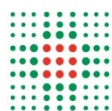


# Relazione sulla performance 2025

IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna



*duemilaventicinque*



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

IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI **SANT'ORSOLA**



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

## INDICE

<b>1. EXECUTIVE SUMMARY .....</b>	<b>3</b>
<b>2. PREMESSA .....</b>	<b>11</b>
<b>3. GLI IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Sezione di Programmazione: Dimensione dell'utente .....</b>	<b>16</b>
3.1.1 Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda.....	16
3.1.2. Sottosezione di programmazione dell'integrazione.....	35
3.1.3. Sottosezione di programmazione degli esiti.....	77
<b>3.2 Sezione di programmazione Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni .....</b>	<b>81</b>
3.2.1 Sottosezione di programmazione della struttura e dell'offerta della produzione .....	81
3.2.2 Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico .....	94
3.2.3 Sottosezione di programmazione dell'organizzazione e dei processi interni .....	162
3.2.4 Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale .....	185
3.2.5 Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza.....	190
<b>3.3 Sezione di programmazione: Dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo .....</b>	<b>194</b>
3.3.1 Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica.....	194
3.3.2. Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo e della formazione .....	200
<b>3.4 Sezione di programmazione: Dimensione della sostenibilità.....</b>	<b>203</b>
3.4.1 Sottosezione di programmazione economico-finanziaria .....	203
3.4.2 Sottosezione di programmazione degli investimenti .....	227
3.4.3 Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica .....	243
<b>4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE ..</b>	<b>251</b>
<b>5. INDICATORI DI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE .....</b>	<b>255</b>

## 1. EXECUTIVE SUMMARY

La Relazione sulla Performance costituisce il documento di rendicontazione annuale degli obiettivi e dei risultati raggiunti indicati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), documento unico di programmazione e governance, a valenza triennale, in cui l'IRCCS ha declinato i propri obiettivi in coerenza con gli ambiti strategici individuati e i relativi punti programmatici sviluppati, tenendo presente il fine ultimo di creare valore pubblico attraverso l'azione amministrativa, principio cardine del PIAO.

Nella Relazione sulla Performance per l'anno 2025 vengono quindi riportati i principali risultati conseguiti a partire dagli obiettivi e con riferimento agli indicatori definiti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 (PIAO) adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 232 del 30 luglio 2025.

L'azione svolta dall'Amministrazione nell'arco del 2025 ha consentito, in linea generale, di realizzare le finalità prefissate con particolare riferimento alle aree di intervento già incluse nel PIAO 2023-2025, come aggiornate nel PIAO 2025-2027, tenuto conto degli obiettivi di mandato del Direttore Generale dell'IRCCS AOU di Bologna (DGR 1516/2023) e delle Linee di Programmazione e Finanziamento definite dalla Regione con la DGR 972 del 23/06/2025, integrati con le azioni di sviluppo delle Linee di Ricerca negli ambiti di riconoscimento ad IRCCS da parte del Ministero della Salute.

Di seguito una breve sintesi dei risultati più significativi e delle attività più importanti dell'anno 2025 che è stato caratterizzato dall'attuazione e prosecuzione di alcune progettualità e obiettivi strategici per l'IRCCS che si inseriscono nel quadro generale della programmazione sanitaria regionale.

Rispetto all'esercizio 2025 va segnalato **un incremento dei volumi di attività di ricovero (+3,05%) e della valorizzazione economica (+2,17%) pari a +6,199 milioni di euro, in particolare per pazienti del territorio regionale:** pazienti AUSL Bologna (+1.483), con una valorizzazione economica in aumento di 3,686 milioni di € (+2,11%); pazienti AUSL Imola in incremento per il numero dei dimessi (+68) con un lieve decremento della valorizzazione economica pari a -443mila € (-3,76%); pazienti della Regione Emilia-Romagna (+31 dimessi) correlato ad un incremento della valorizzazione dell'attività di +1,821 milioni di € (+3,84%). Mentre si rileva un lieve calo della complessità della casistica trattata rispetto all'anno precedente (-0,97%) correlato sostanzialmente al recupero delle prestazioni in lista d'attesa.

L'analisi degli andamenti rispetto alla provenienza dei pazienti registra un **incremento anche della mobilità extraregionale +121 casi (+1,49%)** ed un contestuale incremento della valorizzazione economica pari a +870mila euro (+1,68%).

Gli aumenti registrati sono il risultato delle azioni per il recupero delle prestazioni non erogate e il rispetto dei tempi di attesa quali: miglioramento dell'appropriatezza,

riorganizzazione dei percorsi e aumento dell'offerta, soprattutto per le prestazioni maggiormente critiche nei tempi di attesa, anche attraverso l'istituto dell'aggiuntiva e alla disponibilità dei professionisti. L'obiettivo del piano operativo aziendale per l'abbattimento delle lunghe liste d'attesa è quello di contribuire a garantire ai cittadini di usufruire di una maggiore offerta di prestazioni nei tempi previsti dalla classe di priorità.

Tra gli strumenti e le strategie individuate al fine di garantire il contenimento dei tempi di attesa e la semplificazione dell'accesso per l'erogazione delle prestazioni si segnala, in particolare, l'applicazione del **Piano di produzione chirurgico che per il 2025 ha determinato** un incremento dell'attività chirurgica (oltre il 3% dei ricoveri chirurgici rispetto al 2024 che già aveva registrato un aumento dell'attività chirurgica). Anche l'attività in regime di day hospital ha registrato un aumento di +381 dimessi (+3,08%) con un **incremento prevalente dei day hospital chirurgici (+681, pari a +8%) per incremento dell'attività di day surgery di chirurgia generale, oculistica, urologia e ginecologia.**

L'andamento dell'attività della **specialistica ambulatoriale** ha registrato, a livello complessivo, un **incremento rispetto ai valori economici del 2024 (complessivamente: +5,975 milioni di euro, pari al +5,46%).**

Nel 2025 è proseguita la **partecipazione dell'IRCCS alla riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia-Romagna** con la messa a disposizione sia di spazi che di prestazioni diagnostiche e visite specialistiche per il Centro di Assistenza Urgenza (CAU), inaugurato a maggio 2024 nell'area area ambulatoriale del Padiglione 2, dedicato alle urgenze a bassa complessità clinica e assistenziale.

Con riferimento alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria metropolitana promossa, condivisa ed approvata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana, l'Azienda è coinvolta nella realizzazione dei **progetti di integrazione ed unificazione interaziendali**, che costituiscono un punto cardinale nel sistema della governance dei servizi sanitari. In particolare, nel 2025 sono proseguite le azioni per la realizzazione degli obiettivi di mandato riferiti all'integrazione metropolitana con stipula di accordi prevalentemente con AUSL di Bologna per la **gestione unificata di alcune attività** tra cui, a titolo esemplificativo, la proroga dell'accordo per la chirurgia vascolare a valenza interaziendale e per il dipartimento farmaceutico interaziendale e l'accordo per la conduzione in forma unificata delle attività di neurologia in ambito ospedaliero mediante l'istituzione della UO a valenza interaziendale NEUROMET. Tenuto conto che i percorsi di integrazione si stanno ormai consolidando permane la necessità di una riflessione a livello regionale su come trovare un governance congiunta tra i vari attori.

Inoltre, è stato recepito l'**Accordo Quadro per lo svolgimento delle funzioni unificate dei servizi amministrativi, tecnici e professionali** tra Azienda USL di Bologna, IRCCS Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola, Istituto Ortopedico Rizzoli, Azienda USL di Imola al fine di potenziare ulteriormente le politiche di integrazione a livello sovra aziendale.

Di grande valore la sinergica **cooperazione istituzionale con l'Università degli Studi di Bologna** ai fini dell'integrazione dell'attività assistenziale, didattico/formativa e di ricerca e la partecipazione a tavoli di lavoro congiunti per consolidare e sviluppare le diverse progettualità comuni nei diversi ambiti di attività con intese/accordi e per discutere su tematiche di interesse comune.

Inoltre, nel 2025 è stato formalmente istituito **il Centro di simulazione e training dell'IRCCS Azienda Ospedaliero- Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola (SimulBO)**, infrastruttura strategica a supporto della formazione integrata multiprofessionale e multidisciplinare, inaugurata lo scorso anno grazie alla collaborazione tra l'Università di Bologna e l'IRCCS, con l'obiettivo di rafforzare la collaborazione interprofessionale, migliorare la qualità dei processi assistenziali e contribuire al miglioramento degli esiti di cura.

Anche nel 2025 l'IRCCS ha continuato a distinguersi come uno degli ospedali migliori a livello nazionale e internazionale.

**Nell'ambito dei trapianti si è confermato quale punto di riferimento nazionale con volumi di attività in crescita per quasi tutti gli organi** grazie all'eccellenza tecnica e a strutture e tecnologie all'avanguardia sempre a disposizione delle equipe.

Secondo i dati del Centro Nazionale Trapianti, **il Policlinico è la struttura italiana con la più alta percentuale di sopravvivenza a seguito di trapianto di cuore nell'adulto**: circa il 90% a un anno dall'operazione e oltre l'80% a cinque anni. Un risultato che consolida il ruolo dell'ospedale come punto di riferimento nazionale e internazionale nella chirurgia dei trapianti, rafforzando la fiducia di pazienti e famiglie.

**Nel 2025, per la prima volta in Regione Emilia Romagna, il Policlinico ha realizzato un trapianto da donatore a cuore fermo** (ovvero non battente da 20 minuti) **prelevato fuori regione in un ospedale non sede di cardiocirurgia**. Due Equipe dell'IRCCS (cardiocirurghi infermieri rianimatori e perfusionisti), una impegnata nell'espianto in Toscana e una a Bologna, pronta in sede sul ricevente, hanno lavorato fianco a fianco, garantendo le stesse condizioni di sicurezza e precisione che avremmo avuto in sala operatoria a S.Orsola, ridando così vita a un paziente in lista di attesa.

Inoltre, si è realizzata una **straordinaria maratona di trapianti** le Equipe di cardiocirurgia e di chirurgia toracica hanno portato a termine con successo quattro trapianti: tre di cuore e uno di polmone. Questo risultato conferma la capacità dell'ospedale di affrontare in tempi ravvicinati procedure complesse senza compromettere la qualità dell'assistenza e si inserisce in un contesto in cui i trapianti multipli eseguiti contemporaneamente costituiscono evento che si ripete periodicamente.

Il S. Orsola porta avanti ricerche e collabora con il Centro di Riferimento Trapianti dell'Emilia Romagna per supportare i pazienti trapiantati e in attesa nella ripresa dell'attività fisica e sportiva con un **nuovo percorso dedicato "Trapianto, Attività fisica e Sport"** che accompagna i pazienti verso il movimento integrando esercizio, alimentazione e terapie. Lo

sport diventa così parte del percorso di cura. A testimonianza dell'importanza dell'esercizio fisico dopo il trapianto si segnala, a titolo esemplificativo, che a Dresda tre atleti seguiti dal S. Orsola hanno conquistato medaglie d'oro e d'argento al World Trasplant Games portando in campo coraggio e speranza.

L'IRCCS ormai da tempo è stato riconosciuto dal Ministero della Salute **Centro di riferimento per il programma nazionale di Trapianto di Microbiota Intestinale**, uno dei pochissimi in Italia. Nel 2025 si è registrato un sensibile incremento delle attività di ricerca e di applicazione dell'utilizzo del microbiota intestinale per il trattamento di numerose patologie. Il Policlinico è diventato il primo ospedale pubblico in Italia a raggiungere **quota 100 trapianti di microbiota**; inoltre ha avviato anche studi di ricerca per aumentare le indicazioni al trattamento tra cui, ad esempio, **un trial clinico** per pazienti candidati al trapianto di fegato al fine di meglio preparare i pazienti all'intervento chirurgico e ridurre gli episodi di infezione nel periodo post operatorio. **Si conferma inoltre punto di riferimento nazionale per il trapianto di microbiota pediatrico**, offrendo così nuove possibilità di cura e guarigione ai piccoli pazienti.

**L'Oncologia pediatrica dell'IRCCS è stata riconosciuta dalla Regione Emilia Romagna come Centro autorizzato per l'erogazione delle terapie CAR-T anche per i bambini**; entra così a fare parte dei soli 7 centri in Italia in grado di offrire questa terapie genica innovativa che rappresenta una nuova frontiera per chi non risponde ai trattamenti tradizionali contro leucemie e linfomi.

**La Ginecologia è stata accreditata da ESGO (Società Europea di Ginecologia oncologica) come Centro di Riferimento Europeo per il carcinoma della cervice uterina.** Un riconoscimento prestigioso riservato a soli quattro centri in Italia che testimonia l'impegno per offrire alle pazienti il meglio della cura e della ricerca in questo campo.

A novembre 2025 è stato dato l'avvio all'**Ematologia territoriale**. Il progetto prevede che un team di ematologi del Policlinico si rechi nelle strutture del territorio (presso Ospedale Maggiore, Beroaldo, Castenaso, Casalecchio San Lazzaro e San Giovanni in Persiceto) per effettuare visite di primo accesso e controlli; la presa in carico diventa così più accessibile e comoda per i pazienti, con 800 visite in più ogni mese che contribuiscono all'azzeramento delle liste di attesa. Il risultato è stato raggiunto grazie anche ai **veicoli messi a disposizione da un Ente del terzo settore (AIL Bologna)**.

**Nel 2025 è proseguito il piano di sviluppo edilizio, impiantistico e tecnologico** del Policlinico con interventi di riqualificazione e adeguamento strutturale o di realizzazione di nuove strutture e l'acquisizione tecnologie sanitarie innovative e sistemi informatici volti allo sviluppo delle attività assistenziali e alla promozione della ricerca, sulla base del **Piano Direttore 2021/2035**, approvato con Deliberazione n. 216/2023.

In particolare, a luglio 2025, **è stato inaugurata la nuova sede presso il padiglione 2 della struttura oncologica per la cura dei tumori femminili (Nuovo Addari)**, un luogo pensato per accompagnare le donne in ogni fase del percorso di cura (22 postazioni di terapia,

5 ambulatori e 6 sale dedicate alla prescrizione); con un investimento di 2,9 milioni di euro (di cui 300mila euro donati dalla **Fondazione S. Orsola**) sono stati creati spazi per unire terapie, ricerca e umanità. Inoltre, è stato attivato il **Loto Care Center**, uno spazio di circa 52 mq presso l'Oncologia femminile Addari al Padiglione 2 dedicato alle donne che quotidianamente si sottopongono alle terapie oncologiche. Si tratta di un luogo a cura dell' **Associazione Loto ODV**, dove le pazienti possono trovare ascolto supporto e momenti di benessere durante il percorso di cura (quali ad esempio estetica oncologica, consulenze gratuite, massaggi, yoga).

Nell'ambito del **progetto di riqualificazione del Polo Materno Infantile** con investimenti per oltre 45 milioni di euro, nel 2025 sono stati inaugurati: le sale chirurgiche, i laboratori e la criobanca del Centro per l'Infertilità e la Procreazione Medicalmente Assistita (Pma) e il nuovo reparto di degenza dell'Ostetricia e Medicina dell'Età Prenatale.

Le attività sopra descritte si inseriscono nell'ambito di un'ampia riorganizzazione, sviluppo e ammodernamento del Policlinico con interventi di riqualificazione e implementazione improntati anche a criteri di sostenibilità ambientale e gestionale, con particolare riferimento al sistema del verde, alla mobilità, all'efficienza energetica, al sistema degli accessi. Il piano di sviluppo edilizio e urbanistico del Policlinico 2021-2035, insieme al **Piano Strategico di Sostenibilità Ambientale** di cui l'Azienda si è dotata, rappresentano risposte concrete a questa sfida, delineando un percorso di ammodernamento edilizio e tecnologico orientato alla riduzione delle emissioni, all'efficienza energetica e alla valorizzazione delle risorse.

In un momento storico in cui salute e ambiente sono sempre più interconnessi, il Policlinico si propone non solo come luogo di cura, ma come agente di cambiamento culturale e sociale. Educare, sensibilizzare e coinvolgere la cittadinanza sono azioni fondamentali per costruire un futuro in cui il benessere delle persone e del pianeta siano parte di un'unica visione. In tale contesto il Policlinico svolge ruolo strategico nel promuovere un modello di sanità sostenibile, capace di coniugare cura, innovazione, ricerca, rispetto per l'ambiente e connettere le dimensioni di salute e cambiamento climatico.

Grande attenzione ai **temi di accessibilità e umanizzazione del contesto ospedaliero** anche attraverso la riorganizzazione del sistema di comunicazione e alla sperimentazione di metodologie di analisi dei processi e di Service Design al fine di creare un modello di ospedale più vicino alle esigenze delle persone, coniugando innovazione e professionalità nella cura e nell'assistenza a funzionalità e umanizzazione di spazi e servizi.

Al riguardo si segnala tra le diverse attività:

- l'inaugurazione del **primo InfoPoint esterno del Policlinico di Sant'Orsola**, situato lungo il viale centrale, punto nevralgico di collegamento tra i padiglioni e gli spazi per chi ogni giorno frequenta l'ospedale. Il presidio, finanziato e gestito da Fondazione Sant'Orsola, nasce con l'obiettivo di offrire un servizio di orientamento, accoglienza e accompagnamento per tutti, con un'attenzione particolare alle persone con maggiori fragilità. Il progetto dell'InfoPoint si

inserisce nel percorso di innovazione avviato dal Policlinico nell'ambito del programma internazionale The Hospital of Tomorrow, promosso in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). In questo contesto, il Sant'Orsola è stato scelto come caso studio pilota per la sperimentazione di pratiche di "Service Design" e Wayfinding applicate all'ambiente ospedaliero con l'ottica di migliorare servizi e spazi, mettendo al centro i principali bisogni dell'utenza;

- l'attivazione del nuovo **servizio di mediazione linguistico-culturale e interpretariato telefonico**.

**Nel 2025** sul fronte delle tecnologie è stata inaugurata la nuova risonanza magnetica pediatrica, un dispositivo più veloce e sostenibile di ultima generazione che unisce innovazione e attenzione all'esperienza dei più piccoli; si tratta di un investimento importante per la salute dei bambini che permetterà di eseguire oltre 1500 esami all'anno in un ambiente a misura di bambino con spazi dedicati pensati per rendere più sereno un momento delicato, con cartoni animati giochi di luce immagini e suoni che aiutano i bambini a rilassarsi durante gli esami, riducendo stress e, in molti casi, anche la necessità di sedazione. Inoltre, grazie alle tecnologie della nuova Sala Angiografica, inaugurata ad ottobre 2025, con un investimento di quasi 800 mila euro garantiti da fondi PNRR, è stata eseguita la prima elettrochemioterapia per il trattamento di un epatocarcinoma; la tecnica innovativa e miniminvasiva combina impulsi elettrici e farmaci chemioterapici per colpire il tumore in modo drasticamente efficace.

L'Azienda ha in corso il rinnovamento delle tecnologie legate al PNRR per le quali è in linea con le scadenze previste.

Con riguardo all'Area della ricerca si evidenzia che la ricerca sanitaria in Emilia-Romagna, secondo le ultime valutazioni ministeriali e i risultati dei bandi, **conferma la propria eccellenza**; l'ottima performance del sistema sanitario regionale, in tutte le sue componenti, viene ribadita dalle valutazioni ministeriali sulla Ricerca corrente 2025 dei 5 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) presenti sul territorio regionale, che si posizionano tutti ai primissimi posti. Il sistema si caratterizza sempre di più per obiettivi condivisi, costante interscambio, coinvolgimento di discipline e attori diversi, degli IRCCS, Aziende sanitarie e ospedaliere, e Università. Ciò al fine di garantire ai cittadini equità di accesso a terapie innovative e valorizzare quindi la ricerca traslazionale per dare risposte sempre più efficaci ai bisogni di salute.

Il Policlinico Sant'Orsola di Bologna ha il più alto numero di pubblicazioni tra gli IRCCS riconosciuti in sole due tematiche, con un aumento della performance scientifica del 26% rispetto all'anno precedente. È in seconda posizione, inoltre, per quanto concerne la partecipazione a Studi Clinici (dietro solo al Policlinico Gemelli di Roma) e in terza per il numero di pazienti arruolati in studi, indicatore che valorizza la capacità di proporre ai pazienti cure innovative.

Nel 2025 è stato adottato il **Piano Strategico Triennale della Ricerca 2025-2027**, che rappresenta il documento programmatico e di visione per lo sviluppo della ricerca all'interno dell'IRCCS per il prossimo triennio orientata prevalentemente negli ambiti di riconoscimento dell'IRCCS (Assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico e Gestione medica e chirurgica integrata per il trattamento delle patologie oncologiche).

Per la realizzazione degli obiettivi del predetto Piano strategico è stata ulteriormente potenziata la struttura organizzativa con l'istituzione UOC Clinical Trial Center nell'ambito della Direzione scientifica al fine di massimizzare i risultati della ricerca integrandoli con l'innovazione in ambito assistenziale.

Nel 2025 è stato realizzato il **Retreat della Ricerca**, la terza edizione dell'evento dedicato alla comunità scientifica dell'IRCCS: due giorni di letture magistrali, presentazioni e dibattiti per condividere conoscenze e risultati degli studi scientifici.

**Sul fronte della ricerca** sono diversi i progetti avviati o realizzati; tra tanti è stato testato per la prima volta l'uso di una combinazione di farmaci per il trattamento di pazienti con una forma di leucemia rara e difficile da trattare, la leucemia mieloide acuta extramidollare. Lo studio, svolto da un team internazionale che ha visto coinvolto l'Ematologia S. Orsola, ha portato risultati promettenti, tenuto conto che in diversi casi la malattia è regredita. Il prossimo passo sarà allargare lo studio e capire come meglio migliorare la durata delle risposte rendendo il trattamento ancora più efficace. Inoltre, ha partecipato a CASSANDRA, studio di fase 3 che potrebbe cambiare le linee guida sulle modalità di impiego della chemioterapia nel trattamento preoperatorio dell'adenocarcinoma duttale non metastatico. In particolare, la ricerca ha indagato l'efficacia di un nuovo schema chemioterapeutico rispetto alla terapia standard e i risultati, pubblicati proprio lo scorso dicembre su *Lancet*, hanno evidenziato un miglioramento della sopravvivenza. Ed ancora ha coordinato lo studio scientifico "PARADIGM", pensato per individuare variazioni genomiche sino ad ora sfuggite alle indagini tradizionali. La ricerca, che si concentra in particolare su malattie dell'occhio – come la retinite pigmentosa - e neuromuscolari, si propone di definire approcci terapeutici di precisione basati su trattamenti a RNA e editing genetico oltre ad aumentare l'accuratezza diagnostica attraverso il sequenziamento genomico. Sempre su questa linea, grazie al supporto della Fondazione HEAL Italia, è stato acquisito un sequenziatore "long reads" (del valore di circa 200mila euro) che ha un'augmentata capacità di identificare variazioni genomiche strutturali e complesse finora difficili da evidenziare.

Anche per il 2025 si è confermata la volontà di investire risorse nella promozione di nuove progettualità presentate dai ricercatori dell'azienda attraverso la distribuzione di quote del contributo ministeriale di ricerca corrente, a copertura di costi per i progetti vincitori del relativo Bando interno.

Sempre alta l'attenzione della Direzione ai temi della parità di genere e delle pari opportunità, della rimozione di ogni forma di discriminazione e del perseguimento del benessere organizzativo.

Nell'ambito del benessere organizzativo, sono proseguite le attività legate al progetto aziendale **“La leadership che cura”**, avviato nel 2024 con l'obiettivo di promuovere una cultura organizzativa fondata sulla collaborazione, sull'ascolto reciproco e sulla condivisione delle responsabilità. Il percorso mira a diffondere uno stile di leadership attenta alle persone e alle relazioni, capace di generare fiducia e partecipazione, favorendo il coinvolgimento delle persone nei processi decisionali e nella costruzione delle scelte organizzative. Nel 2025 sono stati formati gli Ambassador e i Facilitatori individuati, figure strategiche chiamate a diventare punti di riferimento e promotori di iniziative orientate non solo al miglioramento delle performance organizzative, ma anche al miglioramento del benessere delle persone e della qualità delle relazioni professionali. L'obiettivo è accompagnare progressivamente l'organizzazione verso l'adozione, a partire dal 2026, di un modello di leadership diffusa, condivisa e generativa, capace di valorizzare il contributo di ciascuno e di creare contesti di lavoro sempre più inclusivi, responsabili e orientati alla cura.

Inoltre, sono proseguiti i lavori della Commissione per la ricollocazione del personale prescritto nell'ambito della prevenzione sicurezza e salute dei luoghi di lavoro, modello preso a riferimento anche da altre aziende sanitarie regionali per gli ottimi risultati ottenuti.

Di grande valore anche l'attivazione dei **sistemi di allerta - pulsante antiaggressione presso il Pronto Soccorso Generale**, progettato in collaborazione con la Prefettura e Questura di Bologna, con intervento delle Forze dell'Ordine e **presso il Pronto Soccorso Pediatrico, Pronto Soccorso Oculistico e gli ambulatori dermatologici MTS** con chiamata al Centro Gestione Emergenze attivo h24 (Vigilanza interna) – al fine di garantire una risposta tempestiva, coordinata ed efficace in caso di emergenze legate a situazioni di rischio o aggressione a carico del personale sanitario.

Di rilievo ulteriori e diversi ambiti di attività quali: la gestione della **convenzione con il Tribunale di Bologna per lo svolgimento del lavoro di pubblica utilità** (n. 374 lavoratori di pubblica utilità per un totale di 40419,5 ore prestate); la realizzazione di progetti che mirano a favorire i rapporti solidaristici con il territorio e le associazioni presenti nel Policlinico. A questo riguardo si segnala il consolidamento di proficue **relazioni istituzionali con gli Enti del Terzo Settore** per il perseguimento di importanti obiettivi legati al soddisfacimento dei bisogni sociali e sanitari dei cittadini, favorendo l'attivazione di rapporti di collaborazione e riconoscendone valore e merito nei progetti rivolti all'utenza. Nel 2025 diversi importanti progetti sono stati realizzati grazie alla collaborazione e al sostegno delle Associazioni e Fondazioni (a titolo esemplificativo AGEOP per Centro CAR-T pediatria; Loto Care Center presso l'Oncologia femminile Addari al Padiglione 2 con l'Associazione Loto; inaugurazione del “Nuovo Addari realizzato anche grazie al sostegno della Fondazione S. Orsola).

Numerose sono state anche le **iniziative dedicate alla prevenzione, diagnosi e cura con partecipazione dell'IRCCS che ha messo a disposizione i propri professionisti**; tra tante si ricorda le **Giornate della vista presso la Caritas Diocesana di Bologna**; l'Open Week di Onda ETS in occasione della **Giornata Internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne**; il Villaggio della Salute nell'ambito dell'evento **Race for the cure**; la **Giornata**

**Mondiale del Rene 2025 ANTR odv; la XIII edizione della campagna europea di sensibilizzazione alla prevenzione del tumore cervico-cefalico.**

Infine, l'Azienda **ha aderito al progetto del Comune di Bologna "NON SI BUTTA VIA NIENTE"** volto a recuperare le eccedenze alimentari prodotte da soggetti che operano nella filiera alimentare a favore di enti no profit che si occupano di persone in stato difficoltà. Di grande valore anche il **l'Accordo di collaborazione tra il Comune di Bologna e l'IRCCS** per la gestione di uno sportello fisico e virtuale presso il Policlinico volto a fornire un servizio di informazione, di supporto e consulenza rispetto alla formulazione e registrazione delle **Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)**.

\*\*\*

Nelle seguenti Sezioni/Sottosezioni del presente documento, vengono meglio dettagliati risultati raggiunti rispetto agli obiettivi aziendali di performance che per l'anno 2024 si sono confermati, sostanzialmente, in linea con i target stabiliti sia dalla Regione Emilia-Romagna sia dall'Azienda stessa attraverso il PIAO 202-2025.

## 2. PREMESSA

L'Azienda ha consolidato da molti anni sistemi strutturati di pianificazione e programmazione delle proprie attività, oltre che di controllo e rendicontazione dei risultati in coerenza ed applicazione della normativa nazionale e regionale.

La Relazione sulla Performance, prevista dall'art. 10, comma 1, lett. b), del D.Lgs. n.150/2009, costituisce lo strumento mediante il quale l'Azienda illustra ai cittadini e a tutti gli altri portatori di interesse (stakeholder), interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno di riferimento, concludendo così il ciclo di gestione della performance.

A seguito dell'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), quale strumento unitario di programmazione per le Amministrazioni Pubbliche avvenuta con l'articolo 6 del DL 80/2021, convertito in legge 113/2021 e la successiva affermazione (comma 7-bis) della competenza regionale per l'introduzione del PIAO nel proprio sistema sanitario, la Regione Emilia Romagna ha adeguato il proprio ordinamento con riferimento ai sistemi di programmazione e controllo delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale (Legge regionale n. 9/2018), introducendo in modo strutturale il PIAO quale documento programmatico triennale e la Relazione sulla Performance quale strumento di rendicontazione annuale degli obiettivi e dei risultati raggiunti indicati nel PIAO, da adottare in conformità alle indicazioni regionali.

La presente Relazione sulla Performance si configura pertanto quale documento annuale di rendicontazione delle attività e dei risultati che l'Azienda ha conseguito nel 2025 nell'alveo del sistema di obiettivi e indicatori definiti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione

2025-2027 che assorbe gli atti di pianificazione delle attività previsti dalla normativa precedente (Piano della performance, Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza, Piano organizzativo del lavoro agile, il Piano delle azioni positive e il Piano dei fabbisogni del Personale) sviluppandoli in chiave sistemica e tenendo conto delle strategie e della programmazione finanziaria.

L'impostazione della Relazione si conforma alle "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR" di cui alla DGR n. 990 del 19 giugno 2023 che ha messo a sistema e aggiornato, alla luce dell'introduzione del PIAO, l'intero processo del Ciclo della Performance per le Aziende sanitarie regionali delineato con DGR n.819 del 31 maggio 2021 recante "Linee Guida per lo sviluppo del sistema di misurazione della performance nelle aziende sanitarie e negli enti del SSR". Inoltre, tiene conto di quanto previsto dalla DGR n. 973 del 23/6/2025, che ha aggiornato la DGR 990/2023 sostituendo l'Allegato A1 "Collegamento tra obiettivi strategici e di mandato dei Direttori Generali e sezioni/sottosezioni di programmazione 2025/2027 (impegni strategici per valore pubblico e performance)" e l'allegato A2 "Indicatori di valore pubblico e performance".

La Relazione è strutturata quindi in coerenza con il Piano 2025-2027, per fornire gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nell'anno di riferimento in relazione agli impegni strategici assunti nel Piano stesso: essa infatti ha l'obiettivo di rendicontare l'evoluzione nel tempo dei risultati conseguiti, attraverso l'esposizione pluriennale degli indicatori di performance, accompagnata da commenti e spiegazioni che diano conto dell'aderenza o meno agli andamenti attesi. La struttura della Relazione sulla Performance è la seguente, con i contenuti sinteticamente indicati per ciascuna sezione:

- **Executive summary: sintesi dei risultati più significativi e delle attività più importanti che hanno caratterizzato l'anno oggetto di rendicontazione;**
- **Premessa:** inquadramento generale del documento, con richiamo al sistema di programmazione e controllo presente nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna;
- **Principali risultati raggiunti** con un'articolazione in capitoli per Sezioni/Sottosezioni di programmazione, come già presenti nel PIAO triennale, prevedendo per ciascun capitolo:
  - La rendicontazione delle azioni sviluppate e dei risultati conseguiti nell'anno, relativi alla Sezione/Sottosezione di programmazione considerata, in relazione agli obiettivi previsti nel Piano, facendo rinvio, per quanto possibile, alla rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale già presente nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale;
  - Una tabella nella quale vengono descritti gli andamenti attesi/registrati per gli indicatori relativi alla Sezione/Sottosezione di programmazione considerata (cfr. Indicatori di Valore pubblico e performance), elaborata sulla base delle informazioni rese disponibili dal sistema informativo regionale InSiDER, e dalle altre fonti informative aziendali. La tabella unica è inserita alla fine del documento, con i commenti comunque allocati in ciascun capitolo;

- Eventuali altri contenuti ritenuti necessari.

Il documento è integrato dai contenuti della Relazione sulla Gestione, allegata al Bilancio di Esercizio 2025, approvato con Deliberazione n. 139 del 30/04/2026, dove trovano esplicitazione le azioni realizzate e i risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi assegnati all'Azienda dalla Programmazione Annuale Regionale di cui alla DGR n. 972 del 23 giugno 2025 e più in generale agli obiettivi di salute, ricerca ed economici-finanziari in capo a questa Azienda.

L'obiettivo è quello di rendicontare le azioni sviluppate in relazione agli obiettivi strategici programmati e di illustrare a consuntivo i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi e alle risorse assegnate, con commenti e spiegazioni che diano conto dell'aderenza o meno agli andamenti attesi.

Gli indicatori riportati nella Relazione sono estratti dal Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale InSIDER della Regione Emilia-Romagna e sono aggiornati all'ultimo periodo disponibile al momento della stesura del documento.<sup>1</sup> Sono confrontati con il trend atteso previsto nel PIAO 2025-2027.

In tale modo l'Azienda mette in relazione, per ogni obiettivo indicato, la struttura della programmazione con il successivo sistema di misurazione e valutazione della performance nel suo complesso.

La realizzazione degli obiettivi rendicontati nella presente Relazione sulla Performance si è concretizzata attraverso un sistema di programmazione, gestione e controllo.

Attraverso il processo annuale di budget, ciascuna unità organizzativa viene coinvolta nel conseguimento degli obiettivi strategico-direzionali tradotti in obiettivi operativi specifici per ciascuna struttura, misurati attraverso indicatori e aventi uno specifico peso per soddisfare i requisiti che si riferiscono a tipologia, volume di prestazioni e qualità dei servizi offerti.

Gli obiettivi assegnati alle Strutture organizzative sono riportati sul documento "Scheda di budget annuale", nella quale ad ogni obiettivo è associato un indicatore, un target e un peso.

Gli obiettivi sono monitorati in corso d'anno, per fornire un'indicazione sull'andamento gestionale, e a fine anno, per determinare la percentuale di raggiungimento degli stessi (valutazione performance organizzativa e valutazione performance individuale) correlata alla distribuzione degli incentivi.

Il perseguimento di performance organizzative e individuali in quantità e qualità adeguate rispetto agli obiettivi assegnati è poi funzionale al miglioramento del benessere degli stakeholder (obiettivi di Valore Pubblico).

---

<sup>1</sup> Rilevazione effettuata al 16/6/2026 sul Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale, consultabile - previa autenticazione - sul portale della Regione Emilia-Romagna

## **Impegni strategici per valore pubblico e performance**

### **Sezione di programmazione dimensione dell'utente**

- Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda;
- Sottosezione di programmazione dell'integrazione;
- Sottosezione di programmazione degli esiti.

### **Sezione di programmazione dell'organizzazione e dei processi interni**

- Sottosezione di programmazione dell'offerta e della produzione;
- Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio sanitario;
- Sottosezione di programmazione dell'organizzazione;
- Sottosezione di programmazione della dotazione di personale;
- Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza.

### **Sezione di programmazione dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo**

- Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica;
- Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo.

### **Dimensione di programmazione della sostenibilità**

- Sottosezione di programmazione economico finanziaria;
- Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR;
- Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica.

### 3. GLI IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Un ente genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholders e dei cittadini in genere.

L'IRCCS persegue la creazione e la crescita del valore pubblico, inteso come "l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo" attraverso la realizzazione dei suoi scopi istituzionali, mediante la programmazione di obiettivi strategici e operativi improntati a criteri di efficacia quantitativa, economica finanziaria, gestionale, di efficienza e ai principi di semplificazione, digitalizzazione, piena accessibilità e pari opportunità nonché mediante la pianificazione di misure di gestione del rischio corruttivo e della trasparenza e azioni di miglioramento della salute organizzativa e professionale.

Nel PIAO 2025/2027 sono stati descritti gli impegni e le azioni ritenute di maggior impatto sulla capacità dell'IRCCS di generare valore pubblico in coerenza con gli obiettivi di mandato e di programmazione regionale.

Per la creazione di valore pubblico l'Azienda si è dotata di un adeguato sistema di pianificazione e controllo capace di indirizzare le performance organizzative ed individuali verso gli impatti dell'azione amministrativa.

Il quadro che segue evidenzia gli ambiti e gli obiettivi realizzati nel 2025 per ciascuna sottosezione di programmazione del PIAO.

## 3.1 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELL'UTENTE

### 3.1.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA

#### **GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA**

Per l'anno 2025 è stato strutturato un piano di produzione chirurgica annuale, che aveva come obiettivo quello di uguagliare i livelli di produzione del 2024.

Nel 2025 l'Azienda è riuscita a garantire anche un incremento dell'attività chirurgica, con l'obiettivo di garantire lo smaltimento delle liste di attesa di medio bassa complessità e il miglioramento della presa in carico dei pazienti oncologici. È stato quindi raggiunto un incremento di oltre il 3% dei ricoveri chirurgici rispetto al 2024, anno nel quale già l'Azienda aveva raggiunto un importante incremento dell'attività chirurgica.

Contestualmente la variazione % tra ingressi e uscite da lista di attesa ha raggiunto il -2,3%, con una riduzione sostanziale delle liste di attesa totali. Nonostante ciò, le liste presentano lo stesso fenomeno degli anni passati che vede la maggiore concentrazione delle posizioni in alcune specifiche discipline chirurgiche. Ciò rende difficile il raggiungimento completo degli obiettivi regionali.

Nel 2025, l'obiettivo di riduzione delle posizioni di lista scadute entro l'anno precedente è stato raggiunto per il 73%.

Tali risultati sono stati resi possibili grazie ad una serie di azioni di azioni:

a) Sinergie di rete tra le aziende pubbliche dell'area metropolitana: per il 2025 sono stati conservati gli accordi e le sinergie relative a piattaforme logistiche condivise (anche ad alto contenuto tecnologico) al fine di migliorare l'efficienza di utilizzo delle risorse in una logica di rete tra aziende. Per la piattaforma di medio-bassa complessità di Budrio è stato previsto, oltre al rinnovo e al mantenimento degli accordi con l'AUSL di Bologna, un potenziamento graduale delle ore di sala (con 8 ore di sala in più a partire da giugno 2025).

b) Sinergie di rete con il privato accreditato: in linea con quanto previsto dalla DGR 272/17, nel 2025 come già negli anni precedenti vengono sviluppati reti e percorsi specifici per contribuire al raggiungimento degli obiettivi regionali. A tal fine, nel 2025 l'Azienda ha dato seguito ad un piano di recupero delle liste d'attesa, in collaborazione con l'Ausl di Bologna, riuscendo a gestire esternamente oltre 600 interventi di medio-bassa complessità. Nel 2025 è stato rilevato un fabbisogno di casistica ampliato anche ad altre discipline specialistiche rispetto agli scorsi anni (come l'Oculistica e l'Ortopedia), oltre che per la Chirurgia Generale per la quale è comunque già stato identificato il presidio AUSL di Budrio come principale piattaforma produttiva.

Inoltre, come negli anni precedenti, l'Azienda è stata impegnata a dare applicazione alle disposizioni normative (DGR 272/2017 e DGR 603/2019) garantendo in particolare:

1) il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali e armonizzazione nei criteri di attribuzione delle classi di priorità negli ospedali dell'area metropolitana;

2) È stato potenziato il modello di governo dei centri che gestiscono le liste di attesa chirurgiche e riorganizzato il modello di programmazione chirurgica con un monitoraggio puntuale delle patologie al fine di indirizzare correttamente l'attività chirurgica. Per il governo, controllo, manutenzione e cessione casistica delle LDA è stata potenziata la Centrale di gestione liste di attesa chirurgiche;

3) Per far fronte alla necessità di incrementare la produzione chirurgica per l'abbattimento delle LDA e per ridurre la degenza preoperatoria sono stati rimodulati gli accessi al prericovero e sono stati avviati nuovi prericoveri come quello cardiologico;

4) Sono state realizzate le prime liste di attesa dell'area medica con il supporto di una Centrale di gestione delle liste mediche, la cui finalità è quella di uniformare i criteri di accesso ai ricoveri. Inoltre, sono stati sviluppati i primi percorsi di prericovero per i ricoveri medici;

5) È stato perseguito l'obiettivo di garantire un'adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini: è stata ulteriormente migliorata la chiarezza e la trasparenza delle informazioni da fornire all'utenza, tramite un'informativa cartacea distribuita nel momento stesso dell'inserimento in lista. È stato effettuato un miglioramento degli strumenti e delle modalità di diffusione dell'informativa per il ricovero all'interno dei prericoveri.

Nel corso del 2025 è stata revisionata e diffusa la procedura aziendale per la gestione dei ricoveri medici e chirurgici elettivi, che comprende la definizione di criteri organizzativi di gestione del posto letto per il paziente programmato.

Oltre alle performance di riduzione della casistica pregressa, il mandato Regionale del 2025 è stato anche relativo al miglioramento delle performance 2024, con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio.

#### MONITORAGGIO OBIETTIVI PROGRAMMAZIONE REGIONALE

La programmazione ha definito l'obiettivo di garantire che il 90% dei tumori monitorati sia operato entro i tempi previsti dalla classe di priorità. A fronte di un incremento dell'1% dei pazienti operati per patologia oncologica monitorata, il target del 90% fissato non è stato raggiunto:

ID Indicatore	Descrizione Indicatore	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
IND1015	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 71,6%	≥ 90%	68,26%

Anche per quanto riguarda le patologie cardio-vascolari e per la chirurgia generale di bassa complessità, i target regionali non sono stati pienamente raggiunti, a causa del recupero del volume di pazienti in lista di attesa già scaduti entro l'anno precedente.

ID Indicatore	Descrizione Indicatore	Target atteso 2024	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
IND1016	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 85%	73.4	≥ 85%	69,88%
IND1017	Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 90%	53.07	≥ 90%	40,86%
IND1018	Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 75%	51.37	≥ 75%	45,33%
IND0980	Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 80%	61.23	≥ 80%	55,71%
IND0982	Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	≥ 80%	85.39	≥ 90%	92,95%
IND0984	Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente	≥ 80%	68.51	≥ 80%	72,88%
IND0985	Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso	≤ 1%	1.56	≤ 1%	-2,34%

Fonte dati: ReportER-SIVER

Infine, l'Azienda ha l'obiettivo di garantire la corretta e completa alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA, strumento attraverso il quale la Regione monitora i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico. Nel 2025 l'obiettivo è stato conseguito (93%).

Dal punto di vista della relazione tra attività erogata in regime istituzionale e attività erogata in regime di libera professione l'azienda ha continuato nell'applicazione del percorso di autorizzazione dei casi singoli erogati in libera professione e ha monitorato anche nel 2025 il rapporto nei volumi di attività con l'obiettivo di garantire che le modalità implementate per l'erogazione della libera professione non determinino difficoltà nell'erogazione dell'attività in regime istituzionale.

## ACCESSO APPROPRIATO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'attività ambulatoriale rappresenta un asset strategico per l'Azienda, sia come principale punto di contatto con il territorio sia per il crescente valore generato in termini di appropriatezza, esiti e sostenibilità del sistema sanitario.

Le progettualità relative alla specialistica ambulatoriale per il 2025 si collocano nel quadro delle strategie regionali definite dalla Regione Emilia-Romagna (DGR 603/2019 e DGR 620/2024), con particolare riferimento al miglioramento dell'accessibilità e della garanzia dei tempi di attesa, al rafforzamento dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa e allo sviluppo della rete metropolitana dei servizi secondo logiche di prossimità delle cure e integrazione ospedale-territorio. In questo contesto, la collaborazione strutturata con l'AUSL di Bologna rappresenta un elemento fondamentale per la definizione di modelli organizzativi condivisi e percorsi integrati di presa in carico.

In continuità con le progettualità avviate nel 2024, gli obiettivi del 2025 si sono concentrati sul potenziamento dell'offerta ambulatoriale, sullo sviluppo di reti specialistiche metropolitane, sul miglioramento dell'appropriatezza e sull'efficientamento dei processi organizzativi e prenotativi.

Sul versante produttivo, a fronte di una previsione di incremento del 2%, i dati del flusso ASA evidenziano una crescita superiore alle attese: +4,9% delle visite specialistiche, +1,8% delle prestazioni diagnostiche e +5% delle prestazioni terapeutiche. Particolarmente rilevante il potenziamento della diagnostica per immagini, con incremento delle TC dell'8,2% (circa 3.000 prestazioni aggiuntive) e delle RM del 16,8% (2.244 prestazioni incrementali), oltre all'aumento dell'attività endoscopica, con 1.970 prestazioni aggiuntive (+10%). Tali risultati sono stati raggiunti attraverso l'attivazione di sedute aggiuntive, la revisione delle agende ambulatoriali e l'ottimizzazione dei processi organizzativi e logistici.

Nell'ambito dei progetti di rete metropolitana, nel 2025 è stato implementato il progetto di "rete ematologica metropolitana" secondo il modello Hub & Spoke: le Case della Comunità gestiscono le prestazioni di primo livello, mentre il Policlinico mantiene la presa in carico dei casi a maggiore complessità clinica. Il progetto, avviato a fine settembre 2025, ha consentito l'azzeramento della lista di attesa e un significativo miglioramento dei tempi di accesso alle prime visite ematologiche, con allineamento delle priorità D agli standard regionali. Inoltre, l'incremento dell'offerta metropolitana, con circa 2.000 prime visite ematologiche erogate nei mesi di attivazione del progetto, ha favorito un migliore equilibrio tra domanda e capacità produttiva e una significativa riduzione delle prese in carico non evase entro i tempi previsti. Contestualmente, il trasferimento sul territorio dei follow-up e dei controlli ha favorito prossimità delle cure, continuità assistenziale e maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse specialistiche.

Le azioni dedicate all'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa si sono concentrate sulla diffusione di PDTA, algoritmi prescrittivi e indicatori di performance, nonché sulla registrazione dell'appropriatezza "ex post" negli applicativi aziendali ambulatoriali e

radiologici. Considerata la scarsa compilazione inizialmente rilevata, la Direzione Aziendale ha disposto, a partire da marzo 2026, l'obbligatorietà della compilazione del relativo campo, quale leva strategica per il governo della domanda e il miglioramento continuo dei processi assistenziali.

A livello interaziendale sono proseguite le azioni di integrazione metropolitana finalizzate a garantire appropriatezza, accessibilità ed efficientamento della rete specialistica. Tra le principali iniziative: mantenimento delle agende aperte a 24 mesi, sviluppo dei percorsi urgenti CUP nelle discipline più critiche, stratificazione delle agende per priorità clinica, gestione condivisa delle criticità aziendali e sviluppo di reti integrate tra ospedale e territorio. In tale ambito si inseriscono anche il progetto SPOC di teleconsulto specialistico a supporto dei MMG/PLS e la cessione di casistica TAC e RM a strutture private accreditate, attiva da settembre a dicembre 2025, che ha consentito di erogare oltre 1.000 prestazioni aggiuntive per pazienti in prelista, con elevato tasso di accettazione da parte degli utenti.

Sul piano organizzativo interno, l'Azienda ha proseguito le attività di revisione e ottimizzazione delle agende ambulatoriali, allineandole ai criteri regionali e ai benchmark di riferimento, potenziando le sedute dedicate ai percorsi oncologici, alle prestazioni di II e III livello e alle liste di attesa di primo accesso. Parallelamente sono stati riorganizzati spazi e percorsi, separando ove possibile i flussi di primo accesso, controlli e urgenze, e sviluppando sistemi di monitoraggio delle performance sia sul lato domanda sia sul lato offerta. In particolare:

- mantenimento dell'apertura di tutte le agende di prenotazione a 24 mesi: estensione della finestra temporale per le prenotazioni, garantendo una migliore programmazione e riduzione delle liste di attesa sia per le agende prenotabili in ambito metropolitano (CUP), sia per le agende riservate alle prenotazioni interne (cd. agende ARI);
- implementazione e potenziamento di percorsi di urgenza CUP nelle discipline maggiormente critiche (es. cardiologia, angiologia) e allineamento dell'offerta alla domanda, in modo da evitare accessi impropri in pronto soccorso;
- rimodulazione delle agende di prenotazione di 1° accesso di ambito metropolitano per priorità clinica. In dettaglio, l'offerta dedicata alla prenotazione di ambito metropolitano CUP è stata stratificata per priorità clinica e con orizzonti temporali di apertura differenziati;
- condivisione e collaborazione nell'implementazione del piano di contrazione della ricettività nel periodo estivo, con l'obiettivo di garantire continuità prenotativa e garanzia dell'offerta in ambito metropolitano;
- gestione e condivisione del sistema di offerta in situazioni di emergenza e criticità aziendali temporanee;
- ricerca della massima efficienza in tutte le fasi del processo di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. In particolare, nell'erogazione delle prestazioni con interventi per favorire capillarità di offerta per le prestazioni a

bassa complessità ed alti volumi e concentrazione per quelle ad alta complessità e bassi volumi;

- consolidamento, in un'ottica di sviluppo e sostenibilità dell'intera rete di offerta ambulatoriale, dell'appropriatezza come elemento che guida l'intero percorso, con riferimento sia all'appropriatezza prescrittiva ma anche a quella organizzativa ed erogativa, anche attraverso l'implementazione di percorsi strutturati di teleconsulto;
- monitoraggio sulla corretta applicazione delle indicazioni nazionali e regionali in tema di: "presa in carico prescrittiva" e di "presa in carico prescrittiva e prenotativa" ed attivazione di eventuali azioni di miglioramento nelle aree che risulteranno critiche
- collaborazione per la corretta gestione di tutti i flussi informativi (ASA, DEMA) con particolare riferimento alla corretta rendicontazione delle prescrizioni "Dematerializzate" chiuse e potenziamento delle disponibilità di prestazioni prenotabili tramite Cup Web (DGR 1056/2015 e DGR 603/2019) secondo le indicazioni regionali di cui l'ASL di Bologna segue l'implementazione;
- collaborazione per lo sviluppo di "reti" interaziendali tra ospedale e territorio. Tale modello prevede da un lato l'istituzione ed l'organizzazione sul territorio dell'ASL di ambulatori territoriali di primo livello specialistico, con offerta prenotabile tramite Cup Metropolitano, dedicati ai primi accessi, dall'altro lato la presenza di ambulatori di secondo livello specialistico negli ospedali, con disponibilità dedicate e prenotabili direttamente dai punti territoriali "di primo livello", per la presa in carico dei casi di maggiore complessità clinica necessitanti di approfondimenti specialistici propri del livello ospedaliero. Successivamente i pazienti, dopo la gestione ospedaliera di approfondimento e trattamento ed a seguito della stabilizzazione della malattia o della risoluzione del problema clinico, vengono riaffidati ai punti territoriali di primo livello per la conclusione della presa in carico e monitoraggio nel tempo se necessario (con agende specificamente dedicate) o direttamente al proprio curante nei casi di risoluzione della problematica clinica. Tale modello ha l'obiettivo di integrare meglio i percorsi di accesso ambulatoriali secondo il principio della "prossimità" al cittadino del primo livello di intervento, e dell'appropriatezza della intensità di cura per il secondo livello specialistico di intervento, salvaguardando la possibilità della presa in carico presso il secondo livello specialistico ed a supporto della Medicina Territoriale.
- revisione dei criteri di gestione della domanda di prestazioni non evase in prima battuta dal sistema di offerta;
- Revisione e aggiornamento del P.I.U. (Protocollo Interaziendale Urgenze), per i percorsi di accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche in regime di urgenza in ambito metropolitano bolognese
- Sviluppo di strumenti operativi per la gestione delle richieste di specialistica ambulatoriale (ad esempio preliste), atti a garantire trasparenza ed equità

nell'accesso alle prestazioni e percorsi strutturati di presa in carico tempestiva degli utenti.

- Progetto SPOC (Specialista “On Call”), come offerta al medico prescrittore (MMG o PLS) di “teleconsulto” specialistico. In particolare, ci si propone di garantire un flusso comunicativo tra richiedente e specialista ospedaliero riguardo a tematiche prescrittive, cliniche e di percorso in ambito metropolitano.
- Cessione casistica ambulatoriale, come potenziamento all'attività diagnostica del Policlinico per prestazioni di TAC e RM verso strutture private accreditate dell'area metropolitana di Bologna, con l'obiettivo di garantire i percorsi clinici assistenziali di pazienti in prelista. Quest'attività è stata svolta da settembre a dicembre 2025 e sono state inviate alle OPA più di 1000 prestazioni, con un tasso elevato di accettazione da parte dei pazienti.

Sono stati inoltre consolidati i percorsi di presa in carico prenotativa ed erogativa, anche attraverso strumenti informatizzati e specifici team dedicati, con l'obiettivo di garantire continuità organizzativa e semplificazione dell'accesso per il paziente. In quest'ottica si inseriscono anche il potenziamento della telemedicina e delle televisite, l'implementazione della “Piastra radiologica integrata” per una gestione centralizzata delle risorse tecnologiche e professionali e l'attivazione di percorsi di downgrading assistenziale dal Day Hospital alla chirurgia ambulatoriale per specifiche procedure a minore complessità, quali ernie, varici, fimosi e interventi di piccola chirurgia dermatologica, ortopedica e oculistica.

Per ciò che riguarda l'erogazione dell'attività in libera professione con particolare riferimento ai rapporti tra attività erogata in ALPI e attività erogata in SSN, l'Azienda, anche per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali ha proseguito nel monitoraggio dei volumi di attività e nelle azioni di miglioramento della codifica delle prestazioni con l'applicazione del nomenclatore nazionale e regionale finalizzato alla confrontabilità nell'attività erogata.

Per gli indicatori di monitoraggio si rimanda a quelli previsti dalla programmazione regionale 2025 per le aziende Ospedaliere / IRCCS:

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di priorità D EX ANTE dal cruscotto regionale TDA-ER.

Indicatori	Risultato 2024	Target 2025	Risultato 2025
<u>IND0319 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg</u>	89,35% (AUSL BO)	≥ 90%	89,4% (AUSLBO)
<u>IND0320 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg</u>	96,05% (AUSL BO)	≥ 90%	92,78% (AUSL BO)

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di priorità B EX POST

Indicatori	Risultato 2024	Target 2025	Risultato 2025
<u>D10Z* - NSG - % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B</u>	97% (AUSL BO)	≥ 90%	98,12% (AUSL BO)

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di priorità D EX POST

Indicatori	Risultato 2024	Target 2025	Risultato 2025
<u>D11Z* - NSG - % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D</u>	84,22% (AUSLBO)	≥ 90%	82,66% (AUSL BO)

\*Qualora nel Nuovo Sistema di Garanzia intervengano modifiche per l'anno 2025 tali indicatori saranno adeguati di conseguenza

Presa in carico

Indicatori	Risultato 2024	Target 2025	Risultato 2025
IND1145 - % del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2)	37,84% (AUSL BO)	Aumento rispetto all'anno precedente	38,96% (AUSL BO)
IND0993 - % prescrizioni di visite di controllo con tipo accesso 0 prescritte dal medico specialista	97,67% (AUSL BO)	≥ 95%	98,24% (AUSL BO)
IND1146 - % prenotazioni di visite di controllo tipo accesso 0 effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo tipo accesso 0	-	≥ 90%	89,18% (AUSL BO)
IND0994 - % prescrizioni con tipo accesso 0 prescritte dal medico specialista (escluse visite)	98,7% (AUSL BO)	≥ 95%	98,92% (AUSL BO)

IND1147 - % prenotazioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista/struttura sul totale prenotazioni tipo accesso 0 (escluse visite)	-	≥ 90%	78,19% (AUSL BO)
--	---	-------	---------------------

Continuità prenotativa del Sistema CUP e agende aperte

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
IND1117 - Agende di prenotazione o prelista disponibili per la prenotazione, in qualunque momento, per ciascuna prestazione e per bacino di riferimento territoriale	Almeno 1 agenda disponibile	Raggiunto

## TEMPI DI ATTESA E GARANZIA DELL'ACCESSO IN EMERGENZA URGENZA

La gestione dei tempi di attesa in Pronto Soccorso è influenzata da molteplici fattori di natura epidemiologica, organizzativa e legati alla disponibilità e all'integrazione con i servizi della rete territoriale ed esterna.

Negli ultimi anni si è registrato un progressivo aumento della pressione sugli ospedali, determinato sia dalla crescita complessiva degli accessi sia dall'incremento dei casi a maggiore complessità assistenziale, in particolare durante il periodo influenzale. Tale situazione incide inevitabilmente sui tempi di attesa e sulla durata dei percorsi di cura dei pazienti.

Per affrontare questa criticità, l'Azienda interviene principalmente su due direttrici:

- 1) l'implementazione di soluzioni organizzative interne finalizzate a contenere il sovraffollamento e a gestire in modo strutturato il fenomeno del boarding, attraverso procedure aziendali aggiornate annualmente;
- 2) il rafforzamento della collaborazione con le altre Aziende sanitarie cittadine, in un'ottica di rete integrata e coordinata per la gestione condivisa dei flussi assistenziali.

### **Azioni interne**

Anche nel 2025 è proseguita l'implementazione del modello organizzativo volto a mantenere il tempo di permanenza in Pronto Soccorso entro le 6 ore, con un'ulteriore ora prevista per i casi complessi, in coerenza con la DGR 1129/2019 "Piano per il miglioramento dell'accesso in Emergenza Urgenza nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna". A tal fine sono stati ulteriormente sviluppati percorsi diagnostico-terapeutici rapidi e fast-track, favorendo l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri e potenziando i percorsi dedicati alla presa in carico del paziente fragile.

Nel corso del 2025, in previsione del picco influenzale e dell'aumento dei ricoveri urgenti, sono state attivate diverse misure organizzative per la gestione del sovraffollamento del Pronto Soccorso generale. È stata mantenuta per tutto l'anno l'attività dell'Admission Room, che ha registrato oltre 1.200 transiti, con una media di circa 5 pazienti accolti quotidianamente. La struttura è stata gestita con modalità flessibile e, nei periodi di maggiore pressione, parzialmente riconvertita in reparto "polmone" a supporto del Pronto Soccorso.

Per far fronte ai picchi di sovraffollamento è stata inoltre applicata, ove logisticamente possibile, l'estensione del 10% della dotazione di posti letto dell'area internistico-geriatrica, come previsto dalla procedura aziendale. Contestualmente è stata rivista la turnistica medica, incrementando la presenza nei giorni prefestivi e festivi a supporto delle dimissioni, con un aumento di 125 ore dedicate. È stato inoltre potenziato l'invio dei ricoveri dal Pronto Soccorso generale verso i reparti dell'area specialistica.

Durante i periodi di riduzione dell'attività chirurgica sono state adottate ulteriori azioni organizzative, tra cui:

- la conversione di 9 posti letto chirurgici in posti letto di area medica;
- la conversione di 2 posti letto chirurgici oftalmologici in posti letto nefrologici;
- la riduzione della recettività della Medicina Interna Cardiovascolare per il polo CTV, al fine di incrementare la disponibilità di ricoveri dal Pronto Soccorso;
- la sospensione dei trasferimenti dall'area chirurgica a quella internistica, salvo necessità cliniche;
- la priorità ai trasferimenti dall'area medica verso PACA e Medicina Fisica Riabilitativa;
- il coinvolgimento delle OPA per i trasferimenti presso il CUM.

È stata inoltre effettuata una rimodulazione delle attività ambulatoriali di cardiologia, angiologia, radiologia ed endoscopia, con riduzione dell'attività per esterni per aumentare la disponibilità di posti dedicati ai pazienti provenienti dal Pronto Soccorso.

### **Azioni esterne**

Nel maggio 2025 è stato istituito un tavolo di lavoro interaziendale permanente, coordinato da IRCCS, dedicato al monitoraggio dei flussi di accesso ai Pronto Soccorso e al bed management tra IRCCS e AUSL. Contestualmente sono stati attivati specifici sottogruppi di lavoro finalizzati a garantire una gestione strutturata e condivisa dei flussi di accesso e delle disponibilità di posti letto per acuti.

I sottogruppi sono stati costituiti per affrontare in modo integrato un tema complesso che richiede competenze multidisciplinari, confronto continuo e coordinamento operativo tra le diverse realtà aziendali, favorendo lo sviluppo di una cultura di collaborazione interaziendale orientata al miglioramento dell'efficienza organizzativa e clinica.

Sono stati attivati quattro gruppi di lavoro:

- il Gruppo 1 sui flussi informativi, finalizzato all'uniformazione delle modalità di rilevazione e calcolo dei KPI di Pronto Soccorso e delle aree di ricovero;
- il Gruppo 2 sui processi organizzativi, volto alla revisione condivisa delle modalità di accesso, ricovero e dimissione dal Pronto Soccorso;
- il Gruppo 3 sui PDTA aziendali e interaziendali, dedicato al confronto e all'armonizzazione di protocolli e procedure presenti nelle due Aziende;
- il Gruppo 4 sulla gestione dei posti letto e delle interfacce operative, finalizzato alla definizione di modalità di lavoro condivise e di strumenti di supporto operativo nella gestione dei flussi di ricovero.

Ogni gruppo è stato coordinato congiuntamente da un referente AUSL e da un referente AOSP. Per ciascun sottogruppo sono stati definiti obiettivi specifici e risultati misurabili, monitorati attraverso incontri periodici di avanzamento e momenti mensili di condivisione tra i coordinatori.

Infine, in collaborazione con AUSL, è stata trasmessa al privato accreditato una richiesta finalizzata alla revisione dell'assetto dell'offerta di posti letto per acuti destinati all'IRCCS e provenienti dal Pronto Soccorso, con particolare riferimento ai criteri di accesso, agli orari di invio e alla disponibilità settimanale dei posti letto. È stata inoltre richiesta l'attivazione di una gestione coordinata e unitaria dei posti letto del privato accreditato e la revisione dell'offerta di posti letto CRA a favore dell'IRCCS.

Per quanto riguarda la rete ortopedica metropolitana, l'Azienda ha continuato a partecipare attivamente alla rete traumatologica metropolitana, ridefinita nel corso del 2025 e operativa nel nuovo assetto a partire da dicembre dello stesso anno.

L'attività di pronto soccorso registra nel 2025 un incremento del numero di accessi e un incremento della percentuale di filtro (misurato dall'indicatore dell'incidenza dei pazienti ricoverati a seguito dell'accesso al pronto soccorso, sul totale degli afferiti al pronto soccorso).

Il 35,9% degli accessi ha codice colore verde, in incremento rispetto al 2024, risultano in incremento rispetto al 2024 anche gli accessi con codice azzurro e verde; in decremento invece gli accessi di codice colore bianco, arancione e rosso. Si conferma anche per l'anno 2025 che gli accessi più frequenti si riferiscono alla popolazione nella fascia di età pediatrica (età compresa fra 0 e 18 anni).

Si precisa che già nel 2023 con Delibera N. 1206 del 17/07/2023 è stata avviata la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia-Romagna che coinvolge l'IRCCS in particolare sulla organizzazione dei Centri di Assistenza Urgenza (CAU). L'Azienda Ospedaliera partecipa alle valutazioni coordinate dall'AUSL di Bologna, alle verifiche sulla collocazione ed organizzazione di spazi in questa struttura, in particolare tramite l'analisi degli accessi ai PS aziendali potenzialmente eleggibili per i CAU. Come da programmazione regionale nel 2024 è stato attivato un CAU presso il S. Orsola e l'Azienda ha messo a disposizione sia spazi che prestazioni diagnostiche e visite specialistiche, l'attività è proseguita anche per l'anno 2025.

PS	2023		2024		2025	
	Casi	% Ric (az)	Casi	% Ric (az)	Casi	% Ric (az)
PS Generale	68.984	21,6 %	68.213	22,5 %	68.136	22,8 %
PS Oculistico	23.817	0,1 %	23.611	0,1 %	25.329	0,1 %
PS Ortopedico	11.573	6,8 %	10.938	7,6 %	11.757	7,8 %
PS Ostetrico Ginecologico	9.782	18,9 %	10.052	18,7 %	10.973	19,4 %
PS Pediatrico	24.583	6,7 %	23.568	7,2 %	21.215	7,7 %
<b>Totale</b>	<b>138.739</b>	<b>13,8 %</b>	<b>136.382</b>	<b>14,5 %</b>	<b>137.410</b>	<b>14,7 %</b>

Accessi in pronto soccorso anno 2023-2024-2025. Fonte: Banca dati Pronto soccorso

Di seguito gli indicatori regionali per l'anno 2025 proposti dalla delibera di programmazione.

INDICATORE	Target atteso 2024	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
IND1041- Riduzione degli accessi bianchi e verdi sul totale degli accessi in Pronto soccorso	>10% punteggio sufficienza >15% punteggio massimo	-11.65% (AUSL BO)	≥ 5%	4,95% (AUSL BO)

Fonte dati: Siver

INDICATORE	Target atteso 2024	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
IND0775 % accessi con permanenza <6+1 ore in PS con più di 45.000 accessi	>90%	63,21%	≥90%	66,17%
IND0920 Link PS-118: % compilazione codice missione	>60%	81%	≥80%	87,33%

Fonte dati: Siver

## **PROMOZIONE DELLA PARTECIPAZIONE E DELLA RESPONSABILIZZAZIONE DEI CITTADINI ATTRAVERSO STRUMENTI E MODELLI CHE CONSENTANO ANCHE DI RIDURRE DISTANZE E DISEGUAGLIANZE: AZIONI FINALIZZATE ALLA INCLUSIONE E ACCESSIBILITÀ EX D.LGS. N. 222/2023**

Il D.lgs. 222/2023 introduce disposizioni finalizzate a garantire l'accessibilità alle pubbliche amministrazioni da parte delle persone con disabilità e l'uniformità della tutela dei lavoratori con disabilità presso le pubbliche amministrazioni sul territorio nazionale al fine della loro piena inclusione, nel rispetto del diritto europeo e internazionale in materia; il decreto si applica alle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e da esso derivano alcune importanti riflessi riguardanti la programmazione. Nello specifico, l'art. 3 del dlgs 222/23 modifica la disciplina del PIAO, introducendo le seguenti disposizioni: le pubbliche amministrazioni, nell'ambito del personale in servizio, individuano un dirigente amministrativo ovvero un altro dipendente ad esso equiparato, che abbia esperienza sui temi dell'inclusione sociale e dell'accessibilità delle persone con disabilità anche comprovata da specifica formazione. Tale incaricato è chiamato a programmare gli strumenti per consentire concretamente ai cittadini affetti da disabilità la piena fruizione dei servizi, sia pianificando quanto occorre per consentire un agevole e sicuro accesso ai locali, sia per rendere semplice il dialogo online. È chiamato a definire nel PIAO gli obiettivi di performance finalizzati alla corretta gestione del rapporto di lavoro con i lavoratori disabili, in base ad obiettivi formativi annuali e pluriennali.

Inoltre, l'art.4 del Dlgs 222/23 modifica il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 per i seguenti aspetti:

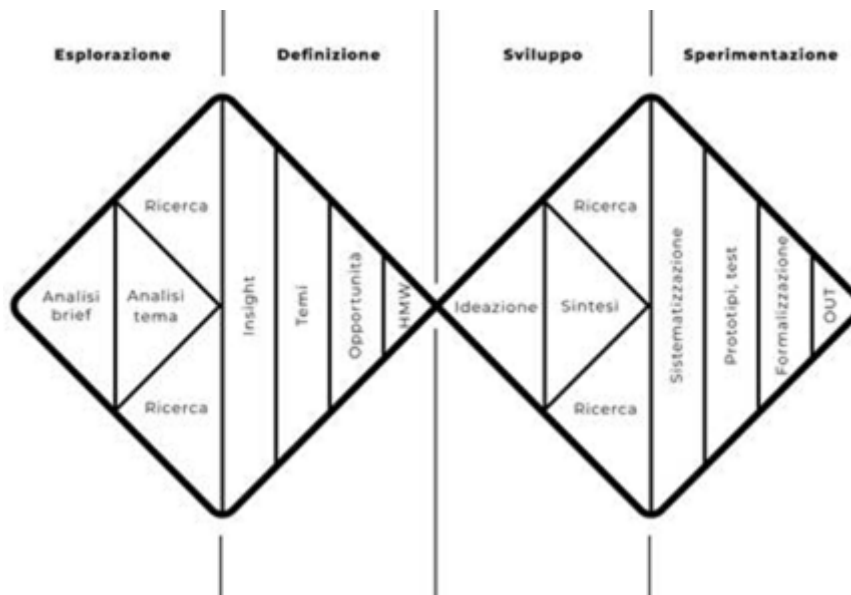
- nel valutare la performance individuale e organizzativa si tiene conto del raggiungimento o meno degli obiettivi per l'effettiva inclusione sociale e la possibilità di accesso alle persone con disabilità.
- gli obiettivi, anche nell'ottica di una corretta allocazione delle risorse, assicurano l'effettiva inclusione sociale e le possibilità di accesso delle persone con disabilità.

Nell'ottica di un continuo miglioramento della risposta ai bisogni dei pazienti e del proprio staff, l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola è impegnato nell'elaborazione di un piano progettuale e strategico che, partendo da un quadro esigenziale articolato, definisce gli obiettivi di sviluppo, sia nel breve che nel lungo periodo, correlati allo sviluppo/ammodernamento edilizio, all'accoglienza in senso lato, all'umanizzazione delle cure, all'inclusività, all'accessibilità e alla sostenibilità ambientale. L'Azienda crede nel fatto che la relazione tra persona e ambiente sia dinamica e incida fortemente sul benessere degli utenti: un luogo ben progettato risponde alle esigenze fisiche, sensoriali, cognitive e psicologiche, offrendo segnali chiari e intuitivi per orientarsi e utilizzare gli spazi.

Per questo motivo, in particolar modo nel corso degli ultimi anni l'IRCCS AOUBO ha potenziato un percorso di definizione di competenze specifiche e di sviluppo di linee di indirizzo dedicate al Wayfinding e alla riduzione delle barriere architettoniche, attraverso

collaborazioni con professionisti specializzati e con Alma Mater Studiorum-Università di Bologna. Tale lavoro ha portato alla definizione di un concept per la riorganizzazione del sistema di comunicazione orientato all'accessibilità e alla sperimentazione di metodologie di analisi dei processi e di Service Design applicate ai temi dell'accoglienza, varando diverse iniziative volte al superamento delle criticità, coinvolgendo più attori e diverse competenze con particolare attenzione ai temi di accessibilità e umanizzazione del contesto ospedaliero.

Le più recenti progettualità sono state affrontate disegnando processi e attività sulla base di un ciclo progettuale che affonda le proprie radici nella profonda conoscenza e analisi del contesto di partenza, per poi trasformare dati e informazioni raccolte in un percorso di definizione di scenari progettuali, sviluppo e implementazione di proposte concrete e azioni tangibili. Il modello metodologico di riferimento è rappresentato dal Double Diamond di seguito raffigurato:



Tra le più recenti attività correlate a tale tematica si evidenziano:

1. la definizione del Piano Direttore 2021-2035, strumento di pianificazione strategica e modello di sviluppo edilizio, impiantistico e tecnologico con un focus dedicato ai temi dell'accessibilità e miglioramento dell'accoglienza, sicurezza dei luoghi di cura, miglioramento degli spazi e dei servizi di supporto;
2. la collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2020-2021), nell'ambito della quale il Policlinico si è configurato come caso studio finalizzato ad indagare modalità di sviluppo e implementazione di standard e procedure - tecniche e organizzative- utili al potenziamento di una realtà sempre più efficiente, innovativa e resiliente, con un particolare focus sui temi di Wayfinding e accoglienza dell'utente;

3. la collaborazione con professionisti specializzati incaricati di produrre uno studio degli aspetti di orientamento e accessibilità del contesto ospedaliero e le conseguenti linee di indirizzo per la successiva progettazione esecutiva;
4. l'accordo operativo ex art. 15 l. 241/90 tra IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e Alma Mater Studiorum-Università di Bologna-Dipartimento di Architettura per lo sviluppo di un approccio multidisciplinare alla rigenerazione urbana dell'IRCCS AOU-BO Policlinico di Sant' Orsola, anche tramite la strutturazione di una risposta strategica legata ai temi dell'Accoglienza
5. l'aggiornamento e la rimodulazione degli obiettivi del gruppo di lavoro aziendale "Wayfinding e Service Design", che prevedono il supporto all'implementazione del concept utile a riorganizzare il sistema di comunicazione relativo a orientamento e accessibilità del contesto ospedaliero
6. l'individuazione di task force per il coordinamento e lo sviluppo delle attività congiuntamente con i professionisti esterni e con il personale individuato da Unibo, per lo sviluppo di strumenti a supporto di utenti con disabilità motoria, per una migliore fruizione degli spazi esterni del Policlinico, per il potenziamento di modalità di accesso alle prestazioni (es. promemoria di appuntamento).

La direzione, congiuntamente a tutte le persone coinvolte nei progetti di sviluppo, ha individuato come prioritarie le attività/progettazioni volte a dare una risposta al tema della mobilità nell'area policlinico delle persone con difficoltà motorie nonché ridefinire tutto il sistema dell'orientamento in area esterna e facilitare percorsi di accoglienza e l'accesso alle prestazioni.

Nello specifico:

1. sul tema del **Wayfinding** è stato portato avanti un progetto finalizzato a migliorare l'accessibilità e l'umanizzazione del contesto ospedaliero, favorendo l'orientamento di pazienti, familiari e visitatori, con particolare attenzione ai pazienti e ai visitatori con disabilità.  
Il progetto ha previsto e ipotizza per il 2026 numerosi interventi, quali ad esempio la suddivisione dell'area in quartieri contraddistinti da un codice colore per favorire l'orientamento e alcune azioni sulle aree esterne per aumentare la fruibilità degli spazi verdi. In particolare, il 2025 ha visto la strutturazione di diversi interventi utili a migliorare gli aspetti di accoglienza, che in un crescendo hanno previsto:
  - a. la **rivisitazione e l'aggiornamento della cartellonistica** secondo i nuovi criteri dello studio sul WF;
  - b. l'**installazione di arredo urbano** volto a migliorare il tempo di attesa di tutti gli stakeholder coinvolti
  - c. la progettazione e l'**installazione di un Infopoint** lungo il viale centrale del Policlinico, punto nevralgico di collegamento tra l'asse principale e le aree a sud e a nord del complesso ospedaliero in un'area pensata per integrarsi armoniosamente con il verde circostante e la viabilità esistente, creando un ambiente accogliente e protetto, fruibile in ogni condizione atmosferica

2. il potenziamento dello strumento della **app Easy Hospital, applicazione di orientamento e navigazione** all'interno del campus ospedaliero ad utilizzo libero da parte di tutti i cittadini, con l'obiettivo primario di semplificare, orientare e migliorare la fruizione dei servizi sanitari erogati ogni giorno dall'IRCCS Policlinico di Sant'Orsola.
3. al fine di consentire il miglioramento degli spostamenti da parte di utenti con difficoltà motoria, a fine 2024 si è provveduto ad installare **un servizio di presa e rilascio carrozzine innovativo, interconnesso e di semplice utilizzo** in tre aree del Policlinico (padiglioni 2, 5, 23).
4. si è lavorato alla **riorganizzazione della struttura informativa del promemoria di appuntamento** utile ad accedere alle prestazioni ambulatoriali. Obiettivo dell'azione è il miglioramento dell'esperienza dell'utente e la semplificazione di strumenti e informazioni. I contenuti sono stati inseriti in ordine gerarchico con supporto grafico e cromatico, così da guidare visivamente il lettore nella comprensione delle informazioni più rilevanti, facilitando l'identificazione immediata dei dati essenziali. Sono in corso valutazioni congiunte per la strutturazione di un prototipo condiviso con altre aziende dell'area metropolitana.

## MIGLIORAMENTO DELL'ACCOGLIENZA E DELL'ACCESSO

L'Azienda è impegnata in un percorso articolato di miglioramento delle attività di accoglienza ed accesso con l'obiettivo di rendere più semplice la fase di accesso ed accompagnare completamente il cittadino nel percorso di cura.

Nel corso del 2025 la struttura individuata per l'integrazione dei percorsi di accesso ed accoglienza ha partecipato attivamente alle azioni previste nell'ambito del gruppo che si occupa di "wayfinding e service design" attivato dalla direzione strategica, le cui attività sono state precedentemente rendicontate. Inoltre nel 2025 l'Azienda ha proseguito nella realizzazione degli obiettivi pluriennali relativi alla:

**Revisione del ruolo del personale addetto all'accoglienza e all'accesso:** sono continuate le azioni formative dedicate al personale dei punti informativi che dovranno evolvere verso "punti di accoglienza". In generale l'obiettivo delle iniziative attivate è quello di stimolare per questo personale un ruolo più attivo e più volto alla "presa in carico" dell'utente nei bisogni informativi e di accoglienza e favorire la capacità di questo personale di lavorare come gruppo e non come insieme di singoli soggetti. Anche per questo motivo, le iniziative formative sono state estese al personale che svolge la propria attività nell'ambito degli "sportelli polifunzionali" dedicati ai percorsi di accesso alla specialistica ambulatoriale con l'obiettivo di costruire una connessione organizzativa continua tra le due tipologie di attività.

Oltre all'attività formativa nel corso del 2025 è stato realizzato un **punto integrato per le funzioni di accesso ed accoglienza presso il Pronto Soccorso generale** con l'obiettivo di presidiare in maniera più efficiente sia i percorsi di accesso sia le attività di accoglienza. L'attività ha consentito la realizzazione di un punto di accettazione amministrativa presso il PS generale (atrio di accettazione) con l'obiettivo di migliorare la raccolta delle informazioni al momento dell'accettazione di PS e il rafforzamento della presenza del personale di accoglienza

presso il PS generale per meglio supportare i pazienti nella fase di attesa. Un punto chiave nella realizzazione del progetto è stata l'analisi dei bisogni informativi dei cittadini impiegati come riferimento per la realizzazione della formazione in affiancamento del personale destinato al punto di accettazione/orientamento.

**Ridefinizione dell'assetto degli attuali "punti informativi"**: nel corso del 2025 è stato consolidato l'assetto progettato negli anni precedenti confermando il potenziamento del servizio in fascia oraria diurna in considerazione della scelta di fare evolvere i punti nei padiglioni verso punti di accoglienza ed in coerenza con le valutazioni relative al numero di pazienti che accedono alla struttura. Sono proseguite anche le azioni di monitoraggio dei flussi di utenti e di contatti per consentire di adattare via via il servizio alle necessità emergenti anche considerando i numerosi lavori edili che sono in corso all'interno della struttura.

**Attivazione del punto dedicato alla richiesta di documentazione sanitaria**: nel corso del 2025 è stata completata l'attivazione del punto dedicato alla richiesta di documentazione sanitaria (in particolare cartella clinica) con l'istituzione di un servizio dedicato che gestisce le richieste degli utenti.

**Ridefinizione delle attività e della mission della centrale telefonica**: il servizio di risposta alle chiamate che giungono al Policlinico è stato mantenuto attivo senza modificarne le modalità di gestione delle attività. Sono proseguite le valutazioni sulla necessità di evoluzione dell'attività ed è stato rafforzato il collegamento con l'URP del Policlinico per la gestione delle chiamate di primo livello.

**Supporto all'attività di televisita**: nel 2025 sono continuate le azioni di supporto amministrativo sia ai clinici che agli utenti per facilitare l'introduzione di questa modalità di erogazione delle prestazioni superando le eventuali difficoltà informatiche.

Sul versante del **Supporto ai percorsi di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale** nel corso del 2025 si è consolidato il modello realizzato nell'area della radiologia e della medicina nucleare e si sono iniziate a porre le basi per la completa suddivisione delle funzioni di Front Office amministrativo da quelle di Back office amministrativo con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e la qualità del servizio erogato in entrambi i processi. In particolare è stato realizzato un primo pool di personale di back office dedicato esclusivamente alla gestione delle attività che possono essere erogate senza la presenza sul posto dell'utente (ad esempio prenotazione di appuntamenti a seguito di necessità di riprogrammazione) consentendo così al personale che si occupa del front office di dedicarsi specificatamente a questa attività riducendo i momenti di attesa e migliorando l'attenzione agli utenti presenti in ospedale. L'introduzione (già citata nell'ambito delle azioni realizzate per la gestione delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale) ha richiesto e richiederà nel corso del 2026 la riprogettazione della modalità di gestione del percorso di presa in carico del cittadino.

## **AZIONI A SUPPORTO DELL'EQUITÀ E DELLA PARITÀ DI GENERE**

La promozione dell'equità rappresenta una leva fondante il servizio sanitario e sociale nazionale e regionale per favorire azioni di contrasto alle disuguaglianze economiche, sociali, culturali, di genere, generazionali o di altra natura. Si tratta di un approccio strutturale alla salute e al benessere delle persone e delle comunità, intese sia come comunità professionali che di utenti e cittadini di un territorio, da declinarsi attraverso la promozione di politiche di integrazione, prossimità e partecipazione nel sistema dei servizi.

In questa prospettiva, l'Area Innovazione sociale della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - Regione Emilia-Romagna e precisamente dal Gruppo di Coordinamento Regionale per l'Equità Innovazione sociale coordina e supporta le aziende sanitarie del territorio regionale nella definizione locale delle proprie politiche di equità, utilizzando gli strumenti metodologici della ricerca-formazione-azione; inoltre, l'area prosegue il supporto alla diffusione dell'approccio della medicina di genere come un significativo ambito della pratica assistenziale, in quanto concretizzazione di un'appropriatezza della cura rispettosa del diritto di equità di trattamento, sia per uomini che per donne.

Nel corso del 2025 l'IRCCS AOUBO ha partecipato ai lavori inerenti al percorso di preparazione del piano triennale e Board dell'equità con Gruppo di Coordinamento Regionale per l'Equità, affrontando le nuove tematiche / ambiti strategici (descritte di seguito) e che dovevano essere contemplate nel nuovo Piano aziendale.

Di seguito le attività svolte dall'IRCCS AOUBO nel 2025 in coerenza con le indicazioni regionali considerando anche *la proroga al 31.01.2026 per la stesura del piano triennale*.

#### A) **Integrazione interaziendale** tramite:

-l'istituzione della *Cabina di Regia metropolitana dei Board Equità* (costituita dalle/i referenti equità delle Aziende IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, AUSL di Bologna, AUSL Imola, IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola) con lo scopo di garantire coerenza metodologica, condivisione di priorità e raccordo operativo tra i livelli regionale, metropolitano e aziendale;

-la stesura nel 2025 del *Piano equità delle Aziende sanitarie della Città Metropolitana di Bologna* (con deliberazione AOPSO\_BO 34 del 29/01/2026), redatto dai referenti equità delle suddette aziende, che fornisce la cornice comune per la identificazione delle aree strategiche e di programmazione delle azioni aziendali o interaziendali in materia di equità tra cui:

- Promozione della cultura dell'equità;
- Accesso, continuità e prossimità;
- Promozione della salute;
- Diversity Management;
- Interventi in ottica di genere;
- Health literacy.

B) Nel 2025 sono state condotte tutte le attività preparatorie che hanno portato alla redazione del **Piano di Equità Aziendale 2026 - 2028** (Del. AOPSO\_BO 51/2026) che costituisce uno strumento di programmazione generale, parte integrante del Piano Integrato di

Attività e Organizzazione (PIAO) dell'IRCCS AOUBO, finalizzato a identificare e ad affrontare operativamente le tematiche equity oriented ritenute importanti e sostenibili nel rispetto dei principi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): universalità, equità e partecipazione;

C) Concluse le attività interaziendali relative a:

- PINT73 “Assistenza in acuto all’ uomo e transgender vittime di violenza sessuale” data di applicazione 15 Ottobre 2025 (capofila del processo IRCCS AOUBO);

- PINT14 Procedura interaziendale “Percorso sanitario integrato in caso di violenza sessuale/sospetto abuso sessuale a carico di minori” Data di applicazione: 18 maggio 2025 (capofila del processo IRCCS AOUBO);

con coordinamento affidato al referente aziendale equità IRCCS AOUBO.

D) La revisione della procedura interaziendale sulla “Assistenza in acuto alla donna vittima di violenza” e la procedura interaziendale sulla “violenza di genere” ha coinvolto attivamente, con contributo fattivo, medici e ginecologi di PS, personale infermieristico e ostetrico, assistenti sociali, psicologhe cliniche, microbiologi, infettivologi, medico di MTS, medici legali dell'IRCCS AOUBO Il coordinamento è affidato ai professionisti dell'AUSL di Bologna. Complessivamente i lavori conclusi sono pari all'80%.

E) Partecipazione di n. 6 professionisti dell'IRCCS AOUBO al “Percorso di ricerca-formazione con i/le professionist\* per il benessere delle persone LGBTQIA+ nel sistema dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari”, promosso dal settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali della Regione Emilia-Romagna che continuerà anche nel 2026. La finalità è costituire un primo gruppo di professionisti “sentinella/antenne” sulle questioni LGBTQI+, capaci di formare o di fare da punto di riferimento per i/le colleghi e il servizio sia nell'accoglienza ordinaria dell'utenza (accesso e dell'accoglienza sanitaria, sociale, socio-sanitaria) sia nell'implementazione futura di innovazioni relative a orientamento sessuale e identità di genere.

F) Nell'ambito della televisita (Equity in telemedicina), a partire da settembre 2025 è stata attivata la profilazione dei pazienti mediante la somministrazione di un questionario online volto a raccogliere informazioni sul profilo tecnologico e sui dati epidemiologici. L'obiettivo dell'iniziativa è analizzare le caratteristiche dei pazienti che utilizzano soluzioni sanitarie innovative e approfondire le eventuali disuguaglianze nell'accessibilità e nella fruizione della televisita.

Nel corso dell'ultimo trimestre del 2025 sono stati raccolti 115 questionari, a fronte di 772 televisite erogate (14,8%).

Nel primo trimestre del 2026 sono stati raccolti 135 questionari, a fronte di 930 televisite erogate (14,5%).

