della prescrizione informatizzata si è proceduto in collaborazione con i clinici all'inserimento degli schemi terapeutici per le diverse patologie oncologiche e oncoematologiche. Ad ottobre è stata organizzata una demo del programma per i clinici e l'avvio è previsto per il 2019 anche ai fini di assolvere al debito informativo richiesto per la compilazione del DBO. Inoltre da giugno è stato attivato in Farmacia un ambulatorio dedicato per l'erogazione di farmaci oncologici e oncoematologici orali.

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

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

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

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

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

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

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

### Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale

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

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

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

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

#### Farmacovigilanza e Vigilanza sui Dispositivi Medici

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

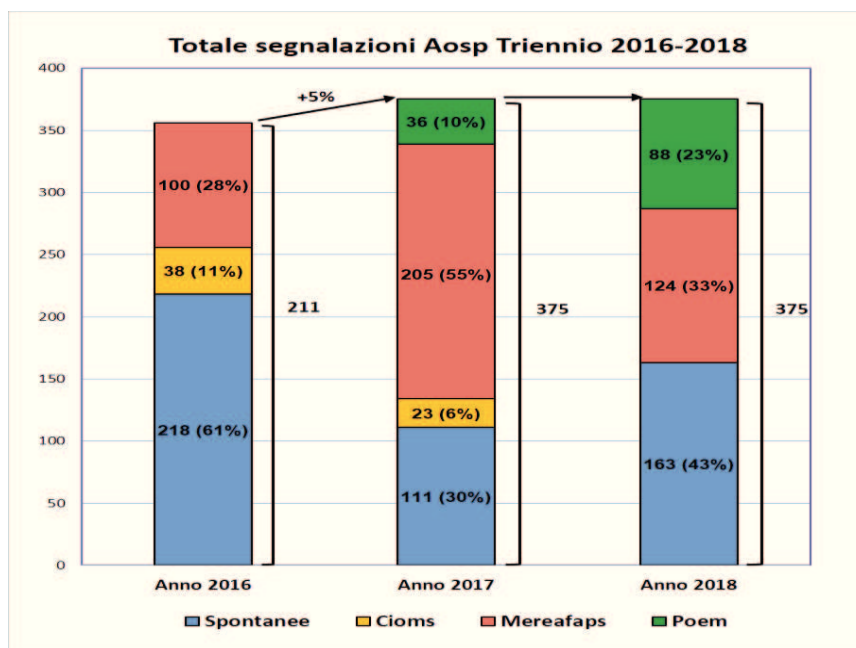


Fig.5

Nell'anno 2018 abbiamo aderito a 2 progetti multicentrici di farmacovigilanza attiva: "MEREAFAPS" (monitoraggio epidemiologico delle reazioni avverse e degli eventi avversi a farmaco in Pronto Soccorso) terminato il 30 giugno 2018 e "POEM" (rilevazione delle ADR in onco-ematologia) dai quali sono pervenute 212 segnalazioni che rappresentano il 57% delle segnalazioni di tutta l'azienda.

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

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

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

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

#### Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

#### **Dispositivi Medici**

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



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

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

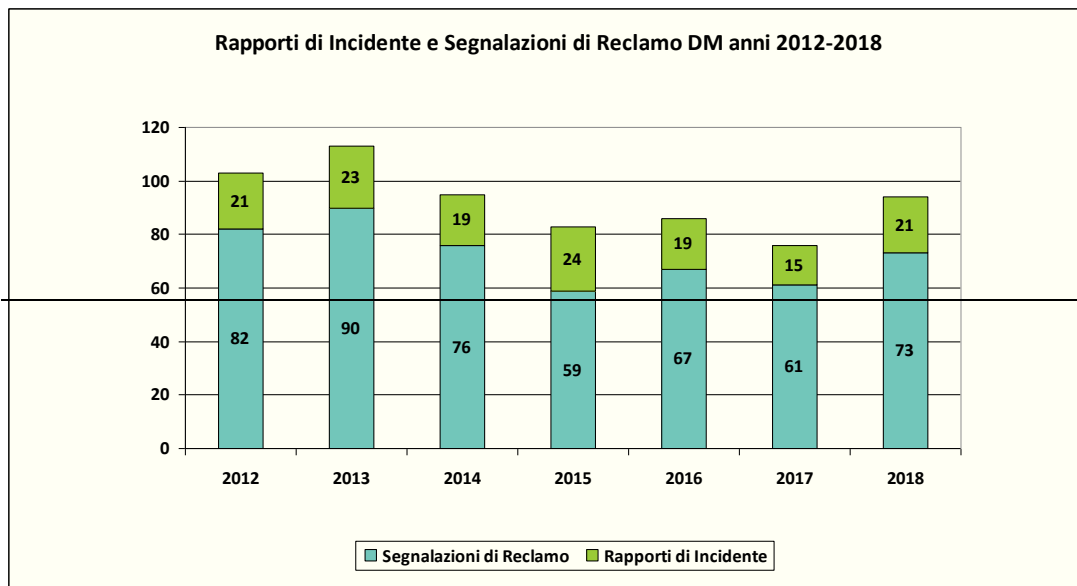


Fig.6

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

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

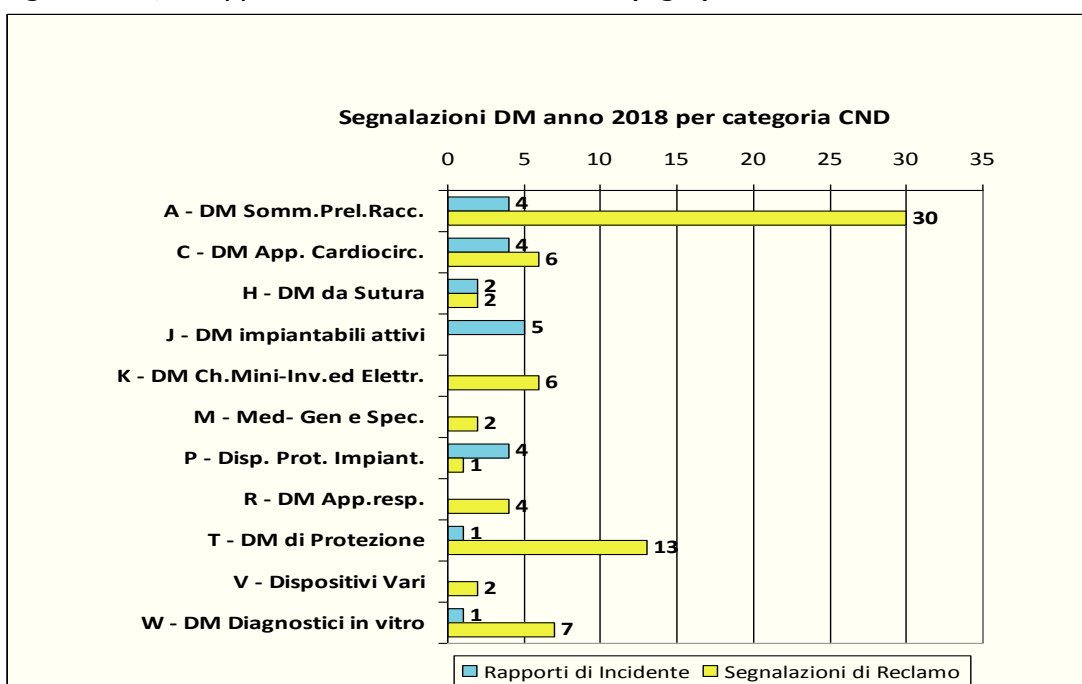


Fig.7

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

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

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

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

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

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

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

• Commissione dispositivi medici AVEC e NOL

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

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

- ☐ definire specifici ambiti di competenza (CDM/NOL) della valutazione avendo come riferimento la CND;

- ☐ assicurare che le richieste vengano tutte inserite nell'apposita piattaforma web regionale "Gestione richieste di valutazione dei DM";

- ☐ condividere per quali tecnologie richiedere una valutazione HTA alla Commissione Regionale.