L'analisi complessiva dei 250 questionari raccolti nei sei mesi di osservazione evidenzia che:

- l'età media dei pazienti è pari a 51 anni;

- il 71,6% (179) dei rispondenti è di sesso femminile;
- il 90% (227) dei pazienti è di nazionalità italiana;
- il 28,4% (71) risiede fuori dalla Regione Emilia-Romagna.

Tra i 179 pazienti residenti in Emilia-Romagna, 60 risiedono al di fuori della provincia di Bologna.

Nel 38,4% dei casi, l'erogazione della televisita risponde a specifiche esigenze organizzative dei pazienti, legate alla distanza dalla sede della visita (ospedale/ambulatorio), all'impossibilità di raggiungerla o all'incompatibilità con gli orari di apertura per motivi lavorativi o personali.

Solo 4 pazienti, con età media pari a 72 anni, hanno dichiarato di non essere in grado di utilizzare o apprendere l'uso degli strumenti digitali di comunicazione (smartphone, tablet o computer con webcam); tuttavia, tutti riferiscono la possibilità di essere supportati da un familiare o caregiver nell'utilizzo di tali strumenti.

---

### 3.1.2. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELL'INTEGRAZIONE

La sottosezione di programmazione dell'integrazione sviluppa le azioni che sono state realizzate con i principali interlocutori istituzionali dell'Azienda, la Regione Emilia-Romagna, l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, la Conferenza Socio-Sanitaria Territoriale Metropolitana e le Aziende sanitarie dell'area metropolitana bolognese, per la realizzazione degli obiettivi strategici formalizzati nell'accordo di programma.

#### **RAFFORZAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CURA NELL'AMBITO MATERNO-INFANTILE E PEDIATRICO**

- Sviluppo del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della sindrome delle apnee ostruttive del sonno in età pediatrica: percorso aggiornato nel corso del 2025;
- Sviluppo del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale (PDTAI) per pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) dell'Età Evolutiva: nel corso del 2025 è stato svolto un Audit e il monitoraggio degli indicatori del PDTAI;
- PDTAI per la presa in carico del paziente pediatrico con diabete: svolto audit nel 2025, sono stati inoltre svolti gli incontri del gruppo di lavoro interaziendale per la revisione del PDTAI che sarà pubblicato entro il primo semestre del 2026;
- Sviluppo in ambito interaziendale con AUSL BO del PDTA per la presa in carico della paziente con Endometriosi: effettuato AUDIT nel 2025 e nel primo semestre del 2026 è stata avviata un'azione di miglioramento con Governo clinico di AUSL BO per la gestione posti agende AUSLBO.

## **RETE ONCOLOGICA ED EMATO-ONCOLOGICA**

Per lo sviluppo della Rete locale oncologica ed emato-oncologica le Direzioni hanno affidato, di comune accordo, ai rispettivi Direttori dei dipartimenti oncologici il coordinamento di gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari volti a strutturare percorsi di integrazione sulle maggiori patologie oncologiche. Tali gruppi di lavoro analizzeranno punti di forza e di debolezza del contesto attuale dalla fase di accesso, fase diagnostico terapeutica, fase di follow up, fase di malattia avanzata, assistenza territoriale e digitalizzazione. Al termine dell'analisi saranno declinate delle proposte operative per lo sviluppo e il consolidamento dell'oncologia di prossimità e l'implementazione del raccordo tra i livelli ospedaliero e territoriale. Si recepisce l'indicazione di sviluppare ed integrare i percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali in ambito metropolitano.

Nel corso del 2023 l'IRCCS AOU ha trasmesso ad AUSL Bologna una proposta operativa di avvio in area metropolitana bolognese nella quale veniva esplicitato un piano di lavoro per lo sviluppo dei tre ambiti di interesse: rete locale oncologica ed emato oncologica, dipartimento oncologico ed emato oncologico, sviluppo della ricerca di settore.

Successivamente la proposta veniva declinata con maggior livello di dettaglio dal Direttore del dipartimento malattie oncologiche ed ematologiche IRCCS AOU in qualità di coordinatore dei gruppi di lavoro.

L'Azienda USL di Bologna ha riscontrato proponendo di discutere l'intero impianto nel corso di uno specifico incontro tra Direzioni Aziendali nell'ambito di una CTSSM.

Nel corso del 2024 è stata trasmesso in bozza all'Assessorato alle politiche per la salute il documento relativo al modello di realizzazione della rete oncologica ed emato-oncologica e del relativo dipartimento in area metropolitana bolognese.

Con Determinazione del Direttore Generale settore assistenza ospedaliera Direzione generale cura della persona, salute e welfare n.19376 del 20 settembre 2024 sono stati costituiti i Gruppi di lavoro ed i Coordinamenti delle Reti nell'ambito della Rete Oncologica ed Emato-oncologica. I lavori hanno preso avvio nel corso degli ultimi mesi del 2024 al fine di supportare la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare nella individuazione di proposte inerenti l'organizzazione oncologica ed emato-oncologica regionale , attività che è proseguita anche nel 2025.

## **PERCORSI DI CURA, INTEGRAZIONE DEL PERCORSO OSPEDALIERO-TERRITORIALE E CONSOLIDAMENTO DELLA PRESA IN CARICO E DEI PERCORSI DI CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO**

L'Azienda è impegnata in collaborazione con l'Ausl di Bologna nell'individuazione di modelli assistenziali fondati sulla costruzione di percorsi, sulla continuità assistenziale e sull'interazione multiprofessionale in linea con quanto previsto anche dal DM77.

All'inizio dell'anno 2023 è stato deliberato da AUSL il documento "Modelli organizzativi di continuità assistenziale e di gestione integrata della persona -Declinazione operativa" frutto della collaborazione di professionisti AUSL e IRCCS e che funge da cornice organizzativa per lo sviluppo delle progettualità cui si fa una breve sintesi per quanto riguarda il 2025.

Nel corso del 2025 si è consolidato il percorso dedicato al paziente fragile con il coinvolgimento della equipe del PS Generale e dei geriatri. Il progetto ha lo scopo di individuare precocemente il paziente con caratteristiche di fragilità per poter essere assistito un pl dedicati sia in OBI che nei reparti di degenza dopo aver goduto di una valutazione multidisciplinare e multiprofessionale che he indagli sia i domini clinici che sociali e cognitivi. Tale progetto ha preso in carico nel 2025 circa 1.600 pazienti in accesso da PS.

Nel 2025 è proseguita la progettualità dell'infermiere di continuità AUSL all'interno dell'azienda. La figura, ormai integrata all'interno del pronto soccorso generale, è stata presentata con il supporto del servizio di Bed Management, ai reparti di area internistica, chirurgica e del polo cardiotoracovascolare. È stata poi formalizzata la partecipazione dell'infermiere di continuità all'interno dei briefing nei reparti con lo scopo di identificare i pazienti candidati a dimissione protetta o con necessità di attivazione di servizi domiciliari.

### **FUNZIONI NAZIONALI E REGIONALI: SVILUPPO DI UNA PRESA IN CARICO DELLA CONTINUITÀ DELLA CURA DEI PAZIENTI CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALE**

A seguire si relaziona in modo dettagliato le attività 2025 dei centri di riferimento e delle funzioni di rilievo regionali, come da obiettivi della programmazione regionale 2025. Per la completa rendicontazione delle attività e dei costi di funzionamento di tutti i centri di riferimento regionali si rimanda alla Relazione sulla gestione 2025, allegato al presente documento.

### **ATTIVITÀ CARDIOCHIRURGIA ADULTI E CARDIOLOGICA PEDIATRICA**

In quest'area l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna è riferimento regionale (HUB) per le funzioni di cardiocirurgia e cardiologia interventistica per l'età adulta e pediatrica e per l'attività di trapianto di cuore e di polmone. In continuità con gli anni precedenti (dal 2007) è stato riconosciuto un finanziamento integrativo all'attuale sistema tariffario.

La struttura del Polo-Cardio-Toraco Vascolare (CTV) gestisce le attività di diagnostica, ricovero ordinario e intensivo, chirurgica e interventistica delle discipline per le quali IRCCS AOU sede di riferimento a livello regionale e nazionale:

- cardiologia e cardiocirurgia adulti;
- cardiologia e cardiocirurgia pediatrica;

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

All'interno delle sale ibride della struttura sono applicate le più moderne tecniche di trattamento percutaneo di patologie cardiologiche (TAVI, sistema mitraclip, chiusura percutanea dell'auricola sinistra, valvuloplastica), si sono consolidate e sviluppate tecniche endovascolari per la riparazione di aneurismi e/o dissezioni aortiche. E' altresì possibile eseguire sia il posizionamento di stent coronarici che l'esecuzione di by-pass chirurgici senza la necessità di trasferire il paziente da un ambiente all'altro. La presenza presso il Pad. 23 di sale angiografiche con requisiti strutturali e tecnologici, è in grado di garantire l'esecuzione di tutte le tecniche percutanee all'avanguardia.

In particolare, per determinate tipologie di device oggetto di finanziamento regionale (Delibera Giunta Regionale n. 1244/2022) si dettagliano gli andamenti di attività e di costi.

### **Cuore artificiale (VAD)**

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

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

La casistica, è rappresentata nella tabella di seguito riportata:

Residenza assistito	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Residenti in Regione	8	6	16	11	19
Residenti fuori Regione	4	8	6	7	6
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>25</b>

Fonte dati: banca dati SDO aziendale

Nel 2025 sono stati eseguiti 25 interventi di impianto di cuore artificiale (LVAD) (di cui 7 in ambito pediatrico); per i soli device (ventricular Assist Device) il costo sostenuto nel 2025 è pari a 2.092.275 €

### **Valvole**

In leggero decremento nel 2025 il numero degli interventi di “alta complessità” presso il centro di riferimento regionale per la cardiologia e cardiocirurgia adulti e pediatrica. Si rappresenta il dettaglio ed il relativo costo di acquisto delle valvole:

Andamento per Anno Intervento	2023		2024		2025	
	# ricoveri	Costo Device	# ricoveri	Costo Device	# ricoveri	Costo Device
Aortica ((35.21 o 35.22) e 37.22)	363	6.835.135	382	6.943.924	369	7.007.569
Mitraclip (35.12 e 37.22)	31	491.720	56	658.320	22	412.880
Mitralica (35.23 o 35.33)	4	78.215	8	153.920	4	78.308
Polmonare (35.25 e 37.22)	14	269.728	35	489.493	16	247.520
Tricuspide (35.27 e 37.22)	0	-	1	19.240	0	-
<b>Totale</b>	<b>412</b>	<b>7.674.798</b>	<b>482</b>	<b>8.264.897</b>	<b>411</b>	<b>7.746.277</b>

Fonte dati: banca dati SDO aziendale e Farmacia.

Continua ad essere garantita la funzione formativa nell’ambito dell’attività di impianto di valvola aortica (TAVI) per il trattamento della stenosi aortica severa, da eseguirsi presso il centro HUB – IRCCS AOU BO - al fine di acquisire le competenze e le abilità tecniche necessarie per l’esecuzione delle procedure interventistiche da parte del personale medico cardiologo ed infermieristico dei centri Spoke (UOC Cardiologia Ospedale Maggiore - AUSL Bologna e UOC di Cardiologia di Ferrara) nonché la prosecuzione del progetto di ricerca ministeriale, approvato dal CE AVEC ed avviato a giugno 2023 finalizzato all’esecuzione dell’impianto delle TAVI presso i Centri Spoke.

Nel corso del 2025 è stata valutata la possibilità di introduzione della figura del “TAVI/Valve Coordinator”, figura di case management infermieristico funzionale alla gestione del percorso di presa in carico del paziente candidato alla procedura di impianto di TAVI/valvole.

	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
<u>IND0911 - Variazione degli interventi TAVI rispetto all'anno precedente</u>	1,08%	≤ 5%	-2,95%
<u>IND0947 % pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in emodinamica (fast track)</u>	73,12%	≥70%	70,18%
<u>IND1014 Angioplastica coronarica percutanea: % di trattati entro 90 minuti dall'episodio di STEMI</u>	63,5%	≥65%	41,54%

Fonte dati: InSiDER

## SINDROME DI MARFAN

La sindrome di Marfan (MFS) è una malattia genetica multisistemica che colpisce principalmente i tessuti connettivi, ed è caratterizzata da un'ampia gamma di manifestazioni

cliniche. La malattia si manifesta con alta statura, magrezza, braccia e gambe lunghe, e aracnodattilia, oltre a diverse complicanze cardiovascolari, muscolo-scheletriche, oculari e polmonari (Spencer, 2024; Marfan Foundation, 2024).

Le complicanze cardiovascolari, in particolare la dissezione aortica, sono la principale causa di morbilità e mortalità nei pazienti con MFS (Sama et al., 2024; Spencer, 2024). La malattia della radice aortica, che porta alla dilatazione degli aneurismi, e le valvulopatie cardiache, come il prolasso della valvola mitrale (MVP), contribuiscono significativamente all'elevata morbilità e mortalità precoce osservate nei pazienti (Sama et al., 2024).

La diagnosi ed il trattamento della sindrome di Marfan (MFS) in Emilia-Romagna sono assicurati da una rete Hub & Spoke. La funzione Hub è identificata nell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola, punto di coordinamento delle attività diagnostiche e terapeutiche. Esercitano funzione di centro spoke le strutture di Cardiologia delle Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia, Imola e delle Aziende Ospedaliere di Parma, Modena e Ferrara.

La rete ha attualmente in carico 517 pazienti di cui il 40% provenienti da altre regioni d'Italia ed anche da paesi esteri. I nuovi casi nel corso dell'anno 2025 sono stati 54. La rete prende in carico tutti i pazienti inviati con il sospetto diagnostico di patologia del connettivo al fine di eseguire valutazioni cliniche e strumentali volte ad inquadrare correttamente il paziente ed esegue anche lo screening familiare dei pazienti affetti.

Di seguito si evidenziano le prestazioni ambulatoriali eseguite presso il Centro Marfan dal 2022 al 2025, da cui si evince un sostanziale mantenimento dei volumi di attività:

SEDE	VISITE SPECILISTICHE	2022	2023	2024	2025
<b>CENTRO MARFAN</b>	<b>RIVALUTAZIONE; INQUADRAMENTO; ECOC; TC AORTA; RM AORTA RELAZIONE; ECOTRANSESOFA GEO; ECG; CERTIFICATO; COLLOQUIO TELEFONICO CONSULENZA</b>	<b>355</b>	<b>360</b>	<b>354</b>	<b>321</b>
<b>RADIOLOGIA</b>	<b>RM AORTA; RM AO+RM RACH;TC AORTA;CORONAROTC;RM DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO; ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI; TC CAROTIDI; RM ARTI SUP; RM CUORE; ECO CAVIGLIA; TC AORTA TA+RM CUORE; TC ARTI INF; RM CAVIGLIA; RX CAVIGLIA; TC RACHIDE CERVICALE; RM GINOCCHIO+SPALLA+CAVIGLIA; TC AORTA TA+ARTI INF; ENTERO TC; TC AORTA TA+TC CUORE; TC AORTA TA+TC TORACE; ECO MAMMARIA; RM DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO+RM VASI DEL COLLO</b>	<b>128</b>	<b>165</b>	<b>129</b>	<b>135</b>

Fonte: Centro Marfan

Il finanziamento riconosciuto per l'anno 2025, pari a 170.000 €, è finalizzato alla copertura dei costi di funzionamento del centro, in particolare il costo del personale.

## **MALATTIE RARE IN ETÀ EVOLUTIVA**

L'Azienda è impegnata a garantire la presa in carico efficace dei pazienti con malattie rare predisponendo anche percorsi di telemedicina per garantire la continuità assistenziale anche in presenza di situazioni di emergenza. In ottemperanza alla direttiva regionale (DGR 1415/2022) l'Azienda ha contribuito all'organizzazione del percorso per la somministrazione delle terapie enzimatiche sostitutive al di fuori dei centri di riferimento, descritto nell'istruzione operativa interaziendale IO-INT 12 emessa il 5 giugno 2023. L'allegato 1 di questa istruzione operativa interaziendale, che definisce le caratteristiche dei farmaci per terapia enzimatica somministrabili al domicilio, è stato aggiornato nel corso del 2025 aggiungendo farmaci di recente introduzione in commercio ed estendendo ad alcuni farmaci già inclusi la possibilità di terapia al domicilio

### **ERN (reti europee malattie rare)**

Attualmente il Policlinico partecipa a 12 reti ERN (che trattano anche pazienti adulti) attraverso l'attività di diversi centri: Oncologia Medica (ERN EURACAN), S.S. Malattie rare congenito-malformative - Pediatria (ERN ITHACA), Endocrinologia Pediatrica e Malattie Metaboliche - Pediatria e Endocrinologia e prevenzione e cura del diabete (Endo-ERN), Cardiologia (ERN LUNG e ERN GUARD-HEART), Dermatologia (ERN Skin), Gastroenterologia e Medicina interna e malattie immunoreumatologiche (ERN RARE-LIVER), Nefrologia, dialisi e trapianto (ERKNet), Chirurgia pediatrica (ERN eUROGEN), Endocrinologia Pediatrica e Malattie Metaboliche - Pediatria (MetabERN), Genetica Medica (ERN GENTURIS), Ematologia-Oncoematologia Pediatrica (ERN EuroBloodNet).

Il gruppo di coordinamento e supporto alle attività previste dalle reti, fin dalla sua costituzione, ha continuato a lavorare sugli obiettivi che si era preposto. Nello specifico le attività svolte nel corso del 2025 sono le seguenti:

- Al fine di arricchire il sito web del Policlinico con informazioni sulle malattie rare, l'Ufficio Comunicazione aggiornerà gradualmente le pagine delle singole Unità Operative inserendo l'elenco di patologie seguite da ciascuna e una loro breve descrizione. Da tutti i centri ERN sono state raccolte le schede con le informazioni aggiornate sulle malattie rare che ognuno di essi segue. Queste verranno valutate dall'Ufficio Comunicazione in collaborazione con ciascuna UO prima di essere utilizzate per aggiornare le pagine del sito web. Al momento il lavoro è stato concluso per le UO di Cardiologia, Gastroenterologia e Medicina interna e malattie immunoreumatologiche.
- Grazie alla collaborazione con il Governo clinico aziendale e l'ICT, sulla piattaforma di teleconsulenza Health Meeting è stato creato un gruppo dedicato alle malattie rare. È in corso la valutazione da parte di ICT sulla modalità più efficace per estendere l'utilizzo di tale piattaforma anche a tutti gli altri centri di riferimento dell'Azienda (creazione di un gruppo distinto con le stesse funzionalità oppure integrazione dei team multidisciplinari dei centri di riferimento nel gruppo di Health Meeting già creato). Nel frattempo, l'ICT ha tenuto una nuova sessione di dimostrazione online per spiegare le funzionalità e le modalità di utilizzo della piattaforma Health Meeting e in particolare del gruppo

dedicato alle malattie rare ai clinici afferenti a centri di riferimento malattie rare non inclusi in reti ERN.

- Dopo valutazione degli aspetti relativi alla tutela dei dati personali da parte del DPO e revisione del consenso informato per i pazienti, è stato implementato l'utilizzo per i centri ERN della nuova versione della piattaforma di teleconsulenza internazionale CPMS (Clinical Patient Management System) 2.0. Inoltre, l'Ufficio Giuridico, col supporto del DPO, ha avviato le contrattazioni per la definizione degli accordi di condivisione dei dati con i coordinatori dei registri di pazienti europei forniti dalle reti ERN, per i quali il comitato etico aveva espresso parere favorevole alla partecipazione.

### **Centri di riferimento regionali**

Il Policlinico, che include 27 centri di riferimento, sta lavorando insieme al coordinamento regionale per le malattie rare su una riorganizzazione dei centri di riferimento che prevede la designazione di unità funzionali costituite dalle unità operative coinvolte nel percorso assistenziale di determinate malattie o gruppi di malattie, a cui venga estesa l'autorizzazione alla certificazione e alla prescrizione dei piani terapeutici. Nel 2025 è continuato il progetto relativo alla presa in carico integrata del Centro Hub per le malattie rare pediatriche dell'IRCCS AOUBO dopo la creazione del Centro per le malformazioni complesse rare, con l'identificazione e l'inclusione delle specialistiche coinvolte nella gestione multidisciplinare di 44 patologie.

Nel Sistema Informativo Malattie Rare regionale, i pazienti certificati dal Centro Hub sono stati condivisi con le specialistiche coinvolte nella loro gestione multidisciplinare, semplificando l'aggiornamento dei piani terapeutici. Il Coordinamento Regionale Malattie Rare è stato informato di problemi tecnici che impediscono di condividere pazienti con alcune patologie.

Nel 2025 si è conclusa la revisione della rete regionale malattie rare per cui ad ogni Azienda della regione è stata chiesta una rivalutazione dei propri centri di riferimento. In collaborazione con i centri segnalati dal coordinamento regionale per bassi volumi di pazienti certificati per determinate patologie, i dati ricavati dal sistema informativo regionale e quelli registrati direttamente dai centri sono stati messi a confronto, rilevando discrepanze che sono state valutate e chiarite insieme al coordinamento regionale. A termine del processo di revisione è stato revocato l'accreditamento per cistite interstiziale e sclerosi cutanea diffusa ad alta gravità clinica rispettivamente alla UOC pediatria e alla UOC Dermatologia, mentre l'UOC Oftalmologia ha ricevuto accreditamento per la certificazione di patologie della cornea. Con l'obiettivo di agevolare i percorsi di transizione, il coordinamento regionale ha consentito l'ampliamento dell'accreditamento a UO che si occupano di pazienti adulti per alcune patologie certificabili da UO pediatriche già accreditate.

In seguito alla raccolta dei volumi di attività dei centri di riferimento, sono state valutate soluzioni a supporto di attività che necessitano di strutturazione e formalizzazione, finalizzate al raggiungimento di obiettivi regionali che riguardano l'organizzazione di percorsi diagnostici ed assistenziali multispecialistici e di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta. Un progetto per l'implementazione di tali attività verrà condiviso con la Direzione Sanitaria e la Direzione Assistenziale per valutarne la fattibilità.

### **MALATTIE RARE PEDIATRICHE**

Le malattie rare pediatriche (MR), per la loro bassa prevalenza e per la loro specificità, richiedono un approccio globale multi-disciplinare e multiprofessionale oltre che percorsi diagnostico- terapeutici molto complessi e strutturati.

Il centro hub per le Malattie Rare Pediatriche Emilia-Romagna, è attualmente identificato nella SS-UO di Malattie Rare Congenito-Malformative dell’Azienda e risponde ai criteri di designazione e valutazione dei centri di “expertise” per le malattie rare (Piano Nazionale Malattie Rare 2013/16 Ministero della Salute).

Il centro ha strutturato una rete assistenziale multidisciplinare, riconosciuta dalla Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, costituita dai numerosi specialisti, con livelli di alta specializzazione, presenti nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, nella Azienda USL Città di Bologna, Ospedale Bellaria, negli Istituti Ortopedici Rizzoli. Il centro fornisce supporto alla conferma della diagnosi (clinica ed eziologia) ed alla costruzione del ‘progetto clinico individualizzato’; inoltre, organizza percorsi diagnostico-terapeutici codificati, individualizzati, facilitati e condivisi da tutti gli specialisti, favorendo la continuità assistenziale e semplificando la gestione del paziente e del nucleo familiare.

Si rappresentano i dati di attività del Centro Malattie Rare pediatriche nella seguente tabella:

Anno	N. totale pazienti gestiti	Nuovi pz. presi in carico
2022	2094	242 prime visite e 1852 controlli
2023	2158	258 prime visite e 1900 controlli
2024	2315	318 prime visite e 1997 controlli
2025	2118	241 prime visite e 1877 controlli

Fonte: Centro Malattie Rare Pediatriche

Un fattore di grande importanza è il passaggio dei pazienti dall’età pediatrica a quella adulta. Per questo motivo sono stati già implementati percorsi per la “transizione all’età adulta” per definire ed attuare la continuità assistenziale per i pazienti con MR, che diventano maggiorenni, con gli specialisti competenti per l’età giovane-adulta percorso di “transizione delle pazienti con:

- sindrome di Turner in età adulta;
- sindrome di Klinefelter in età adulta;
- sindrome di Prader-Willi in età adulta;
- con Sindrome di Alagille;

## SCREENING NEONATALE

Lo Screening Neonatale è attuato in Regione Emilia-Romagna attraverso il Centro Regionale di Riferimento Laboratoristico e Clinico situati presso l’IRCCS Aziendale Ospedaliero-Universitaria di Bologna (AOU BO) che operano in stretta sinergia; inoltre il Laboratorio di

Screening Neonatale e Malattie Endocrino-Metaboliche opera in stretta collaborazione con altri due Centri Hub Regionali per la Fibrosi Cistica siti presso l'AOU di Parma e l'AUSL di Cesena.

Con la Delibera regionale 2260/2018 la Regione Emilia-Romagna si è allineata alle indicazioni della legge n. 167 del 19 Agosto 2016 e del D.M. 13 Ottobre 2016 aumentando così le patologie da sottoporre a screening secondo quanto in esso riportato.

La Regione Emilia-Romagna, inoltre, con la Delibera 1441/2024, ha definito le patologie da includere nel programma di screening secondo quanto proposto nel suddetto progetto.

Il laboratorio di screening del Policlinico ha quindi effettuato tutte le attività propedeutiche all'introduzione dello screening della SMA per tutti i nati della Regione Emilia-Romagna e Repubblica di San Marino con ufficiale avvio a far data del 01 luglio 2024.

Lo screening neonatale di AADC, X-ALD ed Errori congeniti dell'immunità è stato avviato, invece, dal 30/03/2025. Poiché lo screening neonatale della SMA e degli Errori congeniti dell'immunità è su base genetica, sono state acquisite nuove metodiche e competenze per l'ampliamento del pannello a queste malattie.

L'introduzione dello screening neonatale di queste nuove patologie ha determinato la necessità di identificare i nuovi centri clinici specialistici e di definire i percorsi di presa in carico e di conferma diagnostica dei bambini presumibilmente affetti da tali patologie.

Ai centri Hub responsabili per le malattie metaboliche ereditarie (situati presso l'IRCCS Aziendale Ospedaliero-Universitaria di Bologna (AOU BO) e presso l'Ospedale Guglielmo da Saliceto, Azienda USL di Piacenza) e per la Fibrosi cistica (situati l'Ospedale Maggiore - AOU di Parma e l'Ospedale Bufalini di Cesena, Azienda USL della Romagna) si sono aggiunti i seguenti:

- Centro clinico per le malattie del sistema immunitario e le Immunodeficienze Primitive (SCID, XLA), situato presso l'IRCCS Aziendale Ospedaliero-Universitaria di Bologna (AOU BO);
- Centro clinico per la SMA, AADC e X-ALD, U.O.C. Neuropsichiatria Età pediatrica, IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, Ospedale Bellaria- Policlinico di Sant'Orsola-Malpighi.

Nel 2025 è stata inoltre completata la valutazione economica e progettuale per l'ampliamento dello screening neonatale a ulteriori quattro patologie lisosomiali, presentato alla Regione Emilia-Romagna nel mese di ottobre.

## GENETICA MEDICA

---

Il servizio di Genetica Medica svolge attività di consulenza e diagnosi genetica per pazienti affetti da condizioni cliniche di possibile natura ereditaria e per i familiari potenzialmente a rischio. Il servizio si articola in Ambulatorio di Genetica Medica e Laboratorio di Genetica Medica.

Gran parte dell'attività ambulatoriale è rivolta a pazienti inseriti in percorsi multidisciplinari consolidati, in cui criteri e modalità di accesso alla valutazione genetica sono esplicitamente stabiliti.

Per i pazienti non inseriti in tali percorsi, viene effettuato un triage preliminare per valutare l'utilità e l'appropriatezza della valutazione genetica.

L'ambulatorio offre consulenza in diversi ambiti:

- Genetica Prenatale: per la diagnosi prenatale di malattie gravi e invalidanti in un nascituro (per presenza di una malattia ereditaria nella famiglia o per anomalie riscontrate alle indagini prenatali convenzionali)
- Genetica Preconcezionale: per valutare il rischio di ricorrenza di una malattia ereditaria per cui sussiste un rischio nella progenie per una coppia che pianifica una gravidanza
- Genetica Postnatale: per la diagnosi o la precisazione diagnostica di un disordine genetico nel bambino o nell'adulto
- Genetica Oncologica: per la valutazione del rischio eredo-familiare di tumori in una famiglia in cui vi sia ricorrenza dello stesso tipo di tumore o di tumori noti per essere geneticamente correlati (es. tumori della mammella e dell'ovaio, tumori dell'intestino e del corpo dell'utero, melanomi, feocromocitomi ect.).

Il laboratorio offre diagnosi citogenetica e molecolare di numerose malattie genetiche utilizzando un'ampia gamma di metodiche diagnostiche avanzate, alcune delle quali ad elevato contenuto tecnologico (cariotipo, arrayCGH, analisi di frammenti, sequenziamento mediante Sanger and NGS-targeted su piattaforme Ion Torrent e Illumina, analisi di delezioni/duplicazioni mediante tecnologia MLPA o RealTime-PCR, analisi di esomi).

La UOC di Genetica Medica dell'IRCCS Policlinico di S.Orsola è inserita nel Piano Regionale Hub & Spoke per la Genetica Medica, in particolare è Centro di Riferimento Regionale (Hub) per le attività di "Genetica Oncologica" e "Laboratorio di Genetica Medica".

La UOC aderisce al programma Aziendale per l'implementazione della televisita, con incremento del numero di visite a distanza del 43% rispetto all'anno precedente.

Nel 2025 è proseguita la riorganizzazione dei percorsi di accesso e restituzione dei test genetici avviata nel 2024 con lo scopo di incrementare l'appropriatezza, l'utilità clinica e i benefici, estesi ai familiari, delle analisi di diagnostica molecolare delle malattie genetiche.

In particolare è stata formalizzata la **Procedura Interservizi** UOC Genetica Medica Turchetti-SSD Malattie Emorragiche Congenite Valdrè: "Diagnosi Clinicolaboratoristica di Malattia Emorragica Congenita", approvata e applicata dal 23-01-2025 e disponibile nel repository aziendale *Alfresco*.

Sono stati inoltre formalizzati i documenti di accesso a **due** PDTA:

**1\_PDTA04** Procedura interservizi per la richiesta del test BRCA1/2 germinale nell'ambito del PDTA della paziente con tumore della mamma, approvato e applicato dal 29-01-2025;

**2\_PDTAI022** Modalità di richiesta dei test genetici per le persone con epilessia nell'ambito del PDTA interaziendale della persona affetta da epilessia approvato e applicato dal 29-04-2025.

Per quanto riguarda le attività del di laboratorio, nel 2025 è stata data piena applicazione del nuovo nomenclatore tariffario. I referti emessi nel 2025 sono incrementati del **7%** rispetto al 2024.

Sono state condotte due azioni di miglioramento:

- ✓ Ottimizzazione dei tempi di refertazione della citogenetica post-natale;
- ✓ Revisione e l'aggiornamento dei moduli di consenso e delle note informative per il test Esoma

In relazione al progetto regionale di **allargamento dello screening neonatale**, presso l'UOC Genetica Medica si è provveduto all'implementazione delle seguenti attività:

- diagnosi genetica di X-ALD e malattie lisosomiali;
- Partecipazione al tavolo di coordinamento regionale dello screening neonatale

Nel 2025 la UOC di Genetica Medica ha prodotto 50 pubblicazioni di cui il 98% con corretta affiliazione e un IF complessivo di 157,88.

Gli obiettivi di programmazione regionale e gli obiettivi strategici aziendali, di trasparenza/anticorruzione, sistema di valutazione, sicurezza delle cure sono stati tutti raggiunti.

#### **CENTRO PER IL SERVIZIO SPECIALISTICO REGIONALE DI CONSULENZA IN AMBITO VACCINALE E CONSULENZA INFETTIVOLOGICA AI MIGRANTI**

A partire dal giorno 15/02/2018, è stato attivato il Servizio altamente specialistico, a valenza regionale, finalizzato alla gestione di terzo livello delle problematiche complesse inerenti le vaccinazioni, attivabile dai centri vaccinali, denominato Vax-consilium.

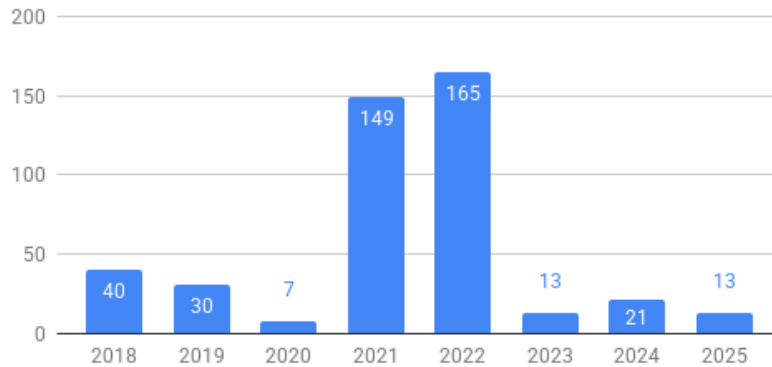
### **1.VOLUME DI CONSULENZE EFFETTUATE**

Nel corso del 2025 sono pervenute complessivamente 13 richieste di consulenza.

Tutti i quesiti pervenuti sono pervenuti completi di tutta la documentazione richiesta e sono stati ammessi alla valutazione presso il Vax-consilium. Il trend temporale dei quesiti sottoposti al Vax-consilium è il seguente (Grafico 1):

- 2018: 40 richieste;
- 2019: 30 richieste;
- 2020: 7 richieste;
- 2021: 149 richieste;
- 2022: 165 richieste;
- 2023: 13 richieste;
- 2024: 21 richieste;
- 2025: 13 richieste.

**Grafico 1: andamento temporale**

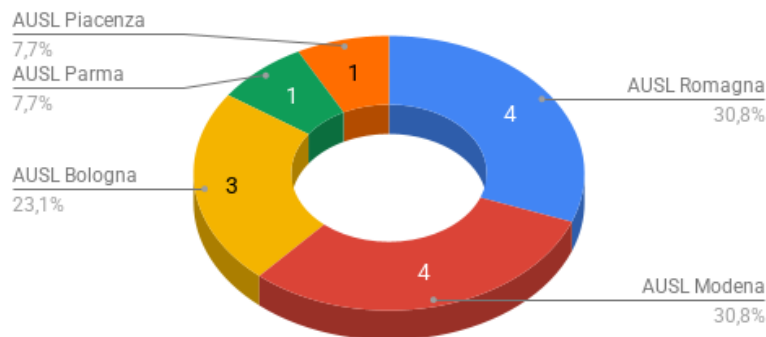


L'età media dei pazienti valutati presso il Vax-consilium nel 2025 è stata di 12 anni. La maggior parte dei casi (9 soggetti su 13) riguardava minorenni.

## 2. AUSL RICHIEDENTI

La maggioranza delle richieste pervenute nel corso del 2025 sono state sottomesse da AUSL Romagna (4 richieste) e AUSL Modena (4 richieste), seguite da AUSL Bologna (3 richieste). Le richieste pervenute nel corso del 2025 sono riassunte nel grafico 4a.

**Grafico 4a: AUSL di provenienza (2025)**



## 3. DISTRIBUZIONE DELLE SPECIALITÀ CONSULTATE

La documentazione è stata sottoposta a due consulenti esperti nella disciplina di riferimento per tutti i casi valutati nell'arco del 2025 (tranne un singolo caso).

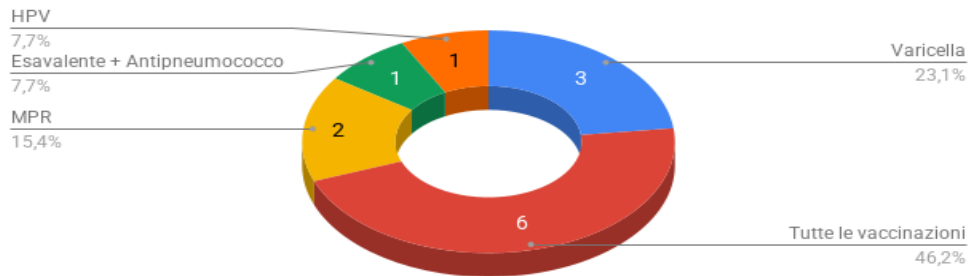
In un caso il parere espresso dai nostri due consulenti è risultato discordante e pertanto è stato necessario procedere con la valutazione di un terzo consulente.

Gli specialisti consultati con maggiore frequenza dal 2018 ad oggi sono stati neurologi, neuropsichiatri infantili, cardiologi, reumatologi ed allergologi.

## TIPOLOGIA DI VACCINO IN ESAME

Le tipologie di vaccino per cui è stato chiesto un parere al Vax-consilium nel 2025 sono riassunte nel Grafico 6.

Grafico 6: tipologia di vaccino



La quota maggioritaria dei quesiti è stata posta per tutte le vaccinazioni in generale (6 su 13 casi). I quesiti inerenti una vaccinazione viva attenuata sono stati 5.

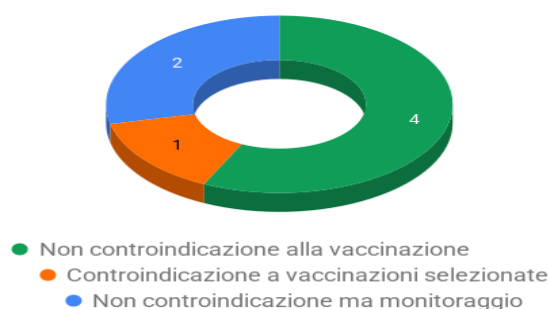
#### 4. ESITO DELLA VALUTAZIONE

Sul totale di 13 richieste pervenute nell'arco del 2025, 6 quesiti sono tuttora in corso di valutazione, mentre per i restanti 7 casi è stato inviato il referto conclusivo del Vax-consilium tramite PEC istituzionale.

Le indicazioni fornite nel referto conclusivo del Vax-consilium, di fatto rappresentano una vera e propria perizia sul singolo paziente e sono declinate in modo approfondito sulle peculiarità del singolo quesito, con espressione di parere favorevole o contrario a una o più vaccinazioni, oppure con consigli di ulteriori accertamenti finalizzati ad un migliore inquadramento del paziente. In ogni caso, ciascuna valutazione conclusiva esita in una presa di posizione definitiva in termini positivi o negativi.

Il bilancio complessivo semplificato dei pareri espressi nel 2025 è riportato nel grafico 7, ove sono riportati i numeri assoluti. Emerge una chiara predominanza dei giudizi favorevoli alla vaccinazione prevista secondo la normativa vigente (più dell'80% dei casi), consigliando un monitoraggio clinico post-vaccinale in 2 casi.

Grafico 7: esito della valutazione (2025)



## 5. OSPEDALE CHE VACCINA

Oltre all'attività di counselling vaccinale, sotto l'egida della RER, il Vax-consilium ha utilizzato le sue competenze per pianificare ed organizzare all'interno del Policlinico di Sant'Orsola il progetto "Ospedale che Vaccina".

Tale servizio si propone di eseguire una valutazione dettagliata del rischio infettivo di tutti i pazienti candidati ad immunodepressione (trapianto di organo solido e midollo osseo, ematologici, reumatologici, malattie infiammatorie croniche intestinali, HIV, oncologici) afferenti al Policlinico di Sant'Orsola, consigliando ed attuando strategie di prevenzione vaccinale, nonché di controllo ed eradicazione di eventuali infezioni latenti. Ospedale che Vaccina ha la finalità di accelerare l'abbattimento del rischio infettivo (ove possibile) del singolo paziente immunodepresso, migliorare la compliance vaccinale e massimizzare l'efficacia della vaccinoprofilassi.

Per garantire la sostenibilità organizzativa del servizio si è concordato di includere le varie categorie di pazienti immunodepressi in modo graduale e progressivo.

Allo stato attuale al servizio afferiscono le seguenti 3 categorie di pazienti immunodepressi:

- Pazienti in studio per l'inserimento in lista trapianto di organo solido
- Infezione da HIV di nuovo riscontro o con grave immuno-deficit
- Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali

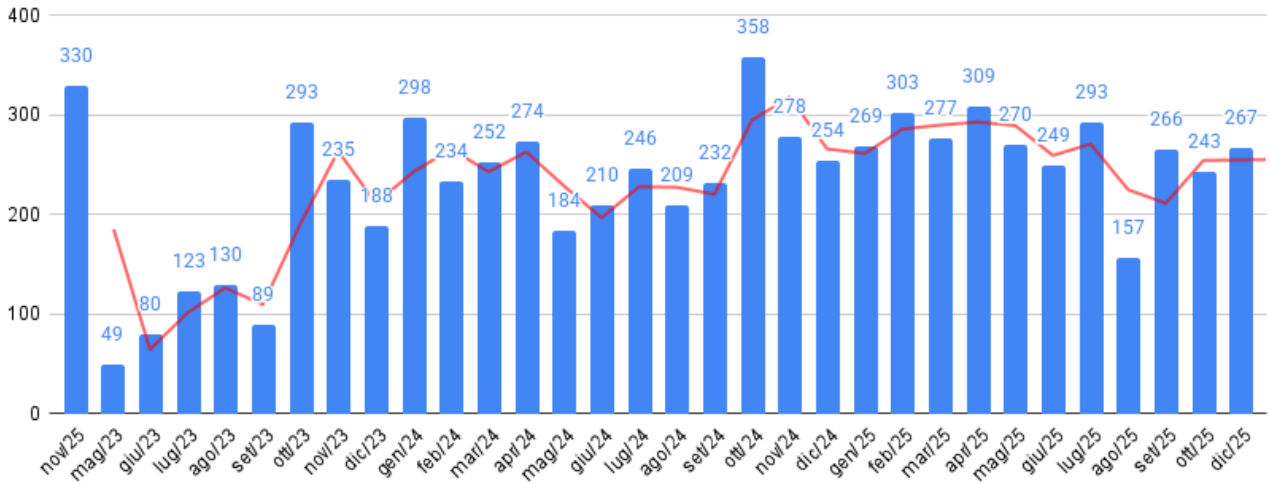
**Data di apertura:** 02/05/2023

**Agenda ambulatoriale attualmente operativa:** ambulatorio attivo un giorno a settimana per la valutazione infettivologica ed un giorno a settimana per le vaccinazioni.

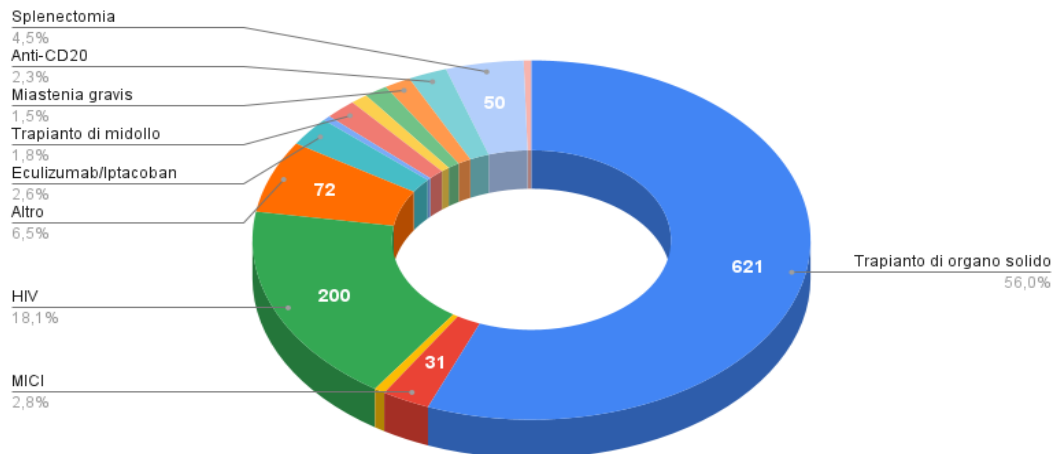
Dati di attività dall'apertura di Ospedale che Vaccina:

<b>Totale pazienti presi in carico:</b>	1108	<b>Pazienti valutati in degenza</b>	285
<b>Totale vaccini somministrati:</b>	7450	<b>Media di vaccini somministrati per ogni giornata di attività:</b>	53
<b>Media di vaccini somministrati individualmente per ogni seduta vaccinale:</b>			3.2 vaccini

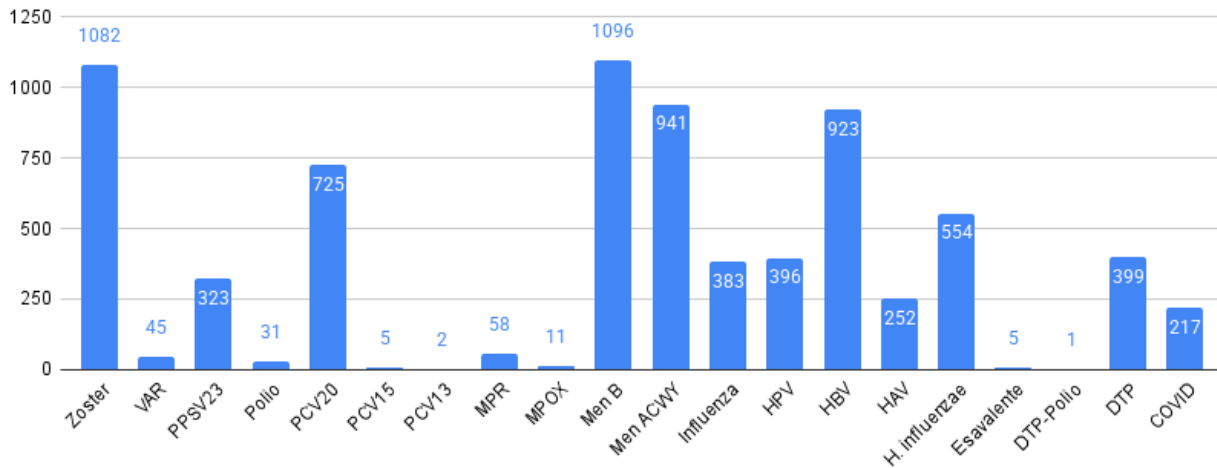
### N° totale di vaccinazioni somministrate - Ambulatorio + Degenze



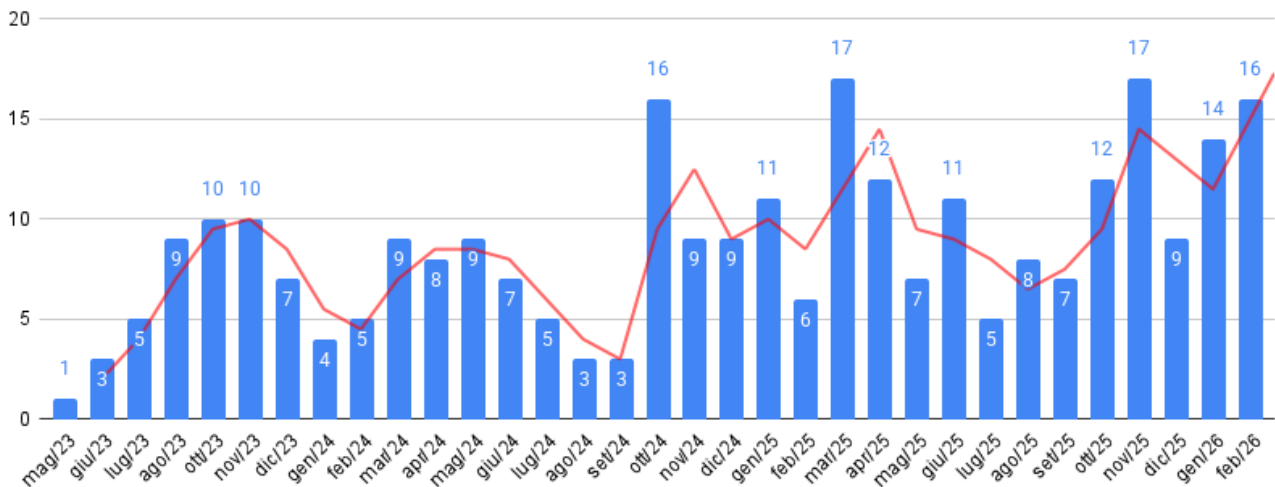
### Categoria immunocompromissione



### Tipologia di vaccinazioni somministrate - Ambulatorio + Degenze



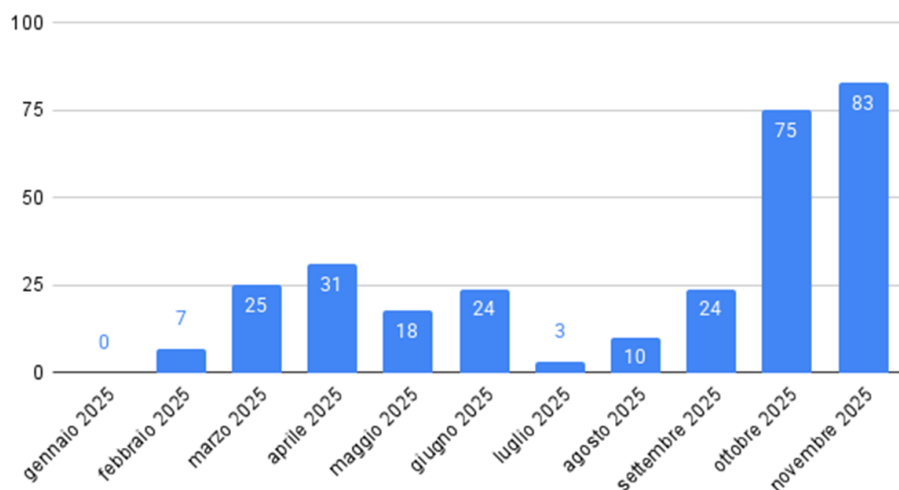
### N° totale di pazienti presi in carico - Degenze



### Attività aggiuntive:

- Definizione di **linee guida condivise** per tutte le vaccinazioni sull'area metropolitana in collaborazione con le UO Governo Clinico AOSP e AUSL Bologna.
- Coordinamento delle vaccinazioni dei **pazienti in dialisi** presso il Policlinico Sant'Orsola: condivisione operativa del progetto con Nefrologie e Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP).
- Supporto alla campagna vaccinale anti-Influenzale e COVID-19 nei servizi di Dialisi.
- Creazione di un canale di prenotazione diretta tra specialisti dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e l'ambulatorio del DSP dedicato ai pazienti fragili.

### Canale di prenotazione vaccinazioni AOSP-DSP



In riferimento alla consulenza infettivologica ai migranti su problematiche di elevata complessità con particolare riferimento alla tubercolosi, l'unità operativa di malattie infettive dell'IRCCS AOU di Bologna funge da collettore unico per i casi di tubercolosi attiva e di

tubercolosi latente (oggi ridenominata infezione tubercolare) diagnosticati nell'area metropolitana di Bologna e provincia (incluso Imola).

Le attività sono organizzate in due distinti ambulatori:

- **Ambulatorio Tubercolosi** (ove vengono seguiti i pazienti con TB attiva e i pazienti con infezione tubercolare (latente) inviati da altri ambulatori/reparti dell'IRCCS (es. Candidati a trapianti o biologici o terapie immunosoppressive maggiori, ecc).

- **Ambulatorio Profilassi** che invece riceve i pazienti con infezione tubercolare (latente) inviati dal Dipartimento di Sanità Pubblica di Bologna (contatti di caso, migranti provenienti da paesi ad alta incidenza, operatori sanitari)

Di seguito i volumi di attività del 2025:

- Casi di tubercolosi ricoverati da 01/01/25 al 31/12/25: 74 pazienti (totale 112 pazienti diagnosticati con tb attiva nel 2025)
- Pazienti seguiti attualmente in ambulatorio per tb attiva: 132 pazienti
- Totale pazienti con infezione tubercolare (latente) seguiti nel 2025: 483

Parte dei pazienti con infezione tubercolare latente conteggiati (77 nello specifico) sono stati gestiti presso il Centro di accoglienza straordinaria (CAS) Mattei di Bologna ove lo staff dell'equipe Tubercolosi delle Malattie Infettive IRCCS AOU ha svolto attività di screening e trattamento dell'infezione tubercolare.

## CENTRO DI RIFERIMENTO DI IMMUNOGENETICA

Il Programma Dipartimentale di Immunogenetica e Biologia dei trapianti è parte del Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica ed è accreditato dalla Fondazione Europea di Immunogenetica (EFI) dal 1997. Il laboratorio di Immunogenetica esegue la tipizzazione molecolare degli antigeni di istocompatibilità (HLA) e lo studio anticorpale (ricerca e identificazione delle specificità anticorpali HLA di classe I e II) dei pazienti candidati a trapianto d'organo, dei potenziali donatori viventi ed il monitoraggio post-trapianto; in presenza di riceventi immunizzati viene fornita consulenza immunogenetica, con esecuzione del cross-match virtuale, coadiuvando il centro trapianti nella scelta del migliore donatore.

Tabella 1		Studio immunogenetico					Cross-match				
		2021	2022	2023	2024	2025	2021	2022	2023	2024	2025
Trapianto cuore	Inserimento in lista (pz)	40	63	87	66	84	31	30	51	30	39
	Monitoraggio (campioni)	36	59	145	165	299	-	-			
	Inserimento in lista (pz)	160	178	191	167	137	106	166	139	110**	103

<b>Trapianto fegato Bologna</b>	Monitoraggio (campioni)	48	73	151	<b>139</b>	<b>88</b>	-	-	-		
<b>Trapianto fegato Modena</b>	Inserimento in lista (pz)	129	138	177	<b>130°</b>	100§	109	125	150	<b>112*</b>	108§
	Monitoraggio (campioni)	22	19	87	<b>114</b>	<b>38</b>	-	-			
<b>Trapianto polmone</b>	Inserimento in lista (pz)	15	19	23	<b>17</b>	<b>15</b>	11	14	22	<b>9</b>	<b>13</b>
	Monitoraggio (campioni)	27	33	88	<b>40</b>	<b>98</b>	-	-	-		
<b>Trapianti combinati</b>	Inserimento in lista (pz)	7	8	12	<b>10</b>	<b>10</b>	2	-	-		
	Monitoraggio (campioni)	14	20	40	<b>32</b>	<b>9</b>	-	-	-		
<b>Trapianto di rene</b>	Monitoraggio (campioni)	1763	1780	1195	<b>1217</b>	<b>1225</b>	-	-	-		
<b>Trapianto organi toracici</b>	Cross-match virtuale e consulenza immunogenetica										<b>13</b>
<b>Totale</b>		<b>2597</b>	<b>2792</b>	<b>2537</b>	<b>2473</b>	<b>2103</b>	<b>411</b>	<b>475</b>	<b>420</b>	<b>302</b>	<b>276</b>

\*\* di cui 1 da donatore vivente; ° di cui 13 da donatore vivente; \* di cui 5 da donatore vivente

Nella Tabella 1 sono riportati i pazienti studiati nel 2025 per le differenti tipologie di trapianto d'organo solido renale e non renale, sia come studio immunologico pre-trapianto sia come monitoraggio post-trapianto, ed i cross-match eseguiti per la valutazione della compatibilità ricevente-donatore.

Si conferma un volume importante di attività a supporto dei trapianti dell'IRCCS AOU di Bologna e del Policlinico di Modena, in particolare nel monitoraggio post trapianto. La flessione del numero di campioni analizzati è conseguente alla razionalizzazione dell'attività immunogenetica legata al trapianto di rene, di cui l'Immunogenetica di Parma è centro di riferimento regionale per il trapianto di rene e a cui è in capo dal 1° novembre 2024, con la sola eccezione del monitoraggio post-trapianto dei pazienti afferenti alle UUOO di Nefrologia del Policlinico S.Orsola.

Il laboratorio svolge anche attività e consulenza immunogenetica (tipizzazione HLA di classe I e II con tecnologia Luminex e sequenziamento) a supporto del trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE), sia per la definizione del miglior grado di compatibilità tra paziente e potenziale donatore sia per lo studio del chimerismo post-trapianto (analisi STR).

Nella tabella 2 sono riportati i trapianti allogenici di CSE eseguiti dai Centri Trapianto di cui il Laboratorio è riferimento.

	TMO da familiare identico			TMO familiare aploidentico			TMO MUD			TMO da cordone			Totale		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Centro Trapianti	3	4	5	3	4	5	3	4	5	3	4	5	3	4	5
Ematologia Seràgnoli (BO01)	3	6	6	8	6	7	49	45	43	0	1	0	60	58	56
Unità trapianto Pediatria (BO02)	0	3	4	5	11	5	7	5	1	0	0	0	12	19	10
Ematologia Modena (MO01)	3	4	2	1	2	3	4	8	18	0	0	0	8	14	23
<b>Totale</b>													<b>80</b>	<b>91</b>	<b>89</b>

Nella Tabella 3 sono riportati i pazienti ematologici ed i potenziali donatori studiati in alta risoluzione, provenienti dalle UUOO di Ematologia della Regione e afferenti ai Programmi Trapianto del Policlinico S.Orsola (Istituto di Ematologia Seràgnoli, Unità trapianto - Pediatria) e del Policlinico di Modena. L'attività trapiantologica è in crescita in tutti e tre i Centri Trapianto di cui è laboratorio di riferimento e anche l'attività immunogenetica correlata al trapianto di CSE si mantiene elevata, sia per i pazienti adulti sia pediatrici.

	Campioni					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Candidati a trapianto di CSE	146	176	182	171	185	162
Familiari di pazienti ematologici	204	148	239	181	216	183
Attivazioni ricerca donatore volontario (MUD)	117	145	136	158	113	158
TCF Paziente per trapianto da donatore volontario (MUD)	91	120	116	126	130	119
TCF Paziente per trapianto da donatore correlato	12	5	20	7	6	10
TCF donatore volontario (MUD)	157	210	216	201	257	218
TCF donatore correlato	32	25	27	39	47	68

<b>Studio chimerismo post-trapianto</b>	283	244	245	268	313	<b>339</b>
---	-----	-----	-----	-----	-----	------------

TCF= Test di Conferma Finale

Presso il Programma Dipartimentale ha sede il Registro Regionale dei Donatori di Midollo e del Centro Donatori di Midollo di Bologna (B001): ad essa convergono tutti i campioni biologici (sangue periferico e saliva) degli aspiranti donatori reclutati in Regione per la tipizzazione in alta risoluzione per i loci HLA A, B, C, DRB1, DQB1 e DPB1 e l'inserimento dei risultati nel Registro. Dal 2024 la tipizzazione HLA è eseguita con metodica NGS, per la quale il laboratorio ha ottenuto l'accreditamento EFI.

L'attività di iscrizione dei donatori con eventi outdoor è ripresa e ha permesso di raggiungere e mantenere i dati pre-pandemia: il 2025 si è concluso con l'iscrizione di 6382 nuovi donatori confermando i brillanti risultati dell'anno precedente. (Tabella 4)

TABELLA 4													
	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SETT	OTT	NOV	DIC	TOTALE
<b>2019</b>	475	961	1007	1023	970	1064	1106	1008	550	572	756	885	<b>10377</b>
<b>2020</b>	667	904	1016	974	63	107	201	129	90	152	196	163	<b>4662</b>
<b>2021</b>	103	138	202	235	163	231	153	189	234	209	284	372	<b>2513</b>
<b>2022</b>	390	336	443	600	390	262	600	193	339	468	284	600	<b>4905</b>
<b>2023</b>	386	644	423	536	956	749	289	711	237	317	492	749	<b>6489</b>
<b>2024</b>	420	367	92	0	67	2023	1840	598	106	380	360	466	<b>6719</b>
<b>2025</b>	<b>234</b>	<b>329</b>	<b>317</b>	<b>629</b>	<b>1004</b>	<b>488</b>	<b>1076</b>	<b>693</b>	<b>529</b>	<b>300</b>	<b>504</b>	<b>279</b>	<b>6382</b>

Nella tabella 5 sono riportati i donatori iscritti attivi della nostra Regione, al 31/12/2025, suddivisi per Centro Donatori di appartenenza (+8% rispetto al 2025).

TABELLA 5								
CD	BO01	FE02	MO01	PC01	PR01	RA01	RE01	TOTALE RR
<b>DONATORI ATTIVI 31-12-2024</b>	25391	8952	7562	4771	7056	11414	13742	78888
<b>DONATORI ATTIVI 31-12-2025</b>	26303	9371	8732	4683	7303	12858	15093	84343

La numerosità del Registro Regionale (Tabella 5) si abbina alla qualità dei suoi iscritti in termini di tipizzazione e di giovane età, elementi di grande interesse per i Centri Trapianto e lo dimostrano le donazioni di cellule staminali emopoietiche (CSE) che sono state eseguite in Regione nel 2025, 75 vs 69 del 2024: il 90% delle richieste di donazione sono rivolte a donatori di età inferiore a 35 anni.

TABELLA 6								
CD	BO01	FE02	MO01	PC01	PR01	RA01	RE01	TOTALE RR
PBSC	11	8	16	4	5	6	16	66
BM	2		2					4
LINFOCITOAFERESI			1		1		3	5
<b>TOTALE DONAZIONI</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>75</b>

Nella tabella 6 sono riportate le donazioni suddivise per Centro Donatori di appartenenza, sorgente di CSE (da sangue periferico – PBSC- o dal midollo – BM) e tipologia di donazione (prima donazione o linfocitoaferesi), numeri record per i CD della regione ancora superiori a quelli registrati nello scorso anno. Analogamente al dato nazionale la donazione di CSE da sangue periferico si conferma la più richiesta anche nella nostra Regione (94% PBSC vs 6% BM).

Infine, l'Unità Operativa di Immunogenetica ha gestito anche le seguenti attività del Registro:

- 72 invii di campioni biologici (+11% rispetto 2024) ad altrettanti Centri Trapianto italiani ed internazionali, per la valutazione (Test di Conferma Finale) del grado di compatibilità tra i pazienti ed i potenziali donatori, quale preliminare fondamentale alla donazione vera e propria;
- 54 richieste di approfondimento/estensione ad altri loci HLA della tipizzazione in alta risoluzione di altrettanti potenziali donatori per pazienti italiani ed esteri.

#### NEFROLOGIA PEDIATRICA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Il Centro Regionale di Nefrologia Pediatrica, trasformato nel 2024 in SSD “Nefrologia e dialisi pediatrica”, persegue i seguenti obiettivi: - diagnosi, cura e monitoraggio delle diverse forme di nefropatie congenite ed acquisite nell'età pediatrica ritardandone la progressione; - trattamento conservativo dell'insufficienza renale acuta e cronica mediante terapie dietetiche, farmacologiche ed ormonali; - trattamento sostitutivo come la dialisi e la gestione della casistica più complessa con il trapianto di rene in stretta collaborazione con il Centro Trapianti presente in Azienda; - sviluppo di una rete nefrologica regionale per i casi di minore complessità secondo il modello organizzativo HUB&SPOKE; - creazione di una rete di supporto a pediatrie ospedaliere e ai centri di analisi prenatale. Presso il Centro è stata avviata e implementata la gestione di bambini con insufficienza renale acuta e cronica, di bambini portatori di trapianto, la dialisi pediatrica, la cura e la diagnosi delle altre malattie nefrologiche.

Infine, è stato avviato il percorso del trapianto pediatrico da vivente e da cadavere. Complessivamente, dall'avvio dell'attività nel 2010, sono stati 50 i ragazzi seguiti e studiati presso il Centro di nefrologia del Policlinico, che sono stati sottoposti a trapianto renale: 16 di

loro hanno eseguito il trapianto presso l'IRCCS (9 da vivente e 6 da cadavere), mentre altri 34 sono stati trapiantati in Centri fuori Regione.

Nel 2025 sono stati eseguiti 8 trapianti renali a pazienti seguiti dal Centro: uno a Bologna da vivente, due a Milano da lista, tre a Padova, uno a Roma e uno a Genova. Inoltre, nell'anno 2025 il Centro ha seguito 5 pazienti in lista trapianto, nella città di Milano.

Sempre nell'anno 2025 sono stati seguiti 19 pazienti pediatrici in follow-up attivo post trapianto e un paziente è transitato alla Nefrologia dell'adulto.

Sono stati seguiti presso il Centro, sia ambulatorialmente che come degenti, circa 100 pazienti pediatrici con Malattia Renale Cronica (MRC) di cui 20 in stadio IV-V di MRC, 7 in dialisi peritoneale (da 4 a 16 anni di età) e 5 pazienti sono iscritti in lista attiva per trapianto a Milano.

Nel 2025 sono state eseguite inoltre 24 biopsie renali a bambini e ragazzi provenienti dalla Regione Emilia-Romagna e dalla Regione Marche e sono attualmente in cura oltre 400 pazienti con malattie renali rare e complesse: CAKUT, ARPKD, ADPKD, Sclerosi tuberosa, Alport, Tubulopatie, Glomerulopatie (C3GN, GNMP, Sindromi nefrosiche, SHPN, LES, vasculiti, etc.).

Il centro ha incrementato il numero di pazienti che afferiscono a livello aziendale al "Percorso di Transizione del giovane con patologia renale verso l'età adulta", per la presa in carico dei pazienti pediatrici presso la Nefrologia dell'adulto (sono già transitati o sono in percorso oltre 290 pazienti).

#### **CENTRO HUB INTRAZIENDALE PER LE NEUROFIBROMATOSI**

L'attività del Centro è finalizzata a garantire ai pazienti in età evolutiva affetti da Neurofibromatosi l'accesso, il counseling e la presa in carico multidisciplinare.

Nel 2025 sono state erogate le seguenti prestazioni:

- 48 prime visite (valutazioni cliniche) per nuovi pazienti entro i tempi previsti per primo accesso (7-15 gg);
- 1001 controlli di follow-up secondo le tempistiche previste dai protocolli di cura. I controlli vengono effettuati circa ogni 6/12 mesi salvo diversa indicazione clinica.

I pazienti in carico al Centro sono circa 401; per questi è garantita, da parte del case-manager, la programmazione del percorso di diagnosi e cura e la prenotazione degli accessi ai servizi specialistici in fase diagnostica e di follow-up, tramite posti dedicati, al fine di consentire il rispetto dei tempi previsti.

Per le valutazioni neuropsicologiche, in casi selezionati, il paziente viene inviato al Centro Regionale per le Disabilità Linguistiche e Cognitive dell'AUSL di Bologna.

Il counseling genetico viene assicurato grazie alla collaborazione con la Genetica Medica ed è possibile organizzare ed eseguire il prelievo per l'indagine genetica direttamente ad opera del personale dell'Ambulatorio NF1 e l'esame (Pannello Rasopatie, analisi MLPA del gene NF1) viene effettuato presso il Laboratorio di Genetica Medica di questo Policlinico.

Il Centro HUB della UOC di Neuropsichiatria dell'Età Pediatrica di questo Policlinico nel 2022 è stato il primo in Emilia Romagna ad intraprendere un trattamento innovativo per i neurofibromi plessiformi sintomatici inoperabili in età evolutiva con un farmaco ad uso compassionevole, il Selumetinib ed, attualmente, è l'unico Ambulatorio ad avere in carico pazienti in terapia con tale farmaco che è rimborsabile da Gennaio 2024 (ad ora in tutto 34) e a prescriberlo mediante piano terapeutico informatizzato nell'ambito del Registro delle Malattie Rare della RER.

### Centro HUB interaziendale per le Neurofibromatosi NF1 ADULTO

L'attività del Centro è finalizzata a garantire ai pazienti in età evolutiva affetti da Neurofibromatosi l'accesso, il counseling e la presa in carico multidisciplinare.

Nel 2025 sono state erogate le seguenti prestazioni:

- 30 prime visite (valutazioni cliniche) per nuovi pazienti;
- 448 controlli di follow-up secondo le tempistiche previste dai protocolli di cura. I controlli vengono effettuati circa ogni 12 mesi salvo diversa indicazione clinica.

I pazienti in carico al Centro sono circa 478; per questi si sta organizzando la programmazione del percorso di diagnosi e cura e la prenotazione degli accessi ai servizi specialistici in fase diagnostica e di follow-up, tramite posti dedicati, per i casi ad alto rischio oncologico.

Il counseling genetico viene assicurato grazie alla collaborazione con la Genetica Medica ed è possibile organizzare ed eseguire il prelievo per l'indagine genetica direttamente ad opera del personale dell'Ambulatorio NF1 e l'esame (Pannello Rasopatie, analisi MLPA del gene NF1) viene effettuato presso il Laboratorio di Genetica Medica di questo Policlinico.

Il Centro Hub della UOC Dermatologia nel 2025 ha prescritto off label in 2 pazienti adulti il trattamento innovativo per i neurofibromi plessiformi sintomatici inoperabili con un farmaco ad uso compassionevole, il Selumetinib.

### CENTRO PER IL TRATTAMENTO DELLA NEOPLASIA OVARICA

La neoplasia dell'ovaio, sebbene non frequente, rappresenta la prima causa di mortalità per tumori ginecologici nei paesi industrializzati. In Emilia-Romagna si stimano circa 350-400 nuovi casi l'anno. Nell'anno 2025 i casi con nuova diagnosi riferibili all'IRCCS AOUBO sono stati 153.

Nel 2017 è stato individuato presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna il centro di riferimento regionale per il trattamento chirurgico del tumore ovarico (DGR 2113/2017). La struttura si occupa della diagnosi, trattamento chirurgico, decisione

terapeutica, follow-up, controllo delle recidive. All'unità vengono inviate pazienti con neoplasie ovariche affette da malattie avanzate e da recidive dalla Regione Emilia-Romagna e da diverse regioni italiane.

Con DGR n. 2242/2019 è stata definita la rete regionale ed il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il trattamento della neoplasia ovarica. Il modello organizzativo di rete regionale prevede l'istituzione di centri ospedalieri di I, II, III livello. Il centro di III livello (centro di riferimento regionale) è stato individuato c/o la UO di Ginecologia Oncologica del Policlinico di Sant'Orsola con funzione di coordinamento clinico dei centri di I e II livello, funzioni di didattica, promozione di attività di audit clinico, presa in carico della patologia neoplastica senza limitazioni, promozione e sviluppo dell'attività di ricerca.

L'attività del centro come Ospedale di terzo livello si è espletata nella gestione di pazienti ad alta complessità inviate dagli altri Ospedali regionali e da varie altre Regioni; il Centro ha gestito consulenze, discussioni multidisciplinari e prese in carico per casi di particolare difficoltà.

Il ruolo di centro di gestione del network del tumore ovarico si è realizzato nella preparazione di vari incontri dei Centri di Riferimento regionali con discussione su temi clinici e di ricerca (scelta del tipo di follow-up, analisi della centralizzazione dei pazienti, preparazione di progetti di ricerca).

Durante l'anno 2022 il Centro è stato confermato come European Training Centre in Gynecological Oncology da parte dell'ESGO (European Society of Gynecological Oncology).

Dal 2021 l'Unità è stata riconosciuta come Centro di Eccellenza per la Chirurgia del Tumore Maligno dell'Ovaio da parte dell'ESGO (accreditamento confermato nel 2026).

Dal 2023 l'IRCCS è stato riconosciuto come Centro di Eccellenza per il Tumore Maligno dell'Utero da parte dell'ESGO.

Dal 2025 l'Unità ha ricevuto l'accreditamento come Centro di Riferimento per il Tumore Maligno del Collo dell'Utero da parte dell'ESGO.

Dal 2022 l'Unità Operativa di Ginecologia Oncologica dell'IRCCS AOUBO, insieme alle altre Unità di Ostetricia e Ginecologia, è stata accreditata come European Training Centre in Obstetrics and Gynaecology dall'EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology).

La missione di formazione scientifica si è espletata nell'organizzazione di incontri e congressi per l'aggiornamento di ginecologi, oncologi e radioterapisti. È stato completato il primo Master Universitario Internazionale di Oncologia Ginecologica nell'anno accademico 2021-2022; durante l'anno accademico 2022-23 si è svolta la seconda edizione del Master che ha visto iscritti studenti da tutto il territorio nazionale e oltreoceano. Nel 2025 si è conclusa la terza edizione del Master (2024-2025) con ampia partecipazione di discenti da tutta Italia.

I membri dell'Unità operativa hanno partecipato in qualità di relatori a 24 congressi Nazionali e Internazionali; è stato organizzato a Bologna un congresso con risonanza nazionale in collaborazione con l'Università di Udine sul Tumore Maligno dell'Utero.

L'Unità ha partecipato a chirurgia in diretta al Congresso Internazionale ESGE (European Society Gynecology Endoscopy).

L'UO ha in essere 21 studi Nazionali e Internazionali sperimentali di cui 8 sul tumore ovarico. Nel 2025 sono stati prodotti 33 articoli pubblicati su riviste Internazionali peer-reviewed. L'Unità ha partecipato alla preparazione delle Linee Guida per il Tumore Ovarico dell'ESGO.

L'Unità svolge azione formativa in quanto ha inviato presso Centri Esteri di elevato livello qualitativo (Belgio, Stati Uniti) quattro specializzandi della Scuola di Ginecologia e Ostetricia. L'attività di formazione si completa con il tutoraggio di una dottoranda del Dottorato in Scienze Chirurgiche e Tecnologie Innovative dell'Università di Bologna.

In collaborazione con il Corso di Laurea di Dietistica dell'Università di Bologna abbiamo realizzato una giornata divulgativa sul tema "Tumori e Alimentazione". Sono stati eseguiti diversi webinar divulgativi sui Tumori Ginecologici in collaborazione con l'associazione pazienti Loto.

L'Unità ha partecipato a diverse iniziative divulgative su canali televisivi, testate giornalistiche e iniziative regionali (come partecipazione a "Medicina Trentatrè" sull'argomento BRCA, Video realizzato per 60° dell'Oncologia della Regione Emilia-Romagna, interviste su giornali come Carlino, Repubblica, Bologna Today).

È stato completato un corso di formazione per il personale infermieristico all'interno dell'IRCCS AUOBO sulle tematiche della chemioterapia intraoperatoria (HIPEC e PIPAC).

È stato introdotto nel Reparto di degenza di Ginecologia Oncologica la Pet Therapy, recependo le direttive regionali (progetto sovvenzionato da Loto Odv e in collaborazione con l'associazione Chiaramilla).

È stata introdotta, in collaborazione con l'SSD di Nutrizione Clinica e Metabolismo un menu dedicato per le pazienti ricoverate presso il Reparto di degenza Ginecologia Oncologica, recependo le più recenti linee guida dell'alimentazione nei pazienti oncologici.

È stato aggiornato nel 2025 il PDTA Interaziendale del Tumore Maligno dell'Ovaio.

Sono state apportate migliorie nelle aree di attesa degli ambulatori per renderli più confortevoli per le pazienti.

È stato vinto il Bando CARIBO 2025 che porterà all'interno della struttura un nuovo ecografo di alta fascia.

L'analisi dei dati nazionali ha evidenziato che il Centro dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna rappresenta il primo centro nazionale pubblico per volume di interventi per il tumore maligno dell'ovaio (anno 2024, fonte AGENAS). L'attività di coordinamento delle varie Unità Regionali ha portato nel 2024 alla centralizzazione nei Centri di II e III livello l'87% della casistica chirurgica di tutte le pazienti trattate nella Regione Emilia-Romagna.

Sono attualmente in corso le valutazioni statistiche dei risultati regionali (in termini di sopravvivenza libera da malattia e sopravvivenza totale) con una collaborazione con i tecnici della Sanità della Regione Emilia-Romagna.

Nell'anno 2025 i casi con nuova diagnosi riferibili all'IRCCS AOUBO sono stati 153. Gli interventi eseguiti per neoplasie ovariche nel 2025 presso IRCCS AOUBO sono stati 239 (+41 Int. Profilattici risk reducing), di seguito le tabelle esplicative.

Tipologia intervento	2023	2024	2025
Interventi chirurgici radicali per tumori epiteliali in prima diagnosi	125	119	104
Interventi chirurgici radicali per tumori ovarici recidivati	17	13	18
Laparoscopie diagnostiche per neoplasie ovariche	56	71	73
Interventi chirurgici per tumori ovarici borderline	16	23	21
Interventi chirurgici per tumori non epiteliali	10	14	11
Interventi chirurgici per tumori germinali	4	6	4
Interventi chirurgici per sarcomi ovarici	1	5	2
Interventi chirurgici per tumori ovarici secondari	3	3	6
Interventi di chirurgia profilattica	27	31	41
<b>Totale</b>	<b>259</b>	<b>285</b>	<b>280</b>

Tipologia diagnosi	2023	2024	2025
Tumori epiteliali maligni	126	115	107
Tumori epiteliali borderline	15	23	21
Tumori non epiteliali	9	14	12
Tumori germinali	4	6	4
Sarcomi ovarici	1	4	2
ovarici secondari Tumori	4	3	7
<b>Totale</b>	<b>159</b>	<b>165</b>	<b>153</b>

Dati: UOC Ginecologia Oncologica e DWH Aziendale

La delibera di finanziamento regionale (DGR 1541/2025) stanziava 125.000 € all'Azienda a copertura di costi di funzionamento del centro. Si precisa che il contributo è stato assegnato in continuità con gli anni precedenti, tale importo è rimasto invariato dal 2020 ad oggi.

#### **CENTRO DI III LIVELLO PER LA GESTIONE DELLA PAZIENTE AFFETTA DA ENDOMETRIOSI**

L'endometriosi è una malattia sociale che coinvolge la donna in età fertile con un'ampia diffusione nella popolazione; si stima infatti che almeno 3 milioni di donne in Italia ne siano affette.

Con delibera n. 2307 del 22/11/2019 è stato approvato il PDTA Regionale per l'Endometriosi che descrive il modello di rete clinica regionale e il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la presa in carico della paziente, affinché siano garantiti:

- l'applicazione delle linee guida;
- la standardizzazione delle attività;
- la multidisciplinarietà dell'intervento;
- la continuità della cura;
- la formazione e l'addestramento continuo degli operatori;
- equità e trasparenza in relazione all'accesso alle prestazioni.

IL PDTA ha l'obiettivo di promuovere un modello assistenziale finalizzato ad un approccio preventivo e problem-oriented mediante l'applicazione di un percorso di cura integrato multidisciplinare e multiprofessionale, in stretto contatto con il territorio. Il PDTA delinea infatti il modello di rete clinica e le modalità di coordinamento dei nodi della rete e le fasi del Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA). In tale documento l'AOU di Bologna è stata identificata come centro di terzo livello nell'ambito della rete regionale dei centri.

#### **Attività 2025**

Le attività del 2025 dimostrano come il percorso si mantenga efficiente e in costante miglioramento, assicurando un supporto clinico-assistenziale sempre più efficace. I dati raccolti evidenziano una crescente tendenza verso il trattamento medico conservativo piuttosto che chirurgico, in linea con le più recenti evidenze scientifiche. Inoltre, l'attività medica viene sempre più supportata dal teleconsulto, disponibile anche al di fuori delle fasce orarie ambulatoriali. La rete assistenziale sta evolvendo, favorendo il reclutamento delle prime visite presso il nostro centro e distribuendo i controlli successivi nei Centri Spoke e nei consultori della regione. Nell'area metropolitana di Bologna, sono stati attivati e aumentati slot di accesso ambulatoriale direttamente prenotabili dai Centri interessati, migliorando così l'efficienza della rete. Un aspetto chiave di questa evoluzione è proprio la collaborazione costante tra il nostro centro e i Centri Spoke, con l'obiettivo di creare una rete interaziendale metropolitana e regionale sempre più integrata. Nel 2025 si è consolidata l'attività di "televisita" inaugurata ad ottobre 2024, con riscontri molto positivi sia per le pazienti che per il personale sanitario evitando numerosi accessi per l'utenza con miglior confort assistenziale. Questa modalità è stata riservata ai casi complessi che necessitano di una valutazione clinica a breve termine o per pazienti con recenti modifiche terapeutiche, al fine di monitorarne l'efficacia e gli eventuali effetti collaterali. Grazie al funzionamento della rete con distribuzione dei follow-up presso i centri spoke e il territorio delle pazienti con quadro stabile si è assistito ad un incremento delle prime visite. Si è evidenziata una lieve deflessione degli interventi chirurgici riflesso dell'atteggiamento conservativo e dell'esito dell'attività preventiva in linea con le principali linee guida internazionale.

#### NUMERO PROCEDURE

	<b>Visite 2024</b>	<b>Visite 2025</b>
<b>Diagnosi precoce e Follow-up delle pazienti</b>	5358 visite con ecografia	5573 visite con ecografia
<b>Attività psicologica di supporto</b>	603 prestazioni	886 prestazioni
<b>Fisioterapia del pavimento pelvico</b>	64 visite	393 visite
<b>Utilizzo strumento di teleconsulto</b>	422 colloqui telefonici	344 colloqui telefonici
<b>Televisite (da ottobre 2024)</b>	19	119

	<b>2024</b>	<b>2025</b>
--	-------------	-------------

<b>Interventi</b>	377 procedure complessive	333 procedure complessive
<b>Endometriosi totali</b>		
<b>Endometriosi profonda</b>	178 procedure complessive	144 procedure complessive

## Formazione e Progetti

Nel 2025, a scopo formativo, sono stati organizzati:

- Il Master Universitario Internazionale in "Minimally Invasive Gynecologic Surgery", con un focus specifico sulla chirurgia dell'endometriosi;
- Il corso SIEOG dedicato alla patologia benigna e maligna con ampie sessioni dedicate all'endometriosi;
- un corso di 4 giorni di formazione ambulatoriale per ginecologi del territorio, medici di medicina generale e di formazione chirurgica per specialisti della Regione Emilia-Romagna interessati al trattamento chirurgico.

Sono stati inoltre convocati periodicamente meeting multidisciplinari regionali per discutere casi complessi e meeting metropolitani tramite la piattaforma interaziendale "Health Meeting" tra i centri ospedalieri di Bologna. Questi ultimi hanno permesso una presa in carico diretta delle pazienti, con invio del verbale sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

---

## **Collaborazioni e Sensibilizzazione**

Sono stati affinati gli indicatori del PDTA interaziendale per l'endometriosi al fine di ottimizzare le risorse a disposizione.

## **CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ NEI PAZIENTI ONCOLOGICI**

---

L'Accordo Stato-Regioni rep. Atti n. 27/CSR del 21 febbraio 2019 in materia di tutela della fertilità dei pazienti oncologici per la definizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per pazienti oncologici che desiderino preservare la fertilità getta le basi per lo sviluppo del centro di riferimento. Le attuali terapie di cura dei pazienti oncologici, quali chemioterapia, radioterapia e terapie biologiche hanno migliorato significativamente la sopravvivenza di tali pazienti. Tuttavia, la possibile comparsa di sterilità o d'infertilità secondaria ai trattamenti oncologici e il disagio psicosociale a essa correlato sono temi di importanza crescente, non solo in considerazione del miglioramento della prognosi nei pazienti oncologici di età pediatrica e giovanile, ma anche a causa dello spostamento in avanti dell'età della prima gravidanza. Queste considerazioni rendono mandatorie la valutazione e la

prevenzione degli effetti a lungo termine delle terapie antineoplastiche, che comprendono il possibile esaurimento ovarico precoce/infertilità.

Di seguito i dati della preservazione della fertilità nei pazienti oncologiche nel periodo 2025:

- Crioconservazione ovociti: 106;
- Scongelamento ovociti: 12;
- Crioconservazione spermatozoi: 123;
- Scongelamento spermatozoi: 17;
- Crioconservazione tessuto ovarico: 103;
- Reimpianti di tessuto ovarico: 8.

Il Centro, in collaborazione con l'Università di Bologna, è stato depositario di un brevetto esteso a livello internazionale su dispositivo medico impiegato durante il reimpianto di tessuto ovarico nelle giovani donne che hanno eseguito un percorso di preservazione della fertilità. Inoltre il Centro ha contribuito sul fronte scientifico alla diffusione e divulgazione delle conoscenze nel campo dell'oncofertilità con pubblicazioni scientifiche nazionali ed internazionali e l'organizzazione di congressi e workshop a livello nazionale.

#### **CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLE MALATTIE CRONICHE INTESTINALI**

L'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola è stato individuato come il centro di riferimento regionale per i pazienti affetti da malattie croniche intestinali (DGR n.1188/2017), siano essi residenti in Emilia-Romagna o provenienti da fuori regione.

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

Tale attività prevede la stretta collaborazione con il centro pediatrico per la diagnosi e il trattamento delle MICI oltre che con la Reumatologia, entrambi dell'Ospedale Maggiore (AUSL di Bologna). Nell'anno 2025 si è ulteriormente consolidata l'attività ambulatoriale grazie ad una revisione della logistica sempre più funzionale al lavoro multidisciplinare dei professionisti a garanzia dell'integrazione tra le diverse competenze necessarie e legate ai percorsi di cura dei pazienti che spesso necessitano di altissime competenze medicochirurgiche. Durante il 2025 è proseguito e si è rafforzato il collegamento del centro HUB con i professionisti dei centri Spoke della regione Emilia-Romagna e delle altre regioni con la condivisione di protocolli di cura volti a garantire una migliore qualità di vita ai pazienti. In particolare, il centro ha consolidato:

- l'utilizzo del sistema di health meeting per la discussione dei casi a garanzia di una valutazione multispecialistica e multidisciplinare con possibilità di partecipazione attiva anche da parte dei professionisti dei centri SPOKE,

- la costruzione di una infrastruttura di cartella clinica ambulatoriale inserita nel progetto di ricerca DARE (Digital lifelong prevention) finanziato dal PNC da utilizzare in ottica HUB & SPOKE.

- la presenza di una figura professionale ad alta specializzazione per la gestione dei casi complessi e per definire il percorso dei nuovi pazienti presi in carico

- l'attività ecografica con particolare focus nell'ecografia delle anse intestinali, tramite il potenziamento dell'uso di tale metodica nella gestione dei pazienti.

La ricognizione delle attività svolte da parte del Centro di Riferimento MICI evidenzia, anche per il 2025, un incremento dei volumi rispetto al 2024, in particolare nel setting ambulatoriale.

I dati di attività, provenienti dalla banca dati SDO aziendale, sono sintetizzati nelle pagine successive e prendono in analisi tutti i pazienti dimessi dal centro MICI, nell'anno 2025, divisi per genere e per patologia (morbo di Chron e rettocolite ulcerosa), distribuiti per AUSL di provenienza.

Anno	AUSL BO	AUSL IMOLA	FUORI PROVINCIA	FUORI REGIONE	MANCANTE	Tot. complessivo	Di cui DH
2025	216	15	159	643	2	1035	65

Tabella 1. Attività di ricovero complessiva in regime ordinario e day hospital dell'anno 2025, distribuiti per provenienza. Fonte dati: banca dati SDO aziendale

L'attrattività del centro MICI dell'IRCCS AOU a livello nazionale si è confermata, come negli anni passati, con n. 643 pazienti provenienti da fuori regione, percentuale prossima al 62% sul totale dei pazienti afferiti (1035) e con una netta prevalenza della attività in DO rispetto al DH/DS, indice della complessità dei pazienti che richiedono cure in regime di ricovero ordinario.

DONNE		UOMINI	
Morbo di Crohn	Totale	Morbo di Crohn	Totale
<b>2025</b>	<b>299</b>	<b>2025</b>	<b>383</b>
Numero di casi dimessi da <b>area chirurgica</b>	191	Numero di casi dimessi da <b>area chirurgica</b>	237
Numero di casi dimessi da <b>area medica</b>	108	Numero di casi dimessi da <b>area medica</b>	146
<b>Totale complessivo</b>	<b>612</b>	<b>Totale complessivo</b>	<b>812</b>

Rettocolite ulcerosa	Totale	Rettocolite ulcerosa	Totale
<b>2025</b>	<b>149</b>	<b>2025</b>	<b>192</b>
Numero di casi dimessi da <b>area chirurgica</b>	74	Numero di casi dimessi da <b>area chirurgica</b>	100
Numero di casi dimessi da <b>area medica</b>	75	Numero di casi dimessi da <b>area medica</b>	92
<b>Totale complessivo</b>	<b>353</b>	<b>Totale complessivo</b>	<b>396</b>

Tabella 2. Attività di ricovero in regime ordinario e day hospital anno 2025. Selezione del totale dei casi con diagnosi alla dimissione per patologia morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa. Fonte dati: banca dati SDO aziendale

### Attività ambulatoriale

Considerando l'attività complessiva del centro nel 2025 (tabella 3), questa risulta complessivamente in incremento rispetto al 2024 di 8 punti percentuali. Nello specifico è aumentata l'attività delle visite di controllo per un totale di 13.683 visite nel 2025.

Presso il Centro MICI viene effettuata terapia infusione con farmaci biologici per pazienti di età superiore a 18 anni, con volumi in leggero aumento, rispetto al 2024, sia su pazienti residenti nell'AUSL di Bologna sia provenienti da altre aziende della regione o fuori regione.

ANNO	2024	2025
<b>U.E. AMB. MAL. INF. CRON. INTESTINO</b>	<b>TOTALE</b>	<b>TOTALE</b>
PRIMA VISITA	876	823
VISITA DI CONTROLLO	10617	11622
DIAGNOSTICA (ECOGRAFIE)	3865	5279
TERAPEUTICA (infusione ig, medicazione, iniezione steroidi)	6795	6424
ESAME DI LABORATORIO	1944	1921
<b>TOT.</b>	<b>24.097</b>	<b>26.069</b>
<b>U.E. AMB. COMUNE MICI-CHIR. GENERALE</b>		
PRIMA VISITA	245	193
VISITA DI CONTROLLO	1888	2061
<b>TOT.</b>	<b>2.148</b>	<b>2.254</b>
<b>U.E. ENDOSCOPIA</b>		
COLONSCOPIA	3089	2953
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	207	190
ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA	134	139
<b>TOT.</b>	<b>3.430</b>	<b>3.282</b>
<b>TOT. ANNO 2024</b>	<b>29.675</b>	<b>31.605</b>

Tabella 3. Attività ambulatoriale per pazienti presi in carico dal centro MICI dell'IRCCS AOU 2024-2025 per colite ulcerosa e morbo di Crohn. Fonte: banca dati ASA aziendale

### Attività di ricovero in regime DO e DH pazienti 0-18 anni

L'incidenza delle MICI, nella popolazione età <18 anni, a livello nazionale, è stimata essere di 2-4 nuovi casi/anno per 100.000 abitanti. Il centro MICI è uno dei centri di riferimento nazionale per questa tipologia di pazienti. Dai dati di attività estratti dalla banca dati SDO Aziendale (Tabella 4) sono stati dimessi (regime DO e DH) nell'anno 2025, 87 pazienti (50 pazienti affetti da morbo di Chron, 37 da rettocolite ulcerosa).

Come si evince dalla tabella 4, analogamente agli anni passati, anche nel caso dei pazienti 0-18 anni, la mobilità attiva è elevata: più del 60% dei casi proviene da fuori regione ed il 19% da fuori provincia.

	Tot. Complessivo
<b>Morbo di Crohn</b>	<b>50</b>
FUORI REGIONE	33
FUORI PROVINCIA	9
AUSL BO	8
<b>Rettocolite ulcerosa</b>	<b>37</b>
FUORI REGIONE	19
FUORI PROVINCIA	12
AUSL BO	6
<b>Totale complessivo</b>	<b>87</b>

Tabella 4. Attività di ricovero in regime ordinario e day hospital anno 2025. Selezione casi 0-18 anni con diagnosi di dimissione per patologia: morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa e provenienza. Fonte dati: banca dati SDO aziendale.

Quale contributo a sostegno dell'attività del Centro MICI la Regione ha assegnato un finanziamento per l'anno 2025 di 200.000 € in continuità con gli anni precedenti, a copertura dei costi di funzionamento del centro. Si specifica che l'importo di tale finanziamento è rimasto invariato dal 2017 ad oggi.

### Attività Healthmeeting

Nell'ambito delle attività della rete emiliano romagnola MICI, istituita con DGR 1188/2017 e finalizzata a promuovere la gestione integrata del paziente tra il Centro di Riferimento IRCCS AOU di Bologna e le strutture spoke localizzate nelle diverse aziende territoriali e ospedaliere della Regione, il meeting multidisciplinare è inteso come momento in cui i centri spoke della rete possono presentare i casi più complessi, al fine di ottimizzarne la gestione e migliorarne l'outcome, attraverso il confronto dialettico con il Centro di Riferimento

I casi complessivamente trattati dal 2022 ad oggi sono stati 113 (di cui 47 nel 2025). Nelle annualità 2022-2025 14 casi sono stati interni al Centro di Riferimento e 93 presentati dai centri spoke della rete: 31 di questi sono stati centralizzati/in via di centralizzazione presso il Centro di Riferimento.

NUMERO DI EVENTI	DATA	CASI DISCUSSI	INTERNI	ESTERNI	CASI CENTRALIZZATI	PROVENIENZA CASI ESTERNI	
40	25/5/22	4	2	2	1	Modena, Parma	
	26/7/22	2	1	1	0	Parma	
	5/10/22	3	2	1	2	Ferrara	
	2/11/22	2	1	1	1	Parma	
	7/12/22	3	0	3	2	Parma, Parma, Ferrara	
	11/1/23	2	2	0	0	/	
	1/2/23	2	0	2	0	Ferrara, Cento	
	8/3/23	2	0	2	0	Reggio Emilia, Cesena	
	5/4/23	2	0	2	1	Modena, Parma	
	3/5/23	1	0	1	0	Cento	
	7/6/23	1	1	0	0	/	
	5/7/23	3	0	3	1	Modena, Ferrara, Reggio Emilia	
	13/9/23	1	0	1	0	Reggio Emilia	
	11/10/23	2	0	2	1	Modena, Ferrara	
	8/11/23	3	0	3	0	Modena, Modena, Rimini	
	6/12/23	1	0	1	0	Ferrara	
	10/1/24	1	0	1	1	Modena	
	7/2/24	3	0	3	2	Modena, Modena, Parma	
	6/3/24	3	0	3	1	Cento, Rimini, Ravenna	
	3/4/24	4	0	4	1	Modena, Reggio Emilia, Ferrara, Rimini	
	8/5/24	2	0	2	0	Parma, Modena	
	5/6/24	2	0	2	1	Bologna, Ravenna	
	3/7/24	3	1	2	0	Ferrara, Modena	
	11/9/24	4	0	4	1	Modena, Rimini, Parma	
	2/10/24	4	0	4	1	Modena, Bologna	
	6/11/24	4	1	3	0	Modena, Ravenna	
	4/12/24	2	0	2	1	Modena, Bologna	
	15/1/25	2	2	2	2	Bologna	
	5/2/25	4	1	3	0	Parma, Modena	
	5/3/25	4	0	4	1	Parma, Parma, Bologna, Modena	
	2/4/25	3	0	3	2	Ferrara, Modena, Parma	
	7/5/25	4	0	4	0	Modena, Parma	
	11/6/25	3	0	3	3	Modena, Modena, Bologna	
	2/7/25	4	0	4	0	Parma, Ferrara	
	10/9/25	4	0	4	1	Modena, Ferrara, Ravenna	
	15/10/25	4	0	4	3	Modena, Modena, Modena, Bologna	
	8/11/25	4	0	4	0	Modena, Modena, Parma, Parma	
	3/12/25	3	0	3	1	Bologna, Parma	
	<b>TOTALE</b>		105	14	93	31	

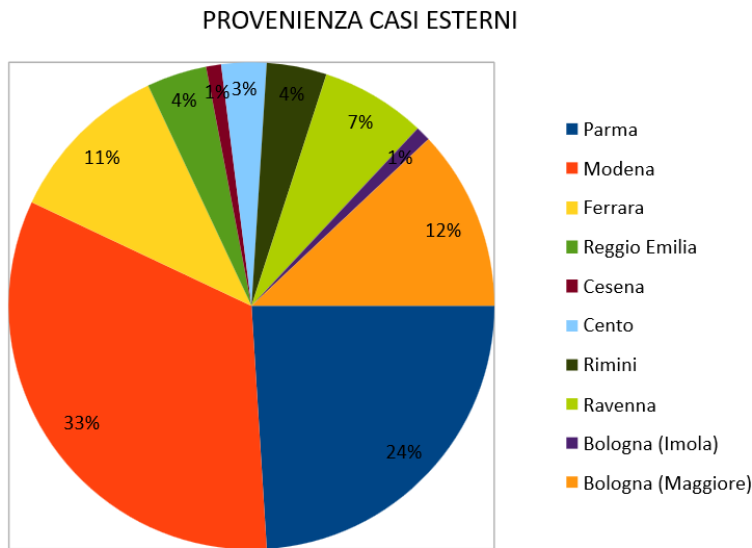


Grafico 1. Provenienza casistica anni 2022-2025

## CENTRO MALATTIE EMORRAGICHE CONGENITE (MEC)

Nel corso del 2025 il Centro MEC ha proseguito l'attività di presa in carico e assistenza multidisciplinare dei pazienti con MEC dell'Area Vasta Emilia Centro. Si mantiene un costante aumento dei pazienti sostenuti da nuove diagnosi e trasferimenti di pazienti da altre sedi (al 31/12/2025 in carico 720 pazienti, + 24 rispetto al 21/12/2024). Ha garantito l'attività assistenziale ordinaria e in urgenza senza soluzione di continuo in tutti i giorni feriali.

Prosegue inoltre la valutazione dei soggetti con sospetta diatesi emorragica per la definizione diagnostica sia per gli utenti interni (in particolare percorsi pre-chirurgici) che per gli esterni. Prosegue l'attività di collaborazione con il LUM nella gestione dei test di coagulazione funzionali alla diagnosi, terapia e follow-up dei pazienti e degli esami deputati alla gestione dell'emergenza.

Nel corso del 2025:

- è stato attuato il percorso con la UOC di Genetica Medica (procedura interservizi definita nel 2024) finalizzata alla tipizzazione genotipica dei pazienti con MEC e al counselling per i pazienti e i loro familiari (PI 110 del 21/01/2025).
- E' stata avviata la definizione di un percorso interservizi con la UOC Ginecologia e fisiopatologia della riproduzione umana e la UOC Ostetricia e medicina dell'età prenatale - "Percorso integrato di presa in carico della paziente ostetrico/ginecologica con sospetta o accertata patologia emorragica congenita".
- E' stato revisionato il PDTAI 013 con lo IOR per le persone con MEC e artropatia (previsto in approvazione a inizio 2026).
- Ha gestito la somministrazione di terapia genica in 4 pazienti con l'emofilia A grave.

- Da aprile 2025 è attivo un percorso multidisciplinare con la psicologia clinica ospedaliera.

Ha proseguito, secondo le indicazioni regionali, l'attività di servizio di consulenza telefonica specialistica per i Pronto Soccorso della Regione Emilia-Romagna secondo quanto indicato dallo specifico progetto (giugno 2022): l'attività si conferma stabile (32 chiamate nel 2023, 31 chiamate nel 2024, 32 chiamate nel 2025). Partecipa attivamente al tavolo regionale MEC che segue il progetto.

Ove necessario organizza attività di formazione destinate a medici, infermieri e specialisti dell'Area AVEC.

L'Azienda è riconosciuta centro Spoke per l'emofilia e le malattie emorragiche congenite (DRG 835/2018 e precedenti) ed il finanziamento regionale pari a € 80.000 deve intendersi, come per gli anni precedenti, un contributo a copertura dei costi del personale dirigente impegnato nelle attività descritte. L'importo di tale contributo è rimasto invariato dall'anno 2019.

#### **CENTRO PER LA CHIRURGIA ENDOSCOPICA DELL'ORECCHIO**

La chirurgia endoscopica dell'orecchio è una tecnica chirurgica mininvasiva, ormai riconosciuta come sicura ed efficace a livello mondiale, che consente il trattamento di patologie dell'orecchio medio, dell'orecchio interno e della base cranica laterale utilizzando il corridoio naturale del condotto uditivo esterno. Questo accesso permette di evitare o ridurre la necessità di ricorrere ai tradizionali accessi più invasivi della chirurgia microscopica.

I principali vantaggi di questa tecnica sono la riduzione della morbidità post-operatoria e la possibilità di gestire con maggiore precisione chirurgica aree difficilmente esplorabili con la chirurgia microscopica tradizionale. Ciò consente di migliorare il controllo della malattia e la ricostruzione delle strutture dell'orecchio. I benefici della chirurgia endoscopica sono particolarmente evidenti nel trattamento del colesteatoma dell'orecchio medio, patologia distruttiva che può determinare complicanze gravi, e nella patologia otologica pediatrica, dove la riduzione dell'invasività, del dolore post-operatorio e dei tempi di degenza riveste particolare importanza.

L'utilizzo dell'endoscopio risulta inoltre fondamentale come supporto negli approcci chirurgici microscopici tradizionali, sia nella chirurgia dell'orecchio medio sia negli interventi del basicranio laterale. Alcune delle fasi più delicate di controllo della malattia vengono infatti eseguite intraoperatoriamente sotto visione endoscopica.

L'introduzione della chirurgia endoscopica dell'orecchio presso IRCCS Policlinico S. Orsola è avvenuta nel 2021. L'Azienda dispone di professionalità con esperienza specifica in questo ambito tra le più rilevanti a livello internazionale. Il finanziamento riconosciuto è pari a 200.000 €. Il contributo è stato assegnato in continuità con gli anni precedenti e si precisa che l'importo è rimasto invariato dal 2021 (primo anno di assegnazione) ad oggi.

Tale tecnica viene utilizzata anche dall'équipe del Policlinico presso l'Ospedale di Imola, dove sono effettuate in media due sedute mensili dedicate alla chirurgia otologica.

Nel periodo gennaio-dicembre 2025, l'attività chirurgica dell'équipe ha incluso complessivamente 176 interventi di otochirurgia nell'adulto, di cui circa 70 eseguiti con tecnica endoscopica esclusiva, e dei restanti, il 60% con tecnica combinata endo-microscopica o endoesoscopica, mentre circa il 40% con tecnica microscopica o esoscopica (open) esclusiva

In ambito pediatrico sono stati effettuati nel periodo sopraccitato 30 interventi di otochirurgia, di cui 18 con tecnica endoscopica esclusiva e 12 con tecnica endo-microscopica combinata.

### **CENTRO INTERAZIENDALE DI NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA**

---

Con la DGR 2199/2019 la Regione Emilia-Romagna ha approvato la costituzione del Centro Regionale Interaziendale di Neurochirurgia Pediatrica con l'obiettivo di garantire l'operatività di un riferimento regionale della rete delle neurochirurgie pediatriche, l'attivazione di una presa in carico precoce del paziente pediatrico multidisciplinare e multiprofessionale in grado di garantire il maggior livello di qualità e l'innovatività delle cure

Il carattere interaziendale del Centro è condizione necessaria alla integrazione e condivisione delle più qualificate competenze specialistiche pediatriche presenti nell'Azienda USL di Bologna-IRCCS ISNB e nell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria, Policlinico di Sant'Orsola a garanzia del più elevato livello di sicurezza e qualità delle cure erogate.

La gestione delle attività chirurgiche è stata affidata al Programma di Neurochirurgia Pediatrica, Struttura equiparata a Struttura Semplice di Istituto, articolazione organizzativa dell'Azienda USL di Bologna-IRCCS ISNB alla quale le due Aziende hanno formalmente riconosciuto il carattere di Struttura Interaziendale rendendo possibile l'erogazione delle attività presso le due sedi aziendali (Ospedale Bellaria per l'Azienda USL di Bologna e Policlinico di Sant'Orsola) e l'integrazione con le competenze specialistiche necessarie.

La stretta collaborazione tra le Unità Operative Pediatriche, come ad esempio la Neuropsichiatria Infantile, la Terapia Intensiva Neonatale, la Rianimazione Pediatrica, l'Oncoematologia Pediatrica ecc., permettono la presa in carico di tutte le classi di età, dal grave prematuro fino al giovane adulto, anche in presenza di patologie concomitanti complesse, al fine di garantire i trattamenti più innovativi, la migliore sopravvivenza e qualità di vita.

Il riconoscimento regionale che ha rafforzato, nell'ambito di un contesto pediatrico di alta specializzazione, un percorso di collaborazione tra le due Aziende iniziato nel 2018 (Deliberazione AUSL Bologna n.104 del 13/4/2018), si è accompagnato ad uno specifico finanziamento a funzione, da ultimo con DGR n. 1541/2025. Tale finanziamento ha previsto un incremento per entrambe le aziende, portando il finanziamento per l'anno 2025 a 679.098 per l'azienda Usl e a 760.298 per l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna dedicati al consolidamento del piano degli investimenti in attrezzature e alla copertura dei costi del personale per l'équipe necessaria all'implementazione dell'attività del centro regionale.

Il Centro di Neurochirurgia, centralizzando prevalentemente l'attività operatoria presso la sede IRCCS AOU, ha effettuato nell'anno 2025 n. 235 interventi presso le sale operatorie dell'IRCCS AOU e n. 33 interventi presso le sale operatorie dell'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche dell'Ausl di Bologna, per un totale di n. 268 interventi. Nel 2025, inoltre, è proseguita l'attività di definizione dei percorsi di presa in carico multidisciplinare dei pazienti con neoplasie del SNC e conseguente aumento della numerosità e della complessità dei casi, soprattutto dei pazienti di piccola età inviati dai Centri periferici.

I volumi di attività, il numero di ricoveri ed interventi, come meglio dettagliato nelle tabelle sotto riportate, sono progressivamente aumentati nel corso degli anni, attraendo una percentuale di pazienti **non residenti** nel territorio metropolitano pari al 70% nel 2024 e al 69% nel 2025.

Di seguito si riporta il trend del numero di dimissioni e di interventi dal 2020 al 2025.

**Tabella 1 - Numeri dimessi: trend 2020-2025**

Provenienza	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>EXTRA - RER</b>	8	11	27	32	38	45
<b>RER - BOLOGNA</b>	25	33	29	64	93	107
<b>RER - EXTRA BOLOGNA</b>	59	112	95	123	179	193
<b>Totale complessivo</b>	<b>92</b>	<b>156</b>	<b>151</b>	<b>219</b>	<b>310</b>	<b>345</b>

**Tabella 2 - Numeri interventi: trend 2020-2025**

Provenienza	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>EXTRA - RER</b>	12	11	25	28	24	34
<b>RER - BOLOGNA</b>	35	40	43	60	65	105
<b>RER - EXTRA BOLOGNA</b>	80	127	109	126	148	129
<b>Totale complessivo</b>	<b>127</b>	<b>178</b>	<b>177</b>	<b>214</b>	<b>237</b>	<b>268</b>

Relativamente alla relazione con i Centri Spoke, si segnala che già nel 2021 era stata potenziata la rete regionale di riferimento con il coinvolgimento di molte unità operative di ambito pediatrico. Nel 2025 è proseguita la convenzione con Reggio Emilia (attiva a partire dal 2019) per prestazioni ambulatoriali in loco di Neurochirurgia Pediatrica e sono attualmente in corso di valutazione richieste di formalizzazione di rapporti convenzionali con le Pediatrie delle Aziende di Modena, Parma e AUSL Romagna.

La Neurochirurgia Pediatrica ha inoltre partecipato e reso possibile l'effettuazione della totalità degli interventi di chirurgia dell'epilessia in età pediatrica (sia resezioni cerebrali che impianti di stimolatori del nervo vago) del centro interaziendale di chirurgia dell'epilessia.

Il Centro ha partecipato al tavolo regionale di lavoro congiunto Neonatologi-Neurochirurghi Pediatrici che ha prodotto un documento condiviso (da inserire all'interno della futura delibera riguardante la rete neonatologica della Regione Emilia-Romagna) riguardo la rete Neurochirurgica Neonatologica della Regione Emilia-Romagna. Tale documento definisce le modalità di collaborazione e di riferimento dei pazienti al Centro di Riferimento di Neurochirurgia Pediatrica di Bologna; pone inoltre le basi per assicurare medesimi standard assistenziali ai neonati della intera Regione che necessitino di terapie neurochirurgiche.

Per quanto attiene le attività scientifiche, si rappresenta infine che sono stati pubblicati 6 articoli scientifici su riviste indicizzate PubMed.

#### **CENTRO HUB MEDICO E CHIRURGICO PER I TUMORI STROMALI GASTROINTESTINALI (GIST) E SARCOMI VISCERALI**

Il centro hub per i GIST e sarcomi viscerali dell'IRCSS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha la funzione di garantire l'assistenza clinica ai pazienti affetti da questi tumori rari in modo specialistico e mirato secondo modello hub and spoke della Regione Emilia-Romagna (DGR 1430/2019).

La Regione assegna un finanziamento di 150.000 euro al centro che viene sostanzialmente destinato in larga parte al reclutamento di professionisti sanitari dedicati (medici specialistici in oncologia con expertise ai tumori rari, in corso reclutamento nuovo case manager). Il contributo è stato assegnato in continuità con gli anni precedenti, si precisa che l'importo di tale finanziamento è rimasto invariato dal 2019 ad oggi.

Nel 2025 sono state realizzate le seguenti attività:

- Attività clinico-assistenziale ai pazienti con tumori rari, erogati in linea con le procedure del PDTA aziendale GIST e sarcomi viscerali. L'attività del 2025 è la seguente: 195 nuovi pazienti (incidenza) (68 GIST e 127 sarcomi) + 50 casi clinici telematici, 798 pazienti in carico totali (prevalenza).
- contatto con i centri spoke della rete per discussione di casi clinici mediante la piattaforma informatica (HealthMeeting) e newsletter periodica con novità sul trattamento dei GIST e sarcomi;
- coordinamento interdisciplinare dei professionisti dell'IRCSS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ed Ospedale Maggiore dedicati ai GIST e sarcomi viscerali

(UU.OO. chirurgia generale, chirurgia ginecologica oncologica, chirurgia toracica, urologia, cardiocirurgia, anatomia patologica, endocrinologia, radioterapia, radiologia e medicina nucleare) garantendo adeguata assistenza in linea con le procedure del PDTA aziendale GIST e sarcomi viscerali;

- partecipazione a meeting multidisciplinari di vari gruppi ogni qualvolta è prevista la discussione di pazienti con GIST e sarcomi viscerali (Gruppo Pelvex, meeting PDTA GOST e sarcomi, meeting PDTA tumori del surrene, meeting PDTA neoplasie gastrointestinali dell'IRCSS AOUBO e dell'Ospedale Maggiore);
- rendicontazione annuale di attività clinica prevista nell'ambito della rete Europea ERN EURACAN dedicata ai tumori rari di cui l'IRCSS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è Full Member;
- conduzione studi di ricerca clinica con farmaci innovativi tra cui trial interventistici di seconda linea nel trattamento dei GIST (INSIGHT study e PEAKCogent study), prima linea dei leiomioidi (SALUDO);
- conduzione di studi di ricerca traslazionale applicata alla clinica in ambito Italian Sarcom Group;
- partecipazione ad attività di formazione e divulgazione scientifica;
- WT GIST Unit con un ambulatorio dedicato ad un sottogruppo di pazienti con GIST che sono generalmente giovani, particolarmente resistenti alle cure ad oggi disponibili e che presentano caratteristiche genetiche complesse. La WT GIST Unit, unico esempio in Italia, offre a questi pazienti un consulto clinico, un consulto molecolare e genetico;
- applicazione del pannello genomico disegnato ad hoc per i GIST WT e finanziato con fondi UNIBO e messo a punto in collaborazione con l'Anatomia patologica e il laboratorio di patologia molecolare per l'analisi molecolare dei pazienti GIST WT afferenti all'IRCSS Sant'Orsola;
- lavori su progetto di ricerca corrente dell'IRCCS Sant'Orsola sulla creazione di una piattaforma web dedicata a pazienti con tumori rari che metta in rete i tre IRCCS metropolitani (Sant'Orsola, IOR e Bellaria Neuroscienze) per poter garantire accesso facilitato e tempestivo dei pazienti ai suddetti ospedali con conseguente presa in carico;
- partecipazione a progetti di ricerca corrente dell'IRCCS Sant'Orsola su DNA circolante dei sarcomi viscerali in fase metastatica studio Microbiopsy (PI Dr Antonio Curti) e sul profilo genomico dei GIST ultrarari, studio REDMAN (PI Dr Tommaso Pippucci);
- conduzione del progetto di ricerca finanziato con GRANT PNRR Partenariato 6 HEAL Italia - Medicina di Precisione del Ministero della Università (MIUR) PI Proff.sa Pantaleo.

#### **CENTRO PER L'UTILIZZO DELLE TERAPIE AVANZATE CAR-T**

La Regione Emilia-Romagna ha individuato l'IRCCS AOUBO di Bologna quale Centro Hub per l'utilizzo delle terapie avanzate CAR-T per i pazienti dell'Emilia-Romagna, assegnando al centro l'obiettivo di definire un protocollo di selezione e presa in carico dei pazienti candidati alle terapie avanzate (DGR n.1134/2019).

La gestione della terapia con cellule CAR-T prevede una organizzazione complessa e trasversale che coinvolge oltre all'ematologo-trapiantologo altre figure come il neurologo, l'intensivista, il farmacista ospedaliero, l'infettivologo, il medico nucleare e l'anatomopatologo.

Il percorso, dal prelievo al processo di ingegnerizzazione presso la “cell factory” fino all’infusione nel paziente, richiede alta competenza e specializzazione degli operatori assieme ad uno stretto coordinamento di tutti gli attori coinvolti, agreements quali-quantitativi e puntuale valutazione di indicatori di efficacia, sicurezza e di processo secondo standard internazionalmente riconosciuti. La somministrazione delle cellule CAR-T è indipendente e svincolata dalla fase di produzione delle stesse.

Il modello di rete regionale prevede la possibilità di somministrazione di CAR-T approvate da AIFA e rimborsate in tre centri dell'adulto (IRCCS AOUBO, Modena e Reggio Emilia) con un coordinamento da parte di IRCCS AOUBO della rete regionale con lista informatizzata unica. Inoltre anche il centro pediatrico di oncematologia pediatrica di IRCCS AOU BO è stato autorizzato e può infondere cellule CAR-T e prodotti di terapia genica

I vantaggi del progetto italiano di sviluppo di siti di produzione di Advanced Therapies Medicinal Products sono numerosi tra cui la possibilità di sviluppare CAR-T di nuova generazione, anche per malattie più rare e orfane di farmaci, di contenere i costi di produzione e, in particolare, di creare know-how ed expertise in un ambito innovativo, complesso e cruciale per il futuro della medicina. È in partenza uno studio prospettico di fase 1 no profit per malattie auto e alloimmuni con prodotto CAR-T anti cd19 accademico in copromozione con l'ospedale pediatrico Bambin Gesù e che prevede la collaborazione, in ER, di altri due IRCCS della regione (Reggio Emilia e IRCCS Bellaria)

Si stima che la progettualità dell’officina potrà essere operativa dal 2026.

A seguire si riporta il monitoraggio degli indicatori relativi a all’area di performance dell’integrazione:

Indicatore	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Valore Aziendale 2025	Valore Regionale 2025	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG (AUSL BO)	230,17	242,85	212,39	226,87	Contributo aziendale al raggiungimento dell’obiettivo su base metropolitana
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG (AUSL BO)	41,7	82,48	22,22	57,77	
Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	29,46	30,51	27,79	29,39	
Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - NSG (AUSL BO)	72,0	70,41	73,36	63,24	Contributo aziendale al raggiungimento dell’obiettivo su base metropolitana
Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	15,86	10,13	19,73	11,93	

Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG (AUSL BO)	97,65	100	84,19	100
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG (AUSL BO)	60,4	56,4	55,7	54,4
% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni (AUSL BO)	29,61	25,35	27,06	24,61

**Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2025**

### 3.1.3. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEGLI ESITI

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

Per quanto riguarda gli indicatori di Volume e di concentrazione della casistica presenti nel NSG e nel panel di indicatori regionale (inSiDER) l'azienda ha sempre storicamente raggiunto i risultati su tutte le discipline.

Con riferimento agli indicatori volumi-esiti del DM 70/2015 presenti sul sistema SIVER di monitoraggio ed elencati nella tabella sottostante, nel 2025 l'indicatore relativo alle colecistectomie laparoscopiche ha mantenuto il trend in miglioramento dell'anno precedente. Nel 2026 proseguiranno le azioni di miglioramento riguardo alla concentrazione di tale attività.

Nella tabella sottostante sono riportati gli indicatori di Volume regionali con i risultati ottenuti:

Indicatore	IRCCS S. ORSOLA 2024	Target atteso 2024	IRCCS S. ORSOLA 2025
<u>IND0381</u> - Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia (100)	100%	≥95%	
<u>IND0383</u> - Angioplastica coronarica percutanea: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (250)	100%	≥95%	

Indicatore	IRCCS S. ORSOLA 2024	Target atteso 2024	IRCCS S. ORSOLA 2025
<u>IND0384</u> - Angioplastica coronarica percutanea primaria per IMA-STEMI: % di interventi in stabilimenti sopra soglia	<b>100%</b>	≥95%	
<u>H02Z</u> - Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con attività > 135 casi	<b>100%</b>	≥95%	
<u>IND0379</u> - Colectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	<b>75,11%</b>	≥95%	77,71%
<u>IND0770</u> - Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75)	<b>96,68%</b>	≥95%	97,48%

Fonte dati: Insider - Regione Emilia-Romagna

Indicatore	IRCCS S. ORSOLA 2024	Risultato 2025	Target 2025
IND1014 % Pazienti con STEMI trattati con angioplastica primaria entro <= 90 min	<b>63,5%</b>	41,54%	≥65%
IND0947 - % pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in emodinamica (fast track)	<b>73,12%</b>	70,18%	≥70%
H03C - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	<b>2,58%</b>	1,23%	≤ 2,66
H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - NSG	<b>0,13%</b>	0,13%	≤ 0,15
H05Z - Proporzione colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	<b>83,08%</b>	85,19%	≥ 90%
IND1013 - % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario - Indicatore NSG: H13C	<b>60,92%</b>	70,19%	≥ 80%
H18C - % di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	<b>25,0%</b>	23,18%	≤ 20%
H23C Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	<b>15,05%</b>	8,99%	≤ 7,25%

Fonte dati: Insider – Regione Emilia-Romagna

I risultati per l'anno 2025 degli indicatori presenti nella sezione Appropriatelyzza delle cure: indicatori NSG per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, riportati nella tabella sottostante, evidenziano mediamente una buona performance aziendale, con alcune aree nelle quali è opportuno intraprendere azioni di miglioramento ed aree che hanno visto un miglioramento rispetto ai valori registrati nel 2024 pur rimanendo al di sotto del target.

- H05Z – NSG – Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni, in miglioramento rispetto al dato del 2024 ed in linea con la media regionale.
- H18C – NSG – Percentuale di parti cesarei primari in strutture con  $\geq 1.000$  parti, in leggero miglioramento seppur lontano dal target. Si sottolinea che presso il Policlinico sussistono un centro di terapia intensiva neonatale di terzo livello, una funzione di ostetricia di III livello e i centri di fisiopatologia neonatale e di procreazione assistita, che rendono ragione della complessità della casistica trattata che avvalorata ulteriormente il buon risultato raggiunto.
- IND1013 – Percentuale di pazienti ( $\geq 65$  anni) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario, in deciso miglioramento rispetto allo scorso anno. L'indicatore è attualmente monitorato anche attraverso l'implementazione del nuovo PDTA, che prevede la realizzazione di audit periodici finalizzati al monitoraggio e al miglioramento delle performance.
- H23C – NSG - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico, in miglioramento rispetto allo scorso anno.

Il percorso STEMI, a seguito di un audit clinico interno eseguito nel 2023/2024 ha raggiunto gli obiettivi regionali prefissati.

Relativamente al percorso dello STEMI, nel 2025 è proseguito il confronto con il direttore del PS e del 118, e sono state individuate azioni di sensibilizzazione dei professionisti del 118 nell'effettuare e trasmettere precocemente L'EGG al centro di cardiologia ospedaliero, di indagare in modo attento i sintomi riferiti dal paziente nel momento della chiamata al 118. In ambito del PS Generale IRCCS AOUBO è stata sollecitata la registrazione dell'orario della chiamata e dell'arrivo del trasporto da parte del 118 per il servizio di emodinamica.

Nel corso del 2025 è stato avviato un audit, tuttora in corso, relativo all'indicatore di emodinamica IND1014 – Angioplastica coronarica percutanea e all'indicatore IND0947 – Percentuale di pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e trasportati direttamente in emodinamica (fast track). I risultati preliminari dell'audit sono stati condivisi e discussi con i professionisti coinvolti.

Parallelamente, è stato attivato un gruppo di lavoro multidisciplinare con l'obiettivo di predisporre un documento interno finalizzato a definire in modo più strutturato il percorso del paziente, esplicitando le diverse fasi del processo assistenziale e i relativi livelli di responsabilità.

I PDTA attivati all'interno dell'Azienda per la presa in carico di pazienti con specifiche patologie oncologiche prevedono la valutazione multidisciplinare della casistica attraverso l'utilizzo della piattaforma collaborativa Health meeting che consente la condivisione di informazioni sanitarie e la gestione, anche a distanza, dei team multidisciplinari (HM è sviluppato prevalentemente per i team oncologici, ma si sta usando anche per discussioni di patologie non oncologiche).

Nel 2025 prosegue l'attivazione dei Team Multidisciplinari per ogni PDTA attivato e sulla base delle richieste pervenute tramite il canale della Telemedicina (in relazione al teleconsulto collegiale in simultanea per la discussione dei casi clinici).

A seguire si riportano i dati relativi ai meeting multidisciplinari 2024- 2025:

	ANNO 2024		ANNO 2025	
	<i>N Pazienti (Teste)</i>	<i>N Casi discussi</i>	<i>N Pazienti (Teste)</i>	<i>N Casi discussi</i>
21-Carcinoma del Colon Retto	235	406	417	250
141-Gruppo Multidisciplinare Chirurgia Bariatrica/Metabolica	155	187	244	218
142-Gruppo Multidisciplinare Breast Unit Pre Operatorio	883	1286	1387	940
143-Gruppo Multidisciplinare Breast Unit Post-Operatorio	599	725	756	588
201-Gruppo multidisciplinare di Oncologia Ginecologica	605	830	757	589
261-Gruppo Multidisciplinare Tumore del Pancreas	149	202	360	287
341-Gruppo Multidisciplinare Prostate Unit Pre Operatorio	857	1229	1311	943
342-Gruppo Multidisciplinare Prostate Unit Post-Operatorio	428	432	424	422
343-Gruppo Multidisciplinare Neoplasie Neuroendocrine	171	210	211	171
361-Gruppo Multidisciplinare Endometriosi	51	73	73	52
421-Gruppo Multidisciplinare Surrene	65	74	67	54
66-Patologia Toracica	828	1150	1328	942
661-Gruppo Multidisciplinare Liver Oncology Meeting (Gruppo LOM)	72	83	267	188
701-Gruppo Multidisciplinare PDTA Melanoma	118	145	308	219
721-Gruppo Multidisciplinare PDTA Testa-Collo	336	552	638	369
861-PDTA Interaziendale Interstiziopatie Polmonari -	91	99	108	105

Fibrosi Polmonare Idiopatica				
941-Centro Studi e Ricerca multidisciplinare della neoplasia vescicale e dell'alta via escretrice	314	513	521	302
981 - Unità Trapiantom- Oncoematologia Pediatrica	25	42	27	20
1021 - Gruppo Multidisciplinare - Terapia intra-arteriosa con Itrio90	123	342	357	133
Centro di Riferimento per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali Regione Emilia-Romagna	34	35	41	39
GRUPPO MULTIDISCIPLINARE CMC (Comitato Medico Chirurgico del Programma Trapianto di Fegato)	211	285	260	192
Gruppo Multidisciplinare Dimissione Precoce	55	76	96	55
Gruppo Multidisciplinare Kidney Unit	437	686	727	472
Meeting Multidisciplinare Sarcomi Pediatrici	38	106	136	58
PDTA regionale GIST e sarcomi viscerali	/	/	35	33
PELVEX - Chirurgica complessa della pelvi e del retroperitoneo	42	52	71	64
Presenza in carico multidisciplinare e interaziendale dei pazienti con metastasi muscolo-scheletriche	199	243	270	226
<b>Totale</b>	<b>7122</b>	<b>10.064</b>	<b>11197</b>	<b>7531</b>

## 3.2 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI

### 3.2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLA STRUTTURA E DELL'OFFERTA DELLA PRODUZIONE

#### STRUTTURA DELL'OFFERTA E DELLA PRODUZIONE

L'Azienda monitora correntemente con periodicità mensile l'andamento dell'attività relativa all'assistenza ospedaliera. L'analisi che viene condotta sui volumi di attività focalizza l'attenzione sull'andamento dei ricavi rispetto alle tre principali dimensioni economiche:

1. 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 di Bologna ed Imola;
2. l'attività a favore di pazienti residenti nelle altre province (mobilità attiva infraregionale);
3. l'attività per residenti in altre regioni (mobilità attiva extraregionale).

Il monitoraggio dei volumi di attività è effettuato analizzando l'andamento del triennio 2023-2024-2025

Con riferimento alla sostenibilità economica l'Azienda ha provveduto ad effettuare il monitoraggio dell'obiettivo economico-finanziario ed in particolare, con periodicità bimestrale, al monitoraggio degli obiettivi di budget specificatamente assegnati dalla Regione

Emilia-Romagna con riferimento ai principali fattori produttivi che concorrono al maggior assorbimento di risorse.

In corso d'anno è stato inoltre verificato il rispetto di quanto definito dalla programmazione regionale 2025 e degli obiettivi assegnati quali obiettivi di mandato.

## ATTIVITÀ DI RICOVERO

L'Azienda registra rispetto all'anno precedente un incremento dei volumi di attività di ricovero (+2,73%) e della valorizzazione economica (+1,65%) mentre rileva un lieve calo della complessità della casistica trattata rispetto all'anno precedente (-0,97%), sostanzialmente correlato al recupero delle prestazioni in lista d'attesa.

La tabella di seguito riportata rappresenta gli andamenti rilevati dei pazienti in termini di numero di dimessi e valorizzazione economica dell'attività complessiva nel triennio 2023-2025.

Si precisa che fino al primo semestre 2023 la valorizzazione economica delle prestazioni di ricovero per pazienti residenti in Emilia-Romagna fa riferimento alla DGR 525/2013. Dal secondo semestre 2023 la valorizzazione economica delle prestazioni di ricovero fa riferimento alla DGR 878/2023 avente ad oggetto "Determina delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna a decorrere dal 01.07.2023" (salvo accordi consensuali fra le aziende).

Per i pazienti residenti fuori regione si fa riferimento alle tariffe regionali vigenti, in applicazione di quanto disposto dalla DGR 977/2019.

L'analisi degli andamenti rispetto alla provenienza dei pazienti rileva un incremento del numero dei ricoveri complessivi, in misura percentuale particolarmente evidente per pazienti della Regione in particolare dell'Ausl Bologna.

A seguire si riportano i volumi dei ricoveri articolati per provenienza dei pazienti ricoverati nel triennio 2023-2025:

	2023			2024			2025		
	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Peso medio
<b>AUSL BO</b>	38.492	166.728	1,29	39.719	174.835	1,27	41.202	178.522	1,26
<b>AUSL IMOLA</b>	2.390	11.980	1,45	2.424	11.783	1,38	2.492	11.341	1,34
<b>Fuori provincia</b>	6.267	45.022	1,9	6.695	47.408	1,83	6.726	49.229	1,85
<b>Fuori regione</b>	8.161	53.356	1,75	8.116	51.797	1,68	8.237	52.667	1,69
<b>Stranieri o sconosciuti</b>	7	38	1,62	27	90	1,14	63	353	1,39
<b>Totale</b>	<b>55.317</b>	<b>277.124</b>	<b>1,43</b>	<b>56.981</b>	<b>285.914</b>	<b>1,40</b>	<b>58.720</b>	<b>292.112</b>	<b>1,39</b>

N. dimessi con oneri a carico del SSN, valorizzazione economica (in migliaia di €), peso medio DRG. Fonte banca dati aziendale

Si riportano i dati dell'andamento in incremento dei ricoveri programmati (+1%) e dei ricoveri urgente (+6%), con evidenza dell'incremento dei casi chirurgici (+4,6%).

2023	2024	2025	Var. 25/24
------	------	------	------------

	Ammessi	Ammessi	Ammessi
programmato	34.984	36.098	36.464
urgenza	20.318	20.941	22.211
<b>TOTALE</b>	<b>55.302</b>	<b>57.039</b>	<b>58.675</b>

Δ Ammessi	Var %
366	1,0%
1.270	6,1%
<b>1.636</b>	<b>2,9%</b>

N. ricoveri urgenti e programmati. Fonte dati: banca dati aziendale.

	2023	2024	2025
	Dimessi	Dimessi	Dimessi
Chirurgico	27.813	29.174	30.503
Medico	27.504	27.807	28.217
<b>TOTALE</b>	<b>55.317</b>	<b>56.981</b>	<b>58.720</b>

Var. 25/24	
Δ Dimessi	Var %
1.329	4,6%
410	1,5%
<b>1.739</b>	<b>3,1%</b>

N. ricoveri con DRG chirurgico e DRG di tipo medico. Fonte dati: banca dati aziendale.

L'attività **in regime di day hospital** registra nel 2025 un aumento di +381 dimessi (+3,08%) con un incremento prevalente dei day hospital chirurgici (+681, pari a +8%) per incremento dell'attività di day surgery di chirurgia generale, oculistica, urologica e ginecologia.

Il monitoraggio dell'andamento delle attività per linea di produzione evidenzia il potenziamento dell'attività nell'ambito cardiologia/cardiochirurgia, chirurgia generale, urologia e ginecologia, tenuto conto anche dell'attività di recupero delle liste di attesa.

Raggr Linea Produzione	2023		2024		2025	
	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo
Cardiologia Cardiochirurgia	6.268	56.782	6.472	61.225	6.471	62.270
Chirurgia Generale	7.867	40.246	8.192	43.040	8.573	44.092
Urologia	4.248	15.817	4.398	18.172	4.456	17.466
Trapianti organo	324	20.222	270	15.909	277	18.582
Pneumologia	3.633	15.591	3.697	15.059	3.665	14.743
Ortopedia	2.524	14.769	2.721	15.695	2.727	15.349
Trapianti midollo	217	13.809	198	12.763	199	12.839
Gastroenterologia	3.835	11.798	4.063	12.457	4.068	12.627

Mal. Infettive	1.862	11.112	1.785	10.655	1.650	9.640
Ginecologia	2.758	7.815	2.923	8.686	3.184	8.969
Emerg./Urgenza	961	7.453	1.108	7.859	1.310	8.842
Neonatologia/Nido*	2.468	6.286	2.513	6.836		
Chirurgia Toracica					1.329	8.045
<b>Primo 80 % dell'Importo</b>	<b>36.965</b>	<b>221.700</b>	<b>38.340</b>	<b>228.356</b>	<b>37.909</b>	<b>233.464</b>

<b>Totale</b>	<b>56.030</b>	<b>281.770</b>	<b>56.981</b>	<b>285.914</b>	<b>58.720</b>	<b>292.112</b>
---------------	---------------	----------------	---------------	----------------	---------------	----------------

Dimessi, valorizzazione economica (importo in migliaia di €), valore medio dei ricoveri anni 2023-2025, suddivisi per linea di attività.  
Fonte: banca dati aziendale.

L'andamento dei ricoveri nei **Dipartimenti ad Attività Integrata** evidenzia ulteriormente gli ambiti di incremento di attività.

Dipartimento	2023			2024			2025		
	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Peso medio
DIPARTIMENTO MALATTIE CARDIO-TORACO-VASCOLARI	8.831	79.536	2,20	9.182	81.633	2,14	9.521	85.999	2,13
DIP. MEDICO CHIRURGICO DELLE MALATTIE DIGESTIVE, EPATICHE ED ENDOCRINO-METABOLICHE	10.378	58.740	1,61	10.634	59.873	1,58	10.879	60.412	1,57
DIPARTIMENTO MALATTIE NEFRO-UROLOGICHE	5.967	25.517	1,34	5.819	27.711	1,37	5.857	26.604	1,35
DIPARTIMENTO MALATTIE DEL DISTRETTO TESTA COLLO	5.999	13.731	1,01	6.447	14.672	1,01	6.846	15.740	1,01
DIPARTIMENTO MALATTIE ONCOLOGICHE ED EMATOLOGICHE	3.017	26.301	2,27	2.948	25.404	2,18	2.911	25.794	2,26
DIPARTIMENTO OSPEDALE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	12.581	28.136	0,76	12.999	29.466	0,76	13.402	29.765	0,75

DIP. SPERIM. CHIR. GENERALI E SPECIALISTICHE ONCOLOGICHE DELL'IRCCS C/O O. MAGGIORE	1.989	11.551	1,75	2.067	11.100	1,59	2.024	11.584	1,64
DIPARTIMENTO DELLA CONTINUITA' E DELL'INTEGRAZIONE	3.060	13.636	1,16	3.239	14.895	1,16	3.343	15.354	1,16
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO INFETTIVO	2.377	14.804	1,64	2.426	15.629	1,66	2.630	15.815	1,58
DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA INTERAZIENDALE (DEI)	1.118	5.172	1,49	1.220	5.529	1,39	1.307	5.046	1,23
<b>Somma:</b>	<b>55.317</b>	<b>277.124</b>	<b>1,43</b>	<b>56.981</b>	<b>285.914</b>	<b>1,40</b>	<b>58.720</b>	<b>292.112</b>	<b>1,39</b>

Dimessi e valorizzazione economica (importo in migliaia di €) dei ricoveri anni 2023-2025, suddivisi per dipartimento di dimissione. Fonte: banca dati aziendale.

L'adeguata gestione dei posti letto è stata la priorità tenuto conto dell'esigenza di recuperare pazienti in lista di attesa per i ricoveri chirurgici e la gestione del sovraffollamento del pronto soccorso. Rispetto al "Piano emergenza sovraffollamento Pronto Soccorso e richiesta ricoveri urgenti", per migliorare i tempi di boarding e il percorso di ricovero, è stato rivisto l'assetto organizzativo del servizio di bed management, prevedendo un coinvolgimento più attivo dei case manager nella gestione del percorso del paziente.

### UTILIZZO EFFICIENTE DEI POSTI LETTO

L'adeguata gestione dei posti letto è stata la priorità tenuto conto dell'esigenza di recuperare pazienti in lista di attesa per i ricoveri chirurgici e la gestione del sovraffollamento del pronto soccorso. Rispetto al "Piano emergenza sovraffollamento Pronto Soccorso e richiesta ricoveri urgenti", per migliorare i tempi di boarding e il percorso di ricovero, è stato rivisto l'assetto organizzativo del servizio di bed management, prevedendo un coinvolgimento più attivo dei case manager nella gestione del percorso del paziente e la sperimentazione del bed manager di "padiglione". L'inserimento in area chirurgica della figura di bed manager per la gestione sia del flusso in uscita (dimissione) che del flusso tra setting (trasferimento) ha governato e migliorato l'efficienza dell'utilizzo del posto letto per rispondere alla necessità di incrementare l'attività chirurgica a parità di posti letto.

A seguito della riorganizzazione dell'area medica, nel 2025 sono stati attivati 20 posti letto presso la Medicina Interna Cardiotoracovascolare: 10 dedicati ai ricoveri dal Pronto Soccorso e 10 destinati al supporto del polo cardiotoracovascolare.

Nel corso dell'anno è proseguita anche la progettualità dei Team Ricoveri e Dimissioni nell'area internistico-geriatrica ed è stata formalizzata l'estensione del modello all'area chirurgica e al polo cardiotoracovascolare.

Nel 2025 sono stati inoltre realizzati due percorsi formativi specifici rivolti ai componenti dei Team Ricoveri e Dimissioni, finalizzati a migliorare qualità e appropriatezza nell'utilizzo dei percorsi aziendali e territoriali.

Il primo corso, rivolto all'area chirurgica e al polo cardiotoracovascolare, ha approfondito temi quali: il nuovo modello di bed management, la gestione dei flussi urgenti e programmati, il nuovo modello organizzativo del CUM, la presa in carico del paziente fragile, il ruolo dell'assistente sociale e dell'infermiere di continuità, nonché i percorsi dedicati al paziente internistico.

Il secondocorso, realizzato a fine 2025 e rivolto a tutti i Team già formalizzati e ai futuri referenti dell'area specialistica, ha affrontato ulteriori contenuti relativi al percorso del paziente fragile e internistico, ai modelli territoriali CUM e COT, alle cure intermedie, alla rete geriatrica integrata ospedale-territorio, alla rete delle cure palliative, al percorso della frattura di femore e alla bioetica applicata alla pratica clinica. Nel corso del 2026 il modello dei Team Ricoveri e Dimissioni verrà ulteriormente esteso anche all'area specialistica.

Per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso generale, in previsione del picco influenzale e alla maggiore richiesta di ricoveri urgenti, come da procedura emessa, a partire dal 4 novembre 2024 è stata mantenuta anche nel 2025 l'Admission Room. L'Admission Room con un massimo di 10 posti letto è stata attivata dal lunedì al sabato dalle 8 alle 15 ed è stata finalizzata a ridurre il boarding che si verifica la mattina presso il PS Generale, accogliendo i pazienti con indicazione al ricovero presso l'area internistico geriatrica del padiglione 2, con iter di pronto soccorso concluso.

L'indicatore circa l'efficiente utilizzo dei posti letto (degenza media) viene costantemente monitorato in corso d'anno: l'indice comparato di performance (ICP) negli ultimi anni è pressoché costante e si è mantenuto tra i più bassi tra le Aziende Ospedaliere e per il 2025 il valore rimane in linea con la media regionale. Nell'ambito delle analisi condotte si rileva che la durata della degenza è condizionata dalle criticità nel percorso di deflusso dei pazienti dalla struttura ospedaliera, per carenza di strutture sanitarie esterne in grado di accogliere i pazienti nella fase post acuta percorso di cura.

**IND0872 - Indice comparativo di performance**

ICP			
Azienda di Ricovero	2023	2024	2025
AOSPU PARMA	1,23	1,21	1,24
AOSPU MODENA	1,03	1,06	0,89
IRCCS S. ORSOLA	1,14	1,14	1,12
AOSPU FERRARA	1,29	1,31	1,35

Fonte dati: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

## **PREDISPOSIZIONE ED ATTIVAZIONE DEL PIANO DI RIORGANIZZAZIONE PER LA GESTIONE DEI POSTI LETTO DI TERAPIA INTENSIVA E SEMINTENSIVA**

Per poter continuare a garantire l'attività di alta complessità e negli ambiti di riconoscimento IRCCS è stata riaperta della terapia intensiva del Padiglione 25 nell'ottobre 2023.

Il progetto ha previsto l'attivazione di 8 posti letto con utilizzo flessibile tra terapia intensiva e semintensiva al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse in funzione dell'intensità del livello assistenziale richiesto dal singolo paziente. Questo ha permesso sia di supportare l'attività chirurgica di alta complessità del polo CTV sia di rispondere in fare epidemica influenzale al supporto alle altre aree critiche del Policlinico.

Secondo le indicazioni della Regione Emilia-Romagna nel corso del 2025 si è provveduto inoltre a valutare altri setting da codificare con la disciplina Terapia Semintensiva (Pneumologia e Medicina D'Urgenza) per garantire il corretto allineamento tra disciplina di ricovero e attività clinica effettivamente svolta.

## **MIGLIORAMENTO DEL PERCORSO DI PRERICOVERO IN TELEMEDICINA PER I FUORI REGIONE**

La normativa regionale, attraverso la DGR 272/2017 e la Circolare n. 5/2018 recante le "Linee di indirizzo per il governo e la standardizzazione dei percorsi preoperatori e di gestione perioperatoria nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna", ha previsto l'adozione di profili standardizzati di prestazioni preoperatorie, condivisi tra i professionisti e orientati alla valutazione anestesiológica.

In coerenza con tali indirizzi, l'Azienda aveva programmato l'attivazione di specifici percorsi di prericovero in telemedicina dedicati ai pazienti residenti fuori regione, con l'obiettivo di ridurre gli spostamenti a loro carico e semplificare il percorso preoperatorio.

L'obiettivo non è stato tuttavia raggiunto nel periodo di riferimento in quanto non è stata ancora resa disponibile la piattaforma regionale di telemedicina, presupposto necessario per l'implementazione del modello organizzativo previsto. Parallelamente, le priorità aziendali si sono concentrate sull'attuazione delle nuove disposizioni regionali in materia di gestione delle liste di attesa e sull'implementazione del nuovo applicativo per la gestione delle sale operatorie, attività che hanno richiesto un significativo impegno organizzativo e delle risorse coinvolte nei processi chirurgici.

## **VOLUMI PRESTAZIONI PER CHIRURGIA ROBOTICA (>250 INTERVENTI)**

La chirurgia laparoscopica robotica costituisce una delle più avanzate evoluzioni tecnologiche della chirurgia mini-invasiva tradizionale, consentendo un elevato livello di precisione tecnica e supportando la gestione di interventi a maggiore complessità.

Negli ultimi anni l'Azienda USL di Bologna e l'IRCCS AOU di Bologna hanno progressivamente riorganizzato i percorsi chirurgici secondo un modello metropolitano HUB & Spoke. Tale assetto organizzativo ha consentito di potenziare l'attività chirurgica sia in termini di complessità clinica trattata sia di incremento dei volumi complessivi di attività.

L'utilizzo delle piattaforme robotiche coinvolge principalmente le équipes di chirurgia generale ed epato-bilio-pancreatica, chirurgia toracica, chirurgia urologica e chirurgia ginecologica, discipline nelle quali sono presenti professionisti già adeguatamente formati all'impiego della tecnologia robotica, che richiede percorsi di training dedicati e specifiche competenze tecnico-professionali.

L'IRCCS AOU di Bologna dispone attualmente di tre piattaforme robotiche presso la propria sede:

- 1 piattaforma Intuitive Surgical – Da Vinci, utilizzata per chirurgia urologica, ginecologica ed epato-biliare;
- 2 piattaforme Medtronic – Hugo, dedicata alla chirurgia generale, urologica e ginecologica.

A queste si aggiunge una ulteriore piattaforma robotica Intuitive Surgical – Da Vinci collocata presso l'Ospedale Maggiore dell'AUSL di Bologna, utilizzata dai professionisti dell'IRCCS AOU BO per interventi di chirurgia generale (fegato, pancreas e tubo digerente) e chirurgia toracica, in particolare timectomie e lobectomie.

Su queste basi è stata sviluppata una piattaforma robotica metropolitana finalizzata alla gestione integrata delle attività di chirurgia urologica, generale, toracica e ginecologica. Tale modello organizzativo ha permesso di garantire un accesso omogeneo a prestazioni ad alta specializzazione e a tecnologie innovative per tutti i cittadini dell'area metropolitana, indipendentemente dall'Azienda sanitaria di riferimento.

Il riconoscimento dell'Azienda come IRCCS ha inoltre favorito l'avvio di collaborazioni con altri IRCCS nazionali, orientate allo sviluppo della ricerca, all'implementazione di nuove tecnologie e al miglioramento dei percorsi assistenziali. In questo contesto, dai primi mesi del 2023 è stata attivata una collaborazione con l'AUSL di Imola per lo sviluppo dell'attività robotica in ambito urologico e ginecologico, con un incremento produttivo stimato in circa 50 ore mensili, corrispondenti a circa 8 pazienti al mese.

Questo assetto organizzativo ha consentito nel 2025 un ulteriore consolidamento dell'attività di chirurgia robotica e rappresenta la base per il raggiungimento, dei volumi annuali previsti a livello regionale per ciascuna piattaforma. Nel corso del 2025 le piattaforme

robotiche presenti presso l'IRCCS Policlinico Sant'Orsola Malpighi sono state utilizzate per oltre 1415 interventi chirurgici.

In applicazione della DGR 639/2025 e delle "Linee di indirizzo per la gestione della chirurgia robotica nella Regione Emilia-Romagna", sono stati inoltre attivati specifici monitoraggi relativi all'appropriatezza della casistica trattata con approccio robotico, che hanno consentito di garantire il 78% delle procedure robotiche "a valore".

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
IND1164 - % interventi chirurgici con tecnica robotica (RAS) autorizzati da RER sul totale degli interventi eseguiti in RAS	≥ 80%	77,81%

Fonte dati: Siver.

## **CONCENTRAZIONE DELLE TECNOLOGIE E DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI PER AMBITI COMPLESSI AD ALTA EVOLUTIVITÀ TECNOLOGICA**

### **Next Generation Sequencing (NGS)**

Con il Decreto Ministeriale n.73/2021 all'art.29, il Ministero ha disposto un finanziamento per la riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, individuando come soglia di efficienza la produzione di almeno 5.000 campioni analizzati con tecnologia Next Generation Sequencing (NGS) per singolo laboratorio, effettuati per qualsiasi patologia.

La DGR n. 2316 del 27/12/2022 individua, nell'ambito della rete dei laboratori, i laboratori di biologia molecolare avanzata in grado di offrire adeguate competenze specialistiche con soglia di efficienza di almeno 5.000 campioni analizzati con tecnologia NGS per singolo laboratorio, effettuati per qualsiasi patologia. Per l'Area Vasta Emilia Centro è stato individuato l'IRCCS Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna.

Al fine di migliorare qualità ed efficienza dei processi, come accessibilità e tempistica di erogazione e stimolare ricerca e innovazione, l'IRCCS AOU di Bologna ha istituito un laboratorio unico di sequenziamento ("Core Lab NGS") che riunirà gradualmente tutte le attività inerenti i percorsi diagnostici in campo oncologico ed emato-oncologico, microbiologico, di genetica medica e di diagnosi prenatale.

## **INTEGRAZIONE METROPOLITANA E RIORDINO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Il tema delle integrazioni tra le Aziende Sanitarie che insistono nell'area metropolitana di Bologna ha rivestito, nel corso dell'ultimo decennio, un ruolo centrale nelle agende del management avvicinandosi alla guida. In particolare, a partire dall'anno 2015 (complice anche

l'introduzione del DM 70/2015 e della successiva DGR 2040/2015), tale tema è stato particolarmente enfatizzato anche nell'ambito degli obiettivi di incarico assegnati dal livello regionale alle Direzioni delle Aziende metropolitane.

In considerazione del crescente numero di integrazioni che venivano avanti a partire dagli anni 2015 e 2016, le allora Direzioni Generali ritennero fondamentale procedere all'istituzione, in accordo con la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana, di un luogo comune per facilitare la condivisione delle strategie aziendali nelle aree in cui fossero in corso processi di integrazione interaziendale o comunque nuove iniziative da parte di singole aziende che potessero avere un impatto importante sulle altre aziende che operavano nel medesimo ambito provinciale/metropolitano. È così, dunque, che nella seduta della CTSSM del 27/02/2017 nasce l'Unità Tecnica di Missione, un organismo di coordinamento interaziendale per conseguire un più efficace coordinamento della realizzazione di iniziative di collaborazione o integrazione in ambito metropolitano. L'Unità Tecnica di Missione (UTM) era composta dalle 4 direzioni Aziendali (DG, DS e DA dell'AUSL BO, AUSL Imola, AOU BO e IOR), si riuniva bisettimanalmente secondo un calendario predefinito, i contenuti e le decisioni assunte in ciascun incontro venivano così verbalizzate.

La complessità delle dinamiche caratterizzanti l'area metropolitana di Bologna ha orientato la RER in accordo con Università di Bologna e CTSSM ad istituire (con DGR 743/2017 e 841/2017), sempre nel 2017, il Nucleo Tecnico di Progetto per lo sviluppo della piena integrazione dei servizi tra le Aziende Sanitarie dell'area metropolitana di Bologna che restituisce nel mese di giugno 2018 il documento "forme di integrazione nell'area metropolitana di Bologna: rapporto conclusivo".

Nel mese di aprile dell'anno 2022 è stato avviato un ulteriore gruppo di lavoro nominato dalla CTSSM sul tema dell'integrazione e innovazione e nella gestione delle reti ospedaliere e della assistenza territoriale "NTdP Città IIOGREAT" che ha restituito nel mese di giugno del 2023 un documento sulle possibili forme di integrazione tra gli IRCCS dell'area metropolitana bolognese (IRCCS AOUBO, IRCCS IOR, IRCCS ISNB) e tra le aziende territoriali (Ausl Bologna e Ausl Imola).

A partire dal 2015, quindi, in una prospettiva di applicazione delle disposizioni contenute all'interno del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015, le Aziende Sanitarie dell'area metropolitana di Bologna hanno sviluppato molteplici integrazioni lungo i tre principali ambiti di attività che caratterizzano i processi delle Aziende: a) attività amministrative, tecniche e professionali; b) attività di diagnostica e/o di supporto; c) attività cliniche mediche e chirurgiche - mediante la costituzione di vere e proprie reti cliniche integrate.

Da un punto di vista organizzativo le integrazioni sono riconducibili fondamentalmente a 5 modelli.

a) Creazione, ex-novo, di unità operative (complesse o semplici) di natura interaziendale. Tale modello è caratterizzato da:

- UO incardinate presso una azienda capofila, con assegnazione temporanea (ai sensi dell'art. 22 ter della Legge Regionale 43 del 26/11/2001, introdotto dall'art. 5 della Legge Regionale n. 26 del 20/12/2013) presso l'unica struttura di tutto il personale che, nelle aziende aderenti al progetto, svolgeva prevalentemente le funzioni oggetto di unificazione/integrazione (cd. Criterio di prevalenza e/o adibizione alle attività oggetto di unificazione);
- delega allo svolgimento di funzioni per conto di tutte le aziende aderenti al progetto.

b) Identificazione di unità operative (per lo più complesse) già esistenti presso una delle Aziende aderenti al progetto ed alle quali viene:

- delegata, in forza di uno specifico e temporaneo accordo sottoscritto tra le parti, la gestione in forma unificata ovvero si legittima la struttura a governare e svolgere le attività in tutte le sedi aziendali presso le quali le prestazioni vengono erogate;
- assegnato temporaneamente (ai sensi dell'art. 22 ter della Legge Regionale 43 del 26/11/2001, introdotto dall'art. 5 della Legge Regionale n. 26 del 20/12/2013) alla struttura unica tutto il personale che, nelle aziende aderenti al progetto, svolgeva prevalentemente le funzioni oggetto di unificazione/integrazione (cd. Criterio di prevalenza e/o adibizione alle attività oggetto di unificazione).

In questi 2 modelli non si è in presenza di un mutamento della titolarità datoriale, bensì di un utilizzo temporaneo (per la durata dell'accordo) derivante dalla dissociazione tra titolarità del rapporto di lavoro ed esercizio dei poteri di gestione del rapporto di lavoro (questi trasferiti in capo all'amministrazione cui vengono delegate le funzioni, nel concreto al direttore della UO cui vengono assegnati i dipendenti). In forza degli specifici accordi vengono, dunque, qualificate le unità operative in strutture a valenza interaziendale e pertanto come tali rigraduate nella posizione ed adeguate nel trattamento economico corrisposto al dirigente direttore della struttura (remunerazione dell'aumentata complessità).

c) Identificazione di unità operative (per lo più complesse) già esistenti presso una delle Aziende aderenti al progetto ed alle quali viene "trasferita" a titolo definitivo tutta l'attività da svolgere. Questa fattispecie, anche nota come "cessione ramo d'azienda", può essere adottata solo nel caso si tratti di attività chiaramente distinguibili nel perimetro di una organizzazione e dotate del carattere di "autonomia organizzativa". Il modello è stato, infatti, adottato nella creazione del laboratorio unico metropolitano di patologia clinica, nella creazione del servizio di immunoematologia e trasfusionale unico metropolitano (AUSL BO, IOR e IRCCS AOUBO) e nella creazione del servizio di medicina nucleare (IRCCS AOUBO e AUSLBO). Trattasi, dunque, di un modello caratterizzato dalla definitiva cessione della titolarità dei servizi (fattispecie regolata dall'art. 31 del d. lgs. n. 165/2001 (passaggio di dipendenti per effetto di trasferimento di attività), con mutamento datoriale ed applicazione delle garanzie previste dalla normativa civilistica dell'art. 2112.

- d) Creazione di dipartimenti interaziendali (mediante sottoscrizione di specifico accordo tra le Aziende aderenti al progetto e Università di Bologna nel caso dei Dipartimenti ad Attività Integrata), quali unici contenitori organizzativi, che raccolgono unità operative/programmi afferenti alle diverse aziende che decidono di aderire al progetto, aggregate/i sulla base di specifici driver individuati (es. affinità disciplinare, complementarietà nell'offerta del servizio, momento di cura, etc.). Sebbene il dipartimento sia interaziendale viene comunque, sempre, identificata un'azienda capofila. Vale la pena specificare, tuttavia, che se un contenitore è interaziendale non in automatico tutte le strutture inserite nell'ambito del suddetto contenitore sono qualificate tali: resta ferma, dunque, la necessità di sottoscrivere specifici accordi per rendere interaziendale una struttura complessa o semplice (punti "a" e "b").
- e) Affitto di piattaforme logistiche (sale operatorie e degenze) ad altra Azienda: è il caso del programma week surgery Budrio o dell'ortopedia Bentivoglio che prevedono un affitto, da parte dell'AUSL Bologna, di sale operatorie e degenze (ivi compreso personale di supporto medico e assistenziale) all'IRCCS AOUBO per svolgimento di attività chirurgica di medio bassa complessità (modello Budrio) o allo IOR per svolgimento di attività ortopedica (presso ospedale di Bentivoglio), in particolar modo a favore dei cittadini del distretto della Pianura EST.

Nella realizzazione dei modelli sopra declinati i principi e le direttive che hanno guidato negli anni la realizzazione dei servizi a valenza interaziendale sono i seguenti:

- attenzione alla centralità del paziente;
- sviluppo percorsi di cura;
- forte sinergia e collaborazione tra le Direzioni delle Aziende di Area Metropolitana;
- logica di lavoro «bottom up» che parte dai professionisti;
- attenzione alla razionalizzazione delle risorse e ricerca del percorso più appropriato per il paziente;
- cultura del dato e dell'Evidence Based Medicine.

La realizzazione dei progetti interaziendali prevede i seguenti step:

- a) confronto e pianificazione tra le direzioni dell'area metropolitana dei possibili sviluppi a livello interaziendale;
- b) richiesta del parere del Magnifico Rettore, se l'UO è a direzione universitaria;
- c) formalizzazione di un gruppo di lavoro multi-disciplinare/professionale, con l'individuazione di un team leader che coordina il gruppo e la definizione della scadenza dei lavori;
- d) presentazione progetto alle Direzioni committenti entro la scadenza prevista;
- e) approvazione del progetto da parte delle Direzioni e successiva presentazione in CTSS;
- f) definizione del modello giuridico da adottare e stesura della convenzione tra enti e dell'accordo con l'Università, nel caso in cui l'UO sia a direzione universitaria;
- g) informativa alle OO.SS. e al CUG;

- h) sottoscrizione convenzione tra Aziende aderenti;
- i) avvio fase sperimentale.

La struttura documentale che accompagna e fornisce garanzia rispetto agli obiettivi e ai risultati da conseguire è costituita dalla convenzione sottoscritta tra le aziende e dal progetto allegato alla stessa. All'interno di tali documenti è presente un'analisi dello stato dell'arte, la valutazione di eventuali criticità, la proposta di riorganizzazione ipotizzata, gli obiettivi, gli standard di prodotto, la regolazione degli scambi economici tra le aziende, la gestione del personale e le tempistiche previste di realizzazione.

Relativamente al monitoraggio sull'andamento dei servizi interaziendali vi sono diversi momenti di verifica:

- incontri di budget congiunti tra le aziende coinvolte per i servizi interaziendali con la realizzazione di schede di budget integrate;
- incontri periodici dei Controlli di Gestione per valutare l'andamento e i volumi di attività;
- revisione delle job description dei Direttori delle strutture a valenza interaziendale con inserimento degli obiettivi relativi alla realizzazione del progetto di integrazione in ambito interaziendale;
- verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti in relazione alla proroga dell'accordo.

Si riporta di seguito l'elenco dei servizi e dei dipartimenti a valenza interaziendale:

<b>Servizi Amministrativi</b>	
Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale	accordo Del. 408 del 24/12/2025
Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Economica del Personale	accordo Del. 408 del 24/12/2025
Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza	accordo Del. 408 del 24/12/2025
Servizio Acquisti Area Vasta	accordo Del. 53 del 15/02/2024
Servizio Unico Metropolitan Economato	accordo Del. 408 del 24/12/2025
Data Protection Officer	accordo Del. 167 del 09/06/2021
<b>Cessioni di ramo d'azienda</b>	
Trasfusionale Unico Metropolitan	cessione del. 253 del 31/08/2022
Laboratorio Unico Metropolitan	cessione Del. 391 del 25/08/2015
Medicina nucleare	cessione Del. 356 del 13/12/2021
Microbiologia unica metropolitana	

<b>Unità operative cliniche a valenza interaziendale</b>	
Pneumologia interventistica	proroga Del. 221 del 22/07/2021
Dermatologia	accordo Del. 243 del 10/07/2024
Chirurgia vascolare	proroga Del. 5 del 07/01/2025
Rete infettivologica	accordo Del. 175 del 05/06/2023
Allestimenti citologici	proroga Del. 258 del 31/08/2022
Chirurgia senologica	proroga Del. 354 del 14/12/2023
Neuromet	proroga Del. 6 del 07/01/2025
Neurochirurgia pediatrica	proroga Del. 261 del 24/07/2024
Neuropsichiatria dell'età infantile	accordo Del. 7 del 7/01/2025
Chirurgia metabolica e dell'obesità	proroga Del. 395 del 27/11/2024
Neuroradiologia	proroga Del. 276 del 08/08/2024
Reumatologia	accordo Del. 96 del 31/03/2022
Diagnostica senologica	accordo Del. 351 del 02/12/2025
<b>Dipartimenti a valenza interaziendale</b>	
Dipartimento farmaceutico interaziendale	proroga Del. 387 del 17/12/2025
Dipartimento di emergenza interaziendale	istituzione Del. 246 del 19/08/2021
Dipartimento interaziendale di Anatomia Patologica (DIAP)	istituzione Del. 92 del 18/03/2022
Dipartimento interaziendale per la gestione integrata del rischio infettivo (DIGIRI)	istituzione Del. 227 del 20/07/2022

### 3.2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLA QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

I temi della qualità, della sicurezza e la gestione del rischio nonché l'appropriatezza delle cure sono obiettivi prioritari delle aziende del servizio sanitario. L'interazione delle molteplici componenti che agiscono nel sistema deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico che consentano di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando, nel contempo, il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

Rafforzare le competenze dei professionisti è infatti un valore essenziale, così come la formazione costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.

In questo capitolo si sviluppano le azioni che l'Azienda ha realizzato, in linea con gli obiettivi definiti nel piano della performance 2021-2023, in materia di qualità e sicurezza e qualità percepita dall'utente.

## **AREA QUALITÀ E ACCREDITAMENTO**

### **QUALITÀ E ACCREDITAMENTO**

---

Al fine di favorire il **mantenimento della rispondenza ai Requisiti Generali e Specifici di Accreditemento** previsti dalle indicazioni regionali è stato definito il programma degli audit interni e delle autovalutazioni per il 2025 (come per gli anni precedenti) attraverso l'applicazione della Procedura Aziendale **PA17 "Gestione degli audit e dell'autovalutazione"** che in ottobre 2025 è stata ulteriormente revisionata, perché abbiamo strutturato nuovi allegati a supporto del processo di autovalutazione e identificato un peso alle NC post audit, in particolare:

- Definizione di un report complessivo dei Requisiti specifici di tutte le aree specialistiche presenti in azienda per avere una **mappa completa dei requisiti e del loro stato di adesione**.
- L'elenco dei **valutatori interni aggiornati** anche in virtù del loro coinvolgimento negli audit interni aziendali e delle loro competenze specifiche come valutatori regionali, ispettori CNT o altre certificazioni.
- Definizione di un **report per l'autovalutazione e il monitoraggio dei requisiti generali di accreditamento**.
- **Piano degli audit esterni**, svincolato dal piano degli audit interni, per garantire e dare evidenza dello sviluppo e mantenimento del sistema anche in merito ad altre fonti di riferimento nazionali e internazionali
- **Piano degli audit interni** dove abbiamo previsto di pianificare anche le autovalutazioni dell'anno in corso.

In conseguenza di quanto descritto, in febbraio 2026 è stato **approvato** dall'RDQ Aziendale, in accordo con la Direzione Sanitaria, il **piano degli audit sul campo** previsti e ritenuti obbligatori dalla valutazione dell'Area Qualità. Si prevederà **un'integrazione e quindi un aggiornamento entro marzo in quanto con la rete degli RDQ di Dipartimento si è deciso di implementare la pianificazione almeno di 1 audit di UUOO per Dipartimento**.

L'**autovalutazione** è stata estesa anche **alle strutture di nuova istituzione** o che hanno avuto un cambio di Direzione. In alcuni casi ritenuti necessari, la compilazione della Check-list RS è stata effettuata attraverso un audit sul campo anche per garantire la comprensione e la corretta valutazione dei requisiti specifici di pertinenza.

Nel 2025 **le UUOO di ambito oncologico ed ematologico hanno sostenuto audit interni per il mantenimento delle certificazioni di eccellenza integrati con la valutazione dei requisiti specifici dell'area Medicina Interna**.

Pertanto, il coordinamento dell'Area Qualità per il monitoraggio dei requisiti di accreditamento avviene attraverso tre modalità principali:

- l'autovalutazione dei requisiti specifici da parte delle Unità Operative Cliniche;
- la rivalutazione dei requisiti generali da parte delle Direzioni/Strutture in line e in staff alla Direzione Aziendale;
- audit interni sul campo.

Gli **audit sul campo** sono annuali in funzione dei seguenti principi:

- l'assenza, per le Unità Operative Cliniche, di requisiti specifici di accreditamento;
- obbligatorietà di audit per il mantenimento delle certificazioni da ente esterno;
- di nuova istituzione o cambio di Direzione.

Gli **audit** interni eseguiti **in previsione delle verifiche ispettive da ente esterno e funzionali anche alla rivalutazione dei Requisiti specifici** di tutte le UUOO coinvolte hanno garantito il:

- **rinnovo** autorizzazioni **CNT/CNS** dei programmi trapianto di CSE sia del paziente pediatrico che adulto;
- **rinnovo** per **interim** accreditamento **Jacie** al programma trapianto di CSE – pediatrico;
- **rinnovo** accreditamento **Jacie** nel programma trapianto di CSE – adulto;
- **rinnovo** accreditamento **EUSOMA** per la Breast Unit del tumore al seno;
- **rinnovo** autorizzazione **AIFA** delle unità cliniche che eseguono sperimentazioni cliniche di fase 1 profit;
- **rinnovo** certificazione **ISO9001:2015** della Banca del cordone (SCO)
- **rinnovo** certificazione **ISO9001:2015** del Centro Compounding
- **rinnovo** dell'autorizzazione **CNT/CNS** della Banca del cordone (SCO) e della Banca dei tessuti
- **mantenimento** autorizzazione **CNT** per il programma trapianto di microbiota fecale;
- **mantenimento** autorizzazione **CNT** e dei Requisiti di accreditamento per il Centro PMA;
- **mantenimento** certificazione **EFI** per Immunoematologia genetica e dei trapianti.

Nel 2025 sono stati **eseguiti anche audit interni funzionali solo al monitoraggio della corretta applicazione dei requisiti specifici di accreditamento.**

**Complessivamente sono stati eseguiti 20 audit interni con il coinvolgimento di 11 professionisti** delle varie discipline attinenti alle UUOO verificate e **17 autovalutazioni scaturite da criticità valutate nel 2024.**

Nel 2025 l'Area Qualità ha coordinato l'autovalutazione dei Requisiti Generali con la Direzione Generale raccogliendo le evidenze anche attraverso il processo di revisione del Manuale di Accreditamento Aziendale. Questa attività ha dato l'avvio alla predisposizione della Domanda di Rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale che l'area Qualità e la Direzione Sanitaria hanno coordinato in stretta collaborazione. La domanda è stata inviata in regione nei termini della scadenza il 3 Settembre 2025 con PG 38030.

I risultati delle autovalutazioni sono pertanto la fonte per la definizione di obiettivi di budget per le UU00 e per le Direzioni trasversali, rispondenti ai criteri di competenza.

**Nel budget 2025 delle UU00 sono stati attribuiti principalmente gli obiettivi su requisiti ritenuti carenti attinenti alla compilazione dell'autovalutazione cercando anche di identificare processi comuni alle singole specialistiche per lavorare in maniera integrata su processi aziendali.** Qualora invece non si fossero riscontrate carenze significative l'obiettivo è stato attribuito ad elementi richiesti dai **Requisiti generali in merito alla rispondenza dei processi aziendali rappresentati.**

In merito a questo argomento il Responsabile Qualità aziendale, in collaborazione con l'UOC Analytics and operations research, ICT, Controllo di Gestione, ha attivato e coordina un'azione di miglioramento aziendale volta a **sviluppare un sistema informativo** per la rilevazione dei dati richiesti.

A fronte dei risultati audit/autovalutazioni sono stati identificati dall'area Qualità alcuni obiettivi di miglioramento/sviluppo che sono stati proposti alla Direzione Aziendale che, a seguito di ulteriore valutazione, sono stati inseriti nelle schede di budget delle UU00. Tale aspetto costituisce un importante momento di integrazione nel processo di budget.

Per la definizione degli obiettivi 2026 la scelta della Direzione Aziendale è stata quella di inserire in budget solo gli obiettivi finalizzati alla soluzione di aree di miglioramento/sviluppo, mentre per obiettivi di mantenimento l'Area Qualità ha definito un piano qualità aziendale **PQ13/2026.**

**Continuano** anche le attività di confronto e condivisione all'interno del **gruppo aziendale composto da tutti gli RDQ di Dipartimento e delle Direzioni Trasversali coordinato dal RAQ Aziendale per la valutazione dei requisiti di accreditamento in maniera integrata e le possibili aree di sviluppo/miglioramento da implementare.** Tale gruppo è **strategico anche ai fini della definizione del Piano Qualità Aziendale oltre a organizzare attività in sinergia con la rete degli RDQ** delle articolazioni aziendali che è composto complessivamente da 124 RDQ effettivi (a dicembre 2025) e formati complessivamente 162 professionisti in ambito qualità.

La rete, composta sia da professionisti dell'area della Dirigenza che dell'area comparto, annualmente viene valutata dall'Area Qualità su criteri oggettivi di mantenimento del Sistema di Gestione nell'ambito di competenza e a questa valutazione è collegato un sistema premiante attivato con la Struttura di Valutazione delle performance. La valutazione negativa richiede, in alcuni casi, anche la ripetizione del corso base qualità.

Per il mantenimento e ampliamento delle competenze della rete, nel 2025 sono stati eseguiti i seguenti corsi qualità:

- il corso base per la qualifica al ruolo RDQ;
- un corso avanzato sulla gestione del miglioramento alle UU00 cliniche;

- un corso avanzato agli RDQ delle Direzioni sui Requisiti generali e per il contributo alla stesura del Manuale Qualità Aziendale di Accreditamento;
- corso qualità di base su richiesta del Dipartimento Giuridico amministrativo.

**Le principali azioni aziendali che l'Area Qualità ha condotto nel 2025** a garanzia del mantenimento e dello sviluppo del Sistema Qualità sono state quelle relative a:

- **Riesame della Direzione** presso i Dipartimenti e le Direzioni Trasversali in conformità alla Procedura Aziendale PA01. La Direzione Aziendale ha eseguito il riesame consuntivo 2025 in una plenaria il 21 gennaio 2026.
- Sviluppo informatico per il **monitoraggio degli indicatori dei Requisiti specifici di accreditamento** per cui sono state analizzate già 2 aree specialistiche (Anestesiologia, Chirurgia) e si prevede il proseguimento nel 2026.
- Gestione correttiva del processo di **manutenzione delle apparecchiature Sanitarie** di competenza dell'Ingegneria Clinica con rivisitazione del processo di collaborazione delle Ditte fornitrici – AC21/2025 (scaturito dalle NC aziendali).
- **Manuale trasporti intra e inter-ospedaliero** (scaturito dalle NC Aziendali).
- **Gestione del Day Service ambulatoriale**, scaturito dalle NC Aziendali, che ha visto l'attivazione dell'azione per migliorare la presa in carico del paziente, ma è necessario proseguire le valutazioni a livello trasversale nell'ambito delle strutture aziendali che determinano gli aspetti organizzativi che sottendono l'offerta prima di strutturare una nuova azione per caratterizzare le cause su cui si intende lavorare.
- **Gestione dei fornitori** con l'identificazione dei ruoli di verifica dei fornitori (DEC) e identificazione chiara dei Referenti aziendali.
- **Integrazione con l'area Sicurezza delle cure** per mantenere i requisiti di accreditamento in coerenza con il Sistema di gestione Aziendale per la Qualità.
- **Mappatura dei documenti aziendali non recenti** ai fini della rivalutazione dei contenuti per l'aggiornamento o l'obsoletizzazione.
- **Collaborazione con il settore Formazione** nello Sviluppo, all'interno del gestionale GRU, di un sistema di valutazione delle Clinical Competence in linea sia con i requisiti specifici di accreditamento che con i requisiti delle certificazioni di eccellenza e si prevede il proseguimento nel 2026.
- **Coordinamento nella definizione e strutturazione dei documenti aziendali di Responsabilità delle Direzioni trasversali** in merito alla descrizione dei processi principali e di supporto in ambito sanitario e non-sanitario.

A corredo delle Azioni di Miglioramento l'area Qualità coordina, se di livello aziendale, anche **processi di Change Controll**. Nel 2025 le principali azioni di Gestione del cambiamento hanno riguardato:

- L'implementazione del **nuovo Repository documentale** Alfresco;
- Il **trasferimento del Centro PMA** che ha visto il coordinamento del Responsabile Aziendale Qualità e la collaborazione della Direzione Aziendale e delle Direzioni trasversali specifiche;

- L'implementazione del **nuovo cruscotto dinamico ORAI in linea con la PA01**, di Responsabilità dell'UOC Analytics and operations research che vedrà il suo primo utilizzo nel riesame dei primi 5 mesi del 2026.

Indicatore	Target atteso	Risultato 2025
Produzione e invio di una relazione delle attività di audit/autovalutazione	Si	Si
- Individuazione di una o più azioni di miglioramento di livello aziendale	Si	Si
<u>IND1101</u> Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati	≥80%	90% *
<u>IND1102</u> Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori afferenti all'Azienda	≥50%	70% *
<u>IND1103</u> Numero valutatori partecipanti alle iniziative di formazione aggiornamento/numero valutatori convocati	≥80%	80% *

\*Dati aziendali, in attesa dei risultati ufficiali da parte dell'OTA

#### AREA QUALITÀ PERCEPITA DAL CITTADINO

L'Azienda riconosce il ruolo di interlocutore primario al cittadino, promuovendo la partecipazione attiva alla valutazione della qualità dei servizi e alla tutela dei diritti dei pazienti, attraverso la collaborazione con gli Enti del Terzo Settore (ETS) e nell'ambito del Comitato Consultivo Misto (CCM).

L'Azienda afferma il valore e la funzione sociale degli Enti del Terzo Settore, dell'associazionismo, dell'attività di volontariato e della cultura e pratica del dono quali espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e ne promuove lo sviluppo, salvaguardandone la spontaneità ed autonomia e favorendone l'apporto originale per il perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale. A tal fine in Azienda operano oltre 40 ETS, fra Organizzazioni di Volontariato (OdV), Associazioni di Promozione Sociale (APS) e Fondazioni che offrono a pazienti e familiari punti di ascolto e di accoglienza, supporto psicologico e gruppi di auto-aiuto, laboratori teatrali, corsi di meditazione, attività di intrattenimento per i piccoli pazienti, ecc.