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

- ☐ promuovere la cultura dell'uso razionale ed appropriato delle risorse, con particolare riferimento all'uso dei DM e DM-IVD;

- ☐ condividere ed indirizzare le modalità di recepimento presso le AS delle direttive/linee guida / circolari / disposizioni internazionali / nazionali/ regionali (CRDM) in materia;

- ☐ promuovere presso le AS l'adesione a linee di indirizzo/raccomandazioni elaborate a livello regionale;

- ☐ condividere e predisporre eventuali ulteriori raccomandazioni, procedure /istruzioni operative sul corretto utilizzo dei DM;

- ☐ monitorare l'impiego dei DM ed i costi correlati individuando aree di possibile miglioramento

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

Tab.25 - Attività CDM – AVEC 2018

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

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

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

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

#### Completezza della rilevazione dei consumi e della spesa per DM attraverso il Flusso DiMe

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

<b>Indicatore</b>	<b>Valore Aziendale 2017</b>	<b>Valore Regionale 2017</b>	<b>Valore Aziendale 2018</b>	<b>Valore Regionale 2018</b>
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	101,2	97,48	101,2	97,48

### Acquisto di servizi

Nel 2018 è perseguita la strategia di riorganizzazione, qualificazione ed ottimizzazione dei servizi avendo come criterio guida la centralità delle persone, con una rinnovata attenzione ai bisogni dei pazienti, loro famigliari e care-givers, di professionisti, operatori, studenti e soggetti diversi presenti nel Policlinico.

Le attività e progettualità realizzate sono da intendersi parte di una strategia pluriennale impostata e condotta per step gradualmente coerenti con il Budget aziendale.

E' stata sviluppata un'azione di ricomposizione di processi ed attività tradizionalmente frammentate su più funzioni e unità organizzative, con l'intento di migliorare gli output dei processi, con attenzione 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 attività realizzate, 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.

Per il futuro si prevede un ulteriore rafforzamento della sinergia fra Ristorazione, Alimentazione, Assistenza con azioni in collaborazione fra Servizi di supporto alla persona, SSD Dietetica Clinica e Unità Operative.

Si rafforza il concetto che il "cibo è parte della cura" per cui la ristorazione contribuisce in modo importante alla qualità dell'assistenza e alla diffusione di un messaggio educativo trasversale, 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.

Sul fronte della ricerca fra Alimentazione, Clinica e Ristorazione, nel 2018 è entrato nella sua seconda fase il progetto CRUNCH (Cucina e Ristorazione Uniti nella Nutrizione Clinica H-ospedaliera). Il progetto CRUNCH ha sviluppato azioni tese a promuovere e divulgare la conoscenza del cibo e dell'alimentazione nei processi gestionali 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. Si è lavorato in collaborazione con la SSD di Oncologia Ginecologica – De Iaco (ambulatori e degenza) quale incubatore per l'applicazione pratica degli interventi di qualificazione della Ristorazione in ambito nutrizionale e con altre Unità operative, su diverse specializzazioni, ad es. oncologie, patologie ginecologiche, insufficienze d'organo croniche, disfagia.

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 2018 è stato portato avanti 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 partecipa 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).

Sono inoltre da rilevare altre iniziative e progettualità in corso, fra le quali:

-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.

-Collaborazione con l’Istituto Ortopedico Rizzoli per la realizzazione del progetto “Menù Benessere” a supporto dei pazienti oncologici. Avviato nel corso del 2018 il progetto ha l’obiettivo di elaborare attraverso il supporto del Settore Ristorazione del S.Orsola e la collaborazione di un team multidisciplinare interno allo IOR (clinici, dietisti, direzione sanitaria, comunicazione) una nuova proposta alimentare per i pazienti con patologia oncologica, con particolare attenzione ai pazienti pediatrici, più attenta alle linee guida internazionali sulla nutrizione ma anche più appetibile e gradita sul piano gastronomico. Si è iniziato dal servizio Day Service Ambulatoriale.

-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.

Per supportare le progettualità con un’adeguata strategia di comunicazione / informazione è previsto lo sviluppo di un’area dedicata alla Alimentazione nella intranet aziendale in collaborazione con la Comunicazione aziendale, evoluzione dell’attuale spazio in cui è disponibile quotidianamente il menu di mensa. Si ipotizza di mettere a disposizione materiale informativo, linee guida, modalità di accesso ai servizi, ecc...

Nel 2018 si è provveduto a registrare ufficialmente il marchio “CRUNCH - Cucina e Ristorazione Uniti nella Nutrizione Clinica H-ospedaliera - Policlinico di S.Orsola” (sia come segno grafico che come terminologia), al fine di tutelare il know-how aziendale e proteggerlo anche in relazione al mercato privato.

### **Servizi per il comfort e la sicurezza delle persone**

Di seguito una sintesi delle principali progettualità in corso.

Progetto innovativo di servizi integrati in supporto alla persona.

A seguito di una complessa ed articolata fase di progettazione e la pubblicazione del bando di gara a fine 2017, nel corso del 2018 è stata svolta la procedura selettiva per l'appalto di gestione dei servizi integrati di supporto alla persona. Auspicabilmente si ipotizza l'avvio del nuovo contratto nel corso del 2019.

Data la compresenza all'interno del Policlinico di attività di supporto svolte da ditte in appalto e di attività di supporto svolte internamente (con personale socio-sanitario in quota tempo), sul versante aziendale è stata effettuata in parallelo alla progettazione della nuova gara un'analisi del modello organizzativo delle Unità operative per valutare dimensione del fenomeno, punti critici e aree di sinergia / miglioramento fra attività interne ed esterne. E' stata svolta un'analisi preliminare di fattibilità per la riorganizzazione dell'attività del personale aziendale, svolta dalla SSP in collaborazione con la Direzione delle Professioni sanitarie. Questo lavoro sarà ulteriormente approfondito e reso operativo per step dal 2019.

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. Il nuovo modello mira alla facilitazione dell'attività clinica ed assistenziale, al miglioramento degli standard igienico-ambientali, di benessere e sicurezza per tutti coloro che vivono in ospedale, alla implementazione di un sistema di servizi eco-sostenibile in linea con le nuove sfide ambientali a livello nazionale e globale. Il processo di progettazione è stato svolto attraverso un percorso partecipato interno all'azienda, che coinvolge le strutture trasversali competenti ed in particolare i coordinatori infermieristici, ed è il frutto di una stretta collaborazione con il Progetto Europeo EcoQUIP sul procurement innovativo (EcoQUIP – Delivering Efficiency, Quality and Sustainability in Healthcare; rif. [www.ecoquip.eu](http://www.ecoquip.eu)), che si è chiuso nel 2017 e che ha ispirato la fase di progettazione. Il progetto europeo ha confermato nel 2018 l'erogazione di un contributo economico a fondo perduto oltre al rimborso di tutti i costi di gestione/partecipazione al progetto.