La Fondazione Policlinico S. Orsola, attraverso numerosi progetti ed iniziative a favore sia dei pazienti e loro familiari, sia del personale sanitario dell'Azienda, ha consolidato ulteriormente la collaborazione con l'IRCCS, quali progetti di interesse socio-sanitario, progetti di miglioramento e progetti di ricerca ed innovazione sociale. Anche per l'anno 2025 particolare importanza è stata rivolta ai progetti che mirano a favorire i rapporti solidaristici con il

territorio, con le associazioni presenti nel Policlinico e, in generale, con la più ampia comunità dei pazienti e dei loro familiari che si rivolgono all'Azienda e alla Fondazione stessa.

Nell'ambito delle collaborazioni avviate nel 2025 con gli Enti del Terzo Settore (ETS), si inserisce il progetto della Casa dell'Accoglienza, una nuova struttura interamente dedicata all'ospitalità dei pazienti oncologici, di coloro che hanno subito un trapianto d'organo o importanti interventi chirurgici, nonché dei loro familiari. Ad oggi, l'iter ha già visto l'acquisto del terreno e il completamento della prima fase di progettazione. Quest'ultimo traguardo è stato raggiunto grazie a un virtuoso percorso di co-programmazione e co-progettazione con l'Associazione Piccoli Grandi Cuori, la quale ha curato e presentato il Progetto di Fattibilità Tecnico-Economica (PFTE).

La partecipazione degli organismi di volontariato e di difesa dei diritti dei cittadini nella verifica, nel rilevamento e nel controllo della qualità dei servizi aziendali è, inoltre, garantita tramite il Comitato Consultivo Misto (CCM), attualmente costituito per il triennio 2024/2027.

Il Comitato Consultivo Misto ha proseguito nel 2025 le attività avviate negli anni precedenti, consolidando il proprio ruolo di partecipazione civica e di collaborazione con l'Azienda nel coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore (ETS) nei processi di miglioramento dei servizi.

In particolare, il CCM ha mantenuto operativo il gruppo di lavoro sulle segnalazioni, con attività di monitoraggio delle criticità segnalate dagli utenti e verifica dello stato di attuazione delle azioni correttive, in continuità con il percorso avviato nel 2024.

È stato inoltre attivato un gruppo di lavoro dedicato ai sopralluoghi nei contesti assistenziali, in attuazione dei principi della Carta dei Servizi aziendale, finalizzati alla verifica della qualità percepita, con particolare attenzione alla riconoscibilità del personale (mediante esposizione del cartellino identificativo), alla tutela della privacy durante i colloqui con pazienti e familiari/caregiver, nonché alla completezza e correttezza delle informazioni rese disponibili all'utenza, attraverso la verifica dell'affissione, presso le UU.OO., degli orari di visita e delle modalità di accesso.

I sopralluoghi hanno consentito di individuare buone prassi e ambiti di miglioramento, contribuendo a rafforzare il ruolo del CCM nei processi di qualità percepita. Tale attività proseguirà anche nel 2026.

Nel corso del 2025 il CCM ha inoltre partecipato alle iniziative aziendali promosse in occasione della Giornata nazionale per la sicurezza delle cure (17 settembre), contribuendo alle attività informative rivolte ai cittadini. In tale ambito, in conformità alle indicazioni regionali, il Comitato ha provveduto alla nomina del Referente per la Sicurezza delle Cure, individuato nella Presidente del CCM e formalizzata con apposita deliberazione.

Nell'ambito delle azioni volte a valorizzare la percezione del cittadino rispetto alla qualità dei servizi erogati, è proseguita anche nell'anno 2025 l'attività di mappatura delle segnalazioni.

Nel corso dell'annualità 2025 sono state registrate 2.699 segnalazioni, di cui 1.597 elogi e 1.102 reclami/rilievi/suggerimenti.

Rispetto ai reclami le categorie maggiormente evidenziate risultano essere i "Tempi", gli "Aspetti tecnico-professionali" e gli "Aspetti organizzativi, burocratici, amministrativi" che corrispondono, rispettivamente, al 37,75%, al 17,51% e al 15,79% sul totale dei reclami pervenuti.

Dall'altra parte, si evidenzia che il 57,55% degli elogi riguarda gli "Aspetti tecnico-professionali", ovvero segnalazioni di soddisfazione che si riferiscono alle prestazioni tecnico-professionali in riferimento a diagnosi, trattamento, erogazione della prestazione. A seguire, ulteriore dato rilevante è stato registrato per la categoria "Umanizzazione e aspetti relazionali", che registra il 36,01% sul totale degli elogi pervenuti.

Al fine di migliorare l'assistenza e i servizi all'utenza, l'indagine di *customer satisfaction* è proseguita anche nel 2025. Tramite questionari digitalizzati dedicati è stata così rilevata la qualità percepita dai pazienti ricoverati presso il Policlinico. I 31 item previsti nel questionario indagano diverse aree tematiche, tra le quali: privacy, trattamento del dolore, ambienti/servizi alberghieri, modalità di accesso, aspetti organizzativi/informazioni, personale. Nel complesso sono stati registrati risultati positivi e, nello specifico: una forte percezione di competenza e umanità da parte dell'equipe medica e infermieristica; un ottimo riscontro sull'attenzione del personale nel monitorare e alleviare il dolore; un coordinamento dei servizi percepito come strutturato e affidabile. Inoltre, le informazioni fornite al momento dell'accesso nei reparti sono state valutate positivamente per chiarezza e completezza.

Sempre nell'ambito della qualità dei servizi si evidenzia come un importante ruolo sia svolto dal servizio di mediazione linguistico-culturale e di interpretariato, fondamentale al fine di facilitare l'empowerment del cittadino.

Con riferimento ai servizi attivi nel Policlinico, particolare attenzione è stata dedicata alla "postazione fissa", che prevede la presenza stabile di un mediatore culturale. Inoltre, per garantire il supporto di interpreti specializzati nella Lingua dei Segni Italiana (LIS), questa specifica prestazione è stata formalizzata all'interno del capitolato d'appalto, così da rispondere efficacemente alle esigenze dell'utenza. Nell'anno 2025 sono stati effettuati nr. 56 interventi di interpretariato LIS.

Per l'anno 2025 gli interventi effettuati di "mediazione a chiamata" (urgente, programmata o da postazione fissa) sono stati nr. 1434, rispetto ai 1058 interventi dell'anno precedente. Per quanto riguarda le lingue per le quali sono state richieste il maggior numero di mediazioni figura al primo posto il serbo-croato, con numero di prestazioni pari a 321, al secondo posto l'arabo, con nr. 243 interventi e, a seguire, le lingue bengalese e urdu, con, rispettivamente, nr. 117 e nr. 93 mediazioni effettuate. Un ulteriore dato rilevante è quello relativo alla lingua albanese, con nr. 75 interventi di mediazione, e al bosniaco, con nr. 73 interventi. Nel corso dell'anno 2025 è, inoltre, continuato l'utilizzo dell'interpretariato telefonico da remoto, utile nella gestione delle emergenze e per aiutare a risolvere

immediatamente le più diverse necessità linguistiche, con nr. 392 chiamate rispetto alle nr. 668 dell'anno precedente.

## AREA APPROPRIATEZZA

### CONSOLIDAMENTO DELLA COMPLESSITÀ DELLA CASISTICA E MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DEI SETTING ASSISTENZIALI

Nel corso degli anni l'Azienda ha perseguito una strategia orientata al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri, intesa come la capacità di garantire a ciascun paziente il trattamento nel setting assistenziale più adeguato, favorendo il corretto utilizzo dei regimi ambulatoriale, day hospital e ricovero ordinario.

Le azioni intraprese per ridurre le degenze potenzialmente inappropriate si sviluppano attraverso specifici programmi di monitoraggio e riorganizzazione dell'attività assistenziale.

Ogni anno viene predisposto un piano aziendale per l'appropriatezza finalizzato al controllo e alla progressiva riduzione delle attività inappropriate in regime di degenza ordinaria e day hospital. Particolare attenzione è rivolta alle aree chirurgiche, sia generali sia specialistiche, con riferimento alla casistica monitorata dagli adempimenti LEA relativi ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza. L'obiettivo è favorire il trasferimento della piccola chirurgia verso il regime ambulatoriale e, laddove non previsto dai nomenclatori regionali e nazionali, verso il day hospital.

Nel 2025 la Day Surgery multispecialistica ha ampliato ulteriormente la propria casistica, includendo anche interventi di Chirurgia Pediatrica a bassa complessità, e ha consentito l'esecuzione di 1.002 interventi in un setting dedicato e appropriato per le discipline di Chirurgia Pediatrica, Otorinolaringoiatria, Andrologia, Chirurgia Plastica, Chirurgia Vascolare e Ortopedia.

La Day Surgery multispecialistica si inserisce in un più ampio percorso di sviluppo dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri, orientato all'ottimizzazione delle risorse disponibili e all'incremento della produzione chirurgica. Nella stessa prospettiva si collocano anche il reparto di Week Surgery dedicato alla chirurgia testa-collo e il reparto di Week Surgery per la chirurgia generale di media-bassa complessità presso l'Ospedale di Budrio.

Sono state inoltre attivate specifiche sedute ambulatoriali senza assistenza anestesiológica e con un assetto infermieristico ridotto per alcune attività selezionate, quali il trattamento della patologia venosa della Chirurgia Vascolare, le circoncisioni dell'Andrologia e le sostituzioni di nefrostomie, queste ultime trasferite dall'Urologia alla Radiologia Interventistica.

Un ulteriore obiettivo perseguito dall'Azienda riguarda il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri chirurgici programmati attraverso la riduzione della degenza preoperatoria, mantenendo al contempo elevati livelli di produzione chirurgica sia in degenza ordinaria sia in day hospital. In tale contesto sono stati attivati percorsi di

prericovero dedicati ai pazienti di cardiologia interventistica e ai ricoveri medici programmati, parallelamente all'implementazione di azioni di miglioramento sui percorsi di prericovero già presenti in Azienda.

Nel corso del 2025 si è registrato un significativo incremento dei ricoveri chirurgici sia in regime di degenza ordinaria sia in day hospital; nonostante ciò, la degenza media preoperatoria aziendale si è mantenuta in linea con il valore registrato nell'anno precedente.

La tabella sottostante riguardante l'anno 2025 riporta l'indicatore regionale e nazionale presente nel sistema NSG (Ind. Core H04Z): "Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario i dati sui DRG potenzialmente inappropriati", che rappresenta l'indicatore sintetico più usato per monitorare il fenomeno

Nella tabella sottostante è rappresentato il risultato raggiunto per l'anno 2025, che conferma che l'azienda ha la migliore performance tra le aziende ospedaliere e nettamente inferiore al valore medio regionale.

Azienda	2024	2025
AOSPU PARMA	0,18	0,17
AOSPU MODENA	0,13	0,15
IRCCS S. ORSOLA	0,13	0,13
AOSPU FERRARA	0,14	0,14
I.O.R.	0,39	0,39
EMILIA-ROMAGNA	0,16	0,16

## **AREA APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA E DI UTILIZZO DEI DISPOSITIVI MEDICI**

GOVERNANCE DELLA SPESA ED USO APPROPRIATO DEI FARMACI E DELLE TECNOLOGIE ASSOCIATE E DEI DISPOSITIVI MEDICI

BOARD STRATEGICO METROPOLITANO PER IL GOVERNO DEI FARMACI, VACCINI, DISPOSITIVI MEDICI E TECNOLOGIE

Da febbraio 2025 è stato istituito il Board metropolitano (Aziende USL Bologna, Imola, IRCCS S'Orsola, IOR) per il governo di appropriatezza e spesa di farmaci e vaccini, diagnostici, devices e tecnologie, che si costituisce come luogo integrato di valutazione e confronto del valore dei farmaci e delle diverse tecnologie al fine di definire usi ottimali e dosi/durate di trattamento nonché definire priorità e ambiti di intervento al fine di privilegiare i farmaci e gli interventi più efficaci e supportare scelte di costo-opportunità basate sulle migliori evidenze disponibili.

L'integrazione delle varie competenze e risorse presenti sul territorio è fondamentale per affrontare le sfide emergenti nel campo della sanità. In questo contesto, il Board metropolitano rappresenterà per il prossimo triennio un punto di riferimento cruciale. La collaborazione tra le diverse istituzioni sanitarie, nonché la presenza di consulenti esperti, contribuiranno ad ottimizzare la gestione delle risorse e a migliorare la qualità dell'assistenza offerta ai cittadini. Inoltre, il Board ha il compito di definire le priorità e gli ambiti di intervento, con l'obiettivo di privilegiare i farmaci e gli interventi più efficaci. Questo è reso possibile attraverso l'analisi comparativa e la valutazione del valore delle diverse tecnologie sanitarie, comprendendo farmaci, vaccini, diagnostici e devices.

Le macro aree di intervento definite dal Board sono:

- cardio-pneumo-internistica
- coagulazione
- antimicrobialstewardship
- diabetologia
- derma-reuma-gastro-otorinolaringoiatria
- oncologia ed ematologia
- neurologia
- immunologia-infettivologia-oftalmologia
- dispositivi medici e tecnologie (cardiologia, cardiocirurgia, vascolare, senologia, endoscopia digestiva, gare)

In linea con le raccomandazioni prodotte dal Board e i sottogruppi di lavoro correlati, nelle singole Aziende sono stati declinati gli obiettivi strategici 2025 e i relativi indicatori inseriti nelle schede di Budget annuali dei singoli Dipartimenti.

#### GOVERNO DEI FARMACI

---

Un'efficiente governance dei beni sanitari di consumo richiede una sistematica revisione dell'agenda programmatica aziendale, coerente con le linee di indirizzo regionali e volta a stimolare i più elevati standard di cura attraverso un accesso appropriato all'innovazione terapeutica, l'implementazione di strumenti di analisi HTA, maggiore convergenza fra obiettivi economici e risultati clinici. Il perimetro d'azione entro il quale ci si è mossi nel 2025 si è ispirato ai seguenti principi cardine:

- Equità, qualità e sicurezza nell'accesso alle cure,
- Appropriata prescrizione
- Orientamento a percorsi multidisciplinari e multiprofessionali per la continuità H-T,
- Innovazione e ricerca

La vocazione altamente specialistica dell'IRCCS-Azienda Ospedaliero-universitaria di Bologna ha richiesto forte impegno ed attenzione verso alcune aree cliniche ad elevato grado di complessità. Per tale ragione le azioni di governo, progressivamente messe in campo in questi ambiti, hanno assunto un significato strategico di particolare rilevanza. Le aree principalmente coinvolte sono:

- Oncologia ed ematologia,
- Malattie Infiammatorie croniche intestinali
- Reumatologia
- Epatologia
- Malattie rare
- Cardiologia e cardiocirurgia
- Chirurgia specialistica e interventistica
- Trapianti e paziente cronic

Al contempo la crescente esigenza di nuovi modelli organizzativi, sempre più orientati all'integrazione e ad una visione metropolitana, richiede una profonda rilettura del ruolo dell'Azienda ospedaliera Universitaria e dei suoi clinici calati sempre più nel contesto della comunità professionale metropolitana bolognese, in qualità di *opinion leader* per la medicina generale e specialistica territoriale in tema di approccio diagnostico terapeutico e pertanto di orientamento prescrittivo. Con tale consapevolezza sono proseguite nel 2025 azioni mirate a valorizzare l'appropriatezza prescrittiva ed un approccio *evidence based* su aree terapeutiche a prevalente vocazione territoriale ed un forte impatto economico sulla farmaceutica convenzionata.

#### OBIETTIVI PER IL GOVERNO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA

---

Le azioni messe in campo per il governo dell'assistenza farmaceutica, negli specifici ambiti di intervento, sono state declinate tenendo conto delle Linee programmatiche regionali per l'anno 2025 e sono orientate verso interventi specifici per le seguenti aree terapeutiche:

1. promozione dell'appropriatezza prescrittiva, in ambito ospedaliero e di continuità ospedale-territorio, in collaborazione con le Aziende USL di Bologna e IOR Rizzoli;
2. adesione alle raccomandazioni/linee di indirizzo sull'uso di farmaci e dispositivi medici, prodotte a livello regionale da appositi gruppi di lavoro multidisciplinari;
3. gestione dei registri di monitoraggio AIFA e recupero dei rimborsi previsti dagli accordi negoziali AIFA-Aziende Farmaceutiche;
4. efficientamento d'impiego della risorsa 'farmaco', tramite la promozione d'uso dei medicinali biosimilari e reinvestimento in innovazione;
5. incontri con i clinici finalizzati alla valutazione dell'uso appropriato di farmaci innovativi nell'ambito delle specifiche aree d'impiego ed alla individuazione di possibili aree di criticità, meritevoli di azioni di miglioramento;
6. sensibilizzazione e sviluppo di interventi in materia di farmacovigilanza e rischio clinico.

In particolare, nell'ambito dell'assistenza farmaceutica, le quattro Aziende sanitarie bolognesi (AUSL BO, AUSL IM, AOU, IOR) si sono impegnate nel 2025 nel promuovere il corretto uso dei medicinali d'impiego nei setting H-T con azioni mirate di interesse trasversale, con ricadute dirette sulla farmaceutica territoriale metropolitana in funzione delle linee strategiche definite

nell'ambito del neo istituito Board metropolitano e dei nuovi obiettivi regionali assegnati per il 2025.

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

Per quanto riguarda le classi di farmaci ad uso prevalentemente territoriale, è stato portato avanti uno specifico impegno nell'uso corretto delle molecole a maggior rischio di inappropriata. In particolare:

**Antibiotici:** contenimento del consumo degli antibiotici sistemici, attraverso la promozione dell'uso appropriato al fine di contrastare l'antimicrobico-resistenza, in linea con gli obiettivi del PrCAR (Piano regionale di contrasto alla antibiotico-resistenza). E' stato pertanto confermato, anche per il 2025, l'indicatore combinato che valuta diversi aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore raggiunge un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi (da un minimo di 1 a un massimo di 5) di ciascuna delle quattro dimensioni che lo compongono.

**Tab.1 - Indicatori regionali antibiotici in ambito territoriale: 12 mesi 2025 vs anni precedenti**

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	2025 12 M	TARGET
IND1012	-Indicatorecomposito sui consumi di antibiotici in ambitoterritoriale			14	18	≥ 15 punti
IND0340	Consumo giornaliero antibiotici sistemici (DDD*1000 ab. die)	13,07	12,95	13,07	12,03	< 12,5
IND1011	% consumi antibiotici Access in base alla classificazione AWARE sul consumi e territoriale totale di antibiotici per uso sistemico (% DDD)	61,2%	60,50%	61,2%	61,8%	≥ 60%
IND0793	Consumo giornaliero fluorochinoloni negli over 75 (DDD*1000 ab. die)	1,54	1,74	1,54	1,32	< 2
IND0343	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (prescrizioni*1000 bambini/anno)	861,25	828,88	861,25	590,67	< 800

L'indicatore combinato viene considerato in aggiunta a quello del Nuovo Sistema di Garanzia; si riporta il nuovo valore target.

**Tab.2 - Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia: 2025 vs anni precedenti**

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	2025	TARGET
---------	------------------------	------	------	------	------	--------

D14C - NSG	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti: antibiotici	4.221,59	4.733,13	4.783,15	4.391,96	< 5.648
------------	--	----------	----------	----------	----------	---------

Gli ulteriori indicatori con i relativi target presenti nel pannello in uso a livello regionale costituiscono un importante patrimonio informativo a integrazione dell'attività di monitoraggio del consumo degli antibiotici sistemici.

**Tab.3 - Indicatori regionali antibiotici in ambito territoriale: 2025 vs anni precedenti**

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	2025 9 mesi	TARGET
IND0341	Consumo giornaliero di fluorochinoloni x 1.000 residenti	0,75	0,75	0,69	0,59	< 1,5 DDD x 1.000 ab.
IND0342	Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti	0,52	0,52	0,49	0,43	< 1,2 DDD x 1.000 ab.
IND0344	Rapporto fra prescrizioni di amoxicillina non associata e prescrizioni di amoxicillina associate inibitori enzimatici in età pediatrica	1,42	0,95	1,28	1,52	> 1,5

I dati 2025 evidenziano il pieno conseguimento di tutti i target assegnati alle Aziende Sanitarie insistenti su area Bolognese (AUSL BO, IRCCS AUO BO, IOR).

Tali esiti sono frutto di azioni 2025 implementate, impostate già dal 2024, con l'aggiunta di un programma di teleconsulto rivolto ai medici di medicina generale. La realizzazione dei programmi di antimicrobial stewardship richiede un'azione sinergica tra UOC Stewardship antimicrobica interaziendale, Dipartimento Cure primarie, Governo Clinico, Dipartimento Farmaceutico interaziendale, i quali si muovono trasversalmente su più piani e sono pertanto volte ad agire su tutte le fasi dell'assistenza che contribuiscono a determinare il consumo territoriale degli antibiotici.

**Vitamina D:** tenuto conto della variabilità di utilizzo territoriale della vitamina D, si conferma anche per il 2025 un obiettivo di contenimento personalizzato per ogni Azienda sanitaria sulla base dei livelli di consumo osservati nell'anno precedente, al fine di raggiungere il seguente target medio regionale pari a 107 DDD\*1000 ab die:

**Tab.4 - Indicatore regionale consumo vitD: 12 mesi 2025 vs anni precedenti**

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	2025 12 M	TARGET AREA BO
---------	------------------------	------	------	------	--------------	-------------------

IND922	Consumo giornaliero di Vitamina D per 1.000 residenti - ATC A11CC05	157,44	142,43	135,43	143,58	≤ 122 DDD*1000 ab die
--------	---	--------	--------	--------	--------	-----------------------------

Si riconferma, inoltre, l'obiettivo mirato all'uso prevalente delle formulazioni multidose in gocce e quelle in compresse/capsule a minor costo rispetto alla soluzione monodose.

**Tab.5 - Indicatore regionale consumo formulazione a minor costo vit  
D: 12 mesi 2025 vs anni precedenti**

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	2025 12 M	TARGET AREA BO
IND1082	Consumo in DDD formulazioni a minor costo (GTT/CPR/CPS) sultotale del consumo in DDD di vitamina D -ATC A11CC05	64,76%	67,75%	71,18%	73,42%	≥ 80%

I dati 2025 evidenziano un progressivo avvicinamento ai due target assegnati alle Aziende Sanitarie insistenti su area Bolognese, senza però il loro conseguimento, in particolare per indicatore IND922 più critico anche in termini di distanza da media regionale (117,28 DDD\*1000 ab die).

In particolare, nel 2025 si è registrata una riduzione della prescrizione post dimissione/visita specialistica dai presidi ospedalieri AUSLBO (- 2,2% vs 2024), ed un incremento da IRCCS AUO BO (+14,1% vs 2024); tuttavia per alcune aree cliniche specialistiche afferenti ad Azienda Ospedaliera l'uso del colecalciferolo è giustificato ed appropriato secondo Nota AIFA 96 (nefrologia, trapiantologia, oncoematologia).

Per IRCCS AUO BO nei 12 mesi 2025 il consumo della formulazione in gocce economicamente più vantaggiosa rispetto a quella monodose si attesta al 77%; questo dato è molto vicino all'obiettivo regionale dell'80%.

### **Formazione sulla vitamina D**

Nel 2025 è stata promossa attivamente nelle Aziende Sanitarie bolognesi, per il tramite dei Dipartimenti Cure Primarie, Farmaceutico, Goveno Clinico, la partecipazione al corso FAD RER gratuito rivolto ai professionisti sanitari della regione Emilia-Romagna con particolare riferimento a MMG, specialisti ambulatoriali delle aree endocrinologia, reumatologia, ginecologia e farmacisti aziendali fruibile in modalità asincrona sulla piattaforma SELF.

Il target regionale è stato fissato al 30% adesione (calcolato complessivamente nel biennio 2024-2025). Ad oggi non sono stati ancora pubblicati dal livello regionali i dati ufficiali di adesione delle singole aziende, per valutare l'effettivo conseguimento di questo target.

**PPI e Omega 3:** tenuto conto delle azioni realizzate da parte delle Aziende sanitarie che hanno consentito un contenimento dei consumi, è stato fissato come obiettivo 2025 per le Aziende

Sanitarie di mantenere l'attenzione su tale classe di farmaci al fine di consolidare i risultati raggiunti localmente nel 2024:

**Tab.6 – Indicatori regionali consumo PPI e Omega 3: 9 mesi 2025 vs anni precedenti**

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	2025 12 M	TARGET area BO
IND0695	Consumo giornaliero di farmaci inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti – ATC A02BC	61,45	62,14	61,87	60,41	61,87 mantenimento valori raggiunti nel 2024
IND0794	Consumo giornaliero di farmaci Omega 3 per 1.000 residenti - ATC C10AX06	5,86	4,52	4,32	4,22	4,32 mantenimento valori raggiunti nel 2024

I dati 2025 evidenziano il pieno conseguimento dei due target assegnati alle Aziende Sanitarie insistenti su area Bolognese (AUSL BO, IRCCS AUO BO, IOR).

In particolare, nel 2025 si è registrata una riduzione della prescrizione post dimissione /visita specialistica dai presidi ospedalieri AUSLBO (- 13,3% vs 2024), un incremento da IRCCS AUO BO (+7,4 % vs 2024), con volumi di prescrizione di circa 1/3 vs quelli di Azienda USL Bologna.

È proseguito nel 2025, senza soluzione di continuità, l'impegno specifico su PPI e OMEGA-3 in area bolognese per il consolidamento dei risultati 2024, con possibili margini di riduzione della prescrizione impropria sul 2025.

Per i **farmaci PPI** sono state condotte le seguenti azioni:

- Lato ospedaliero, incontri formativi con le UU.OO. fuori target + rivalutazione prescrittiva da parte degli specialisti aree cardiologia, medicina interna, endocrinologia, nefrologia, geriatria, neurologia, malattie infettive, chirurgia nei setting della dimissione/visita ambulatoriale con il supporto e la compilazione dell'algoritmo di rivalutazione CF AVEC per le terapie con PPI.
- Lato territorio, rilascio di reportistica individuale MMG su Note AIFA 1-48, più incontri formativi con i NCP fuori target + attivazione di percorso fast di teleconsulenza internistica a favore della medicina generale per il supporto decisionale all'avvio di nuovi trattamenti / deprescribing di terapie già in atto valutate non più appropriate.
- Sempre sul territorio è stato organizzato un ciclo di incontri con gli operatori sanitari delle CRA, in forma congiunta con DASS, Dip Integrazione, Dip Cure Primarie nel quale sono stati condivisi dati di consumo e strumenti di appropriatezza aziendali.

Per i farmaci **OMEGA-3** sono state condotte le seguenti azioni:

- Lato ospedaliero, incontri formativi con le UU.OO. fuori target + rivalutazione prescrittiva da parte degli specialisti aree cardiologia, medicina interna, endocrinologia, nefrologia, malattie infettive nei setting della dimissione/visita ambulatoriale con il supporto e la compilazione dell'algoritmo di rivalutazione CF AVEC per le terapie omega-3.
- Lato territorio, incontri formativi con i NCP fuori target e attivazione del percorso fast di teleconsulenza cardiologica a favore della medicina generale per il supporto decisionale all'avvio di nuovi trattamenti / deprescribing di terapie già in atto valutate non più appropriate. Sempre sul territorio è stato organizzato un ciclo di incontri con gli operatori sanitari delle CRA, in forma congiunta con DASS, Dip Integrazione, Dip Cure Primarie nel quale sono stati condivisi dati di consumo e strumenti di appropriatezza aziendali.

**Farmaci psicoanalettici e respiratori:** era richiesto per il 2025, ai fini di individuare interventi volti a migliorarne l'appropriatezza prescrittiva, un impegno specifico sui medicinali a proprietà psicoanalettici (ATC: N06 antidepressivi), in particolare le molecole di più recente inserimento in PTR per le quali si è osservato un incremento rilevante di prescrizione e spesa, e l'uso dei farmaci respiratori nelle terapie a breve termine delle patologie acute delle prime vie aeree.

Nell'ambito della classe terapeutica dei farmaci antidepressivi (ATC: N06A) è stata portata avanti e rafforzata l'azione 2024 in area bolognese di sensibilizzazione sul trattamento a miglior profilo costo-opportunità a favore della popolazione assistita. Attraverso la diffusione di una campagna informativa interaziendale, rivolta in primis a specialisti psichiatri e medici di medicina generale, si evidenziano quali, fra le opzioni terapeutiche disponibili in commercio nel 2025, mostrano un profilo costo opportunità più favorevole per il SSN.

È stato fissato per i clinici delle branche interessate (psichiatria, medicina generale) in particolare di rispettare il target interaziendale > 95% di antidepressivi a brevetto scaduto, riservando una quota < 5% ai pazienti clinicamente non candidabili alle molecole equivalenti disponibili in PTR. Il dato ultimo disponibile (AFT 10 mesi) evidenzia il rispetto dell'obiettivo fissato, con un dato di area bo pari a 96,9% di prescrizione a brevetto scaduto.

### **Farmaci per la cronicità nell'ottica della territorializzazione delle cure**

Tenuto conto della necessità di adempiere a quanto previsto dal Tavolo Adempimenti MEF in tema di dematerializzazione delle prescrizioni e dei piani terapeutici, e considerato che nell'anno 2024 il 70% delle Schede relative alla nota 97 è stato elaborato in modalità digitale, con ampia variabilità tra le Aziende sanitarie, è stato fissato come obiettivo unico regionale per l'anno 2025 il raggiungimento del seguente target:

#### **Tab.7 – Indicatore regionale % schede di valutazione prescrizione e follow up elettroniche nota AIFA 97: 12 mesi 2025 vs anni precedenti**

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	2025 12 M	TARGET
IND1061	% delle Schede di valutazione prescrizione e follow-up elettroniche sul totale delle Schede di valutazione prescrizione e follow-up nota AIFA 97 – Fonte dati: Portale TS	41,39%	56,04%	62,46%	≥ 80%

I dati 2025 evidenziano un miglioramento della performance vs 2024, tuttavia senza il suo raggiungimento pieno conseguimento del target assegnato alle Aziende USL Sanitarie insistenti su area Bolognese.

Concorre al conseguimento di questo obiettivo principalmente la classe della medicina generale, a cui è affidato il compito di provvedere ai rinnovi delle Schede Nota AIFA 97.

È proseguito nel 2025 l'impegno specifico della Aziende Sanitarie bolognesi sul tema della dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche. Nel corso del 2024-25 sono stati abilitati tutti i clinici H-T al rilascio della scheda elettronica, in sostituzione del cartaceo. In particolare negli incontri annuali con i 40 NCP è stata fatto un focus specifico sul tema, al fine di incrementare la % d'utilizzo della scheda elettronica.

### **Farmaci con uso/prescrizione prevalentemente/esclusivamente ospedaliera**

**Antibiotici:** Nel 2025 è proseguita la partecipazione di AOUBO al gruppo di lavoro multidisciplinare interaziendale sul tema della Stewardship Antimicrobica, per valutare eventuali criticità che possono presentarsi nella gestione di routine dei farmaci antimicrobici e per condividere ed analizzare i dati di utilizzo e consumo provenienti da entrambe le realtà (AOSP BO e AUSL BO).

Per garantire il monitoraggio periodico dei consumi degli antibiotici in ambito ospedaliero è disponibile un Report Aziendale delle DDD/100 giornate di degenza per la classe J01 che viene declinato per Dipartimento, Centro di Responsabilità e Centro di Prelievo. E' possibile verificare l'andamento dei consumi sia per l'anno in corso, sia in relazione allo stesso periodo degli anni precedenti. Questo permette di analizzare l'andamento dei consumi, condividere le informazioni con i clinici e valutare eventuali interventi in caso di criticità. Il Report è stato strutturato in modo da rendere possibile anche il monitoraggio delle molecole utilizzate per il trattamento di infezioni nosocomiali da germi difficili multiresistenti, che sono compresi nella lista di farmaci "access", "watch" e "reserve" della classificazione AWaRe prevista dall'OMS (Tab. 8).

Nel 2025 c'è stata una riduzione nel consumo della classe J01 in termini di DDD\*100 gg di deg del -1,14% (86,95 nel 2024 vs 85,96 nel 2025). Questo si è tradotto anche in una diminuzione della spesa del -14,04% rispetto al 2024. Nel 2025 la percentuale di utilizzo dei Reserve è stata di 9,17 DDD\*100 gg di degenza (-3,92% rispetto al 2024). Per quel che riguarda la spesa, i farmaci Reserve hanno contribuito al 56,81% della spesa totale dei farmaci antibiotici nell'anno 2025.

### **Tab. 8: Consumo J01 dei 12 mesi 2024vs 12 mesi 2025; riepilogo per categoria AWaRe**

DDD Totali per ATC2		2024			2025			2025 vs 2024		
ATC2		DDD	DDD * 100gg Deg	Importo	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo
J01-ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO		330.083	86,95	2.684.501 €	326.144	85,96	2.307.728 €	-1,19%	-1,14%	-14,04%
DDD Totali per ATC2-Category		2024			2025			2025 vs 2024		
ATC2	Category	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo
J01-ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	Access	142.636	37,57	414.600 €	138.290	36,45	379.050 €	-3,05%	-3,00%	-8,57%
	Reserve	36.235	9,55	1.645.806 €	34.798	9,17	1.303.918 €	-3,97%	-3,92%	-20,77%
	Watch	151.212	39,83	623.703 €	153.056	40,34	612.437 €	1,22%	1,27%	-1,81%
<b>J01-ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO</b>		<b>330.083</b>	<b>86,95</b>	<b>2.684.109 €</b>	<b>326.144</b>	<b>85,96</b>	<b>2.295.404 €</b>	<b>-1,19%</b>	<b>-1,14%</b>	<b>-14,04%</b>

Gli antibiotici Reserve che rientrano nel fondo innovativi della Finanziaria 2025 sono quelli per i quali AIFA ha istituito un Registro di monitoraggio che permette di gestire al meglio l'appropriatezza d'uso, la corretta durata delle terapie al fine di contrastare il fenomeno dell'antibiotico resistenza (Tab.9).

**Tab.9: Dettaglio dei consumi (degenze ordinarie) dei 12 mesi 2024vs 12 mesi 2025 della categoria RESERVE**

DDD Totali per ATCS			2024			2025		
ATCS	Category	Prescrizione Registro AIFA on-line	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo
Reserve	J01X09~DAPDOMICINA		19.452	5,12	223.661,82 €	19.156	5,05	128.081,78 €
	J01X08~LINEZOLID		4.105	1,08	27.867,99 €	4.080	1,08	28.388,15 €
	J01AA12~TIGECICLINA		2.656	0,70	45.579,59 €	3.522	0,93	35.624,49 €
	J01DI04~CEFDEROCOL	SI	1.964	0,52	180.040,93 €	1.705	0,45	152.563,33 €
	J01DD52~CEFTAZIDIMA ED INIBITORE DELLE BET A-LATTAMASI	SI	1.985	0,52	378.475,81 €	1.494	0,39	284.938,09 €
	J01DI54~CEFTOLOZANO ED INIBITORE DELLE BET A-LATTAMASI	SI	1.597	0,42	258.592,91 €	1.361	0,36	220.507,47 €
	J01X01~FOSPOMICINA		1.829	0,48	111.487,43 €	1.109	0,29	67.599,54 €
	J01DH52~MEROPENEM E VABORACTAM	SI	1.016	0,27	201.859,51 €	838	0,22	166.649,92 €
	J01DF01~AZTREONAM		816	0,22	24.572,10 €	615	0,16	15.918,42 €
	J01DI01~CEFTOBIPROLOMEDOCARIL		484	0,13	77.262,95 €	459	0,12	73.325,31 €
	J01AA13~ERAVACICLINA	SI	117	0,03	7.515,60 €	241	0,06	41.054,70 €
	J01DH56~IMIPENEM, CILASTATINA E RELEBACTAM	SI	98	0,03	38.789,82 €	147	0,04	57.836,41 €
	J01XB01~COLISTINA		53	0,01	1.039,63 €	29	0,01	572,06 €
	J01XA04~DALBAVANCINA		43	0,01	55.303,34 €	21	0,01	26.318,15 €
	J01DI02~CEFTAROLINA FOSAMIL		10	0,00	993,85 €	20	0,01	1.987,70 €
J01XA05~ORITAVANCINA	SI	10	0,00	12.762,35 €	2	0,00	2.552,47 €	
<b>Reserve</b>			<b>36.235</b>	<b>9,55</b>	<b>1.645.805,63 €</b>	<b>34.798</b>	<b>9,17</b>	<b>1.303.917,99 €</b>

### Antidiabetici

Nei pazienti in terapia con metformina somministrata a dosi e tempi adeguati che necessitano di un secondo ipoglicemizzante, in presenza di rischio cardiovascolare elevato, scompenso cardiaco o malattia renale cronica, è preferibile associare una gliflozina o un GLP-1a, in coerenza con la nota AIFA 100 e nel rispetto delle indicazioni autorizzate. Nell'ambito di tali scenari clinici la RER ha rimodulato per il 2025 l'indicatore introdotto per l'anno 2023, al fine di favorire l'appropriatezza prescrittiva ed un maggior ricorso per l'uso prevalente ai farmaci che presentano il miglior rapporto costo/opportunità, portando il target da  $\geq 60\%$  a  $\geq 70\%$ .

È proseguito per tutto il 2025, senza soluzione di continuità, l'impegno specifico della Aziende Sanitarie bolognesi sul tema diabetici al fine di consolidare i risultati conseguiti nel 2024.

**Tab.10: Indicatore regionale farmaci per la cura del diabete 12 mesi  
2025 vs anni precedenti**

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	2025 12 mesi	TARGET
IND1206	% di pazienti che associano a metformina una gliflozina rispetto al totale dei pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1a	56,43%	72,95%	68,51%	≥ 70%

I dati 2025 evidenziano un peggioramento della performance vs 2024, tuttavia si evidenzia che area BO mostra la 3° miglior performance regionale, e si colloca al di sopra della media RER (64,52%).

Concorre al peggioramento del dato 2025 l'introduzione in PTR del primo farmaco di una nuova classe terapeutica GLP-1/GIP agonisti (Tirzepatide), con evidenze importanti in termini di esiti cardiovascolari e perdita di peso, la cui prescrizione va a denominatore dell'indicatore, quindi rende più sfidante il raggiungimento del seguente target.

Nel corso del 2025 sono state condotti incontri specifici con i due Direttori delle UOC di Endocrinologia e Diabetologia Aziende USL e OSP di Bologna e le relative equipe che operano in sinergia sul territorio bolognese, al fine di condividere linee guida, approcci terapeutici e obiettivo regionale. In accordo con il Dipartimento Cure Primarie, sono stati condotti incontri formativi online per la medicina generale, nonché attivato un canale diretto di teleconsulto telefonico/email dedicata, al fine di fornire un orientamento e supporto specialistico decisionale nella scelta del farmaco antidiabetico più appropriato per gli assistiti in carico al MMG.

### **Farmaci cardiovascolari**

#### **Nuovi anticoagulanti orali (DOAC):**

Per i nuovi anticoagulanti orali (DOAC) è stato inserito un nuovo indicatore regionale, dove si raccomanda di privilegiare la scelta dei farmaci con il miglior rapporto costo/opportunità, sia per quanto riguarda il trattamento della FANV che della TVP/EP.

E' stato definito rispetto ai pazienti incidenti alla terapia con un DOAC l'indicatore regionale riportato nella Tab.11, i dati 2025 evidenziano il mancato raggiungimento del target, sia in area BO (23,14) che a livello RER (26,54%). Questo risultato merita sicuramente un approfondimento considerando soprattutto il trend riscontrato a livello ospedaliero:

**Tab.11: Indicatore regionale DOAC 12 mesi 2025**

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Area BO 12 M 2025	TARGET
IND1180	% di pazienti incidenti che utilizzano i DOAC con il miglior rapporto costo/opportunità* * secondo semestre dell'anno	23,14	≥ 70%

Per quanto riguarda i consumi interni illustrati nella tabella sottostante, possiamo notare come nel 2025 si sia andato consolidando l'utilizzo degli equivalenti di dabigatran, ma soprattutto di apixaban equivalenti.

**Tab.12: Dettaglio dei consumi dei 12 mesi 2024 vs 12 mesi 2025 dei DOAC**

	Unità Posologiche 2025	Unità Posologiche 2024	Spesa 2025	Spesa 2024
APIXABAN	75.060	63.720	49.318,97 €	42.899,23 €
EDOXABAN	25.844	26.208	34.439,02 €	35.079,44 €
RIVAROXABAN	5.762	<b>80.198</b>	7.822,17 €	70.314,54 €
RIVAROXABAN EQUIVALENTE	<b>88.224</b>	4.144	9.468,04 €	246,17 €
DABIGATRAN	180	<b>5.760</b>	125,50 €	4.015,95 €
DABIGATRAN EQUIVALENTE	<b>5.040</b>	480	1.388,69 €	104,54 €

Nell'ambito delle iniziative del Board metropolitano è stata portata avanti nel 2025 una campagna di sensibilizzazione nei confronti dei clinici prescrittori (cardiologi, internisti, geriatri, medici medicina generale) ed è stata prodotta e diffusa una raccomandazione interaziendale a giugno 2025 per favorire l'utilizzo prevalente delle molecole a brevetto scaduto (dabigatran, rivaroxaban) sia nei pazienti di nuova diagnosi sia in caso di switch da altro DOAC.

Tale raccomandazione è oggetto di obj di budget, incontri dedicati con i clinici e monitoraggio periodico da parte del DFI.

Infine, è stato rilasciato a novembre 2025 documento di indirizzo metropolitano sullo specifico tema, contenente approfondimenti sulla scelta preferenziale dei DOAC rispetto all'eparina (LMWH) in specifici scenari clinici come, ad esempio, nella profilassi TVP anca e ginocchio.

**Farmaci ipolipemizzanti (acido bempedoico, iPCSK9 - anticorpi monoclonali e inclisiran -, ezetimibe e statine, icosapent etile)**

Si chiede il rispetto delle considerazioni contenute nel Documento PTR n. 352 "Considerazioni sulla prescrivibilità dei farmaci per il trattamento delle dislipidemie. Documento di commento all'attuale Nota AIFA n. 13", con particolare riferimento al ruolo delle statine. In accordo con i Governi Clinici, è stato condotto dal DFI un monitoraggio periodico in corso del 2025, al fine di verificare l'aderenza alle indicazioni contenute nel Documento. In particolare:

**Acido Bempedoico:** nell'ambito delle iniziative del Board metropolitano è stata avviata a giugno 2025 una campagna di sensibilizzazione nei confronti dei clinici principali prescrittori (cardiologi, internisti, geriatri, medici medicina generale), in considerazione delle evidenze

scientifiche attualmente disponibili che definiscono il ruolo di AB sia in prevenzione primaria, che in prevenzione secondaria quando è sufficiente al raggiungimento del target una ulteriore riduzione del C-LDL di circa il 20%. Un corretto uso di AB implica una terapia concomitante con statina e/o ezetimibe nei pazienti non a target, oppure un'antecedente terapia non tollerata con le medesime molecole.

Alla luce di quanto, nel rispetto delle specificità cliniche dei singoli pazienti, è stata prodotta una raccomandazione interaziendale per favorire la verifica puntuale da parte dei prescrittori della presenza dei requisiti di rimborsabilità per AB ed, in particolare, che il paziente abbia precedentemente assunto statine e/o ezetimibe e che sia risultato intollerante, prima di avviare nuovi trattamenti con AB. Tale raccomandazione è oggetto di obj di budget, incontri dedicati con i clinici e monitoraggio periodico da parte del DFI.

Documento PTR n. 352: sempre a giugno 2025 è stato realizzato un evento formativo/divulgativo coordinato dalla Commissione del Farmaco AVEC, rivolto ai specialisti cardiologi, internisti, diabetologi, nefrologi, geriatri, medici medicina generale, farmacisti aziendali sul tema specifico e su approfondimenti rispetto all'applicabilità locale del documento

### **Farmaci Anti VEGF**

Nell'ambito di questa specialistica area terapeutica, nel 2025 è stato promosso, nei pazienti incidenti, l'uso prevalente del farmaco con il miglior rapporto costo/opportunità a favore del bevacizumab, per le indicazioni sovrapponibili fra le diverse opzioni terapeutiche disponibili nel rispetto della nota AIFA 98.

A tale proposito a livello regionale è stato definito un indicatore di appropriatezza specifico che prevede un target d'impiego  $\geq 85\%$ . Per il 2025 per AOUBO il risultato complessivo di utilizzo è stato dell'79% (Tab.13).

**Tab.13- Dati utilizzo bevacizumab intravitreale AOUBO: 12 mesi 2025**

Indicatore appropriatezza regionale 2025	Target RER	Risultato 2025
Per le indicazioni comprese in Nota AIFA98 e nel rispetto delle sovrapponibilità terapeutiche in essa individuate, impiego prevalente del farmaco anti VEGF con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti	$\geq 85\%$	79%

Per il dettaglio delle terapie nei pazienti incidenti si rimanda alla tabella seguente (Tab 14).

**Tab. 14 - Consumo Farmaci Anti VEGF 12 mesi 2025 nei pazienti incidenti**

Terapia	Indicazioni nota aifa 98			
	Degenerazione maculare senile essudativa (AMD)	Edema Maculare diabetico (DME)	Totale Risultato	%
Aflibercept (EYLEA) 2mg	143	26	169	8,64%
Aflibercept (EYLEA) 8mg	12	11	23	1,18%
bevacizumab intravitreale	1465	83	1548	79,14%
Faricimab (Vabysmo)	154	47	201	10,28%
ranibizumab (LUCENTIS)	2	0	2	0,10%
Ximluci (Ranibizumab)	13	0	13	0,66%
<b>Totale Risultato</b>	<b>1789</b>	<b>167</b>	<b>1956</b>	

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

Nel 2025 sono state portate avanti le azioni per promuovere l'uso dei farmaci biosimilari. L'obiettivo riguarda l'aumento del ricorso ai farmaci biosimilari disponibili, sia nei pazienti di nuova diagnosi sia nei pazienti già in terapia con superamento delle criticità legate allo shift delle prescrizioni da originator a biosimilare nelle terapie croniche. In generale l'andamento prescrittivo dimostra il consolidamento a livello aziendale del ricorso a questi farmaci che rappresentano una grossa occasione di risparmio economico. Di seguito sono indicate le % di utilizzo AOSP in 12 mesi 2025 rispetto agli obiettivi regionali assegnati per l'anno in corso e al dato regionale 12 mesi 2025 - Fonte Insider (Tab.15).

**Tab. 15 - Percentuale di utilizzo regionale e ospedaliero di farmaci biosimilari 12 mesi 2025**

FARMACO	OBBIETTIVO RER 2025	CONSUMO AOSP 12 MESI 2025	DATI SIVER 12 mesi 2025
		% COMPLESSIVO USO BIOSIMILARE	% COMPLESSIVO USO BIOSIMILARE
Epoietine	≥95%	99%	98,78%
Infliximab	≥95%	100%	100%
Etanercept**	≥95%	97%	95,34%
Adalimumab	≥95%	98%	98,52%
Follitropina alfa	≥90%	83%	85,37%
Trastuzumab SC in ambito oncologico *	≤20%	12,95%	12,95%
Rituximab in ambito oncologico *	≤20%	0%	0%
Bevacizumab	≥95%	100%	100%
Ustekinumab	≥50%	73%	72,73%
Enoxaparina	≥95%	100%	99,98%

Per Epoietina, Etanercept, Adalimumab e Follitropina il dato siver è riferito all'area di Bologna

\*\* tolto dai calcoli etanercept pediatrico per il quale non esiste il biosimilare

Per il 2025 sono stati riconfermati i medesimi obiettivi regionali, ad eccezione dell'obiettivo sull'utilizzo della follitropina alfa che nel 2025 è passato dall'85% al 90%.

Inoltre si sono resi disponibili due nuovi biosimilari ustekinumab ed eculizumab per i quali la RER chiede rispettivamente il raggiungimento del 50% di utilizzo e il rispetto della gara regionale.

Nel corso dei 12 mesi 2025 ustekinumab biosimilare è stato utilizzato per il 73%, mentre eculizumab biosimilare è utilizzato al 100%.

### Terapia immunosoppressiva con farmaci biologici

Nel corso degli ultimi anni, in ambito reumatologico ma ancor più in ambito dermatologico, tra i farmaci biologici è aumentata enormemente l'offerta terapeutica. Per tale motivo, la Regione, con il supporto di gruppi di lavoro multidisciplinari, ha redatto delle linee guida terapeutiche atte a individuare criteri condivisi di uso appropriato dei farmaci biotecnologici sulla base delle migliori evidenze disponibili e del loro profilo beneficio-rischio.

Nello specifico nelle linee guida regionali è indicato che in assenza di specifiche condizioni cliniche debba essere sempre privilegiato il trattamento con il miglior costo opportunità.

In particolare, gli indicatori di appropriatezza specifici regionali sono riportati nelle tabelle seguenti (Tab. 16 e tab. 17):

**Tab.16-Indicatore sui pazienti naive di terapie immunosoppressive con farmaci biologici in ambito reumatologico e dermatologico 12 mesi 2025**

Indicatori	Target	RER	Area di BO 12 mesi 2025
IND1183 - Nei <b>pazienti incidenti</b> affetti da <b>malattia reumatologica</b> (artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa economicamente più vantaggiosi come biologici di prima scelta rispetto al totale dei biologici	≥ 80%	75,19%	74,41%
IND1184 - Nei <b>pazienti incidenti</b> affetti da <b>malattia cutanea</b> (psoriasi) impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa economicamente più vantaggiosi come biologici di prima scelta rispetto al totale dei biologici	≥ 80%	77,54%	68,51%

Nel corso del 2025 il dato a 12 mesi sui pazienti incidenti indica un sostanziale non raggiungimento dell'obiettivo Regionale assegnato. Guardando il dato medio regionale si evince una generale difficoltà nel suo raggiungimento.

Anche il dato a 12 mesi sui pazienti prevalenti non è del tutto positivo, tuttavia nei pazienti affetti da malattie reumatologiche l'obiettivo di utilizzo dei farmaci a miglior costo opportunità dopo il fallimento del primo biologico risulta raggiunto del quasi 61% dei casi.

**Tab.17- Indicatori regionali di terapie immunosoppressive con farmaci biologici in pazienti prevalenti in ambito reumatologico e dermatologico 12 mesi 2025**

Indicatori	Target	RER	Area di BO 12 mesi 2025
IND1071 - Nei <b>pazienti prevalenti</b> affetti da <b>malattia reumatologica</b> (artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) già in trattamento con biologico che effettuano per la prima volta un cambio di terapia ad altro biologico, impiego prevalente di anti-TNF alfa	≥ 60%	52,31%	55,07%
IND1072 - Nei <b>pazienti prevalenti</b> affetti da <b>malattia cutanea</b> (psoriasi) già in trattamento con biologico che effettuano per la prima volta un cambio di terapia ad altro biologico, nei casi in cui è clinicamente indicato, impiego prevalente di anti-TNF alfa e, nei casi in cui non è clinicamente appropriato l'uso di anti-TNF alfa, impiego di inibitori dell'interleuchina economicamente più vantaggiosi	≥ 60%	58,04%	55,74%

Nell'ambito delle iniziative del Board metropolitano è stata avviata in corso 2025 una campagna di sensibilizzazione nei confronti dei clinici principali prescrittori interaziendali (dermatologi, reumatologi, gastroenterologi), al fine di favorire in tutti i contesti possibili l'impiego di classi / molecole a miglior profilo costo-opportunità, sia in caso di pazienti naive sia in caso di switch terapeutico.

Tale raccomandazione è oggetto di obj di budget, incontri dedicati con i clinici e monitoraggio periodico da parte del DFI.

A febbraio u.s. è stato costituito un GdL di area Vasta con dermatologi e reumatologi per promuovere comportamenti prescrittivi omogenei e definire linee strategiche da adottare con introduzione progressiva di nuove molecole biosimilari.

In accordo con le considerazioni condivise nell'ambito dei GdL regionali, proseguono le azioni volte a promuovere i farmaci con il miglior rapporto costo-opportunità.

### **Anticorpi monoclonali per il trattamento della dermatite atopica grave**

La disponibilità sempre maggiore di terapie con anticorpi monoclonali per il trattamento di patologie infiammatorie quali la dermatite atopica grave ha reso necessario la condivisione di Raccomandazioni d'uso regionali volte a definire il posto in terapia dei farmaci nell'uso prevalente e che, in assenza di specifiche motivazioni cliniche, prevedano l'impiego di quelli con il miglior rapporto costo/opportunità.

Nei primi 12 mesi 2025 abbiamo registrato una prevalenza d'uso, pari circa al 54% del dupilumab il primo farmaco registrato per questa patologia e che attualmente ha il costo più elevato. Tuttavia iniziano ad essere maggiormente utilizzati farmaci più nuovi e con un costo inferiore come ledrikizumab, tralokinumab e librikizumab.

▪ **Plasmaderivati da conto lavorazione MPD**

Il ricorso all'utilizzo dei farmaci da "conto lavorazione" oltre che valorizzare dal punto di vista etico la donazione di sangue su base volontaria, rappresenta un'importante fonte di risparmio economico. Nel corso degli ultimi anni si sono resi disponibili nuovi prodotti quali il Plitate R 1000UI (fattore VIII/Fattore di Von Willebrand), Plitalfa R (alfa 1 antitripsina) e Keycute R sc (immunoglobuline sc).

Il Plitate R 1000 nel 2024 ha sostituito per il 98% il prodotto commerciale FanhdiR 1000.

Più complesso è l'utilizzo della immunoglobulina sottocute Keycute R disponibile solo nel dosaggio da 4g, che ha attraversato lunghi periodi di carenza.

Nel corso del 2024 l'analisi regionale del consumo dei plasma derivati, quali albumina e immunoglobuline ev, ha fatto emergere una certa variabilità interaziendale, pertanto dal 2025 gli obiettivi regionali sono stati declinati in maniera differente per ogni Azienda.

Per IRCCS AOU Bologna è stata richiesta una riduzione nel consumo dell'albumina e un mantenimento dei consumi di immunoglobuline ev. (Tab. 18).

**Tab. 18 - Indicatori regionali sui plasma derivati declinati per IRCCSBO 12 mesi 2025**

Indicatori	Target per AUBO	RER	AOUBO 12 mesi 2025
IND 1057 Riduzione % dei consumi (gr/100 punti DRG) di albumina umana nell'anno corrente rispetto all'anno precedente	-8.3%	+0,59%	+3,48%
IND 1058 Riduzione % dei consumi (gr/100 punti DRG) di immunoglobulina umana endovenosa nell'anno corrente rispetto all'anno precedente	Mantenimento	+4,29%	+6,28%

Relativamente al consumo di albumina l'obiettivo assegnato è stato condiviso con il servizio trasfusionale ed è stato creato un gruppo di lavoro la cui attività, iniziata a fine 2024, ha visto un'analisi delle richieste motivate relative ai reparti con i consumi più elevati.

Sono stati convocati i medici prescrittori e con essi è stato condiviso il dato di consumo e di prescrizione.

Tuttavia il dato RER a 12 mesi 2025 mette in evidenza un sostanziale non raggiungimento dell'obiettivo RER sia per albumina che per le immunoglobuline.

Questi dati sicuramente rispecchiano la complessità dei pazienti trattati a livello aziendale e come nel caso delle immunoglobuline sono sicuramente la conseguenza di nuove terapie come CART e farmaci B specifici che causano ipogammaglobulinemie.

## AMBITO ONCOLOGICO

È proseguita nell'anno 2025 la verifica dell'adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici formulate dal gruppo GReFO e adottate dalla Commissione regionale del farmaco. Al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate, con particolare riferimento ai farmaci per i quali è stato definito che, nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del migliore rapporto costo/opportunità.

Per il monitoraggio del consumo e della spesa dei farmaci a cui è attribuita l'innovatività solo per una parte delle indicazioni negoziate, si è provveduto regolarmente alla corretta compilazione del flag di "innovatività limitata" nel flusso informativo FED, come richiesto dalle indicazioni regionali.

Relativamente ai farmaci per i quali le raccomandazioni GReFO prevedono un costo/opportunità sono stati definiti dalla regione, in particolare nelle aree cliniche del Polmone, Melanoma, Tratto Urologico e Linfoma diffuso a grandi cellule B, gli obiettivi riportati nella Tab. 19, con la proposta di indicatori di valutazione o di osservazione in funzione dell'impatto economico dei vari trattamenti e della % di copertura media della compilazione del DBO.

Al fine di favorire il raggiungimento dell'obiettivo, è stato effettuato un monitoraggio della spesa dei diversi trattamenti nell'uso prevalente, condiviso con i clinici. Nel 2025 sono stati monitorati e condivisi tutti gli indicatori costo-opportunità e i relativi target, considerando i costi delle singole molecole oggetto di analisi e dell'impatto economico dei vari trattamenti e della % di copertura media della compilazione del DBO.

**Tab. 19 – Obiettivi regionali su farmaci per i quali le raccomandazioni GREFO prevedono un costo/opportunità - anno 2025**

<i>Indicatori</i>	
<i>Area clinica</i>	<i>Relativamente ai farmaci per i quali le raccomandazioni GReFO prevedono un costo/opportunità vengono definiti i seguenti obiettivi:*</i>
<i>Polmone</i>	IND1063 - Immunoterapia a minor costo nel trattamento del NSCLC wt, 1° linea, PD- L1 >= 50%: Tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) avanzato, 1° linea di terapia, con valori di PD-L1 >= 50% --> immunoterapia a minor costo fra atezolizumab, pembrolizumab, cemiplimab per l'uso prevalente (esclusi i pazienti con NSCLC localmente avanzato e non candidati per la chemio-radioterapia definitiva, stadio III, indicazione esclusiva di cemiplimab) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 23028 del 22/11/2022)

	IND1064 - Immunoterapia + chemio a minor costo nel trattamento SCLC, 1° linea: Tumore del polmone a piccole cellule (SCLC) avanzato, 1° linea di terapia immunoterapia a minor costo atezolizumab + chemio vs durvalumab + chemio (escluso pazienti con metastasi cerebrali) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 3146 del 15/02/2023)
	IND 1181 POLMONE- Immunoterapia + chemio a minor costo nel trattamento del NSCLC WT, 1° LINEA, PD-L1 < 50%:. Tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) avanzato, 1° linea di terapia, con valori di PD-L1 <50% --> immunoterapia + chemio a minor costo fra pembrolizumab e cemiplimab per l'uso prevalente (esclusi i pazienti con NSCLC localmente avanzato che non sono candidati per la chemio-radioterapia definitiva e i pazienti con PD-L1<1%) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 22672 del 29/10/2024)
<u>Melanoma</u>	IND1065 - Melanoma adjuvante, immunoterapia a minor costo (nivolumab vs pembrolizumab) Ref. Determina aggiornamento PTR n 3966 del 09/03/2020
	IND1066 - Melanoma metastatico AntiBRAF+antiMEK a minor costo fra (encorafenib+binimetinib vs dabrafenib+trametinib) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 7621 del 06/05/2020)
	IND1067 - Melanoma metastatico immunoterapia a minor costo (nivolumab vs pembrolizumab) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 9658 del 20/06/2016)
<u>Tratto urologico</u>	IND1068 - Tumore della prostata, metastatico, 1° linea castrazione resistente Inibitore del recettore androgenico a minor costo (abiraterone vs enzalutamide) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 6822 del 10/05/2018)
	IND1069-Uso di abiraterone generico (quando indicato: seguendo costo-opportunità abiraterone vs enzalutamide)
<u>Linfoma diffuso a grandi cellule B</u>	IND1197-Linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivante/refrattario, dopo due o più linee di terapia, utilizzo dell'anticorpo bispecifico (CD20/CD3) a minor costo (glofitamab vs epcoritamab) (Ref. Determina di aggiornamento PTR in fase di pubblicazione - CRF del 15/05/2025)
<u>Mammella</u>	IND1009-% pazienti Pertuzumab + Trastuzumab sottocute sul totale dei pazienti trattati con Pertuzumab + Trastuzumab (tutte le formulazioni: s.c.+e.v.) che non sono sottoposti a chemioterapia concomitante

\*il monitoraggio potrà avvenire solo se disponibile informazioni sull'indicazione e linea terapeutica; gli indicatori potranno essere di valutazione o di osservazione in funzione dell'impatto economico dei vari trattamenti. A tal proposito dovrà essere sempre compilato il flusso DBO per le terapie infusionali e orali.

In linea con le indicazioni regionali, l'AOSP ha aderito alle raccomandazioni raggiungendo i target proposti per gli obiettivi di valutazione ad eccezione dei seguenti indicatori:

- I. IND1063: è stato utilizzato maggiormente pembrolizumab (62%) con la motivazione dei clinici di presenza di maggiori dati a lungo termine a favore e di vantaggi organizzativi per il DSV con riduzione degli accessi del paziente prevista dai rispettivi schemi terapeutici (ogni 6 settimane per pembrolizumab vs ogni 3 settimane per atezolizumab);
- II. IND1181: indicatore introdotto a metà anno 2025, risultato 25%, si segnala che la spesa per ciclo non risulta significativamente rilevante (-2%).
- III. IND1066: scelta da parte dei clinici di un maggiore utilizzo dell'associazione dabrafenib+trametinib (83%) per mantenere un'elevata compliance dei pazienti vs encorafenib+binimetinib (13%), associazione che prevede la somministrazione giornaliera di un'elevata quantità di compresse;

IV. IND1197: indicatore influenzato dalla bassa casistica dei pazienti e dalla introduzione dell'indicatore a metà anno 2025, risultato raggiunto 43%.

### Allestimenti delle terapie antitumorali

Presso i Laboratori Antitumorali del Centro Compounding, in linea con le raccomandazioni ministeriali e regionali in materia, sono proseguite le azioni organizzative per ottimizzare la produzione delle terapie antineoplastiche quali:

1. la programmazione di drug-day anche per farmaci di nuova introduzione, per concentrare l'allestimento in un'unica giornata di molecole ad alto costo così da ridurre gli scarti;
2. la condivisione con i clinici di arrotondamenti della dose, laddove possibile, per alcuni farmaci ad alto impatto di spesa e con una limitata numerosità dei pazienti;
3. l'utilizzo di sacche multidose di principi attivi già in soluzione che garantisce, oltre ad una maggior sicurezza dell'operatore e del preparato (riducendo il numero di passaggi necessari per l'allestimento) anche una produzione più efficiente;
4. il monitoraggio delle terapie rese alla farmacia e non somministrate e dell'eventuale riutilizzo in sicurezza.

Nel 2025 l'attività di allestimento da parte del Centro Compounding è incrementata del 2,6%, con 77.366 terapie totali vs le 75.424 terapie dell'anno 2024. In particolare è aumentato il numero degli allestimenti di pratica clinica per AOSP con un incremento del 6,9% e quello degli allestimenti sperimentali del 6,8%. (Tab.21)

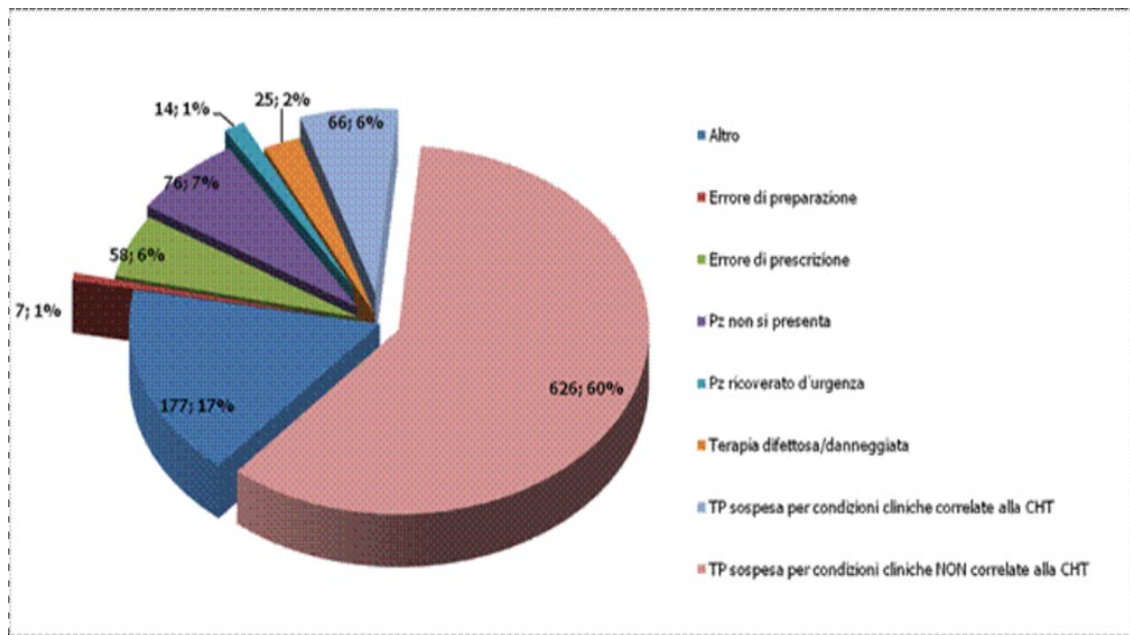
**Tab. 21 - Attività di produzione Attività di produzione terapie Laboratorio Antitumorali - Anni 2024-2025**

TIPOLOGIA DI ALLESTIMENTI	2024	2025	Δ 2024-2025
Terapia pratica clinica	58.953	63.011	6,9%
Siringhe bevacizumab intravitreale	5.538	4.784	-13,6%
Terapie sperimentali + compassionevoli	4.975	5.314	6,8%
Terapie IOR (compreso sperimentali)	5.958	4.257	-28,5%
<b>Allestimenti Totali</b>	<b>75.424</b>	<b>77.366</b>	<b>2,6%</b>

Grazie all'implementazione su Log 80 della tracciatura del percorso di reso delle terapie non utilizzate nel 2025, su un totale di 1.220 terapie restituite alla farmacia (1,57% del totale degli allestimenti, escluso i farmaci sperimentali e le siringhe intravitreali di bevacizumab) è stato possibile recuperare il 41% (n. 504) per un valore di spesa di 396.404,65 €.

Il recupero è stato possibile grazie sia all'estensione di validità di alcuni anticorpi monoclonali ad alto costo e di largo utilizzo, sia all'utilizzo di farmaci usati in dosi fisse. E' stata effettuata anche un'analisi delle diverse motivazioni del reso della terapia, che ha evidenziato un 63.2% di resi dovuto a condizioni cliniche del paziente non correlate alla terapia, un 5.2% dovuto a effetti collaterali sospetti della terapia, un 6.7% dovuto alla mancata presentazione del paziente all'appuntamento e il restante 24.9% dovuto ad altre cause. (Fig.1)

**Fig. 1. – Analisi n. allestimenti resi e % motivazioni delle terapie recuperate - anno 2025**



### **Progetto centralizzazione della produzione delle terapie oncologiche in ambito metropolitano**

Con riferimento alla DGR n. 1563 del 08/07/2024 "Ipercentralizzazione dei laboratori di allestimento di farmaci oncologici (Unità Farmaci Antiblastici)" della Regione e nell'ambito delle attività e della progettualità del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale (DFI) nel 2024 è stato formulato un progetto di ipercentralizzazione dei laboratori di produzione per la realizzazione di un unico Centro Compounding per la Città Metropolitana di Bologna (CCM), per l'allestimento di terapie oncologiche ed oncoematologiche ed eventualmente di altre terapie sterili in dose personalizzata (es. miscele per nutrizione parenterale) per le UFA AOSP e UFA AUSL BO e per le rispettive aziende in convenzione esterna (IRCCS RIZZOLI, AUSL IMOLA, e altre convenzioni).

È stata effettuata un'analisi quali-quantitativa ed economica dell'attività di produzione, delle esigenze organizzative e delle relative risorse, con un'attenzione particolare all'efficienza

dei percorsi, all'ottimizzazione degli interventi/investimenti, necessari per l'adeguamento dei laboratori ai requisiti previsti dall'aggiornamento delle normative vigenti, compresa l'implementazione dell'automazione e di tecnologie innovative.

Sono in corso valutazioni con le Direzioni aziendali interessate per la definizione degli aspetti logistico-organizzativi ed è stato elaborato dal DFI nel 2025 un progetto di fattibilità contenente le indicazioni di massima su requisiti tecnici dei laboratori ed esigenze strutturali, flussi dei materiali e personale, da presentare ai rispettivi Uffici tecnici e di competenza per la definizione della sede e dei successivi iter procedurali e autorizzativi.

Inoltre nel 2024 nell'ambito del DFI si è lavorato alla stesura di un documento di "Risk assessment" per ogni laboratorio delle due aziende, per valutare il divario esistente tra i propri standard e i requisiti previsti dall'aggiornamento dell'Annex 1-GMP (agosto 2023), per un successivo adeguamento, in particolare per le strutture ospedaliere coinvolte nell'allestimento di farmaci per studi clinici.

Tale percorso ha portato all'implementazione del SGQ e a marzo 2025 per il Centro Compounding di AOUBO all'ottenimento della certificazione ISO 9001-2015 in particolare per l'attività di produzione di terapie personalizzate sterili, anche ai fini di richieste per convenzioni esterne. Il percorso intrapreso sarà sottoposto ad aggiornamento e valutazione annuale ai fini del mantenimento dei requisiti previsti dalla Norma ISO 9001.

#### AMBITO DELLA RICERCA CLINICA

Nell'ambito delle attività di sperimentazione e ricerca dell'IRCCS, l'UOC "Produzione e Ricerca" collabora alle sperimentazioni cliniche e usi compassionevoli approvati dal Comitato Etico di area vasta, in particolare nella gestione delle attività previste dalle GCP, a garanzia della tracciabilità, della corretta conservazione e allestimento dei farmaci sperimentali e di altre specifiche attività farmaceutiche, quali la partecipazione alle visite di inizio studio, di monitoraggio, audit e ispezioni AIFA anche per l'accreditamento per la Fase 1, alla partecipazione al gruppo multidisciplinare "Clinical Trial Quality Team" (CTQT), alla gestione della Farmacovigilanza e delle sospette reazioni avverse gravi e inattese, anche attraverso le figure del Responsible Person (RP) e della Qualified Person for Pharmacovigilance (QPPV) per la gestione della farmacovigilanza e dei prodotti medicinali in Eudravigilance per studi no profit con promotore l'azienda ospedaliera.

In particolare il **settore Investigational Drug Service** (IDS) della Farmacia Clinica ha dato supporto alla attività di ricerca e sperimentazione clinica delle UO dell'IRCCS effettuando nell'anno 2025 n. 3.472 transiti di farmaci sperimentali, n. 116 visite di inizio studio (SIV), n. 337 monitoraggi di studi clinici, n. 32 visite di fine studio (COV) n. 6 audit da sponsor e n. 1 audit di mantenimento dei requisiti di fase 1. Inoltre ha partecipato al 100% delle attività del Gruppo di Coordinamento di sperimentazione di fase 1, con l'effettuazione di un audit specifico, e a tutte le sedute del Clinical Trial Quality Team.

Inoltre a fine 2025 è stata avviata la definizione di un progetto di riorganizzazione della gestione di farmaci sperimentali orali e farmaci ausiliari a livello aziendale, che prevede il

governo da parte del farmacista dell'intero processo con l'implementazione di un sistema strutturato che assicuri la tracciabilità informatica di tutte le fasi del ciclo di vita del farmaco (fase di carico ed etichettatura del farmaco al ricevimento, fase di inserimento e validazione dello schema terapeutico, prescrizione e dispensazione personalizzata informatizzata, tracciamento di contabilità studio-specifica e paziente-specifica e gestione dell'eventuale reso e scaduto). Ciò contribuirà a garantire un elevato standard di sicurezza e qualità, migliorando l'efficienza della sperimentazione clinica e la tutela dei pazienti coinvolti.

### **Allestimenti delle terapie antitumorali sperimentali**

Nel 2025 si osserva una riduzione dell'attività di gestione delle visite di monitoraggio degli studi sperimentali assegnati al Centro Compounding (-7% rispetto al 2024), attribuibile in particolare al minor numero di visite on-site degli studi attivi. Tale diminuzione è legata all'introduzione di un nuovo portale SharePoint dedicato alla condivisione da remoto delle informazioni con i monitor esterni degli sponsor non studio-specifiche (GCP dello staff, CV dello staff, Temperature dei vari locali, ecc). Il portale, sebbene consenta una gestione più strutturata dei contenuti, richiede un impegno continuativo di implementazione e aggiornamento e non determina, di fatto, una riduzione del carico di lavoro complessivo.

Si attenziona, altresì, una crescita, rispetto all'anno precedente, del numero di Dichiarazioni di coinvolgimento (+20%) per l'allestimento delle terapie sperimentali e di partecipazione alle visite di selezione del centro (+35%) (Tab. 22a - 22b).

**Tab. 22a – Attività di gestione studi sperimentali – anni 2024-2025**

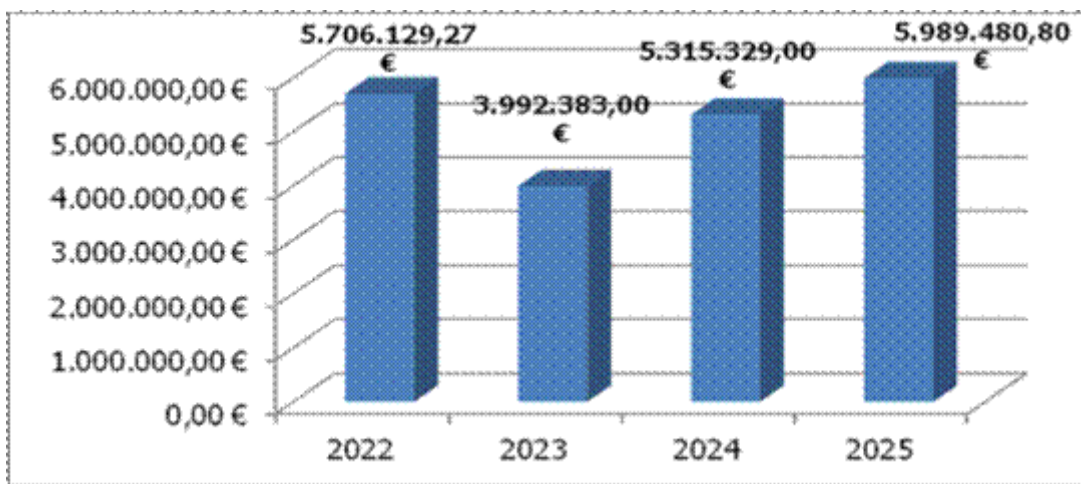
<b>Attività</b>	<b>Anno 2024</b>	<b>Anno 2025</b>
<b>Pre-Study/selezione centro</b>	34	<b>46</b>
<b>SIV</b>	57	<b>41</b>
<b>Monitoraggio con RITIRO FARMACO</b>	16	<b>26</b>
<b>Monitoraggio on site</b>	372	<b>328</b>
<b>Monitoraggio da remoto</b>	4	<b>9</b>
<b>COV</b>	38	<b>32</b>
<b>Ritiri</b>	183	<b>175</b>
<b>AUDIT</b>	2	<b>3</b>
<b>TOTALE ATTIVITA'</b>	<b>706</b>	<b>660</b>

**Tab.22b – Attività di gestione studi sperimentali – anni 2024-2025**

<b>Dichiarazioni di Coinvolgimento</b>	<b>Anno 2024</b>	<b>Anno 2025</b>
<b>Studi Profit</b>	48	<b>53</b>
<b>Studi no Profit</b>	7	<b>12</b>
<b>Compassionevoli</b>	45	<b>55</b>
<b>Totale</b>	100	<b>120</b>

Come ogni anno, nel 2025, nell'ambito dell'attività di allestimento di terapie sperimentali e usi compassionevoli è stato valorizzato il costo teorico di terapie fornite dallo sponsor, prendendo come riferimento il prezzo medio c/IVA delle stesse molecole disponibili in commercio per altre indicazioni. Nel grafico sotto riportato è rappresentata la valorizzazione degli ultimi 4 anni, nel 2025 risulta pari a 5,99 mln euro con un incremento del 12,7% rispetto al 2024 (Fig.2).

**Fig.2 - Valorizzazione teorica delle terapie sperimentali anni 2022-2025**



2024	2025	Δ 2024-2025
<b>5.315.329,00 €</b>	<b>5.989.480,80 €</b>	12,68%

## ADOZIONE DI STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO E GESTIONALI

### Attività di governo del farmaco

L'adozione di diversi strumenti per il governo clinico rappresenta la base di attività per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva. Sono proseguite nel 2025 le azioni già in essere da diversi anni finalizzate a promuovere e implementare la:

- Compilazione dei registri di monitoraggio AIFA anche per la gestione dei rimborsi

L'obiettivo di corretta gestione dei registri di monitoraggio AIFA è oggetto di interazione con i clinici con particolare riferimento alla compilazione delle schede di fine trattamento dei farmaci innovativi e farmaci il cui impiego è collegato ad accordi in base agli esiti o accordi prettamente finanziari. La qualità della compilazione dei registri prescrittivi, compresa la

corretta registrazione delle schede di dispensazione da parte dei farmacisti è indispensabile per consentire l'accesso ai fondi per i farmaci innovativi e attivare i meccanismi di rimborso riferiti agli accordi negoziali.

E' proseguito anche per il 2025 il governo di tale attività che consente di recuperare risorse, che contribuiscono a finanziare in parte l'incremento di spesa determinato dai farmaci innovativi, alcuni dei quali ad altissimo costo. La percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso (RDR) per i 12 mesi 2025 è risultata del 100%, superando l'obiettivo regionale posto a >95%.

Le proposte di pagamento (PdP) per i 12 mesi 2025 sono state pari a 639.530 €, di cui 618.719 € pagate (Tab.23).

**Tab.23 - Valore delle Proposte di Pagamento di competenza anno 2025 relativa a 12 mesi (esclusi i farmaci per Epatite C)**

<b>STATO PDP 12 MESI 2025</b>	<b>VALORE PROPOSTA DI PAGAMENTO</b>
PAGATA	€ 618.719
VALUTATA (DA PAGARE)	€ 20.811
NON ACCOLTA	-
<b>TOTALE COMPLESSIVO PAGATO/DA PAGARE</b>	<b>€ 639.530</b>

- Compilazione del database regionale delle eccezioni prescrittive

Nel corso del 2025, l'Azienda ospedaliera ha partecipato alle attività della Commissione del farmaco di Area Vasta (CF AVEC) e alle riunioni mensili del coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione, la conoscenza, l'applicazione delle raccomandazioni d'uso dei farmaci del prontuario terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto sulle raccomandazioni prodotte.

È stata inoltre promossa la diffusione delle decisioni adottate dalla Commissione Regionale del Farmaco o dalla messa in atto di azioni di governo della Commissione Farmaco di Area Vasta Emilia Centro mediante l'invio di informazioni a tutti i professionisti aziendali e/o pubblicazione sull'intranet aziendale.

E' proseguita nel 2025 la compilazione del database regionale delle eccezioni prescrittive relative a pazienti trattati con farmaci off-label, farmaci non inseriti in prontuario terapeutico regionale e farmaci in classe Cnn. La farmacia collabora con i clinici per promuovere la corretta compilazione delle richieste prima di inviarle alla Commissione AVEC per la valutazione e indirizza il clinico sulla migliore opzione terapeutica. Nel 2025 sono state inserite nel data base regionale n. 532 richieste totali, (-51 richieste rispetto all'anno precedente pari al -8,7%).

Le principali classi terapeutiche anche nel 2025 riguardano i farmaci antineoplastici, immunosoppressori e antibatterici ed antivirali ad uso sistemico (Tab.24).

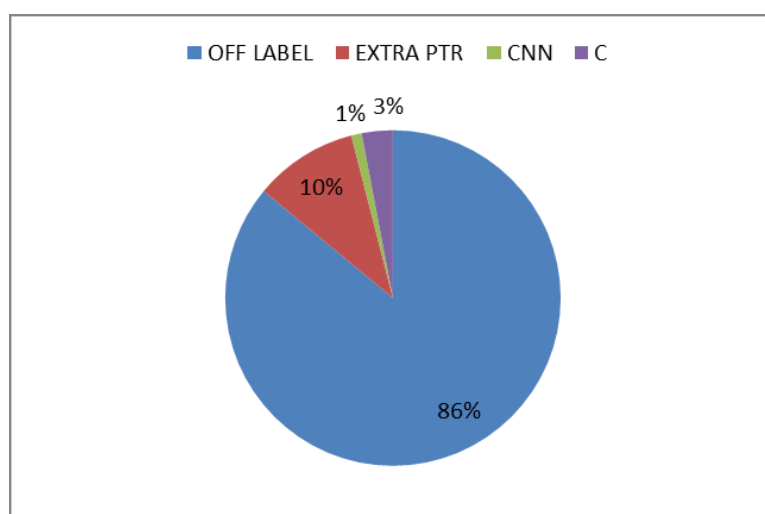
**Tab.24 - Numero richieste di eccezioni prescrittive per classi terapeutiche - Anno 2025**

ATC 2	DESCRIZIONE ATC 2	N°	%
L01	Antineoplastici	273	51%
L04	Sostanza ad azione immunosoppressiva	61	11%
J01	Antibatterici per uso sistemico	51	10%
J05	Antivirali ad uso sistemico	45	8%
A07	Antidiarroici, antinfiammatori e antimicrobici intestinali	23	4%
B01	Agenti Antitrombotici	13	3%
<b>Principali gruppi terapeutici</b>		<b>466</b>	<b>87%</b>
	Altri	66	13,00%
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>		<b>532</b>	<b>100%</b>

Delle 532 richieste totali n.248 richieste (47%) sono state inviate alla commissione AVEC come presa d'atto, in quanto relative a trattamenti in situazioni di emergenza, per le restanti 284 richieste la CF-AVEC ha espresso n. 242 pareri favorevoli, n. 42 non favorevoli.

Le prescrizioni di farmaci off-label rappresentano il 86% (n.459) del totale delle eccezioni prescrittive, gli extra-prontuario il 10% (n.53), le richieste di farmaci in classe Cnn l'1% (n.7), mentre le richieste di farmaci in fascia C il 3% (n.13). (Fig.3).

**Fig.3- % Schede di eccezioni prescrittive per tipologia: Anno 2025**



Nell'ambito del governo dell'appropriatezza prescrittiva in particolare dei farmaci oncologici è stato assegnato a UO specifiche l'obiettivo di valutazione dell'esito dei trattamenti off-label avviati tramite compilazione della relazione d'esito, che deve riportare i dati di tollerabilità e risposta obiettiva al farmaco secondo i tempi stabiliti dalla CF-AVEC (3-6 mesi). L'obiettivo è misurato tramite l'indicatore "n. di rivalutazioni effettuate su n. di trattamenti avviati" con un target >80%.

Le U.O. dell'area onco-ematologica oggetto di monitoraggio nell'anno 2025 hanno inviato n. 186 richieste di eccezioni prescrittive (35% del totale) delle quali n° 146 di trattamenti off-label, di cui 36 hanno ricevuto parere non favorevole.

Da sottolineare che i dati delle rivalutazioni a 12 mesi non sono disponibili, poiché la valutazione sulla tollerabilità e risposta obiettiva al farmaco verrà effettuata dopo il primo trimestre 2026.

Nei 9 mesi 2025 sono giunte 107 richieste di trattamenti off-label, di cui 29 pareri non favorevoli, e sono state compilate n. 78 relazioni di esito con il raggiungimento dell'obiettivo (100%).

- Prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici e alimentazione data base oncologico (DBO)

La prescrizione dei farmaci oncologici per via parenterale, inclusi i farmaci sperimentali, e per via orale, erogati in distribuzione diretta in un ambulatorio dedicato a pazienti oncologici e onco-ematologici, è completamente informatizzata.

La prescrizione informatizzata è propedeutica all'alimentazione del data base oncologico (DBO) regionale ai fini di un miglioramento del tasso di copertura per tutti i campi previsti dal tracciato rendendo possibile il monitoraggio dei farmaci oncologici per indicazione terapeutica, sede istologica e linea di terapia relativamente sia alle terapie infusionali che orali.

Allo stato attuale il DBO, come da circolare regionale, copre solo i tumori solidi e non quelli ematologici. Nel 2025 la percentuale di compilazione del DBO relativamente alle terapie orali e infusionali candidate, rispetto ai target RER riportati nella tabella di seguito (Tab.25), è stata per AOUBO come media aziendale rispettivamente del 47% per le terapie orali e del 38,7% per le terapie ev (dati forniti dal Servizio ICT).

**Tab.25 – Indicatori Regionali compilazione DB oncologico**

Indicatori	Target	Area BO 12 mesi dati SIVER
IND1002 - % compilazione DB oncologico per le terapie infusionali	>95%	75,19
IND1003 - % compilazione DB oncologico per le terapie orali	>75%	53,91

Permangono diverse criticità nella compilazione del DBO per tutte le terapie candidabili, così come nella completezza dei campi richiesti. Tali criticità derivano sia dalla difficoltà di reperire e trasferire automaticamente tutte le informazioni cliniche necessarie, sia dalla

presenza, nel tracciato DBO, di campi non aggiornati o non pienamente pertinenti, soprattutto per le patologie più complesse.

Nell'ambito delle attività della Rete Oncologica ed Emato-oncologica regionale, è stato costituito un gruppo di lavoro specifico dedicato all'implementazione e all'aggiornamento del tracciato DBO. L'obiettivo del gruppo è valutare le problematiche tecniche correlate alla mancata copertura del DBO nelle diverse aziende sanitarie, con particolare attenzione a quelle che presentano maggiori criticità, sia per i trattamenti orali sia per quelli infusionali.

Nel corso del 2025, a livello aziendale, è proseguita un'analisi approfondita finalizzata al miglioramento della qualità del flusso, sono state coinvolte diverse figure professionali per individuare e correggere errori relativi ai dati amministrativi e clinici. Inoltre, è stato richiesto ai clinici di segnalare i campi specifici da implementare per ciascuna patologia, così da concordare con il proprio fornitore (Log80) l'aggiornamento di tabelle specifiche e di eventuali automatismi e trasmettere alla Regione le proposte di aggiornamento dei campi compilabili.

### **Governo dei farmaci oncologici nel fine vita**

A fronte di un'analisi regionale condotta sui pazienti oncologici deceduti che hanno ricevuto una terapia oncologica negli ultimi 30 giorni di vita, emerge un forte impatto economico, in un setting in cui sia la letteratura internazionale sia le analisi condotte in RER sottolineano l'inappropriatezza di tali trattamenti nonostante sia ormai un dato consolidato il fatto che il trattamento in pazienti con tumori in stadio avanzato con cure ad alta intensità in regime di ricovero non determinino né differenze nella sopravvivenza né un miglioramento della qualità di vita (Higginson et al., 2008; Belkeman et al., 2016; Brook et al., 2014). È opportuno considerare che trattamenti medici e chirurgici ad alta intensità di cura, non solo si dimostrano scarsamente efficaci ma richiedono l'allocazione di risorse economiche consistenti (May et al., 2017; May et al., 2016; Morden et al., 2012; Setoguchi et al., 2010) la cui ottimizzazione potrebbe portare un maggiore beneficio per i pazienti." Inoltre, tali trattamenti rallentano l'accesso alle cure palliative che potrebbero migliorare la qualità di vita dei pazienti.

Alla luce dell'analisi e della letteratura consolidata sul tema, si chiede di non superare il 14% dei pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni).

**Tab.26- Indicatore Regionale trattamenti farmaci oncologici nel fine vita**

<b>Indicatori</b>	<b>Target</b>	<b>Risultato 2025*</b>
IND1004 - % pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) per Azienda di residenza	<14%	17,12 (AUSL BO)

\* l'indicatore Insider è calcolato per AUSL BO

Già nel corso del 2022 la Direzione Aziendale aveva introdotto nell'ambito delle attività del Governo Clinico valutazioni di appropriatezza e di esito del trattamento con terapie oncologiche in fase di malattia avanzata per neoplasie.

Anche per l'anno 2025, sono stati monitorati tutti i farmaci oncologici orali ed infusionali sulla base dei dati regionali della banca dati REM e delle SDO.

I dati relativi ai 12 mesi 2025 per AOUBO, calcolato sui decessi identificati come oncologici da REM o SDO (tutti i residenti in 080105 più i residenti in regione che hanno una somministrazione FED presso 080908), sono i seguenti:

**PAZIENTI ONCOLOGICI TRATTATI a 30 giorni dal decesso: 327 su 3.300 (9,9%)**

Fonte dati aziendale.

E' proseguito anche per il 2025 la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei clinici e in collaborazione con i Sistemi Informativi il monitoraggio come da indicazione regionale.

### Gestione sicura e corretta dei medicinali

È stata confermata anche per il 2025 l'attenzione regionale al tema della gestione corretta e sicura delle terapie farmacologiche, prevedendo a livello Aziendale:

- Attuazione di interventi mirati a garantire la sicurezza nell'uso dei farmaci, anche attraverso una formazione adeguata del personale, con l'implementazione delle linee guida e delle raccomandazioni regionali e nazionali, in particolare dei seguenti documenti:
  - "Manuale per gestire in sicurezza la terapia farmacologica" (ottobre 2022)
  - "Gestione dei farmaci al domicilio" (maggio 2024) – DGR n. 1472/2024
- Promozione di iniziative volte ad accrescere la consapevolezza da parte dei pazienti e/o caregiver sul valore e sul corretto utilizzo delle terapie farmacologiche prescritte promuovendo l'empowerment
- Estensione del processo di ricognizione/riconciliazione farmacologica, a supporto anche della revisione delle terapie nei soggetti politrattati, nonché l'adozione della Lista delle mie medicine.

**Tab. 27 - Indicatore regionale sui politrattati Anno 2025**

Indicatore	Target	Area di BO 12 mesi 2025
IND1075 - % di grandi anziani (≥ 75 anni) trattati con 9 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali undertreatment, sul totale di grandi anziani	< 2024	IND Siver AREA BO 9,02% vs 9,06 RER

Nell'ambito delle iniziative promosse presso l'IRCCS sul tema della gestione in sicurezza dei farmaci, nel gennaio 2025 è stato avviato da parte dell'UOC Farmacia Clinica, Produzione e Ricerca un progetto pilota dal titolo "Supporto all'uso appropriato dei medicinali nei pazienti cronici ambulatoriali dell'IRCCS - Policlinico di Sant'Orsola", con gli obiettivi di:

- promuovere l'inserimento e la collaborazione del farmacista clinico in specific setting per garantire l'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico dei pazienti politrattati;

- supportare alla corretta ricognizione, riconciliazione terapeutica e deprescribing tramite un diretto raccordo tra i professionisti sanitari;
- sensibilizzare alla farmacovigilanza e alle segnalazioni di ADRs;
- assicurare il coinvolgimento del paziente e/o del caregiver per la gestione corretta della terapia domiciliare.

Il progetto è al momento stato avviato presso l'ambulatorio nefrologico post-trapianto e l'ambulatorio delle malattie infettive (HIV) ed è in implementazione presso l'ambulatorio scompenso cardiaco.

#### FARMACOVIGILANZA E VIGILANZA SUI DISPOSITIVI MEDICI

---

Nel corso del 2025 sono proseguite tutte le attività di FV previste da normativa vigente e nel rispetto delle indicazioni contenute nella Procedura Operativa AIFA per i Responsabili Locali di FV (rev. 3 del 25/10/2022). In particolare:

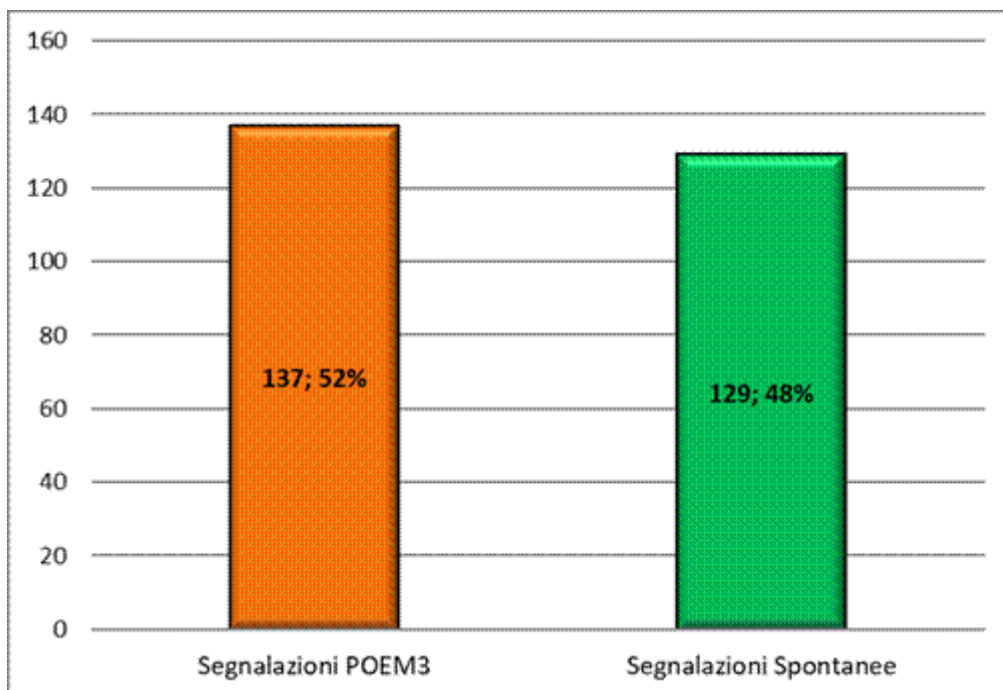
1. È stata promossa la segnalazione on line di sospette Adverse Drug Reaction (ADR) attraverso la Piattaforma AIFA <https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/>
2. È stato fornito supporto ai segnalatori per la compilazione della scheda ADR al fine di garantire la qualità e la completezza delle informazioni per un'adeguata valutazione dei casi (data somministrazione del farmaco, data insorgenza della reazione, posologia, farmaci concomitanti, condizioni cliniche preesistenti, esito della reazione, documentazione clinica a supporto);
3. Sono state inviate mensilmente ai segnalatori mail riepilogative con - in allegato - le schede ADR "validate" dal RLFV in modo da consentire loro di visionarla e apportare eventuali modifiche;
4. è stata costantemente e tempestivamente aggiornata la sezione Intranet "Sicurezza delle Cure ☑ Farmacovigilanza" con reportistica annuale delle segnalazioni di FV;
5. E' proseguita l'attività informativa per tutti gli operatori sanitari, grazie alla collaborazione con la Comunicazione e l'Ufficio Stampa, per la diffusione di Note Informative Importanti di sicurezza (NIIS) AIFA, Comunicati Stampa EMA, recall e indicazioni sul corretto utilizzo in sicurezza di farmaci che richiedono dispositivi di somministrazione;
6. E' proseguito il progetto di FV attiva regionale POEM3, di durata biennale, grazie ad una proroga da parte della RER per focus su casi di ONJ da bifosfonati e/o farmaci biologici nei pazienti onco-ematologici. La farmacista borsista, dedicata alla sensibilizzazione ed alla raccolta di segnalazioni ADR in area onco-ematologica, ha dunque avviato una stretta attività di collaborazione con i chirurghi della U.O. Chirurgia Orale e Maxillo-Facciale per individuare e tracciare i casi di sospetta ONJ farmaco-relata;

7. Sono state valutate, assieme con il servizio Coordinamento operativo delle attività per la sicurezza delle cure, le segnalazioni di incident reporting inserite nell'applicativo regionale SegnalER e relative a problematiche/errori nei percorsi di gestione di farmaci e vaccini. Il confronto con tale Servizio sulle tematiche riguardanti la gestione di tali segnalazioni è stato frequente anche per la valutazione delle eventuali azioni di miglioramento da attuare. A tal proposito si è partecipato a diversi SEA in cui erano stati segnalati problemi nella gestione in sicurezza del farmaco.

Il Responsabile Locale di FV, in qualità di componente del Clinical Trial Quality Team (CTQT) ha collaborato con gli altri membri del gruppo per garantire la corretta gestione del percorso di segnalazione di sospette SAE/SUSAR, nel rispetto della IOA57bis all.0 dal 23/01/2024, nell'ambito di studi interventistici con farmaco promossi dall'IRCCS dell'AOSPBO.

Nel 2025 sono pervenute al RLFV n°266 segnalazioni di sospetta ADR con un trend in linea rispetto all'anno precedente (n°287 ADR nel 2024). Delle segnalazioni totali, 129 ADR (48%) sono spontanee, 137 ADR (52%) sono state effettuate nell'ambito del POEM3 "progetto multicentrico regionale di FV in Onco-Ematologia" attivo da maggio 2023 ed in scadenza a maggio 2025 ma successivamente prorogato fino a maggio 2026, per il quale è dedicata una farmacista borsista per sensibilizzare i professionisti sanitari alle attività di gestione delle sospette ADR in tale setting (Figura 4).

**Fig. 4 – Distribuzione della segnalazioni di sospetta reazione avversa nel periodo gennaio-dicembre 2025**



Per l'anno 2025, il 35% di ADR segnalate sono gravi, dimostrando l'efficacia del sistema di farmacovigilanza attualmente in uso presso il Policlinico. Il numero di segnalazioni di ADR gravi sono infatti un indicatore di qualità importante in farmacovigilanza: l'OMS richiede che almeno il 30% delle segnalazioni siano classificate come gravi.

Nel periodo gennaio-dicembre 2025 il 100% delle segnalazioni sono state inviate in modalità informatizzata, utilizzando la piattaforma web della Rete Nazionale di Farmacovigilanza AIFA; questo ha facilitato la gestione delle segnalazioni di sospette reazioni avverse a farmaci e vaccini.

Una stratificazione delle segnalazioni in base alla fonte del segnalatore evidenzia il ruolo centrale dei farmacisti (51% delle ADR totali) e del personale medico (39% delle ADR totali) nell'attività di farmacovigilanza. Si osserva inoltre un progressivo coinvolgimento degli infermieri che, diversamente dall'anno 2024 in cui non comparivano come segnalatori, nel 2025 hanno inviato 24 segnalazioni. I farmacisti rappresentano la categoria che effettua il maggior numero di segnalazioni di farmacovigilanza in virtù del loro ruolo centrale nella gestione del farmaco e soprattutto grazie alla loro presenza in reparto.

Rispetto all'indicatore AIFA, che identifica un buon sistema di FV, proposto dalle Linee di programmazione regionali, per il 2025 il valore raggiunto risulta vicino al target di 5 segnalazioni/1000 ricoveri. (Tab.28).

**Tab.28 -Target indicatore AIFA per un buon sistema di Farmacovigilanza in ospedale.  
Periodo 12 mesi 2025**

Indicatori	Target	AOSP BO gen-dic 2025
IND0375 - N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP e IRCCSS per 1.000 ricoveri Fonte: rete nazionale di Farmacovigilanza	>=5	4,65

Sul tema dell'informazione indipendente/informazione all'appropriatezza prescrittiva, anche per l'anno 2025 la RER prevede l'adesione aziendale alle iniziative sviluppate dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito del progetto sull'informazione indipendente sui farmaci "CoSisiFA". In seguito alla partecipazione a corsi in modalità sincrona e asincrona i facilitatori formati verranno coinvolti in incontri locali di formazione degli operatori sanitari nei vari setting assistenziali ritenuti più critici.

Attualmente non sono ancora stati avviati i corsi di formazione regionale rivolti alle Aziende. Il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, in accordo con i Governi Clinici aziendali, garantirà la partecipazione attiva alle iniziative formative che verranno a delinearsi, per gli ambiti di competenza H-T delle singole realtà aziendali.

### Dispositivo-vigilanza

Nell'ambito delle attività della Rete Regionale della dispositivo-vigilanza definite dal Decreto Ministeriale 31 marzo 2022 è stato realizzato nell'anno 2025 un corso FAD fruibile sulla piattaforma SELF PA, per rispondere agli obblighi di formazione degli operatori sanitari.

Il corso è stato attivato nel mese di aprile 2025, con il seguente titolo: "Dispositivo-Vigilanza: normativa e gestione delle segnalazioni sui dispositivi medici e diagnostici in vitro".

L'obiettivo è quello di fornire competenze in merito alla recente normativa correlata alla dispositivovigilanza ed alle segnalazioni degli eventi con dispositivi medici e diagnostici in vitro.

Per l'anno 2025 la regione ha proposto la formazione degli operatori afferenti alle seguenti discipline:

Codice disciplina	Nome disciplina
006	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA
007	CARDIOCHIRURGIA
050	UNITA' CORONARICA
054	EMODIALISI
100	LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE
101	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA

L'indicatore proposto per la misurazione dell'attività è il seguente:

Indicatore	Target	Risultato 12 M AOUBO
IND1188 - Percentuale di operatori che hanno partecipato al corso FAD regionale sulla Dispositivo-vigilanza per le discipline individuare con codici: 006, 007, 050, 054, 100, 101  <i>[Per ogni disciplina indicata (numero di operatori che hanno frequentato il corso/numero di operatori totali) *100]</i>	≥ 30% per ogni disciplina	7%

Fonte: dati interni AOUBO

Il dato rilevato dalla RER per l'adesione all'obiettivo è stato, per la nostra AOUBO, pari al 7%, rispetto alla somma delle discipline individuate. Non sono stati rilevati i dati specifici per ogni disciplina. Dal momento che circa il 50% delle aziende sanitarie della RER non ha raggiunto

l'obiettivo, è stato previsto anche per l'anno 2026 la possibilità di partecipare al corso FAD sulla dispositivo-vigilanza.

E' continuato anche per l'anno 2025 il monitoraggio delle segnalazioni su piattaforma Dispovigilance:

-monitorare la trasmissione della segnalazione di incidente grave entro i tre giorni lavorativi dalla data di ricezione del messaggio automatico generato al momento dell'inserimento delle informazioni da parte dell'operatore sanitario.

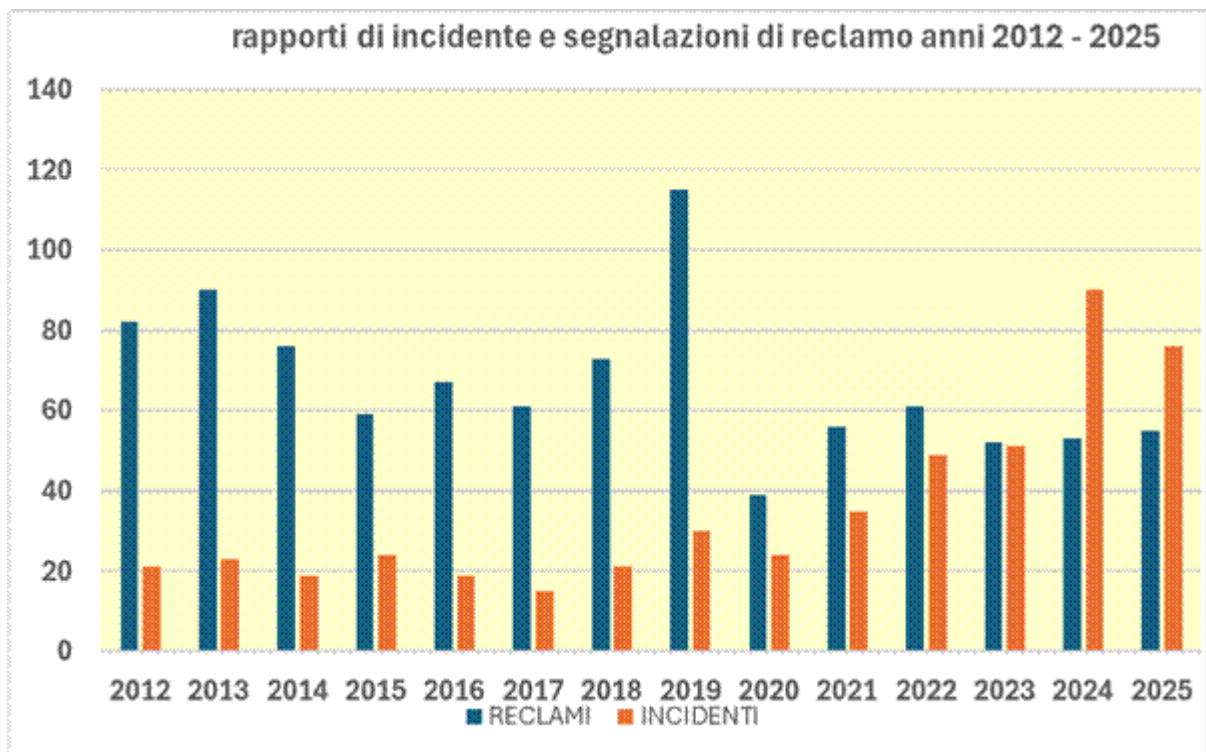
L'obiettivo (che per l'anno 2025 era stato fissato al 95%) è stato raggiunto da tutte le aziende della regione Emilia Romagna, con il valore del 100%.

<b>Indicatore:</b>	<b>Target</b>	<b>Risultato 12 M 2025</b>
IND1190 - percentuale di segnalazioni di incidente gravi validate entro i 3 giorni su segnalazioni di incidente grave ricevute (Numero di segnalazioni di incidente grave validate entro i 3 giorni / numero di segnalazione di incidente grave inserite)	95%	100%

### **Rapporti di incidente e segnalazioni di reclamo**

In relazione alle segnalazioni interne pervenute dagli operatori sanitari per incidenti e reclami da dispositivi medici nell'anno 2025 sono state registrate complessivamente 131 segnalazioni, di cui 76 rapporti di incidente e 55 segnalazioni di reclamo, notificati al Ministero della Salute e alle Ditte Fornitrici.

**Fig.5 - Rapporti di incidenti e segnalazioni di reclamo anni 2012-2025**



Per quanto riguarda i rapporti di incidente le categorie CND (Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici) più segnalate nel 2025 sono state:

- CND C: DM Apparato Cardiocircolatorio;
- CND L: Strumentario chirurgico riutilizzabile – pinze per chirurgia robotica.

Entrambe le categorie indicate hanno fatto registrare 22 segnalazioni ciascuna.

A seguire la CND A - DM per somministrazione, prelievo e raccolta, con 12 segnalazioni di incidente.

La distribuzione completa dei 76 Rapporti di Incidente in funzione della classificazione CND è la seguente:

- 22 per CND C – DM Apparato Cardiovascolare;
- 22 per CND L – DM strumentario chirurgico riutilizzabile;
- 12 per CND A – DM per Somministrazione, Prelievo e Raccolta;
- 7 per CND J - DM Impiantabili Attivi;
- 7 per CND P – DM Protesici Impiantabili;
- 3 per CND W – DM Diagnostici in Vitro;
- 2 per CND R – DM App. Respiratorio e Anestesia;
- 1 per CND G – DM Apparato Gastrointestinale.

Il governo dei dispositivi medici (DM) all'interno del Policlinico risulta di assoluta rilevanza sia per gli aspetti economici correlati all'impatto dell'innovazione sia per gli aspetti di appropriatezza d'impiego, vista la complessità chirurgica generale, specialistica ed interventistica con particolare riferimento alla chirurgia bariatrica, robotica, toracica e cardiovascolare.

### Obiettivi di appropriatezza per i dispositivi medici della Regione Emilia-Romagna

In considerazione dell'impegno di risorse stimato per il 2025 per i dispositivi medici è stato richiesto alle Aziende uno specifico impegno nell'uso appropriato di dispositivi medici sia di largo utilizzo che specialistici. In particolare:

- Guanti non chirurgici per uso sanitario o da esplorazione: l'uso dei guanti per attività assistenziale è da tempo oggetto di governo a livello regionale, con la pubblicazione del documento di appropriatezza e mediante convenzioni regionali.

Le azioni richieste alle Aziende sono state:

- Adesione al documento regionale di appropriatezza «Indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario»;
- Consolidamento della collaborazione tra Referenti SPP, Farmacista, Professionisti dell'area Igiene Ospedaliera, anche in ambito di Area vasta/Ausl Romagna;
- Mantenimento rispetto al 2024 dei quantitativi consumati in rapporto all'attività ospedaliera.

Indicatore	Target
IND1076 - Guanti non chirurgici (cnd T0102) impiegati in ambito di ricovero per giornata di degenza (Ord. e DH)	INDRER ≤43

I dati del IV trimestre 2025 evidenziano un valore dell'indicatore pari a 53,81 corrispondente al consumo ospedaliero per giornata di degenza, in leggero aumento rispetto al 2024 (52,08). Nonostante questo la spesa per i guanti non chirurgici è diminuita del 3.8% rispetto all'anno precedente (888.842 euro vs 923.575 euro).

- Ambito cardiologico, cardiovascolare e cardiocirurgico: la spesa per prodotti impiantabili e dispositivi per procedure specialistiche in queste branche è in forte incremento negli ultimi anni, sia per l'aumento della casistica che per il ricorso a nuovi prodotti con importante impatto sul bilancio aziendale e regionale.

Relativamente alle TAVI i dati a 12 mesi evidenziano un lieve calo rispetto all'anno precedente dovuto principalmente ad una diminuzione di attività nei primi mesi dell'anno per problemi tecnici delle sale operatorie (n.378 nel 2025 vs n. 394 nel 2024)

Per quanto riguarda la spesa per i dispositivi medici per ablazione dei foci aritmogeni, come indicato in precedenza, nel 2025 abbiamo assistito alla sostituzione integrale delle tecnologie meno innovative a favore della tecnologia di elettroporazione a campo pulsato che

ha permesso di trattare più pazienti con più efficacia e sicurezza. Purtroppo la tecnica alternativa ablativa che nel 2025 poteva essere utilizzata in affiancamento e nell'ottica di risparmio era il laser che però ha cessato la commercializzazione nel corso dell'anno.

- **Medicazioni avanzate:** Il gruppo regionale Medic-RER guida l'uso appropriato delle medicazioni avanzate e promuove gare centralizzate per l'acquisto. La spesa è in calo, con un -0,8% nel 2024. Si conferma la richiesta d'impegno per un uso sostenibile e conveniente, rinnovando per il 2025 l'obiettivo di partecipazione alle gare regionali.

I dati per IRCCS AOU BO relativi all'anno 2025 confermano la piena adesione alla gara come nel corso del 2024 con % di adesione pari al 94.8% rispetto all'obiettivo dell'80%.

- **Diabete:** a seguito dell'emanazione delle Linee di indirizzo regionali sull'uso appropriato dei dispositivi per l'automonitoraggio del diabete, si chiede alle aziende sanitarie di garantirne un'adozione corretta. Sono disponibili tre gare IntercentER aggiudicate che coprono tutte le tipologie di dispositivi:
  - Dispositivi per la gestione del diabete Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero) 3;
  - Sistemi di monitoraggio in continuo, sistemi HCL e microinfusori per Aziende Sanitarie;
  - Acquisto di sistemi di monitoraggio del glucosio (disponibile nei primi mesi 2025).
- **Robotica:** Le aziende sanitarie devono garantire l'uso sostenibile dei robot chirurgici, massimizzando gli interventi per ciascun dispositivo pluriuso secondo le schede tecniche. L'obiettivo di volumi minimi non deve prevalere sulla sostenibilità economica. Si raccomanda inoltre il monitoraggio dell'evoluzione della chirurgia robotica specialistica, dato il mercato in crescita e le implicazioni di spesa.

Come suggerito dalle linee di programmazione regionale per l'anno 2025 al fine di sostenere i processi di governo della spesa, per l'anno 2025, sono individuati come prioritari i seguenti obiettivi organizzativi:

- **L'introduzione dell'innovazione nel rispetto del percorso istituzionale stabilito per la valutazione.**

E' stata posta particolare attenzione nel corso di tutto l'anno 2025 alle richieste di introduzione di nuovi DM pervenute dai clinici in seguito all'effettuazione delle prove di campionatura gratuita, sensibilizzando il personale clinico all'utilizzo del portale regionale e alla opportuna valutazione delle commissioni dedicate.

Indicatore	Target
IND1185 - valutazioni duplicate su applicativo web	0

- **Implementazione delle linee di indirizzo/protocolli regionali sull'uso appropriato dei DM.**

- **Gestione degli acquisti e criteri di selezione dei dispositivi medici.**

Si è cercato di ridurre al minimo gli acquisti fuori gara favorendo l'adesione alle gare regionali e di area vasta e cercando di orientarsi nell'ambito degli accordi quadro verso gli aggiudicatari che presentavano il miglior rapporto costo beneficio.

### **Adesione alle gare regionali**

Per l'anno 2025 sono individuate le seguenti convenzioni Intercenter oggetto di monitoraggio, per la valutazione di una puntuale adesione alle strategie di gara:

- Medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (M0404);
- Dispositivi da elettrochirurgia (K02) – il disegno di gara, che sarà aggiudicata nel corso del 2025, ha la medesima distribuzione percentuale tra i lotti;
- Protesi d'anca (P0908);
- Dispositivi per la gestione del diabete Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero);
- Guanti monouso sterili e non, per attività assistenziale, somministrazione farmaci antiblastici, emergenza/urgenza/laboratorio.

<b>Indicatori</b>	<b>Target</b>	<b>IV trim. 2025 AOU_IRCSS BO</b>
IND0991 - Impiego di medicazioni avanzate per ferite, piaghe e ulcere afferenti alla gara regionale	> 80%	<b>94,8%</b>
IND0973 - % di utilizzo di prodotti a radiofrequenza (lotto 1) sul totale dei consumi dei prodotti in gara «Dispositivi a ultrasuoni e a radiofrequenza per la coagulazione vasale e la dissezione tessutale 2» ed edizioni successive della gara con il medesimo disegno di gara	>= 40%	<b>14,27%</b>
IND0992 - Impiego di protesi d'anca afferenti alla gara regionale	> 80%	<b>92,91%</b>
IND1079 - Impiego di prodotti per la gestione del diabete afferenti alla gara "Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero)" sul totale dei consumi	> 70%	<b>91,71%</b>
IND1080 - Impiego di guanti afferenti alla gara "Guanti monouso sterili e non, per attività assistenziale, somministrazione farmaci antiblastici, emergenza/urgenza/laboratorio" sul totale dei consumi dei guanti non chirurgici	> 80%	<b>99,96%</b>

- **Tracciabilità dei dispositivi medici e implementazione del sistema UDI.**

Relativamente allo sviluppo dei progetti di informatizzazione è in corso di aggiudicazione, al momento bloccata per ricorso, la procedura per l'introduzione della tecnologia Radio-Frequency Identification (RFID) a livello dei comparti operatori al fine di ottimizzare la tracciabilità dei DM. Detta iniziativa è finalizzata ad introdurre strumenti di automazione e digitalizzazione dei processi e di garantire:

- tracciabilità dei dispositivi medici monouso e impiantabili fino al paziente;
- miglioramento delle qualità dei processi, soprattutto attraverso l'abbattimento degli errori ed il risparmio di tempi infermieristico;
- monitoraggio della spesa dei dispositivi medici, attraverso la riduzione delle scorte, delle giacenze e dei consumi con conseguente riduzione della presenza di capitale immobilizzato e degli sprechi;
- superamento dei limiti propri della logistica tradizionale grazie alla disponibilità di strumenti di tracciabilità e dei processi di automazione ad elevato grado di informatizzazione;
- garanzia di rintracciabilità dei DM qualora si ravvisino segnalazioni sulla sicurezza nell'ambito del sistema di Vigilanza dei Dispositivi medici;
- disponibilità degli strumenti di controllo gestione e di dati accurati di consumo per il governo, oltre che degli aspetti clinici, anche della spesa.

Il sistema si integrerà con il nuovo software di sala operatoria Digistat, già in uso presso le altre Aziende Sanitarie di Bologna, e di recente aggiudicazione in IRCCS AOSP. Questo sviluppo permetterà di rendere omogenei i percorsi di programmazione degli interventi nelle sale operatorie e faciliterà l'uso da parte dei clinici che operano nelle diverse realtà permettendo anche la condivisione di dati.

### **Rendicontazione nel flusso DiMe e obiettivi di tracciabilità**

Per il 2025, è stato confermato l'obiettivo di copertura del flusso degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, al fine di valutare l'allineamento tra l'alimentazione del flusso e i costi rendicontati, tenendo conto delle modalità di acquisto e delle regole di tracciabilità dei dispositivi medici. E' stato stabilito il target del 90% per i dispositivi medici. Per i diagnostici in vitro è stato confermato il target del 60%, apportando una correzione al calcolo che contempli la spesa sostenuta per i prodotti codificati in anagrafica GAAC come Kit IVD per prest.refertata/analisi.refertata privi di codice di repertorio, conformemente alle indicazioni della Linea Guida "Anagrafiche centralizzate GAAC" v.1.1/2024.

Indicatori	Target	IV trim. 2025 AOU_IRCSS BO
IND0363 - Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico	>= 90%	95.77%
IND0713 - Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico	>= 60%	74,05%

### **Registro Protesi Mammarie**

È presente nel territorio Nazionale il registro protesi mammarie, costituito dai singoli registri regionali. I due registri sono stati istituiti, rispettivamente, con il Decreto del Ministero della Salute del 19 ottobre 2022 (G.U. n. 14 del 18/01/2023) e con la Legge Regionale del 28 luglio 2023, n. 10 articolo 26.

Il decreto che regola il registro protesi è obbligatorio e correlato a sanzione amministrativa per i seguenti soggetti:

- per tutti gli operatori sanitari che impiantano o rimuovono protesi mammarie sul territorio nazionale, registrare ogni singola procedura chirurgica effettuata, entro 3 giorni dalla data di esecuzione della stessa.
- per i distributori di protesi mammarie, registrare, con cadenza mensile, ogni singolo dispositivo commercializzato sul territorio italiano.

Obiettivo: favorire l'inserimento nel Registro protesi mammarie dei dati relativi agli interventi di impianto ed espianto di protesi mammarie da parte degli operatori sanitari operanti nelle strutture pubbliche. Il monitoraggio sarà effettuato a livello regionale.

Indicatore	Target
IND1191 – Copertura percentuale Registro protesi mammarie sul totale degli interventi registrati in SDO.  [Numero di interventi di impianto ed espianto di protesi mammarie caricati nel Registro/Numero di interventi di impianto ed espianto traccianti nelle SDO con i seguenti codici: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervento monolaterale: 8533 – 8553</li> <li>• Intervento bilaterale 8535 – 8554</li> </ul> *100]	≥ 80%

Il dato SIVER 12 mesi evidenzia una copertura percentuale pari al 72,92% per IRCCS AOU Bologna.

#### COMMISSIONE DISPOSITIVI MEDICI AREA VASTA EMILIA CENTRO

Le azioni di governo del settore dispositivi medici vengono realizzate anche con il contributo della Commissione Dispositivi Medici di area Vasta Emilia Centro (CDM-AVEC) e del Nucleo Operativo Locale (NOL) dell'AOU di Bologna per i dispositivi medici (DM) che valutano le richieste di inserimento in assistenza di nuovi dispositivi medici. Per entrambe le Commissioni, la Segreteria Scientifica risiede presso la Farmacia Clinica dell'AOU di Bologna.

Secondo il nuovo regolamento della CDM-AVEC, revisionato nel corso del 2020 (rev. 2/2020), la Commissione valuta sia le richieste di inserimento di nuovi DM che le richieste di affiancamento tecnologico di DM già in uso nelle diverse aziende AVEC se rientrano nelle seguenti classi CND:

- C - Dispositivi per apparato cardiocircolatorio
- H - Dispositivi da sutura
- J - Dispositivi impiantabili attivi
- K - Dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia
- M0404 - Medicazioni per ferite, piaghe e ulcere
- M0405 - Dispositivi emostatici
- P - Dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi

e se, sulla base dei costi e delle stime di utilizzo riportate dal richiedente, presentano o un costo unitario (IVA esclusa) = o > di 1.000 euro e/o un impatto economico annuale previsto (IVA esclusa) > e/o = a 15.000 euro.

Le richieste di DM appartenenti a CND non riportate sopra e/o che presentano un costo unitario < 1.000€ e/o un costo complessivo annuo < 15.000€ vengono invece valutate dal NOL.

I pareri espressi tengono conto prioritariamente dell'efficacia e della sicurezza ma anche dell'impatto economico del nuovo DM a confronto con i prodotti e/o le tecniche già utilizzate in Azienda, considerando anche eventuali strategie aziendali per lo sviluppo o consolidamento di specifiche attività o prestazioni. Per argomenti particolarmente complessi di interesse interaziendale, a supporto delle attività della CDM-AVEC, vengono istituiti gruppi di lavoro specifici.

Di seguito viene riportata una breve sintesi delle attività di valutazione di nuove richieste di inserimento/affiancamento svolte dalla CDM-AVEC nell'anno 2025 (Tab.29,30).

**Tab.29. Richieste di DM prese in carico in Area Vasta Emilia Centro nell'anno 2025**

	Totale	Richieste in formato elettronico (SISEPS)			Richieste cartacee arrivate nei 12 mesi 2025 <b>(D)</b>
		prese in carico nel 2024 ma con valutazione sospesa <b>(A)</b>	inserite nel 2022*/2024 e valutate dalla CDM-AVEC nei 12 mesi 2025 <b>(B)</b>	inserite nei 12 mesi 2025 <b>(C)</b>	
Richieste AVEC <b>(1)</b>	75	0	7	61	7
Richieste di competenza della CDM-AVEC <b>(2)</b>	53	0	7	39	7
Richieste prese in carico dalla CDM-AVEC nei 12 mesi 2025 <b>(3)</b>	46	0	7	32	7

**Tab.30 - Pareri espressi dalla CDM AVEC per tipologia di richiesta presa in carico nel 2025**

	Richieste di inserimento	Richieste di affiancamento
Richieste con parere positivo	33	7
Richieste con parere negativo	6	0
Richieste con parere sospensivo	0	0
Richieste ritirate / mancato interesse	0	0
Richieste non valutabili (perché oggetto di procedura di gara)	0	0

Delle 46 richieste di inserimento/affiancamento (Tabella 34, caselle 3A, 3B, 3C e 3D) valutate dalla CDM-AVEC nel 2025, il 54% (25/46) è stato inviato da clinici dell'AOU di Bologna, il 24% (11/46) dall'AUSL di Bologna, il 13% (6/46) dallo IOR, il 4,5% (2/46) dall'AOU di Ferrara e il 4,5% (2/46) dall'Ausl di Imola; l'AUSL di Ferrara non ha presentato richieste.

Nei 12 mesi del 2025 la CDM-AVEC ha provveduto all'implementazione e aggiornamento del sito web della CDM-AVEC attraverso il quale sono rese disponibili informazioni in merito a ruolo, obiettivi e metodi di valutazione della Commissione. Tale sito comprende una parte pubblica che fornisce i principali riferimenti normativi sulla gestione dei dispositivi medici a livello nazionale, regionale e di Area Vasta e di una parte accessibile solo ai membri di CDM-AVEC e dei NOL-AVEC che funge da repository delle valutazioni delle richieste di inserimento di nuovi DM presentate in AVEC.

## AREA SICUREZZA E GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO

### **Sicurezza dei lavoratori e sorveglianza sanitaria**

Il programma di **controllo dello stato vaccinale degli operatori sanitari** nel rispetto di quanto previsto dalla Delibera Regionale 351/2018 è parte integrante del programma di sorveglianza sanitaria.

A tale scopo è attivo lo screening sierologico del personale sanitario, secondo l'indicazione della DGR 351/2018 per quanto attiene le principali malattie aereo trasmissibili, e l'epatite B, allo scopo di mantenere l'obiettivo fissato di una copertura superiore al 95% dei dipendenti del ruolo sanitario.

Allo stesso modo è parte integrante del programma di sorveglianza sanitaria il controllo del rischio tubercolosi come previsto dall'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati».

Nel corso del 2025 è proseguito in modo sistematico lo screening tubercolare per la ricerca della tubercolosi latente a tutti i nuovi assunti, lavoratori dipendenti ed equiparati ai sensi del D.Lgs 81/08 e s.m.i. e a seguito di contatto con caso.

Nel corso del 2025 è proseguita l'offerta vaccinale rivolta ai dipendenti oltre che per profilo di esposizione anche per condizioni di salute personali, sulla base di quanto previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2023-2025 e dal Piano Regionale dell'Emilia-Romagna per la Prevenzione Vaccinale 2023-2025.

Nel corso del 2025 la riorganizzazione del programma di sorveglianza sanitaria ha permesso di recuperare gran parte dei ritardi conseguenti al periodo pandemico con verosimile raggiungimento della condizione pre pandemia nel 2026.

È stato definito, congiuntamente a UniBO, un percorso volto a ridurre i tempi per la sorveglianza sanitaria preventiva dei medici in formazione specialistica di nuova immatricolazione.

Nel 2025 è rimasto attivo il programma di Supporto Psicologico per il personale dipendente nell'ambito del progetto di "Prevenzione del rischio stress correlato al lavoro, con particolare riferimento alla definizione da parte dei medici competenti di un percorso di assistenza psicologico specifico per operatori sanitari in relazione ad un disagio lavorativo all'interno delle Aziende Sanitarie" come da scheda progetto a valenza regionale finanziato con risorse ex dgr 2181/2023. Tale attività ormai parte integrante del programma di sorveglianza sanitaria ha attuato in pieno quanto richiesto dal documento regionale "Linee di indirizzo: Interventi a sostegno del benessere psicologico in ambito lavorativo nelle Aziende sanitarie" (Regione Emilia-Romagna Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare Settore Prevenzione collettiva e Sanità pubblica Settore Assistenza Territoriale).

Nel 2025 è proseguita l'attività dell'ambulatorio Valutazione e Recupero della Capacità Lavorativa, presso la UOC Medicina del Lavoro.

Nell'ambito del SPP si costituisce l'area ergonomia sia per la si è proceduto con la valutazione del rischio movimentazione carichi e pazienti e alla formazione di una rete di referenti di reparto anche tramite la formazione (figura dell'ergo coach) di che costituiscono una rete aziendale di facilitazione che inizialmente coinvolge che ha coinvolto dodici reparti sia per la scelta di ausili e arredi idonei. Si acquisiscono sono acquisite tecnologie innovative per la movimentazione per il nuovo reparto di ortopedia e per alcuni reparti internistici e relativo addestramento all'uso. Vengono redatti ed aggiornati i documenti di valutazione dei rischi interferenti (nuovo appalto servizi pulizie, smaltimento rifiuti, appalto trasporti interni per esternalizzazione logistico, ecc.) ai sensi del D.lgs. 81/08.

In ambito formazione sulla sicurezza prosegue la somministrazione del corso sui rischi specifici in sanità su piattaforma regionale obbligatorio per aziende ad alto rischio destinato a tutti i lavoratori/ equiparati, come previsto dall'accordo Stato Regioni. Ulteriori iniziative formative riguardano il corso sul rischio radiologico (corso regionale), corso sui chemioterapici in metologia di formazione asincrona e sulla movimentazione in sicurezza (ausiliata) dei pazienti in diverse forme formazione in aula degli ergo coach, asincrona e addestramento sul campo; iniziano i corsi specifici per dirigenti e preposti. Corso sulla formaldeide inoltre viene predisposto il corso regionale sulla prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori delle aziende sanitarie

Nell'anno 2025 è proseguita la raccolta, valutazione, sopralluoghi per tutte le segnalazioni pervenute e prevenzione delle aggressioni subite dal personale sanitario attraverso la scheda regionale pubblicata sulla intranet aziendale, inoltre viene garantita l'offerta di un supporto psicologico all'operatore che ne dovesse fare richiesta. Tale intervento si inserisce nel più ampio programma di supporto all'operatore dell'Ausl in presenza di un disagio psicologico come da mandato regionale.

Indicatore	Target atteso	2025
Copertura vaccinale operatori sanitari	≥ 40%	40%
Utilizzo dell'applicativo cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata Medico Competente per la registrazione delle vaccinazioni, in particolar modo delle vaccinazioni antinfluenzali	100%	100%
Screening tubercolosi a tutti i nuovi assunti	100%	100%
Controllo della presenza della copertura immunitaria per le principali malattie infettive prevenibili da vaccino, come previsto dalla DGR 351/2018, in tutti i nuovi assunti	100%	98%
Analisi delle segnalazioni di aggressione fisica ad operatori sanitari ed eventuale individuazione di misure preventive	≥ 90%	100%

## Sorveglianza e controllo malattie infettive

L'azienda effettua la sorveglianza e il controllo delle malattie infettive attraverso:

- Gestione delle Schede di Segnalazione di caso di Malattia Infettiva (SSCMI) e degli alert microbiologici;
- Indagini Epidemiologiche e Contact Tracing;
- Audit osservazionali proattivi e reattivi (ovvero in presenza di casi di condizioni diffuse) focalizzati alla adozione delle precauzioni standard ed alle precauzioni per modalità di trasmissione all'interno delle Unità Operative e dei Servizi;
- Monitoraggio delle Matrici Ambientali e Produzione di Piani Qualità di autocontrollo;
- Partecipazione al Nucleo Strategico (ai sensi della DGR 318/2013);
- Coordinamento del Nucleo Operativo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ai sensi della DGR 318/2013);
- Coordinamento di gruppi di lavoro, tra i quali, su base mensile, il Gruppo Acqua. Prosegue l'attività del Gruppo Alimenti per la gestione e mitigazione del rischio delle matrici alimentari e delle attività connesse alle attività della Mensa e Cucina Aziendali;
- Assolvimento dei debiti informativi;
- Partecipazione alle iniziative formative. In particolare da Ottobre 2024, in ottemperanza a quanto richiesto nel merito dei fondi PNRR destinati alle attività di formazione su Infection Prevention Control (IPC), Igiene Ospedaliera e Prevenzione offre settimanalmente formazione su temi di IPC specifici per contesti di

UUOO/servizi e Dipartimenti. L'obiettivo risulta raggiunto come da comunicazione della RER.

L'evento infezione è gestito in stretta collaborazione con la Medicina del lavoro, la Sorveglianza Sanitaria, le Malattie infettive, la Microbiologia ed il Dipartimento di Sanità Pubblica. Viene dato seguito all'obbligo di presa in carico e trasmissione delle informazioni essenziali per la gestione delle notifiche unitamente all'avvio delle indagini epidemiologiche per il contact tracing e contenimento dei cluster.

Nel corso dell'anno viene pianificato il Piano Qualità Aziendale di monitoraggio delle matrici ambientali che comprende: aria, acqua, superfici, alimenti e coinvolge diverse strutture e locali sanitari in ottemperanza alla normativa e alle linee guida. Nel 2025 è stata avviata una riprogettazione del Piani Qualità che ha generato un modello di pianificazione focalizzato sul controllo microbiologico delle attrezzature, avviando gruppi di lavoro per l'applicazione delle Linee Guida Regionali per il campionamento degli endoscopi, i campionamenti delle Vasche Parto per il parto in acqua e degli Scambiatori di calore.

Unitamente, sono stati redatti i Piani Qualità per il contrasto agli infestanti, tra cui, in accordo con il Piano Regionale Arboviroso del 2025, il Piano di Contrasto allo sviluppo delle zanzare e artropodi; nel monitoraggio dei casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika-Toscana virus, WestNile virus l'Azienda è coinvolta per il tramite del Centro di Riferimento Regionale per le Emergenze Microbiologiche (CRREM), dove vengono inviati, per analisi, i campioni di tutta la Regione.

L'occorrenza dei casi di Dengue autoctoni nell'area metropolitana di Bologna ha prodotto lo sviluppo di azioni di miglioramento nella gestione preventiva delle arboviroso attraverso:

- Potenziamento della Sorveglianza Ambientale: attivazione di tavolo permanente congiunto con il Fornitore del Servizio per condividere azioni di miglioramento preventive orientate alla prevenzione della presenza di infestanti
- Potenziamento della Sorveglianza Clinica: attivazione tavolo di coordinamento AUSL Metropolitana con la partecipazione di tutte le Aziende e del Dipartimento di Sanità Pubblica di Bologna

Indicatore	Target Atteso	Risultato 2025
N. casi sospetti di Dengue-Chikungunya- Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/N. casi sospetti di Dengue- Chikungunya-Zika testati presso il CRREM	100%	100%

**Fonte dati: CRREM**

La stesura dei Piani Qualità di Monitoraggio per il controllo del rischio infettivo e la verifica degli esiti di analisi tanto quanto del caso, eventuale, di malattia, vengono discussi in gruppi multidisciplinari convocati su base di necessità o permanenti.

La sorveglianza e il controllo delle malattie infettive vengono presieduti dal Nucleo strategico e i due Nuclei operativi per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e del buon uso della terapia antibiotica. A seguito dell'aggiornamento delle "Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile degli antibiotici" (DGR 102/22) viene formalizzata l'istituzione dei Nuclei strategici ed operativi aziendali, definendone i partecipanti e il mandato.

Le attività di presidio e sorveglianza delle malattie infettive prevede anche azioni sul campo, intese nei termini di sopralluogo e formazione-intervento e definizione degli standard e verifica per i processi appaltati.

Al fine di favorire il monitoraggio epidemiologico, nell'ambito della CCE è in corso l'implementazione di sistemi di notifica e alert microbiologico, in modo da aumentare l'efficienza delle comunicazioni tra Microbiologia, Malattie Infettive, Igiene Ospedaliera e Prevenzione e le Unità Operative. Tali nuovi strumenti consentiranno l'attivazione tempestiva di tutti gli accorgimenti finalizzati a contenere la trasmissione delle condizioni diffuse.

Nel corso del 2025 è stata garantita la completezza e la tempestività dei flussi informativi COVID, secondo gli standard definiti dalla Regione. Sono stati inoltre pianificati eventi formativi interaziendali per la formazione sul Piano Pandemico (PANFLU), unitamente alla partecipazione, coordinata da AUSL alla esercitazione pratica in dicembre 2024. Altrettanto procede la trasmissione delle segnalazioni di malattia infettiva a mezzo di scheda informatizzata.

In ottemperanza a quanto richiesto dall'applicazione del DM del 7 marzo 2022 "Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)" e DGR n° 991 del 19/6/2023 e Determinazione n° 15900 del 20/7/2023, sono state trasmesse le nuove indicazioni in relazione alla segnalazione di malattia infettiva.

In ottemperanza a quanto richiesto dall'applicazione del DM 19 dicembre 2022 è stato trasmesso il Piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

In ottemperanza alle Linee Guida Regionali è stato aggiornato il Documento di Valutazione del Rischio Legionellosi per il 2024.

Per adempiere al debito informativo previsto dal PL 17 del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, è stata redatta e trasmessa la relazione annuale sulle attività svolte e sul numero di prestazioni erogate dalla Rete IST Metropolitana (IRCCS AOUBO-AUSL BO – AUSL Imola), relativa all'anno 2025.

A seguito della Delibera Regionale Num. 436 del 31/03/2025 "Istituzione del Sistema di Sorveglianza Regionale delle Infezioni Sessualmente Trasmesse in Emilia-Romagna (ISTER)", in vigore da maggio 2025, i casi di IST vengono segnalati direttamente al sistema di sorveglianza regionale delle infezioni sessualmente trasmesse in Emilia-Romagna (ISTER) (oltre alla piattaforma RER per diagnosi di HIV).

▪ **Sicurezza delle cure e gestione integrata del rischio** L'IRCCS AOU di Bologna, Policlinico di sant'Orsola è un centro di riferimento nazionale e internazionale ad alta

complessità. In tale contesto, la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario rappresentano ambiti strategici per garantire qualità, appropriatezza e sicurezza degli interventi e delle prestazioni.

Con specifico riferimento agli obiettivi declinati dalle linee di programmazione per il 2025 (DGR n. 972/2025), si declinano di seguito le attività realizzate per il raggiungimento degli stessi.

Indicatori	Target 2025	Risultato 2025
DES0144 - Elaborazione e formalizzazione del Piano Programma annuale per la Sicurezza delle cure e Gestione del rischio sanitario elaborato secondo le indicazioni delle nuove Linee di indirizzo regionali	100%	100%
IND1202 - Applicazione strumenti progetto "Visitare" in: ambito territoriale sanitarie e socio-sanitarie, cure intermedie, transizioni di cura e/o cambiamenti di setting assistenziale	≥ 2 nuove visite/anno per tutte le Aziende sanitarie e IRCCS (di cui per le AUSL territoriali almeno 1 nuova visita nelle strutture socio-sanitarie)	Effettuate n. 2 nuove visite presso i setting "Sala parto" e "PS Ostetrico"
<i>Sicurezza in Chirurgia</i>		
IND1203 - Osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare" su procedure chirurgiche e taglio cesareo	≥30 osservazioni dirette/anno	> 30 osservazioni dirette/anno
<i>Miglioramento qualità assistenziale</i>		
IND1204 - Svolgimento di seminari di approfondimento sulle Lesioni da pressione, a cura dei referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC)	≥ 2	> 2 seminari
DES0128 - Implementazione di un audit clinico-assistenziale concomitante, (come indicato dal documento regionale "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" con determinazione n. 4125/2021), sull'adesione alle buone pratiche per la prevenzione della contenzione che coinvolga unità operative nelle quali la tematica è rilevante e redazione di un report.	1	1 audit clinico-assistenziale concomitante
<i>Flusso SSCL</i>		
IND0722 - Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO per le procedure classificate AHRQ4	≥ 90%	83,07%*

IND0910 - Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO per procedure con taglio cesareo	≥ 85%	30%*
--	-------	------

**\*Fonte dati: Banca dati regionale - Indicatori Insider 2025**

È stato elaborato e formalizzato (Deliberazione AOU n. 171 del 10/06/2025), dalla funzione di Risk management in collaborazione con la UOC di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, il Piano Programma annuale per la Sicurezza delle cure e la Gestione del rischio sanitario, presentato al Collegio di Direzione e al Comitato Consultivo Misto, inviato al livello regionale entro il previsto termine del 30/06/2024. Il documento, redatto in conformità alle “Linee di indirizzo per l’elaborazione del Piano-Programma annuale per la Sicurezza delle Cure e della rendicontazione annuale nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia-Romagna” (nota regionale Prot. 18/04/2023. 0376598.U), è stato, inoltre, elaborato in coerenza alle tematiche e agli obiettivi previsti dal Piano Strategico Regionale per la Sicurezza delle Cure e Gestione del rischio sanitario dell’Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure, che fornisce indicazioni alle Aziende sanitarie, agli IRCCS e agli Ospedali privati accreditati per il raggiungimento degli obiettivi e la realizzazione delle attività negli specifici ambiti di attività per il biennio 2025-2026 (Prot. 13/01/2025.0026394.U), in linea con il “Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care” (World Health Organization).

In linea con le indicazioni regionali contenute nel documento “VISITARE: promozione della rete della sicurezza e implementazione delle raccomandazioni per la continuità delle cure tra ospedale e territorio” (diffuso con nota Prot. 05/12/2023.1215590.U), sono state svolte le “visite per la sicurezza” nell’ambito del progetto regionale Vi.Si.T.A.RE in setting ospedalieri selezionati con particolare attenzione alle transizioni di cura e ai cambiamenti di setting assistenziale ospedale-territorio, in relazione ai rischi connessi all’erogazione di prestazioni e servizi sanitari e sociosanitari già esistenti o nuovi, erogati anche mediante le tecnologie innovative nel campo ICT (es. Intelligenza Artificiale, telemedicina e telemonitoraggio). Le analisi proattive sono state realizzate, nell’anno 2025, nei setting “Sala parto” e “PS Ostetrico” e sono state finalizzate a evidenziare possibili rischi presenti nei setting considerati ed a individuare le relative misure di contenimento e prevenzione, nonché le azioni di miglioramento a fronte di possibili criticità.

Per quanto riguarda l’ambito chirurgico e le attività di sala operatoria, sono proseguite nel 2025 le attività volte al miglioramento e rafforzamento della sicurezza in chirurgia mediante l’applicazione della checklist per la sicurezza in sala operatoria (SSCL - progetto SOS-Net) per tutte le procedure chirurgiche e di taglio cesareo, e l’esecuzione di osservazioni dirette in sala operatoria, effettuate in numero superiore alla soglia richiesta dal livello regionale, mediante l’utilizzo della “App regionale OssERvare”. Si è proceduto, altresì, alla diffusione dell’applicazione della checklist ambulatoriale, nonché all’attivazione del percorso per realizzare il flusso specifico, in collaborazione con l’ICT.

Sono proseguite, inoltre, a livello aziendale, le attività di formazione e sensibilizzazione all'utilizzo corretto della checklist di sala operatoria, anche al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi previsti nel linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 e linkage SDO e SSCL-TC su procedure di taglio cesareo. Tali indicatori, che non hanno presentato criticità nell'anno 2024, nell'anno 2025 hanno ottenuto un raggiungimento parziale rispetto all'obiettivo previsto a seguito dell'introduzione di un nuovo software di gestione delle sale operatorie e del raccordo tra questo e il flusso di invio dei dati al livello regionale. Il problema è in corso di risoluzione da parte delle competenti funzioni di Ingegneria Clinica e ICT.

Per quanto riguarda il miglioramento della qualità assistenziale, nel 2025 si è proseguito l'impegno aziendale nel garantire le attività per l'implementazione delle linee di indirizzo e delle buone pratiche regionali diffuse negli anni scorsi, con particolare riferimento a: "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale" (circolare PG 786754/2016); "Linee indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" (determinazione n. 17558/2018); "Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari" (determinazione n. 801/2021); "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" (determinazione n. 4125/2021).

Le buone pratiche sono state promosse e diffuse anche tramite la conduzione di Audit, nonché attraverso la formazione da parte dei Professionisti sanitari che sono stati sensibilizzati ad aderire alle iniziative formative, sia di livello regionale (disponibili sulla piattaforma regionale "Self PA"), sia realizzate a livello aziendale con l'obiettivo di trasferire nella pratica assistenziale le indicazioni fornite nei documenti di indirizzo.

In linea con le previsioni regionali, nell'anno 2025 è stato effettuato un audit clinico-assistenziale concomitante, (come indicato dal documento regionale "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" con determinazione n. 4125/2021), sull'adesione alle buone pratiche per la prevenzione della contenzione che coinvolga unità operative nelle quali la tematica è rilevante e redazione di un report.

Sono stati, inoltre, effettuati i seminari di approfondimento sulle lesioni da pressione, a cura dei referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC).

Nel corso dell'anno 2025, è proseguita l'implementazione della piattaforma SegnalER, introdotta a livello aziendale nel maggio 2024. A seguito di una sistematica attività di divulgazione, al fine di garantire un'efficace fruizione dell'applicativo, si è reso necessario un attento e complesso monitoraggio sia in termini di funzionalità sia di configurazione dello strumento rispetto ai diversi setting aziendali. Si è mantenuta costante l'attività di sensibilizzazione e supporto dei Professionisti al fine di favorire l'utilizzo della piattaforma. Si è, altresì, promossa l'adesione all'attività formativa regionale e aziendale volta ad approfondire i fondamenti e le funzionalità della piattaforma SegnalER.

Sono state garantite, a livello aziendale, le attività di costante ricezione e presa in carico delle segnalazioni significative in ambito di sicurezza delle cure inserite nella piattaforma regionale SegnalER, nonché le ulteriori attività correlate agli adempimenti previsti dal Flusso SIMES per quanto concerne gli eventi sentinella.

Di tutti gli eventi sentinella e degli eventi avversi/near miss ritenuti significativi è stata effettuata un'analisi strutturata tramite lo strumento SEA (Significant Event Audit), volta all'individuazione di possibili azioni di miglioramento.

Nel 2025, inoltre, è stata utilizzata la metodologia FMEA/FMECA per effettuare due analisi proattive del rischio in ambiti strategici aziendali:

- una FMEA/FMECA relativa al trasferimento dell'attività della Procreazione Medicalmente Assistita dal Pad. 4 al Pad. 4N;
- una FMEA/FMECA per l'analisi del rischio ambientale/strutturale delle degenze per trapianto di cellule staminali emopoietiche e CAR-T dei piani 1°, 2°, 3° del Padiglione 8, utile anche ai fini del processo di accreditamento della Struttura.

È continuata l'attività del Board aziendale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio (istituito con Deliberazione aziendale n. 341 del 29/10/2024), tavolo multidisciplinare e multiprofessionale a finalità strategica, coordinato dal Risk Manager.

Si è mantenuto anche costante il rafforzamento, attraverso incontri formativi e di confronto, della rete dei Facilitatori per la Sicurezza delle cure, nonché la loro collaborazione con il Risk Manager aziendale alla promozione della cultura della sicurezza nell'organizzazione e fra gli operatori.

È stata, altresì, attuata un'attiva collaborazione tra il Risk Management e il Servizio Prevenzione e Protezione aziendale per la gestione delle segnalazioni di episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari e con l'Ufficio Relazioni col Pubblico per quanto concerne le segnalazioni di interesse per la sicurezza delle cure, unitamente all'UOC di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio. **\*Fonte dati: Banca dati regionale - Indicatori Insider 202** Nel corso dell'anno 2024 sono state garantite, come di norma, le ulteriori attività correlate agli adempimenti previsti dal Flusso SIMES, così come la gestione e l'analisi delle segnalazioni giunte tramite le schede specifiche della piattaforma regionale SegnalER, incident reporting, caduta dei pazienti ricoverati, near miss ostetrici, allontanamento dei pazienti ed episodi di violenza verso gli operatori con analisi tramite lo strumento del SEA (Significant Event Audit) degli eventi sentinella e degli eventi ritenuti significativi al fine di individuare azioni di miglioramento da introdurre.

È stata garantita l'integrazione tra la funzione di Risk Management e i referenti aziendali per ambiti specifici, tra i principali: prevenzione e gestione di cadute, contenzione, lesioni da pressione; Farmacovigilanza; Dispositivovigilanza; Emovigilanza; sicurezza in chirurgia e sicurezza in ostetricia.

Sono stati garantiti, come di consueto, gli adempimenti legati alla pubblicazione della relazione annuale ex art. 2, comma 5, Legge n. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco), nonché la messa a disposizione a livello aziendale, attraverso la pagina Intranet, di reportistica (con periodicità almeno annuale), relativa a incident reporting, segnalazioni di episodi di violenza nei confronti

degli operatori, segnalazioni di episodi di caduta di paziente/visitatore unitamente all'UOC di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio.

La funzione di Risk Management ha garantito, come di norma, l'adesione alle attività regionali e la partecipazione al Coordinamento regionale dei Risk Manager per la sicurezza delle cure unitamente all'UOC di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio.

Il Risk Manager, inoltre, ha partecipato alla rete HPH (Health Promoting Hospitals) con il coordinamento e supporto del Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica regionale.

La funzione di Risk Management ha garantito pure la sistematica partecipazione ai seguenti tavoli:

- Comitato di Valutazione dei Sinistri, al fine di contribuire all'identificazione degli ambiti passibili di azioni correttive finalizzate al miglioramento;
- Gruppo Privacy Aziendale per la condivisione e trattazione delle tematiche di interesse per la sicurezza delle cure;
- Tavolo tecnico aziendale "OLTRE" relativo al benessere organizzativo che comprende la trattazione delle tematiche inerenti la violenza nei confronti degli operatori;
- Comitato Buon Uso del Sangue (COBUS), unitamente all'UOC di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio.

Nell'ambito del vasto capitolo della prevenzione e gestione del rischio infettivo, è stata mantenuta l'attività di integrazione sinergica con la SSD Igiene Ospedaliera e Prevenzione, anche tramite la partecipazione della funzione di Risk Management al Nucleo operativo infezioni correlate all'assistenza (ICA) e del Direttore dell'UOC di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio al Nucleo Strategico Aziendale Infezioni.

Il Risk Manager è stato, inoltre, designato alla partecipazione ai Laboratori AGENAS relativi a sicurezza e gestione del rischio nell'ambito del Programma di Ricerca corrente 2022-2024 "Sviluppo di un sistema di valutazione delle performance degli IRCCS, per la promozione della qualità assistenziale e il rafforzamento delle reti di collegamento territoriale", unitamente al Direttore dell'UOC di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio.

Relativamente alle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle cure, è stata garantita la puntuale adesione dell'IRCCS AOU di Bologna al monitoraggio curato annualmente da AGENAS circa l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali, mediante la compilazione dello specifico questionario entro i termini previsti e l'inserimento/aggiornamento della relativa documentazione che attesta l'implementazione a livello aziendale delle Raccomandazioni Ministeriali ed i relativi aggiornamenti. In proposito, anche con il supporto della SS Governo clinico e Qualità, sono state monitorate le procedure meritevoli di ulteriori aggiornamenti, sulle quali sono state effettuate le attività di revisione.

È stata, altresì, garantita la partecipazione annuale alla Call for good practice dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla Sicurezza in Sanità.

In linea con il tema internazionale "Safe care for every newborn and every child", nell'anno 2025 sono state presentate le seguenti buone pratiche:

- Presa in carico sicura del neonato a bassa intensità di cura da parte della famiglia, in modalità integrata tra ospedale e territorio;
- Servizio di post-dimissione per la protezione e il sostegno all'allattamento da remoto tramite teleassistenza.

L'esperienza "Servizio di post dimissione per la protezione e il sostegno all'allattamento da remoto tramite teleassistenza" è stata scelta dal Centro regionale Gestione del Rischio Sanitario per essere presentata al Seminario regionale "Cure sicure per ogni neonato e ogni bambino" (15 settembre 2025).

Nell'anno 2025 è stata, altresì garantita l'adesione alla Giornata mondiale della sicurezza dei/delle pazienti, il 17 settembre, con iniziative e progettualità in linea con la sopra citata tematica divulgata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Sono proseguite le attività di formazione a livello aziendale, sia sui fondamenti della sicurezza delle cure, l'utilizzo degli strumenti di segnalazione e analisi, sia nell'ambito della sicurezza in chirurgia, nell'uso del farmaco e per il miglioramento delle abilità non tecniche (soft skills o non-technical skills) di tipo cognitivo, sociale e personale che completano le abilità tecniche dei Professionisti.

Alle suddette attività ha partecipato anche l'Unità Operativa di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, come alle attività di Sicurezza IRCCS coordinata da Agenas. La suddetta UOC partecipa altresì al Collegio di Direzione, al Nucleo Strategico Aziendale, al Comitato Consultivo Misto, alla Sub Area gestione del rischio e sicurezza delle cure nazionale della Commissione Salute, all'Osservatorio Regionale Sicurezza delle Cure, al Nucleo Regionale di Valutazione Sinistri, al Board Regionale di Formazione sulla Prevenzione degli eventi avversi e gestione diretta dei sinistri, alla Commissione Nascita, alla Commissione Regionale Dispositivi Medici e Dispositivi su misura dell'Emilia-Romagna. È stata garantita l'integrazione tra la funzione di Risk Management e i referenti aziendali per ambiti specifici, tra i principali: prevenzione e gestione di cadute, contenzione, lesioni da pressione; farmacovigilanza; dispositivovigilanza; emovigilanza; episodi di violenza nei confronti degli operatori; sicurezza in chirurgia e sicurezza in ostetricia. In linea con il mandato della Direzione Sanitaria aziendale, è stato costituito il Board aziendale per la sicurezza delle cure (Deliberazione AOU n. 341 del 29/10/2024), tavolo multidisciplinare e multiprofessionale con funzione di natura strategica, e sono state riprese le attività, in particolare di natura formativa, con la rete dei Facilitatori aziendali per la sicurezza delle cure, Professionisti selezionati con ruolo prettamente operativo

e di collegamento tra i contesti di appartenenza e la funzione di Risk Management e il Board aziendale per la sicurezza delle cure.

Si riporta di seguito l'elaborazione dei dati emersi dalle principali fonti informative per la sicurezza delle cure a livello aziendale, resi disponibili ai Professionisti attraverso la sezione Intranet dedicata alla sicurezza delle cure.

## INCIDENT REPORTING

Nel corso dell'anno 2025 sono pervenute n. 270 segnalazioni incident reporting (a fronte delle n. 158 dell'anno 2024) con un trend in netto aumento in termini di numerosità, oltre che di qualità delle segnalazioni.

Nella tabella seguente sono riportate le tipologie di evento segnalate. Si evidenzia che gli eventi avversi segnalati con maggiore frequenza sono quelli relativi alla gestione del farmaco (26,57%) ed "evento legato ad attività chirurgica" (9,59%).

Tipo di Evento	N. Segnalazioni		N. Segnalazioni
Allontanamento del paziente	20	Evento senza danno correlato alla gestione del farmaco - Near Miss	72
Altro evento	17	Gestione del rischio tromboembolico/emorragico	3
Attivazione di specifico percorso codificato (inadeguato/ritardato/omesso)	1	Identificazione del paziente	24
Evento con danno correlato alla gestione del farmaco	21	Lesione dentaria	3
Evento correlato a inesattezza di lato/sede	1	Problemi correlati a procedure terapeutiche non farmacologiche	3
Evento correlato ad attività anestesiológica	1	Problemi correlati ai sistemi informativi informatici non classificati come DM	4
Evento correlato ad attività chirurgica	26	Problemi strutturali/impiantistici	6
Evento correlato al rischio infettivo	4	Ritenzione di corpo estraneo	3
Evento correlato al trasporto	20	Smarrimento/rottura di protesi/ortesi, ausili, effetti personali, etc.	2
Evento correlato alla corretta gestione della documentazione sanitaria	5	Trasferimento/ricovero del paziente (inadeguato/ritardato/omesso)	2
Evento correlato alle procedure assistenziali	13	Violenza/Eteroaggressività - Verso caregiver/familiare/visitatore	1
Evento correlato alle procedure Diagnostiche (per immagini, laboratorio, etc.)	18		

In relazione alle segnalazioni che hanno riguardato la gestione del farmaco, è continuata, in accordo con la Direzione aziendale, l'attività di supervisione e monitoraggio delle fasi di prescrizione e somministrazione della terapia mediante la Cartella Clinica Elettronica (CCE) da parte di un gruppo di lavoro multidisciplinare avente il compito di analizzare le problematiche segnalate sia dalle UU.OO. che giunte mediante SegnalER, di monitorare gli indicatori e le azioni di miglioramento conseguenti e di proporre al Comitato di Coordinamento CCE modifiche da introdurre al sistema informatico della cartella clinica elettronica.

Uno degli ambiti che risulta aver inviato il maggior numero di segnalazioni è rappresentato dal Dipartimento Ospedale della Donna e del Bambino (n. 41 segnalazioni): l'analisi delle segnalazioni spontanee di eventi avversi in tale ambito è particolarmente importante e si integra con le altre fonti informative disponibili, ossia l'analisi specifica e strutturata dei cosiddetti near miss ostetrici e la valutazione dei casi che arrivano all'attenzione del Risk Manager in quanto oggetto di reclamo o di richieste di risarcimento danni.

## CADUTE DEI PAZIENTI RICOVERATI

Le segnalazioni di cadute di pazienti degenti giunte nel corso dell'anno 2025, sono state n. 697, con un tasso di caduta/1000 giornate di degenza di 1,85. Questo risultato conferma il trend in calo dell'ultimo triennio. Sono n. 31 le segnalazioni relative a cadute di pazienti non degenti. I soggetti più a rischio sono di genere maschile, di una fascia di età compresa tra i 65 e gli 85 anni. Le cadute si verificano più frequentemente durante il turno di notte (ore 20.00 - 7.00), avvengono principalmente nella stanza di degenza, nelle fasi di spostamento in particolare da e verso il bagno. Nel corso del 2025, gli Eventi Sentinella per "Morte o grave danno per caduta di paziente" sono stati n. 9. Tutti gli eventi sono stati analizzati attraverso approfondita istruttoria della documentazione, incontri con le diverse équipes e SEA. Nei casi in cui siano state evidenziate cause contribuenti all'evento, sono state messe in campo azioni di miglioramento, anche rappresentate da percorsi formativi specifici.

<b>ESITO CADUTE PAZIENTI DEGENTI TOT. 666</b>	<b>LIVELLO ESITO</b>	<b>N°</b>
	3	436
	4	184
	5	34
	6	7
	7	1
	8	1

<b>ESITO CADUTE PAZIENTI NON DEGENTI TOT. 31</b>	<b>LIVELLO ESITO</b>	<b>N°</b>
	3	12
	4	16
	5	2
	6	1
	7	0
	8	0

L'Azienda ha continuato a promuovere la diffusione delle buone pratiche per la prevenzione di cadute, contenzione, lesioni da pressione, anche tramite la formazione dei Professionisti sanitari, stimolando la fruizione delle iniziative formative disponibili sulla piattaforma

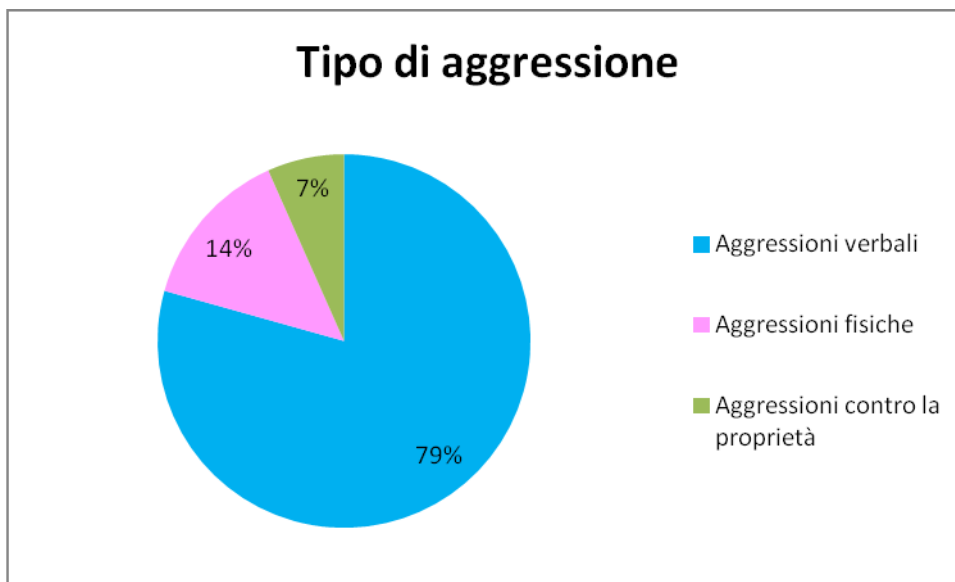
regionale "Self-PA". È stato continuo l'impegno finalizzato alla realizzazione di programmi formativi volti a trasferire nella pratica assistenziale le indicazioni fornite nei documenti di indirizzo.

## VIOLENZA VERSO OPERATORI

Nell'anno 2025 sono pervenute n. 128 segnalazioni (corrispondenti a n. 124 episodi) di violenza verso gli operatori da parte di pazienti o visitatori e tra operatori.

Le violenze da parte di pazienti o visitatori sono state:

- 119 di tipo verbale,
- 21 fisiche,
- 10 contro la proprietà.



Si sono verificati n. 8 infortuni legati a violenza con prognosi fino a 10 giorni.

Il numero delle segnalazioni è in costante aumento nell'ultimo triennio, con riduzione notevole del fenomeno dell'under-reporting, storicamente legato al fenomeno violenza verso operatore. Tale importante risultato è stato ottenuto grazie al costante lavoro di divulgazione della cultura della segnalazione attraverso i colloqui individuali, i sopralluoghi (n. 24) attuati in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale e i corsi di formazione.

Seguendo la check-list regionale di valutazione del rischio violenza verso operatore, si è provveduto a valutare il rischio durante i sopralluoghi effettuati per violenza fisica.

Per il Pronto Soccorso Generale è stato calcolato un rischio alto, legato principalmente alla tipologia di utenza prevalente (affetta da patologia psichiatrica, demenza, sotto l'effetto di alcool o droga, confusa/agitata),

Per i reparti di Medicina Interna e Fisiopatologia Digestiva, Ematologia, Medicina Interna Cardiovascolare, Anestesia e Rianimazione Cardio-Toraco-Vascolare, Media Intensità e

Urologia si è raggiunto, invece, un rischio medio. Per i primi il risultato è dato principalmente dalla tipologia di utenza (affetta da demenza e/o confusa e/o agitata), per l'ultimo reparto invece, collocato al Padiglione 1, non vi sono aree di parcheggio per il personale, né una buona illuminazione notturna che consenta ai lavoratori di muoversi in sicurezza da/per il luogo di lavoro.

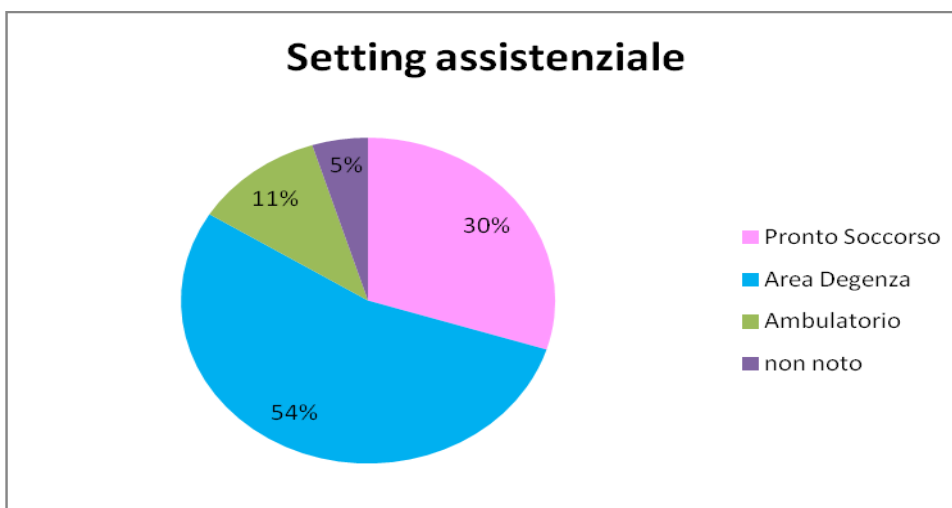
Tutti gli altri luoghi valutati hanno restituito un rischio medio-basso/basso o addirittura assente.

Come parte integrante del processo di presa in carico delle segnalazioni, sono stati effettuati nel periodo n. 63 colloqui individuali con i segnalanti che si sono resi disponibili.

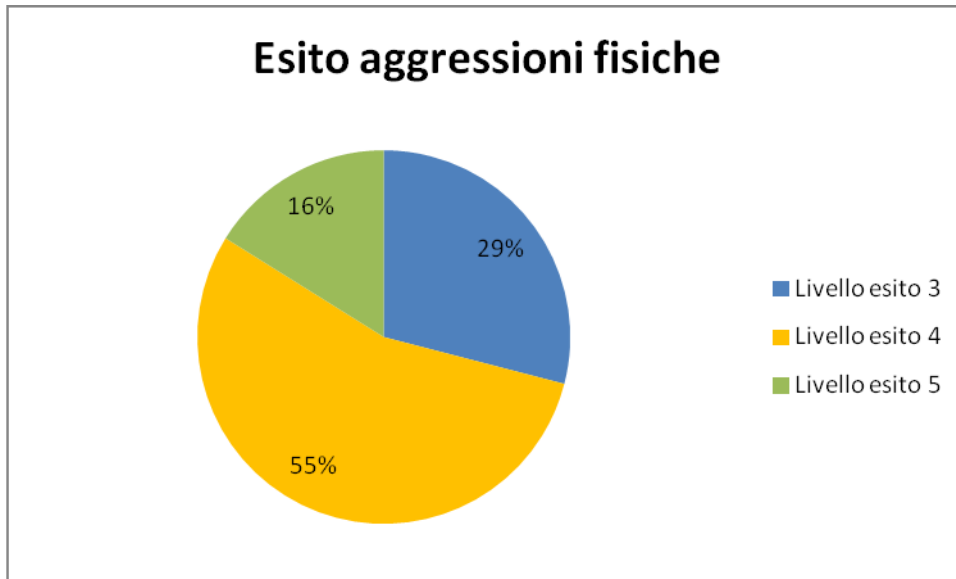
Gli scopi dei suddetti colloqui, effettuati da personale appartenente al Risk Management, sono:

- approfondire la dinamica dell'evento;
- effettuare, in collaborazione con il segnalante, una prima valutazione delle possibili azioni di miglioramento attuabili;
- eseguire counseling riguardo ai percorsi per la tutela del lavoratore presenti in ambito aziendale (Servizio Legale, servizio di supporto psicologico presso il Servizio di Sorveglianza sanitaria).

Il setting dal quale è pervenuto il maggior numero di segnalazioni sono le Degenze (54%), seguono il Pronto Soccorso (30%), gli Ambulatori (11%) e aree non note (5%).



Nella quasi totalità dei casi segnalati, l'esito conseguente alle aggressioni è stato per lo più di entità lieve o moderata.



Il nostro Policlinico è inoltre dotato di un impianto antiaggressione collegato al Centro Gestione Emergenze h24, composto da pulsanti collocati in varie aree del pronto soccorso generale, nel pronto soccorso pediatrico, nel pronto soccorso oculistico e presso gli ambulatori dermatologici Malattie Sessualmente Trasmesse che costituiscono il cosiddetto “sistema antiaggressione di primo livello”. Tale impianto antiaggressione può essere utilizzato per situazioni nelle quali il rischio percepito da parte dell’operatore non sia tale da ritenere opportuno il coinvolgimento delle Forze dell’ordine.

In virtù della crescente attenzione al tema, il 17 marzo 2025 è stato firmato un Protocollo d’intesa con la Questura di Bologna e le altre Aziende sanitarie dell’area bolognese che vede la nascita di un “sistema antiaggressione di secondo livello” ed il conseguente potenziamento del sistema di primo livello appena descritto.

L’oggetto del protocollo d’intesa è, infatti, un nuovo sistema di allerta direttamente collegato alla sala controllo della Questura di Bologna, facilmente accessibile e azionabile dal personale sanitario in pronto soccorso, che permetta una gestione centralizzata, coordinata e tempestiva delle emergenze e garantisca un intervento rapido, preciso e immediato delle forze dell’ordine in caso di aggressione.

Il sistema prevede pulsanti di allarme nei locali dei pronto soccorso segnali acustici e luminosi su monitor in zone strategiche, la geolocalizzazione dell’allerta in tempo reale della posizione del pulsante e apparecchiature interfono per comunicazioni dirette tra ospedali e Centrale operativa della Questura.

In caso di aggressione o di elevato rischio di escalation, con un semplice gesto l’operatore sanitario può quindi chiedere aiuto.

### **Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale**

L'obiettivo prioritario in Azienda è diffondere una cultura che promuova un'assistenza il più possibile libera da contenzione.

Durante il 2025, contestualmente agli eventi formativi legati alla prevenzione delle cadute in ospedale, si è affrontato anche l'argomento contenzione. I professionisti e gli operatori dell'assistenza sono stati sensibilizzati sul rischio potenziale di eventi avversi (anche gravi) che la contenzione può generare e sul rischio di violazione dei diritti fondamentali della persona, qualora non vi sia la reale necessità di applicazione della misura contenitiva. È stato promosso in molteplici contesti il corso FAD regionale "Preveniamo la contenzione - Buone pratiche in Emilia-Romagna". Nel corso del 2025 hanno completato il corso n. 69 Professionisti (oltre ai n. 1042 professionisti che l'avevano completato nel 2024).

Nel corso del 2025 sono stati segnalati tramite la piattaforma Regionale SegnalER 10 episodi di contenzione d'interesse per la Sicurezza delle Cure: proseguiranno le attività di sensibilizzazione e supporto dei Professionisti nei confronti delle nuove tipologie di segnalazione introdotte dalla piattaforma SegnalER.

Da settembre a novembre 2025, per valutare ulteriormente l'utilizzo delle contenzioni in Azienda, è stato effettuato un Audit Concomitante che ha visto coinvolte tutte le degenze di area Geriatrica e Internistica. Questo Audit ha evidenziato un bassissimo uso delle contenzioni (solo due episodi nel periodo considerato) e un'ottima conoscenza (rilevata tramite una survey) da parte di tutti gli operatori sanitari afferenti a questi setting dei contenuti della Procedura Aziendale per la prevenzione della contenzione.

### **Linee indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale**

Le lesioni da pressione sono un indicatore di qualità delle cure riconosciuto dai sistemi sanitari di numerosi paesi, per l'impatto epidemiologico e sulla salute delle persone, per la gravità dell'evento e il suo impatto economico-finanziario correlato alle risorse impiegate per la cura.

In Azienda il Team di Infermieri Wound Care Specialist svolge una fondamentale funzione di consulenza e formazione. Le consulenze effettuate sono fonte di informazioni quotidiane sull'applicazione della Procedura Aziendale e un'occasione per valutare la performance delle diverse UU.OO. Sono, inoltre, periodicamente programmati Audit sulle cartelle cliniche.

La piattaforma regionale SegnalER, di introduzione presso l'IRCCS AOU di Bologna nel maggio 2024, consente la segnalazione in ambito di lesioni da pressione dei casi con specifiche caratteristiche, attraverso una scheda dedicata. Questa consente di acquisire importanti informazioni in merito agli episodi che espongono maggiormente il paziente a rischi.

Nel 2025 sono state effettuate n. 522 (n. 462 nel 2024) consulenze dal team di infermieri specializzati in wound care, alle quali si aggiungono n. 233 richieste di attivazione TPN. Nello stesso anno sono pervenute n. 67 segnalazioni sulla piattaforma SegnalER, prese in carico e valutate dal RALC aziendale, la maggior parte delle quali provenienti dall'Unità Operativa di

Anestesia e Rianimazione del Polo Cardio-Toraco-Vascolare. È stato, quindi, necessario individuare azioni di miglioramento, prevedendo per il 2026 la programmazione di corsi aggiuntivi per tale unità operativa, caratterizzata da un elevato turnover negli ultimi anni, in aggiunta alla gestione dei casi ritenuti significativi per la sicurezza delle cure tramite SEA (Significant Event Audit), in collaborazione con il Risk Management.

### **Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari**

Nel 2025 è proseguito il lavoro del Team Accessi Vascolari (TAV) con l'obiettivo di diffondere tra i Professionisti la IOA 123 "Istruzione operativa aziendale sulla gestione del catetere venoso centrale e del catetere venoso periferico nell'adulto" in vigore da gennaio dello stesso anno.

Il documento aziendale recepisce il modello organizzativo previsto dalle linee di indirizzo regionali e si pone l'obiettivo di implementare le indicazioni per l'impianto e la gestione in sicurezza degli accessi venosi. In particolare, nel documento sono stati dichiarati i seguenti obiettivi specifici:

- migliorare l'appropriatezza della scelta del device;
- garantire l'efficienza organizzativa;
- promuovere un'accurata e sicura gestione dei cateteri impiantati, limitando le complicanze correlate.

Sulla base del documento, si è valutato come garantire l'implementazione delle buone pratiche tra il personale sanitario operante in azienda e si è optato per un corso teorico-pratico della durata di 6 ore complessive rivolto a medici e infermieri: lo scopo è stato, da un lato, prendere confidenza con le differenti tipologie di accessi vascolari in uso e le rispettive indicazioni e, dall'altro, provare nella pratica una serie di gesti tecnici inerenti la gestione quotidiana (medicazione, prelievo, risoluzione delle complicanze, ecc.). Il corso è stato organizzato in 2 edizioni (di cui una dedicata alla Nefrologia con l'utilizzo di un simulatore biologico per l'apprendimento della tecnica di puntura eco-guidata).

Nel periodo sono stati, inoltre, eseguiti tirocini formativi per n. 2 operatori:

- n. 1 Infermiere proveniente dalla Terapia Intensiva Polivalente, avente già Master di I livello sugli accessi vascolari.
- n. 1 Infermiere dell'area ematologica formato sull'impianto e la gestione dei device.

Un altro infermiere del TAV ha eseguito con successo il corso sull'impianto dei PICC PORT (certificato Gavecelt).

Le richieste provenienti dai servizi dell'AOU di Bologna hanno subito un notevole aumento nel 2025, i tempi in cui vengono evase sono di 24/48 ore per le Oncologie e l'Ematologia e 4 giorni per i restanti servizi.