L'obiettivo è migliorare lo standard di servizio al paziente, facilitare la vita professionale del personale aziendale, soprattutto dei sanitari che operano presso le Unità Operative, ed in generale garantire benessere e sicurezza igienico-ambientale a tutte le persone che vivono il Policlinico, realizzando un sistema di servizi eco-sostenibile teso al miglioramento continuo e alla prevenzione del rischio. Questo progetto prevede la messa a fattor comune delle seguenti attività:

- a) la pulizia e sanificazione,
- b) la gestione della biancheria e delle divise degli operatori,
- c) i trasporti e la logistica delle cose (materiale biologico, attrezzature sanitarie, farmaci, vitto, materiale economico, strumentario chirurgico, ecc...),
- d) l'accompagnamento e il trasporto interno dei pazienti.



I servizi dovranno essere quindi gestiti attraverso un'organizzazione operativa integrata demandata al fornitore che si farà carico sia della gestione dei servizi (nelle diverse specializzazioni) che delle sinergie da integrazione, coordinamento, controllo e monitoraggio dei servizi.

E' stata effettuata una rivalutazione completa dell'approccio alle esigenze degli utenti nei servizi alberghieri e dei contratti nel loro complesso. Con una procedura di acquisto innovativa, in linea con le più aggiornate direttive Europee, si mira al perseguimento di nuove pratiche gestionali, nuove tecnologie, soluzioni innovative che riguardano tutta la catena di fornitura dei servizi e il loro approvvigionamento.

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).

E' attivo il confronto con il Servizio ICT aziendale per lo sviluppo di un sistema informativo aziendale dedicato al trasporto pazienti, con obiettivo di garantire la completa tracciabilità del trasporto del paziente, la certificazione del servizio agli utenti e la registrazione dei dati su Data Base aziendali tenendo presente l'importanza della integrazione con i sistemi informativi sanitari in uso alle UU.OO. Il nuovo sistema si prevede potrà contribuire a sviluppare ulteriori sinergie informative e gestionali anche sul versante della Centrale Operativa Unica gestita dalla Azienda USL di Bologna.

### Progetto Smart Hospital e concessione servizi commerciali

Da agosto 2016 è attivo un contratto di concessione innovativo per i servizi commerciali integrati. Obiettivo la messa a sistema dei servizi commerciali fruibili dagli utenti interni ed esterni al Policlinico, evitando gestioni frammentate e disomogenee sia dal punto di vista dei servizi agli utenti che del ritorno economico per l'Azienda.

La concessione, contestualizzata nel progetto aziendale di qualificazione dei servizi alla persona "Smart Hospital", ed agita in stretta collaborazione con il raggruppamento dei partner privati, realizza una piattaforma multifunzionale di servizi che agevolano e supportano la presenza dei vari utenti che vivono quotidianamente a vario titolo il contesto ospedaliero.

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.

Di seguito un elenco delle principali azioni realizzate.

#### *Bar e punti ristoro*

-Ristrutturazione di alcuni punti vendita (pad. 1, 2, 5) in attesa di un completo rinnovo di tutti gli spazi bar e punti ristoro.

-Introduzione di un maggior numero di prodotti salutari e miglioramento della gamma di prodotti offerta agli utenti.

-Servizio aggiuntivo trolley bar con disponibilità prodotti colazione e pranzo presso reparto Ginecologia-Ostetricia.

-Sviluppo della progettualità per il completamento del piano di investimento su nuovi servizi previsto nel 2019-20 (agripizzeria, cucina laboratorio - selfservice, healthy food, gelateria a Km 0, ecc.)

#### *Sistemi automatici di distribuzione*

-Introduzione del bicchiere ibrido all'interno delle macchinette erogatrici.

-Incrementato dei prodotti salutari caricati all'interno dei distributori.

-Applicato Pellicola antibatterica sulle pulsantiere delle macchinette.

-Installazione di distributori di bevande calde ultima generazione touch screen.

-Installazione di un distributore con generi di primo comforto.

-Implementazione servizio pagamento personalizzato con App.

-Sostituzione distributori ibridi con caffè in cialde con nuovi distributori a sola miscela in grani

-Analisi preliminare di un nuovo distributore sperimentale per acqua di rete, da inserire come test.

#### *Multimediali - Comunicazione*

- Sviluppo Logo Smart Hospital e campagna di comunicazione.

-Avvio del nuovo servizio Tv nelle stanze degenti.

-Implementazione totem per ricarica cellulari nelle sale d'attesa delle zone ambulatoriali e P.S..

-Avvio iniziativa bookcrossing in corsia con lettura e vendita libri ai pazienti, in collaborazione con Librerie COOP.

-Progetto di riassetto supporti pubblicitari con implementazione di dispositivi dinamici (monitor e rotor) (realizzazione 2019).

-Implementazione progetto infrastruttura DAS per copertura rete telefonia mobile in tutto il Polo (realizzazione 2019).

-Progetto di implementazione Amazon Locker per ritiro acquisti online presso postazione al Pad.5. (realizzazione 2019).

#### *Servizi cura della persona*

- Realizzazione convenzione con sanitaria e futuro punto vendita interno (realizzazione 2019-20)

- Analisi preliminare e progettazione futura palestra dedicata al campus (realizzazione 2019-20)

- Progettazione di un orto giardino biologico con piante aromatiche, medicinali e ortive in collaborazione con Pediatria e associazioni del territorio (realizzazione 2019-20).

#### *Eventi - Territorio*

- "Mercato Contadino – Le stagioni della Salute" a cadenza settimanale, con patrocinio Policlinico e partner SlowFood.

- Promozione progetto Smart Hospital e partner concessionari in occasione delle Stelle di S.Orsola

Nel corso del 2018 è stato conferito al Policlinico S. Orsola il **"Premio BPPP Best Practice Patrimoni Pubblici - Sezione Servizi alla persona Patrimoni Ospedalieri"**, nell'ambito dello "12° Forum Nazionale Patrimoni Immobiliari Urbani Territoriali Pubblici" (Roma, 24 maggio 2018), promosso da Patrimoni PA net - il laboratorio TEROTEC & FPA. Il Premio ha inteso premiare un'esperienza innovativa per la gestione di Servizi alla Persona in ambito ospedaliero, sviluppata in partnership tra Ente Pubblico ed Imprese private con l'obiettivo di promuovere e valorizzare la qualità della vita dei cittadini nei luoghi pubblici.

Sul fronte della comunicazione specifica nel 2018 si è provveduto a registrare ufficialmente il marchio "Smart Hospital – Innovare per le persone" legato al Policlinico di S.Orsola (sia come segno grafico che come terminologia), al fine di tutelare il know-how aziendale e proteggerlo anche in relazione al mercato privato.