Il Team Accessi Vascolari s'incontra a cadenza settimanale per discutere su argomenti d'interesse (nuovi articoli, nuovi dispositivi, casi complessi), allo scopo di identificare azioni di miglioramento atte ad implementare costantemente la qualità dell'assistenza erogata.

### 3.2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI

La pianificazione della strategia è la funzione attraverso la quale la Direzione strategica definisce, nell'ambito degli indirizzi forniti dalla Regione e dal Ministero della Salute, discussi dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e con il supporto del Collegio di Direzione, gli obiettivi strategici dell'IRCCS AOU di Bologna, le strategie per il loro raggiungimento e lo sviluppo dei servizi.

Sono strumenti di Programmazione aziendale previsti dalla normativa vigente:

- il **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)** di cui all'art. 6 del decreto del 9 giugno 2021, n. 80, convertito con legge del 6 agosto 2021, n. 113, che definisce:
  - obiettivi programmatici e strategici di performance
  - la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione;
  - gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
  - gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione.
- il **Piano degli Investimenti triennale**, che esplicita la programmazione degli investimenti e le relative fonti di finanziamento;
- il **Piano strategico della ricerca** elaborato dal CIV, che contiene le linee di sviluppo della ricerca all'interno dell'IRCCS;
- il **Bilancio preventivo economico**, che costituisce lo strumento di programmazione economico-finanziaria annuale.

L'azienda si avvale, per il raggiungimento degli obiettivi di programmazione definiti a livello nazionale e regionale e per l'ottimale gestione delle attività assistenziali e di ricerca, dei seguenti strumenti di controllo e di gestione:

- **Processo di budget e controllo di gestione:** per la definizione annuale degli obiettivi con riferimento alla programmazione ministeriale e regionale e la conseguente verifica periodica sull'andamento dell'attività e del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- **Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP):** è lo strumento deputato, a livello legislativo regionale, a prevedere le dotazioni organiche, viene aggiornato annualmente ed approvato dalla Regione stessa. Nel PTFP, infatti, oltre ad essere prevista una specifica sezione dedicata al personale della Ricerca Sanitaria degli IRCCS, assunto con contratto di lavoro a tempo determinato,

vengono evidenziati annualmente i posti destinati all'attività di ricerca, per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale di ricerca sanitaria;

- **Sviluppo organizzativo e Valutazione del personale:** tali strumenti prevedono la definizione di Job Description associati agli incarichi della dirigenza e del comparto, la definizione delle Clinical competence e la valutazione annuale e di fine incarico delle Performance individuali;
- Gestione del Rischio e Governo Clinico, declinato in:
  - Risk management
  - Accreditemento istituzionale;
  - Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA);
  - Audit clinico;
  - Indicatori della performance clinica.

Questi strumenti vengono utilizzati dalla Direzione strategica per definire l'assetto dell'azienda, le linee di sviluppo e monitorare l'andamento delle funzioni e attività, trovano applicazione a livello dei Dipartimenti ad Attività Integrata, che li utilizzano per la realizzazione di programmi e progetti operativi che hanno come fine ultimo il raggiungimento degli obiettivi loro assegnati.

## PIANO DI ORGANIZZAZIONE

L'attività dell'IRCCS AOU di Bologna si realizza e sviluppa attraverso i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), l'organizzazione trasversale per percorsi e per attività omogenee e le linee di ricerca. Tale assetto permette l'integrazione fra le funzioni di didattica, di ricerca e di assistenza, finalizzata alla qualificazione delle attività, alla realizzazione dei fini istituzionali ed allo sviluppo dell'innovazione assistenziale e della ricerca clinica e traslazionale. L'organizzazione si ispira a criteri di autonomia e delega, sulla base dei quali l'Azienda sviluppa la responsabilizzazione gestionale e professionale, nell'ambito di un assetto che consente l'aggregazione di strutture omogenee e la valorizzazione delle specializzazioni.

L'Azienda, nel disciplinare la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata, persegue la finalità di:

- prevedere una composizione dei Dipartimenti che favorisca l'innovazione, la continuità assistenziale, lo sviluppo professionale e la coerenza tra le attività assistenziali, didattiche e di ricerca;
- assicurare la sinergia tra i piani di sviluppo aziendali e la programmazione ministeriale, in relazione al riconoscimento IRCCS;
- assicurare la coerenza tra le attività Dipartimenti ad Attività Integrata e dei Dipartimenti Universitari.

L'assetto dipartimentale è articolato su 9 DAI a valenza aziendale organizzati per patologia o per disciplina:

- DAI Malattie cardio-toraco-vascolari;
- DAI Sperimentale chirurgie generali e specialistiche oncologiche IRCCS presso Ospedale Maggiore;

- DAI Medico-chirurgico delle malattie digestive, epatiche ed endocrino metaboliche;
- DAI Malattie nefro-urologiche;
- DAI Malattie del distretto testa-collo;
- DAI Malattie oncologiche ed ematologiche;
- DAI Ospedale della donna e del bambino;
- DAI della Continuità e dell'integrazione;
- DAI delle Radiologie.

Ove possibile, i raggruppamenti di Unità Operative previsti vanno a privilegiare l'integrazione dell'area medica con quella chirurgica, funzionale all'ottimale gestione del percorso del paziente, oppure l'elevata complessità delle patologie trattate e la conseguente funzionalità di riunire professionisti di aree affini con l'obiettivo di aumentare le competenze e le opportunità di ricerca.

Oltre ai dipartimenti sopra elencati, nell'ottica di una sempre maggiore integrazione in area metropolitana che permetta di migliorare l'efficienza i processi e valorizzare le competenze sono pienamente operativi 4 ulteriori dipartimenti a valenza interaziendale:

- DAI Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo (DIGIRI): che vede l'identificazione dell'IRCCS AOU di Bologna quale azienda capofila e coinvolge tutte le aziende di area metropolitana;
- DAI Interaziendale di Anatomia Patologica (DIAP): che vede l'identificazione dell'IRCCS AOU di Bologna quale azienda capofila e coinvolge le Aziende Usl di Bologna e Imola;
- Dipartimento di Emergenza Interaziendale (DEI): che vede l'identificazione dell'Azienda USL Bologna quale azienda capofila e coinvolge l'IRCCS AOU;
- Dipartimento farmaceutico interaziendale: che vede l'identificazione dell'Azienda USL Bologna quale azienda capofila e coinvolge l'IRCCS AOU.

La realizzazione dei dipartimenti interaziendali si è concentrata su ambiti di attività sui quali sono già attivi percorsi di gestione interaziendale o su quelle funzioni che si caratterizzano con la necessità di realizzare percorsi di rete e integrati tra ospedale-territorio.

Al fine di ottimizzare le funzioni in capo alla Direzione Strategica, nell'ambito del percorso di riorganizzazione, durante l'anno 2025 si è ulteriormente rivisto l'assetto della tecnostruttura con una riorganizzazione della Direzione Sanitaria (deliberazione 60/2025), al fine di perfezionare ulteriormente l'organizzazione mediante il potenziamento di alcune funzioni correlate all'ottimizzazione della gestione dei percorsi clinici, delle referenze sulle aree dipartimentali, degli asset produttivi, dell'ambito dell'igiene ospedaliera, della psicologia clinica ospedaliera e dell'attività di procurement.

A seguito della deliberazione n. 312/2024, risultano ormai pienamente operativi i tre dipartimenti tecnico-amministrativi – dipartimento giuridico-amministrativo, dipartimento infrastrutture e acquisti e dipartimento delle tecnologie e dell'informazione – istituiti con l'obiettivo di favorire l'interrelazione tra il supporto amministrativo delle aree tecnico-amministrative e le altre componenti organizzative aziendali, nonché di facilitare il processo di revisione orientato all'efficientamento della Pubblica Amministrazione.

### **GRUPPI DI LAVORO CORRELATI AL PROGETTO THE HOSPITAL OF TOMORROW (21951/2025)**

Nell'ambito della collaborazione avviata a settembre 2020 con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'IRCCS AOU si è configurato come esperienza pilota e caso studio di The hospital of tomorrow, progetto finalizzato a pianificare, gestire ed innovare le strutture ospedaliere durante la pandemia di COVID-19 tramite l'utilizzo di un metodo olistico e partecipativo, con un focus specifico sui modelli di lavoro, sui processi comunicativi e sulle competenze coinvolte. Il caso studio ha indagato e orientato modalità di sviluppo e implementazione di standard e procedure -tecniche e organizzative- utili al potenziamento di una realtà sempre più efficiente, innovativa e resiliente.

(<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352020/WER9707-eng-fre.pdf>  
[https://www.ijhpm.com/article\\_4399.html](https://www.ijhpm.com/article_4399.html)).

A partire da ottobre 2021, sulla base dei risultati ottenuti, delle prime implementazioni progettuali e delle metodologie di lavoro innescate, si è ritenuto strategico proseguire sul percorso intrapreso e rendere il caso studio The hospital of tomorrow un processo interamente aziendale ed integrato nell'organizzazione.

A partire da ottobre 2022, si è ritenuto di concentrare le attività sulle aree strategiche individuate a partire dalla progettualità di The hospital of tomorrow e con PG 37038/2022 sono stati istituiti tre gruppi aziendali: Wayfinding e Service Design, Spazi e Ambiente, Board aziendale di Telemedicina.

Rimodulati nella denominazione, nella composizione e negli obiettivi con PG 22628/2024 e PG 21951/2025, al fine di favorire il monitoraggio delle attività e l'armonizzazione con le linee di sviluppo aziendali, i gruppi di lavoro hanno rendicontato bimestralmente lo stato di avanzamento delle attività alla Direzione aziendale.

Nello specifico:

- ***Wayfinding e Service Design***

Nel 2025 il gruppo ha:

- consolidato un percorso integrato di miglioramento dell'accoglienza e dell'accessibilità, applicando metodologie di Service Design per rendere più inclusiva, leggibile e coerente l'esperienza degli utenti all'interno del Policlinico;

- proseguito sulle linee di implementazione del concept di riorganizzazione del sistema di comunicazione per orientamento e accessibilità;
- sviluppato ulteriori sperimentazioni sui processi di Accoglienza, analizzando bisogni, flussi e criticità tramite osservazioni, interviste, questionari e service blueprint, per ridurre il carico fisico e cognitivo richiesto agli utenti (sistema automatizzato degli ausili, promemoria semplificati, aree di attesa);
- ulteriormente sviluppato l'adeguamento della segnaletica secondo norme nazionali e internazionali e secondo gli orientamenti più recenti in materia di comunicazione inclusiva, con l'obiettivo ulteriore di integrare elementi utili anche per persone con fragilità cognitive o linguistiche (CAA).

#### - ***Sostenibilità ambientale***

Nel 2025 il gruppo ha:

- consolidato e ampliato il percorso di sostenibilità ambientale, sviluppando azioni strutturate su acqua, gestione dei rifiuti e cibo sano e sostenibile, in coerenza con gli indirizzi contenuti nel Piano Strategico di Sostenibilità ambientale (Deliberazione n.155/2025) e del Comitato di Indirizzo Sostenibilità e Piano Ambientale ;
- avviato azioni per ridurre l'uso di plastica e migliorare l'accesso all'acqua potabile, consegnando 2.500 borracce al personale ed effettuando le analisi propedeutiche all'installazione del primo distributore di acqua in area esterne;
- coordinato l'implementazione di sperimentazioni mirate alla corretta gestione dei rifiuti, con particolare attenzione ai percorsi di raccolta e alle dotazioni presenti in alcuni reparti oggetto di sperimentazione, diffondendo un questionario utile alla rilevazione di criticità ed esigenze, supportando l'avvio della formazione del personale afferente alle UO selezionate, con l'obiettivo a di avviare un periodo sperimentale con nuovi contenitori per carta e plastica, diffondere un questionario di follow-up e strutturare una percorso formativo dedicato a tutto il personale aziendale;
- avviato campagne di comunicazione e sensibilizzazione sul tema dell'alimentazione sana e sostenibile rivolte al personale, tra cui la campagna "Disegna la tua mascotte" e la diffusione del questionario "Formiche Verdi", in collaborazione con Città Metropolitana e Ministero dell'Ambiente;
- introdotto un nuovo "menù sostenibile" nelle mense aziendali, prevedendo proposte vegetariane due volte al mese (edizione invernale e edizione estiva).

#### - ***Board aziendale di Telemedicina***

Nel 2025 il Board ha:

- strutturato ulteriormente il processo di raccolta e valutazione delle nuove proposte di Telemedicina, verificandone coerenza con la strategia aziendale e con le progettualità regionali;

- rafforzato le collaborazioni in ambito metropolitano, in particolare per la condivisione di competenze tecniche (privacy, interoperabilità) e per l'adozione di applicazioni innovative su domini specifici;
- monitorato le progettualità già attive e quelle in fase di introduzione.

## **I PROCESSI DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVI, TECNICI E LOGISTICI**

### **Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza**

Con riferimento alle funzioni unificate relative all'Amministrazione Contabilità e Finanza, il 2025 ha rappresentato l'anno di consolidamento operativo del percorso di integrazione del Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF), a seguito dell'ingresso dell'Azienda USL di Imola avvenuto nel corso del 2024. L'attività si è concentrata sul completamento dell'armonizzazione dei processi amministrativo-contabili e sul rafforzamento dell'uniformità operativa tra tutte le Aziende afferenti al Servizio Unico.

Nel corso del 2025 sono proseguite le attività di supporto, affiancamento e formazione rivolte al personale proveniente dall'Azienda USL di Imola, con particolare attenzione alla piena acquisizione delle procedure contabili, dei sistemi di controllo e delle modalità operative adottate dal SUMCF. Tale percorso ha consentito il progressivo superamento delle differenze organizzative e procedurali, favorendo una maggiore integrazione delle competenze e una più efficiente gestione delle attività.

Il SUMCF ha inoltre proseguito l'attuazione delle linee guida regionali in materia amministrativo-contabile, contribuendo all'aggiornamento delle procedure aziendali e al rafforzamento degli strumenti di controllo interno, in coerenza con gli indirizzi regionali e con gli obiettivi del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC). Particolare attenzione è stata dedicata al monitoraggio dell'efficacia dei controlli e alla standardizzazione delle procedure tra le diverse realtà aziendali.

Nell'ambito delle attività regionali connesse al PAC, il SUMCF ha continuato a collaborare ai gruppi di lavoro dedicati alla revisione delle linee guida sulla corretta gestione delle Immobilizzazioni Materiali e Immateriali e del Patrimonio Netto.

Nel corso del 2025 particolare rilievo ha assunto la messa a regime delle nuove funzionalità introdotte sulla piattaforma GAAC, tra cui la "Contabilizzazione automatica" e il "Cruscotto Controlli" delle fatture passive. Tali strumenti hanno consentito una maggiore standardizzazione delle registrazioni contabili, il rafforzamento dei controlli interni e una significativa riduzione delle attività manuali. L'efficacia delle soluzioni adottate ha inoltre trovato riscontro nell'ambito delle attività di monitoraggio svolte dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) a fine anno.

Il SUMCF ha inoltre proseguito la partecipazione ai tavoli regionali dedicati allo sviluppo e all'implementazione del Documento di Trasporto (DDT) elettronico, contribuendo all'analisi

dei processi amministrativo-contabili e logistici connessi alla sua introduzione. L'adozione di tale strumento consentirà una maggiore integrazione tra i sistemi gestionali, una riduzione delle attività di inserimento manuale dei dati nell'ambito del ciclo passivo e dei processi di magazzino, nonché un miglioramento della qualità e della tracciabilità delle informazioni.

Nell'ambito del portale interaziendale BilancioWeb è stato implementato un sistema di monitoraggio delle sospensioni finalizzato a garantire una gestione più efficace delle fatture sospese, favorendo il rispetto dei tempi di pagamento e il miglioramento degli indicatori connessi alla tempestività dei pagamenti. A supporto di tale attività è stato inoltre costituito uno specifico gruppo di lavoro incaricato della predisposizione di un'istruzione operativa condivisa, finalizzata a uniformare le modalità di gestione delle sospensioni all'interno delle Aziende afferenti al Servizio Unico.

Nel complesso, le attività svolte nel 2025 hanno contribuito al rafforzamento dell'integrazione organizzativa del Servizio Unico, alla maggiore uniformità dei processi amministrativo-contabili, all'incremento dell'efficacia dei sistemi di controllo e al miglioramento degli strumenti informatici a supporto della gestione economico-finanziaria delle Aziende coinvolte.

### **Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale**

Si confermano, per l'anno 2025 i processi di integrazione dei servizi di supporto amministrativi in particolare: il progetto relativo ai Servizi dedicata all'Amministrazione del Personale che vede il proprio assetto organizzativo in due distinte strutture complesse, una dedicata all'Amministrazione Giuridica del Personale (**SUMAGP**), l'altra dedicata all'Amministrazione Economica del Personale (**SUMAEP**).

Si precisa che sono presenti due funzioni che svolgono le proprie attività in line alle due strutture ed in particolare:

- Adempimenti Informativi, Elaborazione Dati e Sviluppo Integrato delle Procedure delle Aziende;
- Trasparenza, Anticorruzione, Comunicazione, Formazione.

Il **SUMAEP** ha sviluppato la propria organizzazione interna al fine di presidiare i seguenti macroprocessi gestiti:

- Gestione delle retribuzioni;
- Gestione dei fondi contrattuali;
- Gestione delle scritture contabili e relazioni con GAAC;
- Monitoraggio costo del personale, flussi informativi e scambi;
- Denunce contributive;
- Gestione delle pratiche previdenziali;
- Integrazione procedure informatiche;

- Referente accertamenti contribuiti.

Il **SUMAGP** ha sviluppato la propria organizzazione interna al fine di presidiare i seguenti macroprocessi gestiti

### **Accesso agli Impieghi**

- Settore Concorsi e Avvisi;
- Reclutamento di Personale Dipendente dell'area Dirigenza. Inserimento di personale universitario in convenzione;
- Reclutamento di Personale Dipendente dell'area Comparto;
- Contratti Atipici Borse di Studio.

### **Gestione del Rapporto di Lavoro**

- Gestione e monitoraggio degli istituti correlati all'articolazione dell'orario di lavoro;
- Presidio Operativo dei Flussi Relativi agli Istituti con Impatto sul Trattamento Economico;
- Coordinamento e Gestione degli Istituti Correlati alla Modifica, Sospensione e Cessazione del Rapporto di Lavoro;
- Attività di Sportello per il Personale;
- Conferimento Incarichi.

### **Processi di integrazione**

Nell'ambito dei processi di riorganizzazione delle funzioni amministrative si è garantita, attraverso i Servizi Unificati Metropolitan di Amministrazione Giuridica ed Economica del Personale, la collaborazione alla Regione nelle attività di supporto al progetto "Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane"(GRU), partecipando attivamente ai tavoli di confronto a livello regionale al fine di definire criteri interpretativi omogenei e sviluppare linee d'azione comuni in tema di politiche del personale e applicazioni normativo/contrattuali che sono state declinate operativamente tramite specifiche implementazioni ed aggiornamenti dell'applicativo informatico aziendalemente in uso WHR 2.0., garantendo il pieno utilizzo dei moduli nel rispetto dei cronogrammi definiti.

Nel corso dell'anno 2025, il modulo Concorsi di GRU è stato utilizzato, in via esclusiva, per tutte le procedure concorsuali indette in ambito metropolitano. È stata, inoltre, implementata l'evolutiva per la valutazione massiva dei titoli, con utilizzo per concorsi con un rilevante numero di candidature.

I servizi SUMAGP e SUMAEP hanno consolidato ed implementato le sinergie volte al passaggio ed al controllo dei flussi dei dati di natura giuridica che hanno un diretto effetto sul trattamento economico del personale afferente alle varie aree di contrattazione. In particolare, ha dato progressivamente applicazione alla gestione della turnistica, tramite l'apposito Modulo Gestione Turni.

Con riferimento all'obiettivo regionale relativo allo sviluppo della Business Intelligence del personale, l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola, per tramite del Servizio Unico Metropolitano, ha effettuato le verifiche richieste dalla Cabina di Regia sugli ambiti giuridico, economico e presenze/assenze validando il contenuto informativo degli indicatori presenti in ReportER-GRU nel rispetto delle tempistiche richieste.

### **Servizio Acquisti Area Vasta Emilia Centrale (SAAV)**

Il SAAV, costituitosi l'1 luglio 2022 e riorganizzatosi a seguito di processo di adeguamento nell'arco dell'anno 2023, ha operato nell'arco dell'anno 2025, in ossequio agli obiettivi assegnati, espletando le attività necessarie ad assicurare l'acquisto dei beni e dei servizi necessari ai diversi settori (sanitari, tecnici e di supporto) per l'espletamento dell'attività istituzionale di tutte le Aziende aderenti, uniformando le procedure e garantendo economia di scala.

Nell'ambito della propria attività il SAAV ha esplicitato le proprie azioni in un contesto a:

- **valenza di area vasta Emilia Centrale:** espletamento procedure di gara secondo i dettami di cui alla convenzione attuativa come successivamente aggiornata (tra le 494 procedure di gara esperite si segnalano quelle connesse ai finanziamenti del PNRR e del PNC quali attrezzature ambulatori, strumentazioni informatiche, arredi locali sanitari e non, attrezzature per aule di formazione, centro training e simulazione; si evidenzia anche l'iniziativa di partenariato pubblico privato quale quella delle centrali di sterilizzazioni il cui processo, avviatosi nell'anno 2023, risulta ancora in fieri per la complessità e delicatezza delle tematiche ad esse afferenti);

- **valenza regionale:** rapporti con l'Agenzia Regionale Intercent-Er in merito a:

a) programmazione triennale riportata nel Masterplan regionale coordinato dalla Agenzia Regionale, come da obbligo normativamente previsto;

b) adesione alle convenzioni regionali e attività di supporto per lo svolgimento delle procedure di gara ritenute strategiche e trasversali (farmaci esclusivi e non, ai radiofarmaci, la fornitura di aghi e siringhe, medicazione avanzata, protesi d'anca, nutrizione parenterale, dispositivi medici, diabetologia ospedaliera, servizi informatici, apparecchiature sanitarie, ecc...).

- **livello nazionale:** rapporti con CONSIP per adesioni alle convenzioni nazionali per conto delle Aziende Sanitarie afferenti al SAAV (servizi informativi, dispositivi medici ecc...).

Al contempo, è stato approvato il regolamento incentivi, con il contributo del gruppo di lavoro composto da tutti i referenti delle Aziende Sanitarie di Area Vasta e coordinato dal Direttore del SAAV; il regolamento riguarda sia la parte lavori che per quella inerente beni e servizi; l'approvazione da parte di tutte le Aziende Sanitarie si è perfezionata entro la fine del mese di ottobre 2025 nei termini assegnati; in particolare la delibera di approvazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna risale al 8 ottobre 2025 ed è contrassegnata con il n.288.

A ciò si aggiunge il processo portato avanti dal SAAV in merito all'attività di riordino degli incarichi di RUP e DEC all'interno delle sei Aziende Sanitarie aderenti al SAAV.

Il regolamento disciplinante le modalità di nomina ed individuazione delle competenze del Responsabile Unico di Progetto (RUP), dei Responsabili di Fasi (RP), del Direttore dell'esecuzione dei contratti (DEC) e degli assistenti al DEC (ADEC) in materia di contratti pubblici relativi a servizi e forniture in attuazione del D.Lgs.n.36 del 31/03/2023 e s.m.i., approvato nell'anno 2024, è stato aggiornato nell'anno 2025 con lo scopo di a) adeguare il documento alle modifiche normative intervenute in materia b) semplificare ulteriormente la modulistica predisposta per la nomina del RUP, DEC e assistenti/collaboratori e per la gestione della fase esecutiva dei relativi contratti; detto regolamento è stato approvato con delibera dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna del 2 dicembre 2025 n.359.

Nell'anno 2025 il percorso già da tempo avviato ha continuato a dispiegare i suoi benefici effetti (riduzione del ricorso alle proroghe e garanzia di migliore pianificazione e programmazione).

Per l'elaborazione della documentazione di gara sono stati costituiti i gruppi di lavoro un anno prima rispetto a quelle che sono le scadenze dei contratti in essere; al gruppo di lavoro è stato attribuito il compito di perfezionare l'elaborazione almeno 7/8 mesi prima della scadenza contrattuale al fine di pubblicare a tempo debito la procedura ed aggiudicare l'appalto prima di dette scadenze; ciò ha consentito di pianificare le attività di individuazione del nuovo interlocutore senza arrivare a ridosso delle scadenze.

Le riunioni che sono state periodicamente effettuate con i servizi gestori hanno conseguito anche la finalità di attenzionare gli stessi sulle scadenze, sollecitandone al contempo il completamento delle attività propedeutiche alla pubblicazione delle gare.

In sintesi si è puntato sul team di lavoro quale modello di cooperazione e coesione, partendo dal presupposto che unire le forze è la scelta migliore per raggiungere risultati ottimali.

Per il perseguimento delle citate finalità sono stati condivisi obiettivi e strategie ed è stata condivisa la prassi di riunirsi periodicamente, al fine di riesaminare i processi, pianificare le attività, introdurre elementi di miglioramento, aggiornarsi sulle novità normative e giurisprudenziali, individuare percorsi univoci, dirimere i dubbi e risolverne le problematiche.

I risultati conseguiti hanno consentito l'assolvimento dei compiti assegnati in maniera produttiva ed efficiente nei tempi previsti e nel rispetto delle procedure stabilite.

### **Servizio Unico Metropolitan Economico (SUME)**

In merito alla centralizzazione acquisti e logistica dei beni e al servizio di gestione integrata dei magazzini, nel corso dell'anno 2025 l'attività di gestione esternalizzata dei beni sanitari e non sanitari si è ulteriormente consolidata.

Il gruppo di lavoro interaziendale Aziende USL e Ospedaliero - Universitaria di Bologna ha continuato il percorso di ottimizzazione, presidio e verifica del rispetto degli adempimenti contrattuali, facilitando le singole fasi di gestione dei beni nella sede esternalizzata di Interporto. Il consolidamento di tutte le attività dirette e correlate è stato ulteriormente ottimizzato.

Parallelamente, presso la sede S.Orsola, il gruppo di lavoro ha coordinato le attività di svuotamento del Padiglione 12 (ex Centro Logistico) dei materiali e attrezzature residue ed il conseguente trasferimento del personale ad altra sede aziendale. Nel medesimo periodo sono state riorganizzate tutte le operazioni interne di consegna dell'Azienda in considerazione delle mutate condizioni logistiche.

E' proseguita l'attività di analisi ed adeguamento alle nuove funzionalità del portale informatico regionale dedicato alla gestione degli acquisti e l'attività di integrazione ed omogeneizzazione relativamente alle procedure operative mirate all'acquisizione e gestione di beni.

Le attività derivanti dalla nuova convenzione del Servizio Acquisti sono state correttamente allocate anche in considerazione del rinnovo della convenzione del Servizio Unico Metropolitano Economato. È quotidiano il confronto fra le tre Aziende gestite al fine di garantire un approccio omogeneo alle problematiche di gestione contrattuale.

## **Gestione del Patrimonio**

Le Aziende IRCCS AOUBO e AUSLBO dopo aver attuato un governo unitario di livello interaziendale di Gestione del Patrimonio, al termine del periodo di riferimento hanno convenuto di procedere con strutture distinte, stanti le diverse esigenze.

E' stata pertanto istituita l'unità operativa Gestione Patrimoniale e Sostenibilità, con una visione più ampia anche sui temi ambientali. L'unità operativa Gestione Patrimoniale e Sostenibilità garantisce le funzioni di gestione del patrimonio e di mobility manager, con l'obiettivo di:

- assicurare la corretta gestione amministrativa e contrattuale del patrimonio immobiliare e degli immobili in uso, in coerenza con il quadro normativo e con gli obiettivi aziendali;
- garantire la programmazione, la gestione e l'attuazione del Programma delle alienazioni patrimoniali e acquisti di immobili, assicurandone la coerenza con il quadro normativo e con gli obiettivi aziendali, definendo la programmazione annuale e poliennale delle alienazioni e degli acquisti di immobili (piano investimenti);
- assicurare le funzioni di Mobility Management e, oltre alle attività ordinarie (gestione dei parcheggi e delle viabilità aziendali, redazione dei piani spostamenti casa-lavoro, ecc.), contribuire a realizzare progetti specifici promossi dagli enti locali o da altre istituzioni per incentivare una mobilità sostenibile, ridurre l'inquinamento atmosferico e

promuovere azioni di mobilità sostenibile e integrata, in linea con gli impegni presi per il raggiungimento della neutralità climatica entro il 2030, in quanto Bologna è ricompresa nelle 100 città pilota “città intelligenti e climaticamente neutre” scelte dalla Commissione Europea.

## **Data Protection Officer**

Come noto, con Deliberazione del Direttore Generale è stato approvato l'Accordo tra gli Enti del SSR di Area Metropolitana per l'istituzione della funzione di “Responsabile della protezione dei dati - Data Protection Officer”. A seguito di detto accordo è stata istituita la struttura semplice a valenza interaziendale Data Protection Officer.

Tra le attività realizzate dalla struttura nell'anno 2025 è possibile individuare le seguenti:

### **1. Trattamento dati nell'ambito delle interaziendalità**

L'attività a partire dalla mappatura delle attività svolte in regime di interaziendalità, ha previsto l'istituzione di un Gruppo di Lavoro (coordinamento DPO - FP - ICT - IC) e il conclusivo rilascio di indicazioni per il corretto trattamento dei dati nell'ambito di tali servizi. Alla luce degli approfondimenti tecnico giuridici, svolti dal Gruppo di Lavoro, è stato proposto attraverso un elaborato finale (in data 22 dicembre 2025) la disciplina per diverse tipologie di interaziendalità (finalità assistenziali e amministrative) oltre che per le convenzioni attive e passive.

### **2. Raccolta e pubblicazioni immagini (ad es. videoregistrazioni da cellulare e diffusione social media)**

È stato realizzato un importante approfondimento circa la liceità del trattamento dei dati personali raccolti presso le strutture dell'amministrazione attraverso foto e videoregistrazioni. Nel dettaglio è stato esaminato il trattamento della raccolta e della diffusione (anche a mezzo social media), da parte di terzi, senza consenso dell'interessato. Obiettivo dell'approfondimento è quello di promuovere indicazioni per il corretto trattamento dei dati personali. L'attività è conclusa il 18 dicembre 2025 per il tramite di una nota trasmessa alle direzioni amministrative.

### **3. Architettura dei trattamenti**

Relativamente alla nomina del Responsabile del trattamento (ex art. 28 del GDPR) e dell'autorizzazione del Sub-Responsabile è stato svolto un ciclo di incontri di approfondimento. Gli incontri di natura informativa e formativa (uffici acquisti, convenzioni, etc.) hanno avuto ad oggetto l'esame della nuova modulistica rilasciata nel 2024. Nell'ambito di detti incontri sono state elaborate ipotesi di ulteriore aggiornamento.

Infine, è stato rilasciato un nuovo modello per la stipula degli accordi di contitolarità, con particolare attenzione all'ambito della ricerca scientifica.

### **4. Pubblicazione Policy Privacy**

In materia di pubblicazione sui siti web delle informazioni relative al trattamento dei dati personali da parte del Titolare, è stato promosso un gruppo di lavoro interdisciplinare con la

presenza anche dei responsabili dei siti web. Tutte le pagine web aziendali sono state revisionate sotto il profilo qualitativo e quantitativo. Sono state revisionate tutte le informative e le policy privacy pubblicate.

## **5. Avvio revisione DPIA adottate da titolari nei diversi settori**

Con riferimento alle valutazioni d'impatto (DPIA) sui trattamenti effettuati dal titolare è stata condotta una mappatura delle valutazioni e assunta la decisione di revisionare le DPIA relative a:

- Health meeting (per la quale è stato istituito un sottogruppo di lavoro);
- videosorveglianza (per la quale è stato condiviso il documento adottato da Ausl Bologna quale esempio);
- Babel.

## **6. Consensi privacy**

È stata avviata una mappatura della modulistica in uso per la raccolta del consenso per:

- accesso e consultazione FSE;
- Costituzione DSE;
- accesso ai referti on line.

Ove necessario è stata revisionata la modulistica in uso.

## **7. Ricerca: analisi dei profili di protezione e sicurezza dei dati**

Con riferimento all'attività consultiva in materia di ricerca scientifica sono state svolte numerose sessioni di confronto (pari al 100% delle richieste di incontro ricevute).

## **8. Sorveglianza ex art. 39 - GDPR**

Quanto all'attività di sorveglianza attribuita dalla legge, sono state svolti due assessment:

- Mappatura e revisione delle informative e della modulistica in uso presso il SumaGP;
- Esame delle modalità di consegna dei referti presso l'ospedale di Bazzano (NPIA, Ausl Bologna).

Infine, nel mese di dicembre 2025 è stata trasmessa alle direzioni aziendali una puntuale relazione.

## **9. Coordinamento interaziendale e tavoli istituzionali**

In occasione dell'attribuzione degli obiettivi di budget è stato affidato alla struttura il compito di stimolare e promuovere forme di relazione istituzionale per le finalità di protezione dei dati. In tale ambito, è stato realizzato quanto segue:

- promozione di 11 incontri con le Funzioni Privacy Aziendali e le UUOO ICT con conseguente assunzione di decisioni o rielaborazione di documenti in uso presso le aziende;
- partecipazione a 1 incontri del tavolo regionale DPO;
- Partecipazione ai lavori del tavolo per la definizione delle nuove regole deontologiche della ricerca scientifica promosso dall'Autorità Garante;

- Partecipazione ai lavori del tavolo metropolitano di supporto al processo di partecipazione alla definizione delle regole deontologiche c/o Autorità Garante;
- Partecipazione ai lavori, quale invitato, dei gruppi aziendali privacy.

## **10. Attività correlate alla funzione**

Allo scopo di fornire supporto allo svolgimento delle funzioni istituzionali delle Aziende l'UO, ove richiesto, ha sostenuto in via consulenziale anche attività anche al di fuori del perimetro di stretta competenza (ad es. offrendo consulenza e supporto al Medico Competente attraverso l'aiuto nella predisposizione delle informative e degli atti di autorizzazione al trattamento).

## **11. Trasparenza**

In data 11 novembre 2025 è stata rilasciata la circolare relativa alle modalità di comunicazione e diffusione (Sito web e Albo pretorio on line) dei dati personali per finalità di pubblicità legale e notizia.

### **Gruppi di lavoro**

Per il raggiungimento degli obiettivi di budget attribuiti alla struttura, lo strumento del Gruppo di lavoro (GdL) è stato individuato quale metodo di lavoro più conferente con la finalità di realizzare una maggiore osmosi tra gli Uffici Privacy Aziendali e l'ufficio del DPO. A tal fine, sono stati istituiti diversi GdL e sottogruppi che hanno consentito di raggiungere importanti risultati:

#### **1. Ricerca scientifica**

Il gruppo di lavoro, in materia di ricerca scientifica, promosso dai DPO di Area Vasta AVEC (riunitosi 3 volte nel corso dell'anno 2025) ha prodotto una proposta di aggiornamento della DPIA Madre, avente ad oggetto l'intera attività di ricerca (ex art. 35, par. 1 GDPR) successivamente adottato da tutti gli enti del SSR. Hanno partecipato ai lavori del gruppo le funzioni privacy aziendali e gli uffici della ricerca scientifica.

#### **2. Revisione pubblicazione policy privacy**

È stato istituito un gruppo di lavoro cui partecipano le funzioni privacy aziendali, gli uffici della ricerca scientifica, le UUOO impegnate nella gestione dei siti istituzionali. Il GdL si è riunito 6 volte nel 2025. È stato prodotto l'aggiornamento delle pagine web del sito aziendale dedicate alla protezione dei dati.

#### **3. RIS PACS**

Il tema della condivisione delle immagini diagnostiche e dei referti elaborati col sistema RIS PACS è stato valutato quale strategico dalle aziende per criticità rilevate.

Al gruppo di lavoro istituito, in ambito di Area Vasta Emilia Centrale, per iniziativa Ausl Bologna è stato attribuito l'obiettivo di regolare i rapporti intercorrenti tra le diverse Aziende,

in considerazione dell'avvenuto recente avvio del nuovo sistema RIS-PACS AVEC. Il gruppo di lavoro, coordinato dai DPO di Area Vasta, si è riunito anche nel 2025. I DPO di area vasta hanno rilasciato il parere alla DPIA prodotta dai titolari.

#### **4. Trasparenza RPCT**

In vista del rilascio della circolare sulla trasparenza è stato istituito un gruppo di lavoro (composto da DPO, FP e RPCT) che si è riunito 4 volte nel 2025.

#### **Obiettivi di programmazione regionale**

La Regione Emilia-Romagna con la Deliberazione della Giunta Regionale “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del SSR per l'anno 2025” ha attribuito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale l'obiettivo di individuare il giusto equilibrio tra diritto alla privacy e diritto alle cure in una sanità sempre più digitale.

A tal fine la DGR richiamata, ha individuato il seguente indicatore:

“Aggiornamento policy aziendali per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche (teleconsulto telemedicina, app sanitarie ...)”.

Con riferimento ad esso l'Ente ha avviato la ricognizione delle attività svolte per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche e realizzato le seguenti attività:

- Partecipazione ai lavori del tavolo di Area Vasta Emilia Centrale, promosso da Ausl Bologna (con nota prot. n. 11513 del 28/03/2023) con l'obiettivo di regolare i rapporti intercorrenti tra le diverse Aziende, in considerazione dell'avvenuto recente avvio del nuovo sistema RIS-PACS AVEC. Il gruppo di lavoro, coordinato dai DPO di Area Vasta, si è riunito nel corso del 2025. I DPO di area vasta hanno rilasciato un parere alla DPIA effettuata dalle aziende di Area Vasta. Inoltre, è stata prevista dai titolari una procedura per l'accesso dei professionisti alla piattaforma, la possibilità per i singoli pazienti di chiedere l'oscuramento delle proprie immagini e di oscurare l'avvenuto oscuramento, la specifica previsione che l'accesso al sistema avvenga esclusivamente da postazioni e dispositivi aziendali e l'implementazione di un disclaimer di accesso che richiami i professionisti al rispetto delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali.

#### **Formazione**

Nel corso del 2025 sono state promosse numerose attività formative, sia di tipo trasversale a valere per Area Vasta AVEC nell'ambito del Piano per l'Offerta Formativa che sotto altre forme per le esigenze di aggiornamento e condivisione di Know How. Nel dettaglio, con riferimento alla formazione trasversale sono stati realizzati i seguenti eventi:

- Il trattamento dei dati personali attraverso le infrastrutture del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Dossier Sanitario Elettronico (due eventi formativi: 17 aprile 2025 e 14 maggio 2025);
- Cybersecurity e NIS 2: l'impatto sul trattamento dei dati personali (08 luglio 2025);
- DATA BREACH: PIANIFICAZIONE E GESTIONE PRIMA, DURANTE E DOPO L'EVENTO (22 settembre 2025);
- IL TRATTAMENTO DEI DATI NELL'AMBITO DEI PROGETTI DI RICERCA, ELABORAZIONE DEL DATA CONFIDENTIALITY SECURITY PLAN (DCSP). Per un uso consapevole delle nuove tecnologie e dell'intelligenza artificiale: questioni aperte (22 ottobre 2025);
- Il trattamento dei dati sintetici. Quali opportunità per gli Enti del SSR? (18 dicembre 2025).

Con riferimento alla seconda categoria (aggiornamento e condivisione di Know How) è stata suggerita alle funzioni privacy aziendali ed agli uffici della ricerca la partecipazione a numerosi webinar gratuiti promossi da enti istituzionali e privati.

### **SVILUPPO DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO - INCREMENTO DEL LIVELLO DI ALIMENTAZIONE E DIGITALIZZAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO**

Nell'anno 2025 sono proseguite le attività di adeguamento dei sistemi software ospedalieri per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, secondo quanto previsto dal sub intervento M6 C2 I1.3.1 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)" finalizzate a completare le attività necessarie affinché tutti i documenti clinici nel FSE 2.0 siano digitalmente nativi e firmati digitalmente.

I target 2025 della Regione Emilia-Romagna, e di conseguenza tutte le Aziende della regione sono:

Numero documenti in CDA2 / n. di documenti indicizzati: 90%

Numero di documenti firmati in PADES / n. di documenti indicizzati: 90%

Indicatori	Target 2025	Risultato 2025
<i>Alimentazione di documenti sanitari</i>		
IND1083 – PNRR - % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti (FSE 1.0 e 2.0 - si considerano i documenti secondo le Linee guida del FSE 2.0. Gruppo A: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione; Gruppo B: Referto di specialistica)	≥ 85%	99,00
<i>Firma digitale</i>		

IND1084 - % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0	≥ 90%	Inviati secondo lo standard: 99.03 firmati 76.74
IND1085 – PNRR - % di lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale delle lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0	≥ 90%	Inviati secondo lo standard: 100% firmati 73.77%
IND1086 - PNRR - % di verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale dei verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0	≥ 90%	Inviati secondo lo standard: 100% firmati 41.34%
IND1087 - PNRR - % di referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale dei referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0	≥ 90%	Inviati secondo lo standard: 97,15%; firmati 39,18%

## Prescrizioni dematerializzate

In preparazione alla nuova modalità di gestione del flusso ASA che dal 2026 prevede la rendicontazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate tramite flusso della dematerializzata proseguono le attività per una corretta 'chiusura' delle dema erogate sul sistema regionale SAR.

Indicatore e target previsto per le ricette dematerializzate:

**IND0936** - Numero di prestazioni specialistiche erogate e prescritte dematerializzate con stato "chiuso" riscontrato sul SAC sul numero di prestazione specialistiche dematerializzate erogate e rendicontate nel flusso ASA >= 95%

Risultato Aziendale a dicembre 2025: 93,01 % (fonte dati ReportER – Regione Emilia Romagna)

## CARTELLA CLINICA ELETTRONICA

La Cartella Clinica Elettronica (CCE) è attiva in tutte le UO e nell'anno 2025 è stato quindi possibile attivare e consolidare nuove funzionalità ed in particolare:

- Attivazione di un sistema di Clinical Decision Support System a supporto dell'attività di prescrizione informatizzata da CCE;
- Attivazione della nuova APP integrata con la CCE per il follow up dei pazienti post dimissione;
- Attivazione della ricezione degli alert microbiologici in CCE;
- 'Arruolamento' di nuove UO nel percorso della cartella ibrida per una completa dematerializzazione del documento di cartella clinica ed invio della stessa a FSE. Il progetto si completerà entro l'estate del 2026.

## TELEVISITA E TELEMEDICINA

Continua lo sviluppo della telemedicina, in attuazione della DGR n.1227 del 2021 (e successive), attraverso azioni aziendali volte a promuovere e diffondere le informazioni relative alla possibilità di attivazione di prestazioni a distanza e a rendicontare quanto avviato per un migliore governo delle attività. Continua inoltre l'attività di monitoraggio periodico dei progetti attivati.

In questo ambito sono state programmate iniziative volte a individuare le aree più idonee e prioritarie all'erogazione delle prestazioni facilitando il percorso di gestione della fase di erogazione tramite il supporto amministrativo e tecnico sia ai professionisti sia a cittadini (nell'osservanza della normativa sul trattamento dei dati personali effettuato tramite gli applicativi che consentono la televisita, teleconsulto e telemonitoraggio adottando misure tecniche e organizzative adeguate).

L'utilizzo della telemedicina a livello aziendale ha richiesto lo svolgimento di una serie di attività realizzate tramite l'azione integrata e la partecipazione attiva di servizi che prendono parte al Board Aziendale Telemedicina (BAT). Nel 2025, (PG n. 21951), la composizione del BAT è stata aggiornata e sono stati rimodulati i suoi obiettivi: garantire modalità di raccolta strutturata delle nuove proposte di implementazione (istanze di attivazione di televisita, teleconsulto, teleassistenza/telemonitoraggio), valutarne gli elementi di fattibilità, coerenza con la strategia aziendale e con le progettualità regionali, proporre alla direzione strategica le progettualità raccolte e vagliate e monitorare le fasi di implementazione, monitorare progettualità già introdotte e in fase di introduzione, valutare e implementare progetti di collaborazione in ambito metropolitano.

Con lo scopo di mantenere l'allineamento con l'Azienda USL di Bologna, sono stati svolti incontri periodici di confronto e condivisione sullo stato dei lavori anche allo scopo di progettare interventi integrati in ambito metropolitano. Nel 2025 è stata garantita la partecipazione dei Referenti Aziendali agli incontri del tavolo regionale.

Indicatori	Target 2025	Risultato 2025
IND1192 - Visite (V1+V2) in telemedicina (fonte ASA)	<p>Aumento 10% rispetto all'anno precedente per le aziende di BO usl, BO osp, FE usl, FE osp</p> <p>Minimo 1000 prestazioni per le aziende di PC, MO usl, MO osp, RE, PR usl, PR osp, Romagna</p> <p>Minimo 500 prestazioni per le aziende di IOR, Imola</p>	100% raggiunto
DES0010 - Consegna a domicilio dei dispositivi medici acquistati con fondi PNRR COT Device (M6C1 I1.2.2.3) e attivazione del servizio di telecontrollo di livello 1 sul totale dei kit assegnati	15% solo per le Aziende territoriali	Non applicabile

Fonte dati: ReportER-SIVER

## ADEMPIMENTI AGLI OBBLIGHI PER LA CORRETTA GESTIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI

Le attività eseguite e finalizzate alla tempestività, completezza e qualità nella rilevazione di tutti i flussi informativi regionali riguarda i seguenti ambiti:

- SDO: Viene garantito il monitoraggio costante per la corretta identificazione di tutta la casistica di ricovero effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche e private e gestito il passaggio tra vecchio e nuovo applicativo ADT con integrazione delle scale riabilitative;
- POSTI LETTO ed OCCUPAZIONE GIORNALIERA DEI REPARTI: monitoraggio costante del flusso giornaliero dei posti letto e dei ricoveri giornalieri (accettazioni, trasferimenti e dimessi) utile al monitoraggio dell'occupazione giornaliera della disponibilità dei letti;
- AFO, FED e adempimenti LEA C14 e C15: viene effettuata costantemente l'analisi della completezza e qualità e quadratura dei flussi informativi FED e AFO con aggiornamento degli ATC rendicontabili e verifica delle corrette modalità di erogazione, affinamento delle attività di rendicontazione e fatturazione per pazienti stranieri e implementazione nuovo sistema di BI per ambito farmaceutico;
- Proseguimento delle attività con cabina di regia regionale del progetto GAAC per gruppo di lavoro con tutte le aziende della regione volto a mappare le esigenze informative delle aziende e rendere disponibili i dati tramite opportune viste richieste a RTI;
- EMUR: implementazione ed automatizzazione delle procedure di invio del flusso settimanale di PS e eseguiti gli adeguamenti del flusso richiesti da regione tra cui il linkage con codice 118 oltre alla verifica delle regole scartanti in applicazione a DGR 1189/2024 e opportuna integrazione applicativi rilevazione attività, sviluppato piano di adeguamento applicativi per completa gestione ticketing appropriato per diagnosi dimissione o problema principale di accesso;
- Flusso HIV, REAL, RERAI e RERIC: la trasmissione dei flussi informativi è garantita nei tempi programmati. Sono in corso di analisi i problemi nella rilevazione dei device derivanti dall'introduzione dell'applicativo GAAC regionale che non consente ancora di individuare correttamente le anagrafiche;
- Flusso DEMA/ASA2/DSA: sviluppata progettualità interaziendale per gestire concentratore dati per corretta rendicontazione flusso DEMA, attivato adeguamento infrastruttura tecnologica per recepimento per recepimento nuove specifiche rendicontazione flusso ASA2 e DSA. Viene mantenuta e verificata corretta migrazione tra vecchio e nuovo nomenclatore ASA al fine di evitare carenze rendicontative dovute ad errata codifica o errata applicazione del nuovo tariffario e implementazione nuovo sistema di BI per ambito ambulatoriale;
- Flusso SIGLA: implementazione processi di analisi tra stato pazienti in applicativo di lista di attesa e flusso SIGLA per intercettare eventuali disallineamenti informativi;
- Flusso SIRER: adeguamento degli applicativi di registrazione e produzione del flusso per invio a piattaforma regionale;

- Flusso DBO: proseguimento attività gruppi di lavoro che vedono coinvolti Dipartimento Farmaceutico, Direzione Sanitaria, Servizio ICT, Sistemi Informativi oltre che la componente clinica per il miglioramento della qualità del flusso in questione. Le verifiche di copertura del flusso DBO rispetto ad ASA e SDO hanno portato al coinvolgimento dei direttori delle Unità operative che sono risultati più carenti oltre al coinvolgimento di nuove unità operative identificate rispetto alle analisi di copertura DBO SDO.

E' attivo un percorso per lo sviluppo di report e cruscotti per il monitoraggio e di algoritmi per il supporto alla programmazione tramite piattaforma open source base python sviluppata in-house. I suddetti strumenti di supporto decisionale sono stati sviluppati al fine di monitorare il raggiungimento degli obiettivi regionali e di produzione interna.

Indicatore		Risultato 2024	Target 2025	Risultato 2025
1	IND1124 - Indicatore composito di tempestività nell'invio dei dati		≥ 9	8,86%
2	IND0530 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO	94,02%	≥ 90%	95,47%
3	IND0534 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS	99,38%	≥ 98%	98,93%
4	IND0531 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA, esclusi i DSA	94,79%	≥ 95%	83,00%
5	IND0895 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA modalità di accesso DSA	46,42%	≥ 70%	27,59%
6	IND0532 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, esclusa la DPC	97,01%	≥ 85%	96,74%
7	IND0892 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, focus DPC	-	≥ 95%	-
8	IND0893 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFO	98,85%	≥ 85%	99,07%
9	IND0533 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe	90,8%	≥ 90%	96,71%
10	IND0792 - Flusso SDO - % ricoveri programmati con data di prenotazione uguale a data di ammissione	4,45%	≤ 5%	3,37%
11	IND0936 - Numero di prestazioni specialistiche erogate e prescritte dematerializzate con stato	80,07%	≥ 95%	82,2%

	“chiuso” riscontrato sul SAC sul numero di prestazione specialistiche dematerializzate erogate e rendicontate nel flusso ASA			
12	IND0940 - Flusso DBO - Completezza della corrispondenza delle informazioni relative ai test genomici per il tumore della mammella nei flussi ASA E DBO	91,84%	≥ 95%	87,5%
13	IND0944 - Flusso CEDAP - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO (Adempimento LEA)	99,87%	≥ 98,5%	98,79%
14	IND1005 - Copertura effettiva flusso DBO su ASA (protocollo anno 2022 condiviso con le Aziende)	41,53%	≥ 85%	34,5%

Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna – Insider

### **PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE**

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) si configura come lo strumento di programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo, redatto in coerenza con le linee di indirizzo “Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance”, adottate dal Ministro per la pubblica amministrazione, con una valenza triennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico.

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in tale modalità, una quota di dipendenti che possano avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Il POLA definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.

Il documento rappresenta per l'AOU di Bologna uno strumento utile per il cambiamento culturale all'interno dell'organizzazione; i tre pilastri strategici sui quali si fonda il programma di attuazione del Lavoro Agile sono stati individuati nelle seguenti dimensioni: cultura organizzativa, tecnologie digitali, logica di “change management” ossia di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie, e performance. Con Del. n. 311 del 28.10.2022, sulla base della logica dello “scorrimento”, il Piano, redatto secondo quanto previsto dall'art. 263 comma 4 bis D.L. n. 34/2020 che ha modificato l'art. 14 Legge n. 124/2015, è stato aggiornato ed approvato con del. n. 224 del 31/07/2023 ad oggetto: “Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025” e successivamente con del. n. 232 del 30/07/2025 ad oggetto: “Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027”, confermandone impostazione, principi e azioni, fornendo evidenza dell'avvenuta transizione

della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria in linea con il quadro normativo vigente.

Nell'anno 2025 sono state poste in essere le attività necessarie al fine di consentire lo svolgimento dello smart working in via ordinaria tramite la conclusione dei relativi accordi, nel rispetto delle specifiche tutele normative ancora previste a tutela dei lavoratori fragili. L'applicazione dello smart working ha riguardato personale del comparto e dirigenza sanitaria, professionale- tecnico -amministrativa, incluso personale universitario integrato in assistenza.

Come politica aziendale, si è poi ritenuto opportuno:

- mantenere lo standard precedentemente definito per consolidare il livello di utilizzo dell'istituto raggiunto al fine di poter valutare gli effetti della stabilizzazione dell'utilizzo dello stesso, al di fuori della fase emergenziale, in una effettiva logica di "change management",
- valorizzare le modalità di lavoro da remoto anche in contesti sanitari e di ricerca, attraverso strumenti quali televisite, teleconsulti, attività di raccolta ed elaborazione dati scientifici e partecipazione a gruppi di lavoro multidisciplinari.

I dati di utilizzo relativi al 2025 evidenziano un buon livello di diffusione del lavoro agile, in particolare tra il personale del comparto e tra le lavoratrici, confermando il valore dello strumento quale elemento di equilibrio tra vita professionale e personale, nonché leva di benessere organizzativo, efficienza e qualità dei servizi erogati.

L'Azienda prevede inoltre l'aggiornamento della regolamentazione interna del lavoro agile, in coerenza con l'evoluzione normativa e contrattuale, rafforzando il ruolo della dirigenza nei processi di change management e nella definizione dei progetti organizzativi.

**All'attuazione dello smart working in via ordinaria si è provveduto tramite la sottoscrizione di accordi individuali** nei quali la definizione del numero massimo di giornate svolte in modalità agile è stato stabilito assicurando una prevalenza dell'attività lavorativa svolta in presenza, nel rispetto di quanto definito dal Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione dell' 8 ottobre 2021 ("Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori della Pubblica Amministrazione"). Gli accordi sono stati formalizzati sulla base dei progetti di smartworking, individuali e di equipe definiti dai dirigenti responsabili in accordo con i dipendenti interessati (in applicazione del regolamento metropolitano) ed utilizzati i documenti/informative necessari ai fini della sicurezza dei lavoratori e della tutela della privacy nello svolgimento dell'attività.

**In ambito informatico-procedurale** sono stati inseriti gli specifici giustificativi, utilizzati nella procedura informatica aziendali in uso e dal portale del dipendente, al fine di contraddistinguere le giornate nelle quali l'attività lavorativa è stata svolta in modalità agile con corrispondente copertura del debito orario convenzionale.

**In ambito informativo** sono state effettuate le estrazioni periodiche per il monitoraggio dei dati relativi allo svolgimento di attività in modalità agile e del complessivo andamento dell'utilizzo dell'istituto.

## PIANO DI EGUAGLIANZA DI GENERE E DELLE AZIONI POSITIVE

Il Piano per l'eguaglianza di genere e delle azioni positive (PAP GEP) 2025-2027 costituisce uno dei piani attuativi allegati quale parte integrante del Piano Integrato di Attività e organizzazione (PIAO) 2025 – 2027 (“Allegato C”). Il PAP GEP s’inserisce, dunque, all’interno della cornice degli strumenti di pianificazione e sviluppo delle aziende sanitarie per la programmazione degli obiettivi e delle azioni dedicate alla promozione della parità, delle pari opportunità e del benessere lavorativo.

Anche per il triennio 2025 – 2027, il PAP GEP è stato adottato con valenza interaziendale dall'IRCCS AOU BO congiuntamente ad Azienda USL di Bologna e Istituto Ortopedico Rizzoli.

Come per il triennio precedente, il Piano si sviluppa in sei aree di intervento:

1. conciliazione tra vita e lavoro, cultura organizzativa e lotta agli stereotipi;
2. equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali;
3. eguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera;
4. integrazione della dimensione di genere nella ricerca, organizzazione del lavoro e pratica professionale;
5. prevenzione e contrasto alle molestie e violenza, anche di genere, sul lavoro;
6. promuovere salute, sicurezza e benessere lavorativo.

Per ogni area sono stati formulati obiettivi e specifiche azioni, individuando responsabili per l'implementazione di ogni azione proposta, destinatari diretti ed indiretti, risorse necessarie e indicatori.

Tra le iniziative realizzate nell'anno 2025, molteplici le iniziative formative e di sensibilizzazione organizzate anche di concerto con i CUG delle altre aziende sanitarie bolognesi:

- Menopausa. Conosciamola e viviamola meglio. 13 marzo 2025 - Sala Vasari Istituto Ortopedico Rizzoli – Rete CUG;
- Il Convegno Nazionale delle Consigliere e dei Consiglieri di fiducia. Seminare fiducia, coltivare legami, generare valore. Il ruolo della Consigliera di fiducia nella rete per il benessere del personale. 1 ottobre 2025 - Mambo Museo d'Arte Moderna;
- Parliamone: pregiudizi e molestie. Il detto e il non detto nei luoghi di lavoro. 26 novembre 2025 – Seminario della Rete dei CUG delle aziende sanitarie, ospedaliere e Arpae, della Regione Emilia-Romagna.

In occasione della giornata internazionale contro la violenza sulle donne, il CUG di IRCCS AOU BO ha messo a disposizione sulla pagina intranet e sui canali social del Policlinico una serie di pillole informative quali strumenti pratici per conoscere i diritti, i servizi e le opportunità di aiuto disponibili per coloro che subiscono violenza. Titolo dell'iniziativa: “Informarsi è il primo

passo per dire NO alla violenza”. Per ogni pillola informativa è stato indicato il link di riferimento per approfondire l’argomento.

Tra le altre azioni realizzate nel 2025:

- indagine conoscitiva in tema di supporto alla genitorialità;
- consulenze telefoniche “filtro” in caso di situazioni di disagio sul luogo di lavoro (molestie, mobbing, ecc.);
- recepimento accordo quadro per il rinnovo della Rete delle Consigliere e dei Consiglieri di Fiducia di area Metropolitana;
- avvio mappatura prassi di diversity management presso Tavolo regionale;
- mantenimento dello sportello psicologico “TiAscolto” il quale, istituito a fine 2024 con la funzione di riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza in tutte le sue forme, nel 2025 ha totalizzato un totale di 40 accessi.

Da ultimo, anche nel 2025, è stato adottato il Bilancio di Genere delle aziende sanitarie di Bologna, seconda edizione, unitamente ad Azienda USL di Bologna ed Istituto Ortopedico Rizzoli, con il coordinamento dei rispettivi CUG, con approfondimenti relativi alla questione di genere tra il personale della ricerca, la pratica radiologica clinica in relazione alla variabile del sesso del paziente e la Medicina di Genere.

### **3.2.4 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLE DOTAZIONI DI PERSONALE PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE (PTFP) E COSTI DEL PERSONALE**

La programmazione dei fabbisogni di personale è stata redatta nel rispetto della disciplina regionale dettata in materia e delle Linee guida contenute nel D.M. 08/05/2018, nonché in coerenza con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027. La redazione della predetta programmazione è – altresì – avvenuta in conformità agli obiettivi di programmazione sanitaria ed economico-finanziaria trasmessi dal livello regionale e le indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il documento richiama esplicitamente la disciplina regionale contenuta nella DGR n. 990/2023, le Linee guida del D.M. 8 maggio 2018, la programmazione pluriennale della performance prevista nel PIAO, le disposizioni nazionali – ivi compreso l’art. 44-ter del D.L. 19/2024 convertito nella legge n. 56/2024 – nonché le indicazioni del Piano nazionale di ripresa e resilienza e delle linee di programmazione della ricerca degli IRCCS.

La cornice finanziaria per l’anno 2025 ha tenuto conto delle indicazioni contenute nell’ambito degli obiettivi assegnati all’Azienda da parte del livello regionale e concordate in sede di concertazione regionale

L’implementazione delle politiche di stabilizzazione del personale precario conseguentemente ha limitato il ricorso al lavoro atipico, non correlato alla gestione della carenza di particolari professionalità e agire favorevolmente sulla spesa ad esso collegata. In

ogni caso, il ricorso alle tipologie contrattuali flessibili ed atipiche è avvenuto in coerenza con la vigente disciplina legislativa e contrattuale.

Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure di assunzione, l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola ha proseguito nel programmare le attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato almeno a livello di area vasta.

### **Fabbisogno di personale e contesto organizzativo**

Nel 2025 si conferma un numero elevato di cessazioni di personale a tempo indeterminato, in linea con il 2024. Tale volume di turnover comporta ripercussioni organizzative significative, soprattutto nelle aree sanitarie e tecnico-specialistiche, poiché l'inserimento di nuove risorse richiede lunghi tempi di addestramento e si inserisce in un contesto di progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa.

In particolar modo riguardo alle professioni sanitarie area comparto si evidenzia una carenza sempre più strutturale di infermieri che partecipano alle selezioni indette con cadenza annuale: i concorsi registrano un numero in costante calo dal 2020, tanto che gli ingressi nel 2025 sono stati sufficienti a coprire interamente le uscite avute in corso d'anno.

Per contenere l'impatto del turnover, l'Azienda ha continuato a prorogare i contratti di lavoro a tempo determinato e ha avviato un programma di reinquadramento del personale inidoneo all'assistenza verso funzioni tecniche e amministrative. Una commissione multidisciplinare valuta le posizioni dei lavoratori con limitazioni permanenti o temporanee e propone collocazioni compatibili con lo stato di salute e le esigenze organizzative. L'investimento in dispositivi per la movimentazione dei pazienti riduce inoltre il rischio nei reparti e favorisce il reinserimento in assistenza diretta di personale con limitazioni.

### **Valorizzazione del capitale umano - stabilizzazioni e verticalizzazioni**

Nel 2025 l'IRCCS AOU di Bologna ha proseguito nella valorizzazione del personale precario applicando gli indirizzi regionali per il superamento del precariato e le norme nazionali in materia di stabilizzazione. Sono stati attuati i percorsi previsti dall'art. 20 del D.Lgs. 75/2017, dall'art. 1, comma 268, lettera b) della legge 234/2021 e dall'art. 4, commi 9-quinquiesdecies e seguenti, del D.L. 198/2022, convertito nella legge 14/2023.

Il regolamento metropolitano per le progressioni verticali previsto dal CCNL 2019-2021 è stato applicato.

### **Personale della ricerca**

L'anno 2025 segna il completamento della riorganizzazione dell'Infrastruttura della Ricerca. La precedente UO Ricerca e Innovazione è stata suddivisa in due Unità operative integrate: la UO 'Clinical Trial Center', dedicata alla progettazione, conduzione e rendicontazione degli studi clinici, e la UO 'Innovazione, sintesi evidenze e ricerca clinica', focalizzata sull'introduzione dell'innovazione in sanità pubblica, sulla biostatistica,

epidemiologia e sul trasferimento tecnologico. Per il potenziamento di quest'ultimo ambito, nel 2025 è stata completata una procedura di mobilità esterna, a supporto della valorizzazione dei risultati della ricerca; è stato inoltre potenziato il Grant Office.

L'Azienda mantiene la collaborazione con UniBO anche tramite le piattaforme di ricerca, che assumono un ruolo strategico nella realizzazione delle attività di ricerca, nell'ambito delle linee di riconoscimento dell'IRCCS.

Per quanto attiene, inoltre, al personale del ruolo della Ricerca Sanitaria e delle attività di supporto alla Ricerca Sanitaria (di cui all'art. 1 c. 424 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205) nel corso dell'anno è stato concluso anche il secondo concorso per la stabilizzazione del personale "piramidato", ai sensi di quanto disposto dalla L. 3 luglio 2023, n. 8, a seguito del risultato stabilizzate n. 9 unità di personale, una delle quali si è dimessa nel corso del 2025.

### **Progetti, funzioni hub e sviluppo del Piano direttore**

L'IRCCS AOU svolge il ruolo di centro hub regionale e metropolitano per numerose linee cliniche. In questo contesto, la programmazione assunzionale ha previsto in via prioritaria la rimodulazione del personale esistente e, solo quando necessario, l'acquisizione di nuove unità.

Le aree considerate strategiche nel triennio 2025-2027 hanno compreso l'ambito neonatologico e pediatrico (malattie rare, nefrologia pediatrica, pneumologia, screening neonatale, immunologia clinica), la cardiologia e cardiocirurgia pediatrica, la neurochirurgia pediatrica, la gestione dello scompenso cardiaco grave e del trapianto cardiaco, la chirurgia vascolare di alta complessità, le terapie CAR-T e la procreazione medicalmente assistita. In ambito pediatrico è stato introdotto un nuovo modello gestionale per intensità di cura e attivata la SSD Nefrologia pediatrica.

Lo sviluppo del PDTA per i sarcomi pediatrici potrebbe comportare ulteriori fabbisogni di personale sanitario. Nell'area dello screening neonatale l'ampliamento dei pannelli delle malattie metaboliche e l'integrazione con la genetica richiedono l'assunzione di un ulteriore dirigente biologo a tempo determinato. La deliberazione regionale n. 1291/2024 sul governo delle malattie rare prevede l'introduzione di figure di case manager, con valutazione del relativo fabbisogno da parte dell'Azienda.

L'incremento dei posti letto di Neurochirurgia Pediatrica da 2 a 6 e l'aumento della complessità dei casi hanno comportato un adeguamento dei finanziamenti a funzione e, di conseguenza, incrementi di organico sia medico sia assistenziale.

Per il trattamento dello scompenso cardiaco grave e dei pazienti candidati a trapianto cardiaco è stato potenziato il numero dei medici cardiologi;

Le attività del Centro Regionale Trapianti sono state riorganizzate in un modello misto medico-infermieristico.

Le indicazioni regionali sulla riduzione delle liste di attesa sono state attuate attraverso la formazione per l'interscambiabilità dei professionisti, l'applicazione di nuovi schieramenti del personale di sala operatoria, l'uso di orario aggiuntivo e l'apertura di nuove sale.

L'Azienda ha sviluppato inoltre numerose progettualità finalizzate al potenziamento dell'organizzazione assistenziale, sanitaria, tecnico-professionale e di supporto, attraverso il rafforzamento delle funzioni direzionali, delle attività ad alta specializzazione e dei percorsi clinico-assistenziali. Tra gli ambiti interessati rientrano il programma CAR-T, il pronto soccorso e le attività di degenza correlate, il Centro di simulazione aziendale, la psicologia ospedaliera, la procreazione medicalmente assistita, il procurement, i percorsi cardiologici strutturati, la nutrizione clinica, l'ambito oculistico, l'oncoematologia, il Centro MTS e la patologia molecolare.

L'Azienda prevede inoltre interventi organizzativi correlati a processi di riorganizzazione interna, trasferimenti di attività e la definizione della cessione del ramo d'azienda.

Le relazioni con l'Università di Bologna hanno continuato a rappresentare un elemento strategico.

### **Trasferimenti, lavori e logistica ospedaliera**

L'Azienda è stata impegnata in un ampio programma di rinnovamento strutturale e organizzativo che ha comportato trasferimenti, accorpamenti e rimodulazioni di attività, con conseguenti interventi di adeguamento degli assetti assistenziali e del personale. In tale ambito sono stati sviluppati nuovi modelli organizzativi nell'area ostetrico-ginecologica, sono stati potenziati i percorsi di supporto al Pronto soccorso e alle degenze, nonché le attività chirurgiche programmate e i servizi diagnostici ad alta specializzazione.

Parallelamente, sono stati avviati percorsi di riorganizzazione delle aree di degenza e delle attività trasversali di supporto, anche in relazione agli interventi di ristrutturazione dei padiglioni aziendali, con valutazioni dedicate ai fabbisogni di personale necessari a garantire la continuità assistenziale e organizzativa.

Nell'area professionale tecnica e amministrativa sono stati inoltre individuati specifici fabbisogni correlati allo sviluppo dei progetti di analytics e operations research, al controllo di gestione, all'amministrazione economica del personale e alle attività contabili e finanziarie, al fine di rafforzare le funzioni di programmazione, monitoraggio, rendicontazione e supporto organizzativo aziendale.

### **Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU)**

L'IRCCS AOU di Bologna partecipa al progetto regionale del Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU). L'obiettivo del GRU è digitalizzare e uniformare i processi di gestione del personale delle aziende sanitarie, garantendo l'allineamento con il PTFP e il rispetto dei vincoli di bilancio. Nel 2025 l'Azienda ha utilizzato i moduli del sistema già attivi (fabbisogni, budget e gestione economica), i moduli per la gestione delle procedure concorsuali e per la mobilità del personale, collaborato al progetto di unificazione delle procedure concorsuali per il personale non dirigenziale. L'utilizzo sistematico del GRU ha permesso di monitorare in tempo reale gli organici, semplificare i processi e migliorare la programmazione.

Il costo delle risorse umane è stato determinato in relazione alla programmazione della copertura della dotazione organica tenendo conto delle indicazioni contenute nell'ambito degli obiettivi assegnati a questa Azienda da parte del livello regionale.

Con nota prot. n. 8615/2025 la RER ha assegnato l'obiettivo di costo del personale dipendente pari ad euro 288.646.348.

Nell'anno 2025 è intervenuto il CCNL 22/24 del comparto che è stato considerato nei costi.

Al fine della verifica dell'obiettivo la spesa complessiva prevista per le risorse umane nel consuntivo per l'anno 2025 deve invece essere considerata al netto del personale finanziato e della ricerca sanitaria e anche al netto dei costi relativi al CCNL 19/21 della dirigenza e CCNL 22/24 del comparto in aggiunta alle IVC 22/2024 DELLA DIRIGENZA E 2025/2027 di tutte le aree.

Si precisa che è stato previsto il limite finanziario di cui all' Art. 18 del CCNL del personale della ricerca sottoscritto il 21 Febbraio 2024.

Si precisa inoltre che nel 2025 sono state modificate le modalità di conteggio del personale finanziato.

All'interno del costo sono poi considerate le spese del personale comandato dalla Chirurgia Generale d'urgenza e Toracica dell'Azienda Usl di Bologna a questa Azienda , considerando anche la parte dei fondi loro erogata che viene considerata nell'ambito dei costi del personale comandato e non all'interno dei fondi nonché quelle per le assunzioni effettuate e programmate per il turno over di funzioni Hub non comprimibili per le quali l'Azienda Ospedaliera è centro di riferimento regionale.

In sede di chiusura del bilancio l'Azienda ha poi provveduto ad effettuare un'analisi delle spese ancora da sostenere per il personale dirigente universitario integrato nell'assistenza in quanto negli ultimi anni una parte del personale universitario cessato è stato sostituito con personale dipendente determinando una riduzione della spesa del personale integrato nell'assistenza riparametrando così la spesa prevista , tenuto conto del saldo della retribuzione di risultato ancora da erogare del saldo dell'integrazione e del ccnl della dirigenza sanitaria recentemente sottoscritto.

Si rappresenta inoltre che, a fronte del finanziamento di cui al D.L. 34/2020, si è provveduto all'incremento dei fondi del personale del comparto assunto in base al D.L. 34 ed in servizio nell'anno 2025.

### **Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le Organizzazioni Sindacali**

L'Azienda e le Organizzazioni Sindacali hanno mantenuto aperto il confronto sia sulla gestione corrente sia su importanti processi di riorganizzazione rilevanti in ambito aziendale e in ambito metropolitano.

Il modello partecipativo contenuto nei CCNL è stato garantito per l'area del comparto Sanità attraverso la convocazione di specifici incontri informativi e di confronto, in particolare sul Regolamento relativo all'orario di lavoro e al Piano Aziendale della Formazione, nonché la periodica convocazione dell'Organismo Paritetico per l'innovazione. Negli incontri in sede negoziale aziendale sono stati trattati diversi temi con particolare riferimento alla valorizzazione della performance individuale e i criteri per l'attribuzione dei differenziali economici di professionalità.

Sono stati avviati, inoltre, gli incontri in sede tecnica in merito alla sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

Per la Dirigenza dell'Area Sanità la partecipazione è stata assicurata attraverso specifiche informative e la periodica convocazione dell'Organismo Paritetico. E' stata avviata, inoltre, la contrattazione in merito all'applicazione del verbale regionale relativo al piano di riparto delle risorse di cui all'art. 1 comma 293 legge 234/2021 e s.m.i. in merito al riconoscimento delle particolari condizioni del lavoro svolto dal personale nei servizi di pronto soccorso e in merito alle materie inerenti i criteri di ripartizione per l'attività di compilazione e trasmissione dei certificati medici di infortunio e malattia professionale e per la distribuzione del fondo di perequazione.

Per la Dirigenza PTA si è proceduto alla finalizzazione delle risorse disponibili per la contrattazione integrativa.

Gli organismi sindacali aventi titolo delle tre aree di contrattazione sono stati inoltre informati rispetto alle specifiche riorganizzazioni avvenute in azienda.

---

### **3.2.5 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI E DELLA TRASPARENZA**

#### **AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA**

Nell'ambito della promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi e a promuovere la trasparenza, anche nel corso del 2025, è stato garantito il coordinamento complessivo del sistema all'interno dell'Azienda in applicazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia, mediante la partecipazione attiva agli incontri del Tavolo Regionale per il Coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR, con condivisione degli obiettivi da realizzare e delle modalità di applicazione anche nell'ambito del Tavolo "Trasparenza ed Anticorruzione" delle Aziende AVEC e AUSL Romagna. Inoltre, sono state garantite le funzioni di impulso e promozione delle attività in materia all'interno delle strutture aziendali, con il coinvolgimento e il contributo di dirigenti e collaboratori anche attraverso il Board per la prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza, da ultimo ridefinito nella composizione e nelle funzioni con deliberazione n. 277/2023.

L'Azienda ha dato puntuale applicazione agli obblighi previsti da ANAC pubblicando, nei termini, la Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e

Trasparenza e adottando, con deliberazione n. 232 del 30.07.2025, la Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza PIAO 2025 – 2027, come piano assorbito del PIAO 2025/2027, in coerenza con gli intervenuti aggiornamenti normativi e le indicazioni deliberate da ANAC nonché secondo le indicazioni regionali (DGR 973/2025 di aggiornamento della DGR 990/2023 “Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli enti del SSR”). Nel documento è stata inserita la programmazione e gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza programmati per il triennio 2025/2027.

Nel 2025 sono state realizzate diverse attività riferite agli obiettivi programmati nel triennio. In particolare, l’attenzione è stata rivolta negli ambiti di seguito indicati:

- a) favorire un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell’integrità e dell’etica e ridurre le opportunità che si verificano casi di corruzione, attraverso l’organizzazione di specifici percorsi formativi in materia di etica, integrità e rischio corruttivo (n. 4 sessioni in house su Codice di comportamento, etica conflitto di interessi e Codice per l’integrità della ricerca; corso in materia di accesso agli atti in vista dell’adozione del nuovo Regolamento con docente esterno e DPO; corso in house sulla disciplina degli incarichi extraistituzionali; avvio a fine 2025 di un corso FAD in materia di antiriciclaggio) nonché l’implementazione delle disposizioni del codice di comportamento. Nel 2025 è infatti stata adottata la Social Media Policy (deliberazione n. 9/2026) che costituisce disciplina specifica integrativa del Codice di Comportamento in materia di utilizzo dei social media da parte del personale dell’IRCCS;
- b) aggiornare la regolamentazione interna dando concreta attuazione alla disciplina del conflitto di interessi ai fini della promozione del valore pubblico. A questo riguardo sono stati adottati Linee Guida e regolamenti che prevedono disposizioni specifiche in materia di conflitto di interessi (delibera n. 161/2025 Linee Guida per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni; delibera n. 312 del 28/10/2025 Regolamento in materia di atti di liberalità; inoltre Regolamento uso logo e patrocinio formalmente adottato con delibera n. 11/2026; Linee guida per la sponsorizzazione, da parte di soggetti privati, di eventi formativi in favore del personale dipendente dell’IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna adottate a inizio 2026 con delibera n. 3/2026);
- c) revisionare, in continuità con gli anni precedenti, le mappature dei processi/attività secondo la metodologia proposta nell’allegato 5 del PNA del 2013 per allinearle a quanto definito nell’Allegato 1 al PNA 2019. In particolare, l’attività di mappatura e analisi dei rischi si è concentrata sulle aree concordate nell’ambito del Tavolo RPCT AVEC e AUSL Romagna:
  - Area Bilancio e flussi finanziari
  - Area Medicina del Lavoro e Sorveglianza Sanitaria
  - Prescrizione di Farmaci ad Alto Costo

Con riferimento al tema conflitto di interessi, è proseguita la raccolta delle relative dichiarazioni dei dipendenti attraverso l’aggiornamento dell’applicativo GRU, con monitoraggi

e attività di sensibilizzazione del personale riguardo all'obbligo di rendere le dichiarazioni all'atto dell'assegnazione ad un ufficio e di aggiornarle annualmente. Ciò ha determinato un miglioramento del risultato in termini percentuali rispetto al target di raggiungimento dell'obiettivo degli anni precedenti (anno 2022 risultato 50% - anno 2023 risultato 70% - anno 2024 risultato 84,3%), pur rimanendo il risultato sotto il valore richiesto. Si riporta di seguito il dato sulle dichiarazioni relative al conflitto di interessi, calcolato sulla base delle indicazioni regionali:

Indicatore	Target	Risultato 2025
% dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno	≥90%	87,9%.

In tema di trasparenza, è proseguita l'attività di aggiornamento e monitoraggio della Sezione "Amministrazione trasparente" del sito Internet aziendale, con interventi mirati ai fini del corretto adempimento sotto il profilo della completezza delle informazioni, del tempestivo aggiornamento dei dati e dell'accessibilità.

Di particolare valore l'iniziativa, intrapresa nell'ambito del Board aziendale di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, di individuare dei referenti di pubblicazione di ogni articolazione aziendale responsabile delle pubblicazioni. Tale attività ha reso più agevole il flusso alla SSD Anticorruzione e Trasparenza dei dati, dei documenti e delle informazioni da pubblicare. Il monitoraggio e verifica del RPCT ha avuto buoni esiti, con l'Attestazione 2025 sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza da parte dell'IOV-SSR riferita alle pubblicazioni di pertinenza 2024.

Da segnalare anche i lavori del Tavolo DPO interaziendale e RPCT di area metropolitana quale momento di confronto continuo per la condivisione di linee comuni per la pubblicazione, con rilascio di una Circolare del DPO sul trattamento dei dati per finalità di trasparenza (PG 49336 del 19/11/2025).

In materia di trasparenza è stato adottato il nuovo Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso documentale, civico semplice e civico generalizzato (delibera n.407/2025). Inoltre, nell'ambito del Tavolo RPCT delle Aziende sanitarie AVEC e AUSL Romagna è stata organizzata la Giornata della Trasparenza sul tema "La trasparenza nella ricerca: opportunità e prospettive".

## **SISTEMA AUDIT INTERNO**

La funzione di audit interno ha la finalità di individuare e definire gli interventi necessari di revisione e integrazione delle procedure interne, ivi comprese quelle amministrativo-contabili, che risultino non conformi, supportando la Direzione aziendale nelle attività di

coordinamento, nonché nella verifica e valutazione dell'efficacia e dell'adeguatezza dei sistemi di controllo interno adottati ai diversi livelli organizzativi, formulando altresì proposte di intervento migliorativo.

L'Azienda ha da tempo istituito tale funzione (Delibera 298 del 26.10.2021) al fine di valutare e migliorare i processi di controllo e di gestione e, conseguentemente, la qualità dei servizi.

Con deliberazione n. 435/2024 l'Azienda ha definite il Sistema di Controllo Interno aziendale (SCI) che rappresenta l'insieme di regole, procedure, sistemi ed articolazioni organizzative utilizzate per assicurare il conseguimento degli obiettivi aziendali tramite un adeguato processo di identificazione, misurazione gestione e monitoraggio dei rischi aziendali. Il documento recepisce le "Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale" approvate con DGR 18471/2024.

Nel 2025 è proseguita la partecipazione al Nucleo audit regionale che ha compiti di impulso, raccordo e coordinamento delle funzioni di Audit aziendale.

Nel corso dell'anno è stato garantito il funzionamento del Sistema aziendale di Audit interno - di cui all'articolo 3 ter della L.R. n. 29/2004, come modificato dalla L.R. n. 9/2018 - anche mediante l'attuazione delle indicazioni del Nucleo Audit regionale nell'ambito del quale sono state condivise le azioni per dare concreta attuazione al Sistema di Controllo Interno delineato.

L'attività si è in particolare concentrata sui controlli PNRR/PNC in relazione all'effettivo svolgimento dei controlli operativi (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo/contabili e alla corretta compilazione delle checklist di riferimento, nonché in relazione all'adeguata archiviazione della documentazione, ai fini della rendicontazione degli Investimenti/Sub-investimenti/attività PNRR/PNC, secondo le modalità indicate dal Nucleo Audit regionale.

Indicatore	Target	Risultato 2025
DES0094 - Entro il 31/12/2025, proseguimento delle attività di controllo in ambito PNRR/PNC, sia in relazione alle checklist di gara (allegati 5.1 e 5.2) sia in relazione alle checklist di parte contabile	100% di quanto indicato dal Nucleo Audit regionale	100%

## 3.3 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

### 3.3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA

A seguito del riconoscimento e conferma a IRCCS, in Azienda sono proseguite le azioni finalizzate a riprogettare e rafforzare l'infrastruttura della ricerca, in particolare:

- il reclutamento di ulteriori figure professionali con competenze specifiche sulla ricerca, tenendo conto del DPCM del 21 aprile 2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.147 del 22 giugno 2021 “definizione dei requisiti, dei titoli e delle procedure concorsuali per le assunzioni di personale per lo svolgimento delle attività di ricerca e di supporto alla ricerca presso gli IRCCS pubblici e gli Istituti Zooprofilattici sperimentali”, e alla stabilizzazione per n. 9 “piramidati” in applicazione dell’ art. 3 – ter del D.L. 10/5/2023, n. 51 convertito con L. n. 97 del 3/7/2023;
- La valorizzazione dell’attività di trasferimento tecnologico, facente capo alla UOC Innovazione, Sintesi Evidenze e Ricerca Clinica e SS Brevetti e TTO, di recente istituzione, ha condotto al potenziamento del processo di individuazione e valorizzazione dei prodotti della ricerca e degli asset strategici dell’Ente, per favorire l’inserimento dell’innovazione nell’assistenza sanitaria e creare valore aggiunto per l’intera collettività. Queste strutture in sinergia hanno avviato intense azioni di networking mirate a costruire un dialogo stabile con istituzioni e stakeholder a livello locale, nazionale e internazionale, creando occasioni strutturate di scambio di conoscenza con la finalità di rafforzare il legame tra ricerca e industria e favorire le occasioni di co-sviluppo.
- L’implementazione del nuovo applicativo informatico EnrollmentLog che consente di incrociare l’anagrafica dei pazienti arruolati in sperimentazioni cliniche con i gestionali informatici delle prestazioni sanitarie, al fine di monitorare puntualmente tutte le prestazioni erogate al paziente dall’IRCCS AOUBO nel contesto del protocollo clinico;
- L’implementazione e utilizzo del cruscotto ORAI delle pubblicazioni scientifiche che, essendo “sincronizzato” con il progetto “censimento” delle pubblicazioni sul data base ReDCAP, consente di agevolare il controllo delle pubblicazioni censite, sia da parte della Direzione Scientifica, ma anche da parte di tutte le UUOO, che possono consultare autonomamente il cruscotto ORAI.
- Il supporto ai ricercatori nella presentazione di nuove progettualità di ricerca, quantitativamente sempre più varie e numerose, nonché alla gestione dei progetti di ricerca finanziati e attivi nell’anno, come descritto nella relazione al bilancio consuntivo.

In ambito formativo, è stato consolidato il potenziamento dell'offerta formativa aziendale volto a promuovere la formazione dei professionisti anche nell'ambito della ricerca, allo scopo di creare un contesto di riferimento capace di favorire e ad agevolare la conduzione di nuove progettualità di ricerca e degli studi clinici correlati. Nel corso dell'anno, dunque, è stata effettuata la formazione annuale obbligatoria degli operatori di UUOO di Fase I e dei membri del CTQT, nonchè la formazione per gli study coordinator e i data manager e più in generale per tutti i ricercatori dell'IRCCS, come descritto puntualmente nella relazione di gestione. Inoltre, nel corso del 2025, oltre al Retreat della ricerca, è proseguita la programmazione di seminari di divulgazione scientifica, a supporto della promozione degli obiettivi del piano strategico, con lo scopo di diffondere le conoscenze più avanzate, favorire un confronto tra i membri della comunità scientifica dell'IRCCS e stabilire nuove possibilità di collaborazione per sviluppare all'interno dell'IRCCS nuove linee di ricerca.

L'IRCCS ha proseguito l'adesione a reti di ricerca quali Clust-ER, Alleanza Contro il Cancro, Associazione Big Data, Life HubSciences e sta valutando la possibilità di candidarsi per l'adesione a nuove reti di ricerca anche operanti in nuove aree tematiche, al fine di valorizzare al massimo tutte le attività di ricerca dell'IRCCS. Si conferma anche la partecipazione a UCOR, GAAR e Bibliosan, come già rappresentato nella relazione di gestione.

In merito alla partecipazione dell'IRCCS AOUBO alle reti ERN, si conferma l'adesione a n. 12 reti ERN, così come descritte e dettagliate nella suddetta relazione.

In merito all'attività di ricerca clinica - organizzativa e degli studi clinici nell'anno 2025 si riportano di seguito i dati raccolti mediante l'applicativo aziendale "RINO" che già dal 2024 ha sostituito il dismesso Sistema informativo per la ricerca sanitaria (SIRER). Da notare che nel corso del 2025 si è progressivamente ampliata la mole e tipologia di informazioni raccolte in RINO direttamente alla fonte, ovvero inserite direttamente dai servizi e dalle UUOO ove ha luogo la ricerca. In particolare, nel corso del 2025 si sono effettuate molteplici iniziative di training al fine di facilitare ed ottimizzare la raccolta dati periferizzata.

Mediante l'uso di RINO l'IRCCS AOUBO continua a monitorare i suoi dati, registrando per l'anno 2025 n. 438 studi complessivamente approvati (ovvero con parere favorevole/presa atto del CE) tra trial clinici (ovvero studi interventistici su farmaco, su dispositivo medico o su altra tipologia di intervento) e studi osservazionali.