#### Punti informativi e accoglienza

I punti informativi dell'azienda con il relativo personale, occupano a fine 2018 n.47 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' stato attivato 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 progettato un corso specifico sulla umanizzazione per tutti gli operatori, che verrà realizzato nel 2019),
- definire gli interventi a supporto del miglioramento del decoro, comfort e logistica degli spazi pubblici in sinergia con l'attività del gruppo aziendale dedicato.

E' obiettivo per il biennio 2019-20 una riorganizzazione del servizio di accoglienza teso a migliorare la risposta alle esigenze dell'utenza e modernizzare il servizio, con particolare attenzione alla revisione dei punti di contatto, alla qualificazione delle risorse e degli ambienti di lavoro, alla innovazione delle interfacce e sistemi di comunicazione.

#### **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, nonché della collaborazione di Arpa per l'attività tecnica in tema di controlli chimici e microbiologici su campioni di acqua/aria/superfici del Policlinico.

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 le università di Bologna e di Reggio Emilia di durata pluriennale, 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.

#### Sviluppo dell'e-procurement

Dall'attivazione della nuova piattaforma telematica di IntercentER il Servizio Acquisti Metropolitano, che opera per le 4 Aziende Sanitarie della Provincia di Bologna, espleta tutte (100%) le procedure di gara attraverso la piattaforma telematica messa a disposizione da Intercent-ER, sia sopra soglia comunitaria (euro 221.000) sia quelle sotto soglia, compresi gli acquisti diretti.

L'Azienda è impegnata a garantire l'emissione di almeno il 50% degli ordini di acquisto in modalità elettronica. Il target di riferimento riscontrato relativamente alla percentuale > del 50% degli ordini inviati elettronicamente tramite NoTI-ER è pari al 100%, avendo l'azienda raggiunto la percentuale del 55,9%.

#### Dematerializzazione del processo di ciclo passivo

L'azienda ha partecipato a tutti gli incontri tenuti nel corso del 2018, presso la sede del MEF in Roma, per poter definire regole tecniche e le linee guida nel gruppo di lavoro composto dal MEF stesso, dal Ministero della Salute, da una rappresentanza di alcune aziende sperimentatrici locate in alcune regioni italiane (per la regione E.R – AUSL di Reggio, AUSL di Romagna e AOSP di Bologna, oltre ad INTERcent-ER), alcune associazioni dei produttori (es. Asso biomedica), alcune aziende fornitori del sistema nazionale sia di farmaci che di dispositivi medici, alcune società software fornitrici, AGID, ecc.

Sul lato regionale, la dematerializzazione del processo del ciclo passivo, (SiCiPa-ER), prevede la possibilità per tutte le Aziende Sanitarie di usufruire del Nodo Telematico di Interscambio (NoTI-ER) e l'introduzione del Software Contabile Regionale costituiscono il presupposto per la creazione di un reale flusso delle informazioni utili al governo della logistica centralizzata. A tal fine L'Azienda ha partecipato alla fase della sperimentazione del progetto coordinata da Intercent-ER, sia per la fase invio ordini che per la fase ricevimento documenti di trasporto.

L'azienda nel suo complesso ha emesso 24.037 (+85% rispetto all'anno 2017) ordini di beni di consumo dematerializzati con protocollo Peppol rispetto ad un totale di ordini emessi di 42.967. La percentuale di ordini dematerializzati si attesta quindi al 55,9%. Il

target di riferimento riscontrato relativamente alla percentuale > del 50% degli ordini inviati elettronicamente tramite NoTI\_ER, è pari al 100%, avendo l'azienda raggiunto la percentuale sopradescritta.

### 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 2018 sono state in linea con il programma regionale per quanto riguarda l'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività, sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie).

Il Policlinico nel 2018 ha continuato e sviluppato le azioni già intraprese a livello aziendale negli anni precedenti (a partire dal 2006) e sono state affrontate sia a livello gestionale, sia sul piano dell'innovazione tecnologica.

Le **azioni di tipo gestionale** intraprese sono le seguenti:

- adesione alla gara regionale, effettuata dell'Agenzia Regionale Intercent-ER, per la fornitura di energia elettrica, a partire dal 1 gennaio 2009;

- sviluppo della campagna di sensibilizzazione, informazione ed orientamento rivolta agli operatori dell'Azienda ospedaliera per l'uso razionale dell'energia mediante la distribuzione dei depliant forniti dalla Regione (punti di distribuzione, cedolino stipendiale, ecc.), l'affissione dei manifesti nei punti di maggior afflusso, l'attivazione della casella postale "io spengo lo spreco" e le risposte ai relativi suggerimenti, comunicazioni e articoli sulle riviste interne, sul sito, nelle newsletter, ecc.. In particolare, l'Azienda ha realizzato filmati specifici sul risparmio energetico e sulle azioni concrete che tutto il personale può mettere in atto quotidianamente (risparmio energetico in ospedale, risparmio energetico, comportamento etico) e procede ad organizzare periodicamente giornate di formazione specifica nell'ambito del Sistema Aziendale di Gestione Ambientale e Sviluppo Sostenibile "io spengo lo spreco" (16 novembre 2010, 13 giugno 2011, 13 settembre 2011, 19 novembre 2012, 16 dicembre 2013, 16 dicembre 2014, 13 gennaio 2015, 20 gennaio 2015, 12 luglio 2016, 24 luglio 2017 e 20 ottobre 2017) di divulgazione sui risultati di razionalizzazione dell'uso dell'energia a seguito della riqualificazione impiantistica del Policlinico (impianti di trigenerazione) e sono stati pubblicati alcuni articoli sulla stampa locale e nazionale (marzo 2017, maggio 2017, dicembre 2018, ecc.).

- svolgimento di un'attività continua di monitoraggio di tipo quali/quantitativo sull'uso dell'energia elettrica, termica e sull'acqua mediante la raccolta periodica dei dati e inserimento del flusso delle informazioni nell'apposito programma informatico in sinergia con l'Energy Manager Unificato;

- conferma anche per l'anno 2018 del contributo dell'Azienda per l'acquisto di abbonamenti TPER da parte dei propri dipendenti.

Sul piano dell'**innovazione tecnologica**, l'Azienda ha realizzato il progetto "*Nuove Centrali Tecnologiche e rifunzionalizzazione dei sistemi infrastrutturali impiantistici del Policlinico*" per il rifacimento completo delle Centrali Tecnologiche e dei sistemi di distribuzione nell'area Sant'Orsola (co/trigenerazione). I lavori sono stati aggiudicati mediante un appalto di partenariato pubblico-privato e sono stati attivati l'impianto di cogenerazione (aprile 2016) e la trigenerazione (estate 2017).

Con delibera n. 290 del 31 agosto 2011 si è proceduto all'affidamento della "Concessione di progettazione, costruzione e gestione di centrali, impianti tecnologici, lavori e servizi dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola – Malpighi". Dal 1 gennaio 2012 è attiva la Concessione in via definitiva, la Procedura di verifica SCREENING AMBIENTALE è stata approvata con Delibera di Giunta Regionale n. 2027/2012 del 28 dicembre 2012. Nel periodo 2013-2014 è stata predisposta tutta la documentazione (compresa la partecipazione a tutte le conferenze di servizio) per l'ottenimento dell'Autorizzazione Integrata Ambientale A.I.A., rilasciata dalla Città Metropolitana con PG 8554 del 26 gennaio 2015.