Per quanto attiene all'indicatore di performance regionale, dato atto del fatto che il totale degli studi attivi 2025 è stato quantificato nel valore totale di 1650, si specifica quanto segue:

- per "N. Trial clinici attivi sul totale studi attivi" sono stati considerati gli studi interventistici con parere favorevole/presa atto del CE (ottenuto tra il 1/1/2021 e il 31/12/2025) in corso nel 2025 (ovvero che non hanno una data di chiusura o che sono stati chiusi nel corso nel 2025);
- per "n. studi osservazionali attivi sul totale studi attivi" sono stati considerati gli studi osservazionali con parere favorevole/presa atto del CE (ottenuto tra il 1/1/2020 e il 31/12/2024) che non hanno una data di chiusura o sono stati chiusi nel corso nel 2024.

Di seguito la tabella riepilogativa dei valori sopra descritti:

Tot. Studi approvati nel 2025	438
N. Trials approvati nel 2025	169
Con Farmaco	133
Con Dispositivo	6
Sperimentali (senza farmaco e senza dispositivo)	30
N. Studi osservazionali approvati nel 2025	269
Tot. Studi attivi al 2025	1650
N. Trials clinici attivi sul totale studi attivi	763/1650 (46.24%)
N. Studi osservazionali attivi sul totale studi attivi	887/1650 (53.75%)

Per quanto attiene invece alla produzione scientifica dell'IRCCS AOUBO si riporta di seguito una tabella riepilogativa con i principali valori aziendali legati alla produzione scientifica, con riferimento alle pubblicazioni inviate al Ministero della Salute nell'ambito della Ricerca Corrente di competenza d'anno (2025):

Anno	Pubblicazioni Totali inviate al MINSAL nell'ambito della RC	IFN totale	Ricercatori con almeno n. 1 pubblicazione	% per ricercatore IFN con almeno 1 pubblicazione
2025	865	4542,52	547	62,8

I suddetti valori di produzione scientifica, unitamente a quelli legati ai trial clinici, vengono riportati nella tabella che segue, al fine di rappresentarli in maniera coerente agli indicatori relativi all'area di performance della ricerca, stabiliti dalla Regione Emilia - Romagna.

Indicatore	Valore aziendale 2025
IFN (totale)	4542,55
n. medio pubblicazioni per ricercatore (con almeno una pubblicazione)	1,6
N. Trial clinici approvati da un Comitato Etico	169

N. Studi osservazionali approvati da un Comitato Etico	<b>269</b>
N. Trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	<b>763/1650 (46.24%)</b>
N. Studi osservazionali attivi sul totale degli studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	<b>887/1650 (53.75%)</b>

I valori di cui sopra, relativi alla produzione scientifica, coerentemente alle ultime indicazioni regionali, sono stati estrapolati dalla dichiarazione sostitutiva, generata dalla piattaforma Workflow della Ricerca, strumento di rendicontazione usato anche per censire le pubblicazioni dell'IRCCS AOUBO, effettuate nell'ambito delle linee di riconoscimento.

In merito al valore "n. medio pubblicazioni per ricercatore" la Regione Emilia – Romagna ha considerato il n. di ricercatori con almeno n. 1 lavoro pubblicato nell'anno di riferimento, sul totale delle pubblicazioni rendicontate al Ministero della Salute, così come censito in occasione della rendicontazione della Ricerca Corrente.

Tali valori non tengono in considerazione gli esiti della valutazione ministeriale a seguito della quale alcune delle pubblicazioni inviate al Ministero della Salute possono essere rifiutate, se ritenute non conformi ai criteri di eleggibilità previsti nella programmazione triennale della Ricerca Corrente (RC).

Tale precisazione è opportuna per dare un'interpretazione corretta all'andamento della produzione scientifica dell'IRCCS AOUBO, come poc'anzi rappresentato.

La lettura dei dati della tabella evidenzia un aumento per il 2025 del numero di pubblicazioni e dell'IF normalizzato totale inviate al Ministero della Salute, collegato sia ad un aumento costante nel tempo della produzione scientifica, sia ad un incremento della correttezza dell'affiliazione da parte dei ricercatori IRCCS AOUBO.

Nel corso degli anni, grazie al potenziamento della Biblioteca Scientifica della nostra Istituzione, afferente alla Segreteria Scientifica e Workflow della Ricerca, tale processo è stato monitorato con maggior consapevolezza, così da identificare ex ante le pubblicazioni utili alla rendicontazione della RC, limitando considerevolmente i riscontri negativi del Ministero in fase di valutazione (il dato relativo alla % di rifiuto delle pubblicazioni nel contesto della RC2021 è pari circa a 50,5%, mentre per la RC2022 è del 18,5% e per la RC2023 è diminuito ulteriormente all' 11,75% e per la RC2024 si attesta al 12%).

## **INTEGRAZIONE E RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ**

I rapporti tra l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola e l'Alma Mater Studiorum di Bologna sono disciplinati in coerenza con il vigente

accordo attuativo, nel quale sono definiti i principi generali e le finalità, diretti - nell'ambito delle rispettive autonomie - a coordinare la programmazione e le attività di comune interesse, con riferimento alle forme di integrazione tra attività assistenziale, didattico-formativa e di ricerca.

A seguito del riconoscimento dell'Azienda ad IRCCS, le due istituzioni hanno rafforzato le forme di collaborazione dirette alla progressiva revisione dei percorsi comuni, in un'ottica di crescente integrazione e razionalizzazione.

Nello specifico, prosegue la concreta collaborazione con il Service di Area Medica (SAM) di Unibo per la programmazione e gestione dei percorsi funzionali allo svolgimento di attività assistenziali da parte di personale universitario, con particolare riferimento:

- allo sviluppo dei percorsi di inserimento in assistenza dei Medici in Formazione Specialistica dell'Università di Bologna, in particolare alla luce dell'approvazione del protocollo d'intesa sulla formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia, formalizzato con deliberazione della Giunta Regionale n° 1406 del 1° Luglio 2024; su questo ed altri ambiti - riguardanti i rapporti IRCCS/UniBo in tema di insegnamento/formazione - è operativo dal 2025 il "Tavolo della didattica", che si riunisce con cadenza mensile per un confronto - a livello apicale - sull'implementazione di comuni obiettivi strategici e percorsi di collaborazione condivisi;
- alla predisposizione di percorsi congiunti per lo svolgimento di attività assistenziale da parte di dottorandi, assegnisti di ricerca, ove funzionale allo svolgimento dell'attività progettuale assegnata; in merito si sottolinea che nel 2025 (deliberazione 27/2025) sono stati definiti i contenuti dell'accordo tra IRCCS e UniBo, sull'impiego nell'attività assistenziale dei dottorandi e dei titolari di assegni di ricerca in discipline mediche e chirurgiche e in discipline sanitarie;
- all'armonizzazione dei rispettivi regolamenti in materia di incarichi extraistituzionali, con l'obiettivo di favorire quanto più possibile - attraverso una coerente applicazione delle disposizioni normative in materia - l'allineamento tra le relative discipline; sul tema è insediato uno specifico tavolo di lavoro col coinvolgimento dei settori competenti delle due istituzioni;
- alla promozione congiunta di attività rivolte allo sviluppo di competenze formative del personale SSN e al corretto riconoscimento delle attività didattico-formative rese.

Con riferimento all'integrazione nel campo della ricerca si segnala che è proseguita la fattiva collaborazione con UNIBO su plurime tematiche di interesse comune condivise nell'ambito del tavolo di lavoro congiunto IRCCS AOU Bo/Università di Bologna che si è riunito con cadenza mensile.

In particolare, nel corso dell'anno 2025 è proseguito il lavoro di attuazione dell'accordo quadro sulle attività di ricerca no-profit con finalità congiunte che prevedono trasferimento di fondi da un ente all'altro. Da un lato, tale accordo è stato emendato al fine di attualizzarne i

contenuti e semplificarne l'utilizzo nella pratica e, dall'altro, nelle more di una più complessiva definizione degli aspetti legati al trattamento dati nell'ambito delle progettualità congiunte e all'implementazione del modello della co-promozione, è stato predisposto un documento di sintesi atto a evidenziare le modalità di gestione degli studi clinici che prevedano il coinvolgimento di personale universitario, sia sotto il profilo della promozione dello studio sia sotto il profilo della gestione del dato.

In particolare nel corso dell'anno 2025 è stata adottata una soluzione coordinata di gestione del grant office progettazione (tramite la stipula di un Accordo Quadro e Convenzione attuativa), che ha portato alla costituzione di un Ufficio Ricerca Servizi integrati UNIBO-AOUBO. Il nuovo ufficio integrato ha sviluppato una nuova pagina intranet incentrata sui servizi di supporto alla progettazione Europea e nazionale, definendo anche dei servizi garantiti a supporto tramite la stesura di un vademecum per i ricercatori che descrive l'iter interaziendale messo a punto per la presentazione di progetti nazionali e internazionali. Ha poi proseguito nella standardizzazione della raccolta delle manifestazioni di interesse, con successiva analisi e applicazione delle linee guida di ricerca congiunta AOUBO-UNIBO, perseguendo nella realizzazione di mappature periodiche dei bandi presidiati e dei progetti presentati, ponendo le basi per l'evoluzione in un database di monitoraggio puntuale.

Il tavolo ha continuato poi a lavorare per sviluppare un modello comune di Clinical Trial Center, a direzione ospedaliera, per soddisfare le necessità di supporto alla ricerca clinica di entrambi gli enti. Si anticipa che tale nuovo assetto sarà adottato nel corso del 2026.

In materia di trasferimento tecnologico, è proseguita la collaborazione attiva e strutturata tra i rispettivi uffici dei due Enti nella logica della titolarità congiunta, come previsto dall'art. 12 dell'Accordo Attuativo Locale, consolidando un modello orientato alla valorizzazione dei risultati della ricerca e al potenziamento dell'impatto delle attività svolte. Per questo motivo è stato condiviso un calendario di incontri di allineamento bimestrali, preferibilmente in presenza, finalizzati ad assicurare una costante condivisione delle scadenze burocratico-amministrative e delle opportunità strategiche di coinvolgimento dei team con brevetto congiunto su percorsi di accelerazione e business matching, per aumentare il livello di maturità delle tecnologie e massimizzare i momenti di confronto con potenziali investitori.

Proseguono inoltre i tavoli attività su specifiche progettualità, nonché su temi trasversali quali la sicurezza dei lavoratori, l'utilizzo di spazi ed attrezzatura.

Con riferimento alle tematiche relative alla condivisione di spazi tra Azienda e UNIBO e in considerazione degli importanti lavori di ristrutturazione/nuovo costruzione di Padiglioni, nonché a tematiche trasversali quali, sorveglianza sanitaria, luoghi, personale e attrezzature dedicate alle Piattaforme di ricerca è continuata la fattiva collaborazione tra le due Istituzioni su plurime tematiche di interesse comune condivise nell'ambito del tavolo di lavoro congiunto IRCCS AOU Bo/Università di Bologna.

### 3.3.2. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

#### PIANO AZIENDALE DI FORMAZIONE

E' stato predisposto il Piano Annuale di Formazione (PAF) 2025, elemento di programmazione che rinforza il contributo della formazione all'interno dei cambiamenti organizzativi, professionali e tecnologici che contraddistinguono l'azienda, al fine di garantire ai professionisti gli adeguati strumenti e conoscenze per affrontarli.

L'anno 2025 è stato caratterizzato dalla strutturazione di una attenta pianificazione, monitoraggio quadrimestrale e valutazione dell'attività formativa prodotta.

È stata infatti effettuata una revisione della programmazione con l'obiettivo di individuare sovrapposizioni tematiche e duplicazioni, riducendo la dispersione di risorse e riportando la pianificazione ad un quadro unitario.

Il piano di formazione aziendale (PAF) 2025 è stato redatto in conformità a quanto previsto dal "Manuale regionale di accreditamento dei Provider e degli eventi ECM" di cui alla DGR 1677/2019.

La struttura del documento ha dato ampio spazio, in continuità con gli anni precedenti, alla formazione in tema di Ricerca e alla formazione in tema di "sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi del D.lgs. 81/08 e D.lgs. 101/20", rappresentate in due allegati separati dalla formazione trasversale, al fine di garantire il sufficiente risalto ad aree strategiche in relazione al riconoscimento e allo sviluppo IRCCS e al rispetto degli obblighi di legge.

La formazione in tema di ricerca ha trovato la sua massima espressione in fase di pianificazione nella terza edizione del "Retreat della ricerca", evento strategico per l'attività di ricerca pensato con lo scopo di condividere le conoscenze e i risultati delle attività di ricerca interne all'IRCCS, di stringere collaborazioni tra i vari gruppi che operano all'interno dell'Istituto e di dare spazio e riconoscimenti ai ricercatori più giovani.

Inoltre, nel corso del 2025 è proseguita la programmazione di seminari di divulgazione scientifica, eventi a cadenza mensile che rispondono agli obiettivi del piano strategico, e che prevedono la partecipazione di docenti nazionali o internazionali invitati a presentare i dati della loro attività di ricerca.

Sul tema della formazione obbligatoria in materia di salute e sicurezza sul lavoro, l'azienda ha confermato la sua massima attenzione attraverso una programmazione strutturata, continuativa e coerente con gli esiti della valutazione dei rischi aziendali.

Attraverso la costruzione dei dossier formativi di gruppo e degli input ricevuti dalle strutture e dai servizi trasversali, in staff e in line alla Direzione Aziendale, è stata poi pianificata la restante formazione articolata su due livelli: trasversale e dipartimentale.

La ricca offerta formativa destinata trasversalmente a tutti i professionisti dell'azienda ha risposto adeguatamente ai bisogni emergenti ed ai cambiamenti dell'organizzazione.

E' stata promossa la progettazione di percorsi formativi interprofessionali, orientati alla condivisione di competenze e al rafforzamento del lavoro in équipe, consolidando il ruolo della formazione quale leva strategica del cambiamento organizzativo.

All'interno della consueta articolazione dell'offerta formativa dipartimentale, è stata poi inserita anche la pianificazione dei Dipartimenti tecnico-amministrativi, che hanno trovato la loro collocazione per evidenziare percorsi di sviluppo dei professionisti afferenti.

Elemento di innovazione rispetto al documento degli anni precedenti è stato poi rappresentato dall'introduzione nell'anno 2025 di uno specifico allegato riguardante le attività formative svolte all'interno del centro di simulazione. L'importanza strategica di questa tipologia formativa ha reso necessaria la costruzione di una raccolta dei bisogni formativi che risulti in linea alla mission del centro e rispondente agli obiettivi aziendali.

### **PNRR ATTIVITA' FORMATIVA**

La Missione 6 Salute del PNRR ha previsto diversi obiettivi da raggiungere attraverso attività di formazione, legati a 3 diversi ambiti:

- **Formazione manageriale:** Su questo tema l'obiettivo prevede di rispondere a quanto previsto dal PNRR - M6C2 – Sub intervento 2.2 (c) "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario", che riguarda i manager e middle manager delle Aziende e degli Enti del SSR, per consentire loro di acquisire le competenze e abilità manageriali e digitali necessarie per affrontare le sfide attuali e future in un'ottica sostenibile, innovativa, flessibile e orientata al risultato. E' stato richiesto alle Aziende e agli Enti del SSR di individuare i partecipanti al corso di formazione manageriale, riservato a professionisti delle Aziende USL, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli Enti del SSR, coinvolti nei processi di integrazione ospedale-territorio. L'azienda ha fornito i nominativi dei potenziali partecipanti, ha monitorato l'effettiva partecipazione e si è adoperata ad eventuali azioni di facilitazione.
- **Formazione inerente al contrasto delle infezioni ospedaliere:** L'obiettivo, secondo quanto declinato da Missione 6 Componente 2.2b, con particolare attenzione all'Allegato 5 Action Plan M6C2.2b, è stato assegnato alla Regione Emilia Romagna, che ha il compito di garantire 14 ore di formazione sul tema per il personale sanitario presente ed operante in contesti ospedalieri per un totale di 22.603 operatori. Questo obiettivo è stato ripartito sulle aziende sanitarie regionali proporzionalmente al numero dei dipendenti e IRCCS AOU ha responsabilità di formare 2370 operatori entro la deadline del 30/06/2026.
- La formazione erogata e monitorata da IRCCS AOU Bologna ha coinvolto nel biennio 2024-2025 2344 professionisti sanitari, sviluppando competenze nel riconoscimento precoce e nella gestione delle infezioni correlate all'assistenza e promuovendo comportamenti professionali basati sulle evidenze e l'adozione sistematica delle buone pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni.

• **Formazione all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico:** per quest'ultimo ambito, legato all'obiettivo M6C1 1.3.1 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE), gli obiettivi sono legati al reale e corretto utilizzo dell'FSE. La formazione, così come la comunicazione, rappresentano pertanto un supporto finalizzato a fornire le adeguate conoscenze ai professionisti perché utilizzino correttamente gli strumenti a disposizione, in modo utile a raggiungere i target stabiliti.

- È stata quindi promossa la diffusione delle iniziative formative regionali rivolte ai professionisti sanitari e sono stati attivati percorsi formativi interni di accompagnamento e integrazione, finalizzati a supportare l'utilizzo appropriato degli strumenti digitali e delle funzionalità del Fascicolo Sanitario Elettronico.

### VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO

L'IRCCS AOU promuove ad ogni livello funzionale la valorizzazione delle risorse umane e professionali mediante la partecipazione organizzativa, lo sviluppo professionale, la valutazione, incentivazione e la formazione finalizzata allo sviluppo delle competenze.

In particolare, nel 2025 sono stati ulteriormente consolidati i sistemi di valorizzazione del personale secondo il modello condiviso con l'OIV-SSR, in applicazione delle Linee guida n.1/2022 "Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende sanitarie", nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e dalla normativa di riferimento. In linea con gli obiettivi di programmazione regionale e in coerenza con le indicazioni e le tempistiche dell'OIV-SSR, sono state realizzate le seguenti attività:

- attuazione del percorso strutturato di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione, mediante l'applicazione di quanto previsto dal "Piano 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione", per garantire sistematicità e correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze in coerenza con i contenuti strategici indicati nel PIAO 2025-2027 e con le indicazioni dell'OIV-SSR;
- sviluppo di azioni finalizzate all'implementazione del nuovo modulo "Valutazione 2.0" del Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU) per la valutazione annuale d'incarico e di fine incarico (pluriennale) del personale della dirigenza sanitaria e PTA e del comparto;
- partecipazione al tavolo OIV-SSR per lo sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale.

Si è continuato a garantire il supporto alle singole strutture per la valutazione della performance individuale annuale del personale della dirigenza sia dell'area sanitaria sia per l'area amministrativa tecnico professionale, attraverso l'utilizzo di strumenti capaci di individuare obiettivi collegati ai singoli professionisti, accompagnati da indicatori e modalità di misurazione utili a leggere la performance individuale.

Per quanto concerne lo sviluppo professionale e di carriera della dirigenza, l'Azienda ha adottato politiche di articolazione delle responsabilità e ridisegno dei processi finalizzati prioritariamente all'ottimizzazione delle attività e allo sviluppo delle competenze investendo sulle tematiche relative alla valorizzazione del capitale umano.

In relazione all'applicazione dei CCNL e in coerenza con i nuovi assetti dell'IRCCS, si è continuato a portare avanti il processo di conferimento di nuovi incarichi professionali e gestionali, sia della dirigenza area sanitaria e area PTA nonché di incarichi di funzione, e il processo di manutenzione degli incarichi affidati mediante la stesura di job description che prevedono l'inserimento di obiettivi chiari e misurabili con l'intento di permettere l'effettuazione di verifiche intermedie (annuali) e a scadenza di incarico, garantendo sistematicità e correttezza metodologica nelle procedure di misurazione e valutazione degli incarichi. Al fine di omogeneizzare gli strumenti di descrizione e valorizzazione degli incarichi, si è proceduto alla revisione dei sistemi di pesatura degli incarichi per l'area della dirigenza sanitaria; sono in corso la revisione dei sistemi di graduazione della dirigenza PTA e del comparto. Si è proceduto, inoltre, alla revisione congiunta dei contenuti delle job description per il conferimento degli incarichi per la dirigenza e comparto. Contestualmente si è proceduto alla stesura delle nuove schede di valutazione di fine incarico per gli incarichi di funzione, in coerenza con le linee guida dell'OIV-SSR e il Piano di Sviluppo, allineate ai contenuti e agli item previsti nelle job e nelle schede di valutazione annuale del personale; le nuove schede sono state implementate nel modulo informatizzato valutazione 2.0. L'Azienda ha proceduto alla revisione dei regolamenti/accordi in applicazione di quanto riportato nei nuovi contratti di lavoro siglati; in particolare è stato formalizzato il regolamento per l'istituzione, la graduazione, il conferimento e la revoca degli incarichi di funzione per il personale del ruolo della ricerca

## 3.4 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITÀ

### 3.4.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

L'Azienda nel corso del 2025 è stata impegnata al rispetto del vincolo di bilancio assegnato e ha provveduto a garantire:

- il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario;
- la partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali ed in particolare alle verifiche sul rispetto degli obiettivi di budget definiti dalla Regione secondo le tempistiche definite;
- la 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;

- l'applicazione della normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria.

Il rispetto dell'obiettivo economico-finanziario assegnato viene 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.

	Risultato 2024	Target Atteso 2025	Risultato 2025
IND1151 – Accuratezza di predisposizione delle stime per il monitoraggio economico bimestrale delle gestioni aziendali e rispetto delle tempistiche di trasmissione	100%	100%	100%

## **GOVERNO DEI PROCESSI DI ACQUISTO FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI**

Nell'ambito delle azioni previste per la realizzazione del piano di sostenibilità sono previste azioni specifiche di governo della spesa ospedaliera per farmaci e dei dispositivi medici. La programmazione regionale ha definito formalmente i budget di spesa 2025 che per questa azienda vedono un obiettivo di spesa per acquisto ospedaliero per farmaci (esclusi i farmaci con innovatività piena, nonché i farmaci con innovatività condizionata e gli antibiotici reserve, l'ossigeno, i vaccini) di 186.903.618 euro, con un incremento di +12.102.215 euro (+6,9%) rispetto all'anno precedente. Nella definizione dei budget è stata considerata la spesa dovuta a farmaci con scadenza del requisito di innovatività nel 2024 o nel corso del 2025 che pertanto vengono esclusi dagli specifici fondi, nonché l'incremento dei consumi per i gruppi terapeutici a maggior impatto di spesa (oncologici ed oncoematologici, immunosoppressori, farmaci per le malattie rare, terapie avanzate, ecc.) a seguito di ampliamento dei casi arruolati, l'estensione di indicazioni terapeutiche e l'immissione in commercio di nuovi prodotti. Sono stati quantificati i risparmi che derivano dal ricorso al farmaco economicamente più vantaggioso, a parità di altre condizioni, e dall'adesione alle gare medicinali aggiudicate. La spesa farmaceutica per acquisto ospedaliero riferita all'anno 2025, registrata sulla base dei dati relativi al 14° invio dei flussi informativi (AFO, FED) è stata pari a 184.314.845 mln di € (+5,4% vs 2024).

A partire dal 1° gennaio 2025, secondo quanto stabilito dalla Legge n. 207/2024, i farmaci con innovatività piena nonché i farmaci con innovatività condizionata e gli antibiotici "reserve" hanno accesso al fondo nazionale di cui all'art. 1, comma 401 della Legge 232/2016, seppur entro i limiti di risorse previsti.

Il finanziamento regionale complessivo anno 2025 del fondo innovativi pieni (oncologici e non oncologici), innovativi condizionati e antibiotici “reserve” è stato quantificato in 91,58 mln euro. Il finanziamento regionale per AOUBO per l’anno 2025 per i farmaci del Fondo innovativi pieni (oncologici e non oncologici), innovativi condizionati e antibiotici reserve è stato fissato a 18.312.869 €.

La spesa totale registrata da AOUBO per l’anno 2025 è stata di 17.754.912 € (dati del 14° invio RER sulla spesa farmaceutica ospedaliera) pari ad un assorbimento del 97% rispetto al finanziamento assegnato, così suddivisa: di cui 11.403.153 euro (ass. 95,1%) per i farmaci innovativi pieni oncologici e non oncologici, 5.198.225 euro (ass. 99,8%) per i farmaci condizionati oncologici e non oncologici e 1.153.534 euro (ass. 102,9%) per gli antibiotici “reserve” .

Per l’acquisto di dispositivi medici nel 2025 è stata prevista una spesa a livello regionale di 720,3 milioni di euro corrispondente ad un incremento rispetto al 2024 in linea con l’incremento massimo delle risorse del fondo sanitario (+1,9%), con scostamenti differenziati fra le Aziende sanitarie. Concorrono a tale volume economico gli incrementi derivanti dall’impiego della chirurgia robotica, dai dispositivi per la gestione del diabete, dalle protesi ortopediche, dalla diagnostica oncologica e dai dispositivi in uso in ambito cardiovascolare, sono individuati risparmi generati da una migliore appropriatezza d’uso degli endoscopi monouso e da aggiudicazioni di gare d’acquisto centralizzate con favorevole rapporto qualità-prezzo. Per l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna che, al IV trimestre 2024 ha presentato una spesa per dispositivi medici pari a 80.124.435 euro, è stato previsto un incremento di 1.633.031 euro (pari al 2,04%) che ha determinato un obiettivo di budget per il 2025 di 81.757.466 euro.

Relativamente alle voci di dispositivi medici più significativi, si riporta il dettaglio di spesa 2025 nella tabella di seguito (Tab. 1 ):

**Tab.1 – Dettaglio spesa 2025 vs 2024 dei principali conti dei DM**

CE	2024	2025
<b>Dispositivi medici</b>	<b>42.810.791</b>	<b>46.838.120</b>
<b>Dispositivi medici impiantabili non attivi</b>	<b>20.245.000</b>	<b>21.125.000</b>
<b>Dispositivi medici per dialisi</b>	<b>1.450.000</b>	<b>1.450.000</b>
<b>Materiale radiografico e diagnostici di radiologia</b>	<b>98.662</b>	<b>81.342</b>
<b>Strumentario e ferri chirurgici</b>	<b>2.531.100</b>	<b>2.085.000</b>
<b>Dispositivi medici impiantabili attivi</b>	<b>4.815.440</b>	<b>5.489.232</b>
<b>Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)</b>	<b>7.763.910</b>	<b>9.717.962</b>

<b>80.124.435</b>	<b>86.786.656</b>
-------------------	-------------------

La spesa 2025 per i dispositivi medici ha evidenziato uno sfioramento importante dell'obiettivo regionale assegnato dovuto a diversi fattori e distribuito principalmente nei conti dei dispositivi medici, impiantabili attivi, impiantabili non attivi e IVD.

In generale, per il conto economico dei dispositivi medici è stato rilevato un importante aumento di spesa dovuto a incrementi fisiologici di consumi degli stessi, aumenti dei prezzi in seguito a nuove aggiudicazioni ed utilizzo di tecnologie più innovative. Per esempio, in ambito cardiologico, l'elettroporazione a campo pulsato ha sostituito integralmente le altre tecniche ablative per l'ablazione dei foci aritmogeni, inducendo da una parte un aumento dei costi e del numero di trattamenti e dall'altra una netta riduzione delle liste di attesa in maniera più rapida e sicura. La propensione a chirurgie sempre più mini-invasive come toracosopia, chirurgia endoscopica e chirurgia robotica estesa a diverse discipline ha contribuito ad un aumento della spesa in termini di risorse economiche, compensato dai noti vantaggi per il paziente in termini di esiti clinici, riduzione di complicanze o giornate di degenza. Inoltre, lo spostamento di parte dell'attività di chirurgia vascolare presso il Maggiore nell'ambito del progetto metropolitano ha indotto una maggiore concentrazione nella nostra Azienda di trattamenti di chirurgia endovascolare complessa, con correlati aumenti di costi nel conto dei dispositivi medici impiantabili non attivi imputabili ad un maggiore numero di endoprotesi custom made utilizzate per trattare proprio i casi più complessi di aneurismi dell'aorta toraco-addominale.

Relativamente al conto dei dispositivi medici impiantabili attivi, l'incremento evidenziato risulta dovuto principalmente all'aumento di impianti VAD effettuati nel 2025 che sono risultati n= +7 rispetto al 2024.

Per quanto riguarda gli IVD, invece lo scostamento rilevato è in quota parte stato determinato dalle nuove aggiudicazioni di gare precedentemente contabilizzate come service a referto, che impongono una diversa contabilizzazione con trasferimento di spesa dal conto service sanitari al conto IVD consumabili (per l'anno 2025 circa 1,2 mln di euro). Inoltre, si è evidenziato un aumento di attività diagnostica e di refertazione di laboratorio Ematologia, Immunobiologia dei Trapianti e Microbiologia.

### **DM ad alto impatto economico**

Per favorire il contenimento della spesa, la Regione ha individuato alcuni determinanti per categorie di DM sui quali distribuire gli aumenti o diminuzioni di spesa rispetto al 2024 che costituiscono l'obiettivo di spesa 2025. Il monitoraggio di tali indicatori è stato effettuato mensilmente.

Relativamente a tali determinanti di spesa individuati dalla RER, si riportano le voci che hanno evidenziato nel 2025 il maggiore incremento in termini economici rispetto all'anno precedente e rispetto all'obiettivo RER (Tab.2):

**Tab.2- Determinanti di spesa 2025 vs 2024: maggiori voci in aumento**

DETERMINANTI DI SPESA	2025	2024	Delta
DISPOSITIVI PER ABLAZIONE DI FOCI ARITMOGENI	1.390.804	823.540	567.264
ENDOPOTESI ADDOMINALI E TORACICHE	6.401.875	5.814.310	587.564
DISPOSITIVI PER ANGIOGRAFIA E EMODINAMICA	2.931.950	2.550.840	381.110
OCULISTICA	1.587.141	1.015.698	571.443

L'aumento di spesa sopra riportato relativamente alla categoria dei dispositivi per ablazione dei foci aritmogeni è dovuto principalmente all'utilizzo di tecniche ablativo più innovative e costose (elettroporazione a campo pulsato e laser rispetto alla crioablazione e alla radiofrequenza), mentre per le altre categorie la maggiore spesa è riconducibile all'aumento di attività chirurgica prevista dal piano produzione per l'abbattimento delle liste di attesa che ha visto coinvolte diverse specialistiche quali chirurgia generale, oculistica, ortopedia e cardiocirurgia.

Oltre ai driver di spesa monitorati su indicazione regionale, è stato effettuato un costante controllo dei costi relativamente ai DM impiantabili ad alto costo, utilizzati principalmente in ambito cardiovascolare, inoltre sono state individuate alcune aree in cui i costi sostenuti potrebbero risultare potenzialmente inappropriati rispetto alla complessità dei pazienti trattati:

- Protesi d'anca (classe CND P0908);
- Protesi di ginocchio (classe CND P0909);
- Dispositivi per funzionalità cardiaca - Pacemaker (classe CND J0101);
- Dispositivi per funzionalità cardiaca - Defibrillatori impiantabili (classe CND J0105).
- PROTESI ANCA e GINOCCHIO → I dati dei 12 mesi 2025 evidenziano una diminuzione del numero di impianti rispetto al 2024, come indicato nella tabella sottostante (Tab.3):

**Tab.3-Dati di consumo e spesa delle protesi ortopediche a confronto 12M 2025 vs 2024**

PROTESI ORTOPEDICHE						
	2024			2025		
	Impianti	Importo	Costo Medio	Impianti	Importo	Costo Medio

<b>P09-PROTESI - ALTRE (CUSTOM MADE E MEGAPROTESI)</b>	<b>24</b>	<b>214.992</b>	<b>8.958</b>	<b>22</b>	<b>166.567</b>	<b>7.571</b>
<b>P09-PROTESI - CUSTOM MADE</b>	<b>4</b>	<b>57.200</b>	<b>14.300</b>	<b>2</b>	<b>19.720</b>	<b>9.860</b>
<b>PROTESI DI ANCA</b>	<b>399</b>	<b>569.018</b>	<b>1.426</b>	<b>347</b>	<b>600.343</b>	<b>1.730</b>
<b>PROTESI DI GINOCCHIO</b>	<b>83</b>	<b>209.552</b>	<b>2.525</b>	<b>77</b>	<b>235.151</b>	<b>3.054</b>
<b>PROTESI ORTOPEDICHE</b>	<b>510</b>	<b>1.050.762</b>	<b>2.060</b>	<b>448</b>	<b>1.007.782</b>	<b>2.250</b>

- **PROTESI ANCA** → Per quanto riguarda il costo medio per paziente, i dati aziendali evidenziano un valore paragonabile a quello regionale (dati 12 mesi; 1.997 euro vs 2.103 euro).
- **PROTESI GINOCCHIO** → Per quanto riguarda il costo medio per paziente, i dati aziendali evidenziano un costo maggiore rispetto a quello regionale per via dell'utilizzo di megaprotesi e protesi custom made nella chirurgia oncologica (dati 12 mesi 5690 euro vs 3170 euro).
- **PACEMAKER** → I dati dei 12 mesi 2024 evidenziano una lieve diminuzione rispetto all'anno precedente (n.316 vs n.351), come indicato nella Tab. 4:

**Tab.4- Dati di consumo e spesa dei pacemaker impiantabili a confronto 12M 2024 vs 2025**

PACEMAKER IMPIANTABILI						
	2024			2025		
	Impianti	Importo	Costo Medio	Impianti	Importo	Costo Medio
<b>J010101_PACE MAKER IMPIANTABILI MONOCAMERALI</b>	<b>38</b>	<b>24.830</b>	<b>653</b>	<b>32</b>	<b>27.169</b>	<b>849</b>
<b>J010103_PACE MAKER IMPIANTABILI BICAMERALI</b>	<b>266</b>	<b>378.181</b>	<b>1.422</b>	<b>236</b>	<b>374.556</b>	<b>1.587</b>
<b>J010104_PACE MAKER IMPIANTABILI TRICAMERALI</b>	<b>29</b>	<b>82.551</b>	<b>2.847</b>	<b>40</b>	<b>106.645</b>	<b>2.666</b>
<b>J010199_PACE MAKER IMPIANTABILI - ALTRI</b>	<b>12</b>	<b>97.760</b>	<b>8.147</b>	<b>4</b>	<b>32.838</b>	<b>8.210</b>
<b>J010105_PACEMAKER IMPIANTABILI CON ELETTRODI INCORPORATI (LEADLESS)</b>	<b>6</b>	<b>46.800</b>	<b>7.800</b>	<b>4</b>	<b>33.280</b>	<b>8.320</b>
<b>PACEMAKER IMPIANTABILI</b>	<b>351</b>	<b>630.122</b>	<b>1.795</b>	<b>316</b>	<b>574.488</b>	<b>1.818</b>

- Per quanto riguarda il costo medio per paziente, i dati aziendali evidenziano un valore superiore rispetto a quello regionale (dati 12 mesi: 1.730 euro vs.1552), dovuto ad utilizzo dei pacemaker leadless MICRA e AVEIR VR ad alto costo.

- DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI → I dati dei 12 mesi 2025 in termini di numero di impianti e quindi di spesa risultano inferiori rispetto all'anno precedente (n. 173 vs n. 186)(Tab. 5):

**Tab. 5 – Dati di consumo e spesa dei defibrillatori impiantabili a confronto 12 mesi 2024 vs 2025**

<b>DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI</b>						
	<b>2024</b>			<b>2025</b>		
	<b>Impianti</b>	<b>Importo</b>	<b>Costo Medio</b>	<b>Impianti</b>	<b>Importo</b>	<b>Costo Medio</b>
<b>J010501_DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI MONOCAMERALI</b>	<b>34</b>	<b>236.052</b>	<b>6.943</b>	<b>32</b>	<b>241.342</b>	<b>7.542</b>
<b>J010502_DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI BICAMERALI</b>	<b>14</b>	<b>105.263</b>	<b>7.519</b>	<b>9</b>	<b>80.683</b>	<b>8.965</b>
<b>J010503_DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI TRICAMERALI</b>	<b>69</b>	<b>682.085</b>	<b>9.885</b>	<b>95</b>	<b>879.906</b>	<b>9.262</b>
<b>J010504_DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI SOTTOCUTANEI</b>	<b>35</b>	<b>526.656</b>	<b>15.047</b>	<b>14</b>	<b>230.339</b>	<b>16.453</b>
<b>J010599_DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI - ALTRI</b>	<b>34</b>	<b>451.984</b>	<b>13.294</b>	<b>23</b>	<b>356.408</b>	<b>15.496</b>
<b>DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI</b>	<b>186</b>	<b>2.002.040</b>	<b>10.764</b>	<b>173</b>	<b>1.788.679</b>	<b>10.280</b>

## IL GOVERNO DEI PROCESSI DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI NON SANITARI

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ed il Piano Nazionale Complementare (PNC) che si articola in sei missioni, ha previsto, come già rappresentato negli anni 2023-2024, finanziamenti per l'Azienda Ospedaliero Universitaria deputati alla realizzazione di interventi che spaziano, relativamente all'area dei beni e dei servizi, dall'innovazione del parco tecnologico ospedaliero alla digitalizzazione della struttura ospedaliera, oltre che all'istruzione e ricerca; gli affidamenti dei beni e dei servizi sono stati perfezionati mediante adesioni a convenzioni Intercent-er e/o Consip dedicati alle specifiche missioni o, in mancanza, attraverso procedure di gara ad hoc confezionate che riportano principi, obblighi e impegni inderogabilmente previsti per il conseguimento dei traguardi e delle milestone connessi ai medesimi finanziamenti.

L'attività del 2025 ha riguardato, in coerenza a quanto avviato e perfezionato negli anni precedenti, procedure di acquisti già programmati, attività di governo procedurale, controlli, verifiche, rendicontazioni documentali, trasmissione dati che interesseranno anche gli anni successivi fino al completo raggiungimento degli obiettivi sottesi all'espletamento delle medesime attività.

E' stata una sfida poderosa anche alla luce del processo di digitalizzazione dell'intero ciclo degli appalti e dei contratti pubblici, avviatosi nell'anno 2024 e proseguito nell'anno 2025.

Le fasi di programmazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione degli appalti e concessioni sono state interamente gestite anche nell'anno 2025 utilizzando la piattaforma di approvvigionamento digitale certificata (SATER).

Detta piattaforma è stata implementata con la redazione, acquisizione degli atti relativi alle varie procedure di gara, presentazione del Documento di gara unico europeo, presentazione delle offerte, apertura, gestione e conservazione del fascicolo di gara, aggiudicazione.

L'intero processo è stato contrassegnato da un'intensa attività di formazione da parte del servizio acquisti (SAAV); le modalità di utilizzo della piattaforma sono state illustrate nel corso di tutto l'anno 2025, in continuità con la formazione dell'anno 2024, a tutti gli operatori dipendenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna Policlinico Sant'Orsola Aziende Sanitarie, al fine di consentire agli stessi di acquisire nozioni, informazioni, elementi necessari ad assolvere le funzioni istituzionalmente loro attribuite.

Gli acquisti sono stati dunque perfezionati utilizzando i nuovi sistemi di gestione dei codici identificativi delle gare e delle comunicazioni obbligatorie all'Anac nell'ambito dell'ecosistema nazionale di approvvigionamento digitale, i cui pilastri si fondano nella Banca dati nazionale dei contratti pubblici, nel fascicolo virtuale dell'operatore economico, nelle piattaforme di e-procurement e nell'utilizzo di procedure automatizzate.

L'anno 2025 è stato dunque contrassegnato da nuove opportunità di governo della spesa per beni e servizi tradottisi in strumenti atti a consentire il monitoraggio del ciclo degli approvvigionamenti in tutte le sue fasi.

La stretta interrelazione con Intercent- ER e i provveditori dell'Area Vasta Emilia Nord e dell'Ausl della Romagna ha consentito di portare avanti al meglio le opportunità legate alla digitalizzazione e rendere sempre più efficiente l'impiego delle risorse, unificando le iniziative al fine di creare uniformità su tutto il territorio regionale e conseguire quelle economie di scala che ci si attende dall'unificazione dei servizi.

Le procedure di gara esperite hanno riguardato tutti i settori merceologici dei beni e servizi atti e necessari a garantire lo svolgimento delle attività sanitarie; si segnala l'iniziativa avviata nell'anno 2024 e proseguita nell'anno 2025, deputata all'esternalizzazione dei servizi di gestione delle centrali di sterilizzazione attraverso operazioni di partenariato pubblico privato.

L'Azienda ha conseguito l'obiettivo di acquisto di beni e servizi attraverso procedure centralizzate di spesa per beni e servizi oggetto di convenzione regionale o di Consip (66% del totale). La possibilità di realizzare tale obiettivo è stata essenzialmente determinata dal numero delle convenzioni attivate dall'Agenzia Regionale o da Consip. Da gennaio, le principali adesioni di valore economico rilevante, sono state per l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna verso Intercent-ER quelle relative ai farmaci esclusivi e non, ai radiofarmaci, alla convenzione per la fornitura di aghi e siringhe, di medicazione avanzata, di protesi d'anca, di

nutrizione parenterale, di dispositivi medici, diabetologia ospedaliera, oltre servizi informatici, per la maggior parte riedizione di precedenti convenzioni. Per quanto riguarda Consip, oltre materiale/servizi informatici, si rileva l'adesione ai dispositivi medici e informatici.

### **ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI**

Il 2025 ha visto la prosecuzione di accordi/convenzioni tra pubbliche amministrazioni ma anche con soggetti privati accreditati, per la fornitura di prestazioni e/o servizi sanitari a completamento della diagnosi e per l'assistenza a pazienti in cura presso il Policlinico.

Gli accordi convenzionali di cui sopra sono finalizzati a fornire una risposta più ampia e tempestiva ai pazienti in lista d'attesa, al fine di garantire l'espletamento degli interventi nelle tempistiche congrue (si citano ad esempio le seguenti specialità: chirurgia otologica, chirurgia robotica urologica e ginecologica, cardiocirurgia pediatrica, chirurgia generale).

Inoltre, in una prospettiva di ottimizzazione dei percorsi di cura, sono state sottoscritte convenzioni volte a sviluppare le clinical competence e a valorizzare l'expertise dei professionisti operanti all'interno dell'Azienda. A tale proposito si evidenziano, in particolare, le convenzioni di teleconsulto neurochirurgico e neuroradiologico nonché le convenzioni per l'acquisizione di specifiche professionalità, ad esempio in relazione a malattie metaboliche e pediatriche, oppure relativamente alla fornitura di analisi/esami mediante tecnologie avanzate (quali sequenza genetica, chimerismo), in un'ottica di efficientamento della spesa nonché della gestione dei farmaci e dei dispositivi, al fine di contribuire al programma di governance della spesa farmaceutica nell'area metropolitana di Bologna.

Con l'obiettivo di una maggiore e ancora più fattiva collaborazione nella gestione delle liste di attesa chirurgiche dell'area metropolitana al fine di garantire continuità assistenziale ai propri pazienti, è stata, inoltre, ampliata l'offerta terapeutica in ambito di chirurgia robotica, attraverso l'introduzione del trattamento chirurgico endoscopico per l'ipertrofia prostatica benigna con il laser ad holmio (HoLep: holmiumenucleation of prostate).

Sempre col medesimo obiettivo di cui sopra, nel corso dell'anno 2025, al fine di garantire continuità assistenziale ai propri pazienti e nel perseguimento degli obiettivi di riduzione dei tempi d'attesa degli interventi chirurgici, l'IRCCS si è assicurato la disponibilità di spazi presso strutture private ove erogare prestazioni in regime ambulatoriale SSN per le specialità di oftalmologia e cardiocirurgia.

Inoltre, le sfide che il contesto sanitario odierno deve affrontare hanno reso necessario rimarcare le opportunità derivanti dal lavoro integrato e in rete sia nel contesto regionale sia nell'ambito dell'area metropolitana bolognese. I progetti interaziendali, basati sull'integrazione dei processi e dei percorsi tra le Aziende sanitarie, rappresentano forme organizzative che consentono di portare ad una strutturata riduzione della complessità organizzativa, ad un aumento della qualità e dell'efficienza dei servizi offerti e ad un miglioramento della sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale.

Inoltre, l'istituzione nell'area metropolitana di Bologna di forme progettuali di integrazione interaziendale nei servizi clinico-assistenziali assume una rilevanza prioritaria per l'omogeneizzazione dei metodi e dei percorsi e per l'unificazione dei criteri di accesso, di

priorità e di inserimento nelle liste d'attesa dei cittadini/pazienti, utili a ridurre i tempi di presa in carico e le disomogeneità dei percorsi di cura.

In tale ottica, l'Azienda ha sottoscritto o rinnovato accordi interaziendali e/o metropolitani su tematiche cliniche specifiche, con l'obiettivo di migliorare i percorsi di cura per garantire ai pazienti un trattamento più idoneo, integrare i servizi di assistenza ai pazienti in un unico processo coordinato tra persone, funzioni e unità operative, sviluppare il processo di acquisizione di competenze, e ciò nell'ottica di raggiungere, fra gli altri, una razionalizzazione delle risorse evitando duplicazioni di servizi nonché un ampliamento della rete formativa per gli studenti delle scuole di specializzazione.

Tra i principali accordi interaziendali rinnovati nel corso dell'anno 2025 si annoverano:

- l'accordo per la gestione unificata dell'attività di Neuropsichiatria dell'Età Pediatrica tra Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola e Azienda USL di Bologna-IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche;
- l'accordo per la gestione unificata delle attività di Neuroradiologia tra l'Azienda USL di Bologna - IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche e l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola;
- l'accordo tra l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola e l'Azienda USL di Bologna per la gestione in modalità unificata delle attività di Pneumologia Interventistica;
- l'atto di Intesa con l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna e l'Accordo tra IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola, Azienda USL di Bologna e Azienda USL di Imola per la gestione unificata delle attività di Chirurgia Vascolare

Infine, nel corso dell'anno 2025 è stata approvata la convenzione per il trasferimento delle attività di Diagnostica Senologica e per l'unificazione delle relative funzioni tra l'Azienda USL di Bologna e l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola.

## **ACQUISTO DI SERVIZI E SERVIZI DI SUPPORTO ALLA PERSONA**

### **Servizi appaltati**

Le Linee di Programmazione del Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2025 hanno confermato, tra gli obiettivi strategici delle Aziende Sanitarie, il perseguimento della sostenibilità economico-finanziaria e il miglioramento dell'efficienza operativa, attraverso una gestione rigorosa delle risorse disponibili, il rafforzamento dei principi di trasparenza e accountability, lo sviluppo dell'infrastruttura digitale e la promozione dell'innovazione organizzativa, della ricerca e della formazione continua del personale.

In coerenza con tali indirizzi programmatori, l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha proseguito nel percorso di razionalizzazione degli acquisti e di valorizzazione degli strumenti di procurement centralizzato, favorendo l'adesione alle iniziative di acquisto regionali e nazionali al fine di conseguire economie di scala, uniformità contrattuale e maggiore efficienza amministrativa.

Anche nel corso del 2025 è stata garantita la puntuale rilevazione e rendicontazione alla Regione Emilia-Romagna del valore degli acquisti effettuati mediante le convenzioni e gli strumenti negoziali messi a disposizione da Intercent-ER e, in assenza di iniziative regionali attive, tramite gli strumenti di acquisto e negoziazione di Consip S.p.A., in conformità agli obiettivi regionali di monitoraggio e governo della spesa pubblica.

Particolare attenzione è stata inoltre riservata agli acquisti finanziati nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano Nazionale Complementare (PNC), effettuati dalle Aziende Sanitarie capofila delegate dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna. Anche per tali procedure, ove possibile, si è fatto ricorso alle convenzioni Intercent-ER e agli altri strumenti di approvvigionamento centralizzato, garantendo il rispetto degli indirizzi regionali in materia di aggregazione della domanda e ottimizzazione delle risorse pubbliche.

Nell'ambito delle procedure di scelta del contraente, le Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana di Bologna hanno consolidato il percorso di collaborazione interaziendale finalizzato alla definizione di criteri tecnici condivisi e alla realizzazione di procedure di gara congiunte. Tale approccio ha consentito di conseguire una maggiore uniformità nelle modalità di acquisizione di beni e servizi, favorendo l'omogeneizzazione delle prestazioni erogate, la standardizzazione dei requisiti tecnici e il conseguimento di significative economie di scala.

Un ruolo determinante è stato svolto dalla struttura di Area Vasta preposta alla gestione delle procedure di gara, che ha contribuito al miglioramento dell'efficienza complessiva del sistema degli approvvigionamenti, garantendo supporto specialistico, coordinamento delle attività e ottimizzazione delle risorse professionali impiegate.

Per i servizi caratterizzati da specifiche esigenze organizzative e assistenziali proprie delle singole Aziende Sanitarie, è proseguita la collaborazione tra i professionisti e i referenti tecnici delle diverse realtà aziendali, al fine di sviluppare capitolati tecnici sempre più aderenti ai fabbisogni espressi e capaci di coniugare qualità delle prestazioni, innovazione e sostenibilità economica.

Con particolare riferimento all'area dei servizi sanitari di supporto, nel corso del 2025 è proseguito il confronto avviato dalle Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana con gli operatori economici del settore finalizzato alla valutazione di possibili modelli di Partenariato Pubblico-Privato (PPP) per la gestione esternalizzata delle attività di sterilizzazione dei dispositivi medici e dello strumentario chirurgico.

Nelle more della definizione del percorso di partenariato, al fine di garantire la continuità del servizio e assicurare il mantenimento degli elevati standard qualitativi richiesti dalle

attività assistenziali e chirurgiche, è stata esperita, tramite la struttura SAAV, una procedura aperta per l'affidamento temporaneo del servizio di gestione della sterilizzazione dei dispositivi medici, dello strumentario chirurgico e della relativa logistica a favore dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.

L'esito della procedura ha consentito l'attivazione del nuovo appalto a decorrere dal 1° dicembre 2025, assicurando continuità operativa, sicurezza dei processi e pieno supporto alle attività cliniche e chirurgiche dell'Azienda, nelle more della definizione delle future strategie organizzative e gestionali del servizio.

### **Servizio di trasporto pazienti**

Nel corso del 2025 sono proseguite le attività di revisione e ottimizzazione del sistema dei trasporti sanitari, con particolare riferimento ai trasporti intraospedalieri affidati in appalto, al fine di migliorarne l'efficienza organizzativa, ridurre i tempi di risposta e garantire una maggiore aderenza alle esigenze assistenziali e ai percorsi di cura dei pazienti.

L'attività di revisione è stata sviluppata in stretta collaborazione con le strutture sanitarie interessate e con le Direzioni competenti, attraverso un costante monitoraggio dei volumi di attività, dei tempi di esecuzione e dei fabbisogni emergenti, con l'obiettivo di individuare modelli organizzativi maggiormente rispondenti all'evoluzione dell'assetto ospedaliero e alle necessità operative dei reparti.

In tale contesto, è stato consolidato il modello organizzativo già avviato a partire dalla fine del 2024 per il personale addetto al trasporto pazienti operante nell'Area Emergenza e presso il Padiglione 5. Tale modello, definito sulla base dell'analisi delle richieste medie di trasporto rilevate nel periodo di osservazione e condiviso con il personale sanitario e le Direzioni di riferimento, prevede la presenza di operatori dedicati secondo fasce orarie e giornate programmate in funzione dell'effettivo fabbisogno assistenziale.

Conclusa positivamente la fase sperimentale, nel corso del 2025 il personale in appalto ha continuato ad operare in maniera dedicata per la gestione dei trasporti intrapadiglione nelle aree sopra indicate, consentendo una maggiore tempestività degli interventi, una migliore programmazione delle attività e una riduzione dei tempi di attesa per pazienti e operatori sanitari.

Considerati i risultati conseguiti, il modello organizzativo è stato progressivamente esteso anche ad ulteriori aree aziendali, comprendendo il Padiglione 2 per le attività dell'Admission Room e il nuovo Padiglione 4N, recentemente entrato in funzione. Tale estensione ha consentito di uniformare le modalità operative e di garantire un supporto più efficace ai percorsi assistenziali nelle nuove strutture.

Parallelamente, è proseguita l'attività della Centrale Operativa Unificata (COU), collocata presso l'Azienda USL di Bologna e caratterizzata dalla presenza integrata di operatori

dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda USL, che operano in modo coordinato nella gestione dei trasporti sanitari su ruota.

La Centrale rappresenta un elemento strategico per il governo e il coordinamento dei trasporti interospedalieri e intraospedalieri effettuati mediante ambulanza e mezzi MOSS, consentendo una gestione unitaria delle richieste, una migliore allocazione delle risorse disponibili e un costante monitoraggio delle attività svolte.

Al fine di garantire la continuità del servizio anche in presenza di incrementi significativi della domanda, la Centrale Operativa ha continuato a fare ricorso, oltre ai mezzi accreditati dalla Regione Emilia-Romagna assegnati all'Azienda nell'ambito del monte ore programmato, anche a mezzi appartenenti alla flotta dell'Azienda USL di Bologna. Tali attività aggiuntive vengono puntualmente rendicontate e monitorate, consentendo di fronteggiare efficacemente i picchi di attività senza compromettere la qualità del servizio e la tempestività delle risposte assistenziali.

Le azioni intraprese nel corso del 2025 hanno pertanto contribuito a rafforzare il sistema di gestione dei trasporti sanitari, migliorando l'integrazione tra i diversi soggetti coinvolti, l'efficienza operativa del servizio e la capacità di risposta alle esigenze assistenziali dell'Azienda, nel rispetto dei principi di appropriatezza, sostenibilità e centralità del paziente.

### **Servizi alberghieri**

Nel corso del 2025 sono proseguite regolarmente le attività previste dall'appalto per la gestione integrata dei servizi di supporto alla persona, comprendente, tra le principali prestazioni, i servizi di pulizia e sanificazione ambientale, lavanolo, movimentazione interna di materiali e attrezzature, accompagnamento degli utenti, gestione dei filtri antibatterici monouso per l'acqua e ulteriori attività di supporto logistico e alberghiero.

Tali servizi rappresentano una componente essenziale del sistema organizzativo aziendale, in quanto concorrono in modo determinante a garantire condizioni adeguate di sicurezza, igiene, comfort, accoglienza e benessere per pazienti, operatori e visitatori, assicurando al contempo il corretto svolgimento delle attività sanitarie, assistenziali e di ricerca dell'Azienda. Le attività sono state pertanto erogate in stretta integrazione con l'organizzazione ospedaliera, accompagnando l'evoluzione dei percorsi assistenziali e delle esigenze delle strutture operative.

In coerenza con gli indirizzi regionali e aziendali orientati alla sostenibilità economica, all'ottimizzazione delle risorse e al miglioramento continuo dei servizi, la Direzione Aziendale ha promosso nel corso del 2025 l'istituzione di specifici gruppi di lavoro multidisciplinari con il compito di analizzare i principali servizi appaltati, monitorarne i costi e individuare possibili interventi di efficientamento gestionale.

In particolare, è stato costituito un gruppo di lavoro dedicato ai servizi di trasporto sanitario, smaltimento rifiuti e pulizie, con i seguenti obiettivi:

- analizzare l'assetto organizzativo dei servizi, i relativi costi e le principali criticità operative;
- effettuare attività di benchmarking e confronto con altre realtà sanitarie al fine di individuare buone pratiche e opportunità di miglioramento;
- proporre azioni di razionalizzazione e ottimizzazione dei processi;
- definire standard operativi condivisi e indicatori di performance;
- implementare sistemi di monitoraggio periodico dei costi e delle prestazioni erogate.

Parallelamente, è stato istituito un gruppo di lavoro dedicato alla gestione dei filtri antibatterici monouso per acqua, con il compito di:

- analizzare gli esiti delle attività sviluppate dal "Gruppo Acqua" nell'ambito della prevenzione del rischio legionellosi;
- effettuare una ricognizione dettagliata dei punti rete filtrati e delle motivazioni cliniche e tecniche alla base della loro installazione;
- definire criteri omogenei per la gestione e l'aggiornamento dei punti filtrati;
- sviluppare strumenti di monitoraggio e reportistica periodica relativi ai consumi, ai costi e all'effettiva necessità di mantenimento dei filtri installati.

L'attività dei gruppi di lavoro ha consentito di conseguire significativi risultati sia sotto il profilo organizzativo sia sotto il profilo economico.

Per quanto riguarda il servizio di pulizia e sanificazione, è stata effettuata una revisione del sistema dei cosiddetti "Presidi di Pulizia", ovvero delle risorse dedicate in continuità di presenza presso specifiche aree aziendali. L'analisi dei fabbisogni ha permesso di rimodulare gli orari di intervento e di ridefinire le Unità Operative interessate, garantendo il mantenimento degli standard qualitativi richiesti e una più efficiente allocazione delle risorse disponibili.

Con riferimento ai filtri antibatterici monouso per acqua, è stata realizzata una completa revisione dei punti rete filtrati, in particolare nelle aree servite da impianti con trattamento mediante monocloramina dell'acqua sanitaria. Tale attività ha consentito di ridurre il numero dei punti filtrati mantenendo inalterati i livelli di sicurezza richiesti. Contestualmente, sulla base delle verifiche tecniche effettuate e delle evidenze raccolte, è stata estesa la durata di utilizzo dei filtri da 62 a 92 giorni, con conseguente riduzione dei costi di gestione e delle attività di sostituzione.

Anche nell'ambito del servizio di lavanolo sono state sviluppate specifiche azioni di razionalizzazione. In particolare, è stata effettuata una revisione dei fabbisogni delle strutture utilizzatrici e sono stati definiti criteri più rigorosi per l'impiego dei dispositivi monouso non sterili, al fine di garantirne un utilizzo appropriato e sostenibile. Contestualmente è stata avviata la sperimentazione della traversa-pannolone riutilizzabile, destinata a sostituire progressivamente quella monouso, con l'obiettivo di ridurre i consumi, contenere i costi e diminuire l'impatto ambientale derivante dalla produzione di rifiuti sanitari.

Ulteriori interventi di revisione e ottimizzazione sono stati programmati per il 2026, in particolare nell'ambito del servizio di pulizia ordinaria, anche in relazione al rinnovo contrattuale intervenuto nei primi mesi dell'anno e alle opportunità di miglioramento organizzativo emerse dalle analisi effettuate.

Nell'ottica del contenimento della spesa e dell'uso appropriato delle risorse, è stata inoltre riorganizzata la gestione del noleggio dei presidi antidecubito ad aria previsti dalla Convenzione Intercent-ER. L'attività ha comportato, ove possibile, la trasformazione del modello di noleggio "a chiamata" in noleggio continuativo, consentendo una maggiore efficienza gestionale, una migliore programmazione delle necessità assistenziali e una riduzione dei costi complessivi del servizio.

Le attività di monitoraggio e revisione sono attualmente in corso anche su ulteriori contratti e servizi aziendali, nell'ambito di un più ampio programma di miglioramento continuo finalizzato a coniugare qualità delle prestazioni, sostenibilità economica e innovazione organizzativa, nel rispetto degli obiettivi assegnati dalla Regione Emilia-Romagna e dalla Direzione Aziendale.

### **Alimentazione e servizi di ristorazione**

Nel corso del 2025 l'organizzazione e la gestione del servizio di ristorazione aziendale hanno continuato a rappresentare un ambito di particolare rilevanza strategica per l'Azienda, sia per il diretto impatto sulla qualità dell'assistenza e sul benessere dei pazienti, sia per la complessità organizzativa, logistica e gestionale che caratterizza il servizio.

La ristorazione ospedaliera costituisce infatti una componente essenziale del percorso di cura e assistenza, contribuendo non solo alla soddisfazione degli utenti, ma anche al supporto nutrizionale e terapeutico dei pazienti ricoverati. Per tali ragioni, l'Azienda ha continuato ad investire nel miglioramento dei processi produttivi, nell'innovazione organizzativa, nella sostenibilità ambientale e nella valorizzazione delle competenze professionali del personale coinvolto.

Nel corso del 2025 si sono consolidati gli effetti positivi dell'importante intervento di ristrutturazione della cucina centralizzata, avviato alla fine del 2023 e conclusosi nel mese di novembre 2024. A seguito del completamento dei lavori, della ricollocazione delle attrezzature temporaneamente accantonate e dell'installazione della nuova lavastoviglie industriale da parte della ditta appaltatrice, la cucina è tornata a pieno regime produttivo tra dicembre 2024 e gennaio 2025, consentendo il ripristino delle ordinarie condizioni operative e il miglioramento complessivo dell'efficienza produttiva.

Anche nel 2025 si è confermato il trend di crescita della produzione dei pasti, in particolare a favore dei degenti, quale conseguenza dell'incremento dell'attività assistenziale aziendale e dell'ampliamento dei servizi erogati. Complessivamente sono stati prodotti 1.234.166 pasti rispetto ai 1.223.679 dell'anno precedente, con un incremento di 10.487 pasti, corrispondente a circa l'1% su base annua.

L'aumento della produzione, unito agli adeguamenti periodici dei prezzi delle derrate alimentari previsti dalla convenzione Intercent-ER vigente, ha determinato un incremento della spesa per l'approvvigionamento dei prodotti alimentari. Il costo complessivo delle derrate è passato da € 3.815.351 nel 2024 a circa € 4.065.000 nel 2025, risentendo sia dell'aumento dei consumi sia della revisione dei prezzi riconosciuta al fornitore secondo le clausole contrattuali previste.

Nel corso dell'anno è stato garantito il mantenimento dei servizi introdotti negli anni precedenti e particolarmente apprezzati dagli utenti interni, tra cui:

- il servizio Mensa Take Away per il pranzo;
- la distribuzione del pasto serale destinato agli operatori impegnati nei turni notturni.

A tali attività si è aggiunto, a partire dal mese di giugno 2025, il servizio di fornitura pasti in regime fresco-caldo destinato al personale amministrativo trasferito presso la sede di Via Giambologna in conseguenza dell'avvio dei lavori di ristrutturazione del Padiglione 3 – Sede Amministrativa. Nel periodo giugno-dicembre 2025 sono stati erogati circa 3.000 pasti, garantendo la continuità del servizio anche nelle sedi temporanee.

Particolare attenzione è stata inoltre dedicata agli obiettivi di sostenibilità ambientale previsti dal Piano di Sostenibilità Aziendale. In tale ambito, grazie alla collaborazione tra il concessionario Meneghini & Associati e la società 24Bottles, sono state distribuite gratuitamente oltre 1.500 borracce al personale dipendente.

L'iniziativa ha consentito di eliminare quasi completamente, a partire dal mese di maggio 2025, l'utilizzo dei bicchieri compostabili nelle due mense aziendali, producendo risultati significativi sia sul piano ambientale sia su quello economico. In particolare, è stata registrata:

- una riduzione dei consumi di bicchieri pari a circa il 33% su base annua;
- una riduzione della spesa di circa il 40% nel periodo maggio-dicembre 2025;
- una diminuzione della produzione di rifiuti superiore a 1.000 kg.

Per quanto concerne le risorse umane, il fabbisogno teorico della cucina aziendale si conferma pari a 103 operatori. Al 31 dicembre 2025 risultavano effettivamente in servizio 90 unità, con una scopertura che continua a richiedere particolare attenzione sotto il profilo organizzativo.

Nel corso dell'anno sono stati attivati specifici percorsi di reclutamento finalizzati al rafforzamento dell'organico. In particolare:

- è stato espletato un concorso pubblico per cuochi diplomati, conclusosi nel settembre 2025 con la formazione di una graduatoria composta da tre candidati idonei;
- è stata effettuata una procedura di avviamento tramite Centro per l'Impiego, conclusasi anch'essa nel mese di settembre con una graduatoria di cinque candidati idonei.

Nel medesimo periodo si sono registrate dieci cessazioni o trasferimenti ad altre attività aziendali, parzialmente compensate dall'assunzione di cinque nuovi operatori.

Sul fronte della sicurezza alimentare e della qualità dei processi produttivi, nel mese di agosto 2025 è stato approvato il nuovo Manuale di Autocontrollo HACCP, destinato a sostituire integralmente la precedente versione risalente al 2010. Il documento è stato trasmesso al Dipartimento di Sanità Pubblica per le valutazioni di competenza, senza che siano stati formulati rilievi o osservazioni. L'entrata in vigore operativa del nuovo Manuale è prevista nel corso del 2026, una volta completato il percorso formativo rivolto a tutto il personale della cucina.

Anche nel 2025 è proseguita l'attività di collaborazione con il Settore Dietetico e della Nutrizione Clinica, finalizzata all'aggiornamento dei menù e all'introduzione di nuove preparazioni e ricette coerenti con i principi della corretta alimentazione e della personalizzazione nutrizionale.

Particolarmente rilevante è stata inoltre l'attività sviluppata nell'ambito della ricerca e dell'innovazione sociale. Nel mese di luglio 2025 è stato pubblicato un Avviso Pubblico rivolto agli Enti del Terzo Settore per la realizzazione di un progetto di coprogettazione finalizzato alla promozione della sostenibilità alimentare e della sana alimentazione nel contesto ospedaliero.

All'esito della procedura è stata selezionata la Cooperativa Sociale ETA BETA, con la quale è stata sottoscritta una convenzione triennale. Il progetto prevede anche la collaborazione della Fondazione Alícia di Barcellona, centro di eccellenza internazionale nel campo della ricerca alimentare e della nutrizione applicata.

Nel mese di maggio 2025 è stata inoltre rinnovata la collaborazione con Last Minute Market per il recupero delle eccedenze alimentari e dei pasti prodotti ma non distribuiti. Grazie alla convenzione sottoscritta con la Cooperativa Open Group, nel corso dell'anno sono stati recuperati e donati 11.039 pasti, pari a una media di circa 40 pasti al giorno, confermando i risultati già raggiunti negli anni precedenti e contribuendo concretamente alla riduzione degli sprechi alimentari e al sostegno delle persone in situazione di fragilità.

Si conferma infine il consolidamento del Progetto Lavori di Pubblica Utilità realizzato in collaborazione con il Tribunale di Bologna. Nel corso del 2025 sono stati inseriti presso la cucina aziendale 361 lavoratori, rispetto ai 455 dell'anno precedente, per un totale di 39.258 ore lavorate rispetto alle 41.961 registrate nel 2024.

L'iniziativa continua a rappresentare un'importante esperienza di integrazione sociale e di collaborazione istituzionale, consentendo al contempo di supportare le attività della cucina attraverso l'impiego di risorse aggiuntive opportunamente coordinate e inserite nei processi operativi aziendali.

Nel complesso, il 2025 ha rappresentato un anno di consolidamento organizzativo, crescita produttiva e sviluppo progettuale per il servizio di ristorazione aziendale,

caratterizzato da un costante impegno verso il miglioramento della qualità del servizio, la sostenibilità ambientale, l'innovazione alimentare e l'efficienza gestionale.

### **Concessione servizi commerciali**

Per quanto riguarda i servizi commerciali presenti all'interno del Policlinico, nel corso del 2025 sono state consolidate e ulteriormente valorizzate le iniziative avviate negli anni precedenti, con l'obiettivo di migliorare l'offerta di servizi a favore di dipendenti, utenti e visitatori, contribuendo al contempo alla valorizzazione degli spazi aziendali e al miglioramento della qualità dell'accoglienza.

In considerazione dei positivi risultati registrati nel 2024, il Concessionario ha confermato anche per il 2025 l'attivazione del servizio di food truck, che ha operato regolarmente fino al mese di ottobre, rappresentando un'importante integrazione all'offerta di ristorazione disponibile all'interno del Policlinico e riscontrando un buon livello di gradimento da parte dell'utenza.

Parallelamente, è proseguita l'esperienza del Mercato Contadino, iniziativa orientata alla promozione della filiera corta, del consumo consapevole e della sostenibilità ambientale. Nel corso dell'anno il mercato ha trovato una nuova e più funzionale collocazione negli spazi appositamente allestiti antistanti il Padiglione 23, consentendo una migliore accessibilità e una maggiore fruibilità da parte del personale aziendale, dei pazienti e dei visitatori.

Dal punto di vista economico, l'andamento delle attività commerciali ha evidenziato risultati positivi. Nel corso del 2025 il Concessionario ha infatti registrato un incremento del volume d'affari rispetto all'esercizio precedente, generando per l'Azienda maggiori introiti derivanti dall'applicazione della royalty contrattualmente prevista pari al 5% del fatturato. Tale incremento ha determinato ricavi aggiuntivi per l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna stimabili in circa € 18.500, contribuendo alla valorizzazione economica della concessione e alla sostenibilità complessiva del servizio.

Nel corso dell'anno sono inoltre proseguite le attività di confronto e coordinamento con il Servizio Appalti e Acquisti di Area Vasta (SAAV), finalizzate alla definizione degli assetti futuri dei servizi commerciali e alla predisposizione della nuova procedura di concessione. Le valutazioni hanno riguardato, in particolare, l'analisi dei fabbisogni aziendali, l'evoluzione dell'offerta dei servizi, gli aspetti economici e le possibili innovazioni organizzative da introdurre nel nuovo affidamento.

Tali attività preparatorie hanno posto le basi per l'avvio della nuova procedura di gara per l'affidamento della concessione, prevista tra la fine del 2025 e il primo semestre del 2026, con l'obiettivo di garantire continuità dei servizi, miglioramento della qualità dell'offerta e adeguamento alle mutate esigenze dell'Azienda e della propria utenza.

### **PROGRAMMA REGIONALE GESTIONE DIRETTA DEI SINISTRI**

Nel corso del 2025 sono proseguite le azioni di consolidamento rivolte alla piena attuazione del “Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile” (Programma), approvato con le deliberazioni di Giunta regionale n. 1350/2012 e n. 2079/2013, in coerenza con il contesto normativo L.R. E-R 7 novembre 2012, n. 13 e s.m.i. (L.R. 20 dicembre 2013, n. 28), regolatorio e amministrativo di riferimento.

Sono state attuate le azioni finalizzate alla tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di Valutazione (abbr. NRV), in recepimento di quanto stabilito nel documento “Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell’attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione”, così da assicurare il regolare funzionamento del NRV.

Anche la gestione dei sinistri aperti nel 2025, pertanto, è stata orientata in modo che entro sei mesi dalla data della richiesta di risarcimento fosse conclusa la valutazione del Comitato Valutazione Sinistri aziendale (abbr. CVS) alla luce della valutazione medico-legale. In tale prospettiva, sono state sviluppate azioni sinergiche tra i vari Servizi coinvolti, affinché i sinistri aperti e richiedenti una valutazione medico-legale fossero decisi in CVS nel termine previsto di 180 giorni. Con riguardo all’attività istruttoria svolta nell’ambito della Gestione diretta dei sinistri, si precisa che nel corso del 2025 sono stati convocati n. 26 CVS cui hanno preso parte anche alcuni professionisti, individuati e previamente contattati dall’UOC Medicina Legale, ovvero destinatari delle comunicazioni ex art. 13 della Legge 24/2017 inviate dal Servizio legale e assicurativo (n. 140 comunicazioni/aggiornamenti). In tal modo si permette ai professionisti coinvolti nel sinistro di ricevere informazioni e aggiornamenti relativi alle posizioni che li riguardano, nonché di partecipare attivamente al percorso istruttorio medico-legale e poi del CVS. Al fine di agevolare il coinvolgimento dei professionisti, è stata mantenuta anche per il 2025 la possibilità di partecipare al CVS con collegamento da remoto. Di tale facoltà, nel 2025, si sono avvalsi n. 6 professionisti destinatari della comunicazione di cui all’art. 13 L. Gelli-Bianco. Inoltre, è proseguita l’attività di sensibilizzazione del personale affinché si doti di indirizzo pec cui far pervenire le comunicazioni di cui alla L. 24/2017 garantendo una modalità più snella d’interazione. Dei n. 73 sinistri aperti nel 2025, i 65 sinistri che richiedevano una valutazione medico-legale sono stati tutti trattati con determinazione in CVS entro il 31/01/2026. Per ciascuno dei 73 sinistri aperti nel 2025 si è proceduto alla relativa riserva formalizzata entro l’ultimo CVS dell’anno di riferimento. Inoltre, con riguardo agli accantonamenti delle somme risarcitorie derivanti da responsabilità professionale, alla luce dell’entrata in vigore del D.M. n. 232/2023, in data 16 marzo 2024, concernente i requisiti minimi delle polizze assicurative della RC sanitaria e le condizioni di operatività delle “analoghe misure” di copertura del rischio, nonché in attuazione delle indicazioni operative ricevute a livello regionale dall’apposito gruppo di lavoro costituito per un’applicazione omogenea delle novità introdotte rispetto alla costituzione del Fondo rischi e del Fondo riserva sinistri, si è proceduto alla valutazione di tutti i sinistri aperti in Gestione diretta il cui livello di rischio è stato riclassificato in “probabili pendenti”, “possibili pendenti”, remoti e chiusi.

Nel 2025, da ultimo con comunicazione anticipata all’Azienda in data 16/12/2025, la Regione ha chiesto d’integrare ulteriormente il dettaglio dell’accantonamento al fondo come sopra effettuato, aggiungendo la categoria dei cd. “certi” all’interno del foglio relativo ai sinistri probabili pendenti, precisandone la ricorrenza quando rispetto al sinistro considerato vi è già

una pronuncia esecutiva momentaneamente sospesa, ovvero sia già stato raggiunto un accordo transattivo con determinazione dell'importo risarcitorio. Tale riclassificazione ha costituito la base di calcolo per il fondo riserva sinistri, poi rivista in base alle successive indicazioni regionali finalizzate alla predisposizione dei fondi di cui agli artt. 10 e 11 del **DM 232/23** riferiti ai sinistri pervenuti entro il 31/12/2025.

Sulla scorta dell'entrata in vigore del **d.p.r. 13/01/2025 n. 12** (pubblicato sul Suppl. ord. n. 4 alla Gazz. Uff. 18/2/2025 n. 40) che ha approvato la Tabella unica nazionale per la liquidazione del danno biologico e di quello morale causati da sinistri stradali, e consistiti in postumi permanenti pari o superiori al 10% della complessiva validità dell'individuo, il Servizio legale e assicurativo ha proceduto a monitorare le pronunce giurisprudenziali utili all'approvazione dei nuovi criteri così da adeguare i parametri di valutazione del CVS alla normativa vigente a livello nazionale.

Per il monitoraggio dell'effettiva implementazione dell'intero percorso di gestione dei sinistri, è stato poi costantemente alimentato il **sistema di reportistica** aziendale (database), fino al 31 gennaio 2026. È altresì proseguita anche la ben strutturata attività d'inserimento dei dati nel database regionale "contenzioso legale" nel rispetto dei tempi previsti (inserimento nel database dei sinistri entro 15 giorni dalla data di apertura). La percentuale di sinistri con intervallo di tempo tra apertura e registrazione di 15 giorni è stata pari al 100%. A tale proposito, è proseguita la partecipazione agli incontri formativi (n. 2 in data 25/11/2025 e 02/12/2025) in vista della piena operatività dell'applicativo regionale **Segnal-ER**, piattaforma unica per la gestione delle segnalazioni degli eventi avversi nell'ambito della sicurezza delle cure e degli operatori, segnalazioni dei cittadini e per la gestione dei sinistri, con riguardo al terzo modulo dedicato alle "Richieste di risarcimento".

Quanto all'attività del Servizio Legale Assicurativo in ordine alle informative alla **Corte dei Conti** ex art. 52 D.lgs. n. 174 del 26/08/2016, nel corso dell'anno 2025 sono state presentate alla Procura della Corte dei Conti n. 30 segnalazioni per gli adempimenti di conseguenza e sono state inoltrate ai professionisti, previo avvertimento telefonico, n. 46 atti di messa in mora.

Per i sinistri di seconda fascia regionale, il 100% delle istanze di parere al **NRV** (n. 9) presentate nel 2025 dal Responsabile aziendale dell'attuazione del Programma regionale sono state accompagnate dal contestuale caricamento - entro due giorni lavorativi - di tutta la documentazione completa (clinica, medico-legale, giudiziaria e amministrativa). In adempimento alle indicazioni regionali di cui alla nota prot. RER n. 0647322, ns. prot. n. 262628 del 20/07/2022, è proseguita l'attività di verbalizzazione delle sedute di CVS relative a sinistri di seconda fascia secondo il modello indicato dal NRV e, parimenti, tutte le istanze di parere sono state corredate dalla dichiarazione di conformità dell'istruttoria del sinistro alle indicazioni regionali di cui alla Circolare n. 12/2019. Ancora, rispetto alle indicazioni regionali per l'uniforme gestione dei sinistri di cui al documento Prot. 17/03/2023.0258272.U, ns. prot. n. 10278/2023 con il quale sono state fornite delucidazioni in ordine alle modalità di trasmissione al NRV per il relativo parere di competenza in caso di proposte conciliative rese nell'ambito dei ricorsi ex art. 696 bis c.p.c., si rileva che nel corso del 2025 per nessuno dei casi trasmessi si è trattato di proposte conciliative di natura meramente economica e che, laddove così formulate, si è provveduto a chiedere i necessari chiarimenti al Collegio peritale prima di sottoporre la proposta medesima al NRV per il parere di competenza.

Nel 2025 si è, inoltre, dato corso all'**attività formativa** mediante la partecipazione al corso organizzato a livello regionale nell'ambito del PAF dell'anno 2025 di cui alla determinazione regionale 25423/2024, trasmessa con nota regionale prot. n. 1312577 del 28/11/2024: "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivante da responsabilità civile - Formazione e aggiornamento del personale degli enti operanti nel settore della gestione del rischio e dei sinistri - Trasmissione determinazione dirigenziale n. 25423/2024 e avvio percorso formativo 2025".

Nell'ambito della suddetta formazione, dopo la raccolta dei fabbisogni formativi a livello aziendale (il Board Tecnico-Scientifico che cura la formazione vede la partecipazione del Responsabile dell'attuazione del Programma regionale), sono stati espletati n. 6 incontri formativi (21/02/2025, 14/03/2025, 23/05/2025, 6/06/2025, 12/09/2025, 17/10/2025).

Tra le altre iniziative formative a livello aziendale figurano:

- Gestione in sicurezza della terapia farmacologica (I Edizione 20/05/2025 dalle ore 14.00 alle ore 16.00 - II Edizione 07/10/2025 dalle ore 14.00 alle ore 16.00 (in modalità webinar su piattaforma Teams). Durata totale 4 ore per edizione;
- La sicurezza del percorso chirurgico (I edizione 16/05/2025 dalle ore 14.00 alle ore 17.00 Pad 3 Aula 1&2 - II edizione 20/10/2025 dalle ore 14.00 alle ore 17.00 Pad 2 Aula A - III edizione 01/12/2025 dalle ore 14.00 alle ore 17.00. Durata 4 ore per edizione;
- Bioetica 2025 Competenze etiche nella pratica clinica 1° livello (I EDIZIONE 5 maggio 2025 dalle ore 14.00 alle ore 16.00; 14 maggio 2025 dalle ore 14.00 alle ore 16.00; 21 maggio 2025 dalle ore 14.00 alle ore 16.00, 28 maggio 2025 dalle ore 14.00 alle ore 16.00, 12 giugno 2025 dalle ore 14.00 alle ore 16.00, 17 giugno 2025 dalle ore 14.00 alle ore 16.00, 19 giugno 2025 dalle ore 14.00 alle ore 16.00, 25 giugno 2025 dalle ore 14.00 alle ore 16.00 - II edizione settembre: 11/15/24/30 ottobre 8/15/21/29;
- La Tutorship nei Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie. 02 Aprile 2025 al pomeriggio dalle 16.30 alle 18.30 (2 edizione), 15 Ottobre 2025 al pomeriggio dalle 16.30 alle 18.30 (3 edizione);
- Corso sulla "gestione dello stravasamento farmaci chemioterapici, mezzi di contrasto e radiofarmaci" 14 maggio 2025 alle ore 14.30. Durata di 2 ore;
- Violenza sugli operatori sanitari: 17 giugno 2025. Durata 3 ore;
- "Aspetti pratici della costituzione di parte civile" - 3 incontri della durata complessiva di 6 ore;
- Corsi di formazione in tema di trapianti: due lezioni: 5/12/2025 e 15/12/2025.

Terminata la fase di sperimentazione del **Protocollo interaziendale per la gestione dei sinistri** (approvato con deliberazione n. 78 del 06/03/2024) che al paragrafo 19 prevede che *"In esito al periodo sperimentale le Aziende adotteranno una procedura interaziendale e di gestione dei sinistri, formulata tenendo conto dei principi espressi nel presente protocollo e dell'andamento della gestione nel periodo sperimentale"*, è stato avviato un confronto con le direzioni aziendali circa la definizione di una procedura condivisa di gestione dei sinistri che coinvolgono più aziende, e delle modalità da adottare in attesa della stesura di una procedura interaziendale di gestione dei sinistri interaziendali. Più in generale, si è mantenuto il confronto tra i Servizi legali ed assicurativi e le Medicine Legali dell'Area metropolitana (IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli, Azienda USL di Imola), al fine di disciplinare in modo omogeneo, organico e condiviso le

modalità di gestione dei sinistri di responsabilità professionale fra le diverse Aziende dell'Area Metropolitana coinvolte.

Ancora, nel corso del 2025 si è proceduto con l'applicazione dell'Istruzione operativa interservizi **IOI95 "Pretese risarcitorie per prestazioni rese in ALP"** (applicata dal 15/01/2024), che ha coinvolto il Servizio Legale e Assicurativo e l'Ufficio ALP e che prevede indicazioni operative utili per la definizione delle controversie vertenti sul recupero crediti derivante da prestazioni rese in libera professione a fronte di richieste risarcitorie per danni derivanti dalla prestazione stessa. Nel 2025 sono stati aperti 3 nuovi sinistri occorsi in relazione a prestazioni rese in ALP. Inoltre, sempre nel 2025 sono stati chiusi e liquidati altri 4 sinistri ALP, aperti in anni precedenti, rispetto ai quali la tariffa era già stata saldata e non rimborsata.

Con riguardo al conferimento di **incarichi difensivi** in procedimenti civili in materia di responsabilità sanitaria, l'Avvocatura interna ha assunto n. 27 incarichi, mentre sono stati conferiti a legali esterni della rosa n.12 incarichi riferiti a pretese di valore superiore alla soglia aziendale secondo le modalità di cui alla Procedura aziendale PA137 Conferimento di incarichi professionali a legali approvata con Deliberazione del 22/02/2024 che disciplina in modo organico le modalità, i criteri e le attività per l'affidamento di incarichi difensivi e consulenze legali. Nel corso dell'anno si è proceduto ad una progressiva assunzione di tutti i nuovi incarichi anche riferiti a sinistri sopra soglia, nell'ottica di una completa internalizzazione delle difese dell'Azienda.

Con riguardo alla tutela legale dei professionisti di cui alla procedura interaziendale **"Tutela legale"** - P-INT 54, emessa in data 28/10/2021, si è preso atto della sottoscrizione dei CCNNLL di tutte tre le Aree contrattuali da ultimo il CCNL del Comparto Sanità per il triennio 2022-2024 sottoscritto in data 27/02/2026), avviando una analisi per la revisione della procedura stessa.

Nel corso del 2025 si è provveduto al rinnovo dell'elenco di avvocati per l'affidamento di incarichi di difesa e di rappresentanza del personale dell'Azienda nonché per le necessità dell'Azienda stessa, mediante pubblicazione dell'avviso di cui alla deliberazione n.307 del 28/10/2025, e successiva presa d'atto dell'elenco legali di cui alla deliberazione 400 del 23/12/2025.

E' proseguita e prosegue la condivisione con i Servizi coinvolti e il personale del posto di Polizia ubicato presso l'Azienda rispetto ad azioni di miglioramento in vista della revisione dell'Istruzione Operativa Aziendale **IOA 65 Gestione degli effetti personali del paziente** - approvata in data 28/02/2023, quale azione di miglioramento in un'ottica di prevenzione dei sinistri aventi ad oggetto danni a cose/smarrimenti/furti, anche in relazione all'eventuale approvazione di un regolamento per la disciplina della gestione dei suddetti beni.

Nel 2025 è continuata, altresì, l'attività di valutazione con riguardo all'iter autorizzativo degli studi clinici e le indagini su *medical device*, rispetto al quale è stata elaborata la disciplina assicurativa da applicarsi alle sperimentazioni, in particolare con riguardo alla copertura assicurativa relativa al risarcimento dei danni cagionati ai soggetti reclutati nell'ambito dell'attività di sperimentazione. Tali applicazioni sono state recepite con la procedura **PA104** "iter autorizzativo e gestione degli studi clinici e indagini cliniche con *medical device*" applicato dall'8/04/2024.

Pure è proseguita, nel 2025, da parte dell'UO di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, l'attività da anni intrapresa rispetto alla valutazione della copertura, nell'ambito del Programma regionale, dei progetti di ricerca no profit di cui l'IRCCS AOU BO è promotore.

Con deliberazione n. 407 del 23/12/2025 è stato adottato il Regolamento per l'esercizio del **diritto di accesso** documentale, civico semplice e civico generalizzato quale frutto della collaborazione attiva con i diversi Servizi aziendale coinvolti per competenza.

Con riferimento ai sinistri in copertura assicurativa (aperti entro il 31/12/2012), considerata la cessione del portafoglio da parte della Compagnia QBE INSURANCE (EUROPE) LTD a **Reliance National Insurance Company (Europe) Ltd**, relativamente alla polizza RCT/O QBE n. 011974012007/1, sono proseguiti gli adempimenti previsti dallo Scheme of arrangement, approvato in data 19/03/2025 anche con il voto favorevole dell'Azienda che aveva presentato tutti i sinistri pendenti con relativa valorizzazione approvata dal Vote assessor, e avente efficacia dal 21/03/2025. In data 22/09/2025, termine ultimo stabilito dalla Compagnia per presentare un aggiornamento della valorizzazione già espressa, l'Azienda ha inviato (PG 40342/2025) le schede dei sinistri aperti con relativa rivalutazione. All'incontro del 12/11/2025 la Compagnia anticipava il proprio orientamento in senso peggiorativo, da formalizzare nell'ambito del Primo avviso di determinazione.