Il 1 aprile 2016 è stata avviata la cogenerazione per l'area Sant'Orsola, sono quindi terminati i lavori per la nuova CT Malpighi, la nuova CT Sant'Orsola, le nuove reti di distribuzione e l'impianto di cogenerazione. Nel 2017 è stata ultimata la Centrale Frigorifera. Attualmente sono in fase di conclusione alcuni interventi complementari (prevenzione incendi nei tunnel).

La nuova centrale consente di produrre contemporaneamente attraverso un unico impianto alimentato a metano sia l'energia elettrica che l'energia termica necessaria al fabbisogno del Policlinico. L'Azienda inoltre ha partecipato al progetto Europeo "*EcoQUIP - improving the efficiency, quality and sustainability of healthcare through innovation procurement*", terminato nel 2018.

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

## **Quantificazione della variazione dei costi delle fonti energetiche**

### **Energia elettrica media tensione**

L'energia elettrica in media tensione, ossia per le utenze del Policlinico, viene acquistata in parte dall'aggiudicatario della gara per l'energia elettrica Intercenter 2018, in parte dalla centrale di cogenerazione. Il contratto di gara prevede che l'energia elettrica acquistata nella sua totalità, comporti per l'azienda un risparmio dell'1% rispetto ai prezzi di acquisto fissati annualmente dalle convenzioni Intercenter.

Nella tabella sottostante si riporta l'andamento dei consumi ed i costi sostenuti per l'acquisto di Energia Elettrica in media tensione negli ultimi anni.

<b>EE Media Tensione</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>POD</b>	<b>kwh</b>	<b>kwh</b>	<b>Kwh</b>	<b>kwh</b>	<b>kwh</b>
<b>Massarenti</b>	39.086.051,0	42.058.904,0	42.988.010,6	41.727.796,5	43.858.465,1

<b>Albertoni</b>	5.594.145,0	6.344.076,0	6.212.591,0	6.282.506,0	6.304.323,0
<b>Palagi</b>	2.692.438,0	3.130.317,0	2.974.909,0	3.049.905,0	3.060.217,0
<b>Tot kwh</b>	<b>47.372.634,00</b>	<b>51.533.297,00</b>	<b>52.175.510,60</b>	<b>51.060.207,50</b>	<b>53.223.005,10</b>
<b>Euro iva inclusa</b>	<b>€ 8.858.759</b>	<b>€ 8.611.831</b>	<b>€ 8.769.364</b>	<b>€ 7.544.101</b>	<b>€ 8.433.281</b>

Tra il 2017 e 2018 si è registrato un incremento dei consumi di circa il 4%. Variazioni percentuali di questo ordine sono ammissibili viste le potenze elettriche installate ed i cambiamenti continui nei reparti ospedalieri.

### **Energia elettrica bassa tensione**

L'energia elettrica in bassa tensione, ossia per le utenze relative al parcheggio in via Zaccherini Alvisi, per i due archivi di Minerbio, per l'utenza in via Irnerio e per l'edificio CRI di via Ercolani, viene acquistata dall'aggiudicatario della gara per l'energia elettrica Intercenter 2018.

Nella tabella seguente viene riportato l'andamento dei consumi e dei costi sostenuti per l'acquisto:

Bassa Tensione	2016	2017	2018
	kwh	Kwh	kwh
Tot kwh	118.043	113.834	104.242
Euro iva inclusa	€ 26.154,06	€ 22.742,98	€ 20.634,73

### **Energia frigorifera**

L'energia frigorifera a cui si fa riferimento è quella prodotta dagli assorbitori nella centrale di trigenerazione. Come previsto da Capitolato Speciale, l'energia frigorifera viene acquistata dal concessionario al prezzo di gara ribassato dello sconto proposto in sede di offerta e rivalutato annualmente.

I consumi registrati nel 2018 sono pari a 11.442.261 KWh contro i 6.703.560 KWh del 2017, anno in cui è stato avviato l'impianto.

L'incremento dei consumi di energia prodotta dagli assorbitori compensa l'energia frigorifera in meno prodotta dai restanti gruppi frigoriferi.

### **Energia termica**

L'energia termica viene acquistata da Isom, gestore delle nuove centrali termiche e di trigenerazione. Il prezzo dell'energia termica fissato da Capitolato di gara è un prezzo variabile trimestralmente. IL capitolato prevede il prezzo di fatturazione variabile sulla base di un indice Qet pubblicato trimestralmente dall' AEEG, collegato all'andamento dei prezzi del petrolio.

Dall'ottobre 2013 l'AEEG ha soppresso detto indice per cui si sta esaminando con il Concessionario una possibile formula alternativa per il calcolo del prezzo unitario dell'energia termica.



Attualmente, per la fatturazione, viene usata una formula di calcolo provvisoria secondo la quale il prezzo dell'energia termica varia trimestralmente in funzione dell'indice Pfor.

Nella tabella seguente si riportano i consumi ed i costi sostenuti per l'energia termica tra il 2017 e 2018 per l'intero Policlinico.

Energia Termica anno	2017	2018
KWht	71.724.200	74.880.940
Euro iva inclusa	€ 6.667.595,69	€ 7.880.772,00

### Gas metano

Il gas metano per le utenze cucina, archivio di Minerbio e per il Laboratorio Farmacia, viene acquistato dall'aggiudicatario della gara per il Gas Naturale Intercenter 2018. Nella tabella seguente vengono riportati i consumi ed i costi sostenuti per l'acquisto di gas metano negli ultimi 3 anni.

Gas metano	2016	2017	2018
<b>Mc</b>	22.386	16.523	19.592
<b>Euro iva inclusa</b>	€ 13.052,17	€ 8.775,64	€ 10.130,51

Per l'anno 2018 i maggiori consumi di gas sono da attribuire ai maggiori consumi della cucina Malpighi.

### Acqua

I consumi di acqua registrati nel 2018 si attestano sui 612.000 di mc, in linea con i 607.000 mc consumati nel 2017.

### Telefonia fissa/mobile

TELEFONIA	2017	2018	
Servizi di accesso alla rete Lepida in fibra ottica	26.028,96	21.187,50	-18,60%
Infotim SMS	1.830,00	2.684,00	31,82%
Telefonia mobile	25.043,11	25.856,80	Invariato
Telefonia fissa -canoni e contributi dati	12.200,00	12.200,00	Invariato
Telefonia fissa -canoni e traffico fonia	141.127,79	101.619,11	-27,99%
Telegrammi	1.956,16	2.217,51	11,79%
	<b>208.186,02</b>	<b>165.764,92</b>	

Come si può evincere dalla tabella riassuntiva, sotto riportata, il costo complessivo del traffico telefonico (telefonia fissa + mobile) ha subito una diminuzione di 42.421,10 €; I risparmi sono dovuti soprattutto alla fonia, dove sono state fatte alcune razionalizzazioni delle linee telefoniche, e ad una variazione del traffico.

Tabella riassuntiva

	2017		2018		Analisi scostamenti	
	Quantità	Prezzo medio	Quantità	Prezzo medio	% variazione Quantità 2017 / 2018	Δ % prezzo medio
Gas (Termie)	71.724.200 KWh	0,0911 €/KWh	74.880.940 KWh	0,1000 €/KWh	4,40%	+9,77%
Gas cucina e altre utenze*	16.523 mc	0,53 €/mc	19.592 mc	0,52 €/mc	18,57%	-1,89%
Acqua	607.100 mc	4,794 €/mc	612.000 mc	4,280 €/mc	0,81%	-10,72%
E E MT	51.060.207 KWh	0,147 €/KWh	53.223.005 KWh	0,158 €/KWh	4,24%	+7,48%
EE BT	113.834	0,220 €/KWh	104.242 KWh	0,2 €/KWh	-8,43%	-9,09%
E Frigorifera**	6.703.560	0,038	11.442.261 KWhf	0,038 €/KWh	70,69%	

\* nel sottoconto gas

\*\* nel sottoconto Elettrica

## AZIONI DI MOBILITY

Per quanto riguarda l'azione di Mobility, la lista nominativa degli abbonamenti annuali TPER ci permette di determinare una richiesta di abbonamenti annuali del valore di **n. 1004**, con un incremento del 16 % rispetto all'anno 2017. Di seguito si evidenzia l'andamento crescente degli ultimi dieci anni:

Anno	Anno	Anno	Anno	Anno	Anno	Anno	Anno	Anno	Anno	Anno
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
280	430	505	543	632	643	653	751	812	835	866

Quanto sopra a dimostrazione dell'efficacia delle azioni di Mobility di questi anni, sviluppate al fine di incentivare il personale dipendente all'utilizzo del mezzo pubblico.

### Gestione rifiuti

Nel corso del 2018 è stata mantenuta la raccolta differenziata dei rifiuti assimilati agli urbani. La percentuale di rifiuti urbani differenziati è stata costante e si è attestata al 59% come nell'anno precedente.

La raccolta differenziata dei rifiuti urbani prodotti presso il centro produzione pasti e le mense aziendali ha determinato il conferimento ad Hera di 46.400 Kg di rifiuto organico. La raccolta differenziata della plastica, derivante da imballaggi e da materiali raccolti in aree non sanitarie, ha determinato il conferimento a Hera di 38.690 Kg di tale rifiuto nel 2018, in incremento rispetto all'anno 2017 quando ne erano state differenziate 29.866 Kg. Parallelamente, ciò ha consentito una riduzione della quota indifferenziata dei rifiuti urbani che sono passati dai 435.560 Kg del 2017 ai 402.680 del 2018. Le altre

tipologie di rifiuto urbano differenziato sono costituite da: carta, cartone, ferro, ingombranti, potature, vetro e lattine.

E' stata mantenuta la partecipazione alla raccolta dati regionale ed implementata la rendicontazione su piattaforma web AEM dei dati di produzione e costo per kg dei rifiuti prodotti nell'anno precedente, nei tempi e nei modi richiesti dalla Regione.

### **3.4.2 Area di performance degli investimenti**

#### Lavori

Nell'anno 2018 oltre alla manutenzione ordinaria edile ed impiantistica necessaria alla gestione del patrimonio immobiliare aziendale ed orientata sempre più ad una miglior efficienza energetica, gli investimenti effettuati per la realizzazione di lavori (strutture e impianti), per l'adeguamento e la riqualificazione delle strutture, ammontano complessivamente a oltre 2,090 milioni.

Sono stati eseguiti, inoltre, molteplici lavori, tutti orientati a rispondere ad esigenze di adeguamento normativo, ad implementare la sicurezza e/o imprescindibili per la continuità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie ed assistenziali finanziati con l'accantonamento al fondo manutenzioni cicliche costituito nell'Anno 2012/2013 per un importo di € 3.300.000,00 IVA inclusa.

I più rilevanti, suddivisi in opere specifiche nei vari padiglioni che hanno interessato tutta l'area del Policlinico, sono evidenziati di seguito.

#### Padiglione 1 - Palagi

- Riqualificazione ambulatorio eco-prostatico
- Adeguamenti impiantistici per installazione mammotone

#### Padiglione 2 – Albertoni:

- Ampliamento centrale frigo.

#### Padiglione 3 – Amministrazione

- Realizzazione sala vestizione camera mortuaria

#### Padiglione 4 – Ginecologia

- Intervento di bonifica condotti aria

#### Padiglione 5 – Polo Chirurgico e dell'Emergenza

- Realizzazione nuovo box infetti
- Realizzazione impianto ad osmosi sottocentrale nuova ala a servizio della centrale di sterilizzazione
- Realizzazione nuovo C.R.T.

#### Padiglione 8 – Ematologia:

- Interventi di adeguamento BCM

#### Pad. 11 Clinica Medica

- Bonifica dei rivestimenti isolanti tubazioni nelle sottocentrali L1, L2 e L4
- Completamento riqualificazione reparto Malattie del Metabolismo.
- Riqualificazione reparto Diabetologia
- Riqualificazione ambulatori piano seminterrato

Pad. 15 – Pneumonefro

- Riqualificazione ambulatori Pneumologia

Padiglione 18 – Anatomia Patologica:

- Adeguamenti serbatoio raccolta formalina

Padiglione 24 – ex Angiologia

- Interventi di bonifica coperture C2-C3

Pad. 29 - Dermatologia

- Adeguamenti edili ed impiantistici per medicina trasfusionale – II parte.
- Completamento adeguamenti edili ed impiantistici per ampliamento Casa Tetto Amico.

Padiglioni vari

- Interventi per adeguamenti normativa antincendio.

**Piano investimenti**

Gli investimenti in lavori e attrezzature/arredi/software realizzati dall'Azienda nell'anno 2018 hanno tenuto conto del vincolo di finanziamento con fondi in conto esercizio solo nel caso in cui fosse rispettata la condizione del pareggio di bilancio.

Per quanto riguarda l'accordo di programma Addendum (art. 20 L. 67/88), è stato individuato, tra gli interventi da finanziare l'intervento denominato "Riordino e riqualificazione delle strutture dell'Area Pediatrica nell'ambito del Polo Materno - Infantile (Padiglioni 4, 10, 13, 16) - secondo stralcio funzionale", per un importo complessivo di € 19.084.000 di cui € 18.129.800 a carico dello Stato ed € 954.200 a carico della Regione.

Con determina n. 70 del 13 ottobre 2017, è stato aggiudicato il servizio di architettura, ingegneria e geologia, con relative indagini, per la redazione della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva e il coordinamento della sicurezza in fase di progettazione, con riserva di affidamento anche dei servizi di direzione lavori e coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione, inerenti i lavori di cui trattasi al Raggruppamento Temporaneo di Concorrenti costituito da Mythos Consorzio Stabile S.c.a.r.l., (Capogruppo Mandataria), Studio Associato Marchingegno (mandante) e Studio Associato Geores, per un importo contrattuale pari ad € 2.141.192,30, oltre IVA e contributi previdenziali;

Con delibera n. 41 del 23 febbraio 2018 è stato approvato il progetto di fattibilità tecnico economica (Progetto P/45/2017) "Riordino e riqualificazione delle strutture dell'area pediatrica nell'ambito del polo materno infantile (Padiglioni 4, 10, 13 e 16), comprensivo dell'ampliamento del Padiglione n. 4 e della demolizione del Padiglione n. 21 presso il Policlinico – primo stralcio funzionale (interventi P.2, PB.4, 39) e secondo stralcio funzionale (intervento Apb 16), per un importo complessivo di € 41.799.390,00 IVA inclusa, finanziato con fondi statali, regionali e aziendali, redatto dal R.T.I. Consorzio Mythos scarl, agli atti con PG 3665 del 19 febbraio 2018 e trasmesso, con nota PG 4312 del 26 febbraio 2018, alla Regione Emilia-Romagna per gli conseguenti adempimenti connessi alle procedure di finanziamento ai sensi della delibera di Giunta Regionale 2374 del 29 dicembre 2008 e 708 del 15 giugno 2015.