	Obiettivo	Target atteso	Risultato 2025
<b>Programma regionale gestione diretta dei sinistri</b>	Piena attuazione del Programma regionale di gestione diretta dei sinistri	100%	<b>100%</b>
	Rispetto dei tempi di processo: 100% di istanze di parere al NRV con contestuale caricamento (ossia entro massimo 2 giorni lavorativi) di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria, amministrativa, ivi inclusa quella richiesta dalla Circolare 12/2019)	100%	<b>100%</b>
	Rispetto dei tempi di processo: adozione modello di CVS aziendale trasmesso con nota prot.20/07/2022.0647322.U e adozione del modello di CSV conforme redazione dello stesso	100%	<b>100%</b>
	Alimentazione database sistema gestione dei sinistri	100%	<b>100%</b>

Il coordinamento delle varie attività medico-legali, legali e assicurative finalizzate alla compiuta istruttoria di ciascun sinistro nel 2025 ha consentito il raggiungimento degli obiettivi aziendali prefissati per il processo di gestione dei sinistri, anche in ordine alla tempestività ed alla completezza dell'alimentazione del relativo flusso informativo regionale ed alle relative attività di gestione integrata del rischio.

## MANUTENZIONE

Nelle strategie della manutenzione del patrimonio aziendale è compresa sia la manutenzione preventiva, sia la manutenzione correttiva (per interventi su guasti, introducendo le necessarie misure per evitare interruzioni di servizio e/o guasti).

Allo scopo di mantenere in efficienza il parco tecnologico di attrezzature biomedicali in uso presso l'Azienda sono definite delle politiche di gestione che si adattano alle differenti tipologie e criticità d'uso. Le attrezzature più complesse o il cui utilizzo è strategico per determinati percorsi assistenziali sono incluse in contratti di tipo full risk in cui sono comprese tutte le attività di manutenzione preventiva e di manutenzione correttiva, incluse le parti di ricambio. Le attività manutentive sulle altre attrezzature vengono gestite a chiamata. Oltre alle attività di manutenzione correttiva sono stati sviluppati piani di manutenzione preventiva programmata e piani di verifica di sicurezza elettrica e funzionale.

Per una maggiore comprensione delle spese di manutenzione, si fornisce una tabella di dettaglio:

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
<b>B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</b>	<b>37.981.047</b>	<b>36.179.106</b>	<b>36.824.618</b>
B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	23.806.729	23.304.472	23.916.307
B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	0	0	0
B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	10.370.934	9.077.634	9.358.295
B.3.D) Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	0	0	200
B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi	48.629	30.000	23.522
B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni	3.754.756	3.767.000	3.526.294
B.3.G) Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0	0	0

L'aggregato risulta in incremento sia rispetto al consuntivo 2024 (+1,156 milioni di euro, +3,04%), che rispetto al preventivo 2025 (+1,802 milioni euro, +4,74%).

I principali scostamenti rispetto al consuntivo 2024 sono legati a:

- Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche: in incremento di +1 milioni di euro (+10,68%) rispetto al consuntivo 2024 e di +698 mila euro (+7,20%) rispetto al preventivo 2025 per l'uscita dalla garanzia di parte del patrimonio tecnologico, per una maggiore obsolescenza del parco tecnologico e un incremento delle chiamate di assistenza tecnica.

Nell'aggregato B.3.F) Altre manutenzioni si rileva infine il decremento dei costi per le manutenzioni ai software correlato sostanzialmente allo spostamento della spesa dei servizi per giornate di attività specialistica nella voce Servizi informatici.

A seguire si riporta il monitoraggio degli indicatori relativi alla sostenibilità economico finanziaria:

Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Azienda le 2024	Valore Regionale 2024	Valore aziendale 2025	Valore Regionale 2025	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-8,01		-9,33		-14,08		MANTENIMENTO		
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (AUSL BO)	198,83	192,00	215,83	206,92	214,78	208,5			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	97,04	95,77	95,74	95,59	95,77	95,7	MANTENIMENTO	≥90%	
Beni sanitari sul valore della	33,53	18,63	33,86	19,32	34,58	20,05	MONITORAGGIO		
Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	6,86	29,66	6,46	29,79	6	20,05	MONITORAGGIO		
Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	15,50	11,67	14,28	11,86	14,59	12,06	MONITORAGGIO		
Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	43,78	38,36	40,65	37,06	38,06	41,87	MONITORAGGIO		

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2025

### 3.4.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEGLI INVESTIMENTI E PNRR PIANO TRIENNALE INVESTIMENTI

#### LAVORI

Il piano investimenti finalizzato allo sviluppo edilizio, impiantistico e tecnologico del Policlinico prevede la ristrutturazione o la demolizione con ricostruzione di diversi padiglioni con lo scopo di creare dei poli specialistici in cui svolgere funzioni assistenziali, di ricerca e didattica diffusa con l'ausilio di tecnologie sanitarie innovative e ad alta valenza.

Taluni Padiglioni del Policlinico, nonostante gli interventi di ampliamento e ristrutturazione attuati negli anni, presentano ancora rilevanti criticità di carattere strutturale, con notevole obsolescenza e insufficiente flessibilità strutturale e organizzativa, che non consentono l'adattabilità richiesta dall'incalzante modificarsi delle tecnologie e delle esigenze

in ambito sanitario, inadeguatezze strutturali e impiantistiche rispetto agli standard richiesti dal continuo adattamento dei riferimenti normativi e regolamentari, con criticità nell'accesso e nei percorsi, alla fruibilità del complesso ospedaliero, alle contiguità spaziali tra le varie funzioni, alle possibilità di parcheggio e all'alloggio dei parenti.

Le opere in programma e in realizzazione, per quanto possibile, sono improntate ai principi di ecosostenibilità e di flessibilità strutturale per l'adeguamento ai nuovi modelli organizzativi e devono, inoltre, garantire innovazione tecnologica attraverso la concentrazione delle tecnologie ad alto costo e l'utilizzo intensivo.

Il superamento delle carenze e delle inadeguatezze strutturali e impiantistiche dell'attuale Policlinico richiede un impegno sfidante sul piano organizzativo e operativo, prima ancora che economico e procedurale: in particolare, gli ulteriori investimenti programmati per lo sviluppo edilizio, impiantistico e tecnologico necessari per il completamento dei requisiti per l'accreditamento relativamente ai padiglioni esistenti e non ancora completamente ristrutturati, comportano un piano di investimenti a medio-lungo termine.

Con riferimento al patrimonio edilizio-tecnologico si elencano di seguito i lavori avviati o in corso di esecuzione nell'anno 2025:

**Riqualficazione del Polo Materno Infantile (padiglioni 4, 4N, 13 e 16) – I fase:** l'intervento, in fase di cantiere, riguarda principalmente l'ampliamento e ristrutturazione del padiglione 4 (con destinazione funzionale di Ostetricia e Ginecologia) e la ristrutturazione edilizia del padiglione 13 (Pediatria).

Le risorse disponibili per la realizzazione dell'intervento sono pari a 41,8 mln di €, a cui si aggiungono le risorse per l'adeguamenti degli spazi di Pronto Soccorso nell'ambito del Piano di potenziamento della rete ospedaliera a seguito dell'emergenza pandemica Covid (DL 34/2020), illustrate nei paragrafi successivi.

Nel corso del 2025 è stata completata l'attivazione del corpo 4N, in ampliamento del Padiglione 4. Tale nuovo edificio, energeticamente performante, in classe A di efficienza e classificato n-ZEB (edificio ad energia quasi zero) per una superficie pari a 8.800 mq all'interno del quale sono stati trasferiti il Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico, il blocco parto e blocco operatorio, la nuova sede della PMA e le degenze ordinarie, intensive e semintensive della Neonatologia. Nel 2025 sono stati completati i lavori di adeguamento funzionale, strutturale, architettonico e impiantistico del corpo 4C ala Ovest e nell'estate 2025 si è completata l'allestimento e l'attivazione dell'intera ala C, che ospita ambulatori, degenze e funzioni di supporto.

Al 31/12/2025 l'ammontare complessivo dei lavori realizzati è pari € 26.915.570,52 oltre IVA, pari circa al 85% dell'importo di contratto contrattuale di € 31.828.629,79.

L'andamento dei lavori ha risentito prima delle difficoltà di reperimento di alcuni materiali da costruzione, in aggiunta alla anomala e continua maggiorazione dei costi, e poi delle difficoltà nel reperimento di maestranze per l'esecuzione dei lavori, (in particolare per gli impianti): tale situazione ha comportato un allungamento dei tempi rispetto al cronoprogramma iniziale.

L'aumento dei prezzi dei materiali da costruzione ha comportato la compensazione a favore dell'impresa di un importo riconoscibile ex articolo 26 del DL 50/2022 pari a 0,33 milioni di € per i lavori eseguiti nel 2025.

**Adeguamenti degli spazi di Pronto Soccorso nell'ambito del Piano di potenziamento della rete ospedaliera a seguito dell'emergenza pandemica Covid:** sono conclusi i lavori per i Pronto Soccorso esistenti e del nuovo pronto soccorso ostetrico ginecologico al 4N.

Il finanziamento, che ammonta complessivamente a 5,9 milioni di €, vede un avanzamento al 31 dicembre 2025 pari al 95%, rimanendo da acquisire le ultime attrezzature.

**Programma Nazionale Complementare - PNRR (PNC) Demolizione e ricostruzione del Padiglione 26 - Realizzazione palazzina ambulatori;** l'importo di finanziamento dell'opera è pari a circa 9,7 milioni di € nell'ambito del PNC, cui si aggiungono ulteriori 1,7 milioni € per i quali è stato ottenuto l'accesso al fondo ex articolo 26 del DL 50/2022 per la compensazione dell'aumento dei prezzi dei materiali da costruzione, per un totale di 11,4 € di disponibilità economica. Come da assegnazione disposta dalla Delibera Regione Emilia-Romagna n. 687 del 05/05/2025 il finanziamento per gli importi sopra richiamati è transitato su risorse PNRR. Per la realizzazione dell'opera si è aderito all'accordo quadro per servizi tecnici di ingegneria e architettura affidato da IntercentER ed all'accordo quadro affidato da Invitalia per la realizzazione dei lavori. Completate le demolizioni nel 2024, nel corso del 2025 i lavori di realizzazione del nuovo fabbricato sono proseguiti nei tempi previsti, con collaudo statico in atti al pg 53844 del 18/12/2025 e approvazione dello stesso con determinazione n. 1382 del 23/12/2025, nel pieno rispetto dei termini (target PNRR 1° tri 2026). A tutto il 2025 l'avanzamento sul QE è pari a circa il 60%.

**Padiglione 3 - Polo della Ricerca Scientifica ex art.20 L.67/88;** L'intervento è stato inizialmente finanziato nell'ambito del Programma Nazionale Complementare al PNRR (PNC) per un importo di pari a 4,5 milioni di € cui si aggiungono ulteriori 0,7 milioni € per i quali è stato ottenuto l'accesso al fondo opere indifferibili (FOI) ex articolo 26 del DL 50/2022 per la compensazione dell'aumento dei prezzi dei materiali da costruzione, per un totale di 5,2 € da quadro economico. La Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 33 del 20/01/2025 avente ad oggetto "*Approvazione del programma di interventi Verso un ospedale sicuro e sostenibile finanziati dall'art. 20 della L. 67/88, di cui alla delibera della giunta regionale n. 1270/2024. Rimodulazione*", ha inserito l'intervento tra quelli finanziati dall'art. 20 della L. 67/88. Il Decreto Dirigenziale del Ministero della salute del 25/02/2025 protocollo n. MDS/DGPROGS 55- 25/02/2025, ha ammesso l'intervento al finanziamento di cui all'art. 20 della L. 67/88. Nel corso del 2025 i lavori sono proseguiti e sono state contabilizzate complessivamente il 71% delle risorse sul QE.

Inoltre, sono stati definiti i seguenti interventi:

**Programma delle Opere Pubbliche e dei Beni Culturali danneggiati dagli eventi sismici:** finanziamento di 4,9 milioni di € per lavori di ripristino strutturale presso il padiglione 3. Il progetto esecutivo è stato depositato con PG 46838 del 03/11/2025 e ha ottenuto parere

positivo con prescrizioni della Commissione congiunta per edifici sottoposti a tutela D.Lgs. 42/2004 in atti al pg 856 del 12/01/2026. Le integrazioni alle prescrizioni sono state depositate con pg 4020 del 02/02/2026.

**Riqualificazione del Polo Materno Infantile - II fase** (importo 28,0 mln di €), per il quale è stato approvato con Delibera n.95 del 21/03/2024 il Documento DOCUMENTO DI FATTIBILITÀ DELLE ALTERNATIVE PROGETTUALI (DOCFAP) ed il DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE (DIP), ai sensi dell'Allegato I.7 del D.Lgs 36/2023 - Sezione I finalizzato alla concessione del finanziamento statale ex art.20 L.67/88 ed inserito tra gli interventi di cui alla Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 158 del 12 marzo 2024. In data 7 ottobre 2025 è stato sottoscritto l'Accordo di programma tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna, confermando l'intervento in oggetto tra quelli finanziati.

**Riqualificazione funzionale-architettonica, strutturale e impiantistico-prestazionale delle ali A e B del padiglione 5 - 2° stralcio** - per il quale è stato approvato con Delibera n.97 del 21/03/2024 il Documento DOCUMENTO DI FATTIBILITÀ DELLE ALTERNATIVE PROGETTUALI (DOCFAP) ed il DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE (DIP), ai sensi dell'Allegato I.7 del D.Lgs 36/2023 - Sezione I finalizzato alla concessione del finanziamento statale ex art.20 L.67/88 ed inserito tra gli interventi di cui alla Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 158 del 12 marzo 2024. In data 7 ottobre 2025 è stato sottoscritto l'Accordo di programma tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna, confermando l'intervento in oggetto tra quelli finanziati.

**Interventi di adeguamento alla normativa di prevenzione e sicurezza antincendio - I° fase** - per il quale è stato approvato con Delibera n.96 del 21/03/2024 il Documento DOCUMENTO DI FATTIBILITÀ DELLE ALTERNATIVE PROGETTUALI (DOCFAP) ed il DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE (DIP), ai sensi dell'Allegato I.7 del D.Lgs 36/2023 - Sezione I finalizzato alla concessione del finanziamento statale ex art.20 L.67/88 ed inserito tra gli interventi di cui alla Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 158 del 12 marzo 2024. In data 7 ottobre 2025 è stato sottoscritto l'Accordo di programma tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna, confermando l'intervento in oggetto tra quelli finanziati.

**Sistemi innovativi raccolta rifiuti isole ecologiche** (importo complessivo pari a 2,1 mln di €), per il quale è stato approvato con Delibera n.326 del 9 ottobre 2024 il Documento DOCUMENTO DI FATTIBILITÀ DELLE ALTERNATIVE PROGETTUALI (DOCFAP) e del DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE (DIP), ai sensi dell'Allegato I.7 del D.Lgs 36/2023 - Sezione I, finalizzato alla concessione del finanziamento statale di cui al Fondo art.1 comma 14 della L.160 del 27 dicembre 2020 - Programma PG5; con Determinazione regionale n. 10358 del 30/05/2025 è stata disposta la concessione del contributo in favore dell'Azienda, così come confermato dalla comunicazione regionale trasmessa in data 04/06/2025.

L'affidamento dei servizi di ingegneria e architettura avverrà mediante Accordo Quadro per servizi di progettazione aggiudicato dalla Centrale regionale di committenza Intercent-ER.

**Banca dei gameti (ex “Ampliamento banca del sangue cordonale”** - importo pari a 0,7 mln di €): per il quale approvato con Determina n.177 del 19/02/2024 il Documento DOCUMENTO DI FATTIBILITÀ DELLE ALTERNATIVE PROGETTUALI (DOCFAP) e del DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE (DIP), ai sensi dell'Allegato I.7 del D.Lgs 36/2023 - Sezione I, finalizzato alla concessione del finanziamento statale di cui al Fondo art.1 comma 14 della L.160 del 27 dicembre 2020 – Programma PG4. Con nota pg 48829 del 6 dicembre 2024 è stato comunicato dalla Regione Emilia-Romagna il parere positivo del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici del Ministero della Salute n. 42 del 13/11/2024. Nel corso del 2025 è stato redatto e approvato con Determinazione n.487 del 8 maggio 2025 il progetto esecutivo dell'intervento ed avviati i lavori in data 13/5/2025, lavori che si sono conclusi il 28/2/2026.

Anche l'anno 2025 ha visto gli investimenti in ambito informatico finanziati in larga misura dai fondi PNRR per la digitalizzazione degli ospedali. È quindi proseguito il piano di rinnovo dei sistemi informatici così come definito dal CIS (Contratto Istituzionale di Servizio) stipulato con Regione e Ministero della Salute e alla base del finanziamento PNRR.

Le attività derivanti da progettualità PNRR hanno assorbito quasi totalmente le risorse del servizio ICT per tutto il 2025 sia per la rilevanza dei progetti che per il rispetto dei tempi dettati dal finanziamento stesso.

Gli ambiti interessati a queste progettualità non si limitano esclusivamente al rinnovo e al potenziamento dei software clinici ma una grande attenzione viene posta anche al tema, sempre più prioritario, della Cybersecurity e di tutte le misure tese ad aumentare la continuità operativa del sistema informativo ospedaliero nel suo complesso al fine di garantire il supporto all'attività clinica anche in caso di incidenti di varia natura che possano avere impatti sui sistemi stessi.

Fuori dagli ambiti PNRR gli investimenti del Servizio ICT sono stati orientati prevalentemente sull'acquisto di attrezzatura hardware per l'allestimento del nuovo padiglione 4N e nell'acquisto del nuovo software per le richieste informatizzate per manutenzioni edili ed impiantistiche rivolte al Servizio Tecnico.

Tali ambiti di azione avranno impatto non solamente sulla componente di investimento PNRR ma anche sulla spesa corrente dei prossimi anni.

Gli **investimenti in attrezzature, sanitarie e non** sono propedeutici all'ammodernamento sistematico del parco attrezzature/arredi attraverso sostituzioni per obsolescenza e completamento delle dotazioni di attrezzature esistenti, nonché le sostituzioni volte a garantire la sicurezza degli operatori e dei pazienti (D.Lgs. 81/08).

Di seguito i principali acquisti effettuati:

TECNOLOGIA	QUANTITA'	COSTO (IVA inclusa)	MOTIVAZIONE	RIFERIMENTO INV. IN FUORI USO
POMPA DI ASPIRAZIONE PER ATTIVITA' LAPAROSCOPICA	1	17.224,33 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	90275
CARRELLO SERVITORE ENDOSCOPI	2	9.917,14 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	67122 77464
VIDEOLARINGOSCOPIO	2	29.222,68 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	111545 89451
SISTEMA CON LAMPADA FRONTALE	1	9.808,13 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	110635
ECOTOMOGRFO INTERNISTICO	1	29.400,00 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	78658
SONDA ECOGRAFICA CONVEX	1	3.360,00 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	78658/2
RIPRODUTTORE VIDEO O DIGITALE DI BIOIMMAGINI	1	630,00 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	82526
SONDA ECOGRAFICA LINEARE	1	4.200,00 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	78658/3
POLTRONA PER ATTIVITA' AMBULATORIALI ORL/MAXILLO FACCIALE	1	9.003,60 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	73379
DINAMOMETRO IDRAULICO ANALOGICO	3	1.741,79 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	No inventario IRCCS AOU BO. Bene universitario preso in carico da IRCCS AOU BO
PURIFICATORI AD OSMOSI INVERSA	3	6.075,60 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	79479 79480 80236
LETTO BARIATRICO PER DEGENZA ELETTRIFICATO	1	17.419,48 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	69948
TELECOMANDATO	1	248.880,00 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	91587
LAVASTRUMENTI ED AUTOCLAVE	2	168.628,64 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	Lava strumenti: 143419 Autoclave: 143405
POLTRONE PRELIEVI	3	5.476,09 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	92343

				92342 137979
CASCETTI	5	35.093,93 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	78220 101053 121903 89127/1 123828
MICROMOTORE	1	3.322,27 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	No inventario IRCCS AOU BO. Bene universitario preso in carico da IRCCS AOU BO
DERMATOSCOPIO	1	1.967,86 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	57938
PEDANA BAROPODOMETRICA	1	4.953,20 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	No inventario IRCCS AOU BO. Bene universitario preso in carico da IRCCS AOU BO
ESOSCOPIO	2	29.942,46 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	113220 81792
PORTATILE PER RADIOSCOPIA	1	36.600,00 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	140747
MICROSCOPIO EMATOLOGIA	1	12.139,00 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	84856
ECOGRAFO INTERNISTICO	1	62.475 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	62598
ACC. ECOGRAFI CARDIOLOGIA	4	60.083,04 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	64993/3 57941/1 57941/A2 136571
ECOGRAFO GINECOLOGIA	1	78.750 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	108553
POLTRONE PRELIEVI	2	3.650,73 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	76258 - 142090
VENTILATORI PS e MU	7	73.330,95 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	114907 - 114903 - 114902 - 114904 - 114905 - 114906 - 114908

SCALDALIQUIDI	8	77.451,97 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	65527 65529 65537 104504 104501 65538 65536 65540
CASCETTI	5	25.285,79 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	78220 101053 121903 134800 123828
ATTREZZATURE PER COLONNE VIDEOLAPAROSCOPIA	6	169.580,00 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	99277 – 65933 – 85298 – 85297 -65423 – TVC No inventario IRCCS AOU BO. Bene universitario preso in carico da IRCCS AOU BO (SN: KD648159-H)
ECOGRAFI CARDIOLOGICI	2	96.573,75 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	81388 64993
PULSOSSIMETRO	1	1.685,89 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	94422
STUFA A CONVENZIONE FORZATA	1	3.503,84	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	39867
Bagno ad agitazione	1	2.053,26 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	89115
CONGELATORE -80	1	17.449,66 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	57853
CAPPA BIOLOGICA	1	26.827,8	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	57180
CENTRIFUGHE EMATOLOGIA	2	16.716,44 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	42457 61689
BILANCIA PESAPERSONE A COLONNA CON	2	1.171,20 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	101553

ALTIMETRO				59863
LETTINI AMBULATORIALI BARIATRICI	2	4.390,54 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	79816 20465
LETTINI AMBULATORIALI ELETTRIFICATI	7	8.411,90 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	81818-71693-81814- 74709-74710-74711- 71694
DEFIBRILLATORI	6	73.932,00 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	56812 78216 83979 42097 51146 63209
PC MEDICALI	7	29.938,80 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	SOSTITUZIONE DI PC NON MEDICALI CON PC MEDICALI IN SALA OP.
NEUROENDOSCOPIO	1	7.340,70 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	79479
SISTEMA VISUALIZZAZIONE VIE AEREE + CARRELLO ENDOSCOPIA	2	35.367,93 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	70890 - 66900
IRRIGATORE + INSUFFLATORE	2	34.656,69 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	91121 - 100401
ANALIZZATORE DI IMPEDENZA CORPOREA	2	38.796,00€	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	81783 - 35094
MONITOR PRESSORIO	2	6.451,20 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	83905- 60786
LAVASTRUMENTI	1	18.870,96 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	62459
BILANCIA DA LABORATORIO	1	518,50 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	86373
CENTRIFUGA	1	11.547,47 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	26443
DERMATOSCOPIO	2	3.867,40 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	115320 - 57938
OPTOMETRO	1	1.261,48 €		No inventario IRCCS AOU BO. Bene universitario preso in carico da IRCCS

			SOSTITUZIONE PER FUORI USO	AOU BO
SISTEMA PER ELETTROFISIOLOGIA OCULARE	1	48.678,00 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	86435
DISPOSITIVO DI SCREENING VISIVO MULTIFUNZIONALE	1	4.514,00 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	No inventario IRCCS AOU BO. Bene universitario preso in carico da IRCCS AOU BO
LETTINI AMBULATORIALI ELETTRIFICATI	10	15.863,54 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	53952 - 81822 - 48458 - 14235 - 47613 - 30097 - 47193 - 81817 n. 2 lettini senza inventario (beni economici)
VIDEOLARINGOSCOPIO	1	5.700,39 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	Completamento fornitura acquisto sistema prima fase (ordine 202516-21-14/02/2025) fuori uso 111545 - 89451

Nel corso del 2025 si sono conclusi gli ordini e le relative installazioni inquadrati nell'ambito dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari ai sensi dell'art. 20 della Legge 67/1988 – V fase 1° e 2° stralcio con DGR n. 1811 del 28 ottobre 2019 e con delibera dell'Assemblea legislativa n. 230 del 20 novembre 2019:

	DESCRIZIONE INTERVENTO	Costo totale
APC30	Sostituzione/ammodernamentotecnologiebiomedicali- Areachirurgica,emergenza,degenzeediagnostica	€4.100.000
APC28	Sostituzione/ammodernamentotecnologiesanitarieperilPoloM aterno-Infantile-AreaOstetrico-GinecologicaeNeonatale	€6.000.000
APC29	Sostituzione/ammodernamentotecnologiesanitarieperilPoloM aterno-Infantile-AreaPediatria	€3.100.000

**ATTIVITÀ PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) MISSIONE SALUTE**

Nell'ambito del Piano Nazionale Complementare al PNRR (Missione 6 Salute - M6.C2 – 1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile) questa Azienda è stata beneficiaria di un importo pari a 14,2 milioni di € per la realizzazione di due interventi di adeguamento/miglioramento sismico, a cui si aggiungono circa 2,4 milioni di € finanziati mediante il fondo MIMS ex articolo 26 del DL 50/2022 per la compensazione degli aumenti dei costi dei materiali da costruzione:

- Padiglione 3 – Polo della Ricerca Scientifica (5,2 milioni di € complessivi): L'intervento si inquadra come miglioramento sismico del fabbricato storico esistente padiglione 3, con contestuale rifunzionalizzazione degli ambienti. In particolare l'intervento ha lo scopo di migliorare sismicamente due unità strutturali; la destinazione d'uso dei locali è uffici e sale riunioni e, in caso di necessità, centro di gestione di emergenze. La Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 33 del 20/01/2025 avente ad oggetto "Approvazione del programma di interventi Verso un ospedale sicuro e sostenibile finanziati dall'art. 20 della L. 67/88, di cui alla delibera della giunta regionale n. 1270/2024. Rimodulazione", ha avviato il percorso che ha portato alla modifica della fonte di finanziamento. Il Decreto Dirigenziale del Ministero della salute del 25/02/2025 protocollo n. MDS/DGPROGS 55- 25/02/2025, ha ammesso l'intervento al finanziamento di cui all'art. 20 della L. 67/88. Nel corso del 2025 i lavori sono proseguiti e sono state contabilizzate complessivamente il 71% delle risorse sul QE.
- Demolizione e ricostruzione del padiglione 26 - Realizzazione di palazzina ambulatori (11,4 milioni di € complessivi). L'intervento riguarda l'adeguamento/miglioramento sismico della rete ospedaliera e prevede la demolizione e ricostruzione del padiglione 26 per realizzare una palazzina di ambulatori a supporto del Polo Cardio-Toraco-Vascolare, dell'Endocrinologia e della Diabetologia. Come da assegnazione disposta dalla Delibera Regione Emilia-Romagna n. 687 del 05/05/2025 il finanziamento dell'intervento è transitato su risorse PNRR. Nel corso del 2025 i lavori sono proseguiti, contabilizzato complessivamente il 60% delle risorse sul QE e completato il collaudo statico, in atti al pg n. 53844 del 18/12/2025 e approvato con determinazione n. 1382 del 23/12/2025, nel pieno rispetto dei termini (target PNRR 1° tri 2026)

**INVESTIMENTO 1.1: AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO - SUB  
INVESTIMENTO 1.1.2 GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE**

**Finanziamenti PNRR di ambito ICT**

<i>Titolo Intervento</i>	<i>CUP</i>	<i>FINANZIAMENTO COMPLESSIVO</i>	
M6.C2 – 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II))	F39J22001040006	€ 11.635.133,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2025

Investimento: PNRR MISSIONE 1 COMPONENTE 1 INVESTIMENTO1.4 "SERVIZI E CITTADINANZA DIGITALE", MISURA 1.4.3 "ADOZIONE APP IO"	F31F24000620006	€ 29.520	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2025
"PNRR - MISSIONE 1 - COMPONENTE 1 - INVESTIMENTO 1.1 "INFRASTRUTTURE DIGITALI" e "INVESTIMENTO 1.2 ABILITAZIONE AL CLOUD PER LE PA LOCALI" ASL/AO (MARZO 2023)"	F31C23000570006	€ 772.565,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2025. Esito positivo verifiche di conformità tecnica19/02/2026
DGR 2370/2024 - POSTAZIONI DI LAVORO - PNRR M6 C1 INVESTIMENTO 1.2 - SUB INVESTIMENTO 1.2.3 SUB INTERVENTO 1.2.3.2 "SERVIZI DI TELEMEDICINA"	E47H23002160006	€ 1.860.900,00	La fine dell'intervento è fissata per il 2026. Finanziamento dedicato all'acquisto di postazioni di lavoro per la Telemedicina
PNRR M6 C2 1.3.1- SUB INVESTIMENTO 1.3.1 RAFFORZAMENTO DELL'INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA E DEGLI STRUMENTI PER LA RACCOLTA, L'ELABORAZIONE, L'ANALISI DEI DATI E LA SIMULAZIONE (FSE) (B) "ADOZIONE E UTILIZZO DEL FSE DA PARTE DELLE REGIONI".	F37H23000610006	€ 946.205,00	La fine dell'intervento è fissata per il 30/062026.

**M6.C2 - Sub investimento 1.1.2 Grandi Apparecchiature Sanitarie** Nell'ambito del Piano Nazionale Complementare al PNRR (M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario - 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero) questa Azienda è beneficiaria di un importo pari a 8.625.175,44 € per la realizzazione dei seguenti interventi:

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>	<i>Stato di attuazione</i>
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione TC 001	F39J22001110006	366.277,00 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione - Tomografi a Risonanza Magnetica 1,5 Tesla	F39J22001120006	1.124.840,00 €	LAVORI IN CORSO COMPLETAMENTO SETTEMBRE 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 001	F39J22001130006	2.295.480,47 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 002	F39J22001140006	2.351.474,16 €	LAVORI IN CORSO COMPLETAMENTO GIUGNO 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 001	F39J22001150006	171.715,00 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 002	F39J22001160006	200.128,80 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 001	F39J22001170006	618.738,00 €	COLLAUDATO, IN USO

Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 002	F39J22001180006	662.414,00 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 001	F39J22001190006	22.323,00 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 002	F39J22001200006	22.323,00 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Radiologico 001	F34E22000490006	789.462,00 €	LAVORI IN CORSO COMPLETAMENTO SETTEMBRE 2025

Nell'ambito del programma "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima" - Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC) - Linea di Investimento: "Rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA a livello nazionale, regionale e locale, migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata" questa azienda è beneficiaria di un importo pari a 4.034.537,68 € per la realizzazione dei seguenti interventi realizzati a partire dal 2023:

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>
Laboratorio di Tossicologia Occupazionale e Ambientale della Medicina del Lavoro di IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	I83C22000640005	1.141.722,36 €
Microbiologia/CREEM di IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	I83C22000640005	2.892.815,32 €

**PNRR M6 C2 1.3.1- SUB INVESTIMENTO 1.3.1 RAFFORZAMENTO DELL'INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA E DEGLI STRUMENTI PER LA RACCOLTA, L'ELABORAZIONE, L'ANALISI DEI DATI E LA SIMULAZIONE (FSE) (B) "ADOZIONE E UTILIZZO DEL FSE DA PARTE DELLE REGIONI".**

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>	<i>Stato di attuazione</i>
---------------	------------	--------------------------------	----------------------------

PNRR M6 C2 1.3.1- SUB INVESTIMENTO 1.3.1 RAFFORZAMENTO DELL'INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA E DEGLI STRUMENTI PER LA RACCOLTA, L'ELABORAZIONE, L'ANALISI DEI DATI E LA SIMULAZIONE (FSE) (B) "ADOZIONE E UTILIZZO DEL FSE DA PARTE DELLE REGIONI".	F37H23000610006	€ 946.205,00	Le attività di adeguamento dei sistemi alla nuove specifiche nazionali del cosiddetto FSE2 sono avvenute come da indicazioni del piano nazionale, in particolare nel 2024 sono stati aggiornati i sistemi principali di refertazione ambulatoriale.
--	-----------------	--------------	---

**"PNRR - MISSIONE 1 - COMPONENTE 1 - INVESTIMENTO 1.1 "INFRASTRUTTURE DIGITALI" e "INVESTIMENTO 1.2 ABILITAZIONE AL CLOUD PER LE PA LOCALI" ASL/AO (MARZO 2023)"**

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>	<i>Stato di attuazione</i>
"INFRASTRUTTURE DIGITALI" e "INVESTIMENTO 1.2 ABILITAZIONE AL CLOUD PER LE PA LOCALI" ASL/AO (MARZO 2023)"	F31C23000570006	€ 772.565,00	Dopo il completamento della necessaria documentazione avvenuto nel 2023, il 2024 ha visto l'inizio delle attività di migrazione che termineranno nel 2025.

**INVESTIMENTO 1.2: VERSO UN NUOVO OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE (FONDI PNC)**

- Padiglione 3 – Polo della Ricerca Scientifica CUP F32C22000020001, in seguito alla Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 33 del 20/01/2025 avente ad oggetto "Approvazione del programma di interventi Verso un ospedale sicuro e sostenibile finanziati dall'art. 20 della L. 67/88, di cui alla delibera della giunta regionale n. 1270/2024. Rimodulazione" ed al Decreto Dirigenziale del Ministero della salute del 25/02/2025 protocollo n. MDS/DGPROGS 55- 25/02/2025 l'intervento è stato inserito tra i finanziamenti ex art. 20 della L. 67/88. Nel corso del 2025 i lavori sono proseguiti e sono state contabilizzate complessivamente il 71% delle risorse sul QE.
- Padiglione 26 Demolizione e ricostruzione - Realizzazione di palazzina ambulatori - CUP F31B22000330001, sono stati emessi ordinativi di fornitura relativi a:
  - Progettazione definitiva ed esecutiva conclusa
  - Verifica della progettazione conclusa
  - Lavori avviati dicembre 2023
  - Lavori in corso nel 2025.

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>	<i>Stato di attuazione</i>
---------------	------------	------------------------------------	----------------------------

Padiglione 26 Demolizione e ricostruzione - Realizzazione di palazzina ambulatori	F31B22000330001	11.425.000,00	<p>L'anno 2025 ha visto un importante avanzamento dei lavori, con il collaudo statico dell'edificio.</p> <p>Sono state approvate le perizie di variante n.2 e n.3 1 al contratto in oggetto, ai sensi dell'art. 106, comma 1, lett. e), D.Lgs. n. 50/2016, senza modifica del quadro finanziario dell'intervento.</p>
---	-----------------	---------------	---

## SCHEDA1

Di seguito l'elenco degli interventi ammessi a finanziamento (Piano Investimenti 2025-2027 – Scheda Infrastrutture – Scheda 1):

id intervento	Macroarea (*)	Titolo Intervento	Quadro finanziario complessivo intervento
2024/41	Tecnologie_informatiche	RSEGNALER 2024 - Acq. Serv . prog. Svil. imp e gest. piattaf. SegnalER	33.049,78
2024/138	Lavori	Riqualificazione e adeguamento normativo DH e Ambulatori Oncologia Pad.2	300.000,00
2025/87	Tecnologie_informatiche	GAAC 2025	-
2025/88	Tecnologie_informatiche	RSEGNALER 2025 - Acq. Serv . prog. Svil. imp e gest. piattaf. SegnalER	16.613,82
2024/108	Lavori	Sostituzione ascensore montalettighe presso padiglione 13 Pediatria	132.000,00
2023/99	Lavori	Riqualificazione del pavimento e del rivestimento delle pareti della cucina aziendale- ulteriori interventi imprevisi	176.000,00

id intervento	Macroarea (*)	Titolo Intervento	Quadro finanziario complessivo intervento
2016/1	Lavori	Riqualificazione padiglione 4 - Ostetricia e Ginecologia - stralcio funzionale	10.715.390,00
2016/1	Lavori	Riordino delle strutture dell'area pediatrica - primo stralcio funzionale	12.000.000,00
2016/1	Lavori	Riordino e riqualificazione delle strutture dell'Area Pediatrica nell'ambito del Polo Materno-Infantile (Padiglioni 4,10,13,16) - Secondo stralcio funzionale.	19.084.000,00
2020/21	Tecnologie_biomediche	Sostituzione/ammodernamento tecnologie sanitarie per il Polo Materno-Infantile - Area Ostetrico - Ginecologica e Neonatale	6.080.000,00
2020/22	Tecnologie_biomediche	Sostituzione/ammodernamento tecnologie sanitarie per il Polo Materno- Infantile - Area Pediatrica	3.100.000,00
2020/24	Tecnologie_biomediche	Sostituzione/ammodernamento tecnologie biomedicali - aree chirurgica emergenza diagnostica e degenza (APC30)	4.100.000,00
2020/120	Lavori	Riqualificazione del Polo delle Medicine e dei poli funzionali presso il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi	64.000.000,00
2019/1	Lavori	Riqualificazione degli ambulatori (padiglione 5 Ala E piano primo) per la creazione del nuovo centro di riferimento regionale per le Malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)	1.400.000,00
2024/8	Lavori	Intervento di manutenzione straordinaria. Banca gameti, via Albertoni 15, adeguamento di alcuni locali per idonea conservazione di gameti	700.000,00
2020/36	Lavori	Realizzazione isole e ecologiche e sistemi per raccolta rifiuti Policlinico Sant'Orsola	2.150.000,00
2020/128	Lavori	Adeguamento PS Ostetrico ginecologico nuovo Polo Materno Infantile	1.600.127,22
2021/41	Lavori	Padiglione 3 - Polo della ricerca scientifica	5.188.000,00
2019/39	Lavori	Scheda 207 "Padiglione 03 - Amministrazione di via Albertoni del Policlinico di Sant'Orsola"	4.936.800,00
2019/42	Lavori	Adeguamenti antincendio (depositi, tanks, impianti ecc...) DM 19 marzo 2015 - primo stralcio	970.000,00
2023/73	Tecnologie_informatiche	GAAC 2023	21.960,46
2023/74	Tecnologie_informatiche	RSEGNALER 2023 - Acq. Serv . prog. Svil. imp e gest. piattaf. SegnalER	16.080,23

## SCHEDA 2

Di seguito l'elenco degli interventi in corso di progettazione con copertura finanziaria (Piano Investimenti 2025-2027 – Scheda Infrastrutture – Scheda 2):

Id Intervento	Azienda	Programma	Titolo Intervento	Totale
2020/48	09 AOsp Bologna	Accordo di Programma 2025 VII Fase - 1° stralcio	Riqualificazione del Polo Materno Infantile – Il fase	€ 28.000.000,00
2023/77	09 AOsp Bologna	Accordo di Programma 2025 VII Fase - 1° stralcio	Interventi di adeguamento alla normativa di prevenzione e sicurezza antincendio – 1° fase	€ 5.000.000,00
2023/76	09 AOsp Bologna	Accordo di Programma 2025 VII Fase - 1° stralcio	2° stralcio-Riqualificazione funzionalearchitettonica, strutturale e impiantistico– prestazionale delle ali A e B del padiglione 5	€ 10.000.000,00

### 3.4.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLA SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE ED ENERGETICA

#### **AZIONI PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE**

In continuità con il triennio precedente, il Piano delle azioni per lo sviluppo sostenibile si colloca, oltre che nel quadro degli indirizzi regionali, nell'orizzonte strategico che vede le Aziende Sanitarie della Città Metropolitana di Bologna impegnate – su mandato della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana – nella Missione Europea “Bologna città neutrale per il clima entro il 2030”.

Approvando il proprio Portafoglio di azioni per la neutralità climatica con deliberazione n. 24 del 17/01/2024, l'IRCCS AOUBO ha contribuito alla stesura di un Piano delle azioni unitario redatto congiuntamente alla Lettera d'impegno sottoscritta dai partner IRCCS AOU di Bologna, AUSL di Bologna, IOR e AUSL di Imola (prot. PG 10276 IRCCS AOUBO del 7 marzo 2024), nell'ambito del Patto di Collaborazione Climate City Contract, promosso dal Comune di Bologna.

Seguendo le indicazioni della piattaforma europea NetZeroCities, le azioni fino al 2030 sono suddivise in “settori/ambiti di applicazione”, quali ad esempio energia/edifici, mobilità/trasporti.

#### **AZIONI NELL'AMBITO ENERGIA**

Per quanto riguarda le politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale le azioni messe in atto dall'Azienda sono state in linea con il programma regionale sia nella gestione ordinaria delle attività, sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie), in coerenza con i Criteri Ambientali Minimi approvati con DM 11/10/2017 e successivamente con Decreto del 23 giugno 2022.

Le **azioni di tipo gestionale** intraprese sono le seguenti:

- adesione alla gara nazionale, effettuata da IntercentER, per la fornitura di energia elettrica;
- 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.

A seguire si riporta il monitoraggio dei dati tecnici relativi alle utenze di energia elettrica, energia termica, energia frigorifera e acqua per l'anno 2024 sulla base dello storico dei consumi e delle condizioni in continuo mutamento nel mercato degli approvvigionamenti.

**Energia Elettrica Media Tensione:** per le esigenze del Policlinico, l'energia elettrica in media tensione viene acquistata in parte dall'aggiudicatario della gara IntercentER (EE-18 per l'anno

202520), in parte dal concessionario della centrale di cogenerazione. Nella tabella sottostante si riporta l'andamento dei consumi complessivi di Energia Elettrica in media tensione negli ultimi anni.

EE Media Tensione	2020	2021	2022	2023	2024	2025
POD	kwh	kwh	kwh	kwh	kwh	kwh
Massarenti	44.818.352	44.957.815	44.532.546	43.286.023	46.013.138	45.178.824
Albertoni	5.787.146	5.601.594	5.469.056	5.470.871	5.643.045	5.375.960
Palagi	3.171.788	3.365.032	3.318.153	3.206.782	3.354.139	3.342.837
tot kwh	53.777.286	53.924.441	53.319.755	51.963.676	55.010.322	53.897.621

Rispetto al 2024 la riduzione dei consumi elettrici è riconducibile al maggior funzionamento degli assorbitori per la produzione di energia frigorifera. Infatti, nel 2024, a causa di manutenzioni straordinarie sui cogeneratori che hanno comportato lo spegnimento temporaneo degli assorbitori, l'energia frigorifera necessaria è stata generata prevalentemente dai refrigeratori elettrici.

Energia Elettrica Bassa Tensione: per le utenze relative al parcheggio in via Zaccherini Alvisi, per i due archivi di Minerbio, per gli uffici in Via Castiglione, per l'edificio CRI di via Ercolani e per gli uffici di Via Gianbologna da giugno 2025, l'energia elettrica in bassa tensione viene acquistata dall'aggiudicatario della gara per l'energia elettrica Consip EE-18.

Nella tabella seguente viene riportato l'andamento dei consumi di energia elettrica in bassa tensione nel corso degli anni.

EE Bassa Tensione	2021	2022	2023	2024	2025
	kwh	kwh	kwh	kwh	kwh
Tot Kwh	116.562	114.404	118.247	110.768	170.355

I consumi in bassa tensione risultano superiori al 2024 in seguito all'attivazione della sede di Via Gianbologna.

Energia frigorifera: tramite gli assorbitori posti nella centrale di trigenerazione viene prodotta l'acqua refrigerata necessaria per soddisfare parte delle esigenze del polo ospedaliero. Si precisa che la quota rimanente di esigenze in termini di acqua refrigerata viene soddisfatta con gruppi frigoriferi i cui consumi sono considerati nella parte di energia elettrica di media tensione.

Nel corso del 2025 la produzione di energia frigorifera tramite assorbitori è stata pari a 10.726.670 kWh, in aumento rispetto al 2024. Tale incremento è riconducibile al ripristino della

piena operatività degli assorbitori, che nel 2024 erano stati temporaneamente fuori servizio durante le manutenzioni straordinarie dei cogeneratori.

**Energia termica:** l'energia termica viene prodotta nella centrale di trigenerazione del S.Orsola e nella centrale termica del Malpighi.

Nella tabella seguente si riportano i consumi di energia termica degli ultimi anni relativi all'intero Policlinico.

E Termica anno	2020	2021	2022	2023	2024	2025
kwt	74.876.776	75.045.070	67.990.549	63.568.734	63.676.962	66.570.000

I consumi registrati nel 2025 risultano sostanzialmente in linea con quelli dell'anno precedente, a parità di condizioni esterne, in particolare per quanto riguarda i gradi giorno.

La riduzione dei consumi rispetto agli anni precedenti il 2023 è conseguente alle attività di risparmio energetico avviate nel corso del 2023 e proseguite nel 2024.

Infatti, l'emergenza energetica che ha caratterizzato il 2022 ha reso particolarmente importante intraprendere ogni utile azione finalizzata al risparmio energetico.

Il riesame degli spazi da climatizzare e degli orari di accensione/spengimento degli impianti a servizio degli spazi ad uso sanitario e non sanitario ovvero ad uso ufficio (per i quali la temperatura interna ambientale è stata ridotta a 19°C come definito dal Piano nazionale di contenimento dei consumi di gas naturale), la revisione della regolazione e non ultima la campagna di informazione e sensibilizzazione rivolta al personale tramite il sito intranet aziendale hanno contribuito a questo risultato.

**Gas metano:** per le utenze della cucina e dell'archivio di Minerbio viene acquistato dall'aggiudicatario della gara per il Gas Naturale Intercenter.

Nella tabella seguente vengono riportati i consumi di gas metano negli ultimi anni.

gas metano	2021	2022	2023	2024	2025
mc	17.613	17.661	30.715	18.975	30.657

La riduzione dei consumi registrata nel 2024 è da attribuire all'attività ridotta della cucina Malpighi per via delle manutenzioni straordinarie attuate nei locali nel corso del 2024, che hanno reso necessario ridurre le attività.

**Acqua:** il consumo di acqua registrato nel 2025 è pari a 575.861 mc in aumento rispetto all'anno precedente per via del maggior consumo dovuto al maggior funzionamento degli assorbitori; inoltre, si è registrata una maggior produzione di vapore per umidificazione (4N a regime) e per le esigenze della cucina e della centrale di sterilizzazione.

## Tabella riassuntiva

Nella tabella sono riportati i valori effettivi delle variazioni basati sui costi sostenuti dall'azienda nel 2025 per le diverse tipologie di utenze.

	CONSUNTIVO 2024	PREVENTIVO 2025	CONSUNTIVO 2025	CONSUNTIVO 2025 VS PREVENTIVO 2025	CONSUNTIVO 2025 VS CONSUNTIVO 2025
Energia elettrica	4.689.177 €	4.500.000 €	3.733.073 €	-766.927 €	-956.104 €
Acqua	2.053.270 €	2.300.000 €	2.383.088 €	83.088 €	329.818 €
Gas	9.119.970 €	13.800.000 €	9.594.149 €	-4.205.851 €	474.179 €
<b>Totale</b>	<b>15.862.417 €</b>	<b>20.600.000 €</b>	<b>15.710.310 €</b>	<b>-4.889.690 €</b>	<b>-152.107 €</b>

Nel consuntivo 2025 si rileva una riduzione dei costi per utenze energia elettrica (-0,956mil€) ed un aumento del consumo di gas (+0,474 mil€).

Il maggior costo sul conto gas è attribuibile all'incremento della produzione di energia elettrica da cogeneratore (alimentato a gas) e ad un maggior consumo di energia termica; parallelamente si è quindi registrata una riduzione di consumi di energia elettrica, conseguenza della maggior produzione del cogeneratore (alimentato a gas) rispetto al 2024.

In termini di tariffe si è registrato un incremento degli indici di fornitura secondo quanto di seguito dettagliato:

- energia elettrica - il Prezzo Unico Nazionale (PUN) medio è passato da 108€/MWh nel 2024 a 116 €/MWh nel 2025
- gas metano - l'indice PSV medio è passato da 0,384 €/mc nel 2024 a 0,408 €/mc nel 2025

La centrale di trigenerazione attiva presso il Policlinico permette di garantire che circa il 50% del fabbisogno termico e circa l'80% del fabbisogno elettrico aziendale sia prodotto con sistemi efficienti di trigenerazione, con un risparmio di circa 5mila tonnellate equivalenti di petrolio rispetto ad un sistema tradizionale. L'energia per i restanti fabbisogni è prelevata dalla rete richiedendo ai fornitori la certificazione di provenienza da fonti rinnovabili.

L'incremento dei costi per la fornitura di acqua è dovuto al maggior consumo, già in precedenza dettagliato, ed all'incremento tariffario stabilito dal gestore istituzionale (si ricorda che le tariffe acqua non sono soggette a libero mercato).

## AZIONI NELL'AMBITO MOBILITA'/TRASPORTI

L'IRCCS AOUBO non può prescindere dall'attenzione al benessere del Pianeta e dal coniugare il progresso scientifico con lo sviluppo di un futuro più sostenibile. L'Azienda promuovere, fra le altre, azioni di mobilità sostenibile e integrata in linea con gli impegni per la mitigazione del clima e vuole contribuire al raggiungimento della neutralità climatica entro il 2030 (in anticipo rispetto al 2050, obiettivo del Green Deal europeo) in quanto Bologna è

ricompresa nelle 100 città pilota “città intelligenti e climaticamente neutre” scelte dalla Commissione Europea.

Le misure realizzate si caratterizzano per pluralità e organicità al fine di promuovere forme di mobilità sostenibili, negli spostamenti casa-lavoro e si basano sulle indicazioni fornite dai dipendenti nelle indagini aziendali sulla mobilità casa-lavoro.

Le misure sono state realizzate imperniandole attorno ad una capillare comunicazione ai dipendenti sugli obiettivi e le finalità che si intendevano perseguire facendo leva sia su motivazioni di carattere “etico e di sensibilità ambientale”, sia su motivazioni legate ai vantaggi individuali che si possono conseguire adottando un comportamento virtuoso in relazione al mezzo di trasporto adottato (minori costi, incentivi, minore stress, ecc.).

E' stato confermato anche per l'anno 2025 il contributo dell'Azienda per l'acquisto di abbonamenti TPER da parte dei propri dipendenti. La richiesta di abbonamenti annuali per l'anno 2025 è stata di n. 1556. C'è stato un andamento pressochè crescente degli ultimi quattordici anni, a dimostrazione dell'efficacia delle azioni di mobility management di questi anni, sviluppate al fine di incentivare il personale dipendente all'utilizzo del mezzo pubblico.

L'Azienda ha garantito la partecipazione per il quinto anno al progetto “Bike to work”. L'iniziativa, rivolta a tutti i dipendenti dell'Azienda, prevede una forma di incentivo sul tragitto casa-lavoro nel periodo dell'iniziativa basato sul rimborso chilometrico di 0,20 €/Km, fino ad un massimo di €150 per l'iniziativa.

Nel 2025 sono stati coinvolti 505 dipendenti nel progetto bike to work, che hanno percorso in bici 121.857,4 km complessivi, pari a 19.095,9 tonnellate di Co2 risparmiata.

Mediante la piattaforma BePooler è stata data attuazione al progetto che individua una soluzione integrata da effettuarsi con le modalità del “carpooling” cioè mediante condivisione da parte di più dipendenti su uno specifico percorso casa-lavoro dello stesso veicolo di proprietà di uno dei partecipanti al percorso medesimo. I dipendenti possono condividere il viaggio in modo semplice e immediato, suddividere le spese di viaggio automaticamente e senza trasferimento di denaro contante e prenotare i parcheggi gratuiti riservati (n.7) nei parcheggi dipendenti di via Zaccherini Alvisi (n.2), del Padiglione 5 (n.3) e del Padiglione 23 (n.2).

Nel 2025 è stata svolta l'indagine aziendale sulla mobilità casa-lavoro cui hanno aderito 632 dipendenti ed è stato elaborato il “Piano degli spostamenti casa-lavoro (PSCL 2025)” ai sensi del Decreto Interministeriale n. 179 del 12/5/2021, trasmesso al Comune di Bologna con PG 53221 del 15/12/2025. Le misure proposte nel PSCL sono volte ad incentivare i dipendenti a modificare le proprie abitudini di spostamento riducendo l'uso dell'autovettura privata a favore di forme di mobilità più sostenibili. Per ogni misura adottata, rilevata nell'indagine di cui sopra, è stata effettuata una stima approssimativa dei benefici ambientali che si possono conseguire nell'arco di un anno con particolare attenzione al risparmio di emissioni di gas climalteranti (anidride carbonica, CO2) e di gas inquinanti in atmosfera (ossidi di azoto, NOx e materiale particolato con dimensioni inferiori ai 10 micron, PM10), riportata nella tabella che segue:

	$\Delta k_{\text{mauto}}$	Fein <sub>qgr</sub> /km (riferito a veicolo diesel media ci- lindr. Euro 4)	Op media ( $\mu$ ) giornate	1000 (con- versione da grammi a Kg)	Kg/anno CO2
$\Delta \text{emi}_{\text{inq}} = (\Delta k_{\text{mauto}} * \text{Fein}_{\text{q}} * \text{Op}) / 1000$ I fattori di emissione medi del trasporto stradale in Italia, da associare al mancato utilizzo dell'auto privata, sono reperibili nella banca data ISPRA disponibile al seguente link: <a href="http://www.sinanet.isprambiente.it/it/sia-&lt;br/&gt;ispra/fetransp">http://www.sinanet.isprambiente.it/it/sia- ispra/fetransp</a>	<i><math>\Delta k_{\text{mauto-biciletta}}</math></i>	<i>gr/km CO2</i>	<i><math>\mu</math> giornate in bici</i>	1000	
	3788	226	46,59		39879,88
	<i><math>\Delta k_{\text{mauto-TPL}}</math></i>	<i>gr/km CO2</i>	<i><math>\mu</math> giornate in bici</i>	1000	
	25933	226	200		1172187
	<i><math>\Delta k_{\text{mauto-carpooling}}</math></i>	<i>gr/km CO2</i>	<i><math>\mu</math> giornate in bici</i>	1000	
	19525	226	200		882530
	<i><math>\Delta k_{\text{mauto-smartworking}}</math></i>	<i>gr/km CO2</i>	<i><math>\mu</math> giornate in bici</i>	1000	
	0	226			
					2094597
	<i><math>\Delta k_{\text{mauto-biciletta}}</math></i>	<i>gr/km NOx</i>	<i><math>\mu</math> giornate in bici</i>	1000	
	3788	0,212631	46,59		37,52079
	<i><math>\Delta k_{\text{mauto-TPL}}</math></i>	<i>gr/km NOx</i>	<i><math>\mu</math> giornate in bici</i>	1000	
	25933	0,212631	200		1102,846
	<i><math>\Delta k_{\text{mauto-carpooling}}</math></i>	<i>gr/km NOx</i>	<i><math>\mu</math> giornate in bici</i>	1000	
	19525	0,212631	200		830,3241
	<i><math>\Delta k_{\text{mauto-smartworking}}</math></i>	<i>gr/km NOx</i>	<i><math>\mu</math> giornate in bici</i>	1000	
0	0,212631				
				1970,691	
<i><math>\Delta k_{\text{mauto-biciletta}}</math></i>	<i>gr/km PM10</i>	<i><math>\mu</math> giornate in bici</i>	1000		
3788	0,081167	46,59		14,3227	
<i><math>\Delta k_{\text{mauto-TPL}}</math></i>	<i>gr/km PM10</i>	<i><math>\mu</math> giornate in bici</i>	1000		
25933	0,081167	200		420,9862	
<i><math>\Delta k_{\text{mauto-carpooling}}</math></i>	<i>gr/km PM10</i>	<i><math>\mu</math> giornate in bici</i>	1000		
19525	0,081167	200		316,9571	
<i><math>\Delta k_{\text{mauto-smartworking}}</math></i>	<i>gr/km PM10</i>	<i><math>\mu</math> giornate in bici</i>	1000		
0	0,081167				
				752,266	

## GOVERNANCE E AZIONI DI SUPPORTO

In linea con il percorso avviato nell'ambito di Bologna Missione Clima, coordinato dal Comune di Bologna, e con l'impegno congiunto delle quattro Aziende Sanitarie metropolitane (AOU di Bologna, AUSL di Bologna, IOR e AUSL di Imola) nella definizione del Piano delle azioni unitario per la successiva sottoscrizione del *Climate City Contract*, l'IRCCS AOU di Bologna ha proseguito nel 2025 il proprio contributo al raggiungimento dell'obiettivo di neutralità climatica entro il 2030. Tale impegno si è concretizzato attraverso l'attuazione delle azioni previste dal Piano Strategico di Sostenibilità Ambientale, approvato con deliberazione n. 155 del 21 maggio 2025, che rappresenta lo strumento di indirizzo per programmare, monitorare e comunicare in modo sistemico il percorso aziendale verso la sostenibilità, rafforzando efficacia e trasparenza della rendicontazione ambientale.

Le cinque macroaree su cui l'IRCCS AOUBO orienta le proprie azioni interne sono le seguenti:

- e) Energia e consumi - mantenimento e miglioramento efficientamento, sguardo verso il futuro
- e) Mobilità sostenibile e telemedicina - nuova urbanistica e iniziative a impatto zero
- e) Gestione dei rifiuti e green procurement - miglioramento gestione, riduzione sprechi e monouso
- e) La risorsa acqua - acque in ingresso sicure e indagini sulla resistenza batterica nelle reflue
- e) Cibo - qualità a km 0 e innovazione su diete.

Nell'ottica di dotarsi di una cornice solida capace di orientare in modo strategico la gestione e la sostenibilità ambientale e di valorizzare le azioni con impatto su ambiente, salute e cambiamento climatico, già nel 2024 l'Azienda ha rafforzato la propria struttura organizzativa dedicata al tema tramite l'istituzione del Comitato di Indirizzo Sostenibilità e Piano Ambientale, con mandato triennale 2025-2027 (deliberazione IRCCS AOUBO n. 175 del 23.05.2024). Nel corso del 2025 il Comitato ha assolto le proprie funzioni consultive e propositive a supporto delle strategie dell'IRCCS in materia di transizione ecologica e neutralità climatica, contribuendo alla definizione e al monitoraggio delle azioni previste dal Piano Strategico di Sostenibilità Ambientale.

Dato atto che, per massimizzare gli impatti positivi sul territorio metropolitano, un approccio collettivo e coordinato risulta imprescindibile, nel 2025 l'IRCCS AOU-BO ha incluso l'Azienda USL di Bologna nel Comitato, in quanto si tratta di interlocutore strategico per lo sviluppo di strategie integrate di sostenibilità e di transizione ecologica nel settore sanitario. Tale integrazione ha consentito di consolidare una visione metropolitana condivisa, coerente con gli obiettivi della Missione Europea "Bologna città neutrale per il clima entro il 2030", e di promuovere azioni coordinate in grado di generare benefici ambientali e sanitari misurabili.

Dato l'obiettivo di sviluppo del Piano di sostenibilità ambientale l'IRCCS si avvale altresì dell'attività e del supporto del gruppo di lavoro multidisciplinare e operativo "Sostenibilità ambientale" (PG 21951/2025). Nel corso dell'anno il gruppo ha consolidato e ampliato il percorso aziendale di sostenibilità, sviluppando azioni strutturate su acqua, gestione dei rifiuti e cibo sano e sostenibile; ha avviato interventi per la riduzione dell'uso della plastica e il miglioramento dell'accesso all'acqua potabile, distribuendo 2.500 borracce al personale ed effettuando le analisi preliminari all'installazione del primo distributore di acqua nelle aree esterne; ha coordinato sperimentazioni dedicate alla corretta gestione dei rifiuti nei reparti selezionati, attraverso questionari di rilevazione, formazione mirata e l'introduzione di nuovi contenitori per carta e plastica, con successivo follow-up e predisposizione di un percorso formativo esteso a tutto il personale; ha infine promosso campagne di comunicazione e sensibilizzazione sull'alimentazione sana e sostenibile e introdotto un nuovo menù sostenibile nelle mense aziendali, con proposte vegetariane due volte al mese nelle edizioni invernale ed estiva.

Parallelamente e in continuità con le attività sopra descritte, e con l'obiettivo di migliorare l'ambiente urbano del complesso ospedaliero - in particolare per quanto riguarda sostenibilità,

fruibilità e accessibilità degli spazi esterni – l'Azienda ha proseguito nel 2025 lo sviluppo del progetto volto all'adozione di un approccio multidisciplinare alla rigenerazione urbana dell'area del Policlinico Sant'Orsola. In collaborazione con Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, l'IRCCS AOU-BO sta attuando il progetto quadriennale 2024-2028 (deliberazione n. 149 del 24/04/2024), finalizzato a integrare in un'unica visione strategica gli studi settoriali su acustica, pavimentazioni, verde e microclima.

Nel 2025 le attività sono proseguite con avanzamenti significativi nelle diverse linee di lavoro previste per la definizione del masterplan degli spazi esterni, tra cui:

- progettazione del verde a sostenibilità totale, orientata a integrare edifici e infrastrutture in un sistema unitario e coerente con le esigenze dei diversi ambiti disciplinari.
- sviluppo del modello previsionale microclimatico, volto a valutare l'efficacia di interventi strutturali e soluzioni basate sulla natura per migliorare comfort termico e qualità dell'aria, considerando sia le condizioni climatiche attuali sia scenari futuri caratterizzati da maggiore stress termico.
- individuazione di soluzioni green, smart e safe per le pavimentazioni pedonali, ciclabili e carrabili, con attenzione a drenaggio, temperatura superficiale, rumore, intellegibilità e sicurezza.
- analisi e interventi sul clima sonoro nelle aree di attraversamento interne ed esterne ai padiglioni, con particolare riguardo alla riduzione delle emissioni acustiche degli impianti tecnici e dei sistemi di trasporto.

## 4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE

### **MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE**

Negli anni, l'IRCSS 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 dei processi aziendali attraverso un'azione coordinata di programmazione, monitoraggio, valutazione dell'attività e delle prestazioni e valorizzazione dell'apporto professionale d'équipe ed individuale.

Partendo dall'attività di programmazione annuale, sono stati rivisitati gli strumenti di budget con la finalità di rendere più puntuali le declinazioni degli obiettivi, derivanti dalla programmazione regionale e aziendale, assegnati ai 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 e i Dipartimenti interaziendali 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 la DGR 819/2021 di approvazione delle "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR" che hanno sistematizzato e aggiornato l'intero processo del Ciclo della Performance così come delineato, a livello regionale, fin dalle delibere n. 1/2014, 2/2015, 3/2016, 4/2016 e 5/2017 dall'OIV-SSR che provvedono a declinare il "ciclo di gestione della performance" 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;
- - 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).

Con la DGR 819/2021 citata, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, acquisito il parere favorevole dell'OIV-SSR, ha proceduto ad adeguare il Sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende Sanitarie sostituendosi alle citate delibere dell'OIV-SSR, recependone comunque in gran parte i contenuti.

Con le Linee guida 1/2022 dell'OIV-SSR ad oggetto "*Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende sanitarie*" l'OIV-SSR ha aggiornato il quadro di riferimento in tema dei sistemi di valutazione del personale.

Di seguito sono illustrati sistemi, processi, organismi e modalità che interagiscono nel complessivo sistema di gestione della performance dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e che - nel loro insieme - costituiscono il sistema di misurazione e valutazione della performance:

1. *Negoziazione di budget*: nel 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*: è la struttura che si occupa della programmazione per 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 di lavoro. Il fondo

finalizzato alla corresponsione della retribuzione di risultato è stato articolato in due ambiti premianti:

- il primo diretto a riconoscere il contributo dei professionisti al raggiungimento degli obiettivi negoziati in sede di budget (performance organizzative). Tale valutazione è incentrata sull'équipe; in caso di raggiungimento parziale degli obiettivi assegnati, a tutti i componenti della specifica struttura organizzativa viene assegnata una percentuale del premio prefissato. In questo ambito, pertanto, l'Azienda premia la performance organizzativa in coerenza con quanto previsto dal D.Lgs.150/2009 e ss.mm.ii;
- il secondo è individuale, finalizzato a riconoscere 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; si prevede inoltre 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, dopo aver attuato una valutazione per stati di avanzamento, procede alla liquidazione degli incentivi 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.

Per quanto riguarda il contributo individuale per il comparto, si prevede l'assegnazione di un premio correlato al conseguimento degli obiettivi dei progetti specifici aziendali assegnati selettivamente.

4. *Sistema di valutazione del personale*: I sistemi di valutazione del personale rappresentano sempre più una leva gestionale e professionale per realizzare il miglioramento e il cambiamento dei sistemi organizzativi complessi. L'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna intende valorizzare gli strumenti che la normativa nazionale e regionale, i contratti e le disposizioni per l'accreditamento istituzionale promuovono per realizzare gli obiettivi di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione.
5. *Organismo di Supporto Aziendale (OAS)*: costituito in applicazione della DGR 334/2014 al fine di garantire all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) regionale il necessario supporto nello svolgimento delle proprie funzioni e assicurare allo stesso la disponibilità di tutte le informazioni specifiche previste dal Regolamento 2/2019 "Regolamento per il funzionamento degli OIV della Regione Emilia-Romagna e degli enti del sistema delle amministrazioni regionali" e ulteriormente specificate dalle citate Linee Guida 1/2022 dell'OIV-SSR "Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende Sanitarie"

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, 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 incarico di posizione.

## 5. INDICATORI DI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Per il triennio 2025-2027, l'Allegato A1 della DGR n. 973 del 23/6/2025, per ciascuna Sezione/Sottosezione di programmazione ha individuato indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale che supportano la programmazione e la rendicontazione della performance aziendale, ossia del valore pubblico concretamente realizzato dall'IRCCS.

Tali indicatori sono stati selezionati nell'ambito del Sistema Informativo del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna InSiDER, il portale della Regione Emilia-Romagna reso disponibile a tutti gli Enti del Sistema Sanitario Regionale per monitorare e valutare, tramite sistemi di indicatori e dashboard direzionali, l'assistenza erogata.

Ciò garantisce una piena valorizzazione dei flussi informativi e delle banche dati esistenti a livello regionale, assicurando anche la dovuta standardizzazione nella loro elaborazione e una piena trasparenza e confrontabilità dei risultati tra Aziende e, all'interno della stessa azienda, in un arco di tempo pluriennale.

Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia e del Programma Nazionale Esiti, in quanto centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende e utili per orientare il Sistema Sanitario Regionale, oltre ad essere annualmente ripresi e contestualizzati in obiettivi specifici dalle deliberazioni di programmazione annuale.

Nel PIAO 2025-2027 l'Azienda ha indicato i trend attesi nel triennio per ciascun indicatore inserito nel Piano, partendo dai valori relativi al triennio precedente (2022-2024) a confronto con i valori medi regionali (nel caso di indicatori resi disponibili in modo centralizzato in SIVER), in modo da individuare l'evoluzione attesa come effetto delle azioni aziendali, permettendo a consuntivo, nella Relazione della performance, un confronto tra risultati attesi e risultati effettivamente conseguiti.

Nelle **schede** a seguire, relative ai risultati conseguiti dall'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Sant'Orsola, **si possono osservare gli indicatori, raggruppati per area della performance di riferimento, con il valore aziendale conseguito nel 2025** a confronto con gli anni 2023-2024 e con il valore medio regionale del 2023-2025, che consente un confronto dell'Azienda rispetto alla media delle Aziende sanitarie regionali.

Gli indicatori presenti in SIVER per:

- l'Area di performance della ricerca e della didattica, riferita alla dimensione di performance dell'innovazione, come proposto dalla citata DGR n. 819/2021, riguardano l'Impact Factor normalizzato, il n. medio di pubblicazioni per ricercatore, il n. di trial clinici approvati dal Comitato Etico, il n. di studi osservazionali approvati da Comitato Etico, il n. di trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione), il n. di studi osservazionali attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione).

- l'Area di performance degli investimenti, afferente alla dimensione di performance della sostenibilità, come proposto dalla citata DGR n. 819/2021, riguardano la percentuale di realizzazione del piano investimenti aziendali, la % di grandi apparecchiature con età  $\leq 10$  anni, gli investimenti in tecnologie informatiche.

\*\*\*

Come illustrato nel presente documento, le attività svolte dall'azienda e dai suoi professionisti, orientate al conseguimento degli obiettivi stabiliti, dimostrano che l'Azienda ha presidiato le diverse aree di performance; le azioni messe in campo hanno determinato lo sviluppo delle attività sanitarie, l'evoluzione delle attività di ricerca, la qualità dell'assistenza e accessibilità alle prestazioni ed ai servizi erogati, la trasparenza amministrativa, il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, l'innovazione tecnologica e l'adeguamento strutturale, l'accrescimento delle competenze individuali.

L'andamento e il grado di raggiungimento è apprezzabile nell'esposizione dei dati di seguito che dimostrano come l'Azienda abbia risposto in modo positivo alle indicazioni e obiettivi regionali per fornire una risposta il più possibile adeguata ai fabbisogni dei pazienti e dell'utenza. **Le azioni messe in campo dall'IRCCS hanno portato al miglioramento dei risultati percentuali di molti degli indicatori di stretta competenza**, pur rimanendo in alcuni casi al di sotto del target regionale.

Inoltre, il monitoraggio in corso d'anno ha permesso di valutare **nuove azioni**, da introdurre nel 2026, in relazione agli indicatori di seguito indicati:

#### **IND0980: Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati: % casi entro i tempi di classe di priorità**

Il raggiungimento di questo obiettivo è fortemente condizionato dall'elevata attrattività dell'Azienda, che determina consistenti volumi di pazienti in lista d'attesa, nonché dalla necessità di trattare tempestivamente patologie non oggetto di monitoraggio ma caratterizzate da precise indicazioni temporali di trattamento (ad esempio patologie oncologiche dell'otorinolaringoiatria, del rene e della vescica).

Si evidenzia inoltre che la complessità della casistica trattata e l'attrattività extraregionale costituiscono elementi qualificanti dell'attività di IRCCS AOU Bologna e rientrano tra i parametri valutati dal Ministero ai fini dell'assegnazione annuale dei fondi per la Ricerca Corrente.

Nonostante tali fattori, come negli anni precedenti, il piano di produzione chirurgica sarà orientato prevalentemente allo smaltimento della casistica monitorata entro i tempi, con particolare attenzione agli interventi oncologici.

#### **IND0984: Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente**

L'indicatore mostra un miglioramento costante nel tempo. La concentrazione dei pazienti scaduti in un numero limitato di discipline rende tuttavia complesso il recupero completo delle posizioni arretrate.

A tal fine, negli ultimi anni (e anche per il 2026) sono state implementate e ulteriormente potenziate le seguenti azioni:

- attivazione di percorsi di rivalutazione per la conferma dell'indicazione chirurgica;

- incremento della cessione di casistica relativa a interventi di media e bassa complessità;
- potenziamento dell'attività chirurgica di media e bassa complessità, attraverso lo sviluppo della Day Surgery multidisciplinare e l'ampliamento dell'attività presso le sale operatorie di Budrio, con l'obiettivo di favorire il recupero dei pazienti scaduti.

### **IND0379 Colectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)**

L'indicatore risulta in costante miglioramento negli ultimi anni, pur non avendo ancora raggiunto il target previsto.

Il focus sarà rivolto alle colecistomie laparoscopiche eseguite dalla UO di Chirurgia Generale presso OM, attraverso il raggiungimento della soglia prevista per il reparto oppure mediante la riallocazione della relativa casistica verso reparti già sopra soglia.

### **H05Z Colectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg**

Tra le colecistomie laparoscopiche che nel 2025 hanno registrato una degenza post-operatoria superiore allo standard previsto, il 56% dei casi ha presentato una degenza pari esattamente a 3 giorni.

Le azioni di miglioramento saranno, pertanto, focalizzate su questa specifica tipologia di pazienti, con l'obiettivo di favorire una dimissione più tempestiva e ridurre la durata della degenza post-operatoria.

### **IND1013 % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario - Indicatore NSG: H13C**

L'indicatore ha registrato un miglioramento superiore a 40 punti percentuali nel periodo 2023-2025.

L'obiettivo è quindi consolidare e migliorare ulteriormente il risultato attraverso una programmazione sempre più accurata della casistica traumatologica, prevedendo, nei periodi caratterizzati da elevata presenza di pazienti urgenti:

- l'attivazione della doppia sala dedicata alle urgenze;
- l'attivazione di ulteriori sedute operatorie aggiuntive, finalizzate allo smaltimento dei pazienti ricoverati e alla riduzione dei tempi di permanenza in degenza.

### **IND0775 % accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi**

Con l'obiettivo di individuare e implementare soluzioni clinico-organizzative volte a migliorare il risultato dell'indicatore, si stanno attivando i seguenti percorsi:

- Ampliamento della tipologia di esami ematici da poter effettuare all'accesso in PS in attesa di valutazione medica,
- Anticipazione di radiodiagnostica di I livello per specifiche tipologie di traumi e richieste cliniche;
- Estensione dei percorsi di Fast Track a ulteriori discipline (es. Chirurgia generale).
- Revisione del ruolo infermieristico (incluso l'infermiere di processo), per ottimizzare la fase di throughput e la gestione della fase di ricovero, nonché revisione delle attività del medico d'area per la presa in carico di codici minori;
- Implementazione di un alert sull'applicativo di PS alla quinta/sesta ora di permanenza;
- Aumento e implementazione degli slot ambulatoriali disciplino-specifici per pazienti in fase di post dimissione;
- Efficientamento della risorsa posto letto in Medicina di urgenza;

- Mantenimento e potenziamento del progetto di team ricoveri e dimissioni in ottica di miglioramento dei tempi di boarding;
- Attivazione di percorsi in/out con strutture accreditate e territoriali in collaborazione con il Team di Cure Intermedie territoriale;
- Potenziamento del percorso del Paziente fragile;
- Istituzione e avvio dei gruppi interaziendali AOSP/AUSL di Pronto Soccorso con componenti clinico/assistenziali e di direzione.

**IND0908 % IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche** – le verifiche hanno evidenziato una corretta rendicontazione su flusso ASA e un disallineamento con flusso IG; sono quindi state date indicazioni ai referenti IG per il corretto caricamento dei dati.

**IND1084 % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0** - azione di miglioramento già attuata con 100% dei documenti sottoscritti digitalmente

## SEZIONE UTENTE

### Sottosezione Accesso e Domanda

	Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Valore Aziendale 2025	Valore Regionale 2025	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND0319	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg (AUSL BO)	83,41	89,71	89,35	85,61	89,4	77,87		≥90%	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND0320	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg (AUSL BO)	89,86	93,91	96,05	94,09	92,78	91,89		≥ 90%	
IND0795	Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg (AUSL BO)	99,84	89,37	99,89	89,74	99,9	88,21		≥ 90%	
D11Z (NUOVO INDICATORE)	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D (tipo accesso = 1 - SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe D - NSG (AUSL BO)			84,22	76,08	82,66	74,1		≥ 90%	
D10Z (NUOVO INDICATORE)	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B (tipo accesso = 1 - SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe B - NSG (AUSL BO)	95,63	75,63	97	80,21	98,12	86,68		≥ 90%	
IND1145 (NUOVO INDICATORE)	% del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2) - AUSL BO			37,84	37,49	38,96	38,44		Aumento rispetto ad anno precedente	
IND0861	% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte (AUSL BO)	98,51	98,41	98,65	98,79	98,89	98,8	MANTENIMENTO		

	<b>Indicatore</b>	<b>Valore Aziendale 2023</b>	<b>Valore Regionale 2023</b>	<b>Valore Aziendale 2024</b>	<b>Valore Regionale 2024</b>	<b>Valore Aziendale 2025</b>	<b>Valore Regionale 2025</b>	<b>ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027</b>	<b>TARGET DA PROTOCOLLO SIVER</b>	<b>Commento</b>
IND0775	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	63,91	75,87	63,21	72,34	66,17	71,72	MIGLIORAMENTO	≥ 90%	
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG (AUSL BO)	113,8	121,86	116,67	124,25	118,36	124,81		≤160	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND0980 (NUOVO INDICATORE)	Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati: % casi entro i tempi di classe di priorità	56,53	72,91	61,23	75,71	55,71	75,56	MIGLIORAMENTO	≥ 80%	
IND0982 (NUOVO INDICATORE)	Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	84,47	82,97	85,39	85,01	92,95	90,27	MANTENIMENTO	≥ 80%	
IND0984 (NUOVO INDICATORE)	Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente	66,25	75,88	68,51	76,22	72,88	68,67	MIGLIORAMENTO	≥ 80%	

### Sottosezione Integrazione

	Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Valore Aziendale 2025	Valore Regionale 2025	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
D03C	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG (AUSL BO)	229,45	260,25	230,17	242,85	212,39	226,87			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
D04C	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG (AUSL BO)	35,58	78,8	41,7	82,48	22,22	57,77			
IND0866	Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	27,49	30,99	29,46	30,51	27,79	29,39			
D05C	Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - NSG (AUSL BO)	68,13	77,39	72,0	70,41	73,36	63,24			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND0862	Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	20,34	11,46	15,86	10,13	19,73	11,93			
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG (AUSL BO)	98,63	100,00	97,65	100,00	84,19	100,00			
D32Z	% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni (AUSL BO)	32,32	25,65	29,61	25,35	27,06	24,61			
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG (AUSL BO)	57,9	55,8	60,4	56,4	55,7	54,4			
IND0908 (NUOVO INDICATORE)	% IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche		26,54		50,26	0	72,72	SECONDO IL TARGET REGIONALE	≥ 25%	Percorso ambulatoriale avviato nel 2025

### Sottosezione Esiti

	Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Valore Aziendale 2025	Valore Regionale 2025	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND0379 (NUOVO INDICATORE)	Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	65,55	77,37	75,11	80,05	77,71	82,53	MIGLIORAMENTO	≥ 95%	
H23C	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni ( AUSL BO + AOSP BO)	11,3	9,93	15,05	9,39	8,99	9,34	MONITORIAGGIO	≤ 13,60	
H24C	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	9,82	8,88	8,2	8,39	8,68	7,62	MIGLIORAMENTO	≤ 12	
H05Z	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	85,62	86,00	83,08	87,21	85,19	86,39	MIGLIORAMENTO	≥ 90%	
H02Z	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 150 interventi annui (con 10% tolleranza)	100	97,53	100	97,11	100	97,9	MANTENIMENTO	≥ 90%	
H03C	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	2,99	4,26	2,58	3,82	1,23	3,5	MANTENIMENTO	≤ 6,2%	
IND0402	Parti naturali: % complicanze durante il parto e il puerperio	1,37	0,90	1,2	0,97	1,08	0,99	MIGLIORAMENTO	≤ 0,7%	
IND0403	Parti cesarei: % complicanze durante il parto e il puerperio	1,51	1,53	1,54	1,6	1,13	1,55	MIGLIORAMENTO	≤ 1,2%	
H18C	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	23,78	16,67	25,0	16,26	23,18	17,1	MIGLIORAMENTO		≤ 25% punteggio sufficienza   ≤ 20% punteggio massimo

D01C	% di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	21,56	18,53	20,28	17,51	20,11	16,86	MIGLIORAMENTO	≤ 14,39	
D02C	% di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	17,06	15,18	17,54	15,046	15,85	15	MIGLIORAMENTO	≤ 13,95	
IND1013	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario - Indicatore NSG: H13C	29,49	57,52	61,07	66,59	70,19	72,29	MIGLIORAMENTO	>80%	

## PROCESSI INTERNI

### Produzione-Ospedale

	Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Valore Aziendale 2025	Valore Regionale 2025	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND0868	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	59,60	77,36	60,46	77,78	60,37	77,76	MANTENIMENTO		
IND0869	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	20,42	9,68	20,58	9,6	20,6	9,69	MANTENIMENTO / INCREMENTO		
IND0870	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	19,98	12,97	18,95	12,62	19,03	12,55	MANTENIMENTO / INCREMENTO		
IND0871	Indice di case mix degenza ordinaria	1,24		1,21		1,2		MANTENIMENTO		
IND0872	Indice comparativo di performance	1,14		1,14		1,12		MILIORAMENTO		

### Sottosezione Produzione-Territorio

	Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Valore Aziendale 2025	Valore Regionale 2025	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND0225	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile (AUSL BO)	71,84	84,96	75,52	89,74	69,75	85,48			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana

### Sottosezione Produzione-Prevenzione

	Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Valore Aziendale 2025	Valore Regionale 2025	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IIND0761	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni) (AUSL BO)	69,2	70,63	71,36	72,87	77,19	73,92		≥ 70% valore ottimale ≥ 60% valore accettabile	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND0762	% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni) (AUSL BO)	61,31	65,92	62,41	66,53	63,2	67,41		≥ 60% valore ottimale ≥ 50% valore accettabile	
IND0763	% di persone che hanno partecipato allo screening colorettrale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni) (AUSL BO)	58,01	52,80	54,86	52,78	58,62	54,9		≥ 60% valore ottimale > 50% valore accettabile	

### Sottosezione Appropriately, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio clinico

	Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Valore Aziendale 2025	Valore Regionale 2025	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - NSG	0,15	0,17	0,13	0,16	0,13	0,16	MANTENIMENTO	< 0,15	
H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG (AUSL BO)	1,7	2,33	1,77	2,38	1,35	1,86			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
H07Z	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG (AUSL BO)	22,83	26,65	22,99	25,51	20,85	24,88			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND863	Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio (AUSL BO)	893,13	872,39	931,96	924,98	880,09	884,11			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND0864	Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio (AUSL BO)	667,68	739,97	649,67	719,92	511,25	581,24			
D13C	Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG (AUSL BO)	70,93	74,56	61,4	75,16	57,93	67,24			

### Sottosezione Organizzazione

	Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Valore Aziendale 2025	Valore Regionale 2025	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND1160	% Lavoratori agili effettivi/ Totale lavoratori	1,97	4,14	2,65	4,58	3,04	4,99	mantenimento" del precedente standard per consolidare il livello di utilizzo dell'istituto raggiunto al fine di poter valutare gli effetti della stabilizzazione dell'utilizzo dello stesso al di fuori della fase emergenziale, in una effettiva logica di logica di "change management"		
IND1161	% Lavoratori agili effettivi/ Totale lavoratori agili potenziali	8,67	16,29	15,05	25,19	16,84	28,18	MONITORAGGIO		
IND1162	% Giornate lavoro agile/Giornate lavorative totali	2,43	3,37	2,84	3,68	3,26	4,25	MONITORAGGIO		
IND1083 (NUOVI INDICATORI)	% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti			76,92	63,41	99	91,36	MANTENIMENTO/MIGLIORAMENTO	≥ 60%	
IND1084 (NUOVI INDICATORI)	% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0			79,88	88,09	77,56	88,49	MIGLIORAMENTO	≥ 85%	

### Sottosezione Anticorruzione e Trasparenza

	Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Valore Aziendale 2025	Valore Regionale 2025	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND0405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,7	99,42	100	100	100	99,68	MANTENIMENTO		
IND0818	% di centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	51,78	62,23	66,03				MIGLIORAMENTO		Dato non disponibile al 16/6/2026

## SEZIONE INNOVAZIONE E SVILUPPO

### Sottosezione Ricerca e Didattica

	Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Valore Aziendale 2025	Valore Regionale 2025	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND1171	N. Medio di pubblicazione per ricercatore***	2,60		1,37		1,72		MANTENIMENTO/ INCREMENTO		Disponibile dal 2021 (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - IRCCS - a rilevanza nazionale, con Decreto del 19 settembre 2020 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Ministeriale N. 266 del 26 ottobre 2020 nelle discipline di "assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico" e "gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche".
IND1172	Impact Factor Normalizzato ***	2.900,46		3.502,25		43331,4		MANTENIMENTO/ INCREMENTO		
	N. Trial clinici approvati dal Comitato Etico**	209		224		169		MANTENIMENTO/ INCREMENTO		
	N. Studi osservazionali approvati dal Comitato Etico**	196		210		269		MANTENIMENTO/ INCREMENTO		
	N. Trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)**	1355/2077 (65,23%)		841/1670 (50,36%)		763/1650 (46,24%)		MANTENIMENTO/ INCREMENTO		
	N. Studi osservazionali attivi sul totale degli studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)**	722/2077 (34,76%)		829/1670 (49,64%)		887/1650 (53,75)		MANTENIMENTO/ INCREMENTO		

Fonte dati: \*\*banca dati aziendale \*\*\*Workflow della ricerca del Ministero della Salute

## SEZIONE SOSTENIBILITA'

### Sottosezione Economico – Finanziaria

	Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Valore aziendale 2025	Valore Regionale 2025	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO	Commento
IND020	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-8,01		-9,33		-14,08		MANTENIMENTO		
IND0732	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (AUSL BO)	198,83	192,00	215,83	206,92	214,78	208,5			Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
IND0363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	97,04	95,77	95,74	95,59	95,77	95,7	MANTENIMENTO	≥90%	
IND0877	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	33,53	18,63	33,86	19,32	34,58	20,05	MONITORAGGIO		
IND0878	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	6,86	29,66	6,46	29,79	6	20,05	MONITORAGGIO		
IND0879	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	15,50	11,67	14,28	11,86	14,59	12,06	MONITORAGGIO		
IND0880	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	43,78	38,36	40,65	37,06	38,06	41,87	MONITORAGGIO		

### Sottosezione Investimenti

	Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale e 2024	Valore Aziendale 2025	Valore Regionale 2025	ANDAMENTO ATTESO NEL TRIENNIO 2025/2027	TARGET DA PROTOCOLLO SIVER	Commento
IND1193	% grandi apparecchiature con età < = 10 anni	72,22	63,82	75,0	70,19	78,95	72,98	MIGLIORAMENTO	50%	