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

Con determina n. 75 del 30 ottobre 2018 l'Azienda ha provveduto ad aggiudicare alla Società Conteco Check s.r.l. il servizio di verifica preventiva, finalizzato alla validazione, della progettazione esecutiva relativa ai lavori di riordino e riqualificazione delle strutture dell'area pediatrica nell'ambito del polo materno infantile (padiglioni 4, 10, 13 e 16), comprensivo dell'ampliamento del padiglione n. 4 e della demolizione del padiglione n. 21 presso il policlinico – primo stralcio funzionale (interventi P.2, PB.4, 39) e secondo stralcio funzionale (intervento Apb 16) per un importo contrattuale pari a € 72.352,64, oltre IVA e oneri previdenziali.

Infine, con nota agli atti PG. 822 del 14 gennaio 2019 la Regione Emilia-Romagna ha comunicato la valutazione positiva in linea tecnica del progetto esecutivo dell'intervento.

Il termine per la presentazione del progetto esecutivo sarà coerente con il termine ultimo per ottenere l'ammissione al finanziamento dell'intervento, fissato al 2 maggio 2019 (30 mesi dalla data di sottoscrizione dell'accordo di Programma Addendum avvenuto il 2 novembre 2016)

### **Gestione del Patrimonio immobiliare**

#### Prevenzione incendi

Nel 2018 è stata avviata la realizzazione degli adeguamenti secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015), in previsione dello step con scadenza 2019.

L'Azienda ha, inoltre, provveduto al monitoraggio della prevenzione incendi e degli eventi incidentali correlati con gli incendi tramite l'inserimento nel sistema informativo regionale dei relativi dati.

#### Prevenzione sismica

Per quanto riguarda la prevenzione sismica, secondo le indicazioni del Servizio Strutture Tecnologie e Sistemi Informativi della Regione Emilia-Romagna, nel 2018, sono stati realizzati gli adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale.

#### Manutenzione

Per quel che concerne il costo/mq della manutenzione ordinaria del patrimonio immobiliare dell'Azienda, si riportano i dati elaborati dal 2011 ad oggi:

<b>Anno</b>	<b>Costo/mq aziendale</b>	<b>Media RER</b>
2011	24,50€/mq	23,75 €/mq
2012	20,31 €/mq	np

2014	21,66 €/mq	24,00 €/mq
2015	23,91 €/mq (scostamento rientrante nell'ambito del 10%)	22,64 €/mq
2016	22,11	22,17

Per quanto riguarda l'anno 2017, il dato non è ancora disponibile in quanto il competente servizio regionale ha avviato nel 2018 la rilevazione dei costi 2017 e 2018, tramite il sistema informativo AGENAS relativo alla rilevazione dei costi della manutenzione e dei consumi energetici.

Pertanto, nel 2018, sono stati inseriti nell'applicativo AGENAS i dati richiesti per gli anni 2017 e 2018 rispettando le scadenze previste.

### Sistemi informativi dell'area amministrativa e infrastrutture tecnologiche

Gli investimenti in software e attrezzature informatiche effettuati nel 2018 ammontano a circa € 1.000.000,00 e hanno riguardato in particolare:

-Servizi di gestione documentale (BABEL) per un importo di circa 132.000,00 Iva inclusa

-Rinnovo postazioni informatiche per obsolescenza, sostituzioni urgenti e imprescindibili di dotazioni informatiche e sostituzione di apparati di rete per un importo di circa € 181.000,00 Iva inclusa

-licenze per sistemi di sicurezza / adeguamenti software per un importo di circa 30.000,00 Iva inclusa

-manutenzioni evolutive per applicativi sanitari oggetto anche di integrazione metropolitana per un importo di circa 330.000,00 Iva inclusa

-Manutenzione straordinaria SW area amministrativa e licenza sistema backup per un importo di circa 74.000,00 Iva inclusa

-Acquisto totem / check-in per un importo di circa € 140.000,00 Iva inclusa

-Sistema gestionale della rilevazione presenze (GRU) per un importo di circa 22.500,00

### Valorizzazione del sistema sanitario regionale e del personale

L'Azienda nel 2018 ha garantito l'impegno di coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di implementazione dei progetti: Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU) e del Sistema per la Gestione Informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile (GAAC).

### Attrezzature sanitarie e non sanitarie e informatica medica

Gli investimenti in attrezzature sanitarie e tecnico-economiche effettuati nel corso del 2018 (circa € 3.139.000,00) hanno seguito le ristrutturazioni derivanti dalle riorganizzazioni delle attività sanitarie e potenziamenti dovuti ad incrementi di attività

oppure per garantire un contenimento delle liste di attesa.

Oltre agli investimenti prevedibili sono state acquistate apparecchiature in "urgenza" seguendo i seguenti criteri:

- sostituzione di attrezzature non riparabili o non convenienti economicamente;
- sostituzioni volte a garantire la sicurezza degli operatori e dei pazienti (DLgs. 81/08);
- standardizzazione delle tecnologie.

Per il 2018 gli investimenti più rilevanti in tecnologie sanitarie e tecnico economali riguardano:

- acquisti di beni economali per circa € 165.000,00 Iva inclusa,
- acquisti per rinnovo tecnologico per obsolescenza di apparecchiature medicali per un importo di circa € 1.510.000,00 Iva inclusa (monitoraggio della pressione neuromuscolare, tavoli operatori, sistemi per anestesia, modulo acquisizione immagini, laser chirurgico, sonde ecografiche, sistemi di integrazione audio-video, ecotomografi, stampanti per bioimmagini, pulsossimetri, monitors multiparatrici, ecc..),
- acquisto di attrezzature urgenti e imprescindibili per un importo di circa € 888.000,00 Iva inclusa (ecotomografi, sonde ecografiche, defibrillatori, frigoriferi biologici, lettini da visita elettrificati, letto a bilancia per dialisi, contenitore criogenico, ottiche per laparoscopia ecc..),
- acquisto di attrezzature da laboratorio per sostituzione/adequamento per obsolescenza per un importo di circa € 105.820,00 Iva inclusa,
- acquisto per sostituzione per obsolescenza di letti di degenza per medicine e chirurgia per un importo di circa € 121.800,00
- acquisto di apparecchiature per bioimmagini per rinnovo tecnologico per obsolescenza per un importo di circa € 52.000,00



## 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 avviato nel 2018 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 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),

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. 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. 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;

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 e tra l'altro il valore medio regionale del 2018, 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 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		134,48		132,86		
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg		97,05		97,82		
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg		98,31		98,71		
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti		10,22		10,69		
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA		16		16		
% abbandoni dal Pronto Soccorso	4,77	4,98	4,46	5,05		
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	76,98	67,87	79,75	69,02	Monitoraggio	
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	59,41	60,96	63,83	60,24	Monitoraggio	
Tasso std di accessi in PS		381,94		388,32		
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg	63,41	77,18	65,86	88,36	Miglioramento	
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg	79,17	81,04	89,4	89,45	Miglioramento	
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	64,97	70,61	73,44	80,72	Miglioramento	

## Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Trend atteso nel triennio 2016 - 2018	Commento
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA		126,63		106,81		
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		415,31		386,89		
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA		4,14		4,21		
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO		3,21		8,14		
% IVG medica sul totale IVG		29,92		34,21		
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	40,99	31,48	26,6	25,64	Miglioramento	Sono state riorganizzate le sedute operatorie per aumentare l'offerta e ridurre i tempi di attesa. Questa azione di miglioramento ha consentito di avvicinarsi allo standard regionale.
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni		22,36		23,17		
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni		194,03		190,65		

## Esiti

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Trend atteso nel triennio 2016 - 2018	Commento
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	8,42	9,06	9,31	8,98	Monitoraggio	I dati relativi all'IMA non sono standardizzati e appaiono leggermente superiori al dato regionale; dopo standardizzazione, come effettuato nel PNE, le percentuali diventano significativamente più basse
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	30,66	43,18	32,45	44,78	Monitoraggio	
Scopenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	11,67	12,68	10,99	11,86	Monitoraggio	
Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni	0,65	1,57	0,92	1,51	Monitoraggio	
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni	2,15	1,96	1,36	1,68	Monitoraggio	
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni	0,48	1,53	0,45	1,24	Monitoraggio	
Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	7,28	10,66	7,26	10,09	Monitoraggio	
Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia		1,6	0	1,88		
BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	11,8	9,99	12,42	10,03	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	76,6	80,73	78,4	82,43	Monitoraggio	

Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	52,85	82,06	59,95	82,4	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	83,72	81,55	83,38	89,07	Monitoraggio	
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	3,31	6,11	3,45	6,47	Monitoraggio	
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,77	0,78	0,34	0,78	Monitoraggio	
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	2,86	4,74	3,57	5,08	Monitoraggio	
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	4,98	4,35	4,53	3,61	Monitoraggio	
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	25,64	18,01	26,96	17,47	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	0,95	0,9	1,08	0,94	Monitoraggio	
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,61	0,98	1,85	1,24	Monitoraggio	
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	84,27	72,8	83,21	71,36	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
Frattura della tibia e perone : tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	3	2	3	2	Mantenimento/Riduzione	



## PROCESSI INTERNI

### Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Trend atteso nel triennio 2016 - 2018	Commento
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0,34	-0,34	0,52	0,52	Miglioramento	
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,48	-0,52	0,23	0,40	Miglioramento	
Degenza media pre-operatoria	0,9	0,73	0,81	0,71	Miglioramento	
Volume di accessi in PS	137.847	1.891.003	144.581	1.921.960	Monitoraggio	
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	29.295	359.943	28.026	354.621	Monitoraggio	
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	21.781	256.848	21.192	254.222	Monitoraggio	
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	4.478	38.898	4.361	36.893	Riduzione	
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	5.021	84.951	5.901	88.491	Incremento	
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,44	3,53	3,04	3,86		

## Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Trend atteso nel triennio 2016 - 2018	Commento
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		20,57		20,86		
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza		49,98		52,2		
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita		57,57		60,13		
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita		25,47		28,71		
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)		5,45		5,93		
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti		20,08		20,29		
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile		78,62		81,39		
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti		0,36		0,37		
% ambulatori infermieristici per gestione cronicità nelle Case della Salute attive		75		78,1		
Durata media di degenza in OSCO		18,94		19,2		
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	325.218	6.839.955	327.408	7.117.094	Monitoraggio	
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	442.255	6.519.422	465.680	6.669.619	Monitoraggio	
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.923.533	46.157.827	2.209.623	47.878.684	Monitoraggio	
Volume di accessi in ADI: alta intensità		427.050		463.022		
Volume di accessi in ADI: media intensità -		741.659		847.215		
Volume di accessi in ADI: bassa intensità		1.672.625		1.790.340		
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	967.042	5.964.392	-----	-----		

## Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Trend atteso nel triennio 2016 - 2018	Commento
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA		91,11		93,47		
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA		53,25		-----		
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA		94,03		95,17		
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA		9,79		9,44		
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare		49,01		-----		
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività		35,1		----		
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni )		75,65		69,54		
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)		63,54		62,59		
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (59 - 69 anni)		49,03		54,07		
Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio -		71,01		-----		
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	40,55	29,57	----	-----		
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini		91,64		92,09		
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni		88,28		90,86		
% cantieri ispezionati		19,25		20,05		
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		83,09		79,82		

## Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Trend atteso nel triennio 2016 - 2018	Commento
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		2,17		2,07		
Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		33,49		29,87		
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,21	0,21	0,18	0,2	Monitoraggio	
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA		6,86		7,65		
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti		10,06		9,56		
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	7,3	5,89	9,82	6,38	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	6,5	3,18	5,89	3,35	Monitoraggio	
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria		21,04		21,74		
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti		777,31		790,54		
% di ricoveri in Day-Surgery per DRG LEA Chirurgici	41,13	49,65	48,18	51,48	Miglioramento	
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS		13,68		13,54		
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni		4,9		4,85		

## Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Trend atteso nel triennio 2016 - 2018	Commento
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	98,75	100	99,66	Mantenimento	
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	81	85,59	----	----	Miglioramento	

## INNOVAZIONE E SVILUPPO

### Ricerca e Didattica

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Impact Factor Grezzo (*)	6721		7.628		Monitoraggio	
IF per ricercatore (**)	6,36		7,26		Monitoraggio	
N° progetti di ricerca finalizzata (***) a cui l'azienda partecipa in qualità di coordinatore	34		33		Monitoraggio	
N° progetti di ricerca finalizzata (***) a cui l'azienda partecipa in qualità di unità partecipante	18		20		monitoraggio	

(\*) 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. 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.

# SOSTENIBILITA'

## Economico-Finanziaria

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Trend atteso nel triennio 2016 - 2018	Commento
Costo pro-capite totale		1.749,70		1.767,86		
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro		52,97		57,08		
Spesa farmaceutica territoriale pro capite		164,77		165,21		
Costo pro-capite assistenza distrettuale		1.044,21		1.077,93		
Costo pro capite assistenza ospedaliera		652,52		632,84		
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-18,5		-19,88		Mantenimento	
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	101,2	97,48	----	----	Mantenimento	
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza		83,65		85,63		

## Investimenti

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% di realizzazione del piano di investimenti aziendali	79,08%		79,77%		Mantenimento	

Il risultato conseguito nel 2018 è in linea con i periodi precedenti. A fronte di investimenti programmati per € 8.585.533,00 (fonte: prospetto impieghi allegato alla relazione al Bilancio di previsione Anno 2018 - interventi in corso di realizzazione al netto dell'utilizzo diretto del fondo manutenzioni cicliche) sono stati realizzati investimenti per € 6.848.295,00 ( fonte: piano di realizzazione degli investimenti allegato alla relazione al Bilancio di esercizio Anno 2018